



UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA  
CALI



---

# El ~~s~~ujeto de la **clínica**

---

John Alexander Quintero



El sujeto de la clínica





**UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA  
CALI**

# *El sujeto de la clínica*

John Alexander Quintero

2017

Quintero Torres, John Alexander

El sujeto de la clínica / John Alexander Quintero Torres.--Cali : Editorial Bonaventuriana, 2017

71 p.

ISBN: 978-958-5415-04-1

1. Psicoanálisis 2. Sujeto (psicoanálisis) 3. Teoría del conocimiento (psicología) 4. Psicología clínica 5. Medicina y psicología 6. Interpretación psicoanalítica 7. Teoría psicoanalítica 8. Transferencia (psicoanálisis) 9. Freud, Sigmund, 1856-1939 - Crítica e interpretación 10. Lacan, Jacques Marie, 1901-1981 - Crítica e interpretación I. Tít.

616.8917 (D 23)

Q7

© Universidad de San Buenaventura Cali

 Editorial Bonaventuriana

*El sujeto de la clínica*

© John Alexander Quintero

Grupo de investigación Estéticas Urbanas y Socialidades (GEOS)

Universidad de San Buenaventura

Colombia

© Editorial Bonaventuriana, 2017

Universidad de San Buenaventura

Dirección Editorial de Cali

Calle 117 No. 11 A 62

PBX: 57 (1) 520 02 99 - 57 (2) 318 22 00 – 488 22 22

e-mail: [editorial.bonaventuriana@usb.edu.co](mailto:editorial.bonaventuriana@usb.edu.co)

[www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co](http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co)

Cali, Colombia, S. A.

El autor es responsable del contenido de la presente obra.

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, sin permiso escrito de la Editorial Bonaventuriana.

© Derechos reservados de la Universidad de San Buenaventura.

ISBN: 978-958-5415-04-1

Tiraje: 150 ejemplares

Cumplido el depósito legal (Ley 44 de 1993, Decreto 460 de 1995 y Decreto 358 de 2000)

Impreso en Colombia - Printed in Colombia.

2017

## **Agradecimientos**

*A los docentes y estudiantes de la Universidad de San Buenaventura, Cali y de la Universidad Argentina John F Kennedy, con quienes tuve la posibilidad de compartir las inquietudes que potenciaron la escritura de este libro.*

*Agradecimiento especial a Jean Michel Vappereau y Paula Hochman Vappereau por las entrevistas y extensas conversaciones en torno a la clínica psicoanalítica. A la Dra. Amelia Imbriano por su oportuna, amable y valiosa interlocución durante la dirección académica de la investigación. A Johnny Orejuela por compartir sus inquietudes intelectuales y reflexiones que movilizan nuevas producciones. A Javier Navarro por su escucha clínica. A mi esposa, familiares y amigos por oxigenar las largas jornadas.*





# Contenido

Prólogo .....	9
Introducción.....	17
Elementos técnicos del positivismo enlazados al pensamiento médico.....	19
– La observación científica y su conexión con el lenguaje .....	20
– Dialéctica del pensamiento científico y médico .....	24
– Interpretaciones sobre la historia del pensamiento científico .....	29
Perspectivas sobre el discurso clínico.....	33
– El discurso clínico: Lacan-Foucault.....	33
– Linderos de la propuesta freudiana en el marco de la medicina moderna.....	38
– De la metáfora del “hombre máquina” a la metonimia nosológica .....	43
El sujeto de la clínica .....	53
– El significante: de Saussure a Lacan .....	53
– El asunto del objeto en el campo de la palabra .....	59
– A propósito del método psicoanalítico .....	64
Bibliografía .....	69



## Prólogo

Es para mí un honor prologar este texto sobre un tema tanpreciado por mí y escrito por un querido profesor de la Universidad San Buenaventura Cali, que confió su preparación como magíster en Psicoanálisis a la Universidad Kennedy y la orientación de su investigación a mi dirección.

Debo agradecer a John Alexander Quintero, toda vez que su investigación expresada bajo el título *El sujeto de la clínica* ha sido una excelente oportunidad para trabajar en conjunto. En principio, siempre se interrogó la complejidad de las propuestas epistémicas, sin dejar de agradecer a la duda –hija de la epistemología– de todo lo que se sabe, de todo lo nuevo –llamado “conocimiento”– y también de todo lo que da sentido a la creación. Hemos partido de una posición compartida, a saber, no ser complacientes con la falsa interdisciplinariedad y la dictadura del conocimiento sin reflexión.

John Alexander ha tenido el coraje de atravesar la dificultad del intento, que consiste en interpretar una lectura de un cierto real: “el sujeto” y la consideración al respecto desde la clínica médica y el psicoanálisis. La intención sostenida fue a partir de una modalidad “focaultiana” que hizo propia, de tal manera que, por un lado, no escatimó esfuerzos en producir efectos de verdad, y por el otro, dejar abierto el espacio para que se conviertan en instrumentos para otros investigadores, dentro de las luchas posibles que la propia investigación implica.

Ha descifrado un estado de la realidad de modo tal que de él surjan las líneas de fuerza y fragilidad, los caminos trazados y los atajos. ¡Es una de las virtudes de su tesis de maestría: es su “maestría”!

En la investigación de John Alexander, el efecto de verdad está en mostrar que lo real es polémico, que puede advenir en formas por inventar y organizaciones por definir. “Leer un real” implica leer la historia, trazar interpretaciones en las realidades, caminos posibles que puedan convertirse, por medio de transformaciones indispensables, en mojones orientadores de rutas por seguir –con verificación o sin

ella– pero siempre abriendo a una heterogeneidad. Eso es el empuje que el lector encontrará.

Nuestro autor ha levantado su voz y comprendido la necesidad de que las voces de una cantidad de investigadores resuenen respecto de que la experiencia es innumerable, tal como se dejara enseñar por Foucault. Su investigación no se ha prestado a ninguna hipertrofia de ideología alguna –ni monástica ni revolucionaria–; solo ha luchado con valentía por su deseo de saber.

Los planteos que se presentan se fundamentan en hechos concretos, a saber, la clínica médica de la mirada y la clínica psicoanalítica de la escucha. A partir de ellos, destaca que el psicoanálisis ha posibilitado, desde hace más de un siglo, grandes aportes y hecho posible “un tratamiento” del sujeto. Como investigador no pudo considerar tales hechos como desapercibidos y mucho menos como desconocidos, ni tampoco convertirlos en imposibles. Ha puesto toda su energía en intentar que lo imposible se pueda llevar a cabo; razón suficiente para la paciencia que implica el recorrido llevado a cabo en su estudio.

El motivo principal ha sido la reivindicación del sujeto de la clínica psicoanalítica y el replanteamiento de esta, mediante la puesta en tensión de las clínicas médica y psicoanalítica.

El texto surge como un esfuerzo de exposición y de “ex-posición”, pues llama al cambio de posición de los interlocutores que surjan de su lectura y desde ello a un propio cambio de posición. Quiere dar cuenta de ese “posible” en el tratamiento del sujeto de la clínica, con base en una claridad que le es propia al autor.

Sabemos que el psicoanálisis se desenvuelve sobre el borde imposible de una superficie que por el lado de la clínica refleja la cara oscura del pensamiento, y por su lado teórico muestra la cara ciega de las letras.

John Alexander se ha comprometido con la regla analítica del amor a la verdad y sabe que ella implica que no se puede dejar de decir lo que se ignora y que esta indiscreción es la exigencia primera de una investigación y la exigencia de su intención de transmisión.

Considero que *El sujeto de la clínica* es un lugar en donde una posible formación –la del psicoanalista– se pronuncia. En su trayecto, la transferencia al psicoanálisis se evidencia en la transferencia al trabajo y aquí su efecto. Su continuo empuje, su capacidad de asombro, su deseo de investigación, su desafío de hablar, de debatir y de escribir. Como destaca el autor: “Su tema central es el sujeto de la clínica y propone su abordaje partiendo de la lectura de hechos históricos que encausaron la transición de la medicina clásica hacia la práctica médica moderna”.

El motivo ha sido rever las condiciones de surgimiento del discurso psicoanalítico como ruptura epistemológica, interrogando las condiciones que implica respecto del sujeto de conocimiento cartesiano como sujeto de la certeza consciente y el sujeto de la ignorancia que pone en evidencia la clínica psicoanalítica. Al respecto, el autor expresa:

*El sujeto cartesiano es el referente que se toma para desplegar el análisis ya que, además de ser el punto de partida de la ciencia moderna y de toda psicología posible, sitúa las bases para discutir los fundamentos de la apuesta freudiana. En una época en que las bases de la clínica antigua, quedaron rezagadas por cuenta de las exigencias científicas y del mundo industrial, la praxis freudiana construye un nuevo lindero epistemológico desde el cual redescubre la clínica antigua en la medicina moderna.*

En el camino de revisión histórica llevado a cabo, quedará iluminado el hecho de cómo la inserción histórico-cultural de la época de Freud impone a su producción un conjunto de limitaciones. Sin embargo, mostrará que los desarrollos implícitos superan estos cercenamientos, en tanto el espacio que dibuja se sitúa en otras coordenadas y en otra lógica. Podríamos decir que el trabajo muestra el surgimiento de la clínica de la escucha y el lugar del sujeto en ella, como el tejido de un encaje lógico y, si se me permite la metáfora, como un precioso encaje hecho por las bordadoras de Bruselas.

El recorrido planteado por John Alexander también nos ofrece la posibilidad de estimar que el movimiento freudiano no es un hecho aislado, sino que forma parte de un contexto intelectual que abarca disciplinas que van desde la física a la lingüística, por enumerar algunas.

El recorrido del texto va desde la revisión de los elementos del positivismo médico, pasa por las perspectivas del discurso freudiano y las vicisitudes de la medicalización contemporánea y converge en la problemática relativa al objeto en el campo de la palabra y el método psicoanalítico. Foucault o Saussure son buenos “pre-textos” que acompañan su interrogación.

El autor se toma el atrevimiento de poner en duda la presunta “objetividad” del observador científico:

*El inicio de la ciencia podría remitirse a un momento mítico en el cual comienza el funcionamiento del sistema perceptivo a través del cual el hombre fue concibiendo los objetos del mundo y adquiriendo las habilidades propias de su condición; entre ellas, la capacidad de hablar, de traducir en palabras (para él mismo y para un otro) aquello que observa.*

Y allí, justamente cuando se trata de “hablar”, de “palabras”, el autor pone en debate la tal mencionada “objetividad”. Koyrè y Boring le vienen al encuentro y el

autor, con buena sabiduría, sabe seleccionar de sus textos aquello que en principio lo cuestiona a él mismo, motivo por el cual señala:

*La observación introdujo dificultades en el camino de la ciencia positiva hacia la idea de objetividad. Este tema afectó especialmente al campo de la psicología científica, sin embargo, no fue ajeno a las demás disciplinas que quisieron ajustarse a los cánones del método hipotético deductivo. A pesar de los esfuerzos científicos para mitigar la inferencia de la subjetividad de los investigadores.*

*[...] Dadas las cosas, es menester dejar claridad sobre tres puntos. Primero, en la práctica de la observación científica está presente un sinnúmero de variables no susceptibles de control, en cuanto se reconoce la participación de la subjetividad del observador.*

*Segundo, el lenguaje es determinante en los procesos de transmisión de los hallazgos científicos en cuanto es el vehículo que otorga sentido al universo de percepciones que forman parte de la experiencia humana. Para la lingüística, lenguaje y percepción comulgan en el terreno del sentido y se corresponden. Tercero, el lenguaje no es un instrumento con fines estrictamente descriptivos; más allá de su función, el lenguaje incumbe a la supervivencia humana, además de estar vinculado con su constitución psicológica y social y con el porvenir y devenir de su historia. El lenguaje hace al sujeto y lo incluye en un juego político necesario para ingresar en el discurso, en el lazo social, en el ámbito de la cultura y en las relaciones propiamente humanas.*

Como posible construcción de un prólogo al texto de John Alexander, intentaré interpretar su elaboración. Haré, atrevidamente, una interpretación (siempre son atrevidas). Abordaré la cuestión planteada en el trayecto en tres báculos: 1. Los instrumentos de conceptualización epistemológica; 2. resaltar las condiciones naturales y científicas de la época de aparición del pensamiento psicoanalítico, y 3. analizar la semántica y sintaxis del psicoanálisis.

Para perfilar los instrumentos de conceptualización epistemológica que se van a utilizar –como lo hace el autor– es necesario partir de la consideración de que la ciencia, en cuanto construcción simbólica y en cuanto lenguaje, puede ser analizada desde dos aspectos solidarios: el semántico y el sintáctico.

Pensaremos el discurso de Freud en el sentido de que trasciende su propio enunciado y desborda las posibilidades de su constitución por las implicancias de sus propuestas. Considero que John Alexander explicita que si bien nos encontramos en la obra freudiana con un discurso constreñido a los límites que brinda la realidad de su época, este supera la forma como adquiere su expresión y es la causa de que se constituya como lugar de ruptura.

Vale dedicar unas palabras sobre el concepto de *episteme*. En nuestra consideración, el autor destaca que toda ciencia, por pertenecer a un orden simbólico, puede ser analizada desde los dos aspectos solidarios nombrados. El aspecto semántico de

una ciencia se refiere al conjunto de teorías, conceptos y métodos propios de ese campo que denominamos “espacio de configuración”, y en el caso que al autor interesa: el psicoanálisis. El aspecto sintáctico se refiere a un modo de ordenamiento de los conceptos e ideas de un determinado periodo histórico. Trata de un terreno subyacente: el saber, a partir del cual los distintivos conocimientos (la semántica) se constituyen.

La estructura sintáctica denominada *episteme*, sirve de soporte para la organización de la ciencia, de tal modo que un espacio científico con determinados problemas, preguntas, contenidos y modos de indagación, no es producto del azar, sino fruto de un conjunto de sobredeterminaciones que escapan al propio campo específico de la ciencia en particular. Es decir, subyace en las entrañas de cada momento histórico, de cada momento de la organización cultural, una modalidad de orden según se procesan necesariamente la manera de clasificar e interpretar las experiencias.

Como señala el autor, en la historia de la ciencia se pueden delimitar tres grandes cuerpos epistémicos: el clásico medieval, el moderno cartesiano y el contemporáneo estructural. Lo que posibilita el paso de una *episteme* a otra, es la precipitación de un nuevo encaje que determina nuevas coordenadas para acceder a la realidad por medio del conocimiento científico. La transformación de las articulaciones intrasistémicas es la condición para un nuevo modo de conocimiento. Es decir, el cambio epistémico se produce cuando varía la relación entre el signo y lo que significa, y es esta una perspectiva interesante en relación con la problemática de lo real.

La *episteme* clásica se interesaba por la búsqueda de una respuesta ontológica y su pensamiento se fundaba en un modo de captación analógico de la realidad. Sobre esta *accessis*, se posibilita la teoría de las correspondencias. Todo lo que integra el mundo guarda entre sí relaciones que no permiten que nada tenga existencia independiente. Así las cosas, la diversidad, al profundizar el estudio de la naturaleza, se transforma en unidad.

El modelo de renovación intelectual del renacimiento es testigo del agotamiento del modelo aristotélico-tomista y marca una época que da lugar a dos hechos significativos, a saber, el método experimental y un nuevo concepto de ciencia que a partir del cambio de cosmología de Copérnico se sistematiza en Galileo mediante la aplicación de las matemáticas. Sobre esta base, la garantía del conocimiento será un instrumento exacto que posibilitará creer que el saber al cual se arriba es “verdadero”. Como corolario, se produce la cristalización del pensamiento moderno: la *episteme* cartesiana, que traslada el eje de preocupación de la ontología a la gnoseología; del ser al conocer.

Descartes inaugura un modo nuevo de conocimiento, como es el modo racionalista de mensuración, basado en la lógica analítica de descomponer hasta llegar a elementos simples medibles. Así las cosas, el positivismo llega hasta nuestros días

con la idea de que todo aquello observable, repetible y medible es científico y su supuesta verdad reposa en la exactitud. Pero la exactitud no es equivalente a la verdad, así como la conjetura no es sinónimo de error. Ya John Alexander ha tratado el tema de lo perceptible en relación con lo observable.

Esta tesis explica la preocupación central del pensamiento moderno (el punto de partida verdadero!). El camino será para Descartes el de la duda metódica, cuyo fin es la afirmación de una verdad y la referencia: “pienso, luego existo”. Pero el *cogito* cartesiano trae aparejada una serie de consecuencias de la que es prisionero. Una de ellas es el dualismo, que si bien se proyecta en diferentes planos, puede sintetizarse en sujeto-objeto, versión unidireccional prisionera de una panorámica mecánica.

Esta fenomenología unidireccional hace su primera crisis importante con el surgimiento del Romanticismo, movimiento que si bien es sepultado rápidamente por el nuevo positivismo del siglo XIX, deja su estela en el horizonte del pensamiento de Freud, sobre todo en lo relativo a la concepción de los románticos sobre “lo irracional del hombre”.

La segunda crisis significativa la produce Hegel, para quien no existe un lugar de localización del sujeto de la conciencia. Apelaremos a un lugar común de referencia a la *Fenomenología del espíritu* alusivo a que la conciencia es considerada en referencia a lo otro y toma por cierto que el saber de lo otro es autosaber y sin embargo, no es menos verdad que este autosaber es un saber de lo otro. Es decir, lo que Hegel subvierte es la condición de aislamiento de los dos términos y los dinamiza en una relación dialéctica.

Un horizonte de preocupación por lo irracional sobre lo cual la metodología cartesiana no puede dar respuesta y la dialéctica hegeliana que ataca su modo de leer la realidad, configuran dos aspectos significativos para el surgimiento de una nueva episteme: la contemporánea.

2. En cuanto a las condiciones naturales y científicas de la época de Freud, debemos tener en cuenta que Freud no es hijo de nuestro tiempo, sino un signo que lo preanuncia. En este sentido, es importante vincular a Freud –como ya lo explicitamos– con el Romanticismo y el con positivismo de su época. Recordaremos, según lo trabajado por el autor, las coordenadas del pensamiento dominante de la época freudiana: 1. pensamiento cartesiano; 2. el concepto de ciencia ligado al positivismo, en especial en torno al sensualismo cuyo paradigma eran las ciencias naturales; 3. la preeminencia del modelo de la psicología de conciencia, que no consiste en una escuela sino en un modo de abordar lo psíquico; 4. la no diferenciación entre lo real y la realidad.

Al descubrirse entidades no perceptibles que sin embargo existen, como por ejemplo, las partículas subatómicas, la metodología positivista y sus supuestos se



resquebrajan y se plantea en la ciencia una crítica al concepto de observación como criterio epistemológico de conocimiento. Acompaña esta caída otro movimiento, a saber, la renovación por la preocupación ontológica que lleva a la concepción de que la verdad es inaprehensible, que la ciencia es una construcción; es decir, una fabricación mental del hombre que introduce en el continuo de lo real una cierta medida de realidad. En esta dirección, el orden de la ciencia no es lo real, sino una forma indicativa de hablar sobre ello. De allí se destacan dos términos conceptualmente diferentes: lo real y la realidad.

Hasta Freud, el concepto de inconsciente como él lo entendió no existía, en cuanto no era considerado como un espacio autónomo con leyes propias. A partir de Freud, el concepto de inconsciente es, justamente, “un concepto”; es decir, una construcción teórica para explicar, bajo cierta lógica, determinados fenómenos.

Lo importante es que para Freud, sin ser estructuralista, las ciencias del hombre –tal como considerara P. Janel– tratan con símbolos de cosas que ya son símbolos, mientras las ciencias naturales tratan con símbolos de cosas que son cosas. Por tanto, al tratar con símbolos cosas que ya son símbolos, están sometidas a un orden, el de la función simbólica, siendo efectos de sentido. Y, en tanto toda conducta tiene un sentido y el inconsciente es dador de sentido en tanto lenguaje, este define el orden de la cultura.

En nuestra consideración y de acuerdo con el autor, se abren de este modo las puertas para una proposición que consiste en afirmar que si lo psíquico es del orden de la cultura, se marca, entonces, una ruptura entre una concepción de lo psíquico que no puede superar la dependencia de la observación y el positivismo, y otra concepción basada en la interpretación y la construcción. Tal cuestión no es una mera afirmación, sino una reflexión epistemológica: el hombre habita en el lenguaje, pero no por ser sujeto parlante sino porque el lenguaje lo constituye en cuanto función simbólica.

¿Acaso –como valora el autor– no es enseñanza que humildemente Freud nos legara, el hecho de haber estatuido que toda conducta tiene un sentido? Sentido que solo puede hallarse morando el lenguaje; desde aquel lugar teórico que Lacan denomina Gran Otro.

Felicito a John Alexander Quintero por esta producción muestra del trabajo en la maestría en Psicoanálisis de la Universidad Kennedy y que será de altísimo beneficio para toda la comunidad académica de la Universidad San Buenaventura Cali.

Espero que los lectores disfruten su lectura con gran entusiasmo.

Amelia Haydée Imbriano  
Buenos Aires, 15 de enero de 2016



## Introducción

La escritura del presente texto se sostiene en el interés de dilucidar el lugar del sujeto en el campo de la ciencia médica. El primer desafío que asume es situar el modo como la ciencia y medicina se enlazan y dan lugar de manera progresiva a un modo particular del quehacer médico. Esta tarea requiere significar el tipo de ciencia a la cual se alude, así como el tipo de medicina a la cual se hace referencia, a saber, aquella ciencia que surge del positivismo y aquella medicina emparentada con sus principios. A partir de allí, se pone sobre la superficie la reflexión sobre la observación en cuanto técnica que descansa en el seno de la práctica médica científica y configura una particular relación entre el saber médico, el médico como agente de ese discurso y el paciente. Aportar a la dilucidación del lugar del sujeto en esa estructura de relaciones, es la apuesta del presente trabajo que tiene como fin mostrar la pertinencia y vigencia de una práctica clínica refundada por Freud sobre principios descentrados del positivismo. Se trata de un marco de pensamiento distinto, el psicoanalítico, que propone una práctica clínica guiada por la escucha de aquel malestar subjetivo no conquistado (aún) por el lenguaje nosológico y que trae consigo un sufrimiento psíquico.

En *Tótem y Tabú*, Freud hizo ver la importancia que tiene para el presente de una sociedad su antepasado –*Urvater*–. Sus lógicas organizativas de las relaciones humanas se edifican con base en normatividades emanadas de procesos identificación con una totalidad (padre mítico), cada vez más puesta en cuestión respecto de la función simbólica que facilita. Con el ánimo de recoger algunos aspectos del pasado reciente de la ciencia moderna, se invocan dos interpretaciones sobre la historia del pensamiento científico (Koyrè y Boring), las cuales proveen la lectura de los hechos que conducen a la ciencia positiva a ocupar el lugar de paradigma en la época moderna. Asunto para nada trivial en lo que a la medicina corresponde, toda vez que es el inicio de un trayecto hacia la *tecnologización* de sus procedimientos. No es asunto menor indicar que la incursión de procedimientos médicos complejos

ligados a las nuevas tecnologías prácticas, en el contexto local, están más ligadas al mantenimiento del modelo económico que al público destinatario.

Se propone atender la vigencia del discurso de la práctica clínica, usando como guía la pregunta por la subjetividad de quienes se inscriben en el campo médico; bien como representantes o bien como consultantes de su saber. Se reconoce aquí el lugar ocupado por Descartes en la edificación del pensamiento científico en cuanto era necesario la aparición del *cogito* para que las ciencias apostaran a nuevas formas de intervenir en lo humano. Un sujeto (el cartesiano) que hace atravesar su existencia por el ejercicio de pensar, se constituye en lo venidero como referente ineludible para el campo científico.

Queda entre líneas la idea de que la práctica clínica se suscribe al campo médico en una relación aparentemente de pertenencia. La medicina es conocida desde Hipócrates hace más de 400 años a. C., pero de clínica se habla desde Bichat en el siglo XVIII a partir de sus estudios acotados sobre la biología y fisiología animal y humana. He allí un pliegue en la historia, en el cual se anudan medicina y clínica que merece la pena subrayarse, sobre todo porque en lo sucesivo algunas psicologías y el psicoanálisis mismo incorporan el concepto “clínica” en el entendido de que agencian procesos que procuran un estado de alivio. ¿Cuál es el sujeto de esas “clínicas”? ¿De qué clínica se trata?

Estos asuntos configuran la problemática que se aborda en este trabajo, cuya apuesta es la reivindicación de una práctica clínica que reconoce, en el sentido psicoanalítico, la existencia de un sujeto (del inconsciente), frente a una práctica –que se dice clínica– que lo relega. Por ello, el punto culmen de este trabajo es situado hacia el capítulo final. Todo el recorrido histórico y conceptual desemboca en la teoría del sujeto propuesta por Jacques Lacan, reflexión que aquí se delimita a la primera época de su enseñanza, hasta 1956, concretamente al estudio de documentos como: *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis* (julio de 1953); las clases sobre *El sueño de la inyección de Irma* y *La carta robada*, que forman parte del libro dos sobre *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (1954-1955). Igualmente, la clase sobre *El significante*, en cuanto tal, no significa nada, que forma parte del seminario tres, sobre *Las psicosis* (1955-1956). Se incluyen también textos de apoyo que, dada la temática trabajada, eran ineludibles: *La ciencia y la verdad* y la conferencia sobre *Psicoanálisis y medicina*, para mencionar solo algunos. En el conjunto de textos consultados, la obra de Freud encuentra la vigencia de su originalidad de un modo indiscutiblemente renovado.

# Elementos técnicos del positivismo enlazados al pensamiento médico

El positivismo es una forma de pensamiento que surge a principios del siglo XIX de la reflexión filosófica, principalmente. Su propuesta de construcción de conocimiento pondera el método científico como el camino más loable para conseguirlo. Este estilo de pensamiento marca una época (la Moderna) y eleva un paradigma en la historia del conocimiento al cual se encuentran aún articuladas, total o parcialmente, distintas manifestaciones de la ciencia, entre ellas la medicina. En ese marco, es menester plantear una reflexión sobre aspectos de la técnica que alimentan el discurso de la medicina y ocupan un lugar cardinal en su práctica. La observación, por ejemplo, constituye una fuente técnica importante en el quehacer médico.

Aquí se propone, entonces, una lectura sobre la compleja conexión entre observación y lenguaje con la finalidad de situar, desde el inicio, el énfasis del análisis presentado en la totalidad de este documento; léase, la dimensión subjetiva del sujeto de cara al discurso médico.

En este recorrido, la cuestión dialéctica es importante en el entendido de que evoca movimiento, cambio, modificación; características que describen tanto al sujeto del conocimiento del cual se ocupa la filosofía, como al sujeto del inconsciente del cual se ocupa el psicoanálisis. Se verá, entonces, de qué sujeto se trata. Él no es otro que el sujeto de la ciencia.

La revisión de dos interpretaciones sobre la historia del pensamiento científico (Koyrè y Boring) entre otras, que se pueden encontrar en la literatura, procura esclarecer el modo como medicina y ciencia se enlazan en un momento cronológico denominado Modernidad. Esta época fue más que generosa en términos de producción de saberes y es preciso localizar en ella el modo como la medicina llegó a alojarse.

## La observación científica y su conexión con el lenguaje

Los eventos que allanaron el camino para concebir la ciencia moderna fueron numerosos. Ella es resultado de una cadena de acontecimientos que a lo largo de la historia contribuyeron a su generación. Ciertamente, toda producción de saber tanto científico como popular, surge en correlación con los saberes existentes. Este lazo entre saberes imprime, a la vez, una dinámica que, lejos de ser lineal, configura el devenir de las distintas tradiciones intelectuales. Así, cada manifestación de saber es un paso potencial para una invención o modificación del saber constituido.

La observación ha sido por mucho el corazón de la experimentación. La conjugación de ambas (observación y experimentación) conforma la columna vertebral del método científico. Ella es soporte del conjunto de procedimientos, técnicas, resultados y análisis ligados al positivismo y pieza clave de la credibilidad que usualmente se otorga a las ciencias que adhieren a esta lógica.

Si se acepta la *observación* como hito constitutivo de un saber (el científico), resulta improbable citar una referencia cronológica exacta acerca de su origen. Implicaría asumir la compleja tarea de situar los pliegues históricos en los cuales la observación pasó de ser solo una capacidad de la fisiología humana para transformarse en una técnica afín a los métodos que la implementan (no solo el método científico hace uso de ella).

El inicio de la ciencia podría remitirse a un momento mítico en el cual comienza el funcionamiento del sistema perceptivo, a través del cual el *homo* fue concibiendo los objetos del mundo y adquiriendo las habilidades propias de su condición, entre ellas la capacidad de hablar y traducir en palabras (para él mismo y para un otro) aquello que observa.

Ha de suponerse que la observación científica dista considerablemente de la observación cotidiana y común que hace una persona desprevenida. En efecto, el carácter científico de la observación está ligado a una serie de condiciones que la convierten en una técnica al servicio de los diferentes diseños de investigación que la requieran. Empero, estar condicionada a algún método no la desprende de las variables fisiológicas y psicológicas que pueden permear al observador e incidir en los resultados que ella arroje. Helmholtz (citado por Boring, 1990), por ejemplo,

*[...] advirtió que en la observación científica tratamos por lo general, con Anschauungen, y no con Perzeptionen; es decir, la observación depende de la experiencia pasada del observador, de sus inferencias inconscientes y las modificaciones resultantes del núcleo sensorial. Helmholtz llegó incluso a decir que la mayoría de las observaciones reportadas en el Physiologische Optik, aun siendo suyas, podían estar sujetas a sus propios errores (Boring, 1990, p. 334).*

Entre la observación científica y el relato sobre lo observado, intervienen en el científico variables que se escapan al control de la experimentación. Esto implica aceptar que entre el observador (sujeto) y lo observado (objeto) hay una distancia que no corresponde solamente al orden físico. En la oposición sujeto-objeto hay también, si se quiere, una distancia inmaterial que las palabras intentan saldar. La proximidad entre ambos es acordada, entre la comunidad científica, por medio del lenguaje. El lenguaje adquiere, para el científico, un valor especial en cuanto denota la ruptura epistémica con la comprensión que desde el sentido común se elabora sobre el objeto observado. Es por medio del universo del símbolo, de la nominación, que el sujeto observador atestigua para sí y para otros, la existencia del objeto en una misma experiencia. Así, el par sujeto-objeto es, para el científico, una relación de dos circunscrita en las condiciones físicas determinadas por el espacio y por el tiempo.

El esquema planteado por Freud en la carta 52, en el cual representa el sistema percepción-consciencia, es un punto de referencia toda vez que en él esboza su comprensión fundante del funcionamiento psíquico. Freud subvierte el lugar del objeto en el par sujeto-objeto, tal como se describió líneas atrás, dándole un lugar protagónico al observador. En cualquier caso, no se trata de un protagonismo deliberado y guiado por la voluntad de quien decide los alcances y límites de la percepción. Se trata de un protagonismo definido en términos de la experiencia particular que configura el hecho psicológico de la percepción. Dicho de otro modo, Freud ubica al objeto percibido en un nuevo espacio (virtual), lejos de la concepción de una relación circunscrita a las leyes físicas en el espacio-tiempo. A aquel nuevo espacio (topológico) lo denominó *aparato psíquico* y su funcionamiento tiene las características de un sistema (percepción-consciencia) constituido por instancias (inconsciente-preconsciente-consciente) en las cual se tramitan los estímulos recibidos vía percepción.

Sobre la comprensión freudiana de este sistema nos limitaremos a afirmar que en él se registran todos los hechos psicológicos sin excepción, a manera de representaciones (*Vorstellung*) entendidas como fuerzas derivadas del estímulo percibido, idea que Freud nutre a partir de los aportes de Herbart. De la relación de fuerzas entre representaciones surge otro elemento en el proceso psíquico: el afecto. Así, entre los quantum de afecto y las representaciones se establece la dinámica psíquica. Cabe afirmar que desde la perspectiva de la primera tópica freudiana, hay dos tipos de representaciones: representaciones cosa, propias de la instancia inconsciente, y representaciones palabra, propias del sistema preconsciente-consciente.

La idea de *quantum* de afecto, atestigua la proximidad de Freud a los postulados de Helmholtz, quien introdujo hacia mediados del siglo XIX en el campo de la fisiología la cuestión sobre la ley de la conservación de la energía. Así las cosas, el objeto percibido es sometido a una serie de transcripciones características del

funcionamiento del aparato psíquico. El resultado de este proceso es singular en cada perceptor. El hecho percibido entra en el registro psíquico del perceptor no de forma pura; esto significa que la materialidad del hecho concreto es convertida en una percepción que adquiere en el aparato psíquico, la propiedad de huella-estímulo y el científico (perceptor) registra en ella solo aquello que su experiencia singular con el objeto le permite registrar.

La observación es una acción que no escapa a la intencionalidad y voluntad del observador, sin embargo su mirada no conquista la totalidad del objeto observado sino que registra sólo lo que la imagen le presenta (representación). Dicho registro corresponde a la perspectiva del observador, y se incluye tanto su posición subjetiva respecto del objeto como las condiciones de espacio y tiempo en que efectúa la observación. Será él quien se encargue de crear la cercanía con el objeto por medio de las *representaciones palabra* que desde su experiencia perceptual considere articular con el propósito de crear un relato, un discurso, que le permita otorgarle un sentido (para sí mismo) a lo visto y comunicarlo a otros si así lo decidiera.

Es esclarecedor lo que Boring (1990) subraya sobre las conclusiones acerca de las observaciones hechas por el filólogo y filósofo Hermann von Helmholtz:

*[...] parecía que hubiera escrito un libro acerca de sí mismo... con relación a esta conclusión, existe una moraleja que [el autor] conocía perfectamente. Existe la influencia de la "atmósfera de laboratorio" sobre los resultados de la observación lo que significa que los investigadores probablemente observen lo que han aprendido a observar y que los buenos observadores deben entrenarse (p. 334).*

La observación introdujo dificultades en el camino de la ciencia positiva hacia la idea de objetividad y afectó especialmente el campo de la psicología científica. Sin embargo, no fue ajeno a las demás disciplinas que quisieron ajustarse a los cánones del método hipotético deductivo. A pesar de los esfuerzos científicos para mitigar la inferencia de la subjetividad de los investigadores, el problema del entrenamiento de buenos observadores desencadenó en la década de 1890 una de las discusiones más punzantes en la corriente de las psicologías científicas.

*Los funcionalistas norteamericanos afirmaban que los wundtianos entrenaban a sus sujetos para que vieran las clases de tiempos de reacción que la teoría de Leipzig necesitaba. Los wundtianos decían que ellos entrenaban sus sujetos sin ningún prejuicio y que la teoría se basaba en el descubrimiento de que los sujetos entrenados siempre producían resultados particulares (Boring, 1990, p. 335).*

Desde antaño, la conexión entre percepción y lenguaje es indiscutible. La observación tiene sentido en la medida en que se habla sobre lo que se observa. La acción de *observar* adquiere su poder revelador de la mano del lenguaje. Las imágenes observadas se tejen con las palabras aunque la mirada haya sido el primer testigo



de ellas. Las manifestaciones iniciales del lenguaje permitieron crear relaciones sustancialmente distintas en la actividad humana. De la arcaica repetición de actos comunes con fines de caza o supervivencia, el *homo* pasó a las expresiones onomatopéyicas y de ellas a las representaciones gráficas. La entrada en escena de la forma, la figura y la eficacia del símbolo, introdujo a la vez el ámbito del acuerdo y del intercambio. Su evolución deriva en relaciones humanas más complejas tal como se conocen hoy: relaciones mediadas por afectos, ideales, culturas, significaciones, historias que cohesionan o dividen, pero que, en últimas, organizan sociedades.

Del mismo modo que sucede con la observación, el origen del lenguaje ha sido siempre un enigma y su estudio ha suscitado diferentes posiciones. En 1866 la Sociedad Lingüística de París restringió la discusión académica sobre el origen del lenguaje por el alto nivel de especulación y conjeturas incompatibles con la objetividad científica.

Según la organización parisina, era preciso concentrarse solamente en el estudio de su funcionamiento. Sin embargo, en 1976 la Academia de Ciencias de Nueva York, motivada por la llamada “revolución cognitiva”, reabrió la discusión organizando un congreso multidisciplinar. Al parecer, situar al lenguaje en un contexto biológico junto con un modelo computacional de gramática y un planteamiento crítico hacia la psicología conductista, eran móviles suficientes para marcar un nuevo punto de partida en la investigación. Aun así, Cortés (2008) asevera que en el congreso de Nueva York no se produjeron resultados sorprendidos más allá de plantear la hipótesis que señala la migración del *Homo sapiens*, desde el África hacia Europa y Asia, como el acontecimiento que permitió el desarrollo de símbolos para referirse a los objetos en su ausencia.

Se da por hecho que la motivación con la que se emprenda el estudio del origen del lenguaje va de la mano de la intencionalidad de quien investiga. Para la Sociedad Lingüística de París era el aspecto funcional del lenguaje. Para la escuela cognitivista americana era la posibilidad de trascender la tradición conductista de la mano de la ciencia. No muy lejos de estas posturas, se encontró el influyente Círculo de Viena, para el cual el lenguaje no fue más que un instrumento cuya utilidad es describir los objetos (Vappereau, 2009).

Dadas las cosas, es menester dejar claridad sobre tres puntos. Primero, en la práctica de la observación científica está presente un sinnúmero de variables no susceptibles de control, en cuanto se reconoce la participación de la subjetividad del observador.

Segundo, el lenguaje es determinante en los procesos de transmisión de los hallazgos científicos como vehículo que otorga sentido al universo de percepciones que forman parte de la experiencia humana. Para la lingüística, lenguaje y percepción comulgan en el terreno del sentido y se corresponden. Tercero, el lenguaje no es un instrumento con fines estrictamente descriptivos. Más allá de su función, el lenguaje

incumbe a la supervivencia humana, además de estar vinculado con su constitución psicológica y social y con el porvenir y devenir de su historia. El lenguaje hace al sujeto y lo incluye en un juego político necesario para ingresar en el discurso, en el lazo social, en el ámbito de la cultura y en las relaciones propiamente humanas.

## Dialéctica del pensamiento científico y médico

El psicoanálisis ha entendido, gracias a las reflexiones filosóficas de Hegel y sus sucesores, el lugar cardinal de la dialéctica en la construcción de un discurso sobre el sujeto. Cuando al inicio se formula la existencia de un pensamiento (el científico y el médico) se presupone que “alguien”, un sujeto, lo pensó. De modo tal que proponer una reflexión sobre la dialéctica del pensamiento científico y médico es proponer a la vez una reflexión sobre el sujeto que agencia el pensamiento en cuestión.

La unidad aparente que conforman lenguaje y percepción crea un universo propio de la condición humana. Desde el punto de vista lingüístico, el proceso de *dar sentido* no lo lleva a cabo el hablante de forma aislada. Tanto el científico como el médico (en adelante, se usarán médico y científico indistintamente) en cuanto humanos, deben acudir a la palabra, al lenguaje que aprendieron de otros e incorporaron de la cultura a lo largo de su estructuración como sujetos. El lenguaje, en su estructura, no forma parte de la invención científica; todo lo contrario: el lenguaje inventa al científico en cuanto sujeto. Esto no desconoce que en el campo científico se encuentran palabras que forman parte del argot de su campo de conocimiento. Aun así, esas palabras adquieren sentido en virtud de la comunidad de intelectuales que las pactan.

La noción de sujeto pone de relieve la pertenencia del científico al universo del lenguaje y al acumulado de leyes estructurales que lo gobiernan. El lenguaje constituye el medio por el que adquiere forma el discurso científico pero al mismo tiempo cumple la función simbólica de hacer devenir un sujeto. ¿De qué sujeto se habla? El psicoanálisis no puede operar sobre otro sujeto distinto al sujeto de la ciencia (Lacan, *La ciencia y la verdad*, 1965); es decir, a partir de aquel que inventa Descartes al relacionar la existencia con el pensamiento. Casi que podría comprenderse que todo pensamiento presupone la existencia de un sujeto determinado por el lenguaje.

Al respecto, Milner (1996) suministra una línea argumentativa acerca de cuyo contenido —a propósito de la ecuación de Lacan acerca del sujeto— conviene revisar algunos aspectos. Que el psicoanálisis no pueda operar sobre un sujeto distinto al sujeto de la ciencia implica afirmar que “1. el psicoanálisis opera sobre un sujeto; 2. que hay un sujeto de la ciencia, y 3. que esos dos sujetos hacen uno” (p. 33). Dicho sea de paso, es preciso distinguir que aunque el psicoanálisis opere sobre ese sujeto (el de la ciencia) no equivale a afirmar que este sea una ciencia; Lacan es claro en ello.

Tanto en Freud como en Lacan, hay una teoría de la ciencia que al mismo tiempo permite establecer una separación entre uno y otro autor. En la obra de Freud, se encuentra lo que se ha convenido en llamar de un modo no despectivo, “el cientifismo de Freud” (Lacan, citado por Milner, 1996, p. 37) para aludir su asentimiento al ideal de la ciencia. Es decir, Freud, por su formación y por el clima intelectual que le rodeaba y del cual formaba parte, mostraba cierto interés por sincronizar con el derrotero científico. De algún modo, su quehacer estaba ya instalado en una noción de ciencia ideal en cuanto guiado por una concepción de lo que debía ser la ciencia. En efecto, Freud tomaba de otros la fisonomía de una ciencia ideal, como lo afirma Milner (p. 38), a saber, Helmholtz, E. Mach y Boltzmann y otros con quienes además coincidían en el interés de crear una sociedad de intelectuales que desarrollara una filosofía positivista.

Lacan, por su parte, no cree en el ideal de la ciencia para el psicoanálisis. Por el lo contrario, dicho ideal es observado por él como un referente regulador. Al no haber un ideal de la ciencia, tampoco habrá, como consecuencia, una ciencia ideal. Por esta razón, carece de sentido preguntarse cuál modelo de ciencia sería preciso pensar a partir del psicoanálisis para ajustarse a él. En cualquier caso, la pregunta sería una pregunta desatinada en cuanto el resultado de su respuesta sería un modelo científico sesgado a conveniencia.

Para ser más precisos, la pregunta formulada por Lacan, en 1965, fue: “¿qué es una ciencia que incluya al psicoanálisis?” (reseña para el anuario de la Escuela de Práctica de Altos Estudios, en *Reseñas de enseñanza*, Manantial, Buenos Aires, 1984, p. 28). Pregunta formulada en el entendido que el psicoanálisis encontró en sí mismo los fundamentos de sus principios y de sus métodos (Milner, 1996, p. 39). De tal alcance, que la ciencia puede encontrar en la práctica llamada *análisis*, presente en diversos campos del saber, una especie de punto ideal propuesto por el psicoanálisis.

Que el psicoanálisis opere sobre un sujeto y que ese sujeto sea el de la ciencia, sitúa a Descartes como referente ineludible. En efecto, Descartes inventa al sujeto moderno y Lacan lo analiza ampliamente en sus Escritos (*La instancia de la letra*, 1957; *La ciencia y la verdad*, 1965).

Descartes fue capaz de entregarle a la ciencia lo que ella requería del pensamiento; eso es lo que testimonia el *cogito*. Alguien que piensa y de ese pensar ratifica su existir. El sujeto moderno es el sujeto de la ciencia y en esa vía, el psicoanálisis en cuanto moderno, no podía dirigir sus postulados hacia un sujeto distinto al sujeto cartesiano. Es allí donde ambos sujetos (el de la ciencia y el del psicoanálisis) hacen uno. Ahora bien, “[...] el sujeto de la ciencia no es nada salvo el nombre de sujeto, toda vez que por hipótesis, la ciencia moderna le determina un modo de constitución” (Milner, 1996, p. 36).

Decir que el lenguaje agenciado por todo sujeto, incluso el más entregado a los quehaceres de la ciencia, está organizado sobre un conjunto de leyes que facilitan su uso colectivo, es una afirmación que suele obviarse en sus implicaciones. Pasa frecuentemente inadvertida debido a que la ciencia positiva forma parte del conjunto de creencias admisibles por su pertenencia al campo de lo comprobable. Es poco común que por fuera del ámbito académico las personas formulen cuestionamientos a las afirmaciones que tengan el sello científico. La gente supone que las aseveraciones científicas han pasado el filtro de la prueba y la verificación, por tanto han recorrido el camino necesario para merecer credibilidad. Lo que es preciso subrayar es que incluso el científico con toda su carga de verosimilitud, está subordinado al lenguaje y sus leyes emanadas desde el seno de las más antiguas sociedades, constituyendo así la propia y transmitidas de generación en generación en la cultura.

El conjunto de posibilidades que brinda el lenguaje a un sujeto es lo que Lacan denomina, en distintos momentos de sus escritos y seminarios, campo del Otro. En él se localiza todo lo que del sujeto podrá hacerse presente (1964 [2007], p. 212). De tal manera, no hay cultura, ciencia ni sujeto posible por fuera de aquel campo. Si el científico es capaz de cavilar de forma autónoma es en virtud a que ha ingresado en ese campo, ha incorporado un Otro (el de su cultura y el de su quehacer intelectual) y razona según sus leyes. Estas leyes no son de la misma naturaleza que las leyes emanadas del campo científico o legislativo. “La actividad lingüística funciona sin conocerse”, afirmaba Jakobson en sus Seis lecciones (p. 23) en una evocación a los filósofos, y está gobernada por una lógica relativa al sonido y al sentido.

Esta hipótesis sostiene por completo el abordaje aquí expuesto. Lo que se espera que acontezca del encuentro entre el *infans* y el campo del Otro, es la estructuración de un sujeto. Un “alguien” permeado por los *sonidos* a los que le adjudicará *sentido* y le permitirán hacer parte del juego político de la palabra que lo representará ante otros y ante sí mismo (el “yo soy...”). Este movimiento entre el sujeto y el Otro es la dialéctica misma. Para el psicoanálisis, es allí, en los intersticios de los sonidos y los sentidos, en la estructura del lenguaje, donde nace el sujeto en su condición singular. Más aún, es la relación dialéctica (moebiana si se quiere) del sujeto con el lenguaje que lo estructura, el motor de la cultura y sus formas (la ciencia, la religión, el arte, la historia, etc.). “Basta con observar un autista, que sufre una degradación física, un retraso, por el hecho de no entrar en el juego político de la palabra” (Vappereau, 2009, p. 156). Él podrá ser referido en el discurso de otros y en ese sentido formará parte de las relaciones sociales. Pero él mismo está excluido de ellas por cuenta de no haber entrado decididamente en dicho juego a través de lo simbólico.

Con base en lo anterior se pretende resaltar que las propiedades del lenguaje y su complejo amarre con los procesos de percepción no son un tema ajeno a la di-

mensión social del ser humano. La sociedad solo se explica a partir del encuentro inexorable entre individuos y del lenguaje que catapulta su encuentro hacia modos complejos de organización política, económica y cultural. En este marco de ideas, es preciso situar el carácter social, cultural y político del pensamiento científico.

La ciencia moderna surge bajo las condiciones propias de las leyes que gobiernan el lenguaje, toda vez que sus efectos organizan la cultura, su dinámica y sus cambios. Toda expresión intelectual conocida, incluidas las no propiamente científicas, son susceptibles de ser leídas gracias a que han ingresado en el registro del Otro. Más allá de las diferencias entre las distintas lenguas e idiomas, el lenguaje ejerce una función universal, política y estructurante, consistente en incluir en su dominio el conjunto de relaciones humanas. “La naturaleza proporciona significantes –para llamarlos por su nombre– y estos significantes organizan de manera inaugural la relaciones humanas, dan las estructuras de estas relaciones y las moldean” (Lacan, 1964 [2007], p. 28).

Desde ya se aprecian pistas que permiten encuadrar gradualmente el contexto de la relación entre médico y paciente. La propuesta de este apartado es aproximar descriptivamente al lector al ámbito del Otro de la ciencia, en el contexto de la modernidad. Este recorrido es necesario para captar el lugar del sujeto en aquel ámbito y la necesidad de problematizar algunas expresiones prácticas y discursivas del pensamiento médico, particularmente aquellas en las que se sustituye por completo la palabra del sujeto por la farmacopea.

En esta intención, el entorno dialéctico adquiere todo su valor y vigor, bien para reivindicar al sujeto o bien para poner de relieve los cambios históricos que lo afectan. No hay que desconocer que la filosofía le hereda a las ciencias la posibilidad de reconocer en el sujeto su capacidad de cambio, de movimiento, de reflexión; sin embargo, no todas acogen este legado. En lo concerniente al pensamiento científico –especialmente el discurso médico a él adherido– predomina una teoría en la que el sujeto queda relegado a una patología con la cual será reconocido durante el tiempo en que sea objeto de tratamiento. Kojève, en su lectura comentada sobre la *Fenomenología del Espíritu* de Hegel, afirma que

*[...] la realidad humana no puede engendrarse y mantenerse en la existencia sino en tanto que realidad “reconocida”. Sólo siendo reconocido por otro, por los otros, y, en su límite, por todos los otros, un ser humano es realmente humano tanto para él mismo como para los otros (Kojève, 2006, pp. 15-17).*

La problemática que se desprende de la acción de “reconocer” una patología en lugar de un sujeto, será dejada en suspenso en este apartado. De momento, conviene subrayar que el “reconocer” conserva una estrecha relación con las habilidades que promovieron la conquista de la condición humana. Es decir, la facultad que otorgan los órganos de los sentidos (ver, oír, palpar, oler, saborear). Estas habilidades,

sumadas a la virtud de darles trámite por el lenguaje, conforman los componentes necesarios para que el *reconocimiento* se suscite y se consolide aquello que Kojève llama la *realidad humana*. Las facultades biológicas del ser humano lo impulsan a crear, sin proponérselo, una dimensión única que lo hacen radicalmente distinto al conjunto de organismos vivos. He aquí nuevamente el lenguaje y las posibilidades humanas que de él se desprenden. En él se encuentra la raíz del orden social en estrecha conexión con la subjetividad humana. Por esa razón, el lenguaje, pieza clave de la realidad humana, no es reducible a una cualidad fisiológica. Más aún, la comprensión sobre las funciones biológicas está subordinada a las interpretaciones científicas que a partir del lenguaje se plantean. No por menos la filosofía lo entiende como elemento esencial de la dinámica de reconocimiento y el psicoanálisis como componente decisivo que encausa la experiencia humana desde su origen.

Sin embargo, hay un aspecto que es justo acentuar con insistencia. Se trata del modo como el lenguaje organiza subjetivamente al sujeto perceptor: lo percibido vuelve al sujeto y su psiquismo tendrá que hacer algo con la imagen percibida. Tal experiencia configura la psicología humana en cuanto de ella nace la versión (el discurso) del mundo que cada uno construye. “[...] los hechos de la psicología humana no son concebibles si está ausente la función del sujeto definido como efecto del significante” (Lacan, 1964 [2007], p. 215).

El proceso fisiológico de percepción puede describirse en términos aplicables al universo de seres humanos dotados biológicamente para ello. De hecho, el ideal científico es formular discursos generalizables, leyes cuya previa verificación puedan emplearse en uno y otro lugar. Lo cierto es que el contenido de la percepción es único en cada sujeto en virtud del interés que impulsa en él dicho proceso.

*El hombre “absorbido” por el objeto que contempla no puede ser “vuelto hacia sí mismo” sino por un deseo: por el deseo de comer, por ejemplo. Es el deseo (consciente) el que transforma al ser revelado a él mismo por él mismo en el conocimiento (verdadero), en un “objeto” revelado a un “sujeto” por un sujeto diferente del objeto y “opuesto” a él (Kojève, p. 10).*

Aunque el autor no refiere al deseo del modo como lo entiende el psicoanálisis (como deseo inconsciente), su reflexión es útil para subrayar la dialéctica presente, entre el sujeto y el objeto, en la función perceptual. El objeto es, existe, en cuanto en el sujeto hay un deseo que lo conduce a él; deseo que lo muestra atado (sujeto) a la búsqueda de algo, opuesto a él, pero que, en último término, conserva una estrecha relación con lo que el sujeto es.

Lo dicho hasta aquí permite acentuar la dialéctica como el camino que es propio a la existencia del sujeto, en ese movimiento se aloja sujetado al significante que lo representa en la cadena de significantes. Desde allí, también dinamiza su historia, los discursos sobre su realidad y sobre sí mismo. De modo tal que al científico, al

médico, en tanto sujetos, también es preciso pensarlos desde la misma lógica reflexiva. Ellos no son el discurso, son sus agentes, por tanto su subjetividad también está comprometida en el juego político de la palabra y del lenguaje como efectivamente lo deja ver el discurso que los representa.

## Interpretaciones sobre la historia del pensamiento científico

El origen de la ciencia, en cuanto manifestación de la cultura, es afín con la lógica de *reconocimiento* que se concibe lo humano. La ciencia en cuanto “[...] conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento [...]” requiere concertaciones, acuerdos y *reconocimiento* entre quienes la agencian, para cumplir con su propósito de “[...] deducir principios y leyes generales” (Real Academia Española, 2012).

Tal como se ha expuesto, la reflexión filosófica –mucho más antigua que la psicoanalítica– conviene con el psicoanálisis en ponderar las particularidades de los procesos de percepción y reconocimiento que van de la mano del lenguaje. A pesar de ello, la ciencia del siglo XIX encontró que las conclusiones resultantes de procesos investigativos sobre particulares eran susceptibles de ser generalizadas; de allí que la búsqueda de leyes sea su interés principal.

Este fue el comienzo del distanciamiento entre las ciencias fácticas y las demás disciplinas. Uno de los criterios empleados para valorar la pertinencia de todo conocimiento producido, fue su posibilidad de aplicación práctica. Ciencias como la física, la química, la fisiología, la biología y la medicina, entre otras, entraron en el juego político de las palabras argumentando las verdades de sus tesis y sus alcances prácticos.

Desde el siglo XIX, el método hipotético deductivo fue el modo a través del cual se canalizó y reguló la obtención de saber. Tras una larga hegemonía del discurso de la fe, la lógica de la prueba se constituyó en un paradigma, en una condición de validación y ciertamente de legitimidad de toda nueva elaboración intelectual.

Interpretaciones sobre la historia del pensamiento científico, como la ofrecida por Alexandre Koyré, ponen en discusión la habitual correlación entre modernidad y ciencia empírica. Considera falso que los tiempos modernos hayan tenido su inicio hacia finales de la Edad Media con Francis Bacon. La idea de Bacon de oponer los derechos de la experiencia y de la sana razón humana al razonamiento escolástico, no fue determinante (Koyré, 2007). Tampoco considera que la ciencia de finales del siglo XVII haya introducido cambios sustanciales en los métodos de aquel momento. Según el autor, los filósofos del siglo XIII capitalizaron el mérito de comprender el interés que presentaba la “verificación” y “falsación” para el método

experimental, porque la simple observación, base de la inducción aristotélica, no era suficiente (Koyré, 2007).

Los filósofos del Medioevo “[...] descubrieron y elaboraron las estructuras fundamentales del método ‘experimental’ de la ciencia moderna” (Koyré, 2007, p. 53). Más aún, dieron cuenta de “[...] el verdadero sentido y la verdadera función de una teoría científica, y reconocieron que tal teoría ‘no podría ser nunca cierta’ y, por tanto, no podría pretender ser necesaria, es decir, única y definitiva” (p. 53). La diferencia elemental que introduce la ciencia del siglo XVII respecto de los métodos científicos de la época, estriba en la sustitución de procedimientos cualitativos por procedimientos cuantitativos. Ello se evidenció en la adopción de un tipo nuevo de matemática que resultó útil para la organización de actividades intelectuales relacionadas con la recolección y clasificación de datos.

De otro lado, la interpretación de Boring propone que el surgimiento de la ciencia moderna responde a hechos concretos que marcaron el desarrollo de las sociedades. Históricamente, si se concierta la división de la historia en los periodos Antiguo, Medieval y Moderno, se pueden situar entre los dos últimos cinco eventos claves que dieron paso a lo que Boring denominó “La Nueva Erudición” (Boring, 1990, p. 28): primero, la modificación del sistema feudal a partir de la invención de la pólvora y su implementación gradual en las guerras (siglos XIV-XV). Esto fortaleció las unidades nacionales y facilitó la ampliación del interés por el conocimiento en función de dicho fortalecimiento. Segundo, la invención de la imprenta (S. XV) y en consecuencia la expansión de las producciones intelectuales. Tercero, la caída Constantinopla (1453) a cargo de los turcos. Esto permitió la transmisión de su cultura a Occidente, a la vez que los sabios italianos mostraron interés por la civilización griega. Cuarto, el descubrimiento de América en 1492 y con él la preocupación por la expansión, la adquisición de tierras, el comercio y los negocios. Por último, la teoría heliocéntrica de Copérnico, publicada en 1543, que distanció al hombre de suposición antropocéntrica respecto del universo al derrumbarse el enfoque geocéntrico que la sostenía.

Toda esta actividad promovió un clima intelectual amplio y diverso. Los hallazgos de Kepler (1571-1630), Galileo (1564-1642) y Newton (1642-1727), junto con la notoria evolución de la máquina de vapor a lo largo del siglo XVIII, entre otros hechos, hicieron de esta época un periodo determinante para la ciencia moderna. Simultáneamente, las sociedades crecían y consolidaban su economía y sus propios sistemas de gobierno.

En medio de tal pluralidad de hechos y procesos intelectuales, resulta insostenible una interpretación única de la historia y sostener una lectura exclusivamente lineal sobre los acontecimientos que dieron paso al surgimiento de la ciencia moderna. Con todo, el *Discurso* de Descartes sigue siendo aquel referente clave y distintivo



del pensamiento moderno: la razón como facultad para distinguir lo verdadero de lo falso (Descartes, 1637 [2007], p. 16).

En el *Discurso* se lee que el propósito de Descartes no fue “[...] enseñar el método que cada cual ha de seguir para conducir bien su razón, sino mostrar de qué modo [él ha] procurado conducir la [suya]” (p. 15). El efecto de su pensamiento fue ubicar un nuevo eslabón dentro de la multiplicidad de acontecimientos, en el cual el hombre se ubica como agente de conocimiento; esto es, un *yo pensante* cuyo fundamento es *je pense, donc je suis* (p. 38).

Aunque esta actitud hacia el conocimiento tiene un lejano antecedente en Aristóteles, el cogito cartesiano es para muchos el punto cero del sujeto de la ciencia. Esto, en cuanto “su método” se dirige a traducir la estructura de la realidad en una estructura de conocimiento, porque la realidad fenoménica está estructurada como la razón” [N.T (Descartes, p. 6)]. De allí que Descartes sea importante para la ciencia moderna en su conjunto. Para la psicología lo es en cuanto su legado provoca una escisión irreparable que perfila el estudio acotado de los procesos de la mente. Para el pensamiento científico lo es, y particularmente para la medicina, en tanto se interesa por la máquina y su relación con el funcionamiento orgánico.

Descartes delinea en su *Discurso* quizás la más importante virtud que el lenguaje le facilitó al humano: la razón. La ubicó como método necesario para la consecución de conocimiento y dejó ver que la existencia humana deviene del pensar. Con ello esboza el límite y la continuidad entre lo corpóreo y lo anímico, con lo cual establecen las bases para emprender nuevas aproximaciones intelectuales en el estudio del sujeto humano.

Podría afirmarse que fue por Descartes que los franceses desarrollaron un pensamiento materialista, como se ve en los trabajos del teólogo y médico La Mettrie (Boring, 1990). Ellos asociaron el funcionamiento del organismo viviente con las propiedades de la máquina, lo que introdujo nuevas pautas para lecturas científicas posteriores. Además de La Mettrie (1709-1751), muestra de ello son los trabajos del médico Vaucanson (1709-1782) y años después del médico Claude Bernard (1813-1878).

Las ideas materialistas y mecanicistas –de la mano con el paradigma de generar conocimientos verificables y medibles– penetraron el pensamiento médico y cultivaron gradualmente la ruptura con la noción de naturaleza incorporada en la medicina antigua. Del estudio y observación de los temperamentos particulares, los médicos pasaron a auscultar el déficit de la máquina orgánica. Sus trabajos no tardaron en arrojar datos estadísticos sobre síntomas. Posteriormente, la estadística facilitó su agrupación en cuadros clínicos diferenciados con la ayuda de un lenguaje nosológico tecnificado.

Bastó una revolución industrial para que se produjeran “[...] agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que [el mundo científico] pone a disposición del público y le pide al médico, cual si fuere un distribuidor, que los ponga a prueba” (Lacan, 1966 [2006], p. 90) con el fin de avanzar en la eficacia de los mecanismos de control sobre lo anormal.

De este modo, la práctica médica resurge con nuevos elementos en una etapa distinta de su desarrollo histórico. El pensamiento moderno, el impulso de la Revolución Industrial, la matemática estadística y las nuevas tecnologías, promovieron su inclinación hacia el terreno de la especialización técnica, relativizando así su carácter clínico original agenciado por el médico. La tecnificación de la atención médica situó gradualmente al profesional de la medicina en el contexto de los mercados y la industria (farmacéutica) y lo subordinó a sus leyes.

La ciencia médica es resultado de la evolución histórica de la ciencia moderna. Son inseparables en la medida en que se entiende el modo a través del cual la medicina quedó enlazada a los paradigmas del pensamiento moderno: desde la comprensión de la relación sujeto-objeto que incorporó, pasando por los hechos sociales e intelectuales de los siglos XVI al XVIII que en ella incidieron, hasta verse involucrada en los procesos de industrialización y tecnificación sucedidos a partir de la segunda mitad del siglo XVIII.

# Perspectivas sobre el discurso clínico

En este apartado se reflexionan sobre tres asuntos significativos para la comprensión del discurso clínico actual. El primero, corresponde a una lectura que recupera aspectos señalados por dos autores, Lacan y Foucault, que discuten acerca de los pilares de la práctica clínica. El segundo, sitúa los linderos de la práctica clínica fundada por Freud y el tercero, sitúa lo correlativo al lenguaje que configura dichas prácticas (Quintero, J. A, 2013).

## El discurso clínico: Lacan-Foucault

Conviene iniciar con la siguiente pregunta: “¿qué es un discurso?” El concepto de discurso ha estado presente tanto en las reflexiones de la filosofía antigua como en nuestra época. En términos generales, se considera una actividad propia del humano ligada fundamentalmente al pensamiento y al lenguaje articulado. Al revisar la etimología del vocablo, se encuentra que proviene del latín *discursus*, traducción de la palabra griega *diánoia*. Este término se compone a su vez por el prefijo *diá*: a través de y el sufijo *noesis*: mente, pensamiento, inteligencia (Lesseire, 1992). Platón, en *La República*, define *diánoia* en términos de conocimiento discursivo que procede al derivar conclusiones de premisas. En el mismo sentido lo toma Aristóteles en *Metafísica*, en cuanto lo relaciona con causas y principios (Abbagnano, 1984).

Abbagnano señala que *diánoia* es un concepto que según el uso platónico y aristotélico, puede equivaler a lo que denominamos *razón*, en un sentido objetivo, lo cual implica cierta contradicción con el sentido específico de *nous* (entendimiento). El entendimiento refiere a la facultad considerada superior de intuir los principios últimos de los que surgen los mismos procedimientos racionales, lo que Santo Tomas

nombró como *ciencia intuitiva de Dios*, quien no requiere de premisas y conclusiones. Dios, con un acto simple y perfecto de inteligencia, lo comprende todo y simultáneamente en sí mismo. En esa línea, las acepciones de razón y entendimiento son completamente distintas.

La concepción de *diánoia* como conocimiento discursivo y su oposición con el uso específico de *nous*, se encuentra incluso en la modernidad. Kant (1724-1804), en *Crítica de la Razón Pura*, conceptúa que “[...] el conocimiento propio de todo entendimiento humano, es un conocimiento por conceptos, no intuitivo, sino discursivo” (citado por Abbagnano, 1984, p. 326). Abbagnano afirma que “Kant opone constantemente en el curso su obra, entendimiento discursivo o humano al hipotético ‘entendimiento intuitivo’ de Dios, creador de sus objetos” (p. 326). En resumen, podría señalarse un entendimiento intuitivo (el de Dios) que hipotéticamente no requiere más que a sí mismo para afirmarse. De otro lado, un entendimiento propiamente humano que surge de razonamientos sucesivos cuya articulación conforman un discurso.

La finalidad de este breve recorrido por la noción de *diánoia* es ponerlo en diálogo con aquello que Lacan denominó “discurso sin palabras” (Lacan, 1968-1969 [2008], p. 10). La frase de Lacan parece plantear una paradoja en cuanto se espera que el discurso produzca un hecho fonemático o al menos escrito. Sin embargo, el autor hace ver “[...] el discurso como una estructura necesaria que excede con mucho a la palabra” (p. 10). Antes de todo hecho fonemático o escrito, hay un sujeto interesado en decir algo que espera transmitir cabalmente a un otro. Tal interés introduce la singularidad en cada discurso, toda vez que no se puede anticipar cada palabra que el hablante escogerá en su discurso. El sujeto tiene la facultad de sorprenderse con su decir; puede acertar, equivocarse, decir poco o mucho más de lo que esperaba pronunciar. Por ello, antes del fonema, antes de la letra, hay una estructura compuesta por elementos tomados necesariamente del lenguaje. Estos elementos son el conjunto de significantes con todas sus posibilidades y un sujeto interesado que emerge como resultado de ellas.

Eldelsztein (1992) es oportuno cuando señala en uno de sus textos que “[...] la etimología tanto para el castellano como para el francés, de interesado (*intéressé*) es *inter sum*: estar entre, en medio de, en el intervalo de (diccionario Sopena Latín)” (p. 82). Con ello quiere indicar que “[...] nuestro sujeto se localiza en los intervalos de los elementos del discurso del Otro” (p. 82); es decir, en aquel universo de posibilidad ofrecidas por el lenguaje, por el significante.

Lo dicho hasta momento facilita partir de una idea general: el discurso es una estructura, un *a través de* constituido de palabras que edifican al sujeto pensante y sus relaciones con los objetos del mundo por los cuales se interesa.

Al hacer desde esta perspectiva una aproximación al modo como se erige el discurso clínico, resulta conveniente rastrear los intereses que motivaron su forma actual. El discurso clínico ha sufrido modificaciones importantes a lo largo de su historia. Es de plena utilidad identificar aquellos puntos de interés que marcaron su transformación.

En 1963, Michel Foucault presentó en Francia un texto en el cual describe y analiza el surgimiento de la clínica. El inicio de su prefacio llama la atención: “Este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada” (Foucault, 1980, p. 1). Como quiera que el autor no se ocupa enteramente del sujeto en el desarrollo de su texto –al menos no estrictamente del sujeto tal como lo conceptualiza el psicoanálisis–, sí ubica la relación (de cara al nacimiento de la clínica y la historia de la medicina) entre lenguaje y mirada. De esta manera, lo planteado por él en el capítulo IV (*La antigüedad de la clínica*) servirá para encuadrar la relación entre cuatro elementos cardinales: clínica, medicina, lenguaje y mirada, además del lugar (o los lugares) que ocupa el sujeto en ese marco. El modo como se conjugaron estos elementos en el contexto de la modernidad, marcó la transición hacia un discurso clínico nuevo y especializado.

Foucault, al escribir sobre el pasado de la medicina, tuvo en cuenta su historia y su historicidad. De su exposición se infiere que las diversas teorías médicas surgieron a partir de hechos concretos que facilitaron su formación y encontraron en la práctica clínica tanto su base como la posibilidad de continuidad o variabilidad en el tiempo. “Se decía que en la clínica la medicina había encontrado su posibilidad de origen” (Foucault, 1980, p. 84). Tal conexión es viable si se acepta la separación entre medicina moderna y antigua. Aunque ambas se ocupen de la relación entre el sufrimiento y lo que alivia, el andamiaje conceptual toma impulso en el siglo XVIII con Bichat. Si bien es importante para el objetivo de este escrito mostrar la coexistencia histórica entre clínica y medicina, no es trascendental descubrir el origen de cada una.

Foucault emplea el siguiente supuesto: antiguamente la relación del individuo con su organismo, en momentos de dolor, se caracterizaba por su matiz sensible e instintivo en la búsqueda del alivio. Dicha búsqueda no estaba condicionada a un saber o a la autorización de un tercero; era pensada por el individuo para sí mismo. Podría afirmarse que cada individuo era sujeto de su pensamiento y al mismo tiempo su objeto en cuanto el producto de su razonamiento recaía sobre sí mismo: “La sensibilidad del enfermo le enseña que tal posición o tal otra, lo alivia o lo atormenta” (Foucault, 1980, citando a Cantin, p. 85) y bajo esas coordenadas transcurría su recuperación.

Aquí podría subrayarse un primer punto importante relacionado con las mutaciones del discurso clínico. Hubo un momento en la historia en que la relación del

sujeto con su organismo, en momentos de dolor, era orientada principalmente por su instintiva búsqueda del alivio. Este tipo de conocimiento empezó a ser parte del sistema de relaciones sociales, se transmitió de unos a otros, de padres a hijos, hasta convertirse en una forma general de conocimiento, “todo el mundo indistintamente practicaba esta medicina... las experiencias que cada uno hacía eran comunicadas a otras personas” (Coakley Letsson, citado por Foucault, 1980, p. 85). La experiencia médica permaneció durante mucho tiempo abierta, era un saber derivado de la experiencia del hombre con su propia humanidad. Era un saber sin distinciones de clase ni condiciones de acceso en cuanto se suponía un bien común.

Sin embargo, según Foucault dos hechos marcaron una ruptura en lo que él denomina la edad de felicidad absoluta de la medicina: la inauguración de la escritura y el secreto. Por un lado, aquello ocasionó el paso de un conocimiento sin restricciones a un conocimiento repartido a grupos privilegiados. Por otro lado,

*[...] la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites, entre mirada y palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber (Coakley Letsson, citado por Foucault, 1980, p. 85).*

La tesis de *El nacimiento de la clínica* considera que la disociación entre la mirada y la palabra da lugar a una mutación del discurso que conduce a la medicina a incorporar nuevas prácticas. Para comprender dicha transformación, es preciso recurrir a aquel momento en el cual “[...] las cosas y las palabras no están aún separadas, allá donde aún se pertenecen, al nivel del lenguaje, manera de ver y manera de decir” (Foucault, 1980, p. 4).

La correspondencia entre lo percibido y lo enunciado, la mirada y la palabra, parecía ser la cuna de todo discurso. Hacia finales del siglo XVIII, fecha en la cual la medicina moderna ha fijado su nacimiento (Foucault, 1980), las descripciones médicas adquirieron un mayor alcance. Poco a poco los galenos introdujeron técnicas que permitían auscultar partes no visibles del organismo. A principios del siglo XIX, los médicos consignaban en sus registros lo que por mucho tiempo permaneció más allá del límite de lo perceptible y de lo enunciable.

*La relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que estaba más allá y más acá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza, que hace ver y decir... (p. 5).*

Un segundo punto relevante para entender las transformaciones importantes del discurso clínico, es la entrada en juego del saber científico como elemento significativo asociado a la veracidad ofrecida por la posibilidad de ver. El médico exploró con su mirada lo que estaba más allá de la superficie del cuerpo, con lo cual develó

nuevos objetos, los introdujo al mundo del símbolo por medio de su discurso y sorprendió y robusteció su imagen, asunto que lo situaba en las antípodas del saber popular sobre la enfermedad.

El proceso de nominación de estos nuevos objetos asociados a su disfuncionalidad, introdujo al discurso clínico en una nueva etapa. La edad de la felicidad absoluta de la medicina concluía por cuenta de una escritura nosológica compleja y reservada para sujetos con determinado capital intelectual. La experiencia médica pasó de ser abierta a ser una experiencia restringida y culturalmente condicionada al saber científico, del cual el médico es su depositario. La instintiva búsqueda del alivio dejó de ser suficiente.

El espectro de nominaciones patológicas ensanchó el argot médico y lo impregnó de un tinte enigmático, secreto y complejo, que situaba al no médico en una posición de no saber. Cada concepto nosológico tiene como fin delimitar la porción afectada del organismo, de modo tal que en esta nueva lógica de relación es el médico quien concluye, mediante su examen y del dicho del paciente, lo que el enfermo padece. Esta evolución del discurso clínico es fundamental en la medida en que trasciende la relación que entabla el médico con el paciente y viceversa. Cuando la disfuncionalidad orgánica adquiere un nombre en el discurso, adquiere también una identidad que provoca que entre médico y paciente opere con cierta especificidad la función simbólica:

*La nominación constituye un pacto por el cual dos sujetos convienen al mismo tiempo en reconocer el mismo objeto. No obstante, cada uno ve su propio objeto. En este nivel, tanto médico y paciente hacen que el objeto enfermedad subsista en una cierta consistencia (Lacan, 1983 [2006], p. 257. El subrayado es mío).*

En ese sentido, la entidad nosológica es aquello que el médico está llamado a develar y es, a su vez, lo que el paciente le pide al médico que constate.

Es así como la enfermedad, en cuanto nombre (objeto), surge en lo real a partir de una apuesta (Lacan, 1954-1955 [2006]). El médico exploró con su mirada lo que no era visible en el cuerpo. Con ello descubrió “nuevos objetos” y los introdujo al universo simbólico por medio de su discurso. De este modo, la nosología médica subsiste de tal manera que la palabra diagnóstica constituye la condición de intercambio por el cual médico y paciente se van a reconocer.

Esto último ejemplifica por qué el lenguaje no debe ser entendido exclusivamente como un instrumento con fines descriptivos. Si bien la descripción es una de sus funciones más efectivas, también debe preservarse su importancia en la subjetividad del hablante y su lugar determinante en las relaciones humanas.

La transición de un discurso médico abierto a otro restringido, estuvo también asociada a un clima cultural y político que ponderaba preferentemente el valor empírico y positivo de toda producción intelectual. En ese contexto, hacia finales del siglo XVIII este tipo de clínica con lenguaje progresivamente tecnificado y practicada en espacios intramuros, encontró en Prusia su nueva cuna. Desde ese contexto fue extendiendo sus pilares hacia el resto de Europa; pilares que hoy la conservan en un lugar privilegiado dentro del dominio de la ciencia y el mercado.

No hay que olvidar la proximidad del discurso clínico con la dinámica de los mercados. La transformación de los procesos de producción derivados de la Revolución Industrial tocaron las puertas del mundo médico. El uso de compuestos químicos en los procedimientos de cura empleados por la clínica moderna, fue visto acertadamente hacia finales del siglo XIX como un sector de potencial crecimiento económico. Su “éxito” en los tratamientos, motivó su creciente demanda a pesar de los efectos secundarios. La producción masiva de los compuestos químicos enlazó el campo médico con la naciente industria farmacéutica y permeó decididamente la práctica clínica del médico. Por solicitud de la industria, los galenos se convirtieron en una especie de distribuidores de los nuevos agentes terapéuticos para ponerlos a disposición del público consumidor.

Por cuenta de la industria de la salud, el discurso clínico quedó inserto en un discurso mayormente dominante en la época actual: el capitalista. Tanto médico como paciente gozan de un doble papel. El primero no solo practica su ciencia, sino que también hace las veces de distribuidor dentro de la cadena de producción de fármacos. El segundo, no solo pide al médico que le constate su condición de enfermo, sino que también demanda consumir algún compuesto que apresure su cura. Como se nota, sus funciones encajan en aquella oposición que describe la lógica de los mercados: oferta-demanda.

Abreviadamente, se dirá que en el discurso clínico convergen elementos de orden cultural y social, estructurantes y definitorios para él y para la condición humana. A la vez, su dinamismo actual lo encuentra en el corazón de las sociedades capitalistas, a saber, la producción de bienes (medicamentos) y servicios (salud) para la dinámica del mercado, cuyo propósito último es captar capital económico sin considerar el bienestar humano.

## Linderos de la propuesta freudiana en el marco de la medicina moderna

En este apartado se plantea una reflexión sobre la medicina moderna y su carácter clínico. Se ofrece una interpretación acerca del punto de separación entre la práctica del médico de la época moderna y sus predecesores, con miras a ubicar en la historia el sentido singular que posee la práctica psicoanalítica introducida por Freud.



La medicina es un campo del conocimiento amplio y diversificado, que se ocupa de comprender el funcionamiento del cuerpo humano con fines benéficos. La Real Academia Española la define como “ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano” (RAE, 2011).

Su historia es igualmente extensa y podrían citarse un sinnúmero de hallazgos que en diferentes culturas evidencian la antigüedad de esta práctica. Por ejemplo, en el papiro de Edwin Smith (3.000 a. C.), se encuentra la primera exposición conocida sobre procedimientos quirúrgicos. Es considerado el documento médico más antiguo con bases científicas. En él, los egipcios dejan ver la perspectiva de la época sobre la clínica, la anatomía, la fisiología, la patología y algunos tratamientos (Puigbo, 2002).

Asimismo, podrían nombrarse múltiples protagonistas que a lo largo de la historia han aportado a su desarrollo. No obstante, en Occidente los griegos son el referente histórico más significativo para esta disciplina. Como muestra de ello, en la actualidad antes del inicio formal de su labor médica los graduandos suelen pronunciar el denominado juramento hipocrático, en correspondencia a los principios de Hipócrates de Cos (460-370 a. C.), los cuales fueron retomados y ratificados por Galeno (130-200 d. C.) siglos después.

De la definición de medicina sugerida por la RAE debe subrayarse la inclusión de los sustantivos “arte” y “ciencia”. De acuerdo con su criterio, por arte se asume la “[...] virtud, disposición y habilidad para hacer algo” (RAE, 2011) así como también su relación cercana con la técnica y de esta última con la tecnología. Por ciencia, cabe recordar su carácter empírico y positivo, sumado a lo ya reseñado en los apartados anteriores.

Dicho esto, resulta razonable formular la cuestión sobre la condición científica y el lugar del arte en la medicina actual. Evidentemente, la medicina no siempre fue ciencia, al menos no en el mismo sentido que la época moderna entendió como científico. Las aspiraciones de control, medición, comprobación y formulación de leyes, no siempre acompañaron la historia de la medicina. Caso contrario sucede con el componente “arte”, que se acuña en su definición. Claramente, la investidura del médico implica virtud, disposición y habilidad para desarrollar la tarea. Empero, si se acepta la antigüedad de la práctica médica y su comunión reciente con la ciencia, resulta interesante considerar qué aconteció con el arte médico durante su transición hacia la época científica. Dicho de otro modo: ¿cambió el arte médico con el surgimiento de la ciencia moderna?

La reflexión aquí sugerida considera que efectivamente, ocurrieron cambios importantes que modificaron el arte médico, al punto de poner en cuestión sus fundamentos. En el campo de la medicina, el arte tradicionalmente se ha conocido como clínica. La destreza artística del médico está constituida por su disposición

y habilidad para escudriñar el organismo humano y encaminarlo hacia un mejor estado.

Sin tomar partido con quienes afirman o niegan que la medicina encontró en la clínica su origen, hay que admitir que en la práctica clínica la medicina halló la clave de su vigencia. Sin embargo, las transformaciones sociales derivadas de las innovaciones de la modernidad incidieron en la trayectoria del campo médico. En este sentido, cabe afirmar que unas son las características de la praxis clínica del médico de la época precientífica y otras las características de la praxis clínica del médico de la época moderna.

La práctica clínica que precede a la época moderna, estuvo guiada por componentes totalmente distintos a los sugeridos por la farmacología. Sin ver, hace decir al cuerpo su aparente eficacia y sin medir, en muchos casos, los efectos colaterales que emergen posteriormente al estado de alivio.

Un estudio de Giachetto (Giachetto, 2008) en el Hospital de Clínicas de Montevideo sobre hospitalizaciones por reacciones adversas a medicamentos (RAM) y abandono del tratamiento farmacológico (ATF), muestra que de un total de 717 pacientes incluidos en el análisis, trece hospitalizaciones eran por RAM y dieciocho por ATF. Concluye, además, lo siguiente:

*Las causas de ATF fueron: dos por RAM, ocho por falta de comprensión de las indicaciones y desconocimiento de la importancia del tratamiento y tres por razones económicas. En cinco pacientes se desconoce el motivo de ATF. En siete de estos pacientes existió polifarmacia.*

Como se puede observar, el conjunto de variables que pueden encontrarse en un tratamiento clínico actual, eran inconcebibles en aquellos que practicaron clínica en un momento anterior al desarrollo farmacológico que trajo consigo la industrialización y la modernidad.

Justamente es en el periodo de transición hacia la modernidad, que podría ubicarse en un sentido lógico –y tal vez, cronológico– el surgimiento del psicoanálisis. En un sentido lógico toda vez que Freud en su papel de investigador y médico de la época moderna, creó un estilo metodológico desde el cual propuso un nuevo objeto de investigación y una técnica para abordarlo. En un sentido cronológico, quizás, ya que su obra fue consecutiva con las diversas transformaciones sociales, económicas y políticas introducidas por la Revolución Industrial. Al margen de ello, están quienes consideran (Vappereau, 2009) que la labor de Freud se resume en haber reencontrado el arte de hacer clínica en la medicina moderna.

Entre 1954 y 1955 el Lacan propone en su segundo seminario *El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (2006), una reflexión sobre el tema:

*Hablemos de cosas elementales. Freud es un médico pero nació poco más o menos un siglo después de Hegel, y en ese intervalo pasaron muchas cosas que no carecieron de incidencia sobre el sentido que se le puede dar a la palabra médico. Freud no es un médico como lo habían sido Esculapio, Hipócrates o San Lucas. Es un médico más o menos como somos todos nosotros. Un médico que, en síntesis, ya no es un médico, como nosotros mismos somos un tipo de médico que ya no pertenece en absoluto a la tradición de lo que siempre fue el médico para el hombre (p. 116).*

El comentario llama la atención por tres razones. Primera: Lacan señala la existencia de un tipo de médico que *ya no es*, respecto de la tradición. Segunda: señala un intervalo entre Hegel y Freud en el que sucedieron cosas que inciden sobre la acepción de la palabra médico. Tercera: como hipótesis que se infiere de las dos razones anteriores, considera la posibilidad de que la concepción de hombre resulte decisiva en la distinción de una práctica que es clínica y otra que no lo es, aunque suela nombrarse como tal.

Cuando Lacan se refiere a un tipo de médico que *ya no es*, no trata de plantear una escueta clasificación entre los que ejercen medicina. Parece indicar más bien, un proceso de transformación de la práctica médica explicado a la luz del pensamiento moderno, que incide consecuentemente en la acepción de la palabra médico.

En la medicina antigua, la naturaleza era un concepto importante en el tratamiento de las enfermedades. Los médicos consideraban una tendencia natural hacia la autorregulación; es decir, una actividad “médica” inherente al organismo que rectificaba en lo posible los desequilibrios. “La naturaleza encuentra los caminos y los medios por sí misma, no por inteligencia: como el parpadeo, los oficios cumplidos por la lengua y demás acciones de este género; la naturaleza, sin instrucción y sin saber, hace lo que conviene” (Hipócrates, citado por Canguilhem, 2004, p. 19).

El médico de la tradición antigua a la cual se refiere Lacan, permanecía atento a esta noción de naturaleza. La observaban, escuchaban y obedecían. En ello consistía su práctica clínica. Según Canguilhem (2004), Galeno reconoció la autoría de Hipócrates sobre dichos principios y los llevó a la práctica. Estos fueron, otrora, los fundamentos sobre los cuales se erigió la medicina tal como es conocida en Occidente.

¿Qué sucede en el intervalo Hegel-Freud? Lacan es claro en ello. “Entre Hegel y Freud tenemos el advenimiento del mundo de la máquina” (Seminario 2, p. 119). En la modernidad, la aparición de la máquina y su relación con la idea de hombre trajo consecuencias para la ciencia médica.

Descartes, por ejemplo, escribió *Traité l'homme* en 1662. En él planteó una descripción sobre los procesos internos del hombre y los asoció a las propiedades físicas de una máquina. Vale la pena indicar que dicha asociación la formula sin tener evidencia de artefacto alguno que encarnara algo enteramente humano.

En un pasaje de la quinta parte de su Discurso (1637), explica los movimientos del corazón y las arterias y deja ver la inclinación expuesta en su *Tratado del hombre* hacia una lectura mecanicista del funcionamiento biológico del cuerpo:

*Me propuse allí comprender todo cuanto yo creía saber, antes de escribirlo, acerca de la naturaleza de las cosas materiales. [...] para explicar el movimiento del corazón, que cuando las concavidades no están llenas de sangre, entran necesariamente sangre de la vena cava en la de la derecha, y de la arteria venosa en la de la izquierda, tanto más cuanto que estos dos vasos están siempre llenos de sangre, y sus orificios, que miran hacia el corazón, no pueden por entonces estar obturados [...] cuántos movimientos puede hacer nuestro cuerpo sin que la voluntad los conduzca, lo cual no parecerá de ninguna manera extraño a los que, sabiendo cuantos autómatas o máquinas móviles puede construir la industria humana, sin emplear sino poquísimas piezas, en comparación con la gran multitud de huesos, músculos nervios, arterias, venas y demás partes que hay en el cuerpo de un animal, y consideren este cuerpo como una máquina (pp. 45-56).*

La explicación sobre los movimientos del corazón y las arterias ofrecida por Descartes es minuciosa y mucho más amplia. Sobre ella conviene solo señalar el énfasis de su lectura: la fisiología del hombre descrita a luz de los movimientos de una máquina, rasgo que Lacan procura subrayar cuando menciona el *advenimiento del mundo de la máquina* (2006a, p. 117).

Si bien Descartes menciona autómatas en su descripción, la alusión a ellos proviene de un tópico muy frecuente de la imaginería científica del Renacimiento (Descartes, [nota trad.], 2007, p. 57). Descartes no tenía muestra de artefactos que encarnaran rasgos humanos. ¿Cuál es la máquina que le permitía plantearse tales ideas? La máquina que inspira a Descartes es el reloj.

*El movimiento que acabo de explicar se sigue necesariamente de la sola disposición de los órganos que están a la vista en el corazón y del calor que, con los dedos, puede sentirse, y de la naturaleza de la sangre que, por experiencia, puede conocerse, como el movimiento de un reloj se sigue de la fuerza, de la situación y de la figura de sus contrapesos y de sus engranajes. (Descartes, 1637 [2007], pp. 51-52).*

Sin embargo, llega un momento en la historia cuando la “imaginería” de la lectura mecanicista abandona el alcance del razonamiento cartesiano. El mecanicismo dejó de ser solo una clave para describir el funcionamiento orgánico y se tradujo en principios objetivables que permitieron su imitación. De esta manera, el ingeniero Vaucanson fabrica el primer autómata en 1737 y el médico La Mettrie escribe *El hombre máquina* en 1747, donde expone su conexión con el racionalismo cartesiano y su pensamiento mecanicista y materialista.

Este estilo de pensamiento permeó la práctica médica moderna, como se refleja en la fisiología y en la medicina científica de Claude Bernard (1813-1878). Freud

es heredero de esta tradición y por ello Lacan afirma que tanto él como Freud y sus contemporáneos son un tipo de médico que “ya no es”. Esta separación es fundamentalmente epistemológica, toda vez que está asociada a cuestiones teóricas, metodológicas y técnicas que se dan de la mano con la incursión de avances tecnológicos.

Nótese que el intervalo entre Hegel y Freud no corresponde a una observación cronológica de sucesos, sino a una inferencia lógica importante. Es evidente que Descartes es anterior a Hegel y a Freud. Lacan cita a Descartes porque en la historia de la filosofía (según Kojève, su fuente), ni Hegel ni Kant se interesaron por las máquinas; no comprendían nada de ellas (Vappereau citado por Quintero, 2010, p. 159). En ese sentido, Descartes se vuelve imprescindible.

En síntesis, la originalidad de Descartes constituye un referente significativo para leer de una manera contextualizada la propuesta freudiana y sus límites con la medicina moderna. Freud descubrió la máquina cartesiana —claramente distinta al hombre máquina de La Mettrie y a los autómatas de Vaucanson— en la actividad onírica, en la sexualidad humana y en la eficacia de la palabra, linderos que marcaron el desarrollo de una práctica clínica basada en la escucha del sufrimiento humano.

## De la metáfora del “hombre máquina” a la metonimia nosológica

La metáfora del hombre máquina encontró en la novela de Mary Wollstonecraft Shelley *Frankenstein o el moderno Prometeo*, de 1818, su expresión más visible. En un proceso de franco desafío a la moral religiosa, la moral científica se introdujo en el terreno literario y manifestó su capacidad de creación y destrucción de vida.

La referencia a Descartes, además de hacer posible inferir una posible comprensión de la relación entre mecánica y organismo, diferente de las surgidas en el siglo XVIII, provoca también una escisión irreversible de la unidad corporal con la cual se abre un camino alternativo de actividad intelectual. El racionalismo cartesiano situó la razón en el corazón del pensamiento y al sujeto como su agente autónomo. El saber, entendido como producto del ejercicio autónomo de la razón, es de su entero dominio. No viene revelado como dádiva de una autoridad o por generosidad divina, pues es resultado del ordenamiento de las ideas llevado a cabo por el hombre. Así por ejemplo, Hegel reflexiona sobre la identificación del hombre con su propio saber. Para él, dicha identificación es una experiencia ontológica; es un “saber que se es” (M.J. Binetti, comunicación personal, 24 de junio de 2010) en la medida en que tiene su base en el yo pensante referido por Descartes.

Lacan, con tono que puede suponerse jocoso, menciona que se ha llevado al extremo tal identificación: “Todo el mundo es hegeliano sin saberlo” (Lacan, 2006a,

p. 116). Parece que cuanto más se sabe sobre algo, más se tiende a establecer una especie de relación de pertenencia con el objeto conocido. Es así como se llega a decir “tengo un cuerpo” (p. 116). En Hegel, la identificación del hombre con el saber es ontológica y no corresponde a un conocimiento acumulado susceptible de poseerse.

Con base en la originalidad del *Tratado* cartesiano y la reflexión de Lacan sobre Hegel acerca del saber, la expresión “tengo un cuerpo” constituye una construcción lingüística de suma importancia. En primer lugar, porque ordena la relación del humano con su cuerpo por medio del lenguaje. En segundo lugar, porque dicho ordenamiento establecido sugiere, por defecto, una relación de pertenencia entre el hablante y su cuerpo. Esto parece asemejarse a la síntesis escrita de un sinnúmero de prácticas sociales en las que el cuerpo es cosificado.

La observación cotidiana evidencia una tendencia, en distintos ámbitos de la sociedad, a establecer una relación de carácter instrumental con el cuerpo. Desde la perspectiva de las relaciones sociales concretas, el organismo podría verse como instrumento en cuanto en él se capitaliza el ingreso del hablante a lo simbólico, fuente de toda sociedad. Ahora, el resultado de la captura del organismo por cuenta del lenguaje es el cuerpo. El psicoanálisis, en su propósito de subrayar la función fundamental del lenguaje en la constitución del sujeto, opone cuerpo y organismo. El cuerpo deviene del ingreso del infante al universo del lenguaje. Solo cuando este es capaz de observarlo en su unidad, nombrarlo y articular palabras acerca de él, deja de ser mero órgano viviente y pasa a ser cuerpo, su cuerpo, cuerpo hablado, simbolizado.

La instrumentalización llevada al extremo, conduce a la trasgresión del tratamiento simbólico del cuerpo (y si se quiere, imaginario) hacia lo real. El cuerpo no solo es asumido como el portador del lenguaje que vehiculiza las relaciones sociales, sino también como cosa susceptible de poseerse y manipularse. Acto seguido, se comercializa, se interviene y se subordina a imposiciones propias de su cosificación.

Si se aplica el mismo presupuesto a la relación que establece un sujeto (paciente) con su cuerpo, podría afirmarse que esta es la lógica con la cual él llega a decir “tengo una enfermedad”. La “tiene” porque su cuerpo ha sido conquistado en su interior por el lenguaje nosológico. La cosa *enfermedad* existe en la medida en que se le ha dado un nombre, una identidad nosológica. De este modo, su organismo es susceptible de ser percibido como un potencial depósito de entidades patológicas previamente clasificadas según la zona afectada y el conjunto de síntomas que la acompañan.

De la operación que identifica a un sujeto con una denominación nosológica, surge una nueva expresión: el enfermo. La entidad patológica tiene, por serlo, la propiedad de transferir a su portador el nombre que la identifica, tras lo cual ocurre un hecho lingüístico interesante, metonímico, en cuanto se vincula el todo

(individuo) con una de sus partes (la enfermedad que porta). Así por ejemplo, de la patología diabetes, se deriva el apelativo diabético.

Este ejercicio, que puede replicarse con el conjunto de cuadros nosológicos reconocidos en los manuales diagnósticos, no es un asunto inocuo en la medida en que instala al sujeto en una relación singular con él mismo, con su cuerpo. Las huellas del discurso del Otro de la ciencia médica, arrastran un conjunto de significaciones que concurren al enfermo y con frecuencia denotan la inminencia de lo real, mortificándolo.

Tal identificación se consolida cuando el médico, en su saber, asigna la patología correspondiente a través de la cual el sujeto debe reconocerse para efectos de su adhesión al tratamiento. Esto significa que la fase diagnóstica en la que se nombra la enfermedad, es tan importante como el tratamiento, dado que es su punto de partida y traza un horizonte temporal en el cual se aspira conseguir la cura o al menos un estado de alivio. Recuérdese que dos de las razones citadas en el estudio de Giachetto (2008) que explican las causas del ATF en la población analizada, son la falta de comprensión de las indicaciones y el desconocimiento de la importancia del tratamiento.

La comprensión de las indicaciones médicas que se le demanda al enfermo, así como la aceptación de la importancia del tratamiento del cual es objeto, no es más que una solicitud de permiso para ser dominado. La demanda en sí misma plantea algo que el médico puede anticipar como imposible en cuanto sabe que el enfermo (salvo que sea otro médico) no comprenderá, como lo hace él, el sentido de las indicaciones y el tratamiento. Así las cosas, la solicitud del médico al paciente conserva un tono impositivo. Claramente el médico no persigue que el enfermo comprenda; su pedido no es otro que sugerirle aceptar su condición de enfermo y persuadirlo para que se adhiera al tratamiento que incluye con frecuencia el uso de fármacos.

El lenguaje adquiere un lugar preponderante en la relación del médico con el cuerpo del paciente y del paciente con su propio cuerpo. Lacan (2006) menciona que “[...] la nominación constituye un pacto por el cual dos sujetos convienen al mismo tiempo en reconocer el mismo objeto” (p. 257). No obstante, médico y paciente ven cada uno su propio objeto. En este nivel, ambos hacen que el objeto enfermedad “[...] subsista en una cierta consistencia” (p. 257) y asimismo, la relación entre ambos sujetos. De esta manera, el diagnóstico no solamente permite la identificación de la entidad nosológica, sino que también establece un encuadre en la relación médico-paciente.

La historia y el presente de la medicina dan cuenta de cómo la metáfora inicial del hombre máquina muta hacia la metonimia nosológica. La industria farmacológica de la cual penden las posibilidades de tratamiento y el lenguaje nosológico que surge de lo real a partir de la apuesta científica de conquistar las múltiples

expresiones de lo patológico, configuran un campo de relaciones en las que el sujeto se encuentra subordinado a una condición de objeto en el cual se objetiva el razonamiento médico.

### *El problema de la medicalización. A propósito del goce*

La medicina del último cuarto del siglo XIX, influida por la fisiología de la época, introdujo gradualmente la comprensión sobre la relación entre las funciones de autorregulación del organismo y los procesos de adaptación al medioambiente.

Aunque la comprensión de la medicina clásica derivada de la tradición hipocrática, no excluyó decididamente el entorno del organismo para localizar la esencia de las enfermedades y el tipo de terapéutica requerida, no tuvo el alcance para hacer una lectura en la cual las circunstancias ambientales produjeran un saber sobre la consistencia de la enfermedad misma. Su mayor repercusión fue la teoría de las constituciones, cuyo marco conceptual desde el campo de la fisiología se define como “[...] la naturaleza y relación de los sistemas y aparatos orgánicos, cuyas funciones determinan el grado de fuerzas y vitalidad de cada individuo” (Castell, 1990). Con base en esta teoría, solo se establecieron correlaciones entre los momentos estacionarios y la aparición de algunas enfermedades sin llegar a comprender de ellas algo más.

Fue más tarde, con Augusto Comte y su teoría de los medios, que los médicos positivistas contemporáneos al nacimiento de la fisiología como ciencia, pudieron desarrollar la idea de la homeostasis (Canguilhem, 2004). Esta se entendió como un conjunto de fenómenos de autorregulación que mantienen una constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo (Castell, 1990).

En el *Proyecto de psicología para neurólogos*, elaborado por Freud en 1895 y publicado posterior a su muerte en 1950, se observa la correspondencia del autor con el ideario científico de la época. Aunque Freud nunca usó la palabra homeostasis, sus primeras teorizaciones sobre el aparato psíquico dejaban ver su adherencia a las concepciones mecánicas y fisiológicas del sistema nervioso generadas por la ciencia positiva.

La idea de un *principio del placer* nace de la descripción de la función reguladora (si se quiere, homeostática) del sistema, compuesto por tres organizaciones neuronales diferentes encargadas de tramitar las cantidades de energía que se producían en los estímulos tanto internos como externos, evitando así estados de tensión y dolor producto de los incrementos de energía. Así, Freud formuló la presencia de

[...] un sistema  $\phi$  para recibir las excitaciones y dar cuenta de las modificaciones; un sistema  $\psi$ , para equilibrar las cargas, para facilitar los caminos de descarga, para acotar



*y aforar las excitaciones, y un sistema  $\omega$  para registrar los sucesos como experiencia memorizada y ofrecer un acceso directo a la realidad (Braunstein, 2006, p. 22).*

Las primeras interpretaciones conceptuales de Freud sobre las neurosis estaban relacionadas con estados mórbidos resultado de una sobrecarga en términos de cantidad de energía, de la cual el aparato psíquico no podía desembarazarse.

Con el paso del tiempo, la idea proveniente de la tradición médica clásica basada en el retorno, la recuperación completa de un equilibrio orgánico que había sido alterado por la enfermedad y el restablecimiento de un estado sano anterior, fue subordinándose a las invenciones de la física. El segundo principio de la termodinámica, por ejemplo, confirma la evolución de los sistemas a un estado final diferente al inicial (entropía). La física moderna provocó la comprensión de que, en lo sucesivo, cualquier vicisitud ocurrida en el organismo dejaría su estigma como marca de una degradación, reflejando así los efectos de aquella ley de irreversibilidad, de no retorno.

Al parecer, este nuevo enfoque indujo modificaciones en la práctica médica en la medida en que los galenos empezaron a entender las enfermedades a partir de una lógica inductiva. El ideario de la medicina clásica, cuyas coordenadas situaban al enfermo como un agente activo durante el tratamiento toda vez que la respuesta de su constitución era fundamental, fue quedando rezagado. La comprensión fisiológica de la enfermedad, entendida como un saber general aplicable a uno y otro enfermo bajo las mismas condiciones de morbilidad, introdujo significantes nuevos en la relación del médico con sus pacientes.

Cualquiera fuere el enfoque, el enfermo esperará de su médico su curación. Y he aquí la discordancia entre las expectativas de uno y otro: mientras el enfermo entrega su cuerpo a procedimientos o tratamientos, motivado por el presupuesto fundamental de su creencia en ellos y espera su curación, el médico sabe que solo le debe al enfermo el tratamiento mejor estudiado y experimentado que el presente de la disciplina ofrezca. Por supuesto, no por ser el mejor tratamiento resultará de él una curación. En esa vía, el enfermo, guiado por una presunción de poder que le adjudica al médico por su saber, desconoce no pocas veces los límites de su eficacia.

Lo anterior lo corrobora el hecho de que los médicos leen bien el asunto y toman distancia respecto de otras prácticas no científicas que entienden la curación como su finalidad. La medicina, a diferencia de las prácticas curativas, expide un conocimiento sistemático sobre la enfermedad y comprende que su finalidad no es necesariamente la cura.

Aquí se circunscribe una relación de poder relativa al campo médico, que si bien su inicio puede juzgarse anterior a la época moderna (si se lee el ejercicio de la medicina como un saber que autoriza para efectuar un tratamiento sobre otro),

los cambios del enfoque médico clásico hacia el modelo científico le dieron, desde el punto de vista sociológico, un carácter objetivo más claro. Es decir, el hecho concreto daba evidencias de la existencia de espacios sociales delimitados en los que se empezó a ejercer la medicina bajo el rigor de la asepsia, la clasificación, la internación, la restricción y una serie de dispositivos y mecanismos que solo después de la Revolución Industrial adquirieron la dimensión hoy conocida.

La intersección del campo médico con otros campos como el político, canalizó su incursión al terreno de los bienes y servicios. En ese sentido, los aparatos del Estado en cuanto ejecutores de políticas públicas, se vieron en la necesidad de generar leyes que regularan la administración de la salud, la cual en adelante, no escaparía a los intereses económicos propios de la lógica de los mercados.

A manera de ejemplo, la Constitución Política de Colombia de 1991 declara en su primer capítulo, “Sobre los derechos fundamentales” lo siguiente:

*La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes [...].*

De esta manera, la salud pasó a ser percibida no solo como un bien que se debe conservar (materializado en el cuerpo) y conquistar por la vía de la oferta y la demanda, sino también como un derecho fundamental de acuerdo con el discurso de las leyes. En medio de esta trama, el discurso legislativo revela que el interés por suscribir el acceso al servicio de salud como un derecho, es porque este ha sido vulnerado o al menos es susceptible de serlo; y lo es a pesar del discurso mismo.

En la actualidad, el discurso de la salud aparece en correlación con discursos estrictamente políticos, lo cual hace aún más complejo la lectura de un sujeto para el campo médico. La relación médico-paciente se encuentra ahora subordinada a las legislaciones que la delimitan.

La imagen del médico hábil y atento de quien los enfermos singulares esperan su curación, va siendo ocultada poco a poco por la de un agente ejecutor de las consignas de un aparato de Estado encargado de velar por el respeto del derecho a la salud reivindicado por todo ciudadano, como respuesta a los deberes que la colectividad declara asumir por el bien de todos (Canguilhem, 2004).

El discurso del derecho se intersecta con el discurso médico y estos, a su vez, con el discurso del sujeto del inconsciente: el sujeto que lleva en su cuerpo la marca (significante) de una enfermedad que implica no solo una afectación física sino también una dimensión subjetiva del dolor. El sujeto, en su papel de ciudadano,

se asume como sujeto político y desde ese lugar reclama para sí la salud que, en términos de acceso a un servicio, el aparato estatal le prometió.

Con poca frecuencia, el sujeto asume como propia la discusión que pone de relieve la discordancia entre el poder de curación que él espera por parte del médico y las limitaciones de su eficacia. Lo que sobresale en las relaciones sociales que se tejen en el campo médico, más allá de toda discusión racional sobre el alcance de su eficacia, son los elementos que legitiman la relación entre médico y paciente, a saber, un certificado de afiliación al sistema, una constancia de pago, una logística apropiada, un recurso humano especializado a disposición, etc. Es decir, entre médico y paciente hay un intermediario institucional que aunque legal en cuanto delegado del aparato Estatal, no siempre legitima y es legitimado. A ese fenómeno social, suficientemente documentado por distintos medios de comunicación, se denominó en el contexto colombiano como “paseo de la muerte”.

A esta altura debemos reconocer la eficacia de un discurso mayor (un discurso amo) que subordina al discurso médico y al discurso del derecho que lo regula: el discurso capitalista. La dimensión de la salud, entendida como un derecho fundamental, se difumina dentro de la lógica del mercado de capitales. La promesa del aparato estatal no es más que un servicio condicionado a las implicaciones del intercambio, en el que la dimensión fisiológica y subjetiva del dolor no es suficiente para que el sujeto sea reconocido como objeto de atención médica. El discurso capitalista absorbe la relación médico-paciente y le impone las restricciones que la dinámica del modelo económico exige. De este marco de restricciones solo escapan las relaciones que los galenos promueven extramuros como abanderados de una causa filantrópica o personal.

En medio del andamiaje legislativo y mercantil que regula el campo médico, sobresale la contundencia del lenguaje como estructura que organiza las relaciones humanas; de un modo más específico, las relación del sujeto humano con su cuerpo. Tal como se señaló en el apartado anterior, con la lectura de Hegel Lacan comprendió que la identificación del hombre con el saber es ontológica (un saber que se es) y de ese modo el sujeto conquista, por la vía del lenguaje, una suerte de relación de pertenencia con su organismo hasta llegar a decir “¡tengo un cuerpo!”.

Para un sujeto no médico, la coyuntura de una enfermedad (especialmente en el caso de diagnósticos de alta complejidad) implica quedarse al margen de un saber sobre lo que ocurre en su organismo. En estos casos, el saber es para el sujeto, la condensación de imágenes que le permiten hacer presente alguna idea que, articulada a su discurso, organiza su experiencia convaleciente en la que su cuerpo es objeto de observación, de procedimientos e intervenciones.

Las condiciones de la hospitalización implican para un paciente prestar temporalmente su cuerpo a una serie de procedimientos, que si bien se hacen bajo su

consentimiento o el de un acompañante, no suelen consentir su carácter invasivo cuando de ello se trata. Este fenómeno se sostiene enteramente sobre dos pilares: 1. un acto de credibilidad sobre el saber médico –trasferencial, si se quiere–. El paciente presta su cuerpo como objeto de observación e intervención y espera con ello su alivio; 2. la credibilidad implica que el paciente previamente se ha matriculado en lo que estatalmente es denominado “sistema de salud”, con sus mecanismos de control legislativos y mercantiles mencionados.

En ese camino delimitado por “sistema de salud”, la medicina contemporánea no suele advertir las vicisitudes que están más allá de la lectura de los síntomas y los asuntos administrativos. Dicho de otro modo, no suele advertir las sucesos del sujeto del inconsciente, enclavado entre los significantes de discursos agenciados por agentes amo que configuran su experiencia subjetiva. Para “el sistema”, el paciente presta su organismo enfermo y obtendrá como contraprestación un estado de alivio. Sin embargo, el paciente (sujeto del lenguaje) presta mucho más que su enfermedad: presta su cuerpo historizado, marcado no solo por la huella de la significación de una enfermedad, sino también por la huella significativa como único recurso para ver, comprender y concluir versiones, relatos y discursos diversos sobre su experiencia vital.

En 1966, Lacan advierte algo de ello y menciona a un grupo de médicos en una de sus conferencias el asunto del goce:

*Lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente hay goce en el nivel en que empieza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo en ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada (Psicoanálisis y medicina, p. 95).*

Con Descartes, la noción de cuerpo quedó circunscrita a una sustancia extensa opuesta a la sustancia pensante. Con el concepto de goce formulado por Lacan, no se repara –ni mucho menos– la dicotomía cartesiana, sino que se emparenta la sustancia extensa con el pensamiento –con el saber inconsciente– al articular goce y cuerpo. Con ello se expande el abanico de la intervención clínica a lugares en los cuales el médico de la época moderna, aferrado al “sistema”, no ha operado.

*Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de la relación epistemo-somática, pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere. Al menos lo que quiere surge de un avance cuya marcha acelerada, en nuestros días, nos permite palpar que supera sus propias previsiones (Lacan, Psicoanálisis y medicina, 1966 [2006]).*

En efecto, el cuerpo posee una dimensión que trasciende lo puramente fisiológico y los progresos de la ciencia, de la mano con la tecnología, lo acotaron a las posibilidades dadas por la técnica. Así, surge una imagen en la que el cuerpo aparentemente es conquistado tras ser observado, controlado, radiografiado y explorado. Acotamiento que falla en su idea de conquista al excluir al sujeto engullido entre los significantes que le permiten vivenciar su cuerpo. Desde esta perspectiva, el cuerpo es cuerpo hablado, imaginarizado, simbolizado, cuerpo que no escapa a lo real de la muerte. Pero, en últimas, es cuerpo de un sujeto. Asumido desde la lógica significativa y quizás sin saberlo, el sujeto creado por el significativo engendra a su vez una relación de pertenencia con su cuerpo, goza de él.

Sin duda, indagar acerca de la fuente que inspiró a Lacan para pensar el término “goce”, tiene un efecto esclarecedor. El autor toma la noción de la filosofía del derecho de Hegel “[...] como algo que es “subjetivo”, “particular”, imposible de compartir [...] y su *significado* remite a la noción de “usufructo”, del disfrute de una cosa en tanto que es un objeto de apropiación [...]” (Braunstein, 2006, pp. 18-19. La cursiva es mía). Es en esa lectura de la apropiación que Lacan hace converger el campo del derecho con el campo del psicoanálisis: el cuerpo, la primera propiedad de un sujeto, por la cual y de la cual goza, ha de regularse en las relaciones que este cuerpo sostiene con el cuerpo de otros.

Ese es el sentido, por ejemplo, de las reglamentaciones que tipifican ciertas conductas como delictivas, a saber, las distintas manifestaciones de maltrato físico, el acceso carnal violento y los delitos de lesa humanidad, por citar solo algunas. Cabe aclarar que las regulaciones no son todas de orden jurídico. También se construye en cada contexto cultural una especie de “contrato social” que ordena las relaciones de los sujetos, las cuales van desde modos de hablar, saludar, vestir y cortejar, hasta horarios que regulan los hábitos alimentarios. La fuente de la cual emana el concepto de goce es esclarecedora porque enmarca lo central del asunto: el cuerpo, propiedad del sujeto, es tomado por un discurso Otro (el médico) que cuenta con el respaldo del aparato estatal con el fin de hacerlo objeto de intervención o tratamiento. El goce del cuerpo del paciente queda supeditado a las disposiciones del Otro y, por qué no decirlo, al goce del Otro. Un Otro que promete un saber, pero que reconoce en él un límite (una falta), aunque no lo confiese. Y no solo es cuestión de confesarlo, sino que también el saber médico, tras la exigencia experimental y una vez adentrada la medicina en su fase científica, inventa y adopta compuestos químicos artificiales que promueve y distribuye con el propósito de poner el límite en otro lugar: su objeto de intervención.

Merece replicar la pregunta formulada por Lacan hace cuarenta y siete años en el marco de la mencionada conferencia: “¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder?” (p. 90). Con base en el hecho de que lo que está en escena es el goce del propio cuerpo, es decir, el sujeto (enfermo) objeto de intervención, ¿qué es lo lícito para el médico y hasta dónde puede llegar? No hay

que desconocer que “[...] la medicina se ve así dividida entre las metas del placer y el goce, y, por lo común, asume sin crítica la demanda que se le formula: la de poner barreras al goce, desconociéndolo como dimensión corporal de la subjetividad” (Braunstein, 2006, p. 21). Pero, ¿es la farmacología el modo de tratamiento más acertado, en todos los casos, ante una demanda de atención?

Así las cosas, se dispone de elementos suficientes para crear un debate que no corresponde a un terreno distinto que al campo de la ética. La clínica psicoanalítica es, de algún modo, una propuesta (no una respuesta) metodológica y teórica que se pronuncia al respecto. Consecuente con el modo como concibe al sujeto, para Lacan la demanda del paciente es lo que se debe atender (en términos de escucha) en su singularidad. Es en el cambio de posición del médico respecto de quienes se dirigen a él, que se puede auscultar la originalidad de la demanda del paciente. Cuando el sujeto se expone ante el médico a la espera de que ratifique su condición de enfermo, el ejercicio clínico puede incluir la dimensión subjetiva de la experiencia de dolor. No se trata de ponerle barreras al goce, sino que el sujeto sepa que goza y puede, por la vía del saber, hacer algo distinto con eso.

La acción de medicar no es una práctica que implique en sí misma un problema en todos los casos. El problema de la medicalización se circunscribe a lo que ocurre con el sujeto cuando solicita atención médica y no es escuchado en su demanda, sino tratado farmacológicamente a partir del modo como la persona del médico interpreta la referencia (subjetiva) del sujeto a sus síntomas.

La afirmación: “el sujeto no es escuchado en su demanda”, reposa en el modo como el médico procede frente al paciente. Aquel parece estar en función de poner a prueba permanentemente su saber; esto es, cualquier referencia al síntoma que el paciente verbalice, será puesta en diálogo por cuenta del galeno con el saber del cual se supone es depositario.

De tal modo, lo primero que el médico intenta resolver es la suposición de saber en la cual es ubicado. Para ello deberá contar con una respuesta, lo que conduce a anticipar que el sujeto que demanda atención médica no esperará de ella algo distinto de ser identificado con una categoría nosológica, ser notificado de la posibilidad de un proceso de internación o recibir instrucciones para su medicalización. Dicho de otro modo, consagrarse al goce del Otro (del orden médico).

En una época en que el discurso de la salud forma parte de la dinámica del mercado y las personas en uso de su legítimo derecho de gozar buscan salidas eficientes y eficaces, sin duda, el reto es conservar e insistir en una praxis clínica en la cual el elemento farmacológico sea en pocos casos un recurso subsidiario del tratamiento y no contrariamente. Incluso, cuando se puede anticipar que la marca del “no todo” que caracteriza –por estructura– todo saber Otro, se interpondrá mientras el sujeto se adhiera a la ilusión de un estado de bienestar perenne.

# El sujeto de la clínica

## El significante: de Saussure a Lacan

El concepto de significante es fundamental para delimitar la noción de sujeto que propone el psicoanálisis. Su precedente teórico más próximo deviene del análisis que la lingüística estructural formula sobre el lenguaje en cuanto hecho social estructurado. Este capítulo busca conducir al lector por aquella transición que inventa Jacques Lacan entre el signo lingüístico y el lugar determinante del significante para el sujeto.

Para iniciar ese camino, se hará alusión en primera instancia a la fecunda corriente estructuralista de mediados del siglo XX que permeó al psicoanálisis desde diferentes campos. La matemática, la antropología de Claude Lévi-Strauss y la lingüística de Saussure (que llega a Lacan a través de Jakobson y Benveniste, entre otros), fueron fuente para las reflexiones psicoanalíticas que convergieron en la teoría del sujeto. De modo tal, el estructuralismo catapultó la conceptualización del sujeto en psicoanálisis hacia su lugar actual.

Si se aparta la naturaleza de los objetos de las ciencias que ocupan tanto a Saussure como a Jakobson, Benveniste y Strauss, lo que se produce en sus teorías es un conjunto de axiomas fruto de elementos organizados e independientes que se relacionan bajo condiciones específicas. Esa es, en otras palabras, la definición de estructura que presenta el colectivo de matemáticos franceses (Bourbaki, citado por Vallejo, 2002); definición más que útil para situar una base que permita establecer un marco general sobre el asunto de la estructura.

Este marco ayuda también a avanzar en el propósito de precisar que la noción de estructura que incorpora Lacan en sus tesis viene particularmente de Jakobson y por intermedio de Lévi-Strauss (Miller, citado por Orejuela, 2010). Adicionalmen-

te, según Miller Lacan es y no es estructuralista en varios sentidos. Lo es “[...] porque se ocupa de la conjunción entre la estructura y el sujeto, mientras que para los estructuralistas, la cuestión misma del sujeto no existe, queda reducida, es un cero” (Orejuela, 2010, p. 69). Por su parte, Lacan puso su empeño en trabajar sobre una concepción de sujeto cuyo estatuto fuese compatible con la idea de estructura. De otro lado, no lo es “[...] porque la estructura de los estructuralistas es una estructura coherente y completa (por principio la estructura diacrítica es completa), mientras que la estructura lacaniana es fundamentalmente antinómica y descompletada” (p. 69).

El estructuralismo es, entonces, “[...] un método y una teoría que se propone buscar y determinar estructuras en diversos campos” (Vallejo, 2002, p. 70). Los axiomas que propone Saussure en los que está implicado el concepto de significante, son diametralmente opuestos a los planteados por Lacan, dado que hacen lecturas disímiles acerca del modo como se organizan los elementos de la estructura del lenguaje.

Si bien Saussure no era un psiquiatra interesado en el psicoanálisis ni Lacan un lingüista interesado en trabajar el lenguaje desde el punto de vista del hecho social concreto, el primero toma el significante y se ocupa de sus efectos para el significado y el segundo lo toma en su estado puro como elemento que forma parte de una estructura. Aquí no se trata de enaltecer una teoría sobre la otra. Ambas lecturas (lingüística y psicoanalítica) satisfacen campos del conocimiento distintos y en ese sentido responden a campos de acción y requerimientos teóricos diferentes. Lo que sí ha de decirse es que Lacan, incluso contando con la teoría del signo de Saussure, difícilmente hubiera consignado una teoría del sujeto tal como la conocemos sin la base conceptual edificada por Freud.

Desde 1898, Freud se percató de la conexión entre el olvido de nombres y la actividad anímica, hecho que denominó *operación fallida*, expresión que introdujo por primera vez en el campo de la psicología. Strachey comenta que a ello aludió Freud en una carta dirigida a Fliess el 26 de agosto del año citado “[...] refiriéndose a que en ocasiones a uno se le escapa un nombre y su lugar es ocupado por un sustituto completamente erróneo” (Freud, 1901[1991], p. 5). Lo hizo también un mes después a propósito del ejemplo conocido del pintor Signorelli en la carta a Fliess 96. Se ocupó con mayor decisión del asunto en 1901 en *Psicopatología de la vida cotidiana* y posteriormente lo presentó en la serie de conferencias *Introducción al psicoanálisis* (1916-1917). En el breve artículo *Las sutilezas del acto fallido* perteneciente al último momento de su obra (1935), Freud ratificó su tesis determinista en los sucesos anímicos a la luz de las operaciones fallidas del lenguaje.

El estructuralismo llega, entonces, a Lacan por la vía de la antropología y la lingüística, quien lo incorporó como clave metodológica para leer en Freud un



componente que transversal en su obra, a saber, la conexión entre la vida anímica inconsciente y el lenguaje, una conexión que no llega a Lacan como dada, pues la teje, la inventa y la lleva más allá de los límites conceptuales del estructuralismo radical al formular una idea de estructura antinómica y descompletada.

Aquí cobra importancia observar el planteamiento de la lingüística estructural que Saussure legó a Jakobson, con el fin de rastrear el punto de encuentro y de separación entre estos y Lacan, a propósito de la noción de significante.

Para Saussure, el lenguaje, en su conjunto, es multiforme y heteróclito. Perteneció tanto al dominio social como individual, lo cual hace difícil su clasificación en alguna de las categorías de los hechos humanos (Saussure, 2003). Por ello, el lingüista francés formuló dos componentes del lenguaje que le permitieron acotar el marco y el alcance de su teorización, a la vez que dar forma y contenido a su objeto de estudio. Estos son la lengua (fr. *langue*) y el habla (fr. *parole*).

Argumenta que el lenguaje no puede concebirse sin la interdependencia de estos dos componentes. La lengua es solo una parte esencial de la facultad del lenguaje. Es el producto que reúne las convenciones que requieren los individuos que conforman una sociedad, para permitirles el ejercicio de tal facultad. En ese sentido, para el autor “[...] la lengua no es una función del sujeto hablante; es el producto que el individuo registra pasivamente, nunca supone premeditación, y la reflexión no interviene en ella más que para la actividad de clasificar” (Saussure, 2003, p. 41). La lengua constituye de esta manera “[...] la parte social del lenguaje, exterior al individuo, que por sí solo no puede ni crearla ni modificarla, *ya que* no existe más que en virtud de una especie de contrato establecido entre los miembros de una comunidad” (p. 42. El conector en cursiva es mío).

Entre tanto, el habla “[...] es un acto individual de voluntad y de inteligencia” (p. 41) que resalta la capacidad del individuo para usar las convenciones que ha registrado de la sociedad, con el fin de expresar sus ideas (entrar en el hecho social), al igual que los mecanismos psicofísicos que le permiten ejecutar y exteriorizar las combinaciones de signos lingüísticos.

Dicho esto, la lingüística estructural pone de relieve dos vías para el estudio del lenguaje. Por un lado, la lengua, cuya esencia es social e independiente del individuo. Por otro lado, el habla, cuyo estudio entraña para el individuo la fonación y los componentes psicofísicos que la producen. Dada la bifurcación, se da por entendido que tanto la lengua como el habla merecen un abordaje por separado. De este modo, Saussure resuelve que la lengua es el objeto de estudio de su lingüística y aclara que “[...] se puede en rigor conservar el nombre de lingüística para cada una de estas dos disciplinas y hablar de una lingüística del habla; pero con cuidado de no confundirlas con la lingüística propiamente dicha” (p. 47).

A partir de allí, plantea que el lugar de la lengua en los hechos del lenguaje puede describirse como un circuito en el que una “imagen acústica” se asocia a un “concepto” (o hecho de conciencia). Tal circuito está compuesto por procesos psicológicos (imagen acústica), fisiológicos (impulso orgánico) y físicos (acto de hablar) y lo protagonizan como mínimo dos individuos.

Saussure avanza aún más en su intelección sobre el tema y extrae la experiencia del lenguaje de las comprensiones clásicas al desvincularla de una relación de correspondencia entre nombre y objeto, instaurada como herencia del pensamiento platónico y teológico tradicional. En ese camino crea el signo lingüístico.

Efectivamente, el signo lingüístico está compuesto por la unión de un “concepto” con una “imagen acústica”, lo cual constituye un fenómeno enteramente psíquico. Por tanto, la cosa material a la que se le asigna un nombre es de naturaleza diametralmente opuesta. De este modo, define el signo lingüístico como “[...] una entidad psíquica de dos caras” (p. 92), las cuales están estrechamente relacionadas y se reclaman solidariamente. Dicho de otra manera, el signo lingüístico está compuesto por elementos diferenciales que constituyen una unidad cerrada productora de sentido.

El lingüista también acota que el uso común en francés de la palabra “signo” introduce una ambigüedad, dado que no contempla los dos elementos de la unidad lingüística sino únicamente la “imagen acústica”. Para evitar tal ambigüedad, recurre a nociones que marcan la oposición entre “concepto” e “imagen acústica”, sin romper la unidad que los convoca. De este modo, “concepto” es remplazado por “significado” e “imagen acústica” es remplazado por “significante”. En cuanto al término “signo” “[...] al no sugerirnos la lengua usual cualquier otro, no sabemos con qué remplazarlo” (Saussure, 2003, p. 93) y decide conservarlo.

El signo lingüístico formulado por Saussure tiene, entonces, la función de convocar la idea sobre la cual otro signo surgirá, hasta otorgar coherencia semántica a su encadenamiento. Así entendido, el signo operará sobre dos principios: arbitrariedad y linealidad. Es arbitrario en cuanto construcción colectiva que el individuo hablante ha de incorporar para formar parte del hecho social. Es lineal, porque en su composición hay un significante de naturaleza auditiva (imagen acústica); esto hace que el signo esté ligado a las condiciones de tiempo porque no se pueden pronunciar dos significantes a la vez.

De este modo, si se piensa, por ejemplo, en un discurso como sucesión de signos, las palabras aparecerán articuladas una en relación con otra, formando de esta manera una cadena de sentido. Esta lógica de encadenamiento que establece el código de la lengua, instaura un orden en la combinación de palabras y dicho orden –susceptible de extenderse– se denomina sintagma.

En el orden de sucesión de signos opera la misma solidaridad que actúa entre significado y significante. De este modo, en el sintagma opera también una relación de oposición (entre signos) cuyo “valor de [...] no resulta más que de la presencia simultánea de los otros” (Saussure, 2003, p. 138).

Llegado a este momento, se puede empezar a tejer el punto de separación entre la lingüística estructural y el psicoanálisis. Esto es posible dado que el énfasis de Saussure está puesto en la dilucidación de la estructura del lenguaje cuya unidad fundamental, como se ha señalado, es el signo lingüístico. Así, su fin, es comprender la construcción de sentido que da sustento a la lengua. Entre tanto, Lacan, se ocupa de la lógica del significante. Esto es, del significante como un elemento no sustancial (sin significado), sino, diferencial en tanto sólo existe por su diferencia respecto a otros elementos del mismo tipo (Miller, 2008a).

Era preciso mencionar con amplitud la perspectiva de Saussure para que, llegados a esta instancia de reflexión, se entienda con claridad el límite epistemológico respecto de la psicología (social), a la cual Saussure le remite el “[...] estudio de la vida de los signos en el seno de la vida social” (p. 43) y el límite de esta respecto del psicoanálisis. Si el psicoanálisis se interesa por cuestiones sociales es porque su sujeto emerge de la estructura del lenguaje, cuya naturaleza es fundamentalmente social, y porque entiende que no hay sujeto posible por fuera de ese marco. Ello no implica, necesariamente, que se ocupe “del estudio de la vida de los signos” en cuanto su interés es el sujeto en la estructura producto de ella y no la estructura como productora de sentido “en el seno de la vida social”.

Si bien para el campo de la lingüística el estructuralismo pasó a ser una posición epistemológica, superada hacia mediados de los años sesenta por cuenta de la llamada gramática generativa transformacional desarrollada por Noam Chomsky, el acento antisustancialista que el psicoanálisis heredó de él hace que los avances conseguidos desde esa perspectiva se conserven en el tiempo y prácticamente no sean eliminables. Para mayor claridad, “[...] el sustancialismo es una doctrina que supone, que implica, que se funda en las diferencias de las propiedades intrínsecas de los seres, implica entonces que existen sustancias –sustancias concretas– dotadas de propiedades, que pueden ser consideradas en sí mismas” (Miller, 2008b, p. 91). En ese sentido, el énfasis antisustancial está relacionado con el desentendimiento de las propiedades intrínsecas del signo y sus dos caras (significado y significante), con el fin de subrayar su existencia por medio de la diferencia entre ellos, tras su combinación.

*En la lengua no hay más que diferencias. Todavía más: una diferencia supone, en general, términos positivos entre los cuales se establece; pero en la lengua sólo hay diferencias sin términos positivos. Ya se considere el significante, ya el significado, la lengua no comporta ni ideas ni sonidos preexistentes al sistema lingüístico, sino solamente*

*diferencias conceptuales y diferencias fónicas resultantes de ese sistema* (Saussure, 2003, p. 144)

Ahora bien, ¿cuál es, entonces, el auténtico punto de separación entre el estructuralismo de la lingüística de Saussure y la antropología de Lévi-Strauss, respecto de las intelecciones de Lacan? La respuesta es el sujeto y su incidencia en la estructura. Para el estructuralismo original, el sujeto, se supone, debe quedar fuera de la estructura (Miller, 2008b). Pero Lacan, hace nacer al sujeto en el seno de esa estructura y en esa línea, diverge completamente del camino del estructuralismo.

Para especificar un poco más el asunto, recuérdese la figura sugerida por Saussure en su *Curso de lingüística general*, en la cual se representa aquel vaivén que describe el circuito de la comunicación. Un hablante A dirige su palabra a un auditor B, el cual, según interprete la cadena de signos dicha por el hablante A, responderá con una nueva cadena de signos, dando así nuevamente inicio al circuito. No hace falta extenderse mucho para señalar que quien está en posición de auditor decide el sentido de las palabras que el locutor quiso decir. Por esa razón, el auditor está, con regularidad, en una posición dominante respecto del locutor, lo cual es muestra de la disimetría entre ambos. Esta última se da por cuenta de la estructura de la palabra que los relaciona.

Aquí Lacan permite la entrada en juego de la dialéctica hegeliana y guiado por la lógica de la mediación, entiende que en la estructura de la palabra el Otro se impone con su A mayúscula (*Autre*). Es el Otro, tesoro de significantes, del cual tiene registro un auditor, quien decide el sentido del mensaje que recibe por parte de un locutor, que a su vez opera bajo la misma lógica.

Lacan considera que el hablante, en cuanto capaz de imagen acústica, resulta afectado por la estructura del signo lingüístico e incluido en ella. Como consecuencia, sucede la ruptura de su unidad. La barra puesta sobre el signo, indicando la oposición entre significado y significante, es puesta ahora sobre el ejecutor de la lengua. De esta manera se produce una sustitución en el algoritmo saussureano y con ella, un inédito: el sujeto analítico (dividido, afectado por el lenguaje). Lacan lo escribe como una S barrada.

Visto así, el sujeto es una función que surge de una estructura en la que un conjunto de elementos, significantes, están en relación. Con ello rompe la asociación habitual que se establece entre sujeto y persona. La nominación de sujeto en psicoanálisis no es correlativa a un individuo. El sujeto es pues una abstracción que Lacan hace emerger tomando como base el principio de diferencia de la lingüística de Saussure y despejando el significante del signo de la manera más radical posible (Lacan, 1955-1956 [2007]). Así es como afirma que “[...] el significante representa un sujeto para otro significante” (Miller, 2008, p. 17). Entre tanto, el significado, se

desliza en función del sujeto que emparenta a un significante con otro. He ahí el sujeto de la clínica psicoanalítica.

## El asunto del objeto en el campo de la palabra

La clínica practicada por el médico formado con base en los principios de la ciencia moderna, podría considerar un asunto trivial (o al menos no de su campo disciplinar) trabajar sobre una teoría particular de objeto que involucre la subjetividad de los consultantes. La pertinencia de una teoría del objeto en el campo médico se juzga en función de los tratamientos farmacológicos que suministra, porque aunque sea el enfermo quien hable sobre el síntoma, el médico atenderá el síntoma y no al enfermo que habla. Uno de los elementos fundamentales del descubrimiento freudiano en cuanto contribuye a la ruptura epistemológica respecto de la corriente científica de la cual proviene, es la formulación de una nueva teoría del objeto.

Freud lee en el discurso de sus analizados, relatos que aluden a modos singulares de relación con ellos mismos –entiéndase también su cuerpo– y el mundo objetivo que los rodea (por ejemplo, en las fantasías histéricas o en las fantasías delirantes de los paranoicos). Tal hallazgo lo conduce a poner énfasis en una noción de objeto no coincidente con la concepción científica habitual (cf. p. 9).

En psicoanálisis, un objeto no es una cosa exterior opuesta al sujeto; es decir, no es estrictamente lo equivalente al universo de elementos que componen el mundo material (una silla, una mesa, un ordenador, un animal, etc.) y susceptibles de ordenarse en series y clasificarse según sus propiedades o uso. Tampoco lo es el conjunto de enfermedades descritas en los manuales diagnósticos que les confiere consistencia en cuanto entidades patológicas.

El objeto en psicoanálisis, para decirlo de una vez, es fundamentalmente y por estructura, un objeto perdido (Rabinovich, 2007). Esta coordenada es ineludible en la tarea de localizar el sujeto de la clínica analítica. El tema es amplio y requiere un desarrollo minucioso que por razones de delimitación de la problemática, no compete al marco de este documento. Sin embargo, se considera útil y valioso remitir al lector al trabajo de Rabinovich sobre esta materia, del cual se extrae, para los fines aquí pertinentes, lo justo.

Según la autora, en la obra de Freud se puede señalar la presencia de tres perspectivas del concepto de objeto: el objeto del deseo, el objeto de la pulsión parcial y la elección de objeto (*El deseo freudiano y su objeto*, p. 6). Las tres perspectivas se articulan a lo largo del trabajo de conceptualización del psicoanálisis y su articulación ocurre en consonancia con los cuestionamientos y avatares que la misma clínica le presenta al pensador vienés en su trayectoria.

Sobre la teoría del objeto, interesa subrayar la dimensión subjetiva del asunto, toda vez que guarda implicaciones de fondo que explican la importancia del campo de la palabra en el marco de tratamientos que buscan restituir el estado de alivio de un sujeto. Todo ello en el entendido de que el trámite por la palabra involucra un alivio no solo físico sino también subjetivo.

Lacan, a propósito de sus diferencias con las prácticas propuestas para la formación del psicoanalista en los años cincuenta, asume en la introducción de su informe presentado en 1953 durante el Congreso de Roma, la tarea de repasar aspectos fundamentales de la técnica psicoanalítica. Entre ellos, “[...] la a. función de lo imaginario [...]; b. la noción de las relaciones libidinales de objeto [...]; c. la importancia de la contratransferencia[...].” (*Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*, p. 64).

En su análisis, destaca que la originalidad del método psicoanalítico radica en el medio que se reserva (el de la palabra) para sus operaciones. En esa línea, su dominio no es otro que “[...] el discurso concreto en cuanto campo de la realidad transindividual del sujeto” (p. 78). Es transindividual porque en su constitución subjetiva reposa la huella del lenguaje (el Otro), que le permitió erigirse como sujeto (cf. p. 15). La estructura del lenguaje atraviesa al sujeto y lo decide en su singularidad, lo pone en el lugar de alocutor y alocutario y lo incluye en el entramado social. Desde esta concepción, el sujeto construye su realidad con el único recurso que cuenta: el lenguaje. Es así como comprende, a través de la palabra, que no solo ha hecho las veces de alocutor y alocutario de otros y para otros, sino también que su realidad subjetiva es resultado de su respuesta inconsciente a la demanda del Otro del cual emergió.

Dicho esto, el hallazgo freudiano conduce a la siguiente afirmación: el sujeto mismo (su yo) se postula como objeto de satisfacción pulsional vía lenguaje (inconsciente). Desde luego, no solo él, sino todo aquello que al hacer trámite por el aparato psíquico ofrece la posibilidad de satisfacción. Esto forma parte de la realidad psíquica que en todos los casos es singular y solo es conexa con la realidad objetiva por vía del símbolo que se configura por medio del lenguaje.

Desde esta perspectiva, el objeto adquiere un lugar conceptualmente diferente del que asume la ciencia médica, y su novedad recae con todo su peso en el método para direccionar la cura. Es en la continuidad intersubjetiva del discurso facilitado por el analista, que se da el carácter de *inter* por el mismo analizante en cuanto presa de su propio discurso, el lugar donde se constituye su historia y su verdad. El objeto enfermedad es un elemento más (significante) incrustado en la historia de un sujeto dictaminado médicamente y aunque el científico desempeñe adecuadamente su labor de diagnosticar, su dictamen no constituye una verdad absoluta para el sujeto.

En su calidad de hablante, el sujeto alberga una verdad que arguye con la verdad *de facto* con la cual trabaja con regularidad la ciencia médica. La estructura del lenguaje da cabida a otras posibilidades del significante “verdad”. Presenta una vertiente en el sentido de que la verdad no es otra que la verdad del sujeto. Esta interpretación tiene que ver con la presentificación de su historia por medio de la palabra, con la respuesta al Otro, con el inconsciente entendido como “[...] aquella parte del discurso concreto en cuanto transindividual que falta a la disposición del sujeto para restablecer la continuidad de su discurso consciente” (Lacan, 1953, p. 79), frente a la situación de enfermedad. Es una verdad que alcanza su cuerpo, lo atraviesa y forma parte fundamental de su experiencia humana.

Con todo esto, se desliza la pregunta por el concepto de salud que convoca tanto a la medicina y, ciertamente, al psicoanálisis (en cuanto de ella proviene su fundador). Se emplaza en el ideario científico una idea de salud que el ente administrativo de la salud a nivel mundial (la OMS) propuso conceptualizar para delimitar su ámbito de intervención: “La salud es un estado de completo bienestar físico, moral y social, que no consiste solamente en la ausencia de invalidez” (citado por Canguilhem, 2004, p. 59).

Si se desconoce el efecto del lenguaje sobre un sujeto, la definición de salud resulta acogedora. Sin embargo, dado el lugar determinante del lenguaje en la experiencia humana, convenir una verdad universal sobre “un estado completo de bienestar” es una labor imposible. La pugna entre lo universal y lo particular, ha conducido, por razones de método, a la medicina moderna a subordinar la verdad del sujeto a su propio discurso. El científico se ve permanentemente abocado a conquistar la realidad del sujeto con un lenguaje técnico que opaca su verdad.

Por ejemplo, en contraposición a la idea de cuerpo representada por la medicina moderna en su discurso a partir de su auscultación verificable, *la verdad de mi cuerpo* –como diría cualquier sujeto– no es una idea susceptible de representación (Canguilhem, 2004) en términos de estandarización. La ciencia médica considera que la conquista del organismo por la vía del lenguaje, ha sido a la vez la conquista de la persona del enfermo. Quizás consideran que lo que dice el enfermo importa menos que lo que ellos, como peritos, pueden ver y dictaminar sobre el organismo. Es poco común que un paciente discuta con el médico de turno el diagnóstico. Su único argumento emergería de la experiencia con su cuerpo (*su verdad*), asunto que, paradójicamente, lo pone en desventaja respecto del aparato tecnocientífico que respalda la palabra del médico. Con regularidad, los pacientes reciben el dictamen sin posibilidad de debatirlo. A lo más, se podrán presentar discusiones entre dos o más peritos con conceptos diferentes sobre la salud de un paciente, pero en ese contexto el enfermo desempeña un papel pasivo.

La rigurosidad que el profesional de la medicina debe aplicar en los procedimientos de protocolo, desdibuja con frecuencia lo que es –y debería ser durante todo tratamiento– la base de la práctica clínica: la palabra del sujeto. Canguilhem (2004) lo describe con claridad al asumir el lugar de enfermo:

*Esta salud sin idea, a la vez presente y opaca, es sin embargo lo que, de hecho y en última instancia, sostiene y válida para mí mismo, y también para el médico en tanto es mi médico, los artificios que la idea del cuerpo, es decir, el saber médico, puede sugerir para sustentarla* (La idea de naturaleza en el pensamiento y la práctica de la medicina, p. 62).

Se encuentran en las reflexiones de algunos pensadores premodernos, como Diderot (1713-1784), referencias al concepto de salud asociado a un estado silencioso de los órganos durante el cual “[...] ninguna parte del cuerpo nos instruye de su existencia [...] si alguna de ellas nos avisa de esta [*de su existencia*] por medio del dolor, es, con seguridad, porque estamos enfermos” (citado por Canguilhem, 2004, p. 50. La cursiva es mía). O como la planteada por Charles Daremberg, quien en 1865 escribió que “[...] en el estado de salud no se sienten los movimientos de la vida, todas las funciones se realizan en silencio” (pp. 49-50). En estas reflexiones, es explícito el hecho de que la salud es un asunto dado por la ausencia de dolor o el ruido que este pueda ocasionar en un individuo. Son reflexiones que concentraron su atención en la cuestión orgánica.

No obstante, es Descartes quien encabeza una serie de filósofos que aportaron reflexiones sobre la salud, en el sentido de ser el inventor de una concepción mecanicista de las funciones orgánicas. Esto es importante subrayarlo, dado que el concepto de salud vigente se fundamenta en dicha visión.

Es claro que ni Diderot ni Daremberg ni Descartes, así como los demás filósofos de la época, podían citar a Freud o a Saussure para hacer referencia a alguna asociación entre la experiencia de dolor y algo del orden de la estructura del lenguaje, como lo hizo Lacan años después. Por esa razón, Freud constituye un punto de referencia conceptual que se debe revisar. Fue el primero en poner de relieve la relación determinante entre el sujeto hablante y su organismo, sacando así a la medicina de la perspectiva meramente mecanicista. Dicho de otro modo, entendió que la máquina hablaba, que tenía algo que decir respecto de su dolor, y, además de observarla y examinarla, la escuchó.

Freud introdujo una noción de cura que requeriría, en lo sucesivo, de la palabra del paciente. En ese camino fue clave su reflexión sobre los procesos de percepción y el discurso con el cual eran acompañados. Por ejemplo, en los casos de histeria, supo leer que “[...] el enfermo se ocupaba de sus fantasías, y que difícilmente ese hecho tenía menor importancia para su neurosis que si hubiera vivenciado en la realidad el contenido de sus fantasías [...]” (Conferencia 23). Este análisis no es otro que



la oposición entre la realidad psíquica y la realidad material, y en ella el lenguaje se convierte en la posibilidad de tránsito entre la una y la otra al comprender que “[...] en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva” (Conferencia 23).

En ese sentido, entendió también que la exactitud del saber médico no reposa en la verdad objetiva. El sujeto hablará y es viable que al hacerlo se refiera a lo que el dictamen médico le presenta como enfermedad. Pero reseñará también su posible impotencia frente a ella, su sentir, su querer, sus afectos, sus proyectos, sus añoranzas, su pasado, su presente sin ella y sus asuntos.

El sujeto de la clínica analítica es un sujeto que se presume deseante por causa de un objeto y por estructura, perdido. No se trata de una terapéutica que se ocupa del nivel de veracidad de los hechos que los consultantes relatan y opera con base en ello, ni de un asunto exclusivamente fisiológico. Se trata de ocuparse del consultante en cuanto sujeto que agencia un discurso de cuya verdad se encuentra separado y por ello se mortifica en exceso.

Bien es sabido que a partir del relato de su paciente, el médico recurre a la lectura de los síntomas en procura de un diagnóstico. El examen así planteado sugiere tácitamente un *hic et nunc* que subordina al sujeto a la condición de objeto de auscultación. El *aquí y ahora* de los síntomas relatados por el sujeto, no tienen otro destino que la categorización diagnóstica que le da consistencia y relevancia a la enfermedad. Lacan recalca que en Freud no se trata

*[...] ni de memoria biológica, ni de su mistificación intuicionista, ni de paramnesia del síntoma, sino de rememoración, es decir de historia, que hace descansar sobre el único fiel de las certidumbres de fecha la balanza en la que las conjeturas del pasado hacen oscilar las promesas del futuro* (Lacan, 1953, p. 77).

El objetivo de esta reflexión no es el derrocamiento de la nosología médica, sino la apuesta por un sujeto capaz de hablar sobre la enfermedad sin que sea silenciado con imposiciones científicas. Es dejar que lo subjetivo *aparezca* en lo real en cuanto supone que tenemos en frente un sujeto capaz de valerse del significante –del juego del significante– y hacer tránsito a un estado de enfermedad de un modo humanamente amable. Al respecto, Clavreul (1983) menciona:

*La exactitud del saber médico no es la verdad. Es lo contrario de la verdad: al constituir lo que hace su objeto (la enfermedad) como sujeto de su discurso, la medicina borra la posición del enunciator del discurso que es la del enfermo mismo en el enunciado de su sufrimiento, y la del médico al retomar ese enunciado en el discurso médico* (p. 50).

Así pues, el sujeto del lenguaje se difumina en su posibilidad de hablar. El modelo nosológico no da espacio al deseo; por el contrario, destina al sujeto al goce irrevol-

cable de un cuerpo diagnosticado y tratado regularmente con químicos que operan como barreras de la dimensión fisiológica de su dolor.

## A propósito del método psicoanalítico

El presente apartado tiene como propósito disponer el terreno conceptual para construir una conclusión lógica al itinerario planteado desde el comienzo. Si se repasa sin mucho detalle su índice, el lector dará cuenta de un recorrido que parte del abordaje de un asunto que si bien se circunscribe al marco científico, es profundamente humano en la medida en que pone de relieve el enlace entre el lenguaje y el quehacer de la observación experimental. Sitúa allí el pensamiento médico y dos interpretaciones influyentes sobre la historia del pensamiento científico, que dan línea para comprender las transformaciones del discurso clínico en la modernidad. Esa misma línea facilita la demarcación de los linderos de la propuesta freudiana, así como también la mención los problemas de una práctica médica orientada por la medicalización.

Una vez concebidos estos asuntos, se propone poner en la cima de este desarrollo conceptual al sujeto del cual se ocupa el psicoanálisis. Ello se hace recurriendo a porciones importantes de la columna vertebral de donde emana la inspiración lacaniana (Koyré, Kojève, Jakobson, etc.) y aludiendo a los puntos de separación fundamentales entre sus fuentes y él. Ello permite afirmar, como lo subraya Milner (1996), que “[...] claramente hay pensamiento en Lacan. Pensamiento; es decir, algo cuya existencia se impone a quien no lo pensó” (p. 8).

En esa misma cúspide de desarrollo conceptual, más que proponerse un punto final se piensa el asunto del método como pivote de un contenido siempre vigente en el campo del psicoanálisis, a saber, el método incorporado para trabajar con el sujeto de su praxis. Si quienes se adhieren en su práctica tanto a la obra de Freud como a las enseñanzas de Lacan, perdieran de vista (desde una perspectiva teórica, metodológica y técnica) el sujeto para quien fue pensada la práctica, se perdería el rigor que la sostiene y por tanto no habría mejor salida que derogarla. Más específicamente, se derogaría ella misma al desconocer sus principios fundamentales.

De entrada, cabe aseverar que el sujeto, tal como lo concibió Lacan, es la razón fundamental para afirmar que no hay aspectos en la técnica psicoanalítica que no estén, de algún modo, relacionados con la dimensión ética. Esto es algo para subrayar y sostener. El psicoanálisis se ocupa de un sujeto ubicado en las huestes del signifiante y justamente por su localización, puede advenir de él lo imprevisible. Esto permite advertir desde ya, un nivel de compromiso superlativo por parte del psicoanalista con aquellos que llegan a su puerta para solicitar atención. Compromiso que ha de emanar de la trayectoria por un análisis personal, de una formación

teórica-conceptual y de un “hacer pasar” los casos atendidos por la experiencia de supervisión cuando el mismo analista, tras un acto reflexivo, así lo sugiera.

Este es, sin duda, un inicio consecuente. Es allí, en la puerta del consultorio, donde el accionar del método psicoanalítico se despliega. Es en el contexto en que se presente la solicitud de atención por parte de un sujeto supuesto y lo que se haga con ella, lo que va a situar la base de lo que pueda ocurrir a lo largo del proceso. Surge aquí un aspecto clave: la demanda de tratamiento. Este es el momento inaugural de la puesta en marcha del método, bien porque el analista decida aceptar (que no es lo mismo que responder a lo que pide) la demanda de tratamiento o bien porque decida recusarla, como un acto analítico.

A propósito de la demanda de tratamiento, es necesario marcar la diferencia entre la praxis con los pacientes que solicitan atención por medio de los mecanismos que el aparato estatal ha dispuesto para el acceso al servicio de salud mental y la praxis con los pacientes que llegan sin mediación institucional a requerir atención. En el caso colombiano, una demanda de atención hecha por la vía institucional puede ser, con dificultad, recusada, toda vez que el profesional en salud (psicólogo, psiquiatra, etc.) está allí para hacer efectivo el derecho a la prestación del servicio regulado por el Estado. Adicionalmente, el profesional que atiende debe ajustarse a los protocolos de una atención estandarizada en términos de procedimientos (tiempo de consulta, uso de manuales diagnósticos, medicamentos etc.).

En términos generales, cuando se trata de instituciones subordinadas al modelo estatal de atención en salud, las posibilidades de plantear un hacer psicoanalítico son absorbidas por las políticas que rigen la institucionalidad. La tendencia a nivel mundial, es promover leyes que concentren toda práctica de salud en modelos institucionales. Por esta razón, es una discusión trascendental, aunque solo se dejará enunciada ya que desvía el horizonte del propósito aquí formulado.

Queda entonces expuesta la cuestión acerca de cuándo se puede considerar, en el marco del método psicoanalítico, el rechazo de una demanda de atención. De acuerdo con la lectura de Miller en *Introducción al método psicoanalítico*, se propone observar tres niveles superpuestos entre sí que procuran acotar los principios de la práctica psicoanalítica: 1. evaluación clínica; 2. localización subjetiva, y 3. introducción al inconsciente. Entre uno y otro nivel hay vínculos, de modo tal que el autor denomina subjetivación al vínculo entre el nivel uno y el nivel dos. Al vínculo entre el nivel dos y nivel tres lo denomina rectificación (Miller, 2008).

El lector pudiera juzgar como asunto protocolario próximo a un manual de procedimientos, los niveles descritos anteriormente. Asunto que acercaría el quehacer del psicoanalista –a quien se llamaría milleriano– al campo de la estandarización sobre el cual funciona el modelo médico. Sin embargo, el despojo del prejuicio que se despierta a simple vista cuando se observa un listado de acciones por seguir,

conduce a la aceptación de lo simple: el método psicoanalítico, en cuanto método, precisa de una lógica interna. Y es esa lógica la que Miller procura describir con tres niveles.

La evaluación clínica, por ejemplo, presupone que el psicoanalista sea capaz de concluir en un tiempo justo la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo; es decir, si se trata de una neurosis, de una psicosis o una perversión. “[...] y no cabe decir que hay una cierta neurosis, con algo de perversión que puede virar hacia la psicosis. Desde el punto de vista lacaniano, no se puede pertenecer a dos estructuras [...] no hay recubrimiento entre dos estructuras” (Miller, 2008, pp. 20-21). Este diagnóstico inicial es una labor que se efectúa durante las entrevistas preliminares. De ese ejercicio puede resultar, por ejemplo, la recusación de una demanda de una persona con una estructura que se presupone presicótica o el aval de una demanda proveniente de una persona con una estructura que se presume neurótica. “Es decir, hay un vector de responsabilidad, un vector donde el paciente es, en realidad, un candidato y el analista, en cierto modo, un jurado” (Miller, 2008, p. 34).

No conviene avanzar sin antes dar claridad sobre la dimensión que adquiere el trabajo diagnóstico en el marco del método psicoanalítico. Y no conviene por el hecho de que la medicina moderna también diagnostica. Vale este momento de la reflexión para señalar que el diagnóstico en la clínica analítica está enteramente incluido el sujeto. No se trata solamente de un registro de síntomas que conduzca a la identificación de una categoría nosológica. Se trata de escuchar que el paciente pide que el profesional le constate sus síntomas y, por efecto, su condición de enfermo. Se trata de no decirle rápidamente lo que tiene, sino de permitirle hablar suficientemente sobre lo que tiene.

El segundo nivel –la localización subjetiva– corresponde justamente a ello. La experiencia analítica ha de permitirle al consultante hablar, poner en escena su decir y entender que las verdades o mentiras que en él introduzca son parte de modalizaciones y no corresponde impugnarlos.

*Al contrario, es preciso permitir, al sujeto algunos engaños, principalmente en las entrevistas preliminares, que continúe mintiendo un poco en sus propios dichos. Y eso, de hecho, ya constituye una introducción al inconsciente. La localización subjetiva introduce al sujeto en el inconsciente (Miller, 2008, p. 41).*

En no pocos casos la dificultad de hacer referencia a una situación está dissociada de algo del orden del sufrimiento. Hacer mención a una experiencia, sortear el trance que implica llevar el pensamiento, las ideas, a un registro verbal, cuando detrás de ello el sujeto anticipa un dolor intolerable o una sensación de vergüenza, etc., es un asunto que el método psicoanalítico considera en su profundo respeto por el sujeto de la enunciación. Introducir al sujeto en el inconsciente tiene que

ver con conducir el proceso de cura hacia un momento cuando el sujeto disponga de elementos significantes para producir su rectificación subjetiva. Si bien es cierto que los consultantes llevan consigo un discurso en el que predomina un sufrimiento que se transforma en queja (dirigida al Otro), el espacio analítico no se ocupa del sufrimiento en sí mismo sino del sujeto que agencia ese discurso, tal como se ha afirmado insistentemente. De ser así, el analista debería estar en capacidad de dar respuestas de hecho que resuelvan la causa que ocasionó el sufrimiento por el cual fue consultado. Restituir la ruptura de una relación amorosa, proveer de dinero a quienes no les alcanza lo que devengan en sus trabajos, gestionar vacantes de trabajo, etc., serían las labores de quienes se ubiquen en el lugar de resolver el sufrimiento. Eso, sin mencionar los casos en que la queja provenga de la muerte de un ser querido o la formulación de un diagnóstico terminal.

El sujeto sufre, pero el hecho de conducir su sufrimiento a las representaciones tramitadas mediante el “hablar de eso”, hace que en el espacio analítico se sitúe aparte y tome distancia en relación con aquello que configura su sufrimiento. Eso, efectivamente, puede producir un alivio inmediato pero no absoluto. El alivio deviene no solamente de ser escuchado, sino de aquel ejercicio en el que poco a poco el sujeto se implica en su queja. En su decir, el ser hablante se queja de sí y deja abierta la posibilidad de que decida respecto de su malestar. Es este el escenario del método en que opera una rectificación subjetiva que se traduce, en último término, en un bien-decir que provoca una cura analítica.



## Bibliografía

- Abbagnano, N. (1984). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alonso-Cortés, Á. (2008). *Lingüística* (2da edición ampliada ed.). Madrid, España: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A.).
- Boring, E. G. (1990). *Historia de la psicología experimental* (2da edición en español ed.). México D.F: Ed. Trillas.
- Braunstein, N. (2006). “El goce: de Lacan a Freud”. En: N. A. Braunstein, *El goce: un concepto lacaniano* (pp. 13-55). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Canguilhem, G. (2004). “¿Es posible una pedagogía de la curación?” En: G. Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (Vol. 1, pp. 69-98). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Canguilhem, G. (2004). “La idea de naturaleza en el pensamiento y la práctica de la medicina. En: G. Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (pp. 17-32). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Castell, R. (1990). *Diccionario enciclopédico Castell*. Barcelona: Ediciones Castell.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.
- Descartes, R. (1637 [2007]). *Discurso del método*. Buenos Aires: Gradifco.
- Eldelsztein, A. (1992). *Modelos, esquemas y grafos en la enseñanza de Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Foucault, M. (1980). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

- Freud, S. (1886 [1992]). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1889)* (3ra reimpresión ed., Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901[1991]). “Psicopatología de la vida cotidiana”. En S. Freud, *Obras completas. Tomo 6* (pág. 5). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Giachetto, G. et al, (2008). Hospitalizaciones por reacciones adversas a medicamentos y abandono del tratamiento farmacológico en el hospital universitario. *Revista Médica del Uruguay*, 24(2), 102-108. Recuperado en 31 de julio de 2017, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902008000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200005&lng=es&tlng=es).
- Jakobson, R. (2008). *Seis lecciones sobre el sonido y el sentido*. (R. P. Félix Contreras, trad.) Buenos Aires, Argentina.
- Kojève, A. (2006). *La dialéctica del amo y del esclavo*. Buenos Aires: Leviatán.
- Koyré, A. (2007). *Estudios de historia del pensamiento científico*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”. En: J. Lacan, *Escritos 1* (pp. 59-86). México: Siglo Veintiuno editores.
- Lacan, J. (1954-1955 [2006]). “El sueño de la inyección de Irma”. En: J. Lacan, *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (pp. 256-259). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1954-1955 [2006]). “La carta robada”. En: J. Lacan, *El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (pp. 288-295). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1955-1956 [2007]). “El significante, en cuanto tal, no significa nada”. En: J. Lacan, *Las psicosis* (pp. 261-271). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964 [2007]). El inconsciente freudiano y el nuestro. En J. Lacan, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pp. 25-36). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964 [2007]). “El sujeto y el Otro: la alienación”. En: J. Lacan, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pp. 211 - 223). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1965). “La ciencia y la verdad”. En J. Lacan, *Escritos 2*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966 [2006]). “Psicoanálisis y medicina”. En J. Lacan, *Intervenciones y textos I* (pp. 86-99). Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1968-1969 [2008]). “Producción de los cuatro discursos”. En: J. Lacan, *Seminario 17. El Reverso del psicoanálisis* (pp. 10-14). Buenos Aires: Paidós.



- 
- Lesserre, A. (1992). “Infans y discurso: acerca de un párrafo de *El psicoanálisis y su enseñanza*”. En: E. Laurent, *Lacan y los discursos* (pp. 69-71). Buenos Aires: Manantial.
  - Miller, J.-A. (2008). Introducción a un discurso del método analítico. En J.-A. Miller, *Introducción al método psicoanalítico* (1ra edición ed., págs. 13-27). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
  - Miller, J. (2008). “La lógica del significante”. Primera conferencia. En: Miller J. *Matemas II*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
  - Miller, J. (2008). “S´truc dure”. En: Miller, J. *Matemas II*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
  - Miller, J. (1996). “El doctrinal de la ciencia”. En: Miller, J. *La obra clara*. Buenos Aires: Editorial.
  - Orejuela, J. (2010). “¿Es Lacan un estructuralista? Sobre la relación de Lacan con el estructuralismo”. En: *Revista Ciencias Humanas*, Vol. 6(No. 2), 69-83.
  - Puigbo, J. (2002). *El papiro de Edwin Smith y la civilización egipcia*. Recuperado de 2012, de Scientific Electronic Library Online: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622002000300014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000300014&lng=es&nrm=iso)
  - Quintero, J. A. (2013). Perspectivas del discurso clínico. En J. J. Orejuela, *Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad* (pp. 245-259). Cali: Bonaventuriana.
  - Quintero, J. A. (2010). Entrevista a Jean Michel Vappereau. *Revista Guillermo de Ockham*, volumen 8 (No. 2), pp. 151-162.
  - Rabinovich, D. (2007). “El deseo freudiano y su objeto”. En: Rabinovich, D. *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica: sus incidencias en la dirección de la cura*. Buenos Aires: Ediciones.
  - Real Academia Española. (2011). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <http://buscon.rae.es/>: <http://www.rae.es>
  - Real Academia Española. (2012). *Diccionario de la Lengua Española*. Obtenido de <http://buscon.rae.es/>: <http://www.rae.es>
  - Saussure, F. (2003). “Curso de lingüística general”. En: Saussure F. *Objeto de la lingüística*. Buenos Aires: Editorial Losada S.A.
  - Vallejo, Z. (2002). “La estructura no es unidad, es relación de vecindad”. En: Vallejo, Z. *El niño busca al sujeto en la estructura*. Cali: Colombia.

ISBN: 978-958-5415-04-1



9 789585 415041 >



**L** La escritura del presente texto se sostiene en el interés de dilucidar el lugar del sujeto en el campo de la ciencia. El primer desafío que asume es situar el modo en que ciencia y medicina se enlazan, dando lugar de manera progresiva a un modo particular del quehacer clínico del médico. Esta tarea requiere significar el tipo de ciencia a la cual se alude así como también el tipo de medicina a la cual se hace referencia; a saber, aquella ciencia que surge del positivismo y aquella medicina emparentada con sus principios. Dicho esto ¿qué ocurre con la clínica médica? A partir de allí, se pone sobre la superficie la reflexión sobre la observación en tanto técnica que se halla en el seno de la práctica médica científica y configura una particular relación entre el saber médico, el médico en tanto que agente de ese discurso y el paciente. Aportar a la dilucidación del lugar del sujeto en esa estructura de relaciones, es la apuesta del presente trabajo que tiene como fin mostrar la pertinencia y vigencia de una práctica clínica refundada por Freud sobre principios descentrados del positivismo. Se trata de un marco de pensamiento distinto, el psicoanalítico, que propone una práctica clínica guiada por la escucha de aquel malestar subjetivo no conquistado (aún) por el lenguaje nosológico y que trae consigo un sufrimiento psíquico.

  
**EDITORIAL**  
**BONAVENTURIANA**



[editorialbonaventuriana](https://www.facebook.com/editorialbonaventuriana)



[@EditBonaventuri](https://twitter.com/EditBonaventuri)



[EditorialBonaventuriana](https://www.youtube.com/EditorialBonaventuriana)



[editorial-bonaventuriana](https://www.linkedin.com/company/editorial-bonaventuriana)

---

[www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co](http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co)

VIGILADA MINEDUCACIÓN