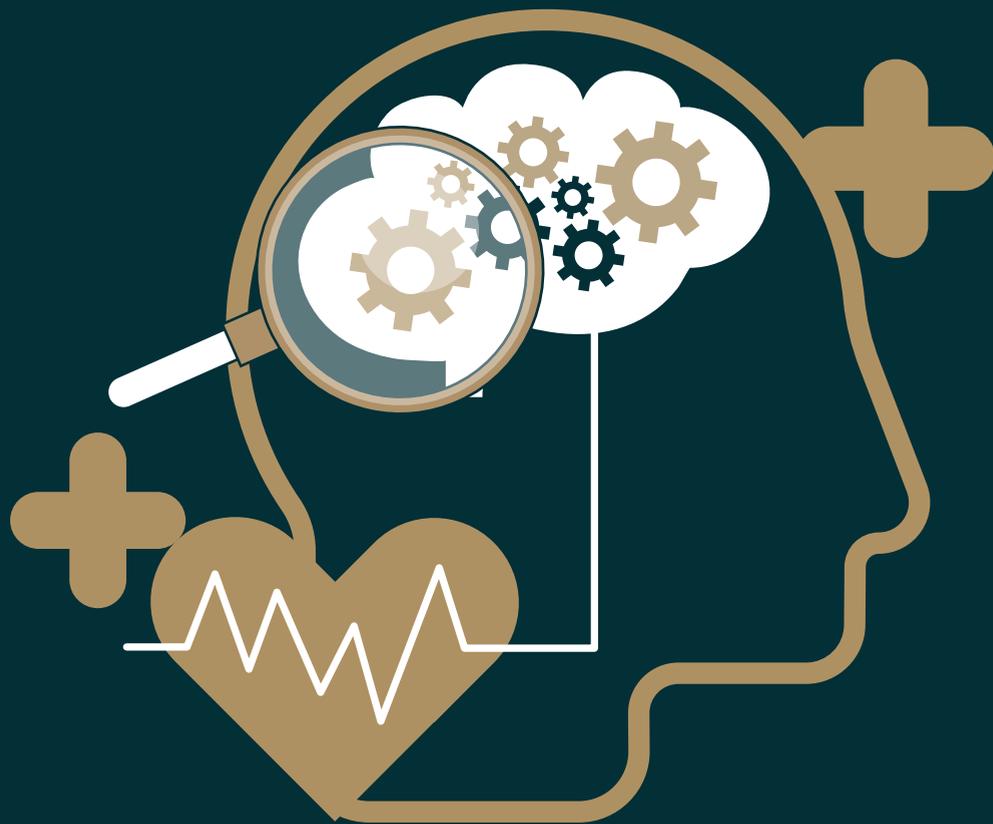


# CLÍNICA PSICOANALÍTICA

## CONTEXTOS DEL DECIR DEL ANÁLISIS



EDITORA ACADÉMICA  
ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ URREGO

---



UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA



  
EDITORIAL  
BONAVENTURIANA  
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

Colección  
**PERFILES**



Clínica psicoanalítica:  
contextos del decir del análisis





UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA

# Clínica psicoanalítica: contextos del decir del análisis

Editora académica:

Ángela María Jiménez Urrego

2023

Clínica psicoanalítica : contextos del decir del análisis / Editora académica, Ángela María Jiménez Urrego. -- Cali: Editorial Bonaventuriana, 2023.

216 páginas.  
Incluye referencias bibliográficas  
ISBN 978-628-7559-13-4 (electrónico)

1. Clínica Psicoanalítica – Casos clínicos -- Santiago de Cali (Colombia) 2. Psicoanálisis -- Investigaciones 3. Psicoterapia centrada en el paciente 4. Transferencia (Psicología) 5. Lacan, Jacques, 1901-1981 -- Crítica e interpretación 6. Estudiantes Maestría en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica -- Investigaciones I. Jiménez Urrego, Ángela María II. Título.

150.195 (CDD 23)

C641

CEP- Biblioteca Fray Juan de Jesús Anaya Prada. Universidad San Buenaventura Cali.

© Universidad de San Buenaventura



Editorial Bonaventuriana

***Clínica psicoanalítica: contextos del decir del análisis***

- © Editora académica: Ángela María Jiménez Urrego
- © Universidad de San Buenaventura Cali
- © Editorial Bonaventuriana, 2023

Dirección Editorial Bonaventuriana Cali  
Carrera 122 # 6-65  
PBX: 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, Suramérica

Dirección editorial: Claudio Valencia Estrada  
Corrección de estilo: Fernanda Poveda  
Diseño y diagramación: Diego Alejandro Soto

e-ISBN: 978-628-7559-13-4

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 los editores.

Edición digital

2023

## Contenido

Prólogo .....	11
<b>Consideraciones sobre el psicoanálisis en contextos hospitalarios</b>	
El acto de querer escuchar Daniel Aguirre Betancurt y Ángela María Jiménez Urrego.....	17
Psicoanálisis y hospital: tratamientos posibles Mónica Patricia Larrahondo Arana.....	29
<i>Alice à l'hôpital</i> . La posición del analista como orientación en el hacer-decir de una práctica Andrea Ximena Zúñiga López.....	41
Puntualizaciones sobre el amor de transferencia en la esquizofrenia Martín Alomo.....	57
Una escucha inédita Vanina Muraro.....	71
<b>Reflexiones sobre violencia y abuso sexual</b>	
La palabra de niños, presuntas víctimas de violencia sexual: ¿qué escucha el psicólogo clínico orientado por el psicoanálisis? Cindy Ramírez Guerrero.....	81
Lo singular en la vivencia de abuso sexual en una unidad de salud mental: sistematización de experiencias Luz Marina Peña Rivera .....	91
<b>Las implicaciones del psicoanálisis en el lazo social y la subjetividad de la época</b>	
El concepto de patología social frente al descontento colectivo John Alexander Quintero Torres y Andrés Mauricio Sabogal Vargas.....	109
Aproximación teórica al feminicidio: el desencuentro entre los sexos en la gramática fronteriza de la ley y el goce Jeyson Ariel Ramírez Cortés, Sebastián Hurtado Jiménez y Ángela María Jiménez Urrego .....	123

Adicción a las sustancias psicoactivas y su relación con el sufrimiento psíquico desde la perspectiva psicoanalítica. ¿Clínica de lo imposible? Carlos David Carvajal Correa y María del Pilar Murcia.....	137
La transferencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje Héctor Gallo .....	151
Lo virtual y lo real en el consultorio <i>online</i> : algunas reflexiones sobre la presencia del analista Gabriel Lombardi.....	167
Caso clínico. Sinrazón de la práctica médica Daniel Felipe Gómez León .....	177
Referencias.....	191
Sobre los autores.....	207

## Prólogo

Este es un libro necesario. Desde sus primeras páginas nos confronta con cuestiones ineludibles para cualquiera que vuelque su interés hacia la práctica del psicoanálisis. Cada capítulo reconduce nuestra mirada a ciertos elementos imprescindibles en el ir y venir de la práctica clínica en instituciones y en torno a temas socialmente relevantes. Uno de los principales méritos de los autores de esta compilación radica en integrar una veta clínica que sirve como coordinada reflexiva para el lector. En algunos casos, esto se observa en viñetas clínicas; en otros es evidente por abordar conceptos fundamentalmente clínicos en el sondeo de síntomas contemporáneos relacionados con elementos sociales actuales. En esencia, en estas páginas resuena la experiencia de los autores que hace eco mediante nociones que conviene tener presentes al aplicar técnicas del psicoanálisis en esquemas institucionales o al afrontar asuntos sociales vinculados a la violencia y al abuso sexual a mujeres y menores.

Comenzando por sus dos primeros apartados, esta compilación nos encausa por la senda de una discusión primordial: el papel del psicoanálisis en las instituciones. Esto se aborda con una mirada clínica interesada, principal pero no exclusivamente, en torno al ámbito hospitalario. Este tema es esencial, debido a que, en el ingreso del psicoanálisis y el psicoanalista en instituciones de distinta índole, se modifica algo de la ortodoxia psicoanalítica. A partir de ese momento, en distintos aspectos de la praxis permean demandas institucionales que marcarían la diferencia entre el psicoanálisis y otras formas de terapia con orientación psicoanalítica que no necesariamente alcanzarían cierto estatuto de legitimidad.

No obstante, el psicoanálisis constituye en fundamento una teoría que permite trabajar con el inconsciente y la transferencia, aún si se aplica dentro de una institución. Por lo cual, en el trabajo clínico de quien ocupe el lugar de psicoanalista desde su silencio, sus interpretaciones o actos analíticos, prestar atención a eso que escapa de la mirada médica, psicoterapéutica y legal representa una condición para abrir campos de producción subjetiva en los pacientes. A raíz de ello, el psicoanálisis en la institución es transgresor, pues la escucha analítica

no se pone al servicio de las organizaciones o de sus intereses protocolares, sino que permanece leal a la cura y a la búsqueda hacia el advenimiento del sujeto en su singularidad.

Por otra parte, sorteando la controversia de qué es o no el psicoanálisis, una de las cuestiones ineludibles durante el ejercicio clínico en instituciones hospitalarias (o en mi experiencia, organizaciones no gubernamentales con un encuadre político-feminista) es la apropiación de un término para nombrar esta labor y a quienes la llevan a cabo. Resulta indispensable hacerse de un término con el cual identificarse, reconocerse y, de ser posible, orientar la propia práctica en esos escenarios.

Ahí cobran valor las propuestas de los autores para designar al sujeto que desempeña esta labor. Una de ellas es el término “practicante de psicoanálisis”. La enunciación se retoma en el texto con tal uniformidad que da una sensación grata de continuidad en la lectura de los capítulos y de comunidad en la ponderación de la cuestión central sobre el potencial y los retos del psicoanálisis en ámbitos institucionales. En otros casos, se aluden como “psicólogo o terapeuta que está en transferencia con el psicoanálisis o con el discurso psicoanalítico”; de modo que se manifiesta un vínculo entre el sujeto que presta su escucha para la restitución de la singularidad de los sujetos y la teoría psicoanalítica como conjunto. La idoneidad de este segundo término está en mencionar la conexión entre teoría y sujeto, la cual no debe estar pautada por la ortodoxia o la sistematización sino por la transferencia.

Sin embargo, más allá del proceso especular identificatorio o transferencial del practicante con el discurso psicoanalítico, las reflexiones en los primeros apartados convocan al lector a explorar su rol en el marco institucional y sus parámetros de actuación. Más allá de eso, despierta interés sobre regulaciones y políticas de salud vigentes en donde se desempeña.

En la medida en que aumenta la comprensión respecto a estos asuntos, se hacen más inteligibles los encuentros y desencuentros provocados por las demandas institucionales hacia el trabajo clínico. Un ejemplo es la manera en que, durante el acompañamiento con perspectiva psicoanalítica a víctimas de abuso o violencia en procesos jurídicos, se requiere una postura ética de respeto por la palabra, la cual queda opacada a veces en los procedimientos legales. Del mismo modo, el ámbito escolar, hospitalario e incluso el de organizaciones no gubernamentales impone requerimientos particulares frente a los que el psicoanálisis como práctica deberá tomar postura. Diferentes rudimentos de

estas dilucidaciones alcanzan al psicoanalista en el curso de su labor en ámbitos externos al consultorio privado.

Por lo tanto, construir propuestas de cara a cada una de estas cuestiones será siempre útil para el practicante de psicoanálisis en su quehacer ético, creador de condiciones de posibilidad mediante la escucha analítica. En este sentido, no debe pasar desapercibido el valor de las propuestas que los autores hacen al respecto en los dos primeros apartados del texto: tanto las aportaciones clínicas como el ejercicio bien logrado de enunciar algunos avatares de la labor psicoanalítica al interior de las instituciones. Además de ser el fruto de la experiencia clínica, acaso esto sea también el resultado de la labor reflexiva en un ejercicio de articulación en comunidad que conjunta la singularidad de la lógica de cada analista y un lenguaje común como base del entendimiento para construir conocimiento en cuanto empresa social.

Como psicoanalistas o terapeutas en transferencia con el psicoanálisis, no debemos olvidar la importancia de establecer comunidad con otros practicantes del psicoanálisis. Solo así se evita apestillar la puerta del consultorio que, en caso de mantenerse siempre cerrada, brinda una peligrosa sensación de seguridad acompañada con la falsa ilusión de independencia entre el consultorio y el resto del mundo.

En ese orden de ideas, textos como el presente hacen sonar con alegría el recordatorio de que el psicoanálisis tiene labores pendientes. Entre ellas, repensar algo de los límites y las formas que toma cuando se encuentra con las demandas institucionales o con problemáticas sociales actuales. Precisamente, en el tercer apartado se exponen acuciantes problemas sociales, poniendo de manifiesto que la labor de pensarlos es una tarea pendiente y permanente para el psicoanálisis; lo primero en la medida que hay fenómenos emergentes o recientemente enunciados por las ciencias sociales, sobre los cuales la teoría psicoanalítica tiene aportaciones hermenéuticas o epistemológicas. Simultáneamente, es una labor permanente toda vez que las formas de producción de la subjetividad son particulares en cada momento histórico.

El psicoanálisis no puede ser indiferente a las transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas sin condenarse a la obsolescencia, pues la cultura y los sujetos producen la subjetividad para darle forma a la vida social. Desde los orígenes de la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud anticipó el reconocimiento del nexo entre psicoanálisis y sociedad al identificar el sufrimiento que causan las restricciones que la cultura impone a la satisfacción de la pulsión. Sin embargo, el límite entre el campo psicoanalítico y el dominio de las ciencias sociales no

suele ser evidente, por lo que se asume que su relación es de complementariedad o subordinación.

A pesar de sus fronteras difusas, en el mundo contemporáneo, ambos campos se encargan de comprender las formas de vida y su enlace avanza en diferentes sentidos. Hay uno en el que el psicoanálisis es una teoría contextualizada: su emergencia puede considerarse un síntoma coyuntural derivado del malestar en la cultura y su producción continua puede situarse en épocas y ubicaciones geopolíticas particulares. En otro sentido, se trata de un edificio teórico con efectos sociales, en los contextos específicos en los que se despliega, además, como práctica clínica. En un tercer sentido del enlace entre psicoanálisis y sociedad, la teoría psicoanalítica se pone al servicio de la hermenéutica en el dominio de lo social y presta sus conceptos para comprender los mecanismos subyacentes al feminicidio y la pedagogía, tal como se observa en un par de capítulos del tercer apartado.

Cada autor invita a cuestionar cómo ocurre el desplazamiento del psicoanálisis en su encuentro con teorías sociales o conceptos que nacen desde ellas. En la opinión de algunos, las nociones de ambos campos podrían nutrirse en este cruce; mientras que, en la opinión de otros, perderían su alcance. Si bien se desplaza la articulación teórica, existe el reto de demarcar los desplazamientos útiles y los infértiles frente a la incommensurabilidad teórica. De modo que, persiste la necesidad de seguir equipándose de herramientas críticas que permitan ponderar los supuestos desde los cuales se acepta, rechaza o matiza el principio rector que indica que el psicoanálisis debe asistir al proyecto conjunto de construcción de conocimientos sobre aspectos sociales. A su vez, para ello el psicoanálisis continuará labrando el camino para advertir sus propios límites en ese proyecto.

El lector –sea un psicoanalista en formación, un terapeuta en transferencia con el psicoanálisis o un psicoanalista inserto en el trabajo institucional o en el consultorio privado– encontrará en esta compilación más de una oportunidad para establecer comunidad y confrontar su práctica con la experiencia y sagacidad que revelan los autores.

*María Fernanda López Olivares*

Consideraciones sobre el  
psicoanálisis en contextos  
hospitalarios



# El acto de querer escuchar

Daniel Aguirre Betancurt  
Ángela María Jiménez Urrego

*El suicidio posee una belleza horrenda que lleva a los hombres a condenarlo de forma tan terrible, y también una belleza contagiosa que da lugar a esas epidemias de suicidio de lo más reales en la experiencia*  
Jacques Lacan, Seminario 5: las formaciones del inconsciente.

## Introducción

El siguiente texto pretende exponer diferentes aspectos de la formación clínica, en especial las consideraciones tenidas en cuenta en el trabajo con pacientes por comportamiento suicida a través de un caso atendido en un hospital de alta complejidad de Santiago de Cali, como parte del servicio salud mental del mismo.

El desarrollo del caso y su discusión con algunos conceptos fundamentales del psicoanálisis de orientación lacaniana, buscan abordar aquellas enseñanzas que la escucha puede tener desde el tema de la transferencia, la construcción de las sesiones y la conclusión del trabajo con un paciente. Se establece como conclusión señalar la importancia que tiene el posicionamiento de la psicología en servicios de salud y la discusión interdisciplinaria que permite el psicoanálisis en la construcción de nuevas miradas respecto al sufrimiento en la contemporaneidad.

El posicionamiento de la psicología como una disciplina valiosa para los servicios de salud mental, se puede hallar en aquellos momentos donde la medicación, el aislamiento u otros métodos de contención no son suficientes y la demanda del paciente refleja un deseo por querer hablar sobre aquello que lo afecta.

La práctica clínica del psicólogo, en dispositivos de salud mental, viene adherida a distintos abordajes de carácter multidisciplinario, donde la medicación, los exámenes, diferentes terapias o ejercicios son parte de los recursos brindados para la atención del paciente. La escucha, como recurso aplicado ante cualquier

sintomatología del paciente, opera como aquella acción específica que dirige u orienta la dirección de la cura. El sufrimiento carece de un lugar o denominación específica, es un despojo de diferentes circunstancias que configuran algo sobre la realidad del paciente, que lo llevan a padecer, al poner en tensión su propia realidad psíquica.

La psicología en dispositivos asistenciales toma lugar en el trabajo de profesionales que comprenden el impacto de la atención clínica en la vida de otros y los alcances tanto en la generación de nuevo conocimiento como en el acervo de nuevas estrategias o intervenciones que pueden ser halladas en el área clínica. La salud mental para Foucault (2019) fue el lugar que permitió la emergencia de la psicología como una disciplina inscrita en la lectura de la cultura y sus diferentes manifestaciones, entre estas el sufrimiento, ya que solo desde aquella dimensión es posible la lectura de la significación humana del síntoma. Desde esta dimensión inconciliable, desbordada, es donde el clínico debe actuar y tejer las posibilidades de trabajo, donde paciente y psicólogo pueden encontrarse y construir una nueva palabra acerca de su padecimiento.

El trabajo con pacientes ingresados por intento de suicidio supone, quizás, algo más complejo: la importancia de escuchar algo de su sufrimiento, develar de alguna manera cómo se llegó a tal idea o acto, qué condiciones sobrepasaron al paciente, de qué manera su historia de vida implementó una forma particular de ser respecto a otros; todo ello permeado sobre aquellas cuestiones donde lo dicho, lo hecho o el *partenaire* –en tanto recursos palpables que todo sujeto puede tener presentes– no fueron suficientes en la contención de aquel síntoma. Con lo anterior, se presume que esto lleva al paciente a estar a merced de la angustia, con la consecuente exacerbación de síntomas anclados a la ideación suicida o el intento de suicidio.

Lacan en su enseñanza (Muñoz, 2016) desarrolla los conceptos de pasaje al acto y *acting out*, como una forma de comprender la dimensión del sufrimiento contenida en el comportamiento suicida y sus extensiones, siendo un fenómeno hallado en cualquier estructura clínica, señalando la particularidad de cada caso respecto a este acontecimiento encarnado en el cuerpo, que deja mucho por decir cuando no llega a su finalidad de acabar con la vida. El paciente que opta por excluir el Significante, a través del borramiento de la angustia por medio del corte, el envenenamiento, el ahorcamiento, etc., es aquel sujeto que en relación con el Otro se encuentra con una introducción intempestiva por un lado (*acting out*), y una exclusión impulsiva (pasaje al acto), por el otro (Muñoz, 2009a).

Para profundizar en el desarrollo de nuevas posibilidades en torno a la formación clínica y la importancia de la supervisión como el método de mayor enseñanza, así como resaltar aquellos aportes valiosos dados por Lacan (2007) sobre las *patologías del acto*, a continuación se presenta el caso de una paciente atendida durante la práctica profesional desarrollada en un servicio de salud mental de un hospital de alta complejidad de Santiago de Cali; como parte del abordaje se dará importancia a momentos específicos del tratamiento y, finalmente, lo que este caso puede enseñar a quienes tengan un acercamiento a la práctica clínica.

## Caso de M

M es una niña de doce años, la menor de tres hermanos, seguida de un hermano de catorce años y una hermana de diechioco años. Su madre se encuentra privada de la libertad hace dos años, y su padre fue asesinado bajo circunstancias desconocidas cuando ella tenía siete años. Según lo que M comenta, cuando ocurrieron los hechos se encontraba con él, —lo “descuartizaron”—, dice ella. Tiene como antecedentes seis intentos de suicidio por heridas autoinflingidas, comportamientos compulsivos, además de tender a lastimarse pegándose en el pecho, el cuello o las extremidades.

Por la situación de la madre, la patria potestad quedó en manos de la hermana mayor, quien la maltrata física y psicológicamente y no se percibe como un apoyo para la paciente; de su hermano, se sabe que consume sustancias psicoactivas (SPA) de manera frecuente. M se encontraba a cargo de una madre sustituta, la cual pierde la capacidad de protegerla debido a aparentes condiciones de vulnerabilidad que son tomadas como riesgo para la vida de la niña, por lo cual durante su estancia en el servicio se activa la ruta para que sea institucionalizada al momento del egreso.

Pude atenderla por siete sesiones mientras permanecía hospitalizada en el servicio, donde también era visitada por psiquiatría, medicina general, trabajo social y terapia ocupacional. Pasó diez días en el servicio antes de poder conocerla, era una paciente demandante, seductora por momentos; quien no presentaba mejoría más allá del cambio en los medicamentos o nuevas intervenciones; por lo cual se presenta el caso en una revista médica y se pide que psicología ofrezca una atención particular que permita una posible mejoría y así atenuar sus actos compulsivos, además de indagar más sobre su familia.

Se recomienda intervenir la paciente desde una mirada que permita abordar las circunstancias traumáticas de su vida. Se presenta la posibilidad de un trabajo desde la arcilla y otros materiales como un recurso de entrada para poder

escuchar tanto su voz, como su cuerpo y las invenciones que este acompaña. La funcionalidad de la arcilla venía sustentada por la posibilidad de responder desde otra perspectiva hacia la lectura interdisciplinar que ya se comentaba de sus diferentes padeceres, donde la voz no alcanzaba como recurso suficiente y otro material, otro objeto, podía ser el enlace necesario que hiciera ruptura la *matrix de goce* que cortaba toda relación con otro *partenaire*, para exponer así una demanda.

Lacan (1981) indica la importancia del cuerpo como material de análisis a través de lo simbólico, un llamado que expone el límite de la palabra, pero también la emergencia de nuevos contenidos que en este caso hacen lazo con la corporalidad del paciente y exponen un cuerpo que tiene también mucho que decir.

La escucha analítica opera en cada momento de las sesiones desde la transferencia (Leclaire, 2009a, 2009b), donde la lógica del Significante irrumpe y la captura de aquellas palabras representa un trabajo meticuloso que vislumbra la experiencia particular del caso, hasta aquellos esbozos o fronteras entre el discurso del paciente y la elaboración al momento de cada sesión. M era un reto.

Su palabra quedaba nublada en aquellos actos donde se lastimaba, además de repetir aquellas escenas traumáticas de su familia, que la colmaban de angustia y causaban mayor malestar, advenía en pequeños instantes un deseo de querer (re)construir aquello que estaba aparentemente roto, manipulando así la arcilla; primero, golpeándola contra el suelo, sin entender para qué servía, hasta seguir armando esferas, cuadros, palos y adherido a esto, armarse a sí misma; se arreglaba el cabello... sus conductas autolesivas y seductoras disminuían, comía mejor y, finalmente, se preocupaba por su presentación personal.

El desarrollo del caso se puede dividir en dos momentos: el primero relacionado con mi acercamiento hacia ella a través de una primera figura realizada con arcilla y el último que toma la segunda figura que realiza y su egreso.

A lo largo de las sesiones se hicieron visibles situaciones de su vida, con énfasis en el momento significativo que ocupó la muerte del padre, donde algo de ella muere también y su realidad psíquica queda fragmentada. Su ingreso al servicio vino marcado por la exacerbación de aquella condición de vulnerabilidad, a través del intento de suicidio y sus conductas impulsivas, donde el desamparo vivido por su hermana y la situación de consumo del hermano provocan en ella un sufrimiento intentando excluir al Otro de la operación simbólica (Lacan, 2007).

M queda a merced del campo del Otro, donde el goce encarnado por la repetición de aquella escena desgarradora, presente en sueños, recuerdos vívidos y

alucinaciones, supone para ella un lugar, donde su único arreglo (la herida, el corte, el ahorcamiento) son aquellas marcas que sitúan parte de la desviación tomada por el deseo a expensas del goce (Lacan, 2008). La marca encriptada (Cernadas, 2009), de aquellos actos remite al intento por querer señalar algo de su relación con la *metáfora paterna* que se encuentra inconsistente, de manera que M permanece indefensa, sometida al destino que el Otro pueda traer.

Hornstein (2011) comenta que “abordar los sufrimientos actuales implica considerar las dimensiones subjetivas de los procesos sociales” (p. 7). Cada caso trae consigo complejidades que reposan en el sufrimiento que despliega aquella realidad psíquica inconciliable para el individuo; sin embargo, el hecho o proceso social que acompaña al síntoma también viene adherido a recursos o maneras para brindar manejo y escucha a tales situaciones.

La contemporaneidad presenta fenómenos distintos a la clínica que probablemente llegó a realizar Freud en su consultorio y sobre estas circunstancias aparece, por ejemplo, temas en relación con el comportamiento suicida, como fenómenos sociales que exponen una incompletud de la subjetividad humana para poder sortear las vicisitudes de su propia existencia (Álvarez Martínez, 2015). Ahora,

Para Lacan, en su recuperación de Freud, no separar lo psíquico y social es optar por la modernidad y el combate de las Luces, o sea, decidir, por medio del psicoanálisis, que no triunfe otro sujeto que el sujeto de la ciencia, *en la medida misma* en que el discurso científico y sus efectos sociales lo suturan y borran. Por lo tanto, si lo colectivo no se inscribe en ninguna parte si no es en lo individual, *a cambio* no hay enunciado colectivo del sujeto de la enunciación: este habla yo [je] o no habla en lo absoluto. (Álvarez Martínez, 2015, p. 71)

## El muñeco se llama M

M, sin hablar, decía mucho; su cuerpo sostenía aquel semblante encarnado por la repetición del goce pulsional que no permitía en ella un discurso. Todo desde una voz plana y un puño con el que se golpeaba su pecho. Me menciona: —*He dormido bien, aunque por las noches lloro, me quiero morir, saldré de acá y me mataré*—. Luego refiere: —*no sé qué hacer, me preocupa qué hacer con mi vida, por eso quiero morirme, no sé nada, solo duermo y me golpeo*—.

Aparentemente, no había tenido posibilidades de hablar mucho ya que se buscaba intempestivamente que detuviera sus golpes, dándole órdenes o siendo inmovilizada. No obstante, en un espacio tranquilo y dejando el ritmo de la

discusión a su decisión, comienza a parar sus golpes y puede hablar. Sonríe cuando le propongo que hagamos un muñeco y dejo que elija los materiales y cómo llamarlo: —*mi muñeco se llamará Muerte, un muñeco es para abrazar... y será rojo*—. Finaliza diciendo que no sabe qué hacer con su vida y que quiere morir. Le propongo que nos veamos más veces y trabajemos sobre su muñeco, a lo cual accede.

M había sido hablada por otros hasta ese momento, su cuadro clínico, el cambio de medicamentos y el proceso durante su hospitalización ya era conocido; acotando su palabra y evitando más heridas a través de la sedación fue el recurso inicial que se propuso para su hospitalización, con el acercamiento de otros materiales que hablaran por ella, que expusieran el estado de su sufrimiento y, finalmente, dieran un espacio para su voz; la interpretación comenzaba a surgir y el acto analítico tomaba partida como un lugar distinto donde ella pudiera escucharse y quizás, poder sanar algo de sí.

Para la siguiente sesión habló un poco más.

Comienza diciendo: —*me siento bien, aunque no sé qué hacer, estoy pensativa. He tenido pesadillas, que me quieren matar, que no haga caso, que me suicide, yo me intenté suicidar hace siete meses, la primera vez porque tenía muchas peleas con mi hermana, supe que mi mamá estaba presa y mi papá muerto. Desde eso escucho voces, no sé qué hacer*—.

Ya no se golpea mientras habla, pero sí baja un poco más la mirada. Se nota insegura por saber si podrá hacer el muñeco; dice que se ahorca o se golpea para no escuchar las voces. Con la promesa de realizar el muñeco juntos se va tranquila, sonriente y calmada.

Llegó el momento de hacer el muñeco, ella se encuentra lastimada en sus brazos y somnolienta, ya que fue inmovilizada porque se autoinfligió heridas en sus brazos. Dice que lloró por esta razón y por los sueños que tiene donde la matan o matan a su padre. En el piso comienza el trabajo del muñeco, empieza tímida, cogiendo arcilla y plastilina, así como botones, papel, unas plumas y diferentes materiales que llevo para que haga lo que desee.

El muñeco tiene una cabeza grande, largos brazos, un torso delgado con huecos o partes desgarradas que ella tapa con botones y unas piernas largas. Lo coge con cuidado hasta que me pregunta —*puede dañarlo*—, pasando a estrujarlo y tirarlo contra el piso, clavando, finalmente, una pluma roja y una flor en origami que también había llevado.

Figura 1



Nota. Adaptado del historial clínico, por Aguirre, 2020.

Menciona que —*al muñeco lo hacen débil los sentimientos, porque piensa mucho y no sabe qué hacer. Yo no sé cómo hacer, no quiero pensar más en eso, me quiero ir y no tener más las voces. Los sentimientos me ponen débil. Quiero mejorarme más rápido para no pensar más en eso, no quiero tener las voces, porque por eso pienso en morirme para buscar la paz*—. Finaliza llamando al muñeco por su propio nombre y me dice que lo cuide y que la próxima vez que nos veamos lo traiga.

Una nueva dimensión de su vida emerge a través de su propio relato y la posición de desamparo, así como la angustia parece transformarse al haber *matado* algo de ella por medio del muñeco. Se deposita lo que parece ser una escansión al goce mortífero, lo cual trae consigo una nueva relación con el Significante respecto al campo del Otro (Leclaire, 2009a, 2009b). Un deseo por hacer algo con su vida yace y la restitución de su realidad psíquica toma lugar a través de la escucha que se le brinda. El acto analítico está presente desde la elaboración particular que personifica sobre ella sentirse escuchada y acogida de otro modo, entregando parte de su sufrimiento en la confianza que ofrece esperando que yo cuide de ella (Lacan, 2012). Un saber-hacer ajeno de la técnica específica, simplemente marcado por el deseo de querer escuchar y lanzarse con ella a trabajar e intentar comprender desde otro modo aquellas circunstancias que han forjado momentos de su vida.

## Los sueños se hacen realidad

El trabajo continua por tres sesiones más, donde aquello develado sobre su vida empieza a forjarse más y comienza a tener mayor evolución. La veo nuevamente y le regalo una pelota de espuma para que pueda apretar cuando se sienta mo-

lesta o triste. Me dice: —*consumía pegante hace siete meses cuando vivía con mi hermana. Mi papá se murió cuando tenía seis años, me contaron a esa edad. Hace tiempo, como siete meses, me entregué a otras personas para que me cuidaran, estaba aburrida por como vivía. Mi hermana no me quería, no se preocupaba por mí y me pegaba. Siento ingratitud conmigo misma, soy un fracaso. Me siento triste, me quiero matar, las voces me dicen que me muera, que no les haga caso a los médicos. Me dan rabia las voces, no se qué hacer, quiero morir y no aguanto más*—. Se torna triste mientras habla, recostada contra el piso, agotada por todo lo ocurrido en su vida. Continúa hablando y le digo si desea hacer otro muñeco, a lo cual accede y se va con la pelota esperando vernos al otro día.

Llega el momento del segundo muñeco, sin llevar a su primera creación empezamos a trabajar en el piso. Comienza diciendo: —*estoy mal, aunque me siento mejor. Hablé con el psiquiatra, me dijo que me iría pronto. Ya no quiero sufrir más, me siento mejor, no quiero morir. Tuve un sueño de que salía de acá y me mataban con tres tiros y tengo miedo que eso pase porque los sueños se hacen realidad*—. Se nota angustiada, pero más contenida. Le respondo que ella podrá decidir qué será realidad en su vida, a lo que responde: —*no quiero que todo eso de mi hermana me atormente más, estoy pensando en mejorar mi vida, quiero ser cirujana plástica, dormir mejor y cuidarme más*—. Ya considera cuidarse más y poder tener una mejor vida, algo ya ha cambiado.

Esta vez hace el muñeco con una cabeza más pequeña, los brazos y piernas cortos, le hace una sonrisa y huecos para sus ojos, y su cuerpo es mas esbelto, decorado por dos botones en su torso.

Figura 2



Nota. Adaptado del historial clínico, por Aguirre, 2020.

Le pregunto por el muñeco y me dice: —*el muñeco que hice es E, mi hermano. Tiene catorce años y vive con mi hermana, a él lo amo y doy todo por él. No quiero ver más a ese muñeco, ya he sufrido mucho por eso, espero que todo cambie, vivir más tranquila y tener mejores cosas*—. Me pide que me lo lleve también, que cuide de él así como cuidé del otro, de ella. Un despojo de su pasado queda marcado en la segunda persona que ha realizado, alguien que necesita de su cuidado y por quien debe preocuparse ahora que ya puede estar mejor.

Las voces paran, los golpes también y se retira tranquila a su habitación. Deja de lastimarse y al día siguiente le dan salida, pero antes de irse pide llevarse a E, a quien podrá cuidar ahora. Lo guarda en una bolsa de tela roja y se retira con él.

Dentro del acto reposa la certeza de que esta operación (pasaje al acto o *acting out*) es la única solución posible ante la caída de aquel vector que señala el encuentro de lo Real enmarcado en la angustia. Para Lacan (2007) es una cuestión de objeto, de *objeto a*, esta parte indescriptible, que indica la falta y su operación en la estructura psíquica; no obstante, dicha operación despierta cuestiones donde el síntoma no es suficiente y puede haber casos de personas en que el desprendimiento de la pregunta sobre aquel objeto, trae consigo un desprendimiento de la pulsión a través de la operación mortífera que conduce a la caída de la barra Significante ante la incompletud del Otro como auxiliar de la operación para el sujeto.

El acto analítico en pacientes con intento de suicidio no es más que una manifestación de acogida (quizás de amor) sobre aquello que los atormenta, que los moviliza. No se trata de nada más, sino de otorgar un nuevo sentido a través de la palabra sobre aquellas decisiones que tomaron y causaron aquel desvalimiento en sus vidas.

La intervención a través de la arcilla y los distintos elementos que se fueron presentando en las sesiones, fueron un recurso que posibilitó un desenlace donde la escucha trajo para la paciente, el descubrimiento de las invenciones necesarias para acotar aquella marca de goce y pasar de la angustia hacia una significación distinta de sus recuerdos, su cuerpo y su sintomatología.

Freud (1992) indica que “el inicial desvalimiento del ser humano es la fuente primordial de todos los motivos morales” (p. 363), aquel comentario sirve como retorno para el caso de M sobre aquella inconsistencia presente de la metáfora paterna que pudo encontrar un reverso, un anudamiento a partir del acto analítico que consolidó en ella su deseo por “ser cirujana plástica, dormir mejor y cuidarme más”, hasta cuidar de su propio hermano y posibilitar nuevas salidas que dieran inscripción a su deseo. Muñoz (2009b) menciona que

Sin embargo, que el sujeto caiga como desecho sustrayéndole al Otro el objeto que es el de su demanda, en nuestra opinión instaura la posibilidad de leer en el pasaje al acto una demanda más radical, una demanda de amor fundamental, de reconocimiento simbólico sobre la base de la desesperación padecida por aquel que lo único que vive de sí mismo es su ser de desecho (des-hecho) inmundado. En ese sentido, la maniobra del analista [...] apuntará a que algo de esa dimensión se reinstale para que lo irrecuperable e irreversible del pasaje al acto se recupere y se revierta. (p. 200)

Mi supuso un desafío en la transferencia, un descubrimiento propio respecto a la infancia y el posicionamiento de toda una pasión como lo es escuchar. Me tuvo otro lugar, y despertó grandes intereses por continuar en esto que llamamos escucha analítica, haciendo especial énfasis en niños o adolescentes. El desarrollo presentado es un esbozo de las apreciaciones obtenidas en relación con la práctica clínica, su impacto particular desde el saber-hacer que refleja un caso y los aprendizajes que puede dejar cada uno de los pacientes que pueden ser atendidos, todo desde una posición que guarda relación con la ética del psicoanálisis, donde surge cierta disposición por querer dejarse llevar por un lugar de no-saber, comprendiendo después (justamente en el tiempo de construcción del caso), la importancia que un instante de escucha puede tener en el sujeto.

La introducción de la escucha analítica en dispositivos intrahospitalarios, en relación con el saber-hacer y la acción específica que se puede leer en la interpretación, son elementos fundamentales que permiten comprender hasta qué punto un ejercicio de trabajo interdisciplinar –donde se puedan comprender los lugares de cada profesional y cómo estos inciden dentro del tratamiento de cada paciente hasta, finalmente, la condición clínica de cada sujeto y los efectos del internamiento dentro de su sintomatología– son parte de los hechos a los cuales se enfrenta todo sujeto que pretende hacer clínica en dichos espacios.

Escuchar cada parte, comprender sus posiciones, entender hasta qué punto es posible construir un trabajo particular con cada sujeto y concluir con la emergencia de la voz del paciente, como un ejercicio de significación sobre su propio padecer, tiene el valor necesario para hacer evidentes las tensiones, dificultades y alcances que el psicoanálisis puede hallar en estos dispositivos.

Afirmar que solamente por medio del psicoanálisis pueden surgir dichas elaboraciones es un acto pretencioso que no aporta en nada al paciente ni a la institución. No obstante, recordar los tres tiempos lógicos para Lacan (2009)

---

del análisis es una demostración del preciso impacto que puede tener, al menos para un nuevo sentido dentro de la relación médico-paciente, el acto analítico:

Un instante de la mirada, donde queda la posición del clínico, el discurso médico y los padecimientos del paciente expuestos en la revista médica. Instante preciso para reconocer qué de nuevo puede surgir a través del acto.

Un tiempo de comprender, donde la intervención con el paciente hace denotar que no se trataba de un cambio en su medicación ni inmovilizarlo nuevamente, sino construir un lazo a través del discurso propio del sujeto e ir develando así su sufrimiento, encarnado a través del vector de goce que acrecentaba su angustia; finalmente, un tiempo de concluir, donde quedan depositadas todas estas reflexiones *après coup* del acto de querer escuchar a M y poder otorgar así una nueva palabra sobre ella.



## Psicoanálisis y hospital: tratamientos posibles<sup>1</sup>

Mónica Patricia Larrahondo Arana

Hacer existir el psicoanálisis en mi práctica laboral ha sido mi orientación política desde que llegué a Cali, después de ocho años de haber vivido en Buenos Aires, ciudad donde el clima psicoanalítico se respiraba por doquier. Bastaba con salir a la calle y ver en un puesto de revistas cómo se vendía una versión de *Interpretación de los sueños*; caminar por las vías de Palermo y toparme con la farmacia Villa Freud; ni qué decir del café que se encontraba cruzando la calle de una de las sedes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires que se llamaba Tótem y Tabú, e incluso que el conocido Nescafé, que también tenemos en Colombia, tenga por afiche a Freud tomando Nescafreud.

Era evidente que vivía en una ciudad donde el psicoanálisis pareciera existir por sí mismo; sin embargo, si el psicoanálisis existe de esa manera en Buenos Aires es porque hay psicoanalistas que lo hacen existir.

Belaga (2015), en su libro *La práctica del psicoanálisis en el hospital*, plantea que hacer existir el psicoanálisis es suponer, primero, que su existencia no está asegurada de antemano, y segundo, que “hacer existir el psicoanálisis implica partir de que el lugar y el lazo analítico depende del lazo del psicoanalista con el psicoanálisis” (p. 13).

Para hacer existir el psicoanálisis en diferentes contextos, y más específicamente en las instituciones de salud mental, es preciso que haya alguien, de carne y hueso, que esté en transferencia con el discurso analítico. Tal es el punto que Miller (2014) destaca de Rosine Lefort el tratamiento de Roberto, un niño de

---

1. La mayor parte de este trabajo fue presentado en una conferencia pública, dictada el 26 de octubre de 2018, en el marco de la Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, de la Universidad de San Buenaventura Cali.

tres años que al llegar a la institución de los Lefort era catalogado por el equipo interdisciplinario como un “niño poseído”, un “diablito”, pero en el transcurso del tratamiento Roberto se transformó en un “niño adorable”.

Miller (2014) explica que esta transformación se puede describir de diferentes maneras, “podemos decir que a la entrada del tratamiento tenemos un goce puro, no marcado por el Significante, y que al final tenemos cierta castración de este goce del principio” (p. 17). Es esta transformación del goce lo que sorprende del caso, frente a lo cual uno no hace más que preguntarse *¿qué sucedió?, ¿cómo este niño ha pasado de ser un “niño poseído”, a ser un “niño adorable”?*

Las respuestas a estas preguntas conducen a la presencia de una analista-analizante, “cuya extrema atención al más mínimo detalle da a pensar que está sostenida por una transferencia, no simplemente una transferencia con el paciente, sino una transferencia con el analista [...] transferencia con el psicoanálisis” (Miller, 2014, p. 18). En el tratamiento de Roberto se trató de la presencia y la orientación que hizo una mujer, quien en vez de situarse en el lugar del saber especialista, tuvo la prudencia y docilidad suficiente para entrar en el mundo imaginario del niño. Ahora bien, esta docilidad no significó que todo estuviera permitido sino, más bien, consistió en una intervención orientada desde su “no acción”.

Lacan (2005a), en Dirección de la cura, señala que el no hacer del analista es bastante activo, en tanto posibilita que la subjetividad del paciente sea manifestada, absteniéndose él mismo de intervenir a partir de su propia subjetividad, desde su propio ser. Solo así el analista puede ser dócil al lenguaje del paciente, dejarse enseñar por lo que él mismo tiene para decir; incluso, cuando este no hable. El tratamiento de Roberto ilustra que el analista es aquel que desde su abstención y docilidad trabaja poniendo a actuar la subjetividad del paciente en su singularidad. Esta es la orientación política para todo aquel que, orientado por el psicoanálisis lacaniano, considere que es preciso que el psicoanálisis exista.

A partir de los párrafos anteriores, se concluye que la existencia de alguien en transferencia con el psicoanálisis es el paso previo al vínculo posible entre el psicoanálisis y el hospital, que es en sí mismo toda una línea de investigación, en tanto supone el debate de si es posible o no hacer psicoanálisis en el hospital. En este punto, conviene señalar que hacer psicoanálisis en el hospital no equivale a aplicar los principios psicoanalíticos a la práctica hospitalaria. Lo primero estaría del lado del psicoanálisis puro, mientras que lo segundo estaría del lado del psicoanálisis aplicado. El presente trabajo parte de la anterior distinción para después introducir algunas reflexiones en torno a la aplicación

del psicoanálisis a la práctica hospitalaria, y finalizar con tres viñetas clínicas de tratamientos efectuados por estudiantes de psicología de la Universidad de San Buenaventura Cali, que fueron supervisados académicamente desde una orientación psicoanalítica lacaniana. Anticipo que el saldo de saber de estas supervisiones han contribuido en mi reflexión clínica particular, en la que no cesa de no escribirse los alcances y los límites del psicoanálisis aplicado en el hospital.

## Psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado

La concepción de psicoanálisis aplicado no ha dejado de producir debate en la comunidad psicoanalítica, ya que algunos analistas coinciden en la pertinencia de aplicar los conceptos psicoanalíticos a otros campos del saber, pero otros analistas prefieren mantenerse en una extraterritorialidad. Rubistein (2003), en un artículo titulado *Los modos de aplicación del psicoanálisis*, explica que “el término psicoanálisis aplicado fue empleado por Freud para referirse a la extensión de los hallazgos del psicoanálisis a otros campos del saber, y a sus conexiones con ellos” (p. 1). Freud era adepto al psicoanálisis aplicado, pretendía hacer de él una disciplina autónoma y un método de investigación “cuyos alcances fueran más allá de la eficacia terapéutica” (Rubistein, 2003, p. 1). Lacan, por su parte, no era tan adepto al psicoanálisis aplicado y cuestionó el término ante el extravío que este sufrió entre los postfreudianos, calificándolo de “desviación cómica [...] que permitió todo tipo de abusos, en especial respecto de las bellas artes” (Lacan, 2008, p. 60).

A diferencia de los postfreudianos, Lacan se negó a considerar el texto, la obra de arte y la literatura como psicoanálisis aplicado; manifestó, con cierta ironía, que “el psicoanálisis solo se aplica, en sentido propio, como tratamiento y, por lo tanto, a un sujeto que habla y oye” (Lacan, 2005b, p. 727). A su criterio, el psicoanálisis aplicado es “la cura que se espera de un psicoanalista” (Lacan, 2005c, p. 317), expresión que utiliza para diferenciar el psicoanálisis de otro tipo de psicoterapias. Años después, al fundar su escuela en 1964, Lacan retoma nuevamente el término de psicoanálisis aplicado pero esta vez oponiéndolo al psicoanálisis puro. Para Lacan (2012), el psicoanálisis puro se ocupa de “la praxis y doctrina del psicoanálisis propiamente dicho” (p. 248), siendo su eje la formación del analista y el final de análisis. Conviene precisar que no siempre que se instala el dispositivo analítico y se ejerce un psicoanálisis puro, el proceso llega hasta su final; pero esto no quiere decir que no se realice un psicoanálisis.

Barros (2009), en su libro *Psicoanálisis en el hospital*, entiende el psicoanálisis puro como “una experiencia que, en principio, no tiene fines terapéuticos; pero la lógica de esa experiencia puede ser de hecho aplicada terapéuticamente,

aunque su mira en el plano del derecho sea independiente de esos fines” (p. 19). El psicoanálisis puro es ante todo una experiencia que consiste en el encuentro entre un sujeto que sufre y un analista, de la cual se desprende un saber hacer con el goce que lo habita y que carece de sentido. Desde la orientación lacaniana, resulta fundamental saber que no todo puede ser dicho ni representado, que hay algo en la subjetividad humana que pertenece al registro que Lacan nombró como real. Conocer este punto le permite al practicante de psicoanálisis pasar de lo anecdótico, de la palabra vacía, a lo real del síntoma, que no es más que ese goce que se reitera, que vuelve siempre al mismo lugar pero que al mismo tiempo supone un modo singular de responder a lo real (Miller, 2011).

El psicoanálisis aplicado, a diferencia del puro, se ocupa esencialmente de la “terapéutica y de la clínica médica” (2012, 1964, p. 249), e incluye en su composición grupos médicos y personal de salud. Para Lacan, el psicoanálisis aplicado tiene valor de estudio y espera la puesta a prueba de los conceptos psicoanalíticos en distintas condiciones y contextos, sin que esto quiera decir que se trate de dos prácticas distintas. A nivel de la práctica, entre el psicoanálisis puro y el psicoanálisis aplicado no habría mayor diferencia ya que se trata del encuentro entre un sujeto con un analista. La diferencia estaría en lo que se desprende de las experiencias; mientras en el psicoanálisis puro se desprende la formación de un analista, en el segundo se desprende una rectificación subjetiva y su respectivo alivio sintomático.

Para Lacan, la cuestión esencial es que el psicoanálisis aplicado “siga siendo psicoanálisis, que sea un asunto de psicoanálisis, que sea el psicoanálisis como tal en tanto que aplicado” (Miller, 2001, p. 9). Por consiguiente, el psicoanálisis puede aplicarse en diferentes contextos, siempre y cuando hayan sujetos practicantes “que se encuentren en condiciones de contribuir a la experiencia psicoanalítica” (Lacan, 2012, p. 249), haciendo lugar al principio fundamental de la singularidad subjetiva. En este sentido, es posible pensar en instituciones donde puede o no haber discurso analítico *a priori*; pero si hay un practicante que esté en transferencia con el discurso psicoanalítico, la intervención será sin duda diferente a otras psicoterapias.

## **Psicoanálisis aplicado a la práctica hospitalaria**

El psicoanálisis es el resultado de una práctica, por consiguiente la aplicación del psicoanálisis a la práctica hospitalaria no solo es factible sino que también es afín al mismo planteamiento de Freud, quien entiende el psicoanálisis como un método de investigación que surge de la experiencia clínica que él mismo tuvo en el hospital. Es por esta razón que Miller (2001), Laurent (2000),

Barros (2009), Belaga (2015), entre otros psicoanalistas orientados por Freud y Lacan, consideran que la aplicación del psicoanálisis a la práctica hospitalaria no solo es posible, sino que también tiene sus efectos en la vida del paciente, al mismo tiempo que contribuye a la formación del clínico.

Barros (2009) considera que la presencia de un practicante, orientado por el psicoanálisis en el hospital, debería ser defendido,

En primer lugar, porque es un avatar fundamental de la presencia del discurso analítico en la sociedad. En segundo lugar, porque preserva el lazo del psicoanálisis con la tradición clínica de la que Freud nunca quiso desligar al movimiento psicoanalítico. (pp. 21-22)

Y en tercer lugar, porque la práctica hospitalaria resulta valiosa no solo por su casuística, sino porque en ella se puede medir el pulso de una época. Por consiguiente, es importante sostener un diálogo con las instituciones y, en nuestro caso en particular, con las instituciones de salud; a fin de cuentas, Freud siempre se preocupó porque el movimiento psicoanalítico “no perdiese el vínculo con una tradición clínica de la cual podemos decir que ha sido su principal heredero” (Barros, 2009, p. 24).

No obstante, el *american way of life* impone tratamientos eficaces de corta duración, para lo cual el discurso médico basado en la evidencia, así como la oferta farmacológica de la vida cotidiana se ajustan a lo propuesto. Es por esta razón que algunos psicoanalistas prefieren, como se mencionó anteriormente, asumir una posición extraterritorial respecto de las instituciones hospitalarias y de salud mental, restringiendo el psicoanálisis al consultorio particular. Sin embargo, esta no fue la posición de Freud ni de Lacan.

En *Nuevos caminos a la terapia psicoanalítica*, Freud (1992) no solo afirma la importancia de la existencia del psicoanálisis en el hospital, sino que también lo considera necesario, en tanto vislumbra la emergencia exponencial de los casos de salud mental en los hospitales públicos. A su criterio, “las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por lo tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo” (p. 162). Freud sueña, entonces, con la creación de hospitales en los que trabajen profesionales de formación psicoanalítica, quienes tendrían la tarea de adecuar la técnica psicoanalítica tradicional al contexto sanitario. Dice Freud (1992) “es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa” (p. 163). En esta cita, el autor anticipa que la aplicación del psicoanálisis en el hospital no es equivalente

al psicoanálisis puro del diván, sino que la misma supone una aleación entre el psicoanálisis puro y la psicoterapia, dos disciplinas opuestas en su naturaleza. Mientras la psicoterapia apunta a la proliferación de sentido y la funcionalidad del paciente en la vida cotidiana, el psicoanálisis puro apunta al aislamiento de los significantes que determinan la vida de un sujeto y que han marcado un estilo de goce; de allí que la dirección de un tratamiento psicoanalítico conduzca a un saber hacer con su manera de gozar, en lugar de adaptarse a los ideales del Otro social.

Ahora bien, esta aleación entre el oro puro del psicoanálisis y el cobre de la psicoterapia, no es más que la invención particular de un sujeto practicante que, orientado por los principios psicoanalíticos, puede introducir en su quehacer institucional la singularidad subjetiva, recordando que los ideales universales de eficacia, rentabilidad y optimización “no resolverá nunca las cuestiones, que el goce [de cada uno] en su particularidad más abominable está como protesta contra el ideal” (Laurent, 2003, p. 202). En pocas palabras, y como bien lo formula Belaga (2015), el objetivo de un clínico orientado por el psicoanálisis “es instaurar en la institución una particularidad contra el ideal” (p. 40). Es decir, el sujeto practicante, y no la institución, debe dar lugar al inconsciente, y ello “no solo se alcanza respetando los derechos de las personas, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto” (Laurent, 2000, pp. 86-87). Dejarlo hablar significa no someterlo exclusivamente a los protocolos institucionales.

La posición subjetiva de aquel que atiende en el hospital, que aloja la demanda de ayuda, no debe reducirse a la mecánica del encuadre y la aplicación de un protocolo, sino que debe introducir cualquier espacio donde el paciente pueda desplegar libremente su malestar. Por consiguiente, “es menester [de un practicante del psicoanálisis] darle su lugar a la palabra del sujeto, ya sea a través de la entrevista clínica, el diálogo constante con el enfermero o el educador, o, inclusive, el pequeño grupo” (Laurent, 2000, pp. 86-87). En ese contexto, es conveniente que quien está en el rol de escuchar, considere la posibilidad de que el paciente no hable enseguida, por lo que Laurent (2000), recomienda construir con paciencia la cadena del inconsciente.

Por lo tanto, más que instituciones particulares, se necesita en el campo institucional de la salud mental personas particulares que en transferencia con el psicoanálisis puedan incluir, en los tratamientos que ofertan, la particularidad del inconsciente y lo singular del síntoma. Para ello, es necesario que el practicante del psicoanálisis, además de estar en transferencia con el discurso analítico, se distancie del lugar de amo para asumir una posición que le permita escuchar lo que el paciente tiene para decir y dejarse enseñar por ello.

## Tratamientos posibles

Tratamientos posibles es el Significante que se dispone a trabajar en lo que podría considerarse un contexto imposible: el hospital; y para ser más específicos, hospitales donde se oferten servicios de salud mental. En dichas instituciones convendría adoptar cierta prudencia, “no intentar demasiado saber qué son, admitir su existencia como un hecho, o tener [...] la desconfianza del sabio” (Laurent, 2000, p. 79), que no es más que la desconfianza de las identificaciones y procesos de idealización promovido, generalmente, a partir del ideal científico de la estandarización y los protocolos de atención.

Para dar cuenta de los tratamientos posibles en salud mental, se introducen tres viñetas clínicas en las que he tenido la oportunidad de supervisar a partir de una orientación psicoanalítica. Se entiende por supervisión el dispositivo clínico privilegiado “donde el clínico, con sus apuntes y observaciones, piensa la singularidad del caso a la luz de la psicopatología psicoanalítica” (Larrañondo, 2020, p. 34).

Lacan (1974), en la clase del 10 de diciembre de 1974 de su seminario inédito RSI, plantea que “es indispensable que el analista sea al menos dos. El analista para tener efecto y el analista que, a esos efectos, los teoriza” (p. 7), lo que supone una distinción entre la experiencia práctica y el ejercicio clínico. Schejtman (2013) retoma esta diferencia a partir del juego piedra, papel y tijera, planteando que el practicante asiste primero a sus clases teóricas donde adquiere “esa tijera conceptual sin la cual es imposible realizar ningún ‘recorte’ clínico” (p. 25). Luego, esta tijera conceptual es puesta a prueba en la experiencia práctica, verdadera piedra en el camino que agujerea el saber preestablecido. El estudiante suele no salir ileso de esta experiencia, pues en ella siempre se presentifica una fuga de sentido, un imposible de calcular; de allí la necesidad de ir al papel, a la formalización escrita de esta experiencia, “para lo cual es requisito indispensable la presencia de otros, que van desde el supervisor hasta el comentador del caso en un ateneo clínico, e incluso el público mismo” (Larrañondo, 2020, pp. 34-35).

Considerando lo anterior, se presenta la primera viñeta clínica: se trata de una paciente hospitalizada en una institución de salud mental y cuyo tratamiento fue dirigido por una practicante de psicología que, al igual que Rosine Lefort, se encuentra en transferencia con su analista y el discurso psicoanalítico, aspecto que facilitó su disposición al espacio de supervisión. La paciente es una mujer que enuncia tener una —*misión ciudadana* que consiste en *limpiar las calles de la ciudad y recoger los materiales reciclables*—, teniendo por objeto preciado la

basura. Una de sus hijas decide hospitalizarla porque *—se va todo el día para la calle—*, y acusa en su discurso la presencia de un Otro malo perseguidor que la quiere robar; tiene además la certeza de que cuando habla *—todos la escuchan—*, y esto sucede porque *—tengo una tecnología implantada en el cuerpo por donde me comunico con los demás—*. Se trata de una mujer diagnosticada con esquizoparanoia, cuyo delirio persecutorio la pone a distancia del Otro social.

La principal pregunta clínica que se desprendió al inicio del tratamiento fue: *¿cómo ayudar a la paciente a tomar distancia frente a ese Otro que la invade, sin que la presencia de la practicante le resulte también persecutoria?* Al respecto, la practicante informó en supervisión que al inicio del tratamiento la paciente deambulaba de un lado a otro con la mirada al suelo y el ceño fruncido. El primer acercamiento fue de observación y ante el mínimo encuentro con la paciente, esta manifestaba sentir angustia por la suciedad y los policías. Así transcurrieron las primeras sesiones. En el espacio de supervisión se orientó a no forzar la entrevista clínica y respetar la decisión de la paciente de estar un poco aislada, lo que no significó retroceder frente a la posibilidad de un tratamiento; de manera progresiva, la paciente misma comenzó a sentarse junto a la terapeuta, enunciando frases que resultaban incoherentes; narró su delirio persecutorio y la presencia de alucinaciones auditivas que le gritaban *—suélteme—*. La paciente relacionaba las alucinaciones auditivas con el delirio, manifestando que *—esas voces es por la tecnología que le han implantado en el cuerpo—*.

Paralelo a los encuentros mencionados, la practicante dio inicio a su proyecto de práctica enfocado en la realización de talleres psicoterapéuticos grupales, que consistían en la creación de diferentes manualidades artísticas a partir de materiales reciclables, lo que llamó la atención de la paciente y quien tras la primera sesión del taller le dice: *—usted es la que me puede ayudar—*, y acto seguido le expresa que ella guardaba materiales reciclables en su cuarto. Durante el tiempo de hospitalización, la paciente recogía la basura que encontraba, la lavaba y la guardaba sin que nadie se percatara de ello; pidió, entonces, a la practicante que le ayudara a realizar otras manualidades con la basura que había recogido; la practicante respondió a su demanda, teniendo por efecto terapéutico la instauración de una transferencia, donde la practicante ocupó el lugar del secretario del alienado.

El tratamiento marchaba favorablemente hasta que el equipo asistencial encontró la basura guardada y le solicitó a la paciente la entrega por cuestiones de seguridad. La paciente se negó hacerlo y en su lugar le pidió a la practicante que se lo guardara, que tuviera en custodia esta basura porque era su mayor tesoro. Una vez instalado el lazo transferencial, la paciente le habló sobre su

misión ciudadana de limpiar la ciudad, al mismo tiempo que manifestaba su alivio sintomático: —*al hacer estas manualidades me tranquilizo, por ejemplo, aquí donde estoy no pongo cuidado si alguien me está vigilando o no*—. El lazo transfe-rencial y el tratamiento que se desprendió de ello, tuvo por efecto terapéutico el desvanecimiento de la presencia de un Otro persecutorio.

El día que la paciente obtuvo la salida del hospital, la practicante le regresó la basura que le había dado a guardar; pero la paciente optó por ceder su objeto preciado diciéndole: —*tómelo como un regalo, seguramente usted le dará un buen uso, no se preocupe yo puedo conseguir más*—.

En el ateneo clínico, realizado en un tiempo posterior a este tratamiento, se pudo identificar diferentes momentos de ese objeto preciado que, con Lacan, podemos llamar *objeto a*, y que en un inicio se encontraba retenido. Lacan (1967, como se citó en Esperanza, 2018), en su texto inédito *Breve discurso a los psiquiatras*, plantea que “el loco tiene el *objeto a* en el bolsillo” (p. 4), característica que habla de la estructura psicótica y que llama la atención en este caso particular, en tanto nos enseña cómo a partir del encuentro transferencial con una practicante del psicoanálisis, el *objeto a* retenido se pone primero bajo custodia de un Otro, para después ser transformado con Otro y, finalmente, cedido. Vemos, entonces, que un tratamiento orientado psicoanalíticamente no solo puede tener por efecto un alivio sintomático sino que también incluye una nueva manera de relacionarse con el *objeto a* y con el Otro. Las actividades grupales propuestas por esta practicante representaban una forma de distracción, además de la posibilidad misma de alojar el síntoma y rectificar la relación de cada paciente con el Otro social.

Continuando con los talleres psicoterapéuticos grupales, introduzco las dos viñetas clínicas restantes donde los tratamientos fueron orientados por una practicante de psicología de la Universidad de San Buenaventura Cali; quien además de estar en transferencia con el discurso psicoanalítico, también tenía su libido orientado hacia lo artístico, haciendo de la intervención grupal una verdadera artesanía.

Con esta practicante se pudo realizar un trabajo de grado<sup>2</sup> que tuvo continuidad con su proyecto de práctica, siendo ambos realizados en un servicio de salud mental de la ciudad; el cual tenía como particularidad la existencia de un grupo psicoterapéutico polisintomático, cuyo objetivo era propiciar en cada paciente

---

2. Trabajo de grado para optar al título de Psicología realizado por Laura Meneses y asesorado por Mónica Larrahondo.

un espacio de historización y resignificación de la enfermedad mental a través de herramientas artísticas, al mismo tiempo que pretendía restablecer el lazo social, evitando duplicar el aislamiento implícito en los pacientes psiquiátricos.

Para la realización de la tesis, la estudiante asistió primero en calidad de observadora al grupo psicoterapéutico, con el fin de proponer después una intervención grupal a partir de su pasión artística: el baile; en las asesorías se indicaba que el propósito no era producir una obra de arte, sino localizar a través de la herramienta artística lo más singular de cada sujeto.

El objetivo general de la tesis consistió en identificar los efectos psicoterapéuticos que puede tener una experiencia dancística sobre la imagen corporal de pacientes con enfermedad mental, teniendo presente lo que Lacan conceptualiza como cuerpo imaginario en el *Estadio del espejo* (Meneses, 2017). Para ello se propuso la realización de tres encuentros, donde en cada uno de ellos se aplicaba una suerte de prueba pre y post cuya consigna era *dibújate a ti mismo*, teniendo en el medio la experiencia dancística.

La inclusión de la prueba pre y post tuvo por finalidad conocer la particularidad de cada paciente, así como la verificación de los efectos que la experiencia dancística iba teniendo en cada uno de los participantes; cabe señalar que tras finalizar cada encuentro grupal, la practicante supervisaba el trabajo realizado y mirábamos, caso por caso, lo acontecido en dicha experiencia.

Los resultados de este trabajo constataron que la experiencia dancística, aplicada en talleres grupales donde se preserva la singularidad subjetiva favorece no solo a la rectificación de la imagen corporal, sino también a la adherencia al tratamiento y el restablecimiento del lazo social.

En estos talleres participaron todos los pacientes que asistían regularmente al grupo; sin embargo, para la discusión y el análisis de resultados se extrajo tres casos clínicos, siendo uno de ellos una joven afrodescendiente con diagnóstico de esquizofrenia, que se representaba como una adulta mayor de tez blanca. La paciente ya había sido hospitalizada por la presencia de síntomas positivos de psicosis, pero al momento de los talleres psicoterapéuticos, dichos síntomas se habían atenuado, teniendo por resto sintomático la introversión de la libido. De manera fenomenológica, la paciente no parecía psicótica sino más bien depresiva; no obstante, la representación gráfica de su imagen corporal daba cuenta de la desconexión psíquica con su propio cuerpo.

Lo llamativo de este caso es que a través de la experiencia dancística, en la que inicialmente ella imitaba el movimiento del otro, la paciente no solo fue reproduciendo sus propios movimientos sino que, en la última sesión de estos

talleres, se dibujó a sí misma como la adolescente afrodescendiente que era, expresando además que —*se siente más unida con el grupo*—.

Para finalizar, se expone la última viñeta clínica extraída de la misma estudiante de psicología, quien en su proyecto de práctica se propuso realizar una obra de teatro en la que cada paciente desempeñara una función distinta de acuerdo a su propio consentimiento. Este proyecto fue necesario dividirlo en tres momentos lógicos: el primero consistió en realizar un diagnóstico sobre las dinámicas grupales y las características singulares de cada uno de los participantes; el segundo fue la propuesta de la obra de teatro que deseaban representar, para la cual se abrió la posibilidad de que ellos mismos hicieran el guion, o que propusieran una obra literaria; y el tercer momento consistió en la presentación de la obra como tal.

Podríamos decir que el primer momento consistió en el *instante de ver* la particularidad de cada miembro del grupo, mientras que el segundo se basó en el *momento de comprender*, donde cada paciente se iba implicando en los talleres a partir de su propia historia de vida. En el segundo momento, un miembro del grupo, diagnosticado con depresión, propuso el cuento *El caballero de la armadura oxidada*, comentando que él era un poco como el caballero de la historia, alguien que se vestía con una armadura que le pesaba y le dificultaba entrar en conexión con los demás; cabe señalar, que este cuento fue leído y trabajado por todos los participantes del grupo, quienes votaron para que este cuento fuera representado en el *tiempo de concluir*, tercer momento lógico donde cada uno de los pacientes había asumido un rol particular en la obra; algunos representaban los personajes del cuento, y otros colaboraban con la escenografía.

En el caso del paciente señalado, este se propone como caballero de la armadura oxidada, y en las asesorías se pudo identificar cómo la armadura se iba desprendiendo a medida que transcurrían los ensayos, y él fue logrando no solo hacerse amigo de los otros miembros del grupo, sino insertarse laboralmente.

Los resultados de las propuestas grupales presentadas nos enseñan varias cosas: primero, que así como el síntoma no es universal, la manera como un sujeto se relaciona con otros tampoco se puede formular de manera universal. Si bien, la consigna en los talleres propuestos fue la misma para todos, lo que interesaba era identificar la manera singular como cada paciente respondía a la consigna, así como el discurso y la subjetivación que ellos mismos iban haciendo alrededor de la misma. En segundo lugar, todos los tratamientos grupales se caracterizaron por distanciarse de las identificaciones que se pueden llegar a promover en un grupo bajo la fórmula “*a mí también me ocurre lo mismo*”, para dar lugar

a la diferencia de cada paciente; siguiendo una orientación lacaniana, en cada grupo se trató de desarticular las identificaciones imaginarias sin necesidad de deshacer el grupo, ya que sirve de apoyo.

## Observaciones finales

Tanto en las viñetas clínicas presentadas, como en otros tratamientos que he supervisado, he reafirmado mi posición política de hacer existir el psicoanálisis en instituciones de salud mental, sin estar al interior de la misma. Desde el lugar *extimo*, que me confiere la posición de supervisora académica, he podido operar en la invención de posibles tratamientos orientados desde una perspectiva lacaniana, en distintas instituciones de salud de la ciudad de Cali; dichos tratamientos han sido conducidos por practicantes de psicología y no por psicoanalistas experimentados.

A los practicantes se les ha exigido, más que un saber teórico, la supervisión de los casos, requisito imprescindible que tiene por función, además de recordar lo singular de nuestra práctica, deshechizar al practicante de su propia posición subjetiva, que muchas veces hace obstáculo al tratamiento y con ello la existencia del psicoanálisis en el hospital. Sin embargo, quedan aún muchos interrogantes en relación con los alcances de la aplicación del psicoanálisis en aquellos hospitales donde el personal de salud rota constantemente, lo que implica una heterogeneidad de discursos y políticas, y donde el modelo de salud mental tiende más a la objetivación del paciente que a la valorización de un sujeto que tiene algo por decir. Por el momento, solo resta seguir apostando a la existencia del discurso psicoanalítico como rescate de la dignidad del síntoma que siempre tiene algo por decir. Esa será nuestra pandemia particular en el hospital.

## *Alice à l'hôpital*<sup>3</sup>

# La posición del analista como orientación en el hacer-decir de una práctica

Andrea Ximena Zúñiga López

*Ni el texto ni la intriga recurren a resonancias de significaciones llamadas profundas. No se evoca allí ni génesis, ni tragedia, ni destino. Entonces icómo esta obra hace tanta mella? Ese es el secreto que toca la red más pura de nuestra condición de ser: el simbólico, el imaginario y el real. Los tres registros mediante los cuales introduce una enseñanza que no pretende innovar sino restablecer cierto rigor en la experiencia psicoanalítica, allí están, puestos en juego al estado puro y en su relación más simple.*  
Jacques Lacan, "Homenaje a Lewis Carroll".

*Lacan efectúa esta aproximación excepcional entre Lewis Carroll y Marguerite Duras para aclarar lo que es la recuperación del objeto a. Se ha escrito mucho sobre la perspectiva en Duras, habría que hacer un esfuerzo de poesía para escribir sobre lo que se recupera en Lewis Carroll*  
Éric Laurent, *¿Qué es un psicoanálisis orientado hacia lo real?*

*Alice à l'hôpital* busca plantear una lectura *borromea* de la experiencia del psicoanálisis en el contexto hospitalario; es decir, del llamado psicoanálisis aplicado en el hospital. Se intenta así ilustrar el territorio del practicante orientado por el psicoanálisis, quien sin ser psicoanalista debe lograr, de alguna forma, situarse desde su rol institucional como semblante del *objeto a*, causa del deseo del paciente hospitalizado, al tiempo que adquiere también un lugar de resto.

---

3. *Alice à l'hôpital*, título dado en francés, deja la puerta entre abierta desde la naturaleza pura del significante, en puente con la posible significación que el lector le pueda atribuir. Su traducción literal al español es *Alicia en el hospital*, y encierra la metáfora del personaje Alicia, de Lewis Carroll, en tanto objeto a de la obra y la posición analítica relativa a esta noción algebraica del psicoanálisis lacaniano.

El material de reflexión se deriva de la experiencia servicio en hospital, dentro del marco del acompañamiento a estudiantes de la Maestría en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica, de la Universidad de San Buenaventura Cali.

Dicha lectura teje su hilo conductor inspirándose en la Alicia del país de las maravillas, de Lewis Carroll, apelando a la naturaleza de la *letra*, en tanto materialidad del Significante e, igualmente, barreno<sup>4</sup> generador de agujeros y fronteras. Toma como punto de anclaje atmósferas que recrean, para este pequeño personaje femenino, el atravesamiento de un invariable espacio-tiempo en el devenir de su experiencia. Una ilusión constante, remitida al cuerpo siempre en caída.

Tres tiempos se hacen necesarios para dar consistencia al recorrido; cada uno en dimensión de un registro R-S-I y señal de profundidad en la caída. El primero es el *tempo imaginario*: el de la escena; seguido del *tempo simbólico*, en donde la relación con la práctica, guiada por el deseo y la posición del analista como conceptos orientadores, hace aparición; y en el tercer tiempo está *la relación al caso*, que en el abordaje de lo hospitalario da lugar a un compás conexo a lo real.

En este punto del trayecto algo del consentimiento al desplome, en la tonalidad del *acto analítico*, entra en juego.

Figura 3

Ideograma chino. Puerta al vacío



Nota. Adaptado de la ilustración de Orozco, 2020.

4. Barreno: “dispositivo o herramienta utilizado para realizar agujeros o pozos cilíndricos extrayendo el material sólido perforado por medio de un tornillo helicoidal rotatorio” (Wikipedia, 2020, párr. 1).

## Primer tempo

### *El hospital como escena*

#### *Lo imaginario. Eso que se agujerea*

—Mira Kitty, si me escuchas y no me interrumpes constantemente, te contaré todo lo que sé sobre la casa del otro lado del espejo. Lo primero de todo, mira bien esa habitación que está en el espejo... es exactamente igual que nuestro salón, solo que las cosas están al revés. Si me subo a la silla la puedo ver entera... todo menos la parte que está detrás de la chimenea. ¡Y no sabes lo que me gustaría ver esa parte!... ¡Oh, Kitty, qué divertido si pudiéramos cruzar a la casa del espejo! ¡Estoy segura de que allí hay cosas preciosas! Vamos a hacer como si pudiésemos llegar hasta allí de alguna manera, vamos a hacer como si el cristal se hubiera vuelto suave como una grasa y pudiésemos atravesarlo. ¡Mira, si hasta se está convirtiendo en una especie de vaho! Así va a ser muy fácil cruzar.

Lewis Carroll, Alicia a través del espejo.

El hospital como institución encarna la historia del acogimiento del síntoma por definición. Su visión y misión social ponen de manifiesto el brazo del gran Otro, al servicio de la necesidad poblacional doliente en la vivencia de lo patológico; vestido de valores y filosofías que sostienen una puerta abierta al dolor físico y emocional, inherentes a la experiencia del padecimiento. En el origen de la institución hospitalaria también tiene lugar la mirada religiosa del acompañamiento a la enfermedad humana y sus vicisitudes; es así como encontramos que el quehacer hospitalario implica el aterrizaje de los ideales filantrópicos de la evolución social humana, por lo que estas consignas del recibimiento del otro, en un altruismo desinteresado, se amarran de manera lógica en el lenguaje a un *ideal-del-yo-social*. Dicha evolución social no se daría sin el avance tecnológico y el crecimiento de la ciencia como insignias de un saber y determinantes del ir adelante en el presente continuo histórico, donde este llamado *ideal-del-yo-social*, sostenido por la piedra angular de la identificación, conecta, vía lo especular, el lazo institucional de todos y cada uno de los miembros que componen la comunidad hospitalaria. Hasta aquí nada nuevo.

La dimensión problemática se da en tanto que el individuo que sufre no solo tiene un cuerpo doliente, una biología averiada, un síntoma en el sentido médico puro; lo cual en el psicoanálisis lo introduce como una nueva variable epistémica desde los orígenes de su método: la noción de síntoma asociado a un sujeto del inconsciente; incluso, si en algún ambiente tuviéramos que incorporar la primera escena de la creación del método psicoanalítico, es el hospital *La Pitié Salpêtrière*, de París; un icono en la historia del psicoanálisis, no solamente porque fue el lugar en el que Freud se encontró con su maestro Jean Martin Charcot, padre de la neurología moderna, sino también porque en este lugar podemos

ubicar, dice Briole (2017), una ruptura epistémica fundamental de Freud con la medicina; ruptura que da paso a la consolidación de la técnica psicoanalítica.

La institución pertenece, en nuestra lectura, al registro Imaginario, en tanto este contiene la esencia de la imagen del Yo en constitución frente al Otro primordial. Tal y como lo plantea Lacan en 1949, la imagen del Yo como materia prima de la identificación se ratifica en tanto el Otro primordial le otorga lugar y significancia a eso que el Yo incipiente articula como propio y diferenciado, pero que nunca llega a serlo del todo. Identidad, Yo, Imagen e Integridad Corporal dependen del Otro de manera indiscutible a lo largo y ancho de la vida psíquica del Sujeto. Por otra parte, la *hiancia*, que también nos sugiere ruptura, cobra sentido conceptual para Lacan desde muy temprano: “uno tiene que suponer una cierta hiancia biológica en él [el hombre]. El ser humano tiene una relación especial con su propia imagen-una relación de hiancia, de tensión alienante” (Lacan, como se citó en Evans, 1997, p. 105).

Esta tensión alienante que nombra Lacan, implica el núcleo integrante del narcisismo en la constitución del Sujeto; dicha tensión, permite al registro Imaginario la posibilidad de llenar la *hiancia* inicial experimentada por el Sujeto, vía la Identificación, construyendo un reflejo de unidad y completud sólidas en la imagen del otro lado del espejo. A dicha tensión se ven enfrentados tanto el practicante en formación como el docente servicio del hospital, en el contexto de la práctica de la Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica.

El registro Imaginario tiene para Lacan la consistencia del anzuelo, aquello que mediante la imagen especular atrapa al Yo constituyéndolo. La imagen del *Otro-lado del espejo* le dice al Yo: *esto eres tú, esto debes ser tú y, en todo caso, esto podrías llegar a ser*. La relación del Ideal en correspondencia con el despliegue del narcisismo se condensa aquí, adquiriendo peso y valor subjetivo; algo de la identificación con los ideales de lo hospitalario entra en juego, algo de esa imagen se sostiene para mantener la mirada hacia el Ideal del Yo social altruista. Ahora bien, algo de la ruptura epistémica con el cuerpo conceptual médico ubicado en la historia del método psicoanalítico, se reedita en el aquí y en el ahora de la experiencia psicoanalítica en el hospital.

La escena hospitalaria se diluye en tanto señuelo, cuando del quehacer psicoanalítico se trata pero sin repercusiones. Lacan sostiene a lo largo de su enseñanza que lo Imaginario nunca es sin consecuencias y entraña indiscutiblemente secuelas importantes sobre lo Real. En este orden de ideas, en nuestra lectura, la escena hospitalaria se dimensiona como aquello que debe ser agujereado, pero ¿con qué recurso cuenta el practicante del psicoanálisis para producir tal

agujero? ¿Qué supone generar tal agujero en los muros del saber tecno-científico del hospital? Nada de esto, como bien hemos dicho, es sin concomitancias; abrir el agujero implica asumir la responsabilidad de caer en él, pero esta caída debe mantener al mismo tiempo la solidez del registro Imaginario en la institución. En otras palabras, el practicante del psicoanálisis nunca debe desligarse ni denegar de su rol institucional pretendiendo ser psicoanalista en el hospital. Para apuntalar el trayecto del primer registro, debemos decir que al final hay en esencia: una orientación, una que marca el sentido.

## Segundo tiempo

### *La práctica*

#### *Lo simbólico. El trépano o aquello que permite agujerear*

- Ahora está soñando —dijo Tweedledee—. *¿No te gustaría saber con qué sueña?*  
 —Eso es imposible saberlo —contestó Alicia.  
 —¡Pues está soñando contigo! —exclamó Tweedledee, batiendo palmas encantado— *¿Y quieres saber dónde estarías tú si el Rey no estuviese soñando contigo?*  
 —Exactamente en el lugar en el que estoy ahora —contestó Alicia.  
 —¡De eso nada! —continuó Tweedledee aún más excitado—. *No estarías en ninguna parte. ¿Y sabes por qué? Porque no eres más que una parte de su sueño.*  
 —Si el Rey se despertara —añadió Tweedledum— *tú te apagarías, ¡puf!, igual que una vela.*  
 —¡No me apagaría! —gritó Alicia indignada—. *Y, además, si yo soy solo un sueño, ¿qué sois vosotros!*  
 Lewis Carroll, *Alicia a través del espejo*.

Siguiendo el sentido de la orientación que el discurso psicoanalítico nos puede dar al interior del hospital, encontramos que la inscripción en lo Simbólico implica siempre un consentimiento de parte del Sujeto, en tanto que la relación del Sujeto con este Orden no es nunca natural, no radica en la biología; se trata de un vínculo azaroso que no existe *per se*. Al no ser un lazo de tipo originario siempre ocurre por acogimiento: “lo simbólico siempre es una adopción, es una manera de dignificar el nombre” (Castro, comunicación personal, 2020). Es así como desde una lectura borromea, la intervención del practicante del psicoanálisis, apuntalada desde este núcleo de lo Simbólico implicará, siempre, una apuesta subjetiva y en consecuencia una posición a asumir.

Como ya lo hemos dicho, en el terreno del psicoanálisis aplicado, sabemos que el practicante en transferencia con el psicoanálisis no es un psicoanalista en la institución. En el hospital como escena, el actuar del clínico, se encuentra con la disyuntiva de tener que generar su propia pregunta frente al quehacer, al tiempo que incorpora, desde su lugar de practicante del psicoanálisis, *algo*

de dos conceptos planteados por Lacan: *deseo* y *posición del analista*. Si bien, solo podríamos hablar de Deseo del analista, cuando hay un analista, es decir, cuando el atravesamiento del fantasma tiene lugar al final de un análisis y allí, en consecuencia, se produce *un analista*; también es posible pensar que el Deseo del analista como concepto puede orientar la reflexión del ejercicio del psicoanálisis aplicado en la institución hospitalaria. Aquí la orientación está dada por una revisión epistémica profunda y constante de los conceptos.

El Deseo del analista como concepto que orienta la experiencia psicoanalítica en la institución, y articulado a la pregunta ética por la intervención remite al Deseo del Sujeto; funcionando, de esta manera, como pivote esencial de una práctica que asume, en esencia, el cometido de agujerear la escena imaginaria de la institución; para Laurent (2014) el deseo del analista es el concepto que Lacan utiliza para indicar la presencia real del analista en el dispositivo. Esto trasladado al psicoanálisis aplicado en el marco institucional, implica un acarrear con los efectos, que las nociones de una clínica borromea puede traer a la intervención. El Deseo del analista como función, dice Holguín (2020), preserva el agujero al tiempo que sostiene el lazo en la producción de un deseo inédito. Preservar el agujero y sostener el lazo con otro (Otro) que en nuestro caso bien puede ser el hospital. Paralelamente, la Posición del analista como orientación, puede llegar a adquirir aquí la función del trépano.

Ahora bien, siguiendo la orientación que los conceptos nos pueden dar ¿de qué manera se puede concebir esta posición de analista orientada hacia lo real? Esta es la pregunta que se plantea Laurent en su conferencia del 2014; el lugar del psicoanalista en la enseñanza de Lacan, nos dice Laurent (2014), se aborda a partir de “hacer el muerto” para luego ser situado en el lugar de *objeto pequeño a*. Al respecto, agrega Bassols (2017) “pero digamos de entrada que se trata de un muerto que debe estar muy vivo en su deseo para cumplir esta función y hacerla presente para el sujeto” (párr. 1). Bassols (2017), retomando a Lacan, explica el movimiento de cuatro lugares que se da, al interior de la experiencia analítica, entre el Sujeto, el otro, el yo y el Otro:

El analista deja su Yo en el lugar del muerto, en el registro de lo imaginario, para que, a su vez, el Sujeto deje al suyo de lado y pueda surgir para él, el lugar del Otro, el inconsciente, el cuarto jugador, su verdadera pareja, en el registro de lo simbólico. (párr. 2)

El psicoanalista y, en nuestro caso, el clínico practicante orientado se deshacen de los prejuicios, identificaciones y pasiones ubicadas en su Yo, posibilitando así

una relación con el Sujeto del Inconsciente; lo que indica que en tanto el Yo muere, en su lugar surge el Otro. Lo desarrolla Laurent (2006), al expresar que:

Esto es lo que define la particularidad del lugar del psicoanalista, aquel que sostiene el cuestionamiento, la abertura, el enigma, en el Sujeto que viene a su encuentro. Por lo tanto, el psicoanalista no se identifica con ninguno de los roles que quiere hacerle jugar su interlocutor, ni a ningún magisterio o ideal presente en la civilización. En ese sentido, el analista es aquel que no es asignable a ningún lugar que no sea el de la pregunta sobre el deseo. (p. 1)

Lo anterior, redundante en la comprensión de la causa de la división del Sujeto que Lacan formaliza con la noción del *objeto a* como una presencia irreductible. Por otra parte, Lacan (1966) sobre Carroll anota:

Sólo el psicoanálisis esclarece el alcance de objeto absoluto que puede tomar la niña. Ello se debe a que encarna una entidad negativa que lleva un nombre que no he de pronunciar aquí [...] De la niña, Lewis Carroll se hizo el servidor, ella es el objeto que él dibuja, el oído que quiere alcanzar, ella es a la que, entre todos, él se dirige verdaderamente. (párr. 2)

Este objeto absoluto de entidad negativa que encarna Alicia en la obra de Carroll, no es otra cosa que el *objeto a*. Desde su lugar intraducible de signo algebraico, objeto *a*, aparece por primera vez en la obra de Lacan en oposición al gran Otro, que encarna la relación imaginaria del Sujeto con el pequeño otro (*petit-a*). Así, Lacan inicia acotando esta noción en su dimensión relativa al campo especular. En complemento, a lo largo de su enseñanza, la noción de objeto *a* adquiere otras dimensiones, otros usos y definiciones. En 1957, por ejemplo, tiene una dimensión ligada al Orden Simbólico, en tanto es descrito como objeto de deseo atado al matema del fantasma ( $S \diamond a$ ); así también adquiere la definición del objeto *agalma* u objeto del deseo, que el Sujeto busca en el otro. En la década de los sesentas esta noción empieza a llevar connotaciones ligadas a lo Real, es decir que, al igual que Alicia, el objeto *a* adquiere funciones y protagonismos en cada uno de los registros del nudo. La relación de la letra –en tanto materialidad del Significante– con la formación del agujero, pone de manifiesto la generación de dos elementos interesantes para Lacan: *Frontera* y *Litoral*. La *Frontera* hace alusión a la posibilidad de atravesamiento, como *Alicia del Otro lado del espejo*, mientras que el *Litoral* demarca el contorno del agujero sugiriendo la posibilidad de la caída del objeto en tanto objeto *a*, elemento que

nos remite al título original elegido por Carroll para su manuscrito iniciado en 1892: *Las aventuras de Alicia bajo tierra*.

La introducción de lo Simbólico, el Trépano de la Posición del analista en lo Imaginario, dirigiéndose hacia lo Real deja como remanente un resto: el objeto *a*, que es también el centro del nudo borromeo y que además trae como consecuencia la formación del agujero; es decir, la letra en tanto materialidad del Significante cae como objeto *a* dejando un agujero, y en complemento ubicamos que en el Registro Simbólico definitorio de la posición analítica, el clínico-orientado, puede ser considerado como objeto *a* en la escena en tanto objeto-cause del deseo; es así como el antecedente del Tempo tres marca un giro en descenso, que da paso a la caída, y es en este punto donde el hacer del practicante del psicoanálisis en el hospital podría, como dice Briole (2018), lograr desamarrar las identificaciones imaginarias con la institución. Entendiendo que desamarrar no implica nunca negarlas, ni tampoco abandonarlas de manera radical; por el contrario, la posición asegurada al orden Simbólico, solo puede tener efecto en la medida en que el nudo se sostiene; es decir, en tanto la intervención mantiene concordancia con el rol institucional y la función del clínico, en el hospital.

Ahora bien, en relación con el aspecto conceptualpreciado para el nudo en sus tres registros, se propone para efectos de la lectura lo siguiente: de lo Imaginario a lo Real está lo Simbólico. Lo Real entendido como vacío, eso que no tiene la posibilidad de ser representado, pero marca una dirección como lo indica el nudo, orienta la Posición del analista; la orienta porque en definición de la clínica es una elucubración posterior a la experiencia analítica. Lacan dilucida lo clínico como ese intento por palpar lo Real a partir de lo Simbólico; en un sentido explicativo, por ejemplo, el mecanismo propio de la interpretación se sostiene en un tocar el goce a partir del Significante. La intervención debe entonces consentir no solo la generación del agujero en el derrotero de un atravesamiento del saber tecno-científico del hospital, sino que también debe dar lugar a la habitabilidad del agujero en la caída; un consentimiento al vacío. Es así como el Trépano-Posición del analista como orientación permite, en algún sentido, que el practicante causado por el psicoanálisis –objeto *a* caiga por el agujero, en un lugar de no saber, permitiendo el acceso a algo del litoral que es espacio intermedio entre goce y sentido.

Adentrarse en el agujero –desde el punto de vista epistémico– en la teoría lacaniana, implica elucubrar la aproximación que Lacan realiza con el pensamiento oriental, específicamente con el chino; trabajo que Lacan realiza junto a François Cheng y que Cottino (2017) ubica entre *Lituraterre* y el *Seminario 24*; según lo propone Altimir (2010), en “Lacan, Heidegger y el pensamiento oriental”,

“el terreno de investigación del pensamiento asiático que Lacan explora como teórico del psicoanálisis, apunta a liberar la reflexión lacaniana de la cerrazón especular, para abrirlo a una verdadera dialéctica” (p. 655).

Es aquí donde nos encontramos con la noción del Tao del Psicoanalista, elemento que traza en la experiencia clínica un acoger el vacío para hacer surgir el fuera de sentido; explica Laurent que en esa interpretación que Lacan elabora del pensamiento chino, el camino del Tao desde Cheng, nos permite articular lo que tiene nombre con aquello que no lo tiene pero puede nombrarse; nunca implicando la verdad sino la vía, el recorrido, es decir, un tocar lo Real a partir de lo Simbólico en el sentido de la comprensión de la clínica, como ya se había mencionado y como lo muestra nuestra análoga caída de Alicia en el agujero. Para Dicker (2014), el verdadero desafío a la posición del analista implica sostenerse en aquel lugar del trazo donde la letra inscribió el litoral, en la fractura, en el desgarrar del semblante, allí donde hizo borde a todo saber posible. En relación con el concepto del Deseo del analista, Holguín (2020) dice:

El deseo, una herramienta para tratar lo real: Vacío... que da cuenta del estilo propio con que cada uno opera, permite separarse de la identificación y apuntar en la escucha, lo inhumano, haciendo a una lectura de “la pura significación, vaciada de sentido y llena de real”, es decir, leer el Significante. Esto es lo inhumano de la operación analítica, y es lo que da un chance para tratar el cuerpo hablante. (p. 23)

Figura 4



Nota. Adaptado de la ilustración de Orozco, 2020.

## Tercer tiempo

### El caso

#### [Lo Real] el agujero. Caer implica un acto

*Un momento más tarde, Alicia le siguió por la madriguera, sin pararse a considerar cómo se las arreglaría después para salir. La madriguera del conejo era en línea recta como un túnel y después torcía bruscamente hacia abajo, tan bruscamente que Alicia no tuvo tiempo de pensar en detenerse y se encontró cayendo por lo que parecía un pozo sin fondo. O el pozo era en verdad profundo, o ella caía muy despacio, porque Alicia, mientras descendía, tuvo suficiente tiempo para mirar a su alrededor y para preguntarse qué iba a pasar después. Primero, intentó mirar hacia abajo y adivinar a dónde iría a parar, pero estaba todo demasiado oscuro para distinguir nada... —¡Vaya!—, pensó Alicia. —¡Después de una caída como ésta, rodar por las escaleras me parecerá algo sin importancia! ¡Qué valiente les pareceré a todos! ¡Ni siquiera diría nada, aunque me cayera del tejado!— (Y era verdad.) —Abajo, abajo, abajo. ¿No acabaría nunca de caer? Me gustaría saber cuántas millas he descendido ya —dijo en voz alta—. Tengo que estar bastante cerca del centro de la tierra. Veamos: creo que está a cuatro mil millas de profundidad... Como veis, Alicia había aprendido algunas cosas de éstas en las clases de la escuela, y aunque no era un momento muy oportuno para mostrar sus conocimientos, ya que no había nadie allí que pudiera escucharla, le pareció que repetirlo le servía para repasar. —¡A lo mejor caigo a través de toda la tierra! Se estaba quedando dormida y empezaba a soñar... cuando de pronto, ¡cataplum!, se dio sobre un montón de ramas y hojas secas. La caída había terminado.*

Lewis Carroll, *Alicia en el País de las Maravillas*.

Por otra parte, en relación con la práctica del psicoanálisis en el hospital, no hay repertorio, fórmula o protocolo que valga como recurso guía para el clínico que se topa con la contingencia del Sujeto del inconsciente en la experiencia analítica. En la cita de Lewis, el vacío tiene la consistencia del recorrido, en el caso clínico si algo puede dar cuenta de una caída en el agujero será única y exclusivamente la noción del Acto Analítico por parte del practicante en transferencia con el psicoanálisis. En este punto, el camino del Tao nos permite articular la ruta hallada por Lacan, ubicándola en un más allá de la neutralidad. Un más allá no como atravesamiento, sino como lugar hacia donde el analista se oriente (García, 2011). Este recorrido de la caída apunta a ubicar el rasgo del vacío mediador, como aquel con el que tiene que vérselas el practicante del psicoanálisis encarnándolo; en la vía de lo real, no hacia lo real, sino por lo real.

Ahora bien, en este orden de ideas ¿qué es el acto analítico? El acto en un sentido definitorio tiene para Lacan la connotación de lo Simbólico, en tanto toma distancia de la conducta netamente biológica. El acto implica así una posición subjetiva y un consentimiento, y cuando se dirige al Sujeto también se apuntala en la noción de responsabilidad subjetiva; en consecuencia, para

Lacan, el Sujeto que lleva a cabo el acto debe en efecto asumir la responsabilidad del deseo que lo sostiene en su actuar.

Cuando se habla de acto, nos dice Brodsky (2002), algo del orden del acontecimiento se registra, algo que no existía antes aparece, algo ocurre. Se entiende la noción del acto, entonces, desde una dimensión del atravesamiento, habitabilidad del vacío en nuestra metáfora borromea; esto en completa oposición a lo que sería una perspectiva pura del síntoma. Para Lacan, la clínica derivada de una mirada netamente sintomática no acarrearía sino una buena relación identificatoria con dicho síntoma; sería una posición que haría eco con la mirada claramente biomédica del ideal hospitalario. La noción del acto, marca en contraposición a este saber fijo y revelador del sentido del síntoma, un lazo estructurante con la hendidura, con la ruptura y por tanto con algo del no-saber; por lo que hay en consecuencia, una diferencia sustancial entre la lógica del síntoma y la lógica del acto.

En contraposición a los principios de la lógica aristotélica más clásica, Lacan plantea que en el Acto Analítico, el activo es el objeto antes que el Sujeto; aspecto que implica todo un movimiento de la lógica Lacaniana en relación con la Posición del Analista, ya que, en un principio de su enseñanza, para Lacan el analista es concebido como el gran Otro: aquel que descifra, interpreta y puntúa; pero a lo largo de su enseñanza Lacan, concreta, aterriza, hila y define la Posición del Analista como la posición del objeto. Es así como, el acto analítico en un sentido conceptual ocurre en tanto existe la posibilidad de dar lugar a la transferencia en la relación entre el analista y el Sujeto; en ese sentido, el acto, tendría lugar, solo y exclusivamente, en la medida en que el clínico del psicoanálisis sea atrapado en la economía libidinal del Sujeto, como un objeto de pulsión.

Esta noción de acto ligado a la transferencia, nos dice Brodsky, tiene como antecedente ese lugar de objeto *agalma* que puede ocupar el Sujeto Supuesto Saber dentro de la escena clínica en relación al Sujeto; donde la primera posición de objeto que ocupa el analista, en un sentido teórico, se vislumbra desde la noción de la transferencia y desemboca en el concepto de acto. Por consiguiente, en un sentido orientador, es posible decir que, el acto analítico jalonado por la vertiente ética de la intervención clínica, tiene su sostén en una secuencia abierta lógica entre: Posición-Deseo y Acto en la experiencia psicoanalítica.

En consecuencia, la maniobra transferencial del clínico practicante, en el hospital, debe ser siempre variada e inédita; en el caso del concepto de acto analítico está fijado a develar, el Deseo del analista, como noción orientadora, con miras

a posibilitar el encuentro del Sujeto con su Inconsciente. Cárdenas (2014) nos dice: “operar con el vacío es la propuesta de Lacan en la operación analítica: como una práctica de la letra, que produce una ruptura, un vacío, un fuera de sentido. El escrito como ‘no-a-leer’, tal como Joyce lo introdujo” (p. 223).

Desde su naturaleza de atravesamiento, el acto supone una cierta transgresión de la ley; en este sentido, la Posición del Analista como Trépano que es capaz de agujerear la escena del hospital, de una u otra manera, también trasciende, el límite de ley institucional, para dar lugar a la intervención orientada desde una perspectiva psicoanalítica. En el mapa borromeo que intentamos esbozar, el caso trasciende en el momento de la caída, por lo que el clínico orientado por el psicoanálisis, abre el agujero al tiempo que asume el desplome desde los matices que el acto analítico implica.

### *¿Y la anudación?*

Guiados por los avatares de la *Letra*, hemos logrado pensar el nudo en las partes que lo componen; sin embargo, una vez hecho el ejercicio de desglosar cada uno de los registros, surge la pregunta por aquello que hace en esencia *amarre-borromeo* de la práctica del psicoanálisis en el hospital. Para pensar el agujero, se hace necesario caminar por la noción del Tao del analista, en tanto en ese atravesamiento epistémico también hallamos la concreta definición de la Clínica para Lacan, a saber tocar lo Real a partir de lo Simbólico; punto que da paso a la presencia de la *Letra* como trazo y en consecuencia la formación del agujero y de un resto que es el objeto *a*; este constructo que Lacan ubica en su ultimísima enseñanza como el centro del nudo, es decir, si la posición del que práctica el psicoanálisis en el hospital está orientada a ser la del objeto *a* como causa, esto enlaza que su hacer en la experiencia analítica, implique un encarnar el lugar de “resto” en el litoral de la *Letra*; ocupándose en su intervención de eso que queda sin mirarse o abordarse en el plano de la escena hospitalaria. En consecuencia, su apuesta más genuina tiene que ver con preservar la posibilidad de alojar, del Sujeto, lo que ningún otro discurso puede alojar; dando lugar a un “no saber” y abriendo así la puerta al vacío del caso por caso. No obstante, vale la pena decirlo una vez más: nunca desligado del Registro Imaginario que le sostiene en vínculo con la institución.

En un sentido amplio y más allá, el nudo amarraría la siguiente pregunta clínica: ¿cómo en la práctica hospitalaria se puede cernir lo real de cada sujeto? Este bordear implica entender con cada paciente hospitalizado su funcionamiento Simbólico, Imaginario y también como aparece lo Real; es desde allí, situando esa singularidad que se presenta con diferentes aristas, que resulta posible

pensar los arreglos y las invenciones que el mismo Sujeto ha hecho frente a ese Real que se le impone, y también aquellos que la intervención clínica podría construir con él; desde ese pensar la intervención del practicante orientado por el psicoanálisis es que la siguiente viñeta tiene lugar.

### [Una viñeta]

**La escena:** el clínico practicante ingresa en la sala de revista médica. El psiquiatra describe a un paciente de 58 años con un diagnóstico de trastorno de la personalidad no especificado, el cual llegó por sus propios medios al hospital pidiendo ser internado, por no tener a donde ir. Cuando le comunicaron que el hospital no prestaba ese tipo de servicio, amenazó con suicidarse si no era acogido. Aspecto que reversa el proceso de remisión, ahora que los síntomas iniciales empiezan a menguar y genera en consecuencia, una pregunta en la institución sobre cómo abordar este acto del paciente. El gesto del médico en ese momento fue de incomodidad, transmitiéndole a estudiantes y residentes un dilema, ya que la decisión del egreso no tendría que ver con la evolución de los síntomas, sino con la evitación de una implicación legal inherente al posible suicidio del paciente. Este paciente llama la atención del practicante en cuestión, por la manera en que se posiciona frente a la institución. Todo un dilema se presenta en la medida en que había que tener en cuenta aspectos legales y ajustes institucionales. Durante la revista médica, al preguntar sobre las precisiones del caso, describen al paciente como se mencionó en líneas anteriores; por otra parte, una de las demandas puntuales del psiquiatra del servicio es evaluar el riesgo de suicidio en este paciente.

**Algo de la posición orientada:** la intervención del psicólogo practicante tiene lugar durante tres encuentros con este paciente. En un primer momento, jalado por la demanda del psiquiatra de la sala, se busca explorar el riesgo suicida en este paciente. El practicante encuentra en Pedro un hombre de aspecto vital y sano, aunque con un rostro portador de ceño fruncido, párpados caídos y la voz con una cadencia y lentitud que relatan por sí mismos el aburrimiento y embotamiento. El paciente expresa agradecimiento y agrado por el espacio de escucha que se le ofrece. En el primer encuentro dice estar —*muy deprimido*— por diferentes circunstancias, además de —*muchos problemas*—, entre los que resalta problemas económicos: —*hice un mal negocio. Me embargaron todo*—. Desde la primera sesión, Pedro dice encontrarse frustrado, sin el apoyo de nadie; algo del orden del fracaso toma lugar para este Sujeto que, además, dice estar —*ofendido con ese señor*—, refiriéndose a la persona que le prestó dinero, y que través de un proceso legal procedió a embargarlo por no haber pagado la

deuda. Pedro teme hacerle daño a esta persona, si llegara salir a la calle: —*me sueño picando a ese hijueputa*— dice.

Por otra parte, menciona el fallecimiento de un tío. Sobre sus relaciones y redes de apoyo dice: —*estoy solo en el Valle. Mi mujer se fue con el niño a España*—; complementa diciendo que lleva —*15 años limpio*—; es decir, que antes de este tiempo consumía alcohol, pasta de coca, cocaína, todo esto en estado de indignancia; luego, a modo de confesión, afirma que hace dos semanas reinició el consumo de cerveza. A su familia la describe como ausente, según su expresión, tiene que ver con que —*fui un cólico*—, afirmando que de manera justificada sus hermanos lo han hecho a un lado; al parecer por incumplir acuerdos mutuos y solo demandar su atención en momentos de crisis. Como figura significativa describe a la madre de 86 años, a la que evita recurrir en este momento para no suscitarle preocupaciones debido a su edad. Pedro refiere experimentar vergüenza cuando está frente a su madre y sus hermanos. Por otra parte, la sensación de soledad es un aspecto recurrente en el discurso de este paciente.

Un segundo encuentro tiene lugar al día siguiente. Esta sesión tiene su desarrollo de manera más pausada y libre. El practicante introduce el cuestionamiento en relación con eso que parece imposible para Pedro: salir del hospital. ¿Cuál sería el plan en caso de no tener vías administrativas que le permitan seguir hospitalizado? Ante lo cual Pedro se muestra resistente en un principio.

Al presentar síntoma de consumo de sustancias, una posible remisión a un centro de rehabilitación es considerada por la institución; para Pedro son sus dificultades emocionales las que lo llevan a consumir, y la sensación de soledad vuelve con más fuerza en esta sesión: —*yo recaí en el consumo por la soledad. Me tiene deprimido la soledad. Si uno empieza a “regresionar” al pasado, la soledad lo vuelve mierda*—.

En nuestra escena hospitalaria ocurre algo que el dispositivo médico no puede atrapar. El clínico-practicante orientado por el psicoanálisis, asume desde su posición de escucha acoger el sufrimiento del Sujeto, ante el cual la institución no parece tener otra alternativa que no prestar atención y, en consecuencia, algo se le escapa. La viñeta pone de relieve la relación con lo singular, pero sobre todo muestra de que manera una posición de escucha orientada desde el psicoanálisis puede cumplir la función del Trépano en el saber *tecnocientífico* del hospital. La maniobra transferencial, que da lugar al acogimiento, de aquello que sobra en el discurso institucional puede dar cabida a una segunda escena, la del encuentro clínico; y en consecuencia a la reflexión clínica en forma de caso, elucubración posterior a la experiencia. La posición de escucha, que no

marca ni oposición ni complementariedad frente al “acto sintomático” del paciente, puede dar paso a algo de la articulación de la cadena Significante para este Sujeto, en tanto se ubica en un lugar de no saber, dando habitabilidad al agujero. En una clínica orientada hacia lo Real, el clínico busca bordear, dar consistencia a lo imposible de cada *parl-être*; en este sentido no es sin el agujero que surge la solidez de la intervención.



## Puntualizaciones sobre el amor de transferencia en la esquizofrenia

*Martín Alomo*

En los consultorios de los profesionales, denominados *psi*, constatamos la presencia de personas que padecen la desintegración de sus pensamientos, no participan de la lógica formal discursiva, tienen dificultades para sentir que su subjetividad está vinculada a un cuerpo propio, presentan discordancias gruesas entre su modo de percibir la realidad y el modo más o menos consensuado por las convenciones compartidas. Se trata de personas que muchas veces “hablan raro”, no se entiende lo que dicen, parece que dicen pero en el medio de lo que aparentaba ser una frase, pierden el interés por lo que estaban diciendo o recalcan en un delirio que, según el caso, puede ser místico, erotómano o persecutorio (o una combinación de ellos), fenómenos que dificultan el establecimiento de vínculos y crean una pared de aislamiento entre ellos y los otros.

Las experiencias más extrañas, impensables, para quienes no las atraviesan en primera persona, a excepción palmaria de la creatividad de los artistas, suelen formar parte de sus vivencias: estar muerto en vida; no tener cuerpo, o faltar “la parte de atrás del cuerpo”, por ejemplo; sostener, con la propia voluntad, el sol y otros astros celestes (y esforzarse todas las mañanas para que Febo no caiga de su lugar y nos queme a todos, con el esfuerzo supremo que ello supone); tener que ocuparse, en cada tormenta, de disolver con la mente las eventuales piedras para que lleguen granizadas al suelo, de modo de no destruir todo; no disponer de intimidad ya que los pensamientos se emiten involuntariamente a través de telepatía, por lo cual todos pueden saberlos; ser comandado a distancia por un aparato de influencia; etc. También suelen presentar fenómenos perceptivos fuera de lo común: alucinaciones polimorfas, en particular auditivo-verbales, “escuchan voces”, aunque no siempre ni necesariamente. Al respecto, en 1970, un psiquiatra de Henri-Rouselle le preguntó a Jacques Lacan “¿si acaso los pacientes nos mienten, y resulta que cuando nos dicen que escuchan voces

en realidad no escuchan voces... cómo podemos saberlo?” (como se citó en Benoit y Daumezon, 1970, p. 6). La respuesta de Lacan fue lapidaria: “yo no sé si alguna vez alguien escuchó nada” (p. 6). En ese caso, todo lo que podemos saber es que alguien dice “escucho voces”. Como en el análisis de los sueños, se trata de un texto.

La presencia del esquizofrénico introduce una condición extraña que, por su textura y su clima, produce un efecto rupturista en la realidad socialmente compartida, en la “normalidad”; se trata de un efecto de des-consistencia, de irrealización, de extrañamiento. La presencia del esquizofrénico en el mundo nos recuerda, si acaso lo habíamos olvidado, que la realidad en modo alguno responde a lo necesario. ¿Por qué el *Dasein* y no más bien nada?, se preguntaba Heidegger retomando la pregunta hegeliana. El universo es contingente. Ese es el efecto primero y más notorio que produce la ironía del esquizofrénico en su (des)encuentro con el Otro del mundo y sus representantes de turno; ella nos recuerda que todo es contingente: puede ser, pero bien podría no ser.<sup>5</sup>

Por otra parte, en lo que atañe a la cuestión sanitaria, las estadísticas actuales infieren una prevalencia de la esquizofrenia del 0,5 % de la población mundial (más de 21 millones de personas), con el peso social que esto conlleva en razón de la carga por el uso del sistema de salud y las pérdidas por discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2022). Es decir que la esquizofrenia, además del drama subjetivo que implica para quienes la padecen –los pacientes, sus familiares y allegados–, representa también un problema importante de salud pública.

Por lo dicho, urge la necesidad de tratamientos efectivos para pacientes esquizofrénicos. Esto vuelve indispensable la investigación sobre nuevos abordajes, o bien, sobre aspectos específicos de abordajes conocidos (Gaebel y Zielasek, 2015, p. 662). Ello, con la intención de optimizar los recursos en salud y de aliviar el sufrimiento humano. En este caso, en lo que atañe al tratamiento de la esquizofrenia, el abordaje psicoanalítico de orientación lacaniana constituye un aporte dentro del conjunto de prestaciones en salud mental, un enfoque que en el contexto de los arsenales químicos y neuro-imagenológicos existentes, representa una propuesta costo-efectiva accesible.

En cuanto al alivio del sufrimiento, este tratamiento suministra una intervención específica sobre las condiciones del dolor psíquico producidas por la patología, efecto benéfico constatable fácilmente a través de los relatos de los propios pacientes. Desde el punto de vista de los efectos terapéuticos, el tratamiento

---

5. Así caracteriza lo contingente Santo Tomás de Aquino (2010), en su *Summa teológica*.

incide directamente sobre las condiciones de la sintomatología tanto positiva como negativa de la esquizofrenia, obteniendo efectos notorios sobre la primera –efecto logrado también por otros tipos de intervenciones– y constituyendo no solo una de las pocas prácticas capaces, sino también la única de incidir sobre el segundo aspecto. Aún no ha sido señalado suficientemente este factor, cuya relevancia clínica merece ser destacada.

A partir de la práctica clínica sostenida durante más de dos décadas en un hospital de salud mental de la ciudad de Buenos Aires, constatamos que el fenómeno clínico de la ironía esquizofrénica –detectado por Lacan, pero también antes y después de él por muchos otros clínicos sensibles de distintas latitudes y con diversas orientaciones teóricas– (Alomo, 2020), además de ser utilizado por el enfermo como un modo particular de defensa –hecho señalado oportunamente por Jacques-Alain Miller (1993) a partir de la observación lacaniana– representa también un tipo de “auto-tratamiento” en lo que respecta a la problemática del lazo social. Nos hemos ocupado extensamente de este punto en otro lugar (Alomo, 2017).

Observamos que Jacques Lacan se refiere al tema de la ironía en la esquizofrenia en dos oportunidades; en primer lugar, en su escrito sobre *Esquizografía* (Lévi-Valensi *et al.*, 1977) que firma en 1931 junto a un jefe de servicio y a otro colega de Sainte Anne –Joseph Lévy-Valensi y Pierre Migault–, y que incluye como un tercer anexo en la edición francesa de su tesis de doctorado; y en segundo lugar, la mención más conocida, en respuesta a los estudiantes de filosofía, en 1966 (Lacan, 2001). En el primer caso, equipara la ironía con la alusión y la antífrasis como formas de comunicación indirecta, en relación con el modo en que la paciente expresa en sus escritos –que son objeto de análisis en el trabajo mencionado– un estilo particular de rodear el núcleo de sus enunciados. Allí donde se esperaría que hubiera un sujeto, al menos de los enunciados, había confusión, los déicticos eran vagos y el sujeto de la enunciación inasible; finalmente, todos esos rodeos indicaban una referencia negativa: ausencia de marcador claro, ya sea del enunciado, o de la enunciación. Por otro lado, en la intervención de 1966, Lacan comenta la ironía del esquizofrénico vinculada con la función social de la enfermedad mental, estableciendo una comparación entre la función de la histeria en la Viena victoriana de los tiempos de Sigmund Freud, con la presencia misma del psicoanálisis en la cultura.

Como podemos observar, se trata de dos referencias de carácter bien distinto que, en esta oportunidad, utilizaremos para apoyar nuestro análisis de un problema no abordado hasta el momento por los colegas que se ocupan de investigar sobre clínica de la esquizofrenia: *el amor de transferencia*. No la erotomanía, no la apatía;

tampoco el rechazo al lazo social; ni la persecución paranoide, ni la hostilidad atribuida al Otro de la transferencia psicótica. Aquí nos ocuparemos del amor.

### **Pérdida de contacto vital con la realidad y enunciación**

Tal como verificaba el escrito de Lévy-Valensi *et al.* (2012), mencionado en la introducción, decir la palabra *presente* en los enunciados, en el sentido de darse a conocer, de poder servirse del lenguaje para advenir a la vida discursiva, en una palabra; poner en uso la lengua y que de eso quede alguna marca enunciativa, algunas veces, puede ser muy difícil. De algún modo, no poder decir *presente* se parece bastante a una experiencia de muerte (la “muerte en vida”, mencionada de manera recurrente por los pacientes esquizofrénicos). Algunas veces, incluso, hasta se dificulta la posibilidad de situar en lo que se dice un sujeto del enunciado, sobre todo si la enunciación resulta también inasible. En ese caso, la idea y la sensación de muerte acechan a quien aun pudiendo hablar no puede decir. Bajo la forma de no acceder a dar el *presente*, se abre un espacio que es marca en lo que se dice de un sujeto que no ha advenido.

Por un lado, ese estado crónico de no advenimiento no es inocuo, ya que funciona como fuente de descomposición, de fragmentación: raíz de experiencias de desintegración subjetiva. En algunos casos, la degradación es lenta y constante aun cuando a su sombra puedan crecer, eventualmente –aunque a veces parezca realmente imposible–, vidas de otros. Hecho patente que podemos constatar cotidianamente en la práctica clínica: hijos saludables e inteligentes, afirmados de manera fuerte en el lazo social, procedentes, sin embargo, de familias muy enfermas. Este punto representa un misterio insondable.

Nos disculpamos con el lector por expresarlo en un tono aparentemente ensayístico, ectópico en relación con el registro académico; pero es la forma más adecuada para introducir una problemática central y a la vez difícil de asir, para entender la articulación entre las condiciones estructurales y libidinales de la transferencia en la clínica de la esquizofrenia: *¿cómo la muerte puede engendrar vida?*

El problema no es lógico, sino ético. La respuesta al interrogante puede ser inquietante: al calor de los cuerpos, aun cuando no representen la sede de una subjetividad localizada, pueden advenir a la vida otros seres hablantes. Sin embargo, esto que podría ser caracterizado como milagro, *el milagro de la vida*; lo cual constata el misterio que se actualiza, cada vez, en el establecimiento de la transferencia.

Por otro lado, el solo hecho de llamar *estado de no advenimiento* a aquella irresolución –advenga o no en ella un acto de palabra, un decir performativo– es índice de una suposición. En el caso de la transferencia, aun antes de que ella concorra, el analista supone allí un sujeto. En esa suposición el analista actualiza cada vez, con cada paciente y en cada sesión, las condiciones de posibilidad para la producción de un sujeto. Se trata de dar espacio a través de la oferta de una escucha atenta a lo que haya del decir, a lo que sea decir. Una escucha que resuene con aquello que habitualmente suele quedar olvidado,<sup>6</sup> forcluido. Mientras tanto, el estado irreferente del sujeto que aún no ha advenido señala el punto en que la suposición del analista se apoya como pivote de un movimiento que invita a que las tinieblas se disipen y la palabra ordene lo que es presencia, ofreciéndose –el analista– como función de ausencia necesaria: no ausencia de Otro, sino del ruido que impide que la palabra diga.

## Los cuerpos en el dispositivo

En cuanto a la transferencia, estamos ante un problema *de cuerpo presente*: el lugar del muerto (Lacan, 1985). Esa función lógica evocada y puesta en marcha por la presencia de alguien que no participa a título de sujeto –rasgo compartido por el analista y el esquizofrénico–, precisa de un cuerpo que soporte las suposiciones en juego sin que intervenga allí su posición subjetiva, ni inunde de goce el dispositivo. Esta situación es paradójica y actualiza el misterio, cada vez, de la muerte capaz de engendrar vida, ahí, de cuerpos presentes. Tal es la paradoja que si no hubiera dos cuerpos o si acaso, al menos, uno no estuviera allí a título de encarnar el lugar del muerto (esto es: pagando con palabras, con su persona y hasta con su juicio más íntimo; Lacan, 1985a), no habría advenimiento posible de un sujeto nuevo. La transferencia es el lugar reservado para el *recienvenido* macedoniano (Fernández, 2014). El analista, que casi todo no lo sabe, sin embargo, sabe que *no toda es vigilia la de los ojos abiertos* (Fernández, 1967) y que la revelación de un sujeto puede depender de que el mortificado en el dispositivo no sea el analizante, y que el juego del muerto soporte en la ceremonia de cuerpo presente la función de la ausencia, para que una palabra pueda hacer la experiencia de la presencia, al menos mientras dure el encuentro de los cuerpos y de ese modo rebelarse contra la muerte.<sup>7</sup>

6. Aludimos a las palabras de Jacques Lacan en la última clase de *...ou pire* y en el inicio de *Letourdit*.

7. El tópico canónico de Macedonio expresado en sus versos célebres: “Muerte vence a Vida / Amor a Muerte” es retomado con maestría por Liliana Heer (2014) en su obra con treinta y dos prólogos en tres actos: *Macedonio. Para empezar aplaudiendo*.

Esta particularidad del dispositivo pone en acto cada vez el misterio insondable y horroroso de la vida que puede provenir de la muerte: se trata del problema de la distribución de tareas que, necesariamente, pone de manifiesto las actitudes y también las aptitudes; aun cuando pueda haber actitud de enfrentar la situación con determinación, no se garantiza que por ese solo gesto el sujeto en juego difiera del que padece alienado en las cadenas originarias, anclado a los discursos familiares; o peor aún: al fuera de discurso no familiar sino *Unheimlich*, siempre extranjero.

En cambio, podría haber una actitud aparentemente menos decidida e incluso ostensiblemente apagada, como quien siempre habla en voz baja, y sin embargo una aptitud preciosa para desenvolverse en la trama del inconsciente, para hacer de un hilo una soga y sostenerse de ella; característica del trabajo analizante de desciframiento de la asociación libre. También, bajo otras coordenadas clínicas, la actitud puede estar dedicada al esfuerzo por entramarse con el lazo transfe-rencial aun cuando lo discursivo no haya sido un legado.

Este último caso es el del esquizofrénico, quien al igual que el analista no participa en la ceremonia de los cuerpos a título de sujeto; sin embargo, ese mismo lugar vacante para un sujeto por venir, a diferencia del analista, no es producto de la destitución subjetiva obtenida en un análisis, sino del análisis –léase: fragmentación, descomposición– producido por las incidencias de la muerte<sup>8</sup> en su existencia de *convidado de piedra* (Pushkin, 2004) en la ceremonia de los cuerpos enlazados por los discursos. He aquí la diferencia más importante entre el analista y el esquizofrénico: aquél ha des-aprendido a través de un análisis los guiones que suelen dinamizarse en su *autómaton* y por medio de la separación accede a la lógica de la destitución subjetiva; este, en cambio, nunca subió a escena ni aprendió el guion, por lo tanto: no hay alienación de la cual separarse ni posición de la cual destituirse (Alomo, 2013).

## El amor esquizofrénico

En este contexto, la referencia al amor importa para pensar la vertiente libidinal de la transferencia, por supuesto. En cuanto a la transferencia del sujeto esquizofrénico en su aspecto lógico, simbólico y real, nos hemos explayado en otro lugar (Alomo, 2017). Sin embargo, en lo que atañe a la cuestión amorosa, ineludible a la hora de pensar la transferencia, seguramente por lo difícil de abordar, recién ahora llegamos a una primera reflexión clínica.

8. Incidencias detectadas como “sejunción” por Wernicke, o como “blocking” por Bleuler. Fenómenos de “cadena rota”, leemos con Lacan.

El caso es que el esquizofrénico también participa, eventualmente, del encuentro de los cuerpos que solemos llamar dispositivo analítico, y lo hace con lo que tiene a mano: la posición del muerto; problema flagrante: ese lugar, que el analista está preparado para ejercer, porque eso es lo que hace, en eso consiste la dinámica de su trabajo, ya está ocupado por el esquizofrénico; entonces ¿qué hacer?, ¿cómo manejarse en la transferencia?

En primer lugar, nos queda claro que el manejo tan evocado de la transferencia significa encontrar un modo de manejar la propia posición, la del analista; para eso, los analistas solemos orientarnos por medio de la siguiente pregunta: ¿quién o qué soy en la transferencia para este sujeto? A partir de allí, con las eventuales respuestas a la pregunta, es posible que se aclaren las características del campo transferencial en cada caso.

En la clínica con pacientes esquizofrénicos, la pregunta también funciona del mismo modo. La respuesta, en cambio, puede ser algo esquiva, y no porque muchas actualizaciones transferenciales, sino todas, no admitan ser reconducidas más o menos fácilmente a algún personaje originario o del contexto del sujeto, sino porque la variabilidad y la inestabilidad de dichas actualizaciones, siempre amenazadas por un desinterés subrepticio u ostensible —algunas veces demasiado agresivo para las convenciones del lazo—, están en primer plano.

Sin embargo, es la división subjetiva, localizable desde la vertiente simbólica de la transferencia, la que nos permite situar el síntoma y la posición del sujeto. En esto, la clínica analítica de la esquizofrenia no difiere respecto de las estructuras no psicóticas. Lo que resulta más difícil de caracterizar es el amor esquizofrénico de transferencia.

## El amor de transferencia y la división subjetiva

La división subjetiva se ofrece, habitualmente, a través de diversos términos y de significantes específicos para cada caso, por supuesto, pero siempre a través del lugar del muerto. En el manejo de su posición en la transferencia, el analista deberá saber que hacer con ese lugar del muerto que ahora ocupa el otro; no para conmoverlo y avivarlo, sino para alojar esa particularidad —en un lugar lógico, estructural, no anímico—, la de no estar en ninguna parte a título de declarante, el *bridge*. Por supuesto que esto invierte la pareja de jugadores: es el analista ahora quien se ve invitado al lugar del que declara y juega las cartas, aun cuando el sujeto esquizofrénico no lo diga, e incluso justamente por eso; aunque algunas veces, lo expresa del modo más patente: “le voy a hacer preguntas y tomaré la respuesta por verdadera”, le dice la paciente a Colette Soler (1999, p. 9).

Desde el lugar del muerto, el esquizofrénico le ofrece su división al analista de distintos modos, distribuida en los significantes del caso singular, aunque por lo general jugada entre la bipolaridad extrema del negativismo opositor, por un lado, y la obediencia automática, por el otro, a lo cual Kraepelin ha llegado a llamar *automatismo de comando*. Pero ¿cómo juega esta división en el plano del amor? Tengamos en cuenta que lo insoportable del amor de transferencia es que podría llegar a ser no correspondido o, peor aún, despreciado, y todavía peor: correspondido; ante tales peligros, siempre inquietantes, cada quien se defiende como puede.

En el caso de las neurosis, la posición fantasmática funciona siempre como atenuante ante cualquier posible agresión realista, ya proveniente del otro de la realidad, ya irrupciones de lo real; por ejemplo: *entiendo que mi amor podría ser no correspondido; sin embargo, eso hace que lo ame más, ya que si me amara sería un tonto y no podría seguir amándolo*, podría decir una fórmula fantasmática de la histeria, con el agregado de: *aunque seguramente me debe amar*, cuando esa estructura va acompañada de un tinte erotómano, o bien: *la analista seguramente me aprecia especialmente por sobre sus demás pacientes, pero es tan buena profesional que por eso mismo no me lo declara, aunque se nota que es así*, podría ser una fórmula un tanto paranoide y también algo erotómana en la obsesión; también podríamos pensar las declinaciones melancolizadas para ambas estructuras, no menos frecuentes: *jamás me amaría a mí, tan poca cosa*.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando el amor de transferencia surge en un sujeto esquizofrénico? Sí, amor. Eso que surge en el intervalo entre dos significantes, topología coincidente con la creencia y el fantasma.<sup>9</sup> En este caso, como podemos notar, no se tratará del intervalo entre dos significantes de la estructura, sino entre dos significantes de extracción real-simbólica que pueden enlazarse a través de la presencia de la persona, del analista –ortopedia imaginaria–; quien si bien es invitado a ser declarante como *partenaire* del muerto, encuentra su mortificación al ofrecerse de cuerpo presente para sostener el Significante de la transferencia del esquizofrénico. Un Significante que no está inscripto en los orígenes, pero que en su posición irónica el esquizofrénico señala una y otra vez: “insiste en dar ese paso” (Lacan, 1985b, p. 381). Allí, el analista, con su presencia de muerto que juega a ser el declarante pero que en realidad es el muerto, pone en juego la contingencia del amor para el esquizofrénico; ¿y cómo se defiende

9. Lacan (1966) desarrolla ampliamente la localización del amor en la estructura Significante, entre otros lugares de su enseñanza, en su *Seminario 14: la lógica del fantasma*.

ese sujeto que no dispone de los discursos como defensa ante lo real,<sup>10</sup> de lo real del des-amor, de la posibilidad del rechazo e incluso del desprecio que se actualiza con el eventual advenimiento amoroso en la transferencia?

En caso de que se trate de un esquizofrénico paranoide, las vertientes de la hostilidad o de la erotomanía son recursos defensivos para actualizar en la *ironía de transferencia*. Cristina, por ejemplo, el caso trabajado extensamente en *La elección irónica. Estudios clínicos sobre la esquizofrenia* (Alomo, 2017), contaba con ambos recursos; tal como lo hemos comentado allí, el problema del des-amor de transferencia arreciaba luego de las vacaciones del analista: cuando este regresaba al hospital, después de su licencia veraniega, por ejemplo, ella lo desconocía. Los argumentos eran dos: o bien porque lo confundía con el diablo (esto se insertaba en la lógica de su delirio místico), o porque como tal, las intenciones del analista con ella eran *non sanctas* (de hecho, podría ser que alguna vez post-vacaciones, hasta le haya rozado alguna parte del cuerpo con alguna intención...).

Estas interpretaciones funcionaban como buenos argumentos para mantener a raya al analista, a cierta distancia, durante cierto tiempo; hasta tanto ella pudiera volver a reconocerlo de a poco, hasta recuperar, por fin, la confianza en su *partenaire*. Mientras tanto, durante el tiempo que había durado la implementación aparatosa de su defensa (tal vez algunas semanas), el analista debía extremar su delicadeza para tratar con ella, ya que incluso cualquier signo convencional de cortesía, por ejemplo: adelante, invitándola a entrar al consultorio, podía ser interpretado desde la erotomanía. Cristina nos enseñó que mientras durara su despliegue escénico defensivo, era conveniente limitarse a abrir la puerta del consultorio sin hacer ademán alguno de querer que ella entrara. Podíamos quedarnos conversando allí parados, o en silencio.

La lección que Cristina nos enseña, finalmente, es la siguiente: su defensa no toleraba que su analista mostrara la más mínima gana, ningún esbozo de intención, de cualquier cosa que incluyese a su persona. Una cosa era que su analista estuviera disponible para recibirla; otra muy distinta era que, además, él manifestara querer algo de, por, para o con ella. Esto era inadmisibile.

Este caso nos muestra las defensas ante los riesgos del amor de transferencia en su oscilación hacia la erotomanía en, una coyuntura particular del tratamiento,

---

10. Así lo plantea Miller (1993) en su texto *Ironía*, retomando los desarrollos lacanianos de "*Letourdit*" (Lacan, 1973) a propósito del esquizofrénico, "amo en la ciudad del discurso", quien se encuentra dentro del lenguaje, pero fuera del discurso.

un caso de esquizofrenia paranoide. Lo que estaba en juego todo el tiempo, como bien señala Cristina, era que su desconocer al analista emergía defensivamente ante cualquier gesto extraño, demasiado serio, adusto, preocupado, ¿enojado? del analista, que podía llegar a ser interpretado eventualmente como un signo de desamor o de rechazo. La defensa actualizaba un rechazo aparatoso y escénico, un poco escandaloso; sin embargo, *ironía de transferencia*: ella concurría a actualizar la escena de rechazar a su analista puntualmente, infaltable, del mismo modo que un actor va a los ensayos para ajustar su personaje, no olvidar la letra y calibrar su actuación en la interacción con los otros roles.

### La terapéutica del amor

En los casos en que el esquizofrénico no cuenta con el recurso paranoide para su defensa, la cuestión del amor se torna más bien anestésica para el sujeto, y más difícil de leer y de conmover para el analista. En el caso de Cristina, la división entre negativismo y sumisión automática a la palabra del Otro estaba claramente protegida por su *ironía de transferencia*; esa división, jugada en esos términos posicionales, sin embargo, tenía sus representantes a nivel simbólico: su síntoma era justamente la tendencia a quedarse fijada en uno de los dos polos, el de la sumisión; de esa posición, la rescataba el otro término de su división, el *oposicionismo negativista*.

El obstáculo surgía en la transferencia cuando la actualización del síntoma amenazaba con erigir al Otro de la transferencia en Amo, y allí aparecía la defensa: ironía; como decíamos, verificábamos este desarrollo de los hechos en el caso de una paciente que contaba con el recurso a lo *paranoide*, lo que equivale a decir algo así como tener al menos “un poco de personalidad”<sup>11</sup> para defenderse.

Sara, en cambio, era una señora de unos 55 años que vivía sola y escuchaba voces a través de las paredes, como provenientes de la casa de al lado, durante las noches. Antes de escuchar estas voces, ella estaba en predisposición de que algo apareciese: solía acercar uno de sus oídos a la pared para escuchar lo que había del otro lado. Las voces eran la respuesta; tenían su explicación, con algún tinte de confabulación que de algún modo la incluía, aunque no se sabía muy bien cómo. Nada poco frecuente: una interpretación de un fenómeno perceptivo que se inserta en un esbozo delirante que no hace sistema y que,

---

11. Recordemos la afirmación de Lacan en el texto de Benoit y Daumezon (Comunicación personal, 1970), en el contexto de la valoración positiva que hace allí sobre su tesis de doctorado: “la paranoia no tiene relaciones con la personalidad, porque la paranoia es la personalidad”.

por su debilidad argumentativa, naufraga en la inconsistencia: no se sabe bien ni quién, ni a quién, ni cómo, ni por qué, ni dónde, ni para qué.<sup>12</sup>

Las demandas en el tratamiento de Sara eran dos, bien claras: por un lado, una que no era de ella sino de sus familiares, relativas a sus síntomas negativos, básicamente la abulia; la madre y los hermanos de Sara querían que ella saliera de la casa, se pusiera en marcha, conociera gente, consiguiera un trabajo. Nada más alejado de los intereses de Sara. Ella tenía otra demanda: quería estar con su analista la mayor cantidad de tiempo posible y satisfacerse con eso; estar, no hablar, ser escuchada ni mucho menos analizada.

El ejercicio de ese amor de transferencia se había convertido en lo único que revestía algún interés en su vida. No había una declinación erotómana, se trataba de un franco enamoramiento de su *doctorcito*, así lo llamaba, sin esperar ser correspondida; sin embargo, esto no la eximía de pedir más y más sesiones, todos los días. La respuesta a esta demanda era acotada según las condiciones del servicio hospitalario donde transcurría el tratamiento; todos los días no se podía, pero sí unas cuantas veces por semana. Esto implicaba que algunas veces a Sara había que decirle que no.

¿Qué pasaba con este *no*? ¿Acaso se actualizaba en ella la posibilidad del desamor, del desprecio o del rechazo? ¿En su caso también se jugaba la división subjetiva distribuida entre negativismo opositor y obediencia automática? Del lado del analista, la intervención limitativa respecto de la demanda de sesiones resultaba delicada y a la vez interesante, ya que en un cuadro donde lo predominante eran los llamados síntomas negativos, que apareciera un antídoto para la abulia era un detalle importante, y más aún, ahora, en un segundo momento, la intervención de limitar también ese *fármakon* que había devenido el analista tomado como objeto en la transferencia. Todo hacía prever que estábamos ante el manejo de una variable que seguramente iba a arrojar algunos efectos.

La respuesta a la segunda limitación fue la sumisión. Siempre sí, sin división. —*Al doctorcito se le dice que sí sin chistar, él tendrá sus razones*—, tal parecía ser la respuesta en acto de Sara. El lugar del muerto, estructural, evoca en este caso aquella figura lacaniana del “amor muerto” (Lacan, 1998, p. 363). El amado ideal, embalsamado en su fijeza de objeto de fascinación, tan puro y tan irrefutable en su decir que en esa dimensión providencial que le es atribuida, puede

12. Lacan, en 1931, señala agudamente este punto: manifestaciones de antífrasis, alusiones e ironía, delimitando y, de ese modo, señalando el punto donde la lógica de los enunciados flaqueaba, particularmente en cuanto a la imposibilidad de articular défticos claros (Lévy-Valensi et al., 1977).

arrasar con el sujeto que pone a jugar el lugar del muerto de su lado, una vez más. El analista devenido declarante debe poner a jugar su verdadero lugar de muerto disfrazado de declarante,<sup>13</sup> ya que de lo contrario mataría la posibilidad de subjetivar los efectos de algún decir del lado del esquizofrénico.

Mejor dicho: anularía el acto de decir a título de sujeto porque de un modo loco, el *partenaire* muerto le atribuye a él su acto y se considera dicho *por y del* Otro de la transferencia amorosa. Esto no es sino la afirmación defensiva en uno de los polos de la división, el sometimiento; mientras tanto, lo que queda elidido, en el caso de Sara, es la formalización de un síntoma; sin embargo, no podemos decir que el amor de transferencia no haya concurrido a la cita. El problema, el *impasse* de este caso, ha sido cómo poner a jugar el lugar del muerto del lado del analista para que la división no se polarice exclusivamente en uno de los términos: la obediencia; quedando obturada de este modo la apertura a otras posibilidades para la paciente.

De la experiencia con Sara, podríamos extraer las siguientes enseñanzas: es posible que la transferencia amorosa en la esquizofrenia, en la vertiente que Lacan ha caracterizado como “amor muerto”, cuando el sujeto no cuenta con el recurso *paranoide*, sea tomada en la lógica defensiva del polo correspondiente a la sumisión absoluta al Otro, tendiendo de este modo a obliterar la formalización de un síntoma analítico por la obturación de la división; con una defensa eficaz en el sentido de presentar un sujeto sumiso sin doblez, del todo apóstol del Otro, el no querer saber en el sentido de la forclusión domina la escena, ya que pareciera más solidario del principio del placer tolerar un no a lo que se quiere antes que pagar con una división favorecida por el polo negativista. Por otra parte, acatar un sí o un no proveniente del Otro del amor muerto resulta igualmente eficaz desde el punto de vista de la tendencia alienante: el contenido no importa, lo que importa es acatar, someterse y decir en acto: —*le pertenezco, doctorcito*—.

## El amor, la división subjetiva y el síntoma

Para concluir, tomemos nota de lo que podemos aprender de la comparación entre los dos casos que hemos comentado a propósito del amor esquizofrénico. Cristina, quien cuenta con el recurso a lo *paranoide*, nos enseña que se arranca de la sumisión al Otro por medio del opositorismo negativista. Esto la deja en una posición dividida que constituye nada menos que la estructura de su

13. Una vez más, nos referimos al juego del *bridge*.

síntoma: ella sufre de ser tan padeciente del Otro, tan pasiva, de no poder sustraerse a sus designios.

Esta división es tramitada por vía de la escenificación bajo transferencia; podríamos decir que la dinámica de Cristina es bastante histriónica, y que los pequeños escándalos transferenciales que monta, *ironía de transferencia*, dan la nota singular de su rasgo analizante.

Su análisis, podríamos decir, no procede por medio del cumplimiento de la regla fundamental; su análisis se despliega de escena en escena, actualizando cada vez distintas versiones de la ironía de transferencia, para hacer la experiencia, una y otra vez, de que el analista la espera allí para ensayar esos roles que, a decir verdad, cada vez más se juegan como pasos de comedia, casi coreografiados (como una comedia musical). Ella es la coreógrafa, por supuesto, y cuando jugamos ese juego, si no el muerto, el analista es al menos el coreografiado y ella, seguro, no es la muerta en modo alguno.

Sara, en cambio, nos muestra como al no contar con el recurso *paranoide*, la pulseada de la división la gana la fijeza en el sometimiento al Otro. En su caso, al no poner en juego la división, tampoco aparece un síntoma candidato al trabajo analítico. El lugar del muerto, en el caso de Sara, queda incommovible de su lado, más allá de los escauceos vanos que intenta el analista. Los sí y los no son todos interpretados en el mismo sentido: como la palabra santa dictada por la boca del Otro, objeto del amor muerto. Sara no quiere o no puede pagar con su división, ese tributo que resulta demasiado oneroso cuando salir de la zona de confort significa, además, alejarse del *polo alienante*. Recordemos que el esquizofrénico no es un alienado, y por eso mismo, al amar al Otro representante del *polo alienante*, se aferra a la condición básica del lazo: un Significante Amo, o su remedo en lo real y en la realidad de la escena donde el analista, con su persona, lo sostiene para él.<sup>14</sup>

Otra consideración respecto del amor muerto: Cristina se defiende de la mortificación, padecida incluso ante el Otro de la transferencia amorosa, con el recurso a la hostilidad que vehiculiza a través de la ironía de transferencia. Este recurso defensivo, por vía de la hostilidad, la separa del lugar del muerto y la activa, produciendo escenas en las que actualiza un rechazo instrumental y paradójico que utiliza para enlazarse al *partenaire*. En el caso de Sara, en cambio, el culto al *doctorcito* del amor muerto, la mortifica a ella y la conmina al lugar pasivo.

14. Es decir: para el sujeto esquizofrénico.

Nos resta extraer aún una última lección del amor de transferencia en la esquizofrenia. La vertiente del amor muerto solidifica al objeto como ideal momificado, ocasionando como correlato la mortificación del sujeto en una posición de fijeza libidinal, conminado al lugar lógico del muerto. De este modo, queda determinada una fase, probablemente inicial<sup>15</sup> del tratamiento, que consiste exclusivamente en una terapéutica por amor. Por amor a la posibilidad de una alienación benéfica y tranquilizadora con el objeto encarnado por la persona del analista. El estudio comparado de los dos casos nos sugiere que la persistencia en el lugar lógico del muerto por parte del sujeto esquizofrénico, sin división, puede corresponderse con una condición de posibilidad de cualquier tratamiento analítico en este tipo clínico de psicosis. Esta eventual etapa inicial o fase de preparación de las condiciones de un análisis logra, por sí misma, producir efectos terapéuticos, tanto sobre los síntomas positivos como sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia; es ejemplo de esta afirmación el caso de Sara, en el contexto de un abordaje interdisciplinario en los consultorios externos de un hospital de salud mental. En este caso, además de las entrevistas con el analista, la paciente concurría con una frecuencia mensual a la consulta con un médico psiquiatra del servicio;<sup>16</sup> algunas veces, en el caso de Sara, esta fase constituye el único modo en que el sujeto esquizofrénico logra servirse de la oferta analítica.

---

15. A condición de que el tratamiento avance hacia una etapa posterior, por supuesto.

16. Esta aclaración vale no sólo para el caso de Sara, sino también para el de Cristina. Esta última, además, concurría con regularidad a otras ofertas terapéuticas del servicio hospitalario: terapia ocupacional y diversas actividades grupales.

# Una escucha inédita

Vanina Muraro

*Vale más no hablar la misma lengua y afrontar  
las quemaduras de lo incomprensible.*  
Daniel Sibony, *El otro incastrable. Psicoanálisis. Escrituras.*

## Introducción

En este artículo retomaremos la crítica que Lacan realiza a la idea de comprensión, distinguiendo la escucha comprensiva de la escucha analítica. Tomaremos para ello algunas de sus numerosas indicaciones que advierten acerca de las equivocaciones, a las cuales conduce dejarse guiar por el sentido común, útil para la comunicación, pero un obstáculo en el seno del dispositivo. Ilustraremos estas dificultades con un caso de *psicosis* provisto por una supervisante. El material nos permitirá demostrar la correspondencia entre la sumisión a las posiciones subjetivas del enfermo y la suspensión de la búsqueda de un sentido por parte del analista.

## El material clínico

La joven colega solicita una supervisión a causa de la angustia que le genera un paciente; se trata un hombre que se encuentra internado en el hospital donde realiza su labor como concurrente. En la historia clínica el admisor se ha consignado el diagnóstico de esquizofrenia y que esta es la cuarta internación. La conducta que la inquieta reside en que, luego de la primera entrevista, el interno la recibe cada mañana, con una puntualidad religiosa, a la entrada del pabellón para contarle lo que le acontece.

Intempestivamente, la aborda y le relata que lo están interviniendo quirúrgicamente; mientras habla en el pasillo, maniobran sus órganos, desprenden una capa de grasa que recubre su hígado y palpan sus intestinos. Con una constancia

asombrosa la espera todos días con nuevos detalles de esas prácticas que sufre en su cuerpo.

La practicante intenta, por todos los medios, tranquilizarlo. Le explica que de ninguna manera eso es cierto: nadie lo está interviniendo, ella está ahí para escucharlo, ninguna persona lo toca y de ninguna manera se encuentra en un quirófano. El paciente responde a esas intervenciones con ofuscación, balbucea algo ininteligible y se va para acudir al día siguiente a la puerta. Se convierte así, en una presencia temida para una analista que recién inicia su camino en la práctica hospitalaria; en esa coyuntura ella decide valerse del dispositivo del control para tratar de introducir algún cambio en una cotidianidad que la atormenta.

La supervisora escucha su relato y marca que en la intervención que administra reiteradamente habita un contrasentido, es decir, mientras intenta tranquilizar al paciente y brindarle un lugar para que hable, en ese mismo gesto, rechaza de plano aquello que él quiere testimoniar y lo amordaza. Sus consuelos desmienten la percepción del hombre ya que, con las mejores intenciones, intenta rectificar la realidad que lo aqueja. Este, a su vez, se aleja sin concluir su mensaje, sin desplegar aquello que tenía para decir; mensaje interrumpido que apuesta cada mañana a ser escuchado.

Unos meses después, la supervisante comenta que luego de la supervisión decidió cambiar de táctica y, en lugar de buscar tranquilizarlo, se mostró curiosa frente a este relato de apariencia macabra. Ese cambio dio paso a que el paciente le describiera con algún detalle estas maniobras y desarrollara una teoría acerca de los “arreglos” que realizaban los doctores en su organismo. Así se enteró de que la labor de los cirujanos era reparatoria; estaban subsanando daños del pasado y otros desperfectos; eso posibilitó cierto apaciguamiento, ya que ahora él puede aguardar su cita y no la espera cada mañana como lo hacía antes.

Surgen también algunas preguntas acerca de la ausencia de dolor físico, la carencia de cicatrices que darán paso a una teoría delirante acerca de las operaciones laparoscópicas hechas a la distancia. Finalmente, comienza a despuntar la creencia en el valor de “caso científico” que posee su organismo para la medicina, por ser un ejemplar realmente curioso, llega a decir, inclusive “único”.

De esa manera la presentación original del paciente alucinado, va dando paso un incipiente delirio donde despuntan la autorreferencia y la manía de grandeza, revelando de esa manera su función restitutiva. La practicante ya no se angustia y en su rol de testigo de esos avatares es solicitada como un recurso valioso

que puede documentar los cambios que experimentan sus sistemas digestivos y circulatorios a los fines de una futura trasmisión científica de su caso.

¿Qué nos enseña esta viñeta sobre la comprensión? ¿Qué ilustra acerca del afán de testimoniar propio de algunas psicosis? ¿Cuál es el lugar para el analista como receptor de estos relatos? ¿De dónde quedaba excluida la analista al intentar tranquilizarlo?, y a su vez, ¿de qué lugar excluía al paciente con esa maniobra?

## Los decires del loco

Nuestra clínica nos enseña que el psicótico se inclina a testimoniar, habla de lo que padece, aunque no siempre explicita a quién se dirige. En ese decir, no todas las palabras son tratadas de la misma manera, algunas de ellas se distinguen de las demás por poseer un peso particular que Lacan asemeja al de una plomada. Esa particularidad no le fue ajena tampoco a Freud, quien como lector atento de las *Memorias*, de Schreber (2012), había reparado en la distinción entre los términos del propio magistrado y aquellos que, como se señala en la obra, le han sido dictados por las voces en alemán arcaico, una lengua primitiva. Examinemos en detalle un breve ejemplo de estos términos incrustados en su discurso: “la totalidad del orden cósmico se manifiesta así como una ‘construcción maravillosa’” (Schreber, 2012, p. 71). En una llamada a pie de página el autor explica que se trata de una expresión que no le es propia, a diferencia de la que habría escogido, *organización maravillosa*, desde afuera se le inspiró la expresión *construcción maravillosa*.

Consideramos, entonces, que la expresión propuesta por las voces, *construcción maravillosa*, podría para el *receptor comprensivo* ser equivalente, o quizás sustituir, a la ideada por Schreber (2012): *organización maravillosa*, sin embargo, ambas son drásticamente diferentes. Entre el primer y el segundo sintagma no acontece el deslizamiento por semejanza; deslizamiento al que la metonimia del lenguaje nos ha acostumbrado. La cercanía semántica no nos autoriza a realizar ninguna operación de modificación ya que se trata de un *texto dictado*, del cual Schreber (2012) es tan solo su amanuense. Se trata de una experiencia de la sincronía del Significante, un fenómeno de peso.

El deliro del cual testimonia es un texto de carácter sagrado, no solo por sus resonancias divinas sino porque cada coma obedece a una razón y la modificación más nimia sería herética y tendenciosa. El lenguaje del delirante, como señala Lacan en varias oportunidades, posee un sabor particular y a menudo extraordinario en que ciertas palabras cobran un énfasis especial, una densidad que se manifiesta a veces en la forma misma del Significante, y se caracteriza

por su carácter neológico. Observemos a continuación, lo que escribe el propio magistrado acerca de la imposibilidad de acceder a una comprensión total de su propio testimonio: “una comprensión total no puedo, ya desde el comienzo, darla por descontado, pues se trata de aquí en parte de cosas que de ninguna manera consienten ser expresadas en lenguaje humano, por cuanto trascienden las posibilidades humanas de concebirlas” (Schreber, 2012, p. 53).

Nos indica de esa manera, que será necesario internarse en las páginas como lingüista cercano no a un texto sino a un jeroglífico compuesto por *grafías sonoras*. Por ello, no solo nosotros no sabemos su significación, tampoco el sujeto al qué remite el Significante neológico puede explicarlo; razón por la cual, debemos cuidarnos de comprender al loco o de intentar compartir su lengua.

Lacan nos alienta a desconfiar de la comunicación y de la comprensión, significantes de gran pregnancia en la lingüística contemporánea a su obra debido a que podríamos comprender mal ese decir, ese que el propio sujeto articula como una marioneta parlante. Lleva al extremo esta afirmación y se pregunta: ¿quién habla? Para concluir que “en tanto hay alucinación es la realidad la que habla” mientras que el sujeto se limita a ser “sede de una pajarera de fenómenos” (Lacan, 1956, p. 115).

Es por ello que, ante la psicosis, radicaliza sus afirmaciones que reniegan de la comprensión en la clase titulada *El Otro y la psicosis*, perteneciente a *El Seminario 3*. En *La Psicosis* afirma que es necesario palpar la insuficiencia, la mala intención, de aquellos que promueven que hay que hablarle al paciente en su propio lenguaje; concepción que descansa en una operación doble: por un lado, en la creencia de resonancias chomskianas, de que el lenguaje se reduce a un mero instrumento y, en segundo término, elude la materialidad de la palabra *moterialité*. Su propuesta se opone radicalmente a quienes desde un ideal de empatía creen que se podría comprender al insano; mal podríamos comprender ese decir que el propio sujeto reproduce con ajenidad; por el contrario, la comprensión es un índice de la propia resistencia. En la clase del 7 de diciembre de 1955, titulada *Vengo del fiambreiro*, dirá que la comprensión apresura la escucha, impide que nos detengamos en la extrañeza radical que el lenguaje comporta. Nos remite, con su afirmación, a tener presente la arbitrariedad del signo lingüístico y, por sobre todo, a no facilitar con una escucha comprensiva la resistencia del paciente (Lacan, 1956, pp. 75-76).

En contraposición, indica para el analista una actitud que converge con la del hablante de una lengua extraña. De esa manera nos insta, una vez más, a escuchar cada caso como si fuese el primero, único, singular e incomparable,

suspendiendo cualquier expectativa para no determinar con ella lo que está por advenir. No busco, encuentro, solía repetir citando a Picasso, expresión que resume la actitud curiosa y sumisa a la palabra del analizante.

## Acerca del sentido común y la comprensión

La creencia en que la palabra permite la comunicación, descansa en postular un sentido común que nos posibilita comprendernos. Se trata de un uso Significante muy diferente al que hacemos en el psicoanálisis, donde se privilegian el malentendido y el equívoco. En *El Seminario 17. El Reverso del Psicoanálisis*, Lacan (2004) destaca la incompatibilidad entre la interpretación analítica y la interpretación que nos provee el sentido común; al hablar del sentido, Lacan lo coloca en relación con la debilidad, a la necesidad imperiosa de recurrir a ficciones que expliquen lo real.

Muchos años antes Freud (1992a), en su texto *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, advertía acerca de la compulsión a ligar que caracteriza al aparato psíquico. Es a causa de esta compulsión que Freud reservaba para el analista la tarea de descomponer, separar aquello que la sed de sentido se ocupará casi instantáneamente de volver a reunir; pero esa sed de sentido, tal como explicita Lacan, no es adjudicable a una exigencia propia del sistema; es el sujeto del Significante quien por su debilidad requiere de esta apoyatura, en lo real no falta nada, absolutamente nada, ni siquiera una explicación.

El psicótico, a diferencia del perverso y de las neurosis, puede prescindir de esa síntesis; consigue habitar esa falta de lógica, ese carácter irreductible de lo real; sin embargo, padece de la soledad a la que esa libertad lo condena. Allí donde un saber acerca de lo real es rechazado, puede el analista ofrecerse como *partenaire* y ser receptor de su testimonio.

Tal como podemos comprobar en el material clínico, recibir ese decir produce efectos para aquel que hasta ese momento debía enfrentarse completamente solo, segregado, con ese saber del cual era sede. Recibir el testimonio es ofrecer un escenario para que el delirio se constituya, tome forma y despliegue su valor auto-curativo, propia de la estructura.

No solo la interpretación se diferencia tajantemente del sentido común, también el decir cotidiano y el decir del análisis se distinguen irreconciliablemente; si en el primero resulta beneficioso el ahorro, en el caso del segundo se trata de que el analizante diga incluso un poco más. Es en este punto donde reside la importancia de la regla fundamental; se trata de que el analizante diga aun aquello que preferiría dar a entender, sin tener que hacerlo pasar por su boca.

Freud (1992b) se refería a la regla como “un ardid para sorprender al yo por algún momento” (p. 284). Un yo que, alertaba, “se place en la defensa”. Será en los tropiezos del discurso yoico, en sus lagunas, donde encontraremos la marca que nos permite el acceso al material de los estratos más hondos. Esa invitación a decir, suspendiendo la exigencia propia del lenguaje ordinario, está destinada a que emerja algún retoño de lo reprimido, *via regia* de acceso a lo inconsciente. A partir de la obra de Lacan, nombramos aquello que emerge cuando hay un fallido o alguna otra formación del inconsciente sujeto.

Podemos ver el peligro doble que entraña la comprensión: por un lado, facilitar la tarea del yo vigilante disminuyendo las posibilidades de que algo se filtre; por otro, infringir la indicación de abstinencia, uno de los nombres de los pagos que deberá realizar el analista, respondiendo a una demanda y, peor aún, entrometiendo un sentido ajeno al del sujeto del análisis; es debido a ello que Lacan señala el vínculo extremo entre la comprensión y la resistencia del analista:

Nunca, hay que saltarse un Significante. En la medida en que el Significante no los detiene, ustedes comprenden. Ahora bien, comprender es siempre estar comprendido uno mismo en los efectos del discurso, discurso que ordena los efectos del saber ya precipitados por el mero formalismo del Significante. El psicoanálisis nos enseña que todo saber ingenuo está asociado a un encubrimiento del goce que en él se realiza, y plantea la cuestión de los límites de la potencia que en él se delatan, o sea que nos enseña el trazado impuesto al goce. (Lacan, 2012, p. 149)

Por último, nuevamente con respecto a las *psicosis*, constatamos que, con el desarrollo de su obra, Lacan se distancia de quienes consideran esta particular posición en lo simbólico de la estructura como un déficit y prefiere situarla como una libertad o una suerte de lucidez. Se pregunta al respecto en *El Seminario 23. El sinthome*: “¿cómo es que todos nosotros no percibimos que las palabras de las que dependemos nos son, de alguna manera, impuestas?” (Lacan, 2006, p. 93). Para responderse un párrafo después que, en ese aspecto, el enfermo percibe lo que al hombre de buena salud se le escapa: que la palabra es una “forma de cáncer que aqueja al ser parlante”, lo parasita.

Lacan (2005) define la función del analista en su escrito, *Variantes de la cura-tipo*, afirmando que este será aquel destinado a hacer un uso poco común cuando porta la palabra. Con su silencio, en tanto oyente, acoge la palabra del analizante, calla en lugar de responder. Preservar un vacío, abstenerse de responder, para que algo pueda ser desplegado.

En ese manifiesto fundante del psicoanálisis de las psicosis que constituye *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Lacan (2009) indica una posición que nos orienta: “la estricta sumisión a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo” (p. 511); con esa expresión advierte el peligro de deslizarse de la dirección de la cura a la dirección del enfermo, que reduciría el psicoanálisis a una pedagogía o inclusive a una sugestión grosera que solo podría efectuarse desde la convicción de que la persona del analista constituye un ideal al cual identificarse.

Este deslizamiento reinstalaría la intersubjetividad como paradigma, se trataría no de un sujeto analizante y un sujeto destituido-analista, sino de dos sujetos: uno paciente y otro modelo-analista al cual identificarse. La intersubjetividad se basa en sostener el ideal de una comunicación posible, sin advertir que la idea de comprensión de un enunciado es una creencia que cancela otros sentidos, quizás más ajenos al sentido común, pero no por eso menos representativos para el sujeto.

## Conclusiones

El material clínico ilustra que cuando un paciente psicótico dirige su testimonio a un analista, se abre una posibilidad inédita que hasta ese momento le había sido negada al alienado. Se trata, nada menos de la oportunidad de que ese decir, en ocasiones fuera de lo común, que suele prescindir de participar de la realidad compartida, sea escuchado. No es algo a desestimar, ni fácil de soportar ya que, en numerosas ocasiones, ese decir porta elementos perturbadores para quien lo trasmite, pero también para quien lo escucha; un ejemplo de ello, es el decir que testimonia de un retorno de lo real sin el velo, y que revela el paciente sobre la afectación de órganos y de un cuerpo que no se constituye con el auxilio del fantasma. Se trata entonces, de un texto que hasta el momento del encuentro con un *partenaire* analista no había hallado destinatario dispuesto a recibirlo.

El analista se halla frente a la oportunidad de transformarse en albacea de un texto que hasta ese momento había sido excluido de cualquier posibilidad de lazo social, es decir, del discurso y con ello se pone fin a la segregación del sujeto psicótico; pero también, conjuntamente con la escucha, se posibilita el tratamiento de ese retorno, la ensambladura del mismo en la trama de un delirio o, al menos, de la ideación delirante, que atempera el sufrimiento de ese goce intrusivo que le posibilita pasar al paciente de “operado” a “caso único” o de “interés científico”.



# Reflexiones sobre violencia y abuso sexual



# La palabra de niños, presuntas víctimas de violencia sexual: ¿qué escucha el psicólogo clínico orientado por el psicoanálisis?

Cindy Ramírez Guerrero

## Introducción

Este artículo nace como resultado de las reflexiones desarrolladas a partir de la *Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica*, las cuales me permitieron reconocer las dificultades que entraña la escucha de niños en edad preescolar, en quienes se presume la vivencia de la violencia sexual, así como el lugar del psicólogo clínico frente al proceso de atención, evaluación y emisión de concepto cuando su labor se desarrolla en instituciones hospitalarias o administrativas, encargadas de restablecer los derechos de los niños; reconociendo que en ambas instancias, el valor que tiene la palabra del psicólogo tiene efectos judiciales debido a que la clínica del abuso sexual, exige la exposición de un saber que dé cuenta del niño, sus síntomas, y la fenomenología acuciante tras la presunta vivencia de la violencia sexual.

Dichos factores, exigieron, poder revisar no solo qué dice la psicología y muy especialmente el psicoanálisis alrededor de la clínica de la infancia, sino también poder entender los cambios significativos que la época contemporánea ha exigido al ejercicio disciplinar, al disponerse en la reflexión de los fenómenos que atañen a la infancia, la familia y las instituciones, lo que conllevó cuestionar ¿cuál es la función del psicólogo clínico al asumir la valoración de un niño en edad preescolar presunta víctima de violencia sexual? Esta pregunta, me orientó a reconocer los diferentes factores controversiales que atañen a la clínica del abuso sexual en la infancia, dilucidando las dificultades alrededor de los dilemas éticos, técnicos, epistemológicos y políticos, puesto que desde la

propia vertiente *psi*, existen diferentes miradas alrededor de la intervención y comprensión ontológica de aquello que ocurre al sujeto y lo que puede hacerse en pro de su bien-estar; sin embargo, este es un punto de inicio, en el álgido compromiso socio político que se demanda del psicólogo al dar cuenta de su evaluación, especialmente cuando conoce de eventos que han puesto en riesgo la integridad o la vida de un sujeto. Lo que me dirigió a un nuevo interrogante: ¿cómo situar la escucha del clínico cuando aquello que opera no es el secreto profesional sino el discurso de los derechos?

Esta nueva pregunta, me llevó a entender que en el marco institucional resulta necesario no solo conocer el lenguaje que se utiliza en las instituciones donde el psicólogo trabaja, sean estas hospitales, comisarias de familia, organismos estatales, entre otras; sino que quien tenga conocimiento de hechos de abuso sexual, debe orientarse por una ética en la que se privilegie la escucha del sujeto, ello es, un reconocimiento de las posibilidades singulares a partir de las cuales cada sujeto se organiza, y se permite adoptar una posición que lo asegure en la exploración de las experiencias, de las que indica ha sufrido o aquellas que le atribuyen otros.

Por lo tanto, la escucha clínica, implica el respeto tanto por la palabra como por el silencio del niño, por sus modos de permitirse contar, narrar, enfermar, resistir y confiar o no, en el clínico; quien al verse en presencia de otro pueda reconstruir no solo la experiencia de su sufrimiento o la producción de su verdad, sino también reconstruir la imagen de sí ante el acompañamiento de quien esté dispuesto a respetar sus ritmos, su tempo psíquico y sus relaciones con la realidad.

A continuación, en este artículo, expondré algunas de las preguntas que se gestaron en mi trayectoria profesional en estamentos administrativos de derechos, así como en la práctica clínica en una institución hospitalaria en la formación como maestrante; experiencias a través de las cuales vi confrontado mi quehacer, los objetivos y límites de la intervención, y los criterios considerados para la elaboración de las conclusiones al momento de emitir un concepto sobre un niño presunta víctima de violencia sexual.

### **Cuando lo que se escucha se convierte en prueba**

La posición del psicólogo y sus decisiones se ven atravesadas por el terreno político jurídico cuando asume la clínica de la violencia sexual, más aún si a quienes escucha son niños, es decir, su responsabilidad civil y profesional,

empieza a operar en el reconocimiento de los discursos del biopoder,<sup>17</sup> siendo elementos que deberá incorporar no solo a su saber sino también a los análisis de las actuaciones que desarrolla. No obstante, es importante mencionar que deberá diferenciar entre el conocimiento que depara el *discurso de los derechos en la protección de los niños* de la posición que adopte en el escenario de la clínica.

Como sujeto político, el psicólogo reconoce las implicaciones de su acción, es decir, el emitir un concepto en su investidura profesional acarrea repercusiones jurídicas tanto para la presunta víctima como para el presunto victimario, en quienes se pretende la evaluación de sus maneras de razonar, de la capacidad de mentir, fantasear, descubrir el goce, que impera tras sus dichos y con estas categorías, entre otras, establecer comprensiones que den cuenta de la realidad psíquica de la presunta víctima al momento de los hechos o de lo que comúnmente se conoce en psicología forense como *credibilidad del relato* (Manzanero, 2001, como se citó en Greiser, 2017).

A partir de este examen, los abogados y jueces esperan encontrar elementos que apoyen conforme los principios del derecho de la sana crítica, las reglas de la lógica y las máximas de la experiencia (Polo y Cabarcas, 2013, p. 79); además de encontrar argumentos para la determinación del juicio condenatorio y con ello la reparación jurídica de la víctima, o por el contrario la absolución. Indiferentemente de la respuesta judicial, las instancias administrativas se encargarán del restablecimiento de derechos de los niños presuntas víctimas, en el que se incluyen las valoraciones sociofamiliares.

Sin embargo, el psicólogo clínico se sabe entregado al sujeto y a las urgencias subjetivas o situaciones que este pueda requerir de su atención; pese a ello, en muchos casos resulta confusa la participación del psicólogo en los procesos jurídicos, sean administrativos o judiciales; tanto que se ha pretendido en la formación disciplinar, así como en la actuación profesional en los contextos de intervención, que quede relegado su campo de acción, como si ello pudiera delimitar qué decir y qué hacer cuando se está en presencia de la atención de otro; por ello, es importante revisar los lineamientos técnicos administrativos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2016a, p. 73; ICBF, 2016b, p. 14), judiciales (Ley 1652, 2013) y legales (Resolución 459, 2012, pp. 46-47),

---

17. Concepto que fuera empleado por Michel Foucault (1991) para referirse en su obra *Historia de la sexualidad*, al desarrollo de técnicas y políticas para tener un dominio y control del cuerpo social, es decir, de las poblaciones y sus cuerpos, de ello devendrá la frase del autor “el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente” (p. 85).

así como los protocolos de atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, p. 119), en los que se diferencia la actuación del psicólogo forense de la establecida por el psicólogo clínico o de otros campos. No obstante, en la mayoría de los casos no se resuelve el asunto sino que estas delimitaciones, antes que salvaguardar al sujeto de la evaluación, así como al psicólogo, generan mayores obstáculos en las dimensiones de la escucha y en los resultados que puedan derivarse de esta; además de presentarse la posibilidad de que el profesional pueda ser convocado a juicio, o rendir declaraciones por efecto de sus intervenciones, independientemente de la instancia donde ejecute su labor profesional.

Es relevante considerar que, independientemente del llamado judicial, el psicólogo tiene un deber con el sujeto y su escucha, dado que su orientación, como lo expone Héctor Gallo (2019),

No se orienta como el investigador judicial, sino que trasciende un interés por conocer la veracidad o credibilidad, y se dirige en acoger la producción de relato del niño así como conocer los efectos que ello genera en su subjetividad. Invitando además a considerar el acto que dicha escucha aloja. (p. 28)

### **¿Qué escuchar cuando se atiende un niño en edad preescolar, presunta víctima de violencia sexual?**

En la clínica psicológica, orientada desde una perspectiva psicoanalítica, se apuesta por la posibilidad de restituir la singularidad, la voz y la elaboración de la experiencia de quien busca un lugar en la escucha; práctica que va más allá del discernimiento de la realidad material o la realidad subjetiva (Freud, 1939, p. 269). El psicoanálisis aloja la lectura que el sujeto tiene de sus vivencias y dimensiona la capacidad representacional no como un esfuerzo claro, espontáneo, lógico y siempre coherente, sino en el que también tiene lugar el olvido, los *lapsus* y se podría agregar lo que Lacan (2005) señala, al decir que “la inteligencia no es más que un afecto entre otros y se funda en la hipótesis de la inteligibilidad” (pp. 72-73), lo que llevaría a interrogarse acerca de ¿qué es lo que lee un niño respecto de su experiencia cuando atraviesa situaciones de trauma, goce o aquellas vivencias que alteran su cotidianidad?

En concordancia con lo anterior, Lacan (2005, p. 84) sitúa que en la relación especular entre el sujeto y el Otro, el sujeto se preguntará por el lugar subjetivo del Otro; siendo este el momento donde la voz será reconocida como el vehículo que da cuenta de la singularidad del sujeto de sus cuestionamientos; explicará

que es gracias a la dimensión del nombre, efecto del lenguaje, a través del cual se delinea un límite, se bosqueja un ordenamiento, que regirá la intersección entre las dimensiones del goce y del deseo (p. 100).

Este reconocimiento del lugar de la palabra y la voz del niño, podrán restituir la singularidad y la elaboración de las experiencias de las que se dice o se le señala ha sido objeto y, sobre todo, estar atentos de acompañarlo para que encuentre los modos para situar una posición a través de la que se permita expresar, en tanto este puede ser presa de capturas fantasmáticas, juicios severos, reproches y percepciones de malestar de las cuales no quiera tener que informar. De Becker (2012) sitúa que “muchos niños se lamentan y desean retractarse, deseando *‘devolver sus palabras’* para intentar, por pensamiento mágico, borrar todo lo demás” (p. 117), evidenciando ello el gran esfuerzo psíquico que implica para el niño dar un trámite a lo vivido y la conjunción de factores afectivos, relacionales e históricos que se conjugan; o por el contrario, se podría encontrar la exposición de fantasías y elucubraciones de lo que cree podría alcanzar diciendo sobre sus experiencias; cabe señalar lo descubierto por Freud (1991a), alrededor de las mentiras infantiles, en su texto titulado con este mismo apelativo, quien advierte que pedir a un niño la confesión por una infracción cometida puede tener una respuesta negativa, ya que para el propio niño resulta inaccesible el conocimiento de las motivaciones que lo condujeron en su actuar, lo que significa que aun la palabra en el infante no escapa a los escollos que contiene la vida inconsciente, fantasías, deseos, goce.

De Becker (2012) plantea que en algunos casos, cuando se tilda a un niño de fabulador o de mentiroso, se debe ser cauteloso con el abordaje y comprensiones que se brinden con respecto de este, dado que dicha exposición puede ser considerada como una respuesta para evadirse de la realidad, por evitar una sanción, un perjuicio o ser un refuerzo narcisístico, con fines agresivos o destructivos.

Podría agregarse, por otra parte, continuado con De Becker (2012), quien, citando a Haesevoets, plantea que la palabra tiene rasgos *selectivos* y *represivos*, y por ello no siempre presenta la posibilidad de emplear el discurso o la palabra como el medio de exposición para dar cuenta de sus experiencias. Por tal razón, el diálogo, entrevista o valoración realizada debe ser un ejercicio que convoque en el psicólogo un genuino reconocimiento de lo que produce para sí, atender experiencias de violencia sexual en la infancia, así como estar presto a comprender cómo se presta a la escucha del niño a través de su postura, las propuestas de juegos, lectura de cuentos, la disposición de sus palabras en el encuentro de la evaluación (Cohen Imach, 2017; De Becker, 2012).

## En la palabra del niño también opera el lenguaje familiar

En la clínica psicoanalítica de la infancia se pone de relieve que tras la escucha del niño acontece la escucha de la familia o de quienes cumplen con dicha función (Lacan, 1988). La importancia de este evento radica en lo que Lacan (2012) señala, al proponer que el niño, o bien opera como un representante de la verdad (síntoma) de la pareja parental o responde a la subjetividad de la madre, lo que entraña que su escucha contiene los vestigios del lugar en el que ha sido dispuesto por parte de su contexto de crianza, o en aquel donde fueron proporcionados sus cuidados y que, en la época contemporánea, convoca la revisión no solo del lugar otorgado a la institución familiar, sino también a las demás instituciones que la sostienen: colegios, la calle, los *mass media* y, por qué no, a las instituciones estatales. No por menos, Éric Laurent (2003), refiere que “no hay niño sin institución” (p. 189).

De manera semejante, Maud Mannoni (1987), retomando algunas consideraciones freudianas, refiere que

La sociedad le confiere al niño un *status* puesto que le encomienda, sin que él lo sepa, la realización del futuro del adulto: la misión del niño consiste en reparar el fracaso de los padres, e incluso en concretar sus sueños perdidos. (p. 7)

Quizás por ello, la respuesta ante el conocimiento de presuntos hechos de violencia sexual ejercidas sobre un niño, trae consigo todo tipo de respuestas por parte de los adultos, poniendo a este en el lugar de sus fantasías, ideales o deseos; emergiendo en consecuencia las manifestaciones del horror, el repudio, la vergüenza, la rabia y, en el peor de los escenarios, dirigiéndose hacia este en una crítica fehaciente al creerles seductores del deseo adulto. En otros casos obrando bajo el estatuto del ideal tras la búsqueda de su *restitución* y *protección*.

Conviene precisar que se debe ser precavido, dado que los caminos del ideal pueden ir en contravía de la seguridad y la confianza que se busca construir con el propio niño. Parafraseando a Éric Laurent (2003), se podría decir que el ideal es el reverso del deseo, quien señala que “en donde estaba el padre en su particularidad, en su falta, en su pecado, aparece el ideal” (p. 198).

Luciano Lutereau (2014), plantea que “es el niño quien suele enseñar al adulto aquello que más le interesa” (p. 17), afirmando que a diferencia de las formaciones del inconsciente que son analizadas en el adulto, divididas estas entre el dicho y el querer decir, en el niño se opera desde la forma de “una puesta en acto” (p. 18), de manera tal que dilucida que para el niño es un interrogante,

un enigma el deseo del adulto; el niño se encuentra fascinado por el saber y el poder que percibe del adulto, quiere llegar a ser uno (Freud, 1992a).

Podría comprenderse porque entre el repertorio de respuestas del niño ante la vivencia de la violencia sexual, dicha experiencia conlleva la perturbación de su pensamiento, provoca que opte por aislarse de la mirada del otro, como un modo de refugio para no pensar, no saber; condición que le debilita y que en otros casos se devuelve en ataques hacia su propio cuerpo (De Becker, 2012; Uribe, 2010). De igual manera, Freud (1992b), explica como las relaciones entre el saber y la investigación sexual infantil devienen producto de la seguridad que el niño descubre de su medio, denotando que el deseo de saber era propulsado por una pulsión sublimada del apoderamiento así como por la inclinación de la pulsión de ver.

Por otro lado, en la valoración infantil, es relevante explorar qué es aquello que el niño reconoce como prohibido, ¿qué funciona como norma?, como un pivote que le protege pero que al tiempo también le brinda un horizonte para indicarle cual es el terreno seguro para que construya sus juegos, sus exploraciones. Spitz (1980) propone que en el psiquismo infantil la constitución del *No* se configura como un organizador que precede a la aparición del lenguaje verbal, el cual gracias a la conquista que el niño ha realizado de su locomoción, descubrirá los anudamientos entre el gesto y la palabra, “para el infante, este movimiento de cabeza se convierte en el símbolo y el vestigio constante de los actos frustradores maternos” (p. 139).

Podría considerarse, como plantea Spitz (1980), que tras los efectos identificatorios ocurre una introyección de lo esperado por el Otro, dicho indicador revela que en la clínica de la infancia no solo es el lenguaje verbal, signo de la evaluación, sino que también lo constituye la organización de la corporalidad, de la mirada, del gesto, de los modos de entrar en contacto con otros.

Parafraseando a Silvia Bleichmar (2016) se podría adicionar, en su revisión del abuso sexual en la infancia, la diferencia que propone en lo que denomina como la intromisión y el abuso sexual, sobre la cual reflexiona que si bien los efectos en el psiquismo son semejantes, en el caso del abuso sexual se distingue por ser una conducta avasalladora, consciente por parte de quien la ejerce al apropiarse del cuerpo del otro como lugar de su goce y es desubjetivante; en tanto, le hace creer a su víctima que su deseo estaba desde una posición sádica, de la cual no tenía dominio más que para aceptar que eso era aquello que buscaba. Es importante señalar lo que rescata Bleichmar (2016): los virajes de los que debe cuidarse el clínico en la intervención se derivan de la lectura o interpretación

que efectúe de lo que acontece en su consultante, ya que “en el cuerpo se ha plasmado un orden de erogeneidad que no es el producto del deseo” (p. 119) en tanto que en la posición asimétrica del saber del analista (en la emergencia del *proton pseudos*)<sup>18</sup> sobre lo que no ha sido elaborado por el paciente, puede reactualizarse la posición de la experiencia abusiva.

## Conclusiones

En la experiencia clínica, evaluando niños en edad preescolar, presuntas víctimas de violencia sexual, se encontró que en sus reportes verbales cada caso debe orientarse para acoger en la singularidad de cada niño, los rasgos de su contexto familiar y cómo opera el lugar de la palabra. Se podría retomar lo aportado por Bleichmar (2016), quien afirma que resulta necesario distinguir entre los efectos de la seducción y el abuso sexual; si bien en el abuso sexual se encuentran presentes los efectos de la seducción, que obedecen a una fantasmática o fantasía, en la clínica al sujeto de la evaluación “la única responsabilidad que le compete es la de su fantasía y no la de la acción realizada” (p. 116).

El psicólogo clínico orientado psicoanalíticamente comprende que, en la evaluación de la clínica de la violencia sexual en la infancia, habrá que estar atentos de las diversas variables que se observan en las relaciones que se tejen entre el niño y su familia, los modos cómo allí han sido constituidas las prohibiciones, diferenciando entre aquello que se espera y se demanda de un niño de lo solicitado de un adulto, lo que opera como sagrado de lo que resulta permitido, categorizando; así como las prácticas del cuidado, de saberes, de trabajos y formas de tramitar el deseo y el goce del grupo familiar que circulan en dicho contexto.

Otro de los aspectos relevantes, deviene de la revisión del ordenamiento familiar o genealógico, en tanto este referente permite situar las diferencias de las funciones y las relaciones de alteridad que se presentan en el grupo familiar. Su no constitución, evidencia los llamados fenómenos de la parentalidad o inversión de roles (Kuitca *et al.*, 2011, p. 293); identificaciones a través de las cuales se espera sean los niños quienes asuman una posición de cuidado de los adultos y vienen a reemplazar los ideales fracturados de los adultos con quienes conviven.

Por último, conviene recordar que, el psicólogo si pretende situarse desde el lugar de los ideales podría estar condenado a fracasar, en tanto su función

---

18. La *proton pseudos* es el nombre freudiano para la verdad como “develamiento” de lo no sabido, un develamiento que se atiene a la lógica del inconsciente (De Castro Korgi, 2016, p. 39).

no es la de reorganizar, modificar o transformar la dinámica familiar según su perspectiva, sino la de situar la condición de cuidados y de escucha que vitalice la experiencia subjetiva del niño y restituya un lugar de dignidad. Al respecto, Bleichmar (2016), advierte que el psicólogo no puede caer en el juego del biopoder y goce que provee la función policial, dado que desde dicha posición se estaría en un servilismo, como en una extensión de brazos de los sectores represivos.



# Lo singular en la vivencia de abuso sexual en una unidad de salud mental: sistematización de experiencias

*Luz Marina Peña Rivera*

## Introducción

El presente escrito tuvo como propósito sistematizar la experiencia de pacientes que ingresaron a la unidad de salud mental en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cali, para fijar la atención en la problemática de abuso sexual, identificando que, si bien, no es el hecho que motiva el ingreso a la unidad de salud mental (USM), si es significativo en la sintomatología de algunas pacientes; puesto que es tomado como punto de referencia en el desencadenamiento de síntomas en su historia de vida; de ahí la importancia de sistematizar la experiencia de abuso sexual en la infancia de mujeres que ingresaron a la unidad de salud mental y reconocer lo singular, en pacientes que han sufrido una situación de abuso sexual, como herramienta de conocimiento que posibilitó analizar los significantes atribuidos a la experiencia traumática de abuso sexual en siete mujeres que asisten al dispositivo de hospitalización en la unidad de salud mental de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cali.

La unidad de salud mental es un espacio importante que permitió profundizar y sistematizar la experiencia de pacientes que habían vivenciado una situación de abuso sexual, donde el dispositivo de escucha psicoanalítica se convirtió en una opción de intervención sobre la diversidad de pacientes con la singularidad de su sintomatología; lo cual no deja por fuera a pacientes que han vivido una situación de abuso sexual, como lo destacan Vera-Molina y Trujillo-Eljuri (2017): es importante reconocer siempre la singularidad del sujeto, así esté inmerso en la generalidad de la intervención médica.

Por su lado, Reyes-Pérez (2012) pone en evidencia que

La noción de traumatismo no es unitaria, es decir, no se refiere a un evento o a un momento del discurso, sino que al contrario, requiere una comprensión doble: Por una parte, incorporar la implicación subjetiva, a partir del discurso de un paciente, y no focalizarse en un evento; por otra parte, se debe involucrar la multidimensionalidad del fenómeno en la clínica, es decir, considerar lo que se puede decir, lo que queda inscrito y lo que resultará imposible a articular. (p. 54)

Este artículo está constituido por cuatro partes: en el primer apartado, se desarrolla el cuerpo teórico del texto desde una mirada psicoanalítica; la segunda parte la sistematización del relato de siete mujeres que vivieron una situación de abuso sexual e ingresaron a la unidad de salud mental; la tercera parte da cuenta de una reflexión crítica en torno a la significación del abuso sexual como hecho traumático, y la última parte, contiene algunas consideraciones y conclusiones a tener en cuenta. Para abordar conceptualmente la problemática, se establecieron algunos derroteros que permitirán una mayor comprensión de esta. En primera instancia, se hará un breve apartado al concepto de singularidad en tanto cobra preeminencia al discurso de estas mujeres y cómo este queda dominado por un hecho traumático; luego, se hará una aproximación al concepto de abuso sexual, el cual se anudará al concepto de trauma desde Freud y Lacan.

### **Las coordenadas de lo singular en una situación de abuso sexual**

La clínica psicoanalítica implica una clínica de la escucha que, en casos como el abuso sexual, representa un reto discernirlo lejos de las demandas penales y reconocer en el sujeto algo que excede los límites de lo simbólico. Darle preeminencia a lo singular de este padecimiento es darle un lugar a la voz de aquel sujeto violentado, callado y amedrentado y que, aún cuando la temporalidad pretenda atenuar la herida provocada, las repercusiones anímicas se hacen patentes. Hablar de lo singular de este discurso que atraviesa a las personas violentadas, representa otorgarles una alternativa de elaborar algo de aquel recuerdo y posicionarse desde otro lugar; reducir quizás algo de la maraña de pensamientos de tal manera que logren ser distinguidos, ello en últimas implicaría un beneficio analítico. Para Lacan (como se citó en Lombardi, 2009), los significantes son los “hilos que sostienen nuestra existencia” (p. 17) y es en el espacio de escucha, a partir de los avatares discursivos y los equívocos del lenguaje como se logra pesquisar algo de aquella trama íntima que produce tal desgarramiento.

En los sujetos que han vivido hechos de abuso sexual se puede identificar un recuerdo incesante que quiere ser olvidado, pero el contacto con el entorno que lo rodea lo lleva de manera azarosa a evocarlo; por esta razón, es importante comprender qué es lo que opera al interior de tal desgarramiento. En este punto, cobra importancia el discurso del sujeto y aquellos significantes que sostienen su existencia. Para Ricoeur (1999), el recuerdo no es solo de aquello que el sujeto ve o siente o aprende; es así mismo, una madeja de situaciones que comprometen al cuerpo propio y al cuerpo del otro, al espacio vivido. Allí se despliega la transición entre la memoria y la identidad y cómo ese cuerpo en ese espacio se subjetiviza o, todo lo contrario, se des-subjetiviza por la marca de un recuerdo siniestro, “en fin, el horizonte del mundo y de los mundos, bajo el cual algo aconteció” (p. 57).

El abuso sexual, en este caso, perpetrado contra una mujer, desde una definición que gira en torno al marco legal establece que es una violencia sexual que implica “cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico, patrimonial por su condición de mujer” (Ley 1257, 2008, art. 2).

El abuso, como es sabido, implica el inducir a una persona hacia conductas sexuales (simples o complejas),<sup>19</sup> sin que esta tenga la posibilidad de negarse bien sea porque se ejerce sobre ellas una manipulación de carácter psicológico o físico. Una de las características preponderantes es el abuso del poder, la víctima siempre ocupará una figura inferior que dará lugar a la materialización del hecho (Ministerio de Protección Social, 2011).

Desde el punto de vista psicoanalítico: el abuso sexual es una “victimización sexual”, entendida como “encuentros sexuales entre niños menores de trece años [...] y personas por lo menos diez años mayores que aquellos” (Finkelhor, 1984, como se citó en Cohen Imach, 2017, p. 51). Según Finkelhor (1984, como se citó en Cohen Imach, 2017), los abusos pueden consistir en “coitos, contacto anal o genital, manoseos o un encuentro exhibicionista” (p. 51).

Según Gallo (1999), el abuso sexual es considerado una forma de maltrato que denota la caída del poder social que se le atribuye a la familia, teniendo claro que desde el psicoanálisis la palabra maltrato se remite a una realidad simbólica y lo físico a una realidad orgánica, donde lo físico no es igual a lo corporal, pues este registro, aparte de los órganos biológicos, implica la construcción y el

---

19. Conductas simples: caricias y proposiciones verbales. Conductas complejas: penetración vaginal, anal u oral.

reconocimiento de una imagen de sí mismo. “Lo corporal es una envoltura de sentido que recubre el organismo físico de lo humano e implica a un ser hablante, con sentimientos ligados a ideas de distintas índoles” (p. 88).

El concepto de cuerpo en una mujer desde la mirada del abuso, tal y como se viene desarrollando, se encuentra atravesado por el significado de ser “objeto de deseo y no sujeto” (Fridman, 2007, p. 195). En este punto, cabe cuestionar las pautas, sean conscientes o inconscientes, de posicionamiento social que erigen una forma de ver (ser-mirada) a una mujer de manera vulnerable, semejante a lo que ocurre con “los colectivos marginados”. Desde esta perspectiva, para Fridman (2007), la violencia sexual es considerada una forma de control social y de fragilización subjetiva de un colectivo.

### **El recuerdo que se hace presente: un “mal encuentro” con lo real**

El trauma fue un concepto de gran importancia para la etiología de las neurosis. Desde allí, se define lo traumático como aquello que indica modificaciones definitivas en el trámite energético de las demandas pulsionales; por ello, cualquier estímulo que supere la capacidad del aparato psíquico de ligarlo con representaciones está asociado al trauma. Freud (como se citó en Fractman, 2005) destaca que

El trauma en sustantivo expresa el daño al aparato como algo interior a él, traumatismo en cambio, como adjetivo, describe algo que se ubica inicialmente por fuera de él y se refiere a la colisión entre un exceso y una insuficiencia, que puede terminar borrando esa diferencia entre externo e interno. Su contenido se refiere a impresiones de naturaleza (o significación) sexual y/o agresiva, y a los daños tempranos del Yo (mortificaciones narcisistas). (p. 213)

No siempre se puede evidenciar un trauma manifiesto en la historia de un sujeto; puede tratarse de una reacción ante un evento, pero el cual pueden procesar y es eso lo que lo enmarca en su singularidad. Para cada caso importa conceptualizar, desde el marco general del psicoanálisis, qué se define como traumático para explicar el efecto que se presenta en el sujeto, ante ello no se puede precisar desde cuándo un ser humano será afectado por un trauma; sin embargo, el período de los dos a cuatro años, signado por la aparición del lenguaje, es el más fértil. El olvido que se presenta por la amnesia infantil solo permitirá la recuperación del recuerdo en forma desplazada, más o menos simbolizada (recuerdos encubridores; Freud, 1896).

Freud (1920, como se citó en Fractman, 2005) refiere para el trauma efectos que se reconocen por presentar un fenómeno diferente al devenir habitual y que él clasifica como:

*Efectos positivos*: los que intentan recuperar la vigencia del trauma, hacerlo “real”, vivenciar su repetición, reviviéndolo en los vínculos actuales. A estos intentos corresponden la fijación al trauma y la compulsión de repetición. *Efectos negativos*: los que no dejan presumir nada de su existencia, no permiten que se recuerde ni se repita nada de los traumas ya olvidados. Sus evitaciones son las que generan reacciones de defensa, dando lugar a las formaciones de compromiso cuando el Yo reacciona contra ellas sin lograr imponerse, como los síntomas producto transaccional que pueden precipitar en inhibiciones y fobias. De estas defensas también derivarán los rasgos anómalos de carácter. Cualesquiera sean estos resultados, el trauma buscará imponerse en forma compulsiva. Para su efectividad desdeñará los reclamos del mundo exterior real, y el sometimiento a las leyes del pensar lógico, aunque pueda simularlo. Son un estado dentro del Estado. (p. 214)

Breuer y Freud (2013), en los inicios entendían los traumas como acontecimientos singulares de la vida adulta capaces de producir afectos desagradables (violencia, asco, miedo, vergüenza), acompañados de fuerte excitación. Ellos pudieron constatar en su registro que estas acciones –mediante un proceso consciente– eran voluntariamente suprimidas, olvidadas o recordadas sin interés. Permanecían enquistadas en el psiquismo alterando el curso normal de las ideas y las relaciones entre ellas. El trauma era la causa única y exclusiva de este proceso que concluía en los síntomas. El trastorno al que daba lugar justificaba una terapia que, utilizando la palabra, aspiraba a la “elaboración” de esas impresiones, promoviendo el esclarecimiento y la expresión de los afectos. Breuer se ocupa de formular una amplia teorización para describir los estados y movimientos de la energía en términos de cargas, antecesora de la concepción de energía ligada y libremente móvil. Freud comparte este lenguaje pero influido por Charcot y con una visión más clínica y técnica, por su cuenta establece: a) el protagonismo de la sexualidad, fundando la teoría de la seducción infantil y b) el papel de la defensa. Estas experiencias se registran para él en dos tiempos: un tiempo inicial, infantil, que contenía el hecho mismo con la realización completa de un acto que imitaba la relación genital de los adultos y que se realizaba sin malestar pero con registro preciso de los estímulos provocados; un segundo tiempo en el que una situación banal con cierta significación sexual o sin ella, sin necesitar de estímulos físicos, actúa sobre el cuerpo pospúber ya

capacitado para la genitalidad, desencadenando por un efecto retroactivo sobre la situación inicial, las acciones de descarga como si se hubieran estimulado los órganos genitales.

De esto deriva una situación de conflicto con la urgencia de la angustia que se antepone, lo que será traumático para el primer momento, afirmando que lo patógeno no es el hecho acontecido sino su recuerdo.

En 1920, tras la realización de los escritos acerca de las neurosis de guerra, reaparece la antigua concepción energética del trauma, donde la pasividad del Yo permite que las excitaciones salgan del aparato con la misma facilidad con las que entraron, dejando arrasadas las representaciones que deben esperar un segundo momento para ser reinvertidas. Mientras tanto queda la facilitación, o sea la posibilidad, de que un estímulo transite por el aparato sin dejar huellas; vale decir, sin dejar memoria ni aprendizaje, quedando así una mayor posibilidad de repetición. En la segunda tópica, la nueva concepción del trauma introduce la reiteración de los sucesos penosos ocurridos a lo largo de la vida personal (Freud, 1920, como se citó en Fractman, 2005).

Es la repetición que compara con las conductas físicas de los ataques motores, secuela de los accidentes en las neurosis traumáticas verdaderas o en las neurosis de guerra. Cuanto mayor sea el trauma, más se producirá por fijación la repetición de los síntomas motores; pueden aparecer en el sujeto los mismos movimientos padecidos pasivamente en el trauma ahora con característica compulsiva y descontrolada, o bien ocurren los síntomas originariamente descriptos para la neurosis de angustia (palpitaciones, taquicardia, sudoración, etc.). Estos revelan la invasión de cantidad proveniente de lo somático con las características clínicas de los síntomas de las neurosis actuales. En el dormir tendremos sueños en los que el contenido manifiesto contendrá repeticiones de lo sucedido (Freud, como se citó en Fractman, 2005).

### *El fantasma que regresa*

Así mismo, es importante tener en cuenta el concepto de trauma que realiza Lacan en el *Seminario 11-Clase 5* (1968).

En el origen de la experiencia analítica, lo real se halla presentado bajo la forma de lo que tiene de inasimilable –bajo la forma del trauma, que determina todo lo que sigue, y le impone un origen al parecer accidental, estamos aquí en el meollo de lo que puede permitirnos comprender el carácter radical de la noción conflictiva introducida por la operación del principio del placer al principio de realidad –aquello

por lo cual no cabe concebir el principio de realidad como algo que, por su ascendente, tuviera la última palabra.

En efecto, el trauma es concebido como algo que ha de ser taponado por la homeostasis subjetivante que orienta todo el funcionamiento definido por el principio de placer. Nuestra experiencia nos plantea entonces un problema, y es que, en el seno mismo de los procesos primarios, se conserva la insistencia del trauma en no dejarse olvidar por nosotros. El trauma reaparece en ellos, en efecto, y muchas veces a cara descubierta. [...] El sueño, portador del deseo del sujeto, puede producir lo que hace surgir repetidamente al trauma –si no su propio rostro, al menos la pantalla que todavía está detrás. Concluamos que el sistema de la realidad, por más que se desarrolle, deja presa en las redes del principio del placer una parte esencial de lo que, a pesar todo es, sin ambages, real. (pp. 21-22)

Lacan (1968) propone que el trauma sea tomado por la vía del fantasma; es decir, tomar el relevo en relación con el deseo; así se debe comprender al fantasma como la primera solución subjetiva al enigma del deseo del Otro, pero en un doble sentido: primero como una articulación testimonial del momento en que el sujeto orienta su deseo en el registro sexual –el plano de la relación al Otro y al objeto del deseo–, y luego como una pantalla que permite mantener a distancia el goce del Otro, un real que sobrepasa al sujeto. Por lo tanto, es el orden del deseo el que permite una regulación u homeostasis subjetiva, que mantiene a raya la desregulación que introduce el goce en la vida psíquica (Lacan, 1962).

En este contexto, el traumatismo se inscribirá entre el fantasma y el goce. Por una parte, el fantasma le dará el soporte articulado, en términos significantes, al trauma, mientras que el goce permitirá situar el “fuera de sentido radical” que el trauma incluye. El traumatismo será “enmarcado psíquicamente” como un exceso de goce, tomando la forma de un forzamiento del fantasma. De este modo, el traumatismo se produce cuando un elemento de la estructura “toca” o “implica” algo del fantasma fundamental, lo cual desencadena un goce que viene a desregular el funcionamiento homeostático de la subjetividad (Lacan, 1962).

Lacan (1968) introducirá el traumatismo como la repetición de una huella que moviliza los afectos del cuerpo. Por lo tanto, el cuerpo y sus afectos determinarán las producciones discursivas en un análisis. Lacan desarrollará una visión de la repetición como *Uno*, donde el goce no se asegurará con el Otro, sino que se manifestará como la experiencia de la subjetividad más radical, lo que tocará lo más profundo de la subjetividad de cada ser hablante (Lacan, 1962).

Cohen Imach (2017) refiere que el efecto traumático de catástrofe que el abuso produce en el psiquismo del niño, genera lo que se denomina destitución subjetiva. Esta forma parte de un proceso en el cual el primer momento correspondería a lo que Freud conceptualiza como susto. Cuando el abuso ya se ha instituido en la vida cotidiana del niño, lo que funciona no es el susto sino el terror: el sujeto sabe que algo terrible va a ocurrir, pero no sabe cómo defenderse o preservarse de ello.

Trauma es aquello que traspasa el límite de lo tolerable, por lo que no cualquier real se vuelve traumático para un niño o un adolescente. Lo verdaderamente traumático sería aquello que queda arrojado fuera del campo del sentido, aquello que no puede ser entendido y que expone al sujeto a un exceso de excitación cercano al dolor (Cohen Imach, 2017, pp. 77-78).

Por su lado, García (2005) plantea que es importante señalar que la oposición entre fantasía y trauma es falsa, ya que el punto no es descubrir si se trata de una u otra, si no pensar que el acontecimiento no necesariamente tiene que ser terrible para que se instituya como traumático. Por ello, el trauma psicoanalítico, a diferencia del trauma médico, no se refiere solo a violencia del acontecimiento, sino también al efecto de sorpresa y extrañeza ya señalado por Freud. Trauma implica, por lo tanto, violencia y sexualidad unidas a la sorpresa y a la extrañeza, que cuando se ligan a lo familiar, se vuelven siniestras, ominosas o inquietantes. Funciona como un elemento extraterritorial dentro del propio sujeto, a lo que Lacan llama *extimidad*. “El trauma, entonces, [y sobre todo en los casos de abuso sexual], no es algo extraño que se enquista, sino algo familiar que se volvió extraño en el encuentro con un acontecimiento exterior” (García, 2005, p. 11, como se citó en Cohen Imach, 2017, p. 78).

De este modo, nos dice Rozenbaum (2008, como se citó en Cohen Imach, 2017), el hecho traumático imposibilitado de ligazón psíquica, no puede encontrar su modo de tramitación, que se traduce en la clínica como un vacío de representación, opuesto al demasiado lleno del síntoma, el acto, el delirio.

## **Sistematización del dispositivo de escucha**

El método de trabajo sigue la propuesta analítica de abordar y rescatar la singularidad del discurso narrado por siete mujeres en el espacio de escucha analítica, recogiendo los efectos de las palabras, sus conexiones y evocaciones que se articularon con la teoría, como resultado de nuevos aprendizajes.

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La *sistematización de experiencias* produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (Jara, 2018, p. 61)

Se sistematiza para facilitar el intercambio de experiencias y lograr una mejor comprensión sobre lo que se ha o se está realizando, con el fin de adquirir conocimientos teóricos a partir de la práctica y mejorarla, con lo cual la sistematización también puede ser una herramienta de gestión; en todo caso, es más que una actividad teórica, descriptiva, de registro o documentación: es esencialmente una escritura reflexiva, ordenada y documentada de los saberes acumulados por la experiencia personal y colectiva (Vasco, 2008).

La sistematización de experiencia descrita en este artículo, se logró a través de la escucha analítica y de la realización de actividades lúdico-recreativas que se convertían en una oportunidad para que los pacientes establecieran contacto con los psicólogos, y se permitieran hablar de lo que ellos quisieran, sin establecer ningún tipo de formato o de entrevista estructurada; el máximo de encuentros con los pacientes fueron de dos sesiones, ya que no se contaba con períodos prolongados de hospitalización.

Tabla 1

Relatos y frases de carácter significantes (considerados más relevantes)

Paciente	Relato	Significantes
Cristina	<p>“Es un diablo que quiere devorársela y yo soy la que estoy al lado organizando mi tumba”.</p> <p>“Me siento muy mal, nada parece ser suficiente, tengo diabetes, presión alta, dolor en un seno, no veo bien por un ojo, y últimamente tengo problemas para orinar y defecar, no se qué hacer con mi vida, porque además hay dos niñas que me persiguen y me dicen que yo puedo hacer realidad mi deseo de morir”.</p> <p>“Estas dos niñas se me aparecen y me dicen que yo si puede matarme, por eso es siempre estoy pensando cómo hacerlo para no fracasar en el intento; en ocasiones imagino que estoy en el semáforo y que cuando cambia a verde me lanzo a la calle, y todos los carros pasan sobre mí”.</p> <p>“Él fue un buen esposo conmigo. Hace trece años falleció por asma. La convivencia con él solo era difícil cuando tenía que tener relaciones sexuales, porque en ocasiones cerraba sus ojos y veía la cara de mi padrastro”.</p> <p>“Anoche estaba hablando con mis compañeras de sala, sobre la situación de abuso, y mis compañeras me dijeron que para que me iba a matar si eso ya había pasado, y yo les respondí que eso no ha pasado que eso lo que hizo fue acabar con mi vida, y me robó todo lo que puede tener una niña: los juegos, una muñeca”.</p> <p>“Esto para mí fue tan traumático, me ocasionó muchos problemas con mi marido porque a él le encantaba el sexo oral y yo... solo veía a ese diablo de mi padrastro con su lengua en mi vagina”.</p>	<p>“Devorársela”.</p> <p>“Nada parece ser suficiente”.</p> <p>“no se que hacer con mi vida”.</p> <p>“Todos los carros pasan sobre mí”.</p> <p>“Cerraba los ojos y veía la cara de mi padrastro”.</p> <p>“Eso no ha pasado. Eso lo que hizo fue acabar con mi vida”.</p> <p>“Yo solo veía a ese diablo de mi padrastro con su lengua”.</p>
Diana	<p>“Esa soy yo. Me siento triste por lo que me ocurrió cuando tenía seis años... usted ya sabe.</p> <p>Ella sabe, porque ella ve, ella siempre está en la casa.</p> <p>¡Si vuelvo haya seguirá pasando lo mismo, lo mismo! Él seguirá abusando de mí.</p> <p>Lo único que tengo en mi cabeza es que mi papá abusaba de mí siempre. Recuerdo que en diciembre era peor.</p> <p>Hoy me siento débil, idébil!, sí sin energía, sin fuerza, destruida por dentro pero no por fuera”.</p>	<p>“Me siento triste por lo que me ocurrió”.</p> <p>“Seguirá pasando lo mismo”.</p> <p>“Recuerdo que en diciembre era peor”.</p> <p>“Destruida por dentro no por fuera”.</p>

Paciente	Relato	Significantes
Miriam	<p>“Yo llegué porque estaba sintiendo una angustia de la nada. ¡Ah!, había olvidado contarle algo: cuando yo tenía seis años, llegó a mi casa un tío, él tenía diecisiete años. Recuerdo que en una ocasión me senté en una silla y comencé a sobar su pene por todo mi cuerpo, por mi cara. El dormía conmigo y todas las noches, yo sentía que, él me sobaba su pene.</p> <p>No, yo no fui capaz de contarle a nadie. Solo sé que a mi hija no la pondría a dormir con nadie y menos con un hombre.</p> <p>No se qué me ocurre, lo que quiero es volver a la Guajira y estar de nuevo con mi familia y tener con quien hablar.”</p> <p>“Estoy aquí porque me siento triste, cansada y aburrída, de no vivir como quiero vivir. Me siento cansada de vivir así, sin vida, sin ganas.</p> <p>Llegan a mi cabeza recuerdos de mi infancia, que me hacen sentir vergüenza, tristeza y enojo conmigo misma. Él se me acerca con su maleta de médico y me dice: “<i>tranquila, nada va a pasar</i>”; yo intento pararme y no logro hacerlo, cuando intento hacerlo me dice: “<i>tranquila</i>”.</p> <p>Todo el día me sentí incomoda, con la vagina mojada. No logro olvidar esa situación, cada vez pienso más en ella, no sé qué hubiera podido hacer.</p> <p>No sé por qué ahora en esta etapa de mi vida, donde tengo otras situaciones que me preocupan, llega este recuerdo a mi mente; a veces hasta intento reconstruir el rostro de esta persona. Me pregunto ¿por qué a mí?</p> <p>Ahora recuerdo que comencé a masturbarme con los peluches y que tenía un perrito, pequeño, y cuando mis padres se iban a trabajar yo lo ponía a que me lambiera la vagina. A mí me gustaba.</p> <p>Son tantas cosas que vuelven a mi mente justo ahora. Quisiera callarme e ir a mi cuarto, pero siento la necesidad de decírselo”.</p>	<p>“Estaba sintiendo una angustia de la nada”.</p> <p>“Había olvidado contarle algo”.</p> <p>“A mi hija no la pondría a dormir con nadie, y menos con un hombre”.</p> <p>“Tener con quien hablar”.</p> <p>“Cansada de vivir como no quiero”.</p> <p>Cansada de vivir así, sin vida, sin ganas”.</p> <p>“Recuerdos de mi infancia que me hacen sentir vergüenza”.</p> <p>“Tranquila”.</p> <p>“No logro olvidar esa situación”.</p> <p>“Este recuerdo llega a mi mente”.</p> <p>“Recuerdo que comencé a masturbarme, a mí me gustaba”.</p> <p>“Son tantas cosas que vuelven a mi mente. Quisiera callarme”.</p>
Lucy	<p>“—Mi amiga se refugió en su familia.</p> <p>—¿En qué se refugió usted? —le pregunto.</p> <p>—En el encierro. Esos hombres me violaron a mí y a mi amiga. Ahí todo acabo..., el mundo acabo”.</p> <p>“Me siento cansada”.</p> <p>“Hay algo que me gusta y es hacer zapatos. Con quien hacía los zapatos era con mi compañero. El mundo acaba”.</p>	<p>“En el encierro”.</p> <p>“Ahí todo acabo..., el mundo acabo”.</p> <p>“Me siento cansada”.</p> <p>“El mundo acaba”.</p>

Paciente	Relato	Significantes
María	<p>“Yo vivo hace dos meses con mi tía, mis dos primos y el esposo de mi tía, antes vivía con mi mamá pero le quitaron la custodia por maltrato. La situación del abuso se conoce porque yo le conté a una amiga del colegio que el esposo de mi tía me tocaba el cuerpo, pero luego se pasó y hubo penetración. Mi amiga le contó a su mamá.</p> <p>No, puedo respirar, me siento sin aire no puedo hablar.</p> <p>Me enteré que mi mamá vino, pero yo no quiero hablar con ella porque me da miedo que me regañe; además, le contó al médico que yo había estado en institución por consumo de sustancias psicoactivas. Lo que mi mamá no entiende es que yo comencé a consumir y a cortarme porque el esposo de mi tía me decía que si yo no hacía lo que él decía, se lo haría a mi hermanita.</p> <p>Tuve una relación de noviazgo pero el problema es que él tiene 28 años, y yo no quiero sentirme como me sentía como cuando el esposo de mi tía me cogía.</p> <p>Siéntate a mi lado para que la psicóloga te explique el porqué no podemos estar juntos”.</p>	<p>“Le quitaron la custodia a mi mamá por maltrato”.</p> <p>“Yo le conté a una amiga del colegio”.</p> <p>“Se pasó y hubo penetración”.</p> <p>“No puedo hablar”.</p> <p>“Si yo no hacía lo que el decía se lo haría a mi hermanita”.</p> <p>“No quiero sentirme, como cuando el esposo de mi tío me cogía”.</p>
Carol	<p>“No me he sentido bien, llevo cinco días de hospitalización pero lo único que deseo es acabar con mi vida, ya no puedo más. Me siento cansada de lo mismo: de ser la fuerte, la que escucha y aconseja a los demás, y no quiero seguir viviendo.</p> <p>Recuerdo que llegó un primo de Medellín a vivir con nosotros, para mi mamá eso era una ayuda económica, pero este muchacho comenzó acosarme; me decía cosas, me manoseaba el cuerpo, y yo sentía muchísimo miedo, pero las cosas no pararon ahí, me obligó a que le hiciera muchas cosas, hasta que llegó un día que me violó.</p> <p>Nunca le conté a nadie, nada, mi mamá siempre decía, y aun me lo saca en cara, que ella no conseguiría marido, ni me pondría padrastro para que no me hicieran daño, entonces no le digo nada porque se daría cuenta que su sacrificio no sirvió para nada.</p> <p>Odio los ríos y nunca voy a ellos.</p> <p>Tuve una infancia difícil, esos recuerdos llegan a mi mente y solo deseo morir.</p> <p>Recuerdo que el pastor de la iglesia en una ocasión fue arreglarse las uñas y comenzó a decirme muchas cosas, yo me sentía presionada. Me decía que tenía que estar con él para poder crecer en el ministerio de Dios. Me convenció y yo caí, ahora no entiendo, pero le juro yo nunca quise estar con él, él me obligó.</p> <p>Yo no la quiero. Tiene dos años pero, verla es verlo a él”.</p>	<p>“Lo único que deseo es acabar con mi vida, yo no puedo más”.</p> <p>“Yo sentía muchísimo miedo”.</p> <p>“Odio los ríos”.</p> <p>“Esos recuerdos llegan a mi mente”.</p> <p>“Me lo saca en cara: ella no conseguiría marido ni me pondría padrastro para que no me hicieran daño”.</p> <p>“Él me convenció y yo caí. Me obligó a estar con él”.</p> <p>“Verla es verlo él”.</p>

*Nota.* Recortes de relatos extraídos de entrevistas en un hospital público de tercer nivel.

## Lo que se tramita en la escucha

La escucha analítica lograr resaltar la singularidad del trauma ante el abuso sexual. Vale la pena anotar que en las viñetas clínicas, las siete mujeres vivieron la situación de abuso sexual y, como refiere Freud (1896), lo patógeno no es el hecho acontecido sino su recuerdo; recuerdo que comienza a operar como ese hecho traumático que retorna a la actualidad de sus vidas, como un recuerdo fijado en el presente que deja un psiquismo marcado y huella en el cuerpo, y muestra de ello es lo que refiere Cristina cuando expresa: —*eso no ha pasado. Eso lo que hizo fue acabar con mi vida*—, o Miriam cuando dice: —*recuerdos de mi infancia que me hacen sentir vergüenza*—; expresiones que permiten afirmar que no fue una situación que aconteció y ya, es un hecho que cobra significación importante en la vida de cada una de estas mujeres porque no fue olvidado, sino más bien silenciado y que como lo refiere Freud el trauma indica modificaciones definitivas en el trámite energético de las demandas pulsionales, demandas enmarcadas en el transcurso de sus vidas, y que se ven representadas con la búsqueda de un dispositivo de hospitalización donde cubren u obturan el deseo de sentirse mejor ya que no han logrado tramitar ese hecho del pasado.

Un hecho traumático como lo es el abuso sexual, que ha tocado la intimidad de cada una de estas mujeres, origina una experiencia del dolor que toca y atraviesa no solo sus cuerpos, si no su intimidad y las diferentes áreas de su vida porque no terminan de sentirse completas ni satisfechas con lo que hacen, lo cual se evidencia en los síntomas que presentan, ideas de muerte persistentes, pasajes al acto que han puesto en peligro sus vidas, acompañados de discursos con los que afirman y describen sus sensaciones frente a la vida, por ejemplo: Cristina: —*nada parece ser suficiente. No sé qué hacer con mi vida*—; Nely: —*estaba sintiendo una angustia de la nada. A mi hija no la pondría a dormir con nadie, y menos con un hombre*—; Miriam: —*cansada de vivir. Cansada de vivir así, sin vida... sin ganas*—; Lucy: —*ahí todo acabó, el mundo acabó. Me siento cansada. El mundo acaba*—; Diana: —*me siento triste por lo que me ocurrió. Sin fuerza, destruida por dentro pero no por fuera*—; Carol: —*lo único que deseo es acabar con mi vida, yo no puedo más*—.

Expresiones cargadas de significados de sus propias historias, que se traducen en significantes donde cada una de ellas se ve representadas, significantes que les anclan de manera inconsciente, puesto que las lleva a tomar decisiones e involucrarse en acciones de goce, un goce propio, que resultan ser una repetición del dolor. Como lo afirma Lacan, significantes que se combinan en cadenas de significantes, “la noción de estructura y de Significante parecen inseparables” (Evans, 2010, p. 177); los cuales están constituidos por lo simbólico y lo simbólico

pareciera ser ese paso al acto, que las lleva a pensar que la muerte es la única forma en la que todo acabará y desaparecerá de sus mentes y de sus recuerdos.

Retomando a Lacan (1962), quien propone que el trauma será tomado por la vía del fantasma, que tomará el relevo en relación al deseo; comprendiendo al fantasma como la primera solución subjetiva al enigma del deseo del Otro, pero en un doble sentido: primero como una articulación testimonial del momento en que el sujeto orienta su deseo en el registro sexual —el plano de la relación al Otro y al objeto del deseo—, y luego como una pantalla que permite mantener a distancia el goce del Otro, un real que sobrepasa al sujeto. Por lo tanto, es el orden del deseo el que permite una regulación u homeostasis subjetiva, que mantiene a raya la desregulación que introduce el goce en la vida psíquica (Lacan, 1962). Al llegar a este punto se hace necesario indicar que, si bien, las mujeres referidas en las viñetas sufren, es importante comprender que el trauma también generó un “goce”, el cual no se logra develar en su lenguaje, pero es comprendido a través de esa articulación testimonial en el momento que ellas centran su atención y orientan su deseo en el registro sexual.

Es importante indicar que el abuso sexual en las mujeres que representan cada una de estas viñetas ha cobrado una implicación a nivel emocional y físico, puesto que los sentimientos de tristeza, desesperanza, frustración, pérdida de sentido ante la vida son inocultables, y la evocación dolorosa transcurre a lo largo de sus vidas, y según lo narrado por cada una de ellas, el recuerdo, su evocación oscura las hace sentir diferentes, diferentes en la medida que pareciera que surge un extrañamiento que las hace querer encajar en el mundo; mundo en el que ellas sienten que algo falta, que alguien les quitó eso que solo era de ellas y las sumerge en un dolor anímico profundo que las ha llevado a perder el interés de la propia vida. El sentimiento de imposibilidad ante la vida, de querer o desear no continuar o, como algunas refieren —*no merecer vivir en este mundo*—; ante ello es posible sospechar que la experiencia de abuso sexual en la vida de estas mujeres claramente es un hecho que ha dado lugar a la sintomatología que presentan actualmente; no en vano cada una de ellas expresó, la situación de abuso sexual que vivió, traspasándolas, transgrediendo los límites discursivos, sobrepasando lo corporal y mental, como lo afirma Cohen Imach (2017): “lo verdaderamente traumático sería aquello que queda arrojado fuera del campo del sentido, aquello que no puede ser entendido y que expone al sujeto a un exceso de excitación cercano al dolor” (p. 87).

Las diferentes viñetas han permitido evidenciar lo singular del trauma en cada una de las mujeres, singularidad que se ve representada en sus historias

de vida, en sus experiencias, sobre cómo cada una de ellas ha significado el hecho traumático.

## Conclusiones

El dispositivo de escucha analítica es un espacio al que debe abrirse un camino en las unidades de salud mental, puesto que le permite a los pacientes hablar de lo que les aqueja y perturba y de aquello que regularmente no suelen hablar porque se les cuestiona acerca de su sintomatología actual, dejando de lado la historia que atraviesa su discurso contemporáneo. La sistematización de experiencias desarrollada en este artículo ha permitido comprender que las pacientes que han presentado alguna situación de abuso sexual en su historia de vida, desencadenan síntomas que se encuentran encauzados a partir de ese hecho traumático, el cual no han logrado elaborar; no obstante, al brindarles un dispositivo de escucha, logran poner en palabras lo que les acontece y las invita a que se hagan responsables de la demanda que realizan al dispositivo hospitalario, que va más allá de una cura farmacológica.

Plantear un dispositivo de escucha analítica se hace realmente importante en los resultados de esta sistematización, ya que sobresale la importancia puesta en los casos y la poca importancia que se le prestó a la palabra de estas mujeres y sus historias, como un hecho que les hubiese permitido profundizar en aquella experiencia de vida que les ha generado dolor y múltiples implicaciones a nivel emocional; las cuales están enmarcadas en sentimientos de tristeza, desesperanza sumado al deseo de morir, solución que pretende dar fin al incesante recuerdo del hecho traumático en sus vidas. Estos síntomas claramente indican que existe un conflicto psíquico como respuesta al hecho traumático, al cual es importante brindarle un dispositivo de escucha que las lleve a hacerse conscientes de las resistencias que las mantiene ancladas al padecimiento sintomático que les impide reconocerse en tanto un cuerpo que puede gozar; en lugar de ello, padecen con el cuerpo y con su psique.

El dispositivo de escucha analítica también permitió evidenciar la singularidad en el discurso de estas mujeres, además posibilitó develar un saber sobre la singularidad de su síntoma; aquellos vestigios en el cuerpo que se esconden tras un discurso incoherente o evidencian el desgano de vivir, se cubren en el fármaco que adormece o en el olvido, o surge el recuerdo incesante que imposibilita el vínculo con el *partenaire*. Es en este punto, donde la escucha analítica puede llevar a que el sujeto haga algo diferente con los síntomas que le anteceden y reescribir su historia.



Las implicaciones del  
psicoanálisis en el lazo social y  
la subjetividad de la época



## El concepto de patología social frente al descontento colectivo

John Alexander Quintero Torres  
Andrés Mauricio Sabogal Vargas

*Apártate de ahí que me tapas el sol.*  
Diógenes.

El malestar en la cultura se nos presenta de múltiples maneras, desde las más repudiadas por su violencia y denegación de la vida hasta aquellas que pasan por la autoagresión para dar fin al propio sufrimiento, tal como ocurre en el suicidio. Estas formas de expresión del malestar connotan un descontento colectivo que se caracteriza por su multicausalidad, pero que parecieran tener en sus motivaciones un núcleo común relacionado con la imposibilidad de *realización* de las búsquedas que dan sentido a la existencia. Esta dimensión de realización del ser humano ha de ser leída allende a lo puramente fisiológico, ya que no solo concierne a las necesidades que se satisfacen con objetos independientes a él, por ejemplo: los alimentos, sino que también involucran la fantasía, facultad propia de la condición humana que media los lazos sociales; también hay en la dimensión de realización del ser humano, un componente político en juego dado que “*intenta imponerse sin tener en cuenta el lenguaje y el inconsciente del otro y exige ser reconocida absolutamente*” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 97).

¿Cuál es esa dimensión de realización que se diferencia de la satisfacción de la necesidad y de la demanda? Esa dimensión no es otra que la del *deseo*. En *El proyecto de psicología* (1992a) y *La interpretación de los sueños* (1991a, 1991b), Freud comentó en reiteradas ocasiones la *experiencia de satisfacción* en la cual encuentra su fuente el deseo, comprendido como una vivencia que está un paso más adelante de la *satisfacción de las necesidades* primeras del organismo viviente. Podríamos decir, en cierto sentido, que la satisfacción de aquellas necesidades

catapulta la emergencia del *deseo* como experiencia que dinamizará en lo sucesivo la vida de un sujeto.

Tenemos, entonces, dos dimensiones grandes involucradas en nuestra reflexión: una concerniente a los fenómenos sociales, que implica la política, y otra relativa a la vida individual; aunque son susceptibles de ser diferenciadas, en la lectura psicoanalítica se imbrican de un modo tal que propician afirmaciones como “el inconsciente es la política”, introducida por Lacan (1981, p. 166) en su seminario sobre la lógica del fantasma. Abordarlas por separado conduciría a sesgos como el de escindir la práctica clínica de la reflexión política, en tanto que gobierno que el clínico es invitado a ejercer sobre el deseo de un otro a título del saber disciplinar que este le supone; saber que por demás es legítimo. Esto es fundamental en el propósito de dar cuenta del cómo se articulan las categorías: *patología, descontento social y realización del deseo*.

Freud (1992b), en la introducción de *Psicología de las masas y análisis del yo*, menciona, en esa misma línea, lo siguiente:

La oposición entre psicología individual y psicología social o de las masas, que a primera vista quizá nos parezca muy sustancial, pierde buena parte de su nitidez si se la considera más a fondo. Es verdad que la psicología individual se ciñe; al ser humano singular y estudia los caminos por los cuales busca alcanzar la satisfacción de sus moliciones pulsionales. Pero sólo rara vez, bajo determinadas condiciones de excepción, puede prescindir de los vínculos de este individuo con otros. (p. 67)

Dicho esto, podemos avanzar en nuestro propósito subrayando la tesis de que la satisfacción es vehiculizada por la pulsión *Trieb* y que su cumplimiento (realización) está condicionado a los vínculos entre individuos; es así como se erige el cuerpo social. Diremos entonces que, tras los fenómenos colectivos como el descontento, hay algo relacionado con los trazos que sigue la satisfacción pulsional y con ella el deseo, que es importante dilucidar. No antes, sin advertir que el término “*Trieb* no puede limitarse en modo alguno a una noción psicológica, es una noción ontológica absolutamente originaria, que responde a una crisis de la conciencia que no nos vemos forzados a delimitar plenamente pues la vivimos” (Lacan, 2007, p. 157).

Consideramos que hasta este punto están situadas las bases conceptuales mínimas para afirmar que el cuerpo social es un espacio donde se disfruta la vida, pero también un lugar donde se sufre por causas ontológicas relacionadas con los vínculos, sus modelos normativos, sus sistemas de creencias y los artificios

fabricados y reproducidos culturalmente. En esa matriz compleja de entrecruzamientos en los que está envuelto el individuo, se generan las restricciones y posibilidades de la realización de sus búsquedas, su deseo.

El encuentro entre Alejandro Magno y Diógenes, que ha sido representado en lienzos, esculturas y documentos históricos, es una anécdota que más allá de su interrogada veracidad dejó su huella en el mundo literario y filosófico. A nuestro criterio, logra ilustrar el espacio político del deseo y su posibilidad de alojarse en el circuito del lenguaje. Alejandro, representante por antonomasia del poder de su época, es “apartado” en su ciudad por Diógenes, exponente de la escuela cínica, en la que se consideraba que la realización de la felicidad en la *civilización* se obtenía por medio de la práctica de un riguroso ascetismo. Miremos uno de los registros que se conocen de este diálogo:

Alejandro: quería demostrarte mi admiración. Pídemelo que tú quieras, puedo darte cualquier cosa que desees.

Diógenes: por supuesto. No seré yo quien te impida demostrar tu afecto hacia mí. Querría pedirte que te apartes del sol. Que sus rayos me toquen es, ahora mismo, mi más grande deseo. (Buenos Aires Ciudad, s.f., párr. 1)

Lacan (1981) introduce la referencia a Diógenes en *La lógica del fantasma* durante su disertación sobre las tesis planteadas por Bergler acerca de las neurosis y el triple mecanismo en la oralidad, el cual parte del deseo masoquista de ser rechazado. Allí, el autor alude a lo político respecto de aquellas ganancias de satisfacción implicadas en el rechazo, recordándonos al menos dos asuntos que no hay que perder de vista en la clínica: la lógica que articula los lazos sociales y la condición (lógica) que soporta el rechazo; para *ser rechazado* es esencial que él mismo (neurótico) se ofrezca. Es en ese horizonte de pensamiento, digámoslo nuevamente, que Lacan (1981) afirma que “el inconsciente es la política” (p. 166).

Hablar de la dimensión de la realización del deseo individual, en un sentido amplio, implica contar con la posibilidad de afirmar en el cuerpo social la propia existencia desde las motivaciones identitarias más singulares, a condición de que estas estén alineadas con el respeto por la vida de los otros.

Es en este momento del planteamiento donde el concepto de patología anima el debate, dado que con Durkheim se fortaleció la tesis que vincula lo patológico a aquello que contradice las tendencias generales del comportamiento de los individuos en una sociedad; veremos, como la patología en el cuerpo social no responde estrictamente a los criterios de una media aritmética, sino al su-

frimiento derivado de las restricciones que circulan al interior de los vínculos que sofocan los caminos de realización del deseo. Nos referimos aquí al deseo en su acepción psicoanalítica, es decir, como deseo del inconsciente, pero esto no excluye necesariamente la concepción quizás más común del término en la que se entiende el deseo como un anhelo o aspiración de algo. La clínica enseña que en el espacio psíquico entre ellas hay relaciones de vecindad, continuidad y límite que serían materia de un abordaje argumentativo propio. De este modo, podemos establecer que el descontento colectivo no es un asunto de individuos, en el sentido fuerte del término, sino un asunto de sujetos.

En este orden de ideas, el derrotero que se sigue en el presente texto tiene como epicentro la conjunción entre lo individual y lo colectivo por medio del uso de categorías como singularidad, individualidad, sujeto, identidad, norma(l), cuerpo social, deseo y reconocimiento, lo que nos permiten aproximar, desde cuatro líneas, una perspectiva de entendimiento sobre el fenómeno del descontento social y lo patológico, a través de premisas y preguntas que animen nuevas reflexiones y, sobre todo, nuevas disposiciones subjetivas que impacten los modos en que conducimos nuestros vínculos con los otros y como los alojamos clínicamente. Los cuatro ejes son: 1) el descontento en el cuerpo social; 2) ¿por qué hablar de patología social?; 3) relectura de la noción de patología en la comprensión del malestar social y 4) el malestar social y la pulsión de muerte. El texto termina con un quinto apartado en el que se busca reivindicar una prospectiva del debate entre clínica y política, respecto al cual no hay ideas concluyentes. Lo cierto es que es un tópico de discusión muchas veces ignorado y en consecuencia poco abordado en la contemporaneidad, aunque no desconocido por Lacan y otros autores (Calle Madrid y Duque Silva, 2016; Dunker, 2021; Guattari y Rolnik, 2006; Lacan, 1981; Mendes *et al.*, 2014; Vappereau, 2010).

## **El descontento en el cuerpo social**

Desde la época moderna se empezó a considerar que la actividad de una nación transcurre de manera semejante al funcionamiento de un gran organismo viviente, en el cual se asume que las instituciones cumplen tareas específicas para favorecer la estabilidad y buen funcionamiento del cuerpo social.

En esta perspectiva, la vitalidad del cuerpo-Estado se evalúa por la fortaleza de sus instituciones; les supone un ejercicio de poder capaz de llevar a cabo tareas de vigilancia y control. En las sociedades democráticas, por definición, este ejercicio de poder no es autodeterminado por un individuo –como ocurre en sociedades dictatoriales–, sino que se encuentra ramificado y en teoría regulado por el pueblo (Lefort, 1990) que encuentra en las instituciones una forma de

realización de su organización (Honneth, 2014). Sin embargo, esta expresión de realización se ha visto truncada en el mundo contemporáneo por sus reiterados desacoplamientos de las realidades sociales, lo cual ha propiciado que se interrogue en muchos casos la legitimidad moral de las instituciones, mientras continúan ejerciendo su encargo. La metáfora orgánica del funcionamiento social es una manera de interpretar el surgimiento de principios desde los cuales las sociedades modernas empezaron a determinar las fronteras entre lo normal y lo patológico.

El sociólogo francés Émile Durkheim, en su comprensión sobre los hechos sociales, relaciona los términos *normal* y *patológico* de un modo que lo normal es entendido desde la congruencia manifiesta entre el comportamiento de los individuos y las normas sociales establecidas, y lo patológico como una desregulación de aquella relación de congruencia (Durkheim, 2016a). Una sociedad “normal” sería aquella donde la mayoría de sus individuos conservan su conducta en el marco del esquema normativo adoptado colectivamente. De lo anterior se deriva que una patología social vendría a constituirse cuando hay un desvío en la tendencia generalizada de las conductas. En palabras del autor se dirá que lo normal son los hechos que se presentan bajo las formas más generales y que se dará el nombre de mórbidos o patológicos a los otros (Durkheim, 2016a)

La raíz de esta visión orgánica de la sociedad ha de rastrearse en la medicina social que se desarrolla en el siglo XIX, pero que afirma sus bases en las prácticas de gobierno implementadas en el siglo XVIII por medio de las cuales la salud y el bienestar físico de la población se convirtieron en categorías centrales de los objetivos políticos y económicos (Foucault, 1994). Dicho propósito, no apareció movido por un interés humanitario o altruista, sino que surgió como parte de una estrategia de gobernar para fortalecer los proyectos económicos nacionales, dado que el enriquecimiento de las arcas de la nación dependía del buen estado de la fuerza de trabajo representada en la persona del trabajador.

De acuerdo con Michel Foucault, es así como la medicina empieza a erigirse también como una disciplina administrativa en el sentido que asume la misión de rastrear y vigilar el estado de salud y bienestar de la población productiva, es decir, al obrero, al proletario, ya que en ellos reposa el florecimiento de la economía del cuerpo social. Visto así, para el Estado el centro de interés no es la persona del trabajador, sino su propia fuerza y vitalidad obtenida de la actividad productiva de aquellos; es por eso que los discursos y prácticas relacionadas con patologías sociales son, desde el punto de vista de las sociedades disciplinares, prácticas de gobierno y no de salud en el sentido estricto del término.

El concepto de patología social resulta entonces indisociable de estas nuevas estrategias de gobierno en las cuales el saber médico apalanca modalidades de gestión de la vida y de los cuerpos, motivo por el cual hablar de “patología social” es resultado de un proceso histórico en el que “el médico se transforma en un gran consejero y en un gran experto, no exactamente del arte de gobernar, sino del arte de observar, corregir y mejorar el cuerpo social manteniéndolo en un estado permanente de salud” (Foucault, 1994, p. 23).

Desde una perspectiva orgánica, el malestar en el cuerpo social pareciera que solo será tenido en cuenta en la medida que se exprese de forma tal que interroge las dinámicas que hacen del sufrimiento una condición normal de la vida social. Entretanto, el descontento seguirá siendo una derivación de la tensión que se produce entre las búsquedas individuales de realización de la vida y las exigencias de cohesión que surgen de las dinámicas de regulación que se organizan al interior de los vínculos bajo la forma de sistemas de creencias y esquemas normativos de acción. Mientras que el malestar social permanezca en el ámbito individual, diseminado, sin ser interrogado, seguirá siendo atendido por una visión profiláctica del ordenamiento social.

El problema de esta visión y funcionamiento del cuerpo social consiste en que el interés por estar cerca o estar en los órganos privilegiados para el ejercicio del poder, va de la mano del desprecio por aquello que representa una amenaza para la estabilidad del cuerpo. Es decir, entre más facultades se tengan para ejecutar prácticas de control, mayor puede ser la disposición a proceder en contra de la exclusión o a favor de ella. Por eso, las expresiones de descontento que incomodan el equilibrio del cuerpo social suelen ser atenuadas con recursos coercitivos y no con acciones que propicien la modificación de los esquemas normativos que provocan el malestar. La modificación de los esquemas normativos suele ser interpretada como falta de gobernabilidad o como debilitamiento de la institucionalidad. Dicho de otro modo, se mostraría como un cuerpo social débil.

## **¿Por qué hablar de patología social?**

Una de las razones que motivó el uso de la categoría de patología fue la necesidad conceptual de situar su relación de continuidad y límite con la significación que la enlaza a la nosología médica. Desde el surgimiento del pensamiento moderno el sufrimiento humano producido por las condiciones derivadas de las patologías estuvo asociado a causas biológicas y tratamientos cuyo fin era restituir o aliviar la disfuncionalidad orgánica detrás de él (Quintero-Torres, 2017). Esa lógica histórica del manejo de la enfermedad, se hizo extensiva a la enfermedad mental y, en general, al tratamiento de las dolencias del del cuerpo y el alma. De ahí se

desprende la importancia de hacer ver que las patologías médicas pueden estar acompañadas de experiencias de dolor y sufrimiento, pero sin dejar de advertir que no todo sufrimiento es en sí mismo patológico.

Si esta premisa la llevamos a una lectura posible de la realidad social latinoamericana, podemos reconocer la existencia de una historia sufriente que nos permite hablar de la configuración de una patología social desde coordenadas contrarias al sentido médico y moderno del término. Esto es, lo patológico entendido desde las restricciones que se forjan al interior de los vínculos relacionales para obstaculizar aquellas formas de realización de la vida individual disonantes y no desde la lógica numérica y estadística que atribuye el carácter de patológico solo a la tendencia generalizable (como se observa en el modo en que se conciben los manuales diagnósticos en donde se definen cuadros clínicos estables utilizando el criterio estadístico).

A modo de ilustración, diremos que en las últimas tres décadas la sociedad colombiana ha experimentado la frustración que produce el fracaso de los que pudieran considerarse sus intentos más vigorosos para la consolidación de un proyecto de país por fuera de sus principales problemas: narcotráfico, conflicto armado y corrupción.

Estos intentos por revertir el malestar colectivo se vieron reflejados en esfuerzos como la movilización social que condujo a la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, la creación de marcos jurídicos que abrieron caminos para la desmovilización de miles de excombatientes de grupos armados ilegales y el Acuerdo de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el país continúa su histórico deterioro social cuyos síntomas más notorios son las múltiples formas de violencia, el incremento de la pobreza y el descontento social (Quintero-Torres, 2019a).

Los esfuerzos por trazar un horizonte distinto para el país han estado orientados hacia la instauración de nuevas bases normativas con la expectativa de dar lugar a un modelo de sociedad incluyente en el que los ciudadanos, independientemente de sus posturas políticas e ideológicas, tengan la posibilidad de realizar sus vidas conforme a sus convicciones.

Sin embargo, lo que ha sucedido es exactamente lo contrario; recrudecimiento de violencias, agudización de modos de espoliación en las dinámicas de producción, normalización de modos de exclusión y un modelo de operación de justicia que se ve superado por las demandas sociales y desacoplado de las realidades contextuales, lo cual ha conducido a su ralentización y a la profundización de la desconfianza en la institucionalidad. Pudiésemos pensar en cierto sentido,

junto con Honneth, que la generación de un horizonte normativo de la vida social no puede reducirse a los problemas de implementación de un aparato judicial capaz de responder a la totalidad de las demandas. El eje ha de ser el reconocimiento social de los modos de identificación y determinación de realización de la vida de un sujeto mismo, que no debe estar supeditado a la lista de espera de atención del aparato judicial o por un sistema que lo resuelva a través de decretos y burocracias.

El reconocimiento social ha de ser el modo en que se legitimen los criterios subjetivos que llevan a un sujeto a asumir con convicción, por ejemplo, roles como el de un líder social, activista político o integrante de una determinada comunidad minoritaria, sin que su destino sea la estigmatización, la segregación o la muerte. El reconocimiento es, a la vez, deseo de reconocimiento del sujeto, se sostiene en él (Lacan, 2016).

Cada sociedad define los requisitos y exigencias con los que evalúa y juzga lo que considera justo e injusto, lo que considera normal y anormal, pero lo que es importante decir, es que en ese camino definitorio se pueden extraviar las condiciones sociales necesarias para dar lugar a auténticas experiencias de realización singular; condiciones que, en últimas, se convierten en el verdadero camino para la legitimación de las normas sociales.

Estas condiciones tienen que ver con el conjunto de normas tácitas y explícitas, con el conjunto de instituciones capaces de permitir la plena afirmación del desenvolvimiento de las personas en la escena social. Se trata de garantizar “el bienestar de los individuos en la medida que estos entran en el cuadro de posibilidades de la sociedad” (Safatle *et al.*, 2018, p. 18).

## **La noción de patología en la comprensión del malestar social**

El concepto de normalidad en Durkheim es, como en la tradición médica y psicológica moderna, una derivación de la idea de media aritmética. Es un concepto que descansa sobre el argumento de que un desvío cuantitativo marca un problema de exceso o de falta con relación a una norma general previamente establecida; dice Durkheim (2016b) que “lo mórbido es a lo anormal en el orden de la fisiología tal como lo teratológico es a lo anormal en el orden de la anatomía” (p. 101). Por razones como la anterior, para Durkheim el suicidio y el crimen no son patologías sociales, sino una desregulación en la adherencia de los individuos a las normas sociales establecidas. La categoría determinante en Durkheim es la *anomia*.

Safatle *et al.* (2018) en su crítica a Durkheim, mencionan que frente a los suicidios es como si la sociedad mostrara su predominio y fuerza ante el individuo (como en los suicidios altruistas) o como si ella se fortaleciera en contra de un individualismo excesivo (como en los suicidios egoístas). Es decir, la media estadística de la normatividad social se erige como referente, como criterio estándar para determinar la frontera entre lo normal y lo patológico. Por este motivo, el concepto de *anomia* emerge en el pensamiento del sociólogo francés como patología social por excelencia, pero una cosa es importante decir al respecto, si para Durkheim:

Ni el crimen ni el suicidio son, en sí, patologías sociales, es porque el concepto no se refiere a fenómenos sociales específicos que encuentran su lugar en el desenvolvimiento dinámico de la vida social y que, por la vía negativa, refuerzan sus sistemas de creencias. O sea, no son solo simplemente desvíos con relación a la norma, sino una desagregación de la fuerza de reproducción de la vida social". (como se citó en Durkheim, 2018, p. 16)

De esta manera podemos problematizar la visión casi paradigmática que atribuye a los modelos normativos y estrictamente disciplinares la virtud de encaminar las transformaciones que se precisan en nuestra sociedad. Las normas sociales no son capaces de acoger e interpretar las demandas y comportamientos individuales y fundamentar funciones sociales para cada sujeto, de modo tal que sus vidas logren una auténtica realización. Se trata, por tanto, no de convertir lo social propiamente dicho como objeto de la crítica, ni mucho menos de renunciar al establecimiento de normas que procuren mínimos de cohesión, sino de abrir paso al reconocimiento como vía para la afirmación de la vida, sin que la media estándar sea la regla general.

Es Honneth (2011) quien recupera el concepto de patología social presente en el pensamiento de Rousseau con el término *alienación*. Siguiendo a Honneth, la noción de *alienación* debe ocupar un lugar privilegiado en el análisis del malestar de la cultura contemporánea, porque ella es el paradigma de las condiciones con las que se muestra la patología social. Tales condiciones están relacionadas con procesos de socialización que niegan a los sujetos la posibilidad de desenvolvimiento de su singularidad y no precisamente con los desvíos comportamentales alrededor de la norma social. En consecuencia, Honneth (2014) abre el camino para pensar la dimensión de lo patológico como una categoría que puede estar más allá del dominio exclusivo y circulación de campos como la psiquiatría, psicología o la sociología. Ciertamente, su perspectiva permite desambiguar la comprensión de los vínculos sociales de aquella visión orgánica de la sociedad,

cuyos brotes conflictivos y desregulaciones se comparan con enfermedades que se derivan del desacoplamiento a determinado modelo normativo.

Hablamos entonces de espacios sociales que obstaculizan el desarrollo de la singularidad como un eje de reflexión que actúa en contra de la tendencia existente a reducir la explicación de los fracasos sucesivos de una sociedad a cuestiones normativas y de justicia (Quintero-Torres, 2019b). Es cierto que para toda sociedad es importante que las instituciones que imparten justicia, con sus requisitos y exigencias, lo hagan a cabalidad. Pero, de lo que se trata es de reconocer que la manera como una sociedad juzga y evalúa sus propios conflictos no siempre permite propiciar entornos para la realización del sujeto.

En este punto, es importante recordar a Hegel en cuyo pensamiento aparece el concepto de *Entfremdung* (que significa *alienación*) pero, según Honneth, desarrollado en un sentido contrario al que presenta Rousseau en su obra. En Hegel, la idea de *alienación* está ligada a una exacerbación del individualismo y a su efecto destructor de los vínculos sociales (Honneth, 2011). Esta mirada, pareciera describir las características propias del neoliberalismo que, a lo largo de su desarrollo, perdió en su interior el horizonte como forma de organización vital. El neoliberalismo es un modo de regulación del mercado a costa de la vida, una reificación (cosificación) de la vida.

A partir del goce de las libertades individuales adquiridas, sigue que la sobrestimación de lo individual podría convertirse en una amenaza para los lazos sociales, en la medida que los individuos pueden desarrollar una identidad razonable que interrogue aquellas formas de gestión de la vida que propenden por la homogenización de los sujetos. De este modo, el movimiento entre la sobrevaloración de lo individual y la individualidad deseada, pone de presente que el concepto moderno de *individuo* aparece necesariamente como fundamento pre-crítico de una crítica social (Safatle *et al.*, 2018).

En este sentido, desde la mirada de Honneth (2014), las patologías sociales son una expresión del sufrimiento humano que se deriva principalmente de la ausencia de condiciones necesarias para el despliegue de los diversos modos de individualidad susceptibles de ser deseados al interior de la sociedad. La paradoja de la contemporaneidad, ya advertida por Marx, es que el sufrimiento está ligado al funcionamiento normal de las sociedades capitalistas; a mayor normalización mayor estandarización de la vida, lo que se traduce en restricciones para la realización del deseo.

Recordemos que para Marx el sufrimiento se concreta en la reificación del malestar social por la vía de la alienación. En él, la alienación no es solo un fenómeno

relacionado con la expropiación económica en el mundo del trabajo, sino que tiene que ver con la apropiación y posesión de su identidad, de su persona en tanto que persona funcional sometida a la lógica de la producción y la determinación por propiedad. Al trabajador no se le consulta lo que quiere hacer, sino que se le indica qué, dónde y para cuándo debe presentar lo producido, aunque aquello vaya en contravía de su deseo. Desde este punto de vista, lo normal y lo patológico no están pensados en función de una media estadística, sino que la realización individual está motivada por las condiciones de desposesión de la identidad y de sus predicados, es la condición de sometimiento lo que impulsa la búsqueda de transformaciones. Así las cosas, un proceso emancipatorio no podría si no pensarse en clave de subvertir singularmente las condiciones normales del funcionamiento de la sociedad capitalista.

Ahora bien, frente a la multiplicidad de este diagnóstico ¿qué tipo de acciones se pueden encausar para facilitar las bases para la realización de diversos modelos de individualidad, sin que la normalidad implique la adaptación a procesos caracterizados por imposiciones? Podría permitirse que a partir de la singularidad de experiencias se creara un horizonte ético formal capaz de trascender contextos y facilitar experiencias de cooperación. Aquello presupone que las matrices de sufrimiento social cambien de coordenadas y empiecen a ser buscadas en el irrespeto a dichas expectativas trascendentes de reconocimiento depositadas en tal horizonte ético (Safatle *et al.*, 2018).

## Malestar social y la pulsión de muerte

El concepto de malestar social en Freud (1920) ha de comprenderse en el mismo sentido que la noción de alienación desarrollada por Marx, en el entendido que es un sufrimiento derivado del funcionamiento normal de los esquemas de acción y normativos de la cultura. Dicho de otro modo, entre más eficaz sean las imposiciones normativas de la sociedad sobre el individuo, más restringidas son su posibilidad de realización; luego, mayor será el malestar subjetivo resultante.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la relación entre sujeto y sufrimiento no tiene que ver de manera directa con la desviación del deseo respecto al estándar de la norma social, sino con las fuerzas que pugnan por su acoplamiento. Freud constató en su práctica clínica que el síntoma emerge como producto de la defensa que emprende el psiquismo frente a lo que considera sancionable por la cultura. El síntoma, en cuanto formación de compromiso, cumple la función de encubrir la tensión que se produce en el sujeto frente a aquellas modalidades de satisfacción pulsional que entran en conflicto con el ordenamiento social tal como él lo ha incorporado a partir de la relación con sus semejantes y los

esquemas normativos que organizan dichas relaciones. Esto permite entender porqué para Freud el sufrimiento social procede de manera muy similar como se presenta en el concepto de alienación de Marx, dado que la alienación y la socialización del deseo son procesos ligados a la producción de identificaciones subjetivas modernas y a las dinámicas de internalización de fantasías y normas que se fabrican al interior de ellas (Safatle *et al.*, 2018).

Dadas las bases biológicas del pensamiento freudiano, se establece una inclinación casi generalizada a comprender el descontento social y el malestar en la cultura a partir del conflicto pulsional y las tendencias supuestas de tipo antisocial de la pulsión de muerte. En este punto, pudiésemos considerar con Lacan (2007) la posibilidad de repensar la destructividad de la pulsión de muerte más allá de aquella conflictividad pulsional señalada por Freud en términos de la propensión por retornar a un estado anterior inorgánico, tal como él mismo lo escribe: “Eros actúa desde el comienzo de la vida y, como ‘pulsión de vida’, entra en oposición con la ‘pulsión de muerte’, nacida por la animación de lo inorgánico” (Freud, 1992c, p. 59)

Tal como se ha dicho en párrafos anteriores, el malestar en la cultura es malestar en relación con las identidades producidas por la cultura y sus modelos de interacción. Si esto es así, el yo, entendido como instancia y modelo de organización psíquica que da la apariencia de unidad (como condición necesaria) para la relación con otros, es el destinatario de la violencia vehiculizada en la pulsión de muerte.

Las patologías sociales son, entonces, el resultado de procesos restrictivos de la realización yoica racional. Podríamos decir que las neurosis son la derivación de bloqueos de la capacidad de determinación del yo. Siendo más precisos, diremos que las neurosis son resultado de la “incapacidad de los procesos de reconocimiento social disponibles para la realización de lo indeterminado de la pulsión” (Safatle *et al.*, 2018, p. 23). Por consiguiente, si desde la perspectiva de Durkheim (2016a) podemos sostener que la anomia es un tipo de sufrimiento por indeterminación, que se explica por la debilidad de la regulación de los individuos, con Freud pudiese pensarse que el descontento colectivo es un tipo de sufrimiento signado por la determinación que producen las deficitarias experiencias de reconocimiento al interior de los vínculos sociales. Así las cosas, fenómenos como crímenes de Estado, suicidios, feminicidios, asesinato de líderes sociales, etc., son por un lado, la puesta en práctica de una gramática de la indeterminación pulsional que se “realiza” a través del acto violento y, por otro lado, la expresión violenta de lo deficitario.

## Conclusiones

Más que un punto final, proponemos dejar abiertas algunas cuestiones relativas a la práctica clínica en una época marcada por expresiones agudas de malestar colectivo. En pocas líneas, hemos intentado esbozar nuestra lectura sobre las implicaciones del deseo en la constitución de estas formas actuales del malestar, cuyo corolario son formaciones de síntomas sociales (como las violencias) y singulares (como la depresión) que se dejan leer en la práctica clínica, como correlatos no dichos de problemas sociales que asfixian el reconocimiento del sujeto tanto en el ámbito público como en las relaciones más próximas. En ese sentido, los síntomas contemporáneos parecieran ser despliegues de distintas formas de violencia del sujeto (hacia sí y hacia otros) que comparten su motivación original en la imposibilidad de realización singular del deseo a través de la formalización de un horizonte ético capaz de trascender la mirada individualista que comanda el discurso de nuestra época.

Frente a este panorama, consideramos importante relanzar la pregunta sobre la dimensión ética en la clínica, en medio de un modelo social que le endilga a las prácticas *psi* la función de curar con eficiencia. Igualmente, la pregunta está dirigida a aquellas vertientes de la psicología que procuran poner al servicio las ciencias humanas y sociales, nuevas gramáticas para el entendimiento del *Zeitgeist*.

En este contexto, el abanico de posibilidades terapéuticas es amplio y el mundo del mercado basado en la libre competencia exhorta al profesional a hacer ofrecimientos atractivos para entrar en su juego. El clima de la competencia insta a que a título del saber disciplinar los profesionales puedan ejercer el gobierno sobre el deseo del otro: los secretos de la felicidad, los pasos a seguir para alcanzar el éxito son, entre otras, estrategias del mundo *psi* que dan estatuto de objeto mercadeable a los anhelos humanos, convirtiéndolos en coartadas legítimas que alojan en un lugar funcional al clínico que cede u omite estas reflexiones. Dicho esto, queda abierto el debate: ¿es posible una ética clínica del descontento colectivo y de sus ecos singulares, que prescinda de la reflexión política?



# Aproximación teórica al feminicidio: el desencuentro entre los sexos en la gramática fronteriza de la ley y el goce

Jeyson Ariel Ramírez Cortés  
Sebastián Hurtado Jiménez  
Ángela María Jiménez Urrego

## Introducción

La violencia contra la mujer en todos sus matices suscita la apertura interdisciplinar de abordajes psicológicos, políticos, económicos y sociales. Por su parte, los discursos de género han interpretado los actos feminicidas aludiendo a superestructuras sociales que reproducen una organización patriarcal. Tal es el caso de Incháustegui (2014), quien retoma a Russell y Radford, para teorizar que el concepto *feminicidio*: “las muertes violentas que miles de mujeres sufren en la vida como una especie de castigo capital que funciona como un recurso de control para mantener el *statu quo* patriarcal” (p. 377).

Desde el punto de vista socio-político también se han tratado de delimitar y acercarse a la construcción de una definición de estos actos para fines legislativos y penales. A partir de organismos internacionales, se han establecido y reconocido formas de violencia contra las mujeres y que, de una u otra manera, se espera que influyan en el establecimiento de leyes en Colombia. La Corte Penal Internacional, a partir del Estatuto de Roma (ER), incluyó, en 1998, la definición de género como un avance en la protección de los derechos de las mujeres que repercutieron en el reconocimiento de crímenes desde un enfoque diferencial. El ER ha tipificado las formas de violencia, a grandes rasgos, así: “violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, persecución, tortura, tratos crueles y otras formas de violencia sexual contra mujeres” (como se citó en Fernández, 2018, párrs. 16-18).

Esto es toda una miscelánea de actos que se han llevado a cabo para hacer posible, *a posteriori*, erigir la ley y su respectivo castigo. Para ello, se hizo necesario introducir ese sujeto jurídico y las diferentes formas de vulnerarlo; como consecuencia de esta dimensión de lo político, las exploraciones de la violencia contra la mujer, han sido elaboradas desde analíticas del poder, donde se identifican sujetos, formas de subjetivación y resistencias que tienen lugar en ese “campo de combate” alrededor de la feminidad. Bajo esa mirada, el análisis de la violencia contra las mujeres ha propendido por la superación de los ámbitos de lo privado-familiar y de lo romántico-pasional, para entenderse como estrategias y mecanismos de vigilancia, coerción y, en general, subjetivación.

En ese orden de ideas, presentaremos inicialmente una revisión antropológica del feminicidio, considerando que esta nos permite rescatar los abordajes vigentes y preponderantes de la problemática en cuestión. Con ello, presentaremos un punto de partida para discutir aspectos teóricos en relación con el psicoanálisis, una discusión que nos llevará a cuestionar parte de la antropología misma. Esto permitirá circunscribir el feminicidio como un fenómeno particular que hace parte del desencuentro entre los sexos, inherentes a su falta estructural que lo condena a un curso libidinal en que cada uno se embarca alrededor de la castración y la privación del falo. En ese sentido se emprenderá la hipótesis de la imposibilidad del sujeto por leer el enigma femenino que, ante la angustia producida por ese goce no-todo fálico que lo constituye, se habilita el acto feminicida como transgresor de una ley que retorna a manera de imperativo y que lo empuja al goce.

## Del orden faltante en la jerarquía sociocultural a la falta en el orden constitutivo del sujeto

Mujer, *¿cómo te llamas?* —No sé.  
*¿Cuándo naciste, de dónde eres?* —No sé.  
*¿Por qué cavaste esta madriguera?* —No sé.  
*¿Desde cuándo te escondes?* —No sé.  
*¿Por qué me mordiste el dedo cordial?* —No sé.  
*¿Sabes que no te vamos a hacer nada?* —No sé.  
*¿A favor de quién estás?* —No sé.  
*Estamos en guerra, tienes que elegir.* —No sé.  
*¿Existe todavía tu aldea?* —No sé.  
*¿Estos son tus hijos?* —Sí.  
 Wislawa Szymborska, “Vietnam”.<sup>20</sup>

20. Poeta y escritora polaca (1923-2012), nobel de Literatura en 1996.

La perspectiva antropológica que ha nutrido los estudios de género ha marcado una serie de puntos de interés con relación a aspectos culturales, esto con el fin de permitirles pensar lo que implica dentro de un contexto cultural las diferentes formas de violencia contra la mujer. Es por ello que Lagarde (2005), afirma que “una antropología de la mujer significa entonces ubicar el análisis en el ámbito de la cultura, y mirarla con esa peculiar mirada etnológica que analiza, indaga, interrelaciona y nombra modos de vida que le son ajenos” (p. 26).

En ese orden de ideas, la importancia recae sobre la forma en que, dentro de los discursos culturales, han emergido diversas formas de concebir lo que rodea a la(s) mujere(s) en relación con lo que ha dictado la historia, en simultaneidad con el denominado orden social, es decir, lo establecido como normativo por las sociedades. Este análisis, a su vez, centra el marco de lo ideológico en que se determina aquello que constituye el “ser mujer”:

Los paramilitares<sup>21</sup> castigaban las desobediencias de las mujeres, corrigiéndolas, uniformizando sus cuerpos e insertándolos en una pedagogía cuyo objetivo era “normalizar” el género, castigando cualquier característica que no se asocie a lo que consideraban “correcto” en una mujer: la sumisión, la obediencia, la heterosexualidad y la monogamia. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017, p. 134)

Estaríamos hablando entonces de la mujer sometida por una *violencia expresiva*, como lo describe Segato (2013): “es una violencia que produce reglas implícitas, a través de las cuales circulan consignas de poder (no legales, no evidentes, pero sí efectivas)” (p. 8). Es así que cada sociedad ha erigido sus propias dinámicas en torno a la mujer, sean estas implícitas o explícitas, con lo cual establece un orden discursivo que no admite bajo ninguna circunstancia excepción o flexibilidad alguna. Es ahí donde radicaría la postura de que la mujer se sostiene en

---

21. Relato de un exmilitante de un grupo paramilitar colombiano, en el cual afirma que durante el control del territorio ejercido por este grupo de autodefensas asentado en el norte de Urabá entre 1999 y 2006, tuvo lugar una regulación de orden moral, más precisamente sobre los habitantes del municipio de Necoclí. Refiere que fue instaurado un sistema punitivo que funcionaba a partir de un código binario de género destinado a penalizar tanto a hombres como a mujeres de manera diferencial. Los hombres eran castigados por no seguir la normatividad que restringía el uso del espacio público, eran así obligados a llevar a cabo arduos trabajos en condiciones de semiesclavitud; por otro lado, las mujeres eran sometidas a castigos orientados a la corrección de sus cuerpos por medio de actos de humillación pública, siendo acusadas de atentar contra las normas de la feminidad; estas últimas contemplan el ser “fieles” y no realizar prácticas sexuales que no se adapten a las costumbres conservadoras, una suerte de sumisión y monogamia, asuntos vinculados además a la esfera de la denominada familia tradicional.

una lucha contra los dispositivos desplegados para su coerción, reforzados por las barreras que históricamente han circulado desde lo cotidiano: la verdad que uno veía la diferencia de ser niña, porque, por ejemplo:

Mi primo tenía otras formas de vivir porque gozaba de libertad para salir, para tener amigos, mientras a que mi prima y a mí nos prohibían, porque éramos las niñas de la casa y no podíamos hacer lo mismo que hacia el hombre –que era mi primo– pues teníamos restricciones.<sup>22</sup> (Penagos Concha, 2016, p. 21)

Esto ha trasladado la reflexión antropológica a un foco que teoriza que el sometimiento se perpetua gracias a representaciones sociales concernientes a lo que “debe ser una mujer” en cada cultura y que puede expresarse en acciones que están orientadas a ejercerse directamente sobre la imagen, a partir de ideales estereotipados, no únicamente cirugías con fines estéticos, sino también toda intención de asemejarse a estándares de belleza establecidos como atractivos para el género masculino y a los que la mujer debería aspirar. Ante esto Cabrera y Cristi (2011), afirman que embellecerse reproduciendo pautas establecidas para el deseo masculino, sin que exista necesidad de operación médica, es una respuesta de las estructuras mentales en la comprensión de lo estético, bello y deseable de específicas formas femeninas.

Esto, además, traza el engendramiento de un fenómeno que ha predominando en determinadas sociedades y culturas: el de la mujer como objeto, como un cuerpo que es usado para determinado fin, que debe ser embellecido, tratado y cuidado, no por el bienestar y gusto de quien lo posee, sino para el gusto y beneficio de quien así lo consume. En consecuencia “el ser considerada cuerpo para otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros” (Basaglia, como se citó en Lagarde, 2005, p. 200).

Ahora bien, esta perspectiva antropológica ha sido absorbida a nivel social y reproducida una y otra vez en los discursos de género y reivindicación femenina. Han reducido el conflicto inherente al sujeto a actitudes conscientes en el hombre que tienen como finalidad mantener a la mujer en estado de subyugación. Así, en este empeño, el hombre habría creado y puesto a su dis-

---

22. Relato en primera persona de Ana Carlina Bohórquez, exintegrante de la Unión Patriótica: partido político colombiano de izquierda, fundado en 1985 a partir de una propuesta de paz proveniente de las FARC-EP (organización guerrillera de extrema izquierda) que permitió a sus exmilitantes tener participación política por apoyo a la paz.

posición innumerables dispositivos que sirvieran al sometimiento de la mujer. Para perpetuar este estado de las cosas, en toda constitución discursiva debían circular representaciones sociales que formaran a unos en virtud de los otros; sin embargo, en sus teorizaciones no pueden dejar de retrotraer dos grandes problemáticas: la primera es haber reducido la subjetividad a los términos de un yo, y la segunda, haber excluido la tensión que se expresa en el sujeto como constituido siempre en relación con el otro. Ambas objeciones fueron indicadas por Lacan en su texto a propósito de la *agresividad en psicoanálisis*:

Solo la mentalidad antidialéctica de una cultura que, dominada por fines objetivantes, tiende a reducir al ser del yo toda la actividad subjetiva, puede justificar el asombro producido en un Van den Steinen por lo que profiere: “yo soy una guacamaya”, y todos los sociólogos de la “mentalidad primitiva” se ponen a atarearse alrededor de esta profesión de identidad, que no tiene nada más sorprendente para la reflexión que afirmar: “soy médico” o “soy ciudadano de la República francesa”, y presenta sin duda menos dificultades lógicas que promulgar: “soy un hombre”, lo cual en su pleno valor no puede querer decir otra cosa que esto: “soy semejante a aquel a quien, al fundarlo como hombre, fundo para reconocerme como tal”, ya que estas diversas fórmulas no se comprenden a fin de cuentas, sino por referencia a la verdad del “Yo es otro”. (Lacan, 2003, p. 110)

Si se reduce el ser del yo a toda subjetividad, el sujeto gramatical que se expresa en la oración “Yo soy una guacamaya” (Lacan, 2003, p. 110) solo puede ser tomado por loco, pues se buscaría la identidad en el nombramiento. Así pues, basta con distinguir el valor del yo, como sede de las identificaciones, del sujeto como representado por significantes, para dejar de reducir el sujeto al yo; cosa que habría llevado a la antropología a centrar su foco en una pretendida estructura patriarcal creada con la voluntad consciente de ese yo. Por lo tanto, una teorización que encuentra el conflicto únicamente en las estructuras sociales producidas a imagen y semejanza del sexo encarnado en el hombre, es una teorización que se funda en lo imaginario en que cree poder reconocer una armonía teórica entre dominador y sometida; sin embargo, retornará su conflicto una y otra vez hasta que la antropología deje de encontrar en el hombre el sujeto idéntico a sí mismo, y no el que entraña la complejidad lógica que comporta el hombre fundado en la dialéctica de reconocimiento hegeliana, es decir, no sin otro.

Esto nos lleva a la problemática inherente de la antropología que encuentra en el hombre su objeto de estudio, para el cual el psicoanálisis se desembarazó

tomando su lugar en las ciencias indicando los límites de la antropología y, encontrando en ellos, el objeto que faltaba a toda representación para asumirlo como propio. Para lo primero: “la mejor antropología no puede ir más allá de hacer del hombre el ser hablante” (Lacan, 1966, p. 12), y para lo segundo:

De hecho, el psicoanálisis refuta toda idea del hombre hasta ahora presentada. Hay que decir que todas, tantas como fuesen, ya no se sostenían para nada desde antes del psicoanálisis. El objeto del psicoanálisis no es el hombre; es lo que le falta-no falta absoluta, sino falta de un objeto. (Lacan, 1966, p. 12)

Si el psicoanálisis encuentra su objeto precisamente en lo que le falta al hombre, no puede establecer una relación de simetría entre antropología y psicoanálisis, o entre el hombre y el sujeto del inconsciente. Ese objeto, que ha sido despojado de todas las cualidades representacionales que podría adquirir un objeto cualquiera, es decir, su imaginarización o simbolización, es el que se expresa inexorablemente como faltante a la relación sexual, ese que se expresa para un ser sexuado como castración y para el otro como privación. Es por ello que el psicoanálisis habilita un punto de partida que se funda en las diferentes formas de la falta de objeto.

### **La falta, lo simbólico y el falo: el desencuentro entre los sexos**

Los interrogantes que inauguró Freud en torno a lo enigmático femenino y una sexualidad no supeditada a la reproducción, fueron las bases iniciales para la elaboración de Lacan en lo concerniente al objeto, esto es, su carencia; circunscribir el carácter de privación y de agujero, es decir, de brecha en lo simbólico mediante la sentencia: “el objeto de la privación, por su parte, es siempre un objeto simbólico” (Lacan, 1956-1957, p. 13), es lo que fundamenta las bases para una teorización en que los seres llamados sexuales participen de forma asimétrica y que no exista una complementariedad entre los sexos. Esto da cuenta que la relación de objeto no es de presencia, complementariedad y armonía, sino de ausencia, carencia y tensión, cuya lógica había sido establecida inicialmente por Freud respecto de la gramática de la pulsión y de la fantasía.

En ese sentido, de lo que se trata es de la relación de imposibilidad marcada por la dialéctica de un objeto perdido y vuelto a encontrar, en que se distingue un punto de corte. El objeto de las pulsiones parciales, “el objeto que de entrada fue el punto al cual se adhirieron las primeras satisfacciones del niño” (Lacan, 1956-1957, p. 4), difiere del objeto que se busca en las coordenadas del curso libidinal posterior. El sujeto, unido con el objeto de la vivencia mítica de satisfacción,

mediante la nostalgia que comporta su pérdida, marca la serie de repeticiones de la imposibilidad que deberá enfrentar por su pérdida inicial; es por ello que el acento debe ser puesto sobre la *discordancia instaurada*, por el término de la repetición, entre la satisfacción, la pérdida y la búsqueda:

Este término de una nostalgia que liga el sujeto al objeto perdido a través de la cual se ejerce todo el esfuerzo de la búsqueda y que marca el reencuentro del signo de una repetición imposible, ya que precisamente no es el mismo objeto. (Lacan, 1956-1957, p. 4)

Esta nostalgia, que liga el sujeto al objeto perdido, es lo que lo condenará a existir en el universo mórbido de la falta, enunciado cuyo libro de Angelo Hesnard, llevaría a Lacan a indicar su valor ya desde 1950, en el marco de la discusión del Decimotercer Encuentro de Psicoanalistas de Lengua Francesa:

La denuncia del universo mórbido de la falta no puede tener por corolario ni por fin ideal una adaptación del sujeto a una realidad sin conflictos. Esto porque la realidad humana no es solamente el hecho de la organización social, sino una relación subjetiva que, para estar abierta a la dialéctica patética que debe someter el particular al universal, toma su punto de partida en una relación dolorosa del individuo en su semejante, y encuentra sus caminos en las torsiones de la agresividad. (Lacan, 1950, p. 312)

Se trató, en aquella ocasión, de indicar la carencia intrínseca del sujeto que lo priva de toda constitución plena y, en consecuencia, de toda armonía extrínseca que lo lleve a la adaptación. Es en este universo mórbido de la falta que se origina esa relación dolorosa del individuo con su semejante, y que tiene su fundamento en la incompletud inherente al Otro que lo habita. Es así que, de la instauración de la falta en el sujeto, con sus efectos subjetivos y de relación con el otro, se establecerá, al mismo tiempo, una exigencia lógica que implica al sujeto tomado por el lenguaje; elaboración que se fue abriendo paso en la enseñanza de Lacan hasta llegar al seminario XX.

Ahora bien, es eso lo que se produce en este espacio del goce sexual que por este hecho se comprueba compacto. Esas mujeres, no-todas, tales como se aíslan en su ser sexuado, el cual por lo tanto no pasa por el cuerpo sino por lo que resulta de una exigencia en la palabra, de una exigencia lógica, y esto muy precisamente en cuanto que la lógica, la coherencia inscrita en el hecho de que *ex-siste* el lenguaje, que esté fuera de esos cuerpos que son turbados por él, el Otro, el Otro con una A mayúscula, ahora que se encarna, si podemos decir, como ser sexuado, exige este “una por una” (Lacan, 1972-1973, p. 12).

Es en el marco del encuentro entre el cuerpo del lenguaje y el cuerpo biológico, que se produce ese efecto de turbación del primero sobre el segundo. De esto se sigue que: “el primer cuerpo hace al segundo, al incorporarse en él” (Lacan, 2012, p. 431), y que, en consecuencia, lo funde como cuerpo. Por lo tanto, esa lógica de fusión e incorporación de los cuerpos es tomada como condición para que pueda aparecer el Otro en el cuerpo, ahora como ser sexuado y, por consiguiente, encarnando la exigencia de ser tomado “uno por uno”.

Ahora bien, cualquiera que sea la forma en que se aísle el ser sexuado merced a los efectos significantes que sobre él se ejercen, el aplastamiento y desplazamiento de las múltiples y posibles vertientes de significación alteran completamente la posibilidad de una relación determinada, unívoca y absoluta: “lo cual quiere decir que no hay inscripción en el inconsciente de ningún Significante que diga unívocamente qué deben hacer uno y otro para ser en las llamadas relaciones sexuales” (Aleman y Larriera, 2001, p. 110). Más adelante retomaremos los efectos significantes del primer cuerpo al que alude Lacan en su *Seminario XX*.

Caso contrario es el del animal que carece de intermediario simbólico. El conocido lingüista Émeli Benveniste (1997) había reconocido las diferencias entre la comunicación animal y el lenguaje humano, gracias a los trabajos de Karl von Frisch (otrora profesor de zoología en la Universidad de Múnich) quien, habiendo observado los procesos de comunicación en las abejas, concluyó la univocidad de su intercambio comunicacional. Benveniste le llama a esta univocidad la capacidad de transmitir “mensajes verdaderos”, donde se cumple la teoría comunicativa de un receptor que recibe el mensaje tal y como es entregado por un emisor.

Por otra parte, pensar que el lenguaje para los sujetos es una herramienta que permite la comunicación, sigue siendo una concepción utópica, producto de una pragmática del discurso que cree que los signos se aparean con los referentes constituyendo una relación natural e inmóvil. Para el caso del sujeto, bien lo había delimitado Benveniste (1997) al indicar que en el lenguaje humano faltan los elementos que caracterizan la comunicación animal, la de los “mensajes verdaderos”: “la fijeza del contenido, la invariabilidad del mensaje, la relación con una sola situación, la naturaleza indescomponible del enunciado, su transmisión unilateral” (p. 62).

Esta ausencia de intermediario simbólico en el animal es lo que hace que se restrinja al aparataje imaginario que despierta los institutos y conductas de las especies; con lo que Lacan, en 1954, siguiendo los trabajos de los etólogos Lorenz

y Tinbergen, respondía a la pregunta: ¿cuál es el resorte concreto que determina la puesta en funcionamiento de la inmensa máquina sexual?

Lo que nos es demostrado, por los etólogos de los mecanismos de puesta en marcha del apareo, es la importancia prevaleciente de una imagen tan importante que se constituye, se forma; aparece bajo la forma de un fenotipo transitorio, por coloraciones particulares en un gran número de especies, por modificaciones en el aspecto exterior, que por su modelo, pueden servir a algo que podemos incluso llamar un tipo de señal, pero de señal construida, de Gestalt, como decimos en estos días. Lo que determina la puesta en juego de lo que es el orden mecánico, el embrague, del desencadenamiento del instinto sexual, está esencialmente cristalizado sobre una relación de imágenes –llego aquí al término que ustedes esperan– sobre una relación imaginaria (Lacan, 1981a, p. 128).

Este fenotipo transitorio en su función de señal funge como el resorte concreto, aquello que activa y pone en funcionamiento la maquinaria sexual animal. El instinto sexual se encuentra soldado, cristalizado sobre la base de las imágenes puestas en juego en el encuentro, esto es, la exposición de una imagen inicial que activa la conducta sexual reproducida de forma fija, es decir, como una segunda imagen que se le acoplaría en la medida en que su relación está, de antemano, cristalizada por lo instintivo. Un año después, en su seminario sobre la psicosis, retoma el valor de la imagen en la etología y su diferencia con el corte que introduce en lo humano.

Lo imaginario, ustedes lo han visto aparecer en mi discurso precedente, por esta sola referencia que yo les hice a la etología animal, es decir, a esas formas cautivantes, o captadoras, que dan en cierto modo los rieles al interior de los cuales el comportamiento animal se dirige, se conduce hacia sus objetivos naturales... pero lo imaginario es sin duda “guía de vida” para todo el campo animal. Y el rol que la imagen juega en este campo profundamente estructurado por lo simbólico, que es el nuestro, es bien entendido como capital. Este rol es enteramente reanudado [El verbo *repris*, puede ser entendido literalmente como retomado o figurativamente por reanudado], entremezclado [*Repétri* puede traducirse como literalmente como reamasado, pero más figurativamente como entremezclado] y reanimado, [el verbo reanimé no presenta variaciones en su traducción] por este orden simbólico. (Lacan, 1981b, p. 8)

Lo capital, con la precedente teorización de Lacan, es que la multivocidad de los verbos y sinónimos que se desprenden del uso que hace de ellos, confluyen

inexorablemente en la expresión de que lo imaginario ha sido deformado y reformado enteramente por lo simbólico. Así, encontramos el núcleo de envergadura en nuestro campo, no el de las formas perfectas de la etología, sino el de los efectos significantes del psicoanálisis. El problema en “nuestro campo”, el del lenguaje, el que atañe al ser hablante, es que se ha trastocado de principio a fin el orden imaginario y, por lo tanto, el comercio sexual natural, aquel motivado por señales fijas que activan pautas de comportamiento instintuales y determinadas en las especies.

Ese equilibrio se torna contranatura en el momento en que el ser deviene hablante, de lo que se sigue que, ya no el placer animal, sino el goce inherente a la exigencia del Otro, afecta de forma particular a cada sujeto. Por lo tanto, “esos seres cuya naturaleza es radicalmente transformada por el lenguaje” (Cadeau, 2009, p. 2), enfrentaran la angustiada incertidumbre inherente al hecho de que el soporte que organice los sexos no sea el referente anatómico (pene-vagina), sino una función inscrita en el orden del lenguaje. La “función fálica” es el intermediario que organizará, a partir de su inscripción en el sujeto, lo que conlleva la entrada en el lenguaje, una relación particular de este con el goce.

Este Significante, presente tanto en la dinámica de lo masculino y lo femenino, no se inscribe en el uno y en el otro, más que de la forma metonímica que le es propia. Este es *le signifiant privilégié du désir*, y como se desea aquello que no se tiene, es, al mismo tiempo, el Significante de la ausencia, de la falta. El falo como Significante privilegiado del deseo, es un Significante que está en posición de excepción con relación a los otros significantes pero que rige todo el orden del Significante. La regla que confirma la excepción y no al contrario. Esto implica como consecuencia su elisión de la cadena Significante; es un Significante que falta en la cadena, Lacan lo escribe  $(-\varphi)$ . Es porque falta que el falo sea imaginado por el sujeto (Valas, 1998).

En consecuencia, el falo, al ser el Significante privilegiado del deseo, es un Significante que no se presenta con la misma consistencia que los otros significantes, sino por su dualidad expresada a partir de los términos que puede encarnar: como presencia y como ausencia en la dinámica que le es propia, la de la fantasía que se reproduce en cada sujeto. El falo es, por lo tanto, esencialmente el Significante de la falta de la castración. Él circula entre los dos sexos como el Significante para el hombre de lo que finge tener en lugar del pene, y el Significante para la mujer de *‘ese oscuro objeto del deseo’*, que ella juega a ser (Meshreky, 2011).

De lo que se goza, entonces, es del falo, soporte alrededor del cual, además, se instaura la gramática del fantasma. Sin embargo, el goce fálico no es simétrico para ambos sexos ya que encuentra su desfase precisamente en la introducción del Significante fálico, punto pivote a partir del cual será imaginarizado y simbolizado de formas diferentes por los sujetos y reintroducido bajo cualquier circunstancia a raíz de la marca de su ausencia. Dicho de otra forma, solamente se pueden gozar del falo, además de gozar bajo dos modos distintos: uno como “todo en él goza del falo”, y el otro como “no todo en ella goza del falo”, con lo cual en un sexo “todo” estará bajo la ley del falo y el otro estará “no-todo” bajo dicha ley (Aleman y Larriera, 2001).

### Ante los límites del goce y su encuentro con la sublimación

A partir de lo esbozado anteriormente, el concepto de goce cobra importancia, particularmente en contraste con la noción de deseo y Significante, tal y como aparece en la sesión del 5 de marzo del *Seminario sobre las formaciones del inconsciente*. Dos sesiones después, Lacan dirá que el sostén del sujeto en sí mismo es el sufrimiento, sostén que está en calidad de Significante, siendo, curiosamente, su estandarte. Surge aquí una disyunción entre el goce y el deseo, ya que el sujeto no solamente busca satisfacer su deseo, sino que también goza deseando; esto se articula con el segundo momento en que Lacan teoriza en torno al goce y le da preeminencia al registro simbólico, y cómo este toma autonomía respecto al plano imaginario; al respecto Miller (2003) hace referencia a la “imaginarización del goce” como primer acercamiento al concepto: aquello que se resiste a la elaboración simbólica, llevándonos al plano de lo real.

Vemos aquí como hay un acontecimiento entre lo imaginario y lo simbólico; sin embargo, Lacan posteriormente le dará preponderancia a lo real y quitará su acento en lo imaginario, en tanto cualquier objeto es factible de ser imantado por el lenguaje con ese resto que escapa a toda elaboración. Surge aquí, la importancia sobre lo que está más allá de lo simbólico y que resulta imposible de aprehender insistiendo. Goce imposible en tanto está fuera del sistema pero, indagando en el plano simbólico e imaginario, logra falazmente articularse. Evocando la metáfora del vaso que Lacan (1961-1962) retoma de Heidegger la exaltación de la materialidad de aquel instrumento que es llenado y luego ofrecido al Otro, tiene como corolario, *el vacío*, cuyo contenido puede ser cualquier objeto, mas el circuito, ese movimiento para acceder al objeto pareciera que es *Todo*.

Intentando comprender la desmesura y la segregación que muestran los testimonios de violencia contra la mujer, la pregunta por los lugares que “puede”

ocupar una mujer para un hombre, nos interesa en tanto estos lugares fluctúan entre el rechazo de lo femenino o su acogida. Una mujer que es no *toda* y en los avatares del desencuentro con el *partenaire* (un hombre), hace un “esfuerzo” ante el enigma; pero el esfuerzo no es por la comprensión (la cual está atravesada por la lógica del vacío), el esfuerzo estriba en abandonarse a lo femenino (Rovere y Zabalza, 2013): “esto requiere de un trabajo porque la armadura fálica, sostén de lo masculino, es justamente lo que se resiste al enigma, al vacío, a lo indeterminado, a lo ilimitado, en fin: a lo femenino” (p. 46).

La introducción del concepto de *límite*<sup>23</sup> en los estragos de la violencia contra la mujer, implica suponer que algo se excede “desde [el lugar] donde es *toda*” justamente porque allí se encuentra bajo la égida totalizante de la mirada del hombre y que nos lleva a introducir lo que bien resalta Lacan cuando dice: “ella tiene efectos del inconsciente, pero del inconsciente de ella. En el límite en que no es responsable del inconsciente de todo el mundo” (Lacan, 1972-1973, p. 98); los arreglos que erige frente a ese Otro que “hace que ella no sepa nada” porque ciertamente este sabe menos, *una mujer-no toda* lleva las de perder, en tanto enigma insondable.

En este punto, el *límite* resulta partidario del goce estético como antesala de los movimientos metonímicos que llevan al sujeto a posicionarse desde otro lugar, desde el cual, en lugar de arremeter contra el enigma femenino, encuentre una forma diferente y estatutaria de lazo. El punto de encuentro con la invención, se establece en el desplazamiento, que acontece en cierta movilidad entre un sadomasoquismo y la elevación estética a partir de *la-lengua*, cuyo lazo hace huella y transmite su enseñanza: en este punto, evocamos a Proust frente al lazo que se establece entre el orgasmo logrado en el ámbito de la escena perversa y su exaltación, y materialización en la creación artística: la obra literaria, fruto de: “elevar el objeto a la dignidad de la Cosa” (Lacan, 1959-1960, p. 72).

23. El límite indica una barrera o punto a los cuales nos podemos acercar tanto como deseamos, pero nunca sobrepasar o igualar. En esa barrera converge la sucesión de números que se acercan a su valor pero que no logran igualar. La noción de límite está ligada a la propiedad de compacidad perteneciente a algunos conjuntos cuyo espacio admite un subcubrimiento finito. Se demuestra que es equivalente a decir que el conjunto de estos espacios abiertos se ofrece siempre para un sub-recubrimiento de espacios abiertos, que constituye una finitud, o sea, que la secuencia de los elementos constituye una secuencia finita (Lacan, 1972-1973). El exceso aquí está contenido en su misma definición, pues se comprueba compacto cuando es posible cubrir el límite o rebasarlo con un subcubrimiento por elementos que no estén contenidos en él.

Aquí cabría suponer que, como lo establece Kristeva (2005), si bien en la moral (o desde esta) no se goza más que de la culpabilidad, es posible hallar en el hilo de las palabras un goce-otro, justamente a partir de la experiencia del cuerpo. La autora lo nombra como: *verbo-carne*: “mordida gozosa, la mismísima carne de la lengua que prolonga el cuerpo del otro y el propio cuerpo” (p. 242). El cuerpo y sus límites aparecen representados en el silencio, en el exceso, en la aprehensión de los defectos del otro y de sí mismo bien sea para exaltarlos o difamarlos, dinámica opuesta entre el amor y el odio, paralelo que muestra aquella división entre lo espiritual y lo terrenal, culpa y animadversión, sublimación y blasfemia: mujer y hombre todo ello atravesado por la experiencia del sujeto (Jiménez, 2017).

La *mirada* puede tomarse como punto importante para comprender algo del orden estético y del goce enigmático de *una mujer*. En este punto, *ver* se supera en la tentación de *hacerse ver*, dar a ver simbólicamente. *Hacer ver* implica imponer a algún otro la contigüidad de un espectáculo extraño donde quien observa hace parte del espectáculo horroroso. Ahora bien, las aberraciones son como amores donde la tara enfermiza lo ha cubierto todo, lo ha ganado todo. Hasta en la más insensata, se sigue reconociendo el amor.

En su clase *anamorfosis*, del *Seminario XI*, Lacan (1964), establece un punto desde el cuál el sujeto mira al objeto y puede otorgarle un lugar. Punto geométral que evoca el estadio del espejo, texto en el cual Lacan alude a un i(a) atravesado por el Significante. Imagen que cobra brillo para aquél que mira y deja translucir al deseo.

No obstante, si articulamos el brillo (cuyo cariz está atravesado por lo subjetivo) con las formas en que se accede al objeto, más allá de los límites de su imagen, dañándolo, el deseo queda velado por un goce que oscila entre repetición y exceso. El lugar que le da Lacan a la *anamorfosis*, es un lugar otorgado al ámbito de lo estético, no siendo exclusivo del artista, sino del espectador que es causado por ese objeto; al respecto cabría cuestionar la relación que pueda tener el arte con tal destrucción que sostiene la tesis de este texto.

En este punto se busca una articulación del objeto-causa con aquello que de excesivo aparece no solo desde la pulsión escópica, sino de lo que es transgredido más allá de los sentidos del sujeto; transgresión que se evidencia en el cuerpo del otro, donde sus coordenadas quedan sumidas en la desfiguración, aniquilación, expropiación, en últimas, castración, cuyo fin reclama, al parecer, una satisfacción socavada. Reclama una comprensión del enigma sin mediar palabra, sin tolerar el desencuentro, el rechazo; el cuerpo, como reservorio de

desencuentros (necesarios para establecer un lazo), de goce, goce sentido, resulta dañado en calidad de siniestro, no dando lugar a algún signo que funde o instaure el discurso que vuelve a la vida: “en el nivel del más allá del falo –más allá de la demanda– la palabra que escucha hace hablar al cuerpo” (Rovere y Zabalza, 2013, p. 35).

## **Conclusión**

La disyunción que plantea este texto, pretende poner en evidencia una problemática que más que tener un contenido social (el cual es evidente, ya que las cifras y relatos lo testimonian), guarda serias implicaciones clínicas que el psicoanálisis busca exaltar. En tanto la apuesta estriba en un intento de tener un punto de encuentro de tal disyunción, reconociendo como antesala un quiebre en la disparidad hombre-mujer y reconociendo un enigma femenino que puede ser bordeado de otra forma diferente al daño; por ello, el carácter de invención toma partido en este punto, a fin de poder explorar manifestaciones que posibiliten el lazo social. La disyuntiva y el posible encuentro se podría sostener entre el goce y el deseo, ambas sostenidas en una gramática Significante que las instituye en una relación con el Otro y que entran en dinámicas diferentes en los sujetos, tal y como sostiene Muñoz (2018): “del lado del deseo la falta-en-ser, del lado del goce el ser como lo que se resiste a la nadificación del Significante” (p. 18).

Sin más que agregar, el presente trabajo resalta el lugar del psicoanálisis entre los campos disciplinares de occidente, con una teoría que demuestra su vigencia en la lógica conceptual que inauguró Freud; lo que se constata entonces es una estructura teórica sólida que se sostiene por la correspondencia con la lingüística, la antropología estructural y la lógica simbólica. Este comercio interdisciplinar otorga, a su vez, la extensión que abre los horizontes a próximos estudios y análisis movilizados por lo teórico, lo investigativo y lo práctico que anuda el discurso psicoanalítico; más que establecer una visión concluyente, se trata de estimular el ejercicio reflexivo a partir de ideas e hipótesis que permitan contrastar con otros discursos y, en esa medida, habilitar problematizaciones y consideraciones por venir.

# Adicción a las sustancias psicoactivas y su relación con el sufrimiento psíquico desde la perspectiva psicoanalítica. ¿Clínica de lo imposible?

*Carlos David Carvajal Correa  
María del Pilar Murcia*

## Introducción

En la actualidad, el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un desafío en la medida en que representa para la clínica actual un reto similar al que simbolizaba la histeria para la clínica del siglo XIX. En este sentido, la adicción a las sustancias psicoactivas es aún una situación inespecífica en lo que respecta a su fundamentación, construcción e investigación tanto teórica como metodológica; no obstante, existen elaboraciones que permiten el acercamiento a la concepción de la misma, elaboraciones que sin lugar a dudas infieren sobre una ruta de actuación difusa e inconsecuente hacia la perspectiva de su comprensión.

El determinismo psicologizado que encasilla al sujeto como *el adicto*, no hace más que replicar el síntoma identificándolo con la sustancia y quitándole la responsabilidad que debe asumir con el manejo de su goce; es así, como este artículo señala la contraposición a dicho determinismo, planteando como tesis que frente a la reducción del precepto que fundamenta la relación del sujeto con el tóxico (droga), se genera como efecto intrínseco la disminución de que el analista mismo reduzca al sujeto a la relación que padece con el tóxico; en otras palabras, quitar fuerza al tóxico y remitirse al Significante del sujeto con ese Otro. El psicoanálisis ha de permitir cumplir con su razón de ser, posicionándose en la singularidad de cada caso para su respectiva intervención, y por

ende no pensar de manera homogenizada el tratamiento y las modalidades de intervención en los casos de adicción.

Con lo anterior, lo que se pretende aclarar es que precisamente la clínica de las adicciones constituye, en sí misma, una situación de amplio espectro de abordaje y que al momento de su investigación, la clínica y el tratamiento deben tener presentes tanto factores particulares como generales a fin de garantizar una sana interpretación del mismo, ya que la ingesta de la sustancia no representa más que la forma de la problemática, es decir, el problema no es la droga, no es el tóxico, no es el uso de ésta; el problema apenas medio se asoma con el consumo de la sustancia, pero en realidad radica en la singularidad del sujeto y su relación inconsciente con el Otro.

Asimismo, cabe mencionar a Silva (2015) que refiere “que la función del tóxico pretende solventar, estabilizar la desestabilización que la precedió” (p. 167); de este modo, es importante considerar que para el psicoanálisis la relación del sujeto con el tóxico yace en la importancia de investigar a cerca de la relación entre Sufrimiento y toxicomanía puesto que en lo esencial, la experiencia del Sufrimiento pertenece a la esfera de lo que no se puede expresar y continúa siendo un enigma para aquel que no lo experimenta (François, 1999). Para François (1999) la clínica psicoanalítica, en el tema de las adicciones, debe pensarse hacia la imposibilidad de expresar y simbolizar el Sufrimiento en el Sujeto, lo cual solo le es posible a través de una formación de compromiso, un síntoma o una sustitución, una salida rápida, un *quitapenas*, un tóxico, o lo que Le Poulichet (1990) denominó la operación del Farmakon; según Le Poulichet (1987) los toxicómanos o sujetos adictos, recurren al terapeuta o a un analista cuando es la operación del Farmakon la que falla, y ya no garantiza la anestesia anhelada por el sujeto adicto, ya no se produce esa prótesis que era adecuada y perfecta, por lo que “ciertas toxicomanías están condenadas al fracaso” (p. 147).

En tanto lo anterior, se reconoce que cada sujeto destina una demanda y en los decires singulares hacen que vacile o resbale el montaje en el cual se conservan. Si este montaje parece desestabilizado, cuando recurren al terapeuta se presenta “un encuentro entre un montaje toxicómano y un dispositivo de cura” (Cárdenas y Murcia, 2020, p. 147), este encuentro conlleva a un campo nuevo que sería una clínica psicoanalítica de las toxicomanías.

Dicho esto, hay que tener en cuenta que cuando se habla de Sufrimiento y Adicciones se requiere un amplio espectro teórico y metodológico, debido a que existen múltiples posturas que han buscado esclarecer y determinar cómo

se instala o desencadena la complejidad de esta particular condición psíquica. Desde la postura psicoanalítica, es propicio aludir que para Freud (1992a) el Sufrimiento amenaza a los seres humanos desde tres fuentes de poder que continuamente exigen una respuesta psíquica para sobrellevar la situación de la vida: la decadencia del propio cuerpo, la omnipotencia del mundo exterior y la complejidad de las relaciones con los otros, quienes pretenden determinar si el ser humano vive placenteramente o no; por lo tanto, se puede instalar una falsa noción de felicidad por el hecho de saberse escapar de la desgracia o también por sentirse sobrevivir al Sufrimiento, y con ello se relegue a segundo plano la posibilidad de lograr el placer. Es así, como Pardo (2015) menciona que a través del uso de drogas el Sujeto logra mantener una posición de omnipotencia para auto conservarse, considera también que el uso de un tóxico es un acto narcisista que ayuda al Sujeto a mantenerse al límite y sanar o mitigar un Yo débil que sostiene el Sufrimiento continuado.

A continuación, se presenta una disertación alrededor de elementos que se relacionan entre sí cuando se habla de Adicciones desde la perspectiva psicoanalítica. En primer lugar, se aborda el Sufrimiento como concepto; seguido de la fundamentación de el Goce implícito en relación con la adicción; y finalmente, la Escucha Analítica como alternativa para el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas.

### **Sufrimiento psíquico: imposibilidad simbólica para tramitar dolor**

Desde los inicios del psicoanálisis, Freud (1992b), en el texto *Proyecto de una psicología para neurólogos*, plantea que el Dolor ha sido un concepto susceptible de ser hipotetizado en relación con su origen y destino. Inicialmente, se consideró como proveniente de una lesión corporal donde el Yo concentra su investimento y reduce su atención al centro del Dolor, esto desde una visión fisiológica del individuo. Por otro lado, en lo que respecta al Dolor psíquico, se ha postulado que este no es sinónimo de displacer, en dicho modo, Freud determinó que este Dolor es aquel que surge como consecuencia de la ruptura de los límites del Yo ante la aparición de un monto elevado de energía en el sistema, generando una ruptura homeostática y por consiguiente una discordancia en la diada “placer/displacer”, siendo importante poder establecer la diferenciación entre dolor, trauma, duelo, malestar y sufrimiento, logrando así, fundamentar desde el psicoanálisis la manera en la cual cada uno de los conceptos mencionados no ocupan el mismo lugar ni suplen la misma función en el Aparato Anímico.

En un principio se debe comprender que el *trauma psíquico* es un antecedente correlativo del dolor, pues lo que lo determina es el desborde de las defensas del sujeto ante las representaciones que no anuda ni soporta; por consiguiente, no queda más que el *grito* para poder integrar de nuevo su universo ante aquello que le irrumpe, generando excitación o traumatismo (François, 1999). Además, es importante tener presente el concepto de *Duelo*, el cual es una reacción específica a la pérdida de un Objeto; el Duelo se comprende como un estado psíquico subsiguiente a una ausencia vivida como pérdida, es un bloqueo, inhibición o parálisis subjetiva por el abandono de todas las representaciones debido a una especie de desbordamiento psíquico. De acuerdo con esto, Nasio (como se citó en François, 1999) menciona que “en el plano de lo clínico, todo ello se traduce en una inhibición paralizante ligada a un desinversión y, al mismo tiempo, en un insoportable y agudo Dolor que seguirá al sobreinversión” (p. 55). Es decir, que cuando el Sujeto no anuda la energía representacional con el choque traumático de una pérdida (falta) aparece el Dolor y, si el Dolor a su vez le somete a un flujo de sus representaciones, le conducirá a un estado de Duelo, por lo que se hace necesario la redistribución de la Energía Psíquica sobre sus representaciones restantes, de lo contrario este corre el riesgo de melancolizar y caer en un *Dolor moral* que perpetúa la falta.

Es oportuno considerar una de las primicias que fundamenta el psicoanálisis, la cual refiere que todos los seres humanos estamos en falta, por lo que el Dolor es inherente a los seres humanos, de este modo, el Duelo es un trámite natural contra el Dolor; sin embargo, enfocándose en el campo del Dolor Psíquico, no se puede dejar de lado que este se encuentra inscrito fuera del razonamiento y, por lo tanto, no hay posibilidad de ser sintetizado por la consciencia. Es así, como Levinas (como se citó en François, 1999) refiere que el *Dolor Psíquico* es “un momento muy especial en la consciencia, que se ve incapaz de construir algo [...] construye sin poder construir” (p. 55); por consiguiente, queda un recurso para el Sujeto, gritar el *dolor*, es decir, *simbolizarlo*. Lo anterior, lleva a interrogarse lo siguiente: ¿qué pasa cuando el sujeto no simboliza, no tramita o no grita el dolor?, ¿cuál es el punto medio entre dolor y melancolía?, ¿cuál es el mecanismo que permite que un sujeto no rompa la línea que le lleva del *Dolor psíquico* al *Dolor moral*? Al parecer, tales cuestionamientos se resuelven a través de la noción que permite concebir la vía del sufrimiento como una elaboración subjetiva para “aguantar” la tensión psíquica.

Lo anterior, lleva a comprender que Sufrir es padecer, es soportar aquello que no se quiere, que no se desea y mientras el Dolor no tenga manifestación alguna siempre habrá cabida para el *Sufrimiento*; el cual se entiende desde esta

postura como una condición subjetiva presente que encuentra relación con un pasado que se liga sin nominar, sin representar; además, es un estado de lucha y se da como un intermedio entre bien-estar; esta psicopatología conduce a un terreno que hasta ahora no se ha podido nombrar; por lo tanto, se hace imperativo apelar *al Malestar Psíquico*, ya que permite considerar dos aspectos fundamentales: el sentimiento de culpa y *el Súper Yo* que lo infunda, puesto que está determinado por la represión reguladora que ejerce el entorno por sobre las pulsiones subjetivas, es decir, el *Malestar Psíquico* es inherente a la condición de ser social, y por tal razón su etiología es difusa, en tanto el aspecto subjetivo es indeterminado y va más allá de la manera en la que el Sujeto lo intenta mediar o tramitar, con el fin de no dejarse devastar del mismo; es así como se posibilita el establecimiento de una falsa noción de felicidad, y con ello se relega a segundo plano la posibilidad de lograr el Placer (Freud, 1992a).

En este sentido, Freud (1992a), plantea que el simple hecho de vivir, ya es implícita y explícitamente Doloroso, es decir, lo inherente al Dolor en el ser humano le impulsa al reto de dilucidar la etiología del Sufrimiento y, refiere que

El Sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y a la aniquilación ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el Dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos (pp. 76-77).

Se debe entonces, hacer la diferenciación entre Malestar y Sufrimiento, entendiendo el modo en el que último imposibilita la simbolización; con esto, en cuanto a la consideración de la operación psíquica del Malestar, se comprende que este puede ser solucionable, pues opera de manera contingente y se puede resolver, ante la presencia de la falta, por lo que, existe la posibilidad de *un parche* que la supla y la remiende. En relación al concepto de Sufrimiento, Orejuela y Malvezzi (2016) mencionan que

El Sufrimiento, como modalidad de Malestar que aspira al reconocimiento, es la experiencia subjetiva de excesiva tensión y desgaste corporal y psíquico, sin sentido, que lleva a la pérdida de la experiencia de sí, derivada de la sobrecarga pulsional que ha sido impedida de descargarse o simbolizarse por vía de la Palabra, de traducirse en el necesario placer que restablecería el equilibrio de la economía psíquica. (p. 21)

Sin embargo, no deja de ser complejo definir el concepto de Sufrimiento Psíquico, pues queda establecida la operación subjetiva que este determina en relación con la perdurabilidad y sostenimiento del Dolor, que se entiende como una condición psíquica que le diferencia de otras formaciones en el aparato anímico a nivel de constituciones sintomáticas establecidas a partir de traumas, pérdidas o exógenas demandas; no obstante, es importante dilucidar que el Sufrimiento como condición subjetiva tiene un alto nivel de intensidad que es relativamente identificable, mas no simbolizable, no articulable, además de intolerable e Inconsciente. Por lo tanto, hay que tener en cuenta la posible relación etimológica que se establece entre los conceptos de Sufrimiento que impide la simbolización, y Adicción como ausencia de palabra, es decir, encajan perfectamente el uno en el otro como si de una prótesis se tratara ante la demanda no elaborada proveniente de un insoportable Dolor; con esto, para el Diccionario de la Real Academia, el término *adicto* procede del vocablo latino *addictus*, que correspondía al nombre de una figura histórica de la antigua Roma, y se dice de este personaje que gastaba el dinero que le prestaban sus acreedores rápidamente. Asimismo, para López (2013) el origen del término *adicto* proviene del Imperio Romano, dado que así eran llamados los esclavos, a quienes les decían *addictus*, que es su forma en latín traduce: asignado o entregado. El autor explica que cuando se vendía un esclavo, este era asignado y entregado a su nuevo amo, por lo que pasaba a ser el *addictus de* (el nombre de su amo); este término acabó siendo utilizado para decir que pertenecía a alguien o a algo.

Por su parte, Castro (2009) afirma que la palabra *adicto* viene del latín *addictus*, participio perfecto pasivo del verbo *addicere*, que significa asignar, adjudicar, entregar o dedicar; cual sea la referencia que se tome, este concepto significa apegarse o adherirse a una persona, una opinión, etcétera. De modo que, por su etimología, *adicto* es, simplemente, apegado.

Con lo mencionado antes, es fundamental referirse a McDougall (2012) quien establece que el sujeto *adicto* lo que busca es, por medio de un objetivo –ya sea el tabaco, alcohol, comida, sustancias psicoactivas, el sexo o cualquier cosa de la vida cotidiana–, llegar a un estado de alivio provisional, por esto “la búsqueda de un objeto de adicción [...] no dependía en el fondo del deseo de hacerse daño, sino que, por el contrario, esta elección procedía de la esperanza de hacer soportables las dificultades, sentidas como estresantes” (p. 3); enfatizando que este objeto de adicción es investido de cualidades benéficas, es un objeto de placer que está disponible en todo momento para atenuar estados afectivos intolerables.

## Goce y adicción: goce sin palabra, sin símbolo, sin falo

Los Sujetos se encuentran en un debate intrínseco que se apuntala en un trípode inevitable constituido por Malestar, Dolor y Sufrimiento, a los que están continuamente expuestos; por lo cual, el sujeto busca la forma de contrarrestar la tensión generada en el Aparato Psíquico, a fin de establecer la economía del mismo, de lo contrario, subyace la llamada “Enfermedad Mental” o, comunmente llamada *locura*. Partiendo del anterior enunciado, surge la intención de delimitar el aspecto clave que ha de determinar la vía por la cual el Sujeto establece los mecanismos para contrarrestar los niveles de tensión en el Aparato Psíquico y así sobrellevar la vida misma.

Para reconocer el funcionamiento psíquico, hay que comprender que este, se rige *Más Allá del Principio de Placer*, en tanto, todos estamos en falta y por consiguiente somos Sujetos de Deseo, el cual toma como punto de partida la necesidad, necesidad de satisfacción del mismo, necesidad determinada por un Objeto que media en dicha satisfacción; es decir, existe un Objeto generador de satisfacción para el sistema, que ha instalado una Huella Mnémica que llevará posteriormente a lo que se concibe como necesidad y ha de generar la Im-Pulsión del Deseo de conseguir nuevamente dicha satisfacción; Pulsión, Huella Mnémica, Satisfacción, Economía Psíquica y Deseo, son todos ellos mecanismos en un mismo contexto Inconsciente que dan lugar a la *Repetición*, y por consiguiente al *Goce*.

Para comprender lo anterior, es propicio considerar a Freud (1992c) quien habla de Pulsión (*trieb*) en su texto *Pulsiones y destinos de pulsión*, haciendo referencia a lo *oscuro*; igualmente, Lacan (2005) denomina la Pulsión como *escondido y misterioso* en su *Seminario XI* sobre los conceptos fundamentales del psicoanálisis, lo anterior llama la atención, dado que ambos autores hablan en relación al Objeto de la Pulsión (Imbriano, 2008). Es, entonces, la Pulsión, la manera como la Energía Psíquica se tramita, así como tiene una fuente, una fuerza y un destino, también tiene un Objeto, y a la consideración tanto de Freud como de Lacan es que –el Objeto– posee características indeterminadas e indescifrables en sí mismo, y establecen relación directa con la concepción de Deseo y la del Goce.

Ahora bien, antes de hablar del Objeto en sí, es importante recurrir a la reinterpretación de Lacan del *Concepto de Castración*, en tanto esta es la ruta que permitirá esclarecer la relación existente entre Repetición, Goce y Objeto. Para Lacan, la Cultura (Otro) desnaturaliza el sentido mismo del Significante del cuerpo (Sujeto de lenguaje, Sujeto del Inconsciente), y conlleva al Sujeto a

la experimentación de la Incompletud. El Discurso Capitalista, en su arrasadora y dominante intención, somete a la inexistencia del Goce en todo su sentido, ya que la cadena de Significantes en el Sujeto está determinada por las leyes de la cultura; es así como Lacan (2008), en el *Seminario XVII*, permite dilucidar la incidencia del Discurso Capitalista en la Subjetividad; por consiguiente, Kameniecki (2017) manifiesta que

El eje o núcleo de estos discursos tiene que ver con el Goce, aunque de un modo raro: cada discurso es una manera o método específico para evitar el Goce, una protección contra el Goce, y a la vez de mantener el Deseo. (p. 2)

Al respecto, es importante tener presente que el Goce se establece como un producto que ayuda a contrarrestar el socavamiento del Lazo Social, dado que el consumismo mercantil cada vez lo hace más efímero; en otras palabras, el Lazo Social se torna superficial; por esto, Bassols (como se citó en Aranda, 2018) plantea que: “la ciencia y el mercado comandan hoy el nuevo orden simbólico que rige nuestra civilización, propagando un anhelo generalizado de todo Saber” (p. 2), donde se evidencia un contexto de actuación particular en el que se encuentra el Sujeto, un Sujeto Deseante que se debate entre la intención de un vínculo firme que lo sostenga en el Deseo –Deseo del Otro–, y el sistema liquidificado que lo acoge; sin embargo, lo acoge sin Lazo, el Sujeto al no encontrar Lazo firme que garantice su verdad y consistencia en el Otro encuentra el Goce como –producto– factor político que lo aloja en el Lazo Social.

Por lo tanto, la Cultura –constructo inevitable de la Subjetividad– pretende parámetros de actuación que delimitan el Deseo del Sujeto hablante en todas sus manifestaciones, su estructura instituye el Discurso, el cual, según Brauntein (como se citó en Aranda, 2018) “da por sentado la realización de un efecto y un producto: el efecto es el Sujeto y el producto es el Goce” (p. 1); de acuerdo con esto, en la mitad de Sujeto y Goce queda el Objeto, ya no como causa de Deseo, sino más bien como el Objeto de Goce, es decir, el Objeto con el que el Sujeto goza. Es así, como el Goce se encuentra articulado a la Pulsión y la satisfacción de la misma, en tanto, el Goce alude al carácter de Economía Pulsional:

Lacan considera una economía política del Goce como la distribución, determinada para cada Sujeto, de la forma en que el sistema Significante opera sobre el cuerpo. El concepto asociado directamente al de Goce es el de satisfacción pulsional. Goce es el nombre lacaniano de la satisfacción pulsional. (Imbriano, 2008, p. 1)

En ese orden de ideas, se tiene en cuenta la función que presta el Objeto en su relación con el Goce; el Sujeto actúa a partir de la Pulsión que intenta entrecruzar el campo de lo simbólico con lo real, pretendiendo alcanzar la satisfacción del Deseo (Dimensión de Pérdida-Falta); Deseo que ya por supuesto se encuentra mediado –Discurso Capitalista– por la modificación sustancial de la operación Significante ante la imposibilidad de verse realizado –el Deseo–, es decir, ante la imposibilidad de capturar el Objeto, es así, como el Sujeto se lanza a la repetición, es decir, a volver a pedir el Objeto, sobre el cual se ha de transferir la carga pulsional a fin de satisfacer la necesidad; sin embargo, es aquí, donde el Inconsciente se ve apesado y construye una forma alejada de satisfacción de la misma y se sumerge en el Significante de Encuentro-Pérdida-Reencuentro, y aquí el Deseo fracasa en su intención –Capturar el Objeto–, por consiguiente la meta queda incompleta, es decir, un Sujeto en Goce.

Cuando se habla de Deseo insatisfecho del Objeto, enmascarando la satisfacción pulsional (Goce), y de la hegemonía capitalista productora de *Malestar a granel*, hay que reconocer que estas constituyen el terreno propicio para que opere simbólicamente un *Quitapenas*, para prevenir la “ruptura en la relación con la cosita de hacer pipí” (Freud, 1909, p. 32), a lo que Juanito le llamó la *Wiwimacher*; en el texto análisis de una fobia de un niño de cinco años (Freud, 1909), es decir, la letra queda muerta, y la cadena de significantes ha quedado en el mundo de lo real, sin decir, sin símbolo, sin Palabra, por lo tanto en a-dicción.

Ahora bien, lo que para Freud fue el –Das Ding–, para Lacan es el antecedente del Objeto (**a**), es decir, la pérdida primaria (ley de la prohibición del incesto), la causación del Deseo y la regulación del Goce; pese a lo anterior todo intento de alcance del Objeto (**a**) que se pretenda, inevitablemente, quedará incompleto, dado que nunca existió en el plano de lo simbólico; quedó en lo real, y su intento por darle sentido caerá en el agujero de una imagen unificada del Yo que no cuenta un origen especular, no se puede nominar; de este modo, el Objeto (**a**) se ubica en el lugar de la hiancia, siendo lo que hace buscar, desear y ¿por qué no?, Consumir y Gozar. Partiendo de lo anterior, Baudelaire (como se citó en Leguizamón, 2007), considera que

Cuando el adicto busca lo que le falta a través del Objeto sin pasar por el Otro, queda expuesto a una mayor soledad, se debilitan sus Lazos sociales. La pareja que se juega en la adicción es la relación Sujeto y Objeto, la misma propuesta por el discurso capitalista, por el imperio del consumo. (p. 212)

Al relacionar lo anterior con los discursos descritos por Lacan (2008), Amo-Esclavo, Profesor-Aprendiz, Histórica(O)-Amo, Analista-Analizante, es evidente que estamos frente a Discursos que develan un Lazo; sin embargo, el Discurso capitalista, en cambio, rompe el vínculo de pareja e involucra solamente el Lazo del Sujeto con el Objeto, del Sujeto con él mismo e instaura un Lazo autista, el cual establece el consumidor y de modo más intenso el adicto; es así, como el Lazo entre el adicto y el tóxico es un Lazo de Goce mediado y determinado por el Otro del capitalismo.

Por consiguiente, es posible afirmar que la Cultura ejerce fuerza capital y de consumo sobre el Sujeto, el cual se ve fuertemente determinado para sobrellevar tal sometimiento, casi que para no sufrir; por tal razón, diseña un paliativo que le permita Gozar, allí entra el tóxico y acentúa el carácter de vinculación pulsional desencadenando la repetición e instalando la adicción; no se puede negar que hay un Goce implícito en relación con la adicción a las sustancias psicoactivas; no obstante, se debe reconocer que en dicho Goce se encuentra la nocividad, el encierro o el escape, llevando al Sujeto a enfrentar un serio problema.

En síntesis, Freud (1992a) plantea que con el uso de un *quitapenas*, el Sujeto disipa estérilmente cuantiosas magnitudes de energía que deben ser aplicadas para mejorar su propia suerte; en otras palabras, es un Goce que le permite la abstracción del presente inmediato, lo cual de por sí, ya es un síntoma peligrosamente neurótico, máxime, cuando se siente insatisfacción o impotencia, siendo las drogas una promesa de acceder a un Goce, por el cual se paga un alto precio. Es una Pulsión de muerte desenfrenada, es decir, pareciere como si el Sujeto cambiara el todo por obtener en la soledad la posibilidad del consumo de los tóxicos para alcanzar esa relación intensa con el Plus de Gozar, entonces, la adicción si es un Goce, pero es un Goce secreto de exterminio del Sujeto.

### **Escucha analítica: una posibilidad para descomplejizar la concepción sobre la adicción a las sustancias psicoactivas. ¿Clínica de lo imposible?**

La adicción a las sustancias psicoactivas es una situación de compleja comprensión, tanto en lo que respecta a su clínica y su tratamiento, como también en virtud de lo que se encuentra en relación con su teorización. La psicologización del concepto y la práctica clínica terapéutica de la época han construido en torno a las adicciones una investidura fenomenológica que no solo carece de fundamentación, sino que también margina la especificidad del concepto como tal; de allí la razón por la cual es considerada en la mayoría de los casos como

una *clínica de lo imposible*, es así como es propicio tener en cuenta a Le Poulichet (como se citó en Cárdenas y Murcia, 2020), quien manifiesta:

Considero que la toxicomanía es de tratamiento muy difícil porque el analista no solo se enfrenta a un estado psicológicamente determinado, sino a la combinación de un estado psíquico y de una intoxicación y de una confusión debida de las drogas. (p. 151)

La clínica psicoanalítica ha sido campo de discusión en cuanto al abordaje de las Adicciones a las sustancias psicoactivas, puesto que las investigaciones que datan en relación al tema se controvierten entre sí, de este modo, reconocer si la adicción es un Síntoma o a su vez la manifestación de conflictos Inconscientes fue lo que llevo a López (2006) a realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de considerar la efectividad del abordaje psicoanalítico en las Adicciones; el autor partió de cómo la experiencia clínica muestra la forma de disminuir significativamente la compulsión al consumo de sustancias, además de cómo la detención del ingreso de las sustancias al organismo por un tiempo medianamente prolongado, lleva a la controvertida noción de *abstinencia*, siendo esto contrario a la perspectiva psicoanalítica, en tanto, no es posible dejar de lado la dimensión del Sujeto del Inconsciente en un abordaje terapéutico; sin embargo, también refiere que la adicción habría que entenderla, no como un síntoma de procesos Inconscientes o una condición pre-mórbida, como fue entendida durante mucho tiempo en el Psicoanálisis, sino como un intento de solución al problema de las faltas de Ser y de Goce.

Asimismo, Encina (2017) refiere que no se puede hablar de *Adicciones* o de *adicto* justamente en el punto en el que cada Sujeto se encuentra atravesado por historias, o mejor por su propia historia. En este sentido, no se puede plantear los términos de *Adicciones-Adictos*, porque para la clínica psicoanalítica el simple hecho de nombrarlo desde una de esas categorías llevaría a perder la posibilidad de intervenir, como a la imposibilidad de instalar un Lazo, desde la lógica que prioriza la singularidad; lo cual es en sí, el Lazo Transferencial que permite intervenir. Lo anterior, esboza la importancia de reflexionar sobre la manera en la cual dilucidar la experiencia psicoanalítica para otorgar un lugar de aplicación en el campo de las *Adicciones*, siendo fundamental mencionar a Rutsatz y Macedo (2016) cuando refieren el valor de comprender los desafíos y cambios involucrados en la Escucha Psicoanalítica de las Adicciones, teniendo en cuenta que lo que se convoca a trabajar es la Palabra, buscado con ello Escuchar el Sujeto del Inconsciente.

De esta manera, dentro de particularidades en la Escucha de la Tóxicomanía, se hace necesaria la descentralización del Objeto tóxico para permitir el surgimiento del Sujeto dividido; es decir, del Sujeto del Inconsciente. Kameniecki (2017) en uno de sus seminarios sobre Políticas Públicas en drogas refiere:

Por ello el tema de la llamada rehabilitación, a mi criterio polémico y bastante hipócrita, es muy interesante desde un enfoque crítico. No hay duda que las sustancias son importantes, ninguna duda [...] está también el Sujeto, en mi opinión, lo esencial. (p. 10)

Ahora bien, en la posibilidad de concebir la terapéutica y su incidencia en el Sujeto, “se trata de hacer emerger al Sujeto y que se implique con relación a sus condiciones de Goce” (Kameniecki, 2017, p. 7), con esto se plantea la importancia de la Palabra, incluso de la Palabra no dicha.

Una de las razones por la cuales la clínica y el tratamiento de las *Adicciones* se considera complejo de llevar a cabo, consiste precisamente en la imposibilidad del Sujeto para Simbolizar, dado que Gozando, Goza en su propio tramite del Sufrimiento, Goza en la queja. Los principios clínicos del psicoanálisis refieren que no es posible improntar de esa manera. De este modo, la virtud de la Escucha Analítica permite ir más allá de la caracterización de los Sujetos inmersos en discursos médicos, legales y morales que no hacen más que perpetuar los padecimientos y la falta, que atrapa al sujeto en una denominación de *toxicomanía*, que en efecto designa un flagelo social y constituye el Objeto de una ley jurídica, estableciendo una dificultad que es preciso ponderar (Le Poulichet, 1990).

Teniendo en cuenta todo el entramado que conlleva a la indagación de la cura de las adicciones, la escucha analítica apertura a cuestionarse por los Sujetos. En primera instancia, a posibilitar un espacio para que el Sujeto se movilice de la identificación con la que se presenta: *soy un Adicto*, puesto que, dicha denominación ausenta la posibilidad de que el Sujeto se registre en la Palabra, en el Significante mismo, cristalizando su identidad y su soporte, se funda en un discurso colectivo que contribuye a la marginalidad con la que llega a justificarse para continuar en su propia forma de gozar (Pérez, 2017).

En este orden de ideas, es importante fundamentar la Escucha Analítica como una posibilidad para el Sujeto, sin embargo, la complejidad radica en que si el Sujeto está en Adicción, está en acto, en escena, más no en Palabra; además de incompleto y gozando, donde solo un acto puro de amor transferencial podrá dar sitio al Sufrimiento y conducir la Cura Analítica, esto se da en el Caso a Caso, no hay determinante para tratar las Adicciones, pues solo la Singularidad dará la evidencia de aquello inconmensurable, a lo cual el Sujeto se enfrenta fantas-

magóricamente; al respecto, Le Poulichet (1987) plantea que la interrogación sobre las modalidades de la admisión en el tratamiento, sea en una institución o en ámbito privado, tiene que ser restituida, ya que “para todo individuo, la oportunidad de emprender una cura analítica no depende de la cualidad del síntoma o del montaje que exhiba, sino, mucho más, del estilo de la demanda que él dirija y sostenga” (p. 157).

Finalmente, Kameniecki (2017) alude:

Si escuchamos a la persona que nos consulta, al inicio y posiblemente durante cierto tiempo, nos hablará de las sustancias, de sus efectos en él, nos dirá que quiere dejar de consumir, pero no puede –porque, afirma, es un adicto–, se trata de un circuito cerrado en sí mismo, donde debemos tener paciencia para ir encontrando algún hueco por donde entrar. (p. 1)

En relación con lo anterior, quien se instala en una adicción Goza sin el Otro, en otras palabras, la adicción misma puede llegar a ser una forma de tachar al Otro, por lo que existe una dificultad para que este le asigne al analista la posición de Sujeto Supuesto Saber, esto toma tiempo porque es necesario que el Sujeto des-sustancialice el discurso y dé lugar al Significante; en otros términos, que salga de la Palabra vacía y se aperture en la Palabra Plena.

## Conclusiones

La Escucha Analítica, fundamentada teóricamente desde el psicoanálisis, se basa en las construcciones del Sujeto en su relación con el Deseo; asimismo, en el posicionamiento de este en los diferentes discursos, los conceptos centrales aluden al Objeto, Psiquismo, Goce, Inconsciente etc. Esto, constituye un reto a pensar en la Subjetividad, sin embargo, no se puede llegar a denominarla sin fundamento, para ello, Lacan la conceptualizó en la articulación *Borromea de lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario*. Esto conduce a comprender que los tratamientos deben posicionar al Sujeto, asignándole relevancia al Saber que él mismo porta sobre su Singularidad y su Historia, y ello debe ser prevaleciente por encima de la intención de re-insertarlo, re-habilitarlo o peor aún, eliminar un Síntoma sin saber la función psíquica que está cumpliendo. Lo anterior, permite una coordenada que amplía la posibilidad de intervención y que ha de conducir a la intención de una Rectificación Subjetiva, a fin de que el Sujeto pueda elaborar una posible demanda de intervención.

Para hablar de adicción en la clínica psicoanalítica es importante esclarecer la fijación de una posición subjetiva con el tóxico, para poder tratarla constatando

la rectificación subjetiva en el analizante y con ello dar prevalencia al Sujeto y no al tóxico, permitiendo “que el analista encuentre alternativas frente a los límites inevitables en el trabajo con la toxicomanía” (Macedo, 2016, p. 222). En términos generales, se puede decir que el tema de las Adicciones desde la perspectiva psicoanalítica se ha visto abordada en el campo de la construcción académica tomando como punto de partida amplios trabajos de revisión bibliográfica y, más bien limitadas, producciones investigativas de campo que permitan evidenciar y describir el desarrollo de la misma en el terreno donde se vive la adicción.

# La transferencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje

*Héctor Gallo*

## Introducción

Partiré de la siguiente hipótesis: que más allá de la *atención* del estudiante, de su desarrollo cognitivo, de la percepción que da acceso al conocimiento, la experiencia pedagógica del profesor, de su capacidad de argumentación, transmisión y razonamiento, del procesamiento de información, el almacenamiento y codificación de los datos de la realidad, es indispensable que se produzca un vínculo transferencial estudiante-profesor para que se provoque una relación de enseñanza-aprendizaje. Este vínculo no se presenta sino en una experiencia concreta en la que participan seres de lenguaje.

La relación enseñanza-aprendizaje, no es abordada desde el psicoanálisis a partir de métodos docentes implementados por los sistemas educativos para acceder a los resultados esperados, y tampoco se tiene en cuenta si la forma de proceder que se le exige al maestro es o no adecuada a las necesidades de los estudiantes. Esto se debe a que las conductas no se constituyen en objeto de investigación del psicoanálisis, pues suponen al profesor y al estudiante sumergidos en una relación entre dos, en donde el uno es prácticamente la sombra del otro.

En cuanto al concepto de transferencia, transmitiré al lector una idea de su lugar y función en la experiencia de enseñanza-aprendizaje, empleándolo como guía epistémica para extraer consecuencias sobre el problema en cuestión. La utilidad de este concepto en el análisis de la relación enseñanza-aprendizaje, se define por remitir a una teoría sobre la relación de las palabras con el saber inconsciente, teoría que no es sorda a la experiencia ni se resiste a dejarse enseñar por esta, dado que “la palabra parece implicar la existencia del Otro” (Miller, 1998, p. 418) con mayúscula; Otro que si bien no hay que confundir

con una presencia real, no es ajeno al proceso de enseñanza-aprendizaje, pues entre sus definiciones está el hecho de constituirse en el sujeto supuesto saber que sirve como referencia.

En aquellas ocasiones, cada vez más escasas en nuestra época, en las que un profesor causa en el estudiante una transferencia de saber, deberá emplearlo como un señuelo para que este se enamore del saber que le supone. “El sujeto supuesto saber es un concepto que traduce en la teoría la degradación del Otro en significación” (Miller, 2005, p. 92). Esta es la manera como Lacan define la transferencia simbólica, que a diferencia de la transferencia imaginaria localizada del lado del amor, situada por Freud en 1895, “como error, error sobre la persona” (Laurent, 2005, p. 15). El error consiste en atribuir a la persona a la que se admira o se le supone un saber, por ejemplo un analista o un profesor, un amor que originariamente estaba dirigido a otra persona; pero dado que en su momento se constituyó en un amor imposible y que de él mismo dependió, por ejemplo, la producción de un síntoma histérico, fue reprimido y quedó como amor imposible de ser puesto en acto. Freud definió en 1895 el amor histérico imposible como un “amor inconsciente” (Freud, 1972, p. 128), que debido a una falsa conexión; es decir, a un error sobre la persona, es dirigido a quien no es.

Ahora bien, no es lo mismo que un niño quiera saber por amor al maestro y a sus padres, a que quiera saber porque en él se ha causado un deseo, debido a que ha descubierto que entre más sabe, más cosas se les escapan y por esta razón se esmera en buscar la manera de asirlas como concepto. Miller (2005) señala que “el sujeto supuesto saber significa que solo existe como significación, posee estructura de ficción y depende del lazo” (p. 92) que se establezca en un análisis, pero también por fuera de éste, por ejemplo, en la relación estudiante-profesor.

El Otro, si bien es construido a semejanza del compañero especular del sujeto, se diferencia porque al ser considerado un lugar simbólico, no acompaña “al sujeto en la función especular sino en la función –si me permiten– *palabrera*” (Miller, 1998, p. 418). *Palabrera* quiere decir que en este caso no se trata de lo que se ve, se observa y percibe directamente por los sentidos, “sino de a quien uno se dirige” (Miller, 1998, p. 418).

Se espera que a partir de asimilar la función que tienen en la transferencia el otro con minúscula, el Otro con mayúscula y la noción de objeto, el lector se forme una clara idea acerca de lo que caracteriza el vínculo en el cual se produce el aprendizaje. Se trata de establecer cómo influye el vínculo estudiante-profesor en la experiencia del aprendizaje, dónde está el sujeto que enseña y dónde el

que aprende, qué relación se establece entre ellos y de qué modos se presenta la pasión.

Siguiendo el debate enunciado, espero se entienda por qué el proceso de enseñanza-aprendizaje, examinado desde el concepto de transferencia, no es solo materia de epistemología –cómo accedemos al saber, cuál es su fuente, cómo se articulan el mundo de las percepciones y el mundo de la razón–, sino también de relación entre sujetos que se ven, entre cuerpos que hablan, se cruzan, se entrecruzan y se exponen, sujetos que se comunican entre sí y tienen cada uno un compañero real reacio a la ley. Este compañero es el goce singular hacia el que empuja la pulsión, goce que es el real transportado por el síntoma de cada uno y frente al cual es posible construir una barrera como lo podría llegar a ser la producción de un deseo de saber, tanto de parte del profesor como del alumno.

El recorrido que haremos en este texto, permitirá mostrar en qué consiste la transferencia y cuál es su incidencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, dependiendo dónde se ponga el énfasis: en el compañero más visible del sujeto que remite a lo imaginario, en el compañero simbólico que remite a la palabra o en el compañero real que remite al goce, goce que está más allá de la intención de enseñar en el maestro y de aprender en el alumno.

## La transferencia en la pedagogía y el psicoanálisis

Si la palabra es el medio del cual se sirve el psicoanálisis en la experiencia clínica, la transferencia será la condición para que la misma sea posible. En la medida en que un sujeto tenga la posibilidad real y cuente con la condición psíquica necesaria para dirigirse a otro sujeto, necesariamente surgirá la transferencia. La transferencia depende de una disponibilidad de la libido, que a juicio de Freud (1972a) “ha permanecido fijada a imágenes infantiles” (p. 1651). Dado que por fuera de una experiencia de palabra no hay análisis posible y que la transferencia requiere del encuentro frente a frente y del diálogo, ambas experiencias son inseparables la una de la otra.

La tesis psicoanalítica a propósito de su experiencia clínica, experiencia en donde aparece involucrada una exigencia de saber, en este caso sobre sí mismo, es la siguiente: que de no suscitarse el fenómeno de la transferencia, no habrá forma de influenciar a los sujetos que vienen a vernos para que se dispongan a trabajar en función de dicho saber, pues al yo no le gusta trabajar. El psicoanálisis, distinto a las psicoterapias humanistas y a la pedagogía, “de entrada no se sitúa como experiencia de simpatía, de ayuda: Freud no considera que sea necesario ser amado para obrar” (Laurent, 2005, p. 18).

Se deduce que en todo tipo de relación hay cuestiones que deberán mantenerse a raya, para que no se pierda el respeto y la confianza. Esto es válido aplicarse para una relación de pareja, de amistad, terapéutica, entre padres e hijos, jefe y subordinado, estudiante y alumno, etcétera. No es necesario idealizar una profesión o una relación para que se reivindique y cultive el respeto. Nada garantiza que si se establece con el Otro una relación solo de conveniencia o de tipo profesional, no habrá mezcla de pasiones. En cualquier relación, por muy razonable que se le supongo, mientras se pase cierto límite en la cercanía, la puesta en juego de pasiones no se hará esperar.

Para Freud, es necesario mostrar amor por la persona y ser amado para obrar con eficacia, pues

Hay todo un manejo de la relación médico-enfermo en que, por cierto, está no solo el amor al médico, sino también el temor al médico; y los médicos, en el curso de las épocas, y en nuestros días, aún continúan actuando en este registro.

Ni amado ni temido; Freud después de todo, no parece pedir como efecto, si se quiere, nada más que el respeto, en el sentido que Russell ha dado a este afecto, como una buena distancia con respecto a las cosas: tenerlas a raya. (como se citó en Laurent, 2005, p. 18)

A propósito del respeto en la relación estudiante-profesor, introduciré una segunda hipótesis de trabajo: que allí donde los pedagogos afirman que un niño no atiende las instrucciones ni las recomendaciones del educador porque tiene un déficit de atención con o sin hiperactividad, el psicoanálisis prefiere hablar de un problema en el plano de la transferencia, la misma que será negativa si el profesor no causa respeto y algo de admiración. Cuando un niño es inquieto y no aprende, no solo debe suponerse que padece un déficit de atención y por eso hay que mandarlo a evaluar para obtener respuesta, sino que también el profesor tendría que preguntarse qué de él se resiste a que el niño aprenda. Un profesor tiene la responsabilidad de preguntarse cómo actuar en su relación con el alumno para despertar su deseo de saber y también en qué medida puede estar obstaculizando este despertar.

Mientras los pedagogos sentencian que sin atención por parte del niño no hay aprendizaje, el psicoanálisis afirma que sin transferencia el estudiante no prestará atención a lo que el profesor y la institución le exigen aprender. La transferencia es condición de la atención y de la posibilidad de que un alumno se involucre o no en actividades pedagógicas grupales, no en vano se afirma en pedagogía que “la atención es *selectiva* porque solo deja algunos mensajes para su ulterior

procesamiento” (Schunk, 1997, p. 157). Que sea selectiva, indica que no todo lo que enseña el profesor llama la atención del alumno, no todo despierta su interés, lo marca y motiva. Hay un empuje a la selección de los contenidos que merecen ser retenidos como inolvidables, mientras que el resto desaparece porque la memoria consciente es efímera y la que perdura entra en relación con el recuerdo inconsciente. Memoria y consciencia están para el psicoanálisis en una relación de oposición y no de complemento, pues la memoria consciente, aparte de efímera, es engañosa y por ello no es confiable.

Para el psicoanálisis lo seleccionado por un estudiante, eso que se interesa por asimilar, depende de quien lo convoque, como lo haga y si considera o no que lo concierne subjetivamente en algún sentido. En cambio la pedagogía considera que los problemas de aprendizaje son indiscernibles de un trastorno de atención como el que suelen padecer los llamados niños hiperactivos, considerados por el psicoanálisis niños inquietos, no propiamente debido a un déficit, sino a un goce deslocalizado en la psicosis y localizado en la neurosis.

Entre más impersonal y rutinaria se vuelva la enseñanza debido a su masificación, entre menos deseo o posibilidad tenga el maestro de ocuparse de su alumno de forma singular, menos transferencia se producirá y con ello menos atención debido a la pereza y al aburrimiento que se genera. Los pedagogos verifican en su experiencia que un estudiante está más dispuesto a asimilar y a retener lo que considera más importante porque lo concierne, que aquello que es menos significativo porque le resulta ajeno. Esto quiere decir que la atención, en la mayoría de los casos, tiene que ver menos con un déficit que con un asunto libidinal inseparable del deseo del sujeto.

Un sujeto encarcelado por sus pensamientos obsesivos, no presta atención a lo que sucede en su entorno, se le ve distraído, ido del lugar en que se encuentra, nada asimila de lo que le dicen o explican. Esto sucede porque al estar toda su energía libidinal e interés concentrada en su pensamiento compulsivo, se muestra turbado, ausente, confundido y embotado; aquí tenemos un sujeto al que el profesor y la institución le reclama cumplir con sus deberes de estudiante, pero que por vivir sumergido en la soledad de su goce de pensar de forma parasita, goce que se vuelve su compañero más real, no logra ponerse a la altura de lo que se espera de él. Algo semejante sucede cuando se trata de una adicción a los juegos de Internet. En ambos casos lo más importante para el sujeto es su secreto pensamiento parásito y lo que encuentra en la pantalla; por más inútil y perjudicial que el entorno del sujeto considere estas adicciones, tienden a prevalecer a causa del disfrute inconsciente que producen.

La palabra transferencia es introducida por primera vez en *Estudios sobre la histeria*, en el apartado G, *psicoterapia de la histeria*. Aquí Freud define la transferencia como obstáculo al análisis y se escenifica en la experiencia en los casos en que el sujeto “transfiere a la persona del médico representaciones desplacientes durante el análisis” (Freud, 1972b, p. 166). Dice Freud (1972b) que esta transferencia se “lleva a cabo por medio de una *falsa conexión*” (p. 267); es decir, por atribución de un impulso libidinal a quien no le corresponde, en este caso el analista, cuestión que implica la puesta en escena de un deseo ilícito del lado imaginario.

Otra connotación del término transferencia es el traslado de un lugar a otro, por ejemplo, en el caso de la histeria, transferir a la inervación somática cierta carga libidinal, del lado cerebral, transferencia de cantidades de una neurona a otra; también está la transferencia de intereses, transferencia de deseo a un nuevo objeto de amor, transferencia de energía psíquica de una representación a otra, transferencia en el sueño de un deseo infantil hacía restos diurnos, de sentimientos amorosos y hostiles al analista o al profesor. La transferencia, si bien puede surgir como obstáculo, ha de emplearse como auxiliar del trabajo clínico y educativo en la medida en que sea bien leída, y el analista o el educador sepan servirse de ella, siempre en el sentido de emplear la adhesión que implica para refrenar la pulsión en lugar de incentivarla en la vía hacia el pasaje al acto; es porque la transferencia supone una adhesión de la cual hay que servirse adecuadamente, que entra en relación con la categoría de semblante.

Tanto el analista como el profesor, no deben responder, con respecto, a las manifestaciones transferenciales en el plano del amor, como personas ni como objeto posible de tener, sino con el semblante. La relación de la transferencia con esta categoría, se funda en que “lo verdadero y lo provocado no se separan y que él advierte contra todo intento de considerar a este amor transferencial en el registro de una falsedad” (Laurent, 2005, p. 33). Que la transferencia sea provocada, no implica que se deba considerar que el amor eventualmente producido dentro de la relación analista-analizante, estudiante-profesor, sea una falsedad.

Así que el amor de transferencia es un amor verdadero; conclusión: es el amor verdadero el que es un error. Pero no así el amor de transferencia, que es semblante, artefacto, puro artificio de la razón, en la medida en que se procura que lo maquillemos o lo pintarrajemos para hacerlo encajar en el mundo técnico; revela, en su verdad misma que todo amor tiene este aspecto de error. Y lo que es notable es que Freud, a partir de eso, advierte los peligros de la posición analítica; es muy bueno. (Laurent, 2005, pp. 33-34)

La transferencia amorosa no es una falsedad, pues de ser bien leída y analizada, de ser mantenida dentro de los límites prescritos por la ética del deseo del analista y por la técnica, servirá de freno al ímpetu de la pulsión que trabaja para romper los lazos que ligan al sujeto al tratamiento. En el caso de la escuela, el trabajo de la pulsión se dirige hacia la ruptura de la relación maestro-alumno por la vía de la agresión, el acoso y el abuso sexual. En caso de la pulsión triunfar sobre el deseo del analista o del analizante tratándose de un análisis, o sobre el deseo del educador o del adolescente en el caso de la escuela, el sujeto puede llegar en cualquier momento a romper “en un acto de repetición, los lazos” (Freud, 1972c, p. 1687) que le ligaban al saber.

Tanto un sujeto en análisis como un adolescente en la escuela, tienen derecho a expresar lo que piensan del analista o del profesor e incluso lo que sienten, y la idea es que se intervenga, pero no del lado especular que evoca confrontación, sino del lado simbólico que remite a pasificación, de tal manera que lo expresado adquiera el sentido que le corresponde. Al respecto dice Freud que de este modo se crea “una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda” (Freud, 1972c, p. 1687); o sea que la transferencia debe ser puesta siempre al servicio de la vida y de la disposición a amar, entendiendo por tal el hecho de evitar la repetición compulsiva.

### **Entre psicoanálisis y pedagogía: la transferencia**

Entre las connotaciones de la palabra transferencia está que evoca también un aspecto referido a la atribución imaginaria a una figura de autoridad –profesor, padres, jefe–, de intenciones poco gratas que no se justifican en la situación creada, pero que dependen de una disposición afectiva que tiene un origen distinto. Un niño o un adolescente puede leer en el compañero o en el profesor signos de desprecio, rechazo, exclusión, ofensa o disminución y en función de esto realizar un pasaje al acto agresivo contra el supuesto despreciador o contra sí mismo.

La lectura negativa de lo transmitido por el Otro, a pesar de la mayoría de las veces tener un carácter imaginario, es suficiente para elegir ponerse al margen de las actividades que se promueven dentro y fuera del aula de clase; actitud que sin duda afectará la atención y con ello la disposición a seguir instrucciones y a avanzar en lo que denominan los pedagogos desarrollo cognitivo. La transferencia negativa es la encargada de impedir, en la mayoría de los casos, que un niño atienda, entienda y memorice algunos contenidos.

De la misma manera, cuando un analizante o un alumno transfiere al analista, al profesor, a los padres educadores o el empleado líder sentimientos positivos, los revestirá “de una gran autoridad y considerará sus indicaciones y opiniones como dignas de crédito” (Freud, 1972a, p. 2400). El análisis de la función de la transferencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, permite comprender por qué el llamado por los neurocientíficos déficit de atención, en realidad no existe tal como ha sido descrito. Existe la decisión insondable por parte del niño de no querer escuchar ni atender al profesor, pues en la mayoría de los casos está más interesado en otros contenidos, por ejemplo, los juegos por internet.

No pocas veces escuchamos decir a niños y adolescentes que les da pereza y odian cumplir con las obligaciones escolares, no encuentran placer en aprender, pues no ven qué sentido tiene acceder a lo que enseñan en la escuela, sobre todo si hay profesores que lo hacen con desgano. Es preferible suponer que hay proliferación de déficit de atención y hacer un llamado al discurso de la ciencia para que lo atienda, que interrogarse por la crisis de autoridad en el plano del saber que ha invadido a la escuela en nuestro tiempo. El Otro supuesto saber del cual se servía el profesor en otros tiempos, ha entrado en una crisis cada vez más profunda.

Si bien el origen del concepto de transferencia es freudiano y su estatuto es fundamentalmente clínico, también encontramos el uso del término en el ámbito pedagógico, aunque con un sentido muy diferente al psicoanalítico. En el registro pedagógico se dice que la transferencia es un concepto importante porque sin su presencia “todo aprendizaje sería situacional y no habría beneficios en seriar los programas de instrucción para construir habilidades” (Schunk, 1997, p. 224). Para los pedagogos la transferencia es lo que permite que el aprendizaje no quede supeditado a cada situación concreta, da posibilidad de trascender el momento y de hacer sucesión, encadenamiento. Dentro de las teorías del aprendizaje se habla de diversos tipos de transferencia, entre ellos el de transferencia positiva y negativa, que hacen eco al modo como es concebida en el psicoanálisis; con estas expresiones no se alude en ninguna de las teorías del aprendizaje a la puesta en juego de sentimientos transferidos a otro, sino, en el primer caso –el de la transferencia positiva–, a la *facilitación* psíquica que puede propiciar un aprendizaje anterior para que se asimile uno nuevo o, en el segundo –el de la transferencia negativa–, a la *interferencia* que puede causar el aprendizaje ya integrado con respecto al que se espera asimilar. Es decir, que el aprendizaje tiene que ver con una habilidad adquirida, con un saber hacer que gracias a la transferencia puede ser facilitado o perturbado por un saber hacer adquirido con anterioridad. Cuando un aprendizaje no tiene efectos

observables en otro, se hablará de *transferencia cero*. Si se aplica de manera espontánea y automática en una nueva experiencia una habilidad bien establecida, se hablará de *transferencia de orden inferior*, pero si se trata de meditar y abstraer de una situación elementos que permiten hacer conexión con otra, se hablará de *transferencia de orden superior* (Schunk, 1997).

Como puede verse, el aspecto de la transferencia como influencia es fundamental en el contexto del aprendizaje escolar. Se espera que el saber propio de una situación logre influir en otra, sea que comparta o no elementos comunes con la anterior. En el caso de situaciones en las cuales se verifica el hecho de compartir elementos comunes, se hablará de *transferencia cercana* a la situación original o a la nueva tarea, y en el caso en que esto no suceda porque las situaciones son muy ajenas entre sí, se hablará de *transferencia lejana*.

También se habla en pedagogía de *transferencia literal* y de *transferencia figurada*; la primera consiste en transferir tal cual una habilidad, una conducta o un conocimiento muy ejercitado en diversos contextos a otra tarea (Schunk, 1997); la segunda se refiere “al uso de algún aspecto de nuestros conocimientos generales para reflexionar o aprender de cierto problema [...]”. La transferencia figurada exige establecer una analogía entre la situación nueva y la antigua, y transferir a aquella el conocimiento general” (p. 226). En estos casos habrá que meditar, hacer deducciones, abstraer, aplicar estrategias y reglas adaptadas a la nueva situación, razón por la cual puede requerirse de operaciones intelectuales más o menos complejas.

En pedagogía la palabra transferencia denota trasladar de un lugar a otro o de una situación a otra, conocimientos o habilidades. Freud alude a algo semejante cuando inicialmente denomina transferencia al traslado de sentimientos de un sujeto a otro. En pedagogía no se trata de trasladar de un sujeto a otro como en el psicoanálisis, sino de una situación a otra. Asimismo, se habla en pedagogía de transferencia para referirse a un cruce de información y vinculación de proposiciones en la memoria, o del aprendizaje de materias que facilitan la asimilación de otras áreas debido a que sirven a la intensificación del funcionamiento mental.

A propósito de ese matiz de la transferencia que evoca la influencia de un elemento sobre otro, diremos que hay quienes se convierten en poderosos personajes gracias a sus investiduras simbólicas y de esta manera doblegan la voluntad de quienes los admiran; otros doblegan a los demás y se hacen obedecer y temer por la fuerza, mediante la amenaza, el miedo y el horror, así sean odiados. Por último, están los psicoanalistas que, como dice Freud, carecen de poder porque

muchos de ellos no son ricos, “sin poder personal ninguno y obligados a ganarnos el sustento en el ejercicio de nuestra profesión” (Freud, 1972a, p. 2391).

El trabajo de psicoanalista es laborioso y se expone a numerosas críticas, porque al no someterse a ningún estándar hay que inventarle en cada momento su lugar y forma de proceder. No hay autoridad psicoanalítica más que a partir de la transferencia, por eso dice Freud que aquellos “argumentos que no tienen por corolario el hecho de emanar de personas amadas, no ejercen ni han ejercido jamás la menor influencia en la vida de la mayor parte de las personas” (Freud, 1972a, p. 2400), es decir, que no es sino en proporción al amor, el respeto y la admiración, que un ser humano es accesible e influenciable por Otro.

Nada tiene un analista que lo haga un ser superior, a menudo da testimonio de ello quejándose de no estar a la altura de lo que hace; dice Lacan (2004) que

Desde hace algún tiempo, se admite en la práctica que el analista ha de tener en cuenta, en su información y en su maniobra, los sentimientos, no que él inspira, sino que experimenta en el análisis, es decir, lo que se llama su contratransferencia. (p. 217)

De esta manera, Lacan (2004) enseña que el analista también es influenciado en su acto por los sentimientos que experimenta y los mismos “están determinados a cada momento por sus relaciones con el analizado” (p. 218). En lugar de estos sentimientos propiciar influencia, poder y dominio, más bien provocan preocupación e insatisfacción en el analista.

Dice Freud que las personas sobre las cuales el psicoanalista podría ejercer fácilmente influencia para que superen sus conflictos interiores, serían aquellas capaces de lograr una superación de los mismos por sus propios medios, dado que debido a la debilidad de dichos conflictos no se sienten sobrepasados en sus posibilidades. Al respecto Freud (1972a) coloca el ejemplo de un joven abstinento que decide entregarse a una relación sexual legítima o una mujer insatisfecha que busca compensación en otro hombre; ni uno ni otra suelen esperar el acuerdo del psicoanalista para hacerlo, pues aquí el conflicto entre la moralidad y la tendencia sexual que dificulta la satisfacción no suele ser tan férreo como en otros casos, pues se considera parte de una lucha normal entre tendencias psíquicas opuestas y además se desarrolla en el mismo terreno psicológico de la consciencia.

El psicoanalista se puede volver necesario en aquellos casos en donde los adversarios que producen el conflicto se encuentran localizados en planos diferentes de la vida psíquica; para ilustrar esta situación, Freud emplea la analogía del oso polar y la ballena, que por estar en planos diferentes nunca pueden encontrarse

por sus propios medios, así que para ponerlos frente a frente con la finalidad de que solucionen sus diferencias y así lograr que se produzca una solución, es necesario un campo neutral, que en este caso sería el espacio transferencial del análisis.

Tanto la posición del analista como la del educador, no deja de ser peligrosa. Tratándose del dispositivo analítico, el nivel de peligrosidad es distinto si se trata de hombre o de mujer.

El lado de esta existe la tentación cierta de la analista hacer de la transferencia una experiencia de amor cortés, y de creerse efectivamente la dama del amor cortés [...] existe para las mujeres en análisis, o cuando ocupan el lugar del analista, tanto la tentación de tomarse por una madre –lo que es la transferencia maternal y maternante– como la de tomarse por una mujer, la de tomarse por La mujer, y cargar las tintas en esta posición de amor cortés; es esto lo que pudo hacerse valer en este registro; y es notable que Freud le diera a esto, en su texto *La dinámica de la transferencia*, el valor del peligro mayor del psicoanálisis. (Laurent, 2005, p. 35)

Del lado del hombre analista está algo que de ninguna manera es defendible, se trata de la tentación de instaurar “una posición perversa”, que puede conducir a un requerimiento sexual de la paciente analizante, amparándose en un razonamiento sobre “el lirismo de los gozos del amor compartido [...] Aquí no se trata de una condena moral, sino que ampararse en dicho razonamiento pone en evidencia un *regusto de perversión*” (Laurent, 2005, p. 34) incompatible con el gusto implicado en la ética del deseo del analista.

## La transferencia: entre psicoanálisis y educación

El psicoanalista no se forma de la misma manera que el educador, pues su profesionalismo no depende de un cuerpo especializado de conocimientos objetivos verificados científicamente, y que lo capacitan para aconsejar y guiar al sujeto en las circunstancias de su vida. El oficio de psicoanalista se relaciona con la elaboración de un saber que no es acumulable porque no depende de nada que sea objetivo y verificable científicamente mediante métodos válidos para todos, sino del acceso a aspectos subjetivos que se verifican en el discurso de cada uno.

Un psicoanalista ayuda a su analizante a resolver sus conflictos teniendo en cuenta sus propios medios y en lugar de apoyarse para esta labor en modelos teóricos diversos y en reglas técnicas que gobiernan el comportamiento de la profesión (Furlong, 2002), se basa en un análisis personal, en el control de su

acto clínico y el estudio de la teoría psicoanalítica. Estos elementos son los postulados por una Escuela Lacaniana de psicoanálisis como necesarios para la formación de un analista. La formación es permanente y depende de la pasión deseante con la cual cada analista se acoja a los dispositivos que son creados para que ponga en escena su deseo, deseo cuya causa está en el Otro con mayúscula.

Es distinta la labor de un psicoanalista y la de un educador; mientras el primero evita ser un mentor de su paciente y no acepta conducirse en la experiencia como un experto que cuenta con una educación especializada; el segundo es común que experimente satisfacción cuando ve que sus alumnos le tienen simpatía. Al educador le gusta que sus alumnos le profesen admiración y aprecio, le hagan elogios, sigan sus instrucciones e indicaciones, le hagan reverencias y traten de imitarlo como si se constituyera en su espejo. En la recepción de este tipo de manifestaciones encuentra su razón de ser como educador, pues es ahí en donde se soporta su orgullo educativo. El educador tiene por función ser un promotor del aprendizaje en distintas áreas del saber, le agrada que sus educandos adquieran habilidades acordes con su desarrollo, que aprendan estrategias, se inscriban en creencias, conquisten actitudes y asuman conductas favorables con respecto al conocimiento; pero el orgullo educativo le impide casi siempre alentar a sus alumnos en la vía de un pensar autónomo, pues la libertad que implica suele traer consigo dificultades de adaptación y desacomodamiento con respecto a la orientación basada en el para *todos por igual*.

Al respecto dice Freud (1972d):

Si el propósito del educador es impedir cuanto antes que el niño llegue a pensar por su cuenta, sacrificando su independencia intelectual al deseo de que sea lo que se llama un niño juicioso, el mejor camino es, ciertamente, el engaño en el terreno sexual y la intimidación en el terreno religioso. (p. 1247)

El engaño en el terreno sexual se funda en la suposición de su inocencia, mientras que la intimidación religiosa tiene que ver con la amenaza de un castigo proveniente del más allá; claro que lo religioso, cuando no se trata del fanatismo, también puede ser empleado como un instrumento imaginario y simbólico de protección. Es común que, sobre todo las madres, den la bendición a sus niños antes de partir y agreguen: *que la virgen lo acompañe y guarde de todo mal*. En la actualidad también han incluido a los ángeles, las energías positivas, pequeños amuletos, y muchas otras formas de protección imaginaria y simbólica que se han vuelto necesarias en la vida diaria, debido al sentimiento generalizado de inseguridad que nos habita.

A propósito de los niños y adolescentes rebeldes y desafiantes de la autoridad, Freud no considera que sean desadaptados a los que les falta mano dura o enfermos que padecen un déficit, sino que entre los rebeldes también encontramos seres cuya transgresión da cuenta de su energía deseante. Estos rechazan las imposiciones que se les pretenda hacer mientras las consideren arbitrarias y “adoptan ante la autoridad de los padres una actitud de rebeldía, que luego mantienen a través de toda la vida con respecto a cualquier otra autoridad” (Freud, 1972d, p. 1247).

Otra modalidad de rebeldía tiene que ver con el niño mimado. Ante esta posición, también suele fracasar la autoridad, ya que este niño quiere imponer sus caprichos porque cuenta con la seguridad de poseer incondicionalmente el amor del otro y de “no poder perderlo en ningún modo” (Freud, 1972c, p. 1641). Frente a la rebeldía es común que el educador responda de acuerdo con normas establecidas para todos, enarbolando en cada ocasión el *manual de convivencia*. También está el niño que por temor ante la equivocación y por no sentirse con la motivación suficiente para hacerse cargo del esfuerzo permanente que implica saber, prefiere defenderse perturbando la clase; decide ser intolerante con los llamados de atención del educador, se hace el que no oye ni entiende lo que se le indica o enseña, sostiene que todo lo olvida y, finalmente, es común que se resista a participar de las actividades que requieren concentración, memoria y cuidado.

El educador debería tener en cuenta que más que apearse a prejuicios para ejercer su labor o pretender formar a sus alumnos según los ideales de la institución o los propios, deberá estar dispuesto a ponerlos en cuestión siguiendo una larga formación. En el día a día cada educador se ve expuesto a una confrontación de la experiencia en tanto su trabajo es con sujetos que no son en todo sensibles a una programación, y en quienes es común la insumisión e irreverencia.

No son programables, por ejemplo, las mociones pulsionales del niño, estas no se ajustan a ningún manual de convivencia, tampoco hay un tiempo de maduración definible para la emergencia del deseo de saber o para la decisión del niño de acatar la norma, evitar la grosería, y ser respetuoso con superiores y compañeros. No basta con que el niño represente la diferencia entre un insulto y una expresión de amor y respeto, para que de inmediato se acoja a estos dos aspectos fundamentales para la convivencia. Los tiempos para las decisiones de este tipo son lógicos y no cronológicos, dado que dependen de una elección subjetiva; incluso el hecho de hablar y caminar, no depende solo del desarrollo orgánico, también pasa por una decisión del ser.

El psicoanalista ha de renunciar a sus ideales educativos, pues habiéndose ocupado en su análisis personal de los deseos y las pulsiones indómitas, no buscará en su analizante el adoctrinamiento, sino que acceda metódicamente a tomar sus propias decisiones y a responder por los actos asumiendo las consecuencias de los mismos. El educador, en cambio, ama evaluar las adquisiciones en sus alumnos de acuerdo con el desarrollo, pretende que los cambios positivos en su comportamiento sean por siempre, mientras que los negativos han de desaparecer para que no perturben el normal desarrollo de las actividades.

Al educador le gusta ser consultado por sus alumnos en los modos de proceder en la ejecución de lo aprendido, de lo contrario pensará que están pasando por encima de él o que lo están ignorando. El educador tiende a comportarse en la vida cotidiana con su alumno como si fuera un espejo que lo quiere reflejar y le ayuda a adquirir habilidades de las que supuestamente carece, dado que dentro de la lógica del desarrollo, el más adelantado debe arrastrar al más atrasado o al menos servirle de ejemplo y punto de comparación.

Para el educador es importante que el alumno tenga en cuenta su opinión cuando se trata de valorar la puesta o no en práctica de lo aprendido, que le reconozca el saber del que hace ostentación, legitime su autoridad y siga sus consejos, pues supone que en las cuestiones de la vida y todavía más en las académicas, su palabra deberá ser oída. Cree que por su boca habla la voz de la experiencia, supone que tiene mucho conocimiento acumulado, gran cantidad de práctica y que ha recibido amplia retroalimentación de diversas fuentes “para alcanzar la competencia y, finalmente, la maestría en el campo de la enseñanza” (Atkinson, 2002, p. 97).

De lo que suele olvidarse el educador es del siguiente principio: que pedagogo no puede ser sino “quien se encuentre capacitado para infundirse en el alma infantil, y nosotros, los adultos, no comprendemos nuestra propia infancia” (Freud, 1972c, p. 1866); porque la infancia es un enigma, sobre todo en lo que atañe al funcionamiento pulsional, además Freud considera importante el análisis personal del pedagogo y en general del educador.

Un análisis advertirá al pedagogo de no educar para que el alumno se asemeje a él, sino para que se libere de las ataduras de su pensamiento, cuestión que lo hará benevolente. Si el pensamiento fuera siempre lo que sirve como preparación de la acción coordinada y eficaz, el hecho de pensar sería siempre algo positivo; pero sucede que la mayoría de las veces el pensamiento es usado para impedir la acción y paralizar al sujeto con respecto a sus responsabilidades. En estos casos el pensamiento es puesto al servicio del goce de vivir paralizado y

con la más mínima eficacia en las empresas emprendidas. No hay constancia ni agilidad en el emprendimiento cuando alguien está enfermo del pensamiento.

Ahora bien, dado que en la época de Freud los tratamientos psicoanalíticos eran cortos, a veces duraban un fin de semana e incluso en algunas ocasiones pasaban por cierta informalidad, es razonable que él nos diga que al paciente se le sugería retrasar hasta el final de su trabajo analítico la toma de alguna decisión importante en su vida. Las decisiones que Freud sugería se pasaran por el Diván antes de ejecutarse eran, por ejemplo: una “elección de carrera, la iniciación de una empresa comercial, el casamiento o el divorcio” (Freud, 1972a, p. 2392).

Freud aconseja al sujeto que frente a lo que considere fundamental en el devenir de su existencia, se sirva de un interlocutor que no debería ser cualquiera. Para Freud, más vale ser prudente con los actos que pueden marcar en un momento dado de la historia de cada uno, el rumbo de su vida, ya que es ahí cuando la pulsión suele estar al acecho de forma silenciosa para empujarnos a decidir en contra de nosotros mismos; Freud (1972a) también dice que “solo cuando nos hallamos ante personas muy jóvenes o individuos muy desamparados o inestables, nos resolvemos a asociar la misión del médico a la del educador. Pero entonces, conscientes de nuestra responsabilidad, actuamos con todas las precauciones del caso” (p. 2392). Freud recomienda a los analistas la prudencia, consejo que también vale para los educadores por muy expertos que algunos se crean en esta materia. La prudencia es un aspecto fundamental en alguien que ocupa un lugar de referencia, sobre todo en nuestro tiempo en donde la figura de autoridad se ha debilitado en el plano del reconocimiento y la legitimidad.

Para un joven de la actualidad, incluido el más desorientado objetivamente, suele ser ofensivo que un adulto, a no ser que sea alguien muy admirado por él, pretenda indicarle qué debe hacer, cómo debería vivir y qué proyecto de vida es el que más le conviene desarrollar, dado que tienen más derechos que restricciones, esto exige que seamos con ellos modestos, sinceros y prudentes. Los jóvenes de hoy, contrario a los de la época victoriana de Freud, tienen derecho a ser autónomos, piensan que saben lo que hacen, exigen libertad, se creen capaces de gobernarse a sí mismos, dicen ser los dueños de su cuerpo y de su vida, en tal medida se sienten autorizados a ejercer su sexualidad, en cualquier tiempo y lugar, siempre que lo hagan de manera responsable y siguiendo un estilo de vida saludable. Incluso algunos se sienten con derecho a delinquir hasta el punto de sorprenderse por ser detenidos en flagrancia y recriminados pedagógicamente si todavía no están en edad de ser inculcados.

Los jóvenes también se consideran con derecho a inscribirse en la diversidad sexual, pues negarse a reconocerse en la heterosexualidad ya no se considera una desviación sino una identidad diferente. Tienen derecho a decidir cómo conducirse con su cuerpo y en este aspecto no hay diferencia entre hombres y mujeres. Lo que no parecen tener en cuenta es que cada quien tiene la responsabilidad subjetiva de inventar una forma de relacionarse con el cuerpo que tiene y de hacer funcionar los órganos, así como también de inscribirse en un discurso para poder hacer lazo social, en donde el operador principal es el Nombre del Padre.

La prudencia freudiana consiste en sugerirle al psicoanalista no ejercer influencia sobre sus pacientes en favor de la moral sexual convencional y menos incitarlo a vivir de forma desenfadada su sexualidad. El desenfreno sexual o agresivo, corresponde a una posición subjetiva en alguien que se conduce como si no existiera en él represión alguna, cuestión que los psicoanalistas en absoluto consideramos pueda contribuir a la conservación de su salud mental y la participación en la convivencia.

En cuanto a la prudencia que debería tener el educador y dado que igual que el psicoanalista se enfrenta a sujetos de pleno derecho, podría formularse así: que en lugar de habitar en el campo de la certeza profesional, más bien se localice en el campo de la pregunta que implica cierto grado de ignorancia. Dice Freud que la vida cotidiana no cesa de traer consigo “situaciones complejas y confusas, que no aceptan fáciles soluciones técnicas: los problemas prácticos del mundo real no se presentan a los profesionales como estructuras claramente conformadas” (Freud, 1972a, p. 2394), sino como algo enmarañado e indeterminado.

Para concluir, tanto un educador como un psicoanalista deberán tener en cuenta que al yo no le interesa trabajar, “lo único que trabaja es el sujeto del inconsciente” (Laurent, 2005, p. 72), no el estudiante que va a la escuela o la persona que viene a buscar a un analista. Ambos están preocupados inconscientemente por “buscar su verdad”, pero no saben que quieren hacerlo ni cómo. No está bien decirle a un estudiante en el colegio o a un analizante que llega al dispositivo que aquí se viene a trabajar, pues en ninguno de los dos casos se trata de una fábrica. A ninguno de los dos lugares se acude “a embrutecerse”, a dar vueltas sobre lo mismo. Si en un análisis quien trabaja es el sujeto del inconsciente, ello se debe a que este trabaja solo “para la persona que está ahí” (Laurent, 2005, p. 72) con el objetivo de producir una verdad.

## Lo virtual y lo real en el consultorio *online*: algunas reflexiones sobre la presencia del analista

*Gabriel Lombardi*

El tratamiento analítico constituye un lazo social de dos, en él lo grupal no tiene lugar. Dos cuerpos, ni uno más, ni uno menos, intervienen. La función de la presencia deviene decisiva, incluso si el analista no piensa, o si piensa en otra cosa, debe estar allí y cerca. Quienes hacemos la experiencia cotidiana de uno y otro lado del diván, lo pensamos y lo sentimos así.

Sin embargo, en algunos casos, ciertos analistas desde hace años intentamos suplir esa experiencia de proximidad por teleconferencias o alguna forma de comunicación telefónica. Los analizantes suelen cambiar de país y tal vez no quieren discontinuar un tratamiento comenzado hace ya tiempo, que les ha costado, les ha servido y que aún no consideran concluido. Una vez la nueva etapa, llamada virtual, comenzada, ni la precariedad de la comunicación ni la distancia física parecen ser un impedimento total a la continuidad del tratamiento, y algunos análisis pudieron concluir con una mayoría de sesiones a distancia, con algunos encuentros físicos en el consultorio del analista o en alguna otra parte del mundo.

El intento del psicoanálisis a distancia se ha vuelto notoriamente más frecuente desde que están vigentes las medidas de aislamiento social por el riesgo de contagio de SARS-CoV-19. Muchos analistas ofrecen esa opción, por primera vez, muchos analizantes la aceptan o incluso la piden antes; nuevas consultas y reconsultas de antiguos analizantes surgen en este contexto en que la angustia depresiva, bulímica, etcétera, afecta a los aislados; la tecnología les permite seguir hablando, pero tienen un cuerpo con el que no saben qué hacer. El aumento de peso promedio es frecuente, el mal humor también.

Solo una de mis analizantes eligió esperar hasta que pueda volver al consultorio, otros, aunque admiten la sesión en línea, piden con cierta urgencia el encuentro próximo y no a distancia; curiosamente, suele tratarse de analizantes poco sociales, que tienden a aislarse por sí solos. Esos melancólicos que suelen faltar o venir sin ganas y que prefieren el trabajo *home office*, ahora son los que más quieren venir. Lacan se sorprendía por el hecho de que la gente quisiera ser normal; no es el caso de tales analizantes, que detestan lo que lo social tiene de normativo, pero si los demás están confinados, entonces ellos quieren salir.

Esta situación, que no solo en Argentina favorece la consulta en línea de un modo bastante durable y hasta cómodo para algunos (les ahorra horas de la casa al consultorio y viceversa), plantea algunas preguntas urgentes: 1) *¿cómo distinguir entre lo virtual y lo real en la experiencia online?*; 2) *¿qué clase de presencia es la del analista, si es que su presencia puede sostenerse a distancia?*, y 3) *¿cómo reinterpretar desde la perspectiva actual lo virtual y lo real en la sesión ordinaria, la que transcurre en el espacio acotado del consultorio analítico que teníamos como paradigma único?*

### **Economía y riqueza del método freudiano**

Lacan (1966a) señala que la originalidad del método freudiano está dada por los medios de los que se priva; eso se justifica porque los que se reserva alcanzan para constituir un dominio cuyos límites definen la relatividad de sus operaciones. Es bien sabido que el psicoanálisis, desde sus primeros pasos, se priva de la hipnosis, de la manipulación directa del cuerpo del enfermo, de su inspección ocular, y en lo posible también de la sugestión. El analizante, por su parte, es invitado por Freud a recostarse en un diván para evitar incluir regularmente la figura del analista en su campo visual. En pocos casos encontramos observaciones sobre el olor del analizante o del analista en los testimonios respectivos, la háptica queda prácticamente excluida o reducida al saludo, el saber en juego nada debe a una práctica de su pariente etimológico: *el sabor*, al punto que el juicio estético relativo al gusto no tiene otra vigencia que la de sus avatares transferenciales. Una fenomenología que incluya los llamados cinco sentidos, la cenestesia y otros sextos sentidos se complica por la equivocidad misma del significante en que ellos quedan atrapados. No puede evitarse que *la lengua (tongue)* incluya las papilas gustativas (*taste buds*).

Esta ascesis metódica se completa con la delimitación estricta entre la lógica de la que depende la clínica psicoanalítica y los criterios de realidad ajenos, que prejuzgan sobre la relación del sujeto con la sensación. Lo que de la percepción llega a la conciencia está tamizado por lo que Freud llama el inconsciente, tal

como explica en su escrito *La interpretación de los sueños* (1991a) con la ayuda de un esquema en forma de peine.

En su crítica radical de los métodos y la fenomenología de la experiencia analítica, Lacan advierte que el testimonio del enfermo encuentra en el proceso del análisis una libertad y una atención que le permiten trascender los límites impuestos tanto por la conciencia como por la ciencia (Lacan, 1966b). La estructura del relato no se atiene allí a la vida llamada despierta, sino que continúa su desarrollo en los sueños, en lo que se dice mediante lapsus, caídas o equivocaciones de la palabra, así como en la estructura cifrada de los síntomas y en los chistes que satisfacen de inmediato –abrevian el relato con las sorprendentes técnicas del inconsciente–.

El método analítico, además, no requiere atenerse a la estructura de la narración, y de hecho la regla freudiana fundamental, que alienta la asociación lo más libre posible, puede descomponerse en los requisitos de *no omisión* y de *no sistematización*. Ellos liberan la palabra analizante de las cadenas del relato, de la verosimilitud y de la realidad compartida, habilitando lo intrascendente, lo imaginario, lo impúdico, el mero presagio y lo imperceptible de muchos fenómenos llamados psíquicos (ficticios) como eslabones importantes de la trama estructural del sujeto; y sobre todo, habilitan la incoherencia como lo máspreciado del testimonio del analizante, en tanto sujeto que sintomáticamente sostiene su ser en una contra-dicción: no dice lo que quiere, no quiere lo que dice, dice una cosa y luego lo opuesto, promete algo y no lo hace, etcétera. Que esa contradicción se diga y se registre, forma parte de la elaboración clínica que acompaña al trabajo propiamente analítico.

El procedimiento freudiano abre así un campo de exploración literalmente increíble, el de la experiencia del inconsciente. Esa experiencia es habilitada por el acto de decir, generando un dominio disciplinar que no es el de la investigación basada en lo evidente para el psicólogo (evidencia externa que aquí no interesa para nada), sino en lo que el testimonio del analizante puede restituir de su inconsciente, que pasa por el acto de decir. Este acto, todavía precario durante el análisis, es sin embargo el acto propio y esencial del ser hablante, del que todo otro acto toma el lugar y la estructura. Lacan (1975) lo resume diciendo: “la percepción no dice nada, somos nosotros quienes la hacemos decir” (p. 9).

### **Doble presencia del analista. El intérprete y la causa**

¿A qué se reduce y dónde se concentra la presencia del analista una vez que ella ha sido depurada de la estética inoperante, de las valoraciones del placer

y del gusto, del juicio de realidad, de lo que resulta evidente desde el punto de vista ajeno del psiquiatra o del psicólogo? De manera introductoria llamamos a esa reducción: la *presencia del oyente*. Destaquemos de inmediato que es una doble presencia; en primer lugar, es la *presencia del intérprete*, que ocasionalmente responde a los despliegues asociativos del analizante con un suplemento de significante o de significación, mediante una intervención no explicativa sino alusiva –enigma o cita fuera de contexto, decir-a-medias en cualquier caso– el analista hace de soporte a una suerte de diálogo que Freud (1991b), Reik (1948) y Lacan consideraron como transmisión de inconsciente a inconsciente. La interpretación es aquí esa dimensión por la cual el procedimiento freudiano pone un límite al no-diálogo al que estamos acostumbrados (Lacan, 2001a); como la oreja es nuestro único orificio sensible que no puede cerrarse, a lo largo de toda una vida hemos debido aprender a no escuchar.

En un segundo momento la presencia del analista cambia de signo y de función: es lo que se hace presente en ese momento, a menudo marcado por un toque de angustia, en que la comunicación de la palabra se inclina hacia la *presencia del cuerpo del oyente*. Presencia que da sustento a otra versión, transferencial, de la sintomatología del analizante. Ahora bien, ¿es apropiado decir que esta presencia es la del oyente, justamente en el momento en que *al enfermo no se le ocurre nada*, según señala Freud (1991c)? Tal vez sea más preciso decir que esa presencia transferencial es condición de la palabra, aun si conscientemente apenas contaba mientras la palabra analizante se desplegaba fluidamente.

La presencia del analista, cuando ella se hace evidente para el analizante, es respuesta en el punto preciso en que la palabra no es escuchada, sea porque no logra articularse, sea porque no es entendida. Tal presencia es ella misma una manifestación del inconsciente, en tanto rechazo del inconsciente en los dos sentidos, el inconsciente es el objeto rechazado, y también es el inconsciente que rechaza (Lacan, 1964). Esa presencia debe ser integrada al estatuto del inconsciente, que no se abre sino para volver a cerrarse, y que acaso se cierra como invocación silente de un oyente improbable o imposible.

Estos “problemas de comunicación” son inherentes al trabajo analítico, y a ellos hemos dedicado un artículo de enciclopedia, donde anticipamos las bases de la consulta *online* (Lombardi, 2019). Allí destacamos que la presencia del intérprete es transmisible a través de dispositivos digitales porque la equivocación, que en principio es inadmisibles en la máquina de Turing a través de la cual pasan solamente enunciados del analizante, se produce del lado del oyente.

De modo que la interpretación, formulada o potencial, es una mitad de la presencia del analista. El otro modo es el de la presencia del cuerpo del analista encarnando un objeto a como semblante de causa; causa silente del deseo del analizante que se hace presente en el momento angustioso en que al analizante “no se le ocurre nada”. En la consulta *online*, esa presencia suele marcarse de incertidumbre con la pregunta: *él tampoco dice nada, ¿me está escuchando o se interrumpió la comunicación? ¿Está funcionando el wifi o el 4G? Sí, sí, lo estoy escuchando*”, dice el analista, justo en el momento en que de lo que se trata es de la dificultad en la escucha. La teleconferencia, cuando hay buena señal, puede tranquilizar sobre la presencia virtual del analista, sí está en línea, pero no resuelve la pregunta sobre lo que se juega de dicha presencia en el análisis *online*.

¿Qué es virtual y qué es real en una sesión de análisis? Tal vez esta pregunta que surge, agudamente, en la experiencia de la entrevista llamada virtual, permita algún esclarecimiento sobre la presencia en la entrevista llamada presencial.

### ¿Qué es virtual?

El término *virtual* se ha convertido en un epíteto que acompaña actualmente a muchas innovaciones tecnológicas. Es habitual que un investigador consulte una *biblioteca virtual*, que un profesor intercambie con sus alumnos mediante un *campus virtual*, que se tomen clases en un curso virtual, y hasta es posible completar una carrera virtualmente, con ciertos resguardos respecto de la identidad del tesista, por ejemplo a través de mecanismos de verificación y de documentación tan fiables como en presencia.

¿Pero qué quiere decir ese término virtual? El campo semántico que recorre a lo largo de más de mil años es enorme (Biosca i Bas, 2009). Entre sus primeros étimos encontramos el término *vir*, el varón, la virtud que se consideraba propia de la *virilidad*, así como el coraje y la entereza moral. En la Edad Media, ese conjunto semántico se amplía a la robustez de cuerpo, al vigor, pero además pasa del poder terrenal al poder divino, e incluye los milagros.

Por supuesto que esa polisemia machista resulta totalmente anticuada en nuestros días, pero permite sin embargo una reflexión importante a partir del uso que de él hace Tomás de Aquino, quien emplea un neologismo propio de la Escolástica, el adjetivo *virtual*, para traducir lo que en Aristóteles es *en potencia* (*dinámei*) pero no todavía “en acto” (*energeíai*). Esto señala ya lo que será la verdad de la virtud en tanto propia del varón: toda potencia o poder humano puede permanecer irrealizado, cuestionable, insatisfactorio. Bien sabemos hoy de las limitaciones e incluso de las imposibilidades de la potencia en el plano

sexual y del poder en el lazo social. Por eso, Santo Tomás suele traducir *dinámis* como *potentia* en el plano terrenal, incluyendo la virilidad y la virtud; pero cuando interviene el factor religioso, *dinámei* es traducido como *virtualis*. La potencia griega, así intervenida por la Escolástica, ya no refiere al vigor, da lugar a la intervención de lo divino, lo que puede operar el milagro de hacer que lo que era una idea o posibilidad se realice en acto, *energeíai*.

Después de la obra de Tomás de Aquino, lo virtual suele connotar el concepto tomístico, y esa interpretación de la virtualidad se transmite hasta el siglo XX y se incluye en el lenguaje de la informática, refiriéndose, a grandes rasgos, a lo que tiene la capacidad de funcionar como algo existente, aunque realmente o actualmente no lo sea, algo que sin ser real produce el mismo efecto que si lo fuera. Un milagro.

Respecto de la noción más específica de *realidad virtual*, Biosca i Bas señala dos antecedentes. En el lenguaje de la tecnología informática la expresión es incluida por Jaron Lanier a comienzo de los años ochenta; señala otro antecedente más precoz en la teoría del teatro de Antonin Artaud (1938), quien en 1938, en su obra *Le théâtre et son double*, ya había descrito el teatro en estos términos:

Los verdaderos alquimistas saben que el símbolo alquímico es un espejismo {*mirage*} así como el teatro es un espejismo. Y esta perpetua alusión a las cosas y al principio del teatro que se encuentra en casi todos los libros alquímicos, debe ser entendida como el sentimiento de la identidad que existe entre el plano sobre el que se desarrollan los personajes, los objetos las imágenes, y de una manera general todo lo que constituye la realidad virtual del teatro, y el plano puramente supuesto e ilusorio sobre el cual se despliegan los símbolos de la alquimia. (p. 51)

Ahora bien, la evolución del término *virtual* muestra recientemente otro cambio sorpresivo; se emplea para denominar todo aquello que es gestionado mediante procedimientos informáticos (computadores y otros dispositivos que ahora intercambian datos a través de internet), de modo que virtual va sustituyendo paulatinamente a informático. Este nuevo cambio semántico contradice el sentido tomístico, ya que, ateniéndose a él, según señala Biosca i Bas, habría cierta contradicción interna en las expresiones *biblioteca virtual* o *educación virtual*, ya que el adjetivo virtual significa que en realidad tanto la biblioteca como la educación son inexistentes, aunque puedan realizar el mismo papel que si fueran reales. Así se entiende que quien contrate una educación virtual, en realidad recibirá una educación inexistente que aparenta existir.

## El decir como matriz del acto

Si volvemos ahora a la experiencia analítica, notamos que, partiendo de la regla fundamental por la que todo enunciado tiene derecho a ser admitido, hay sin embargo un esfuerzo clínico constante por dejar de lado lo que es meramente virtual, lo que es posible o en potencia, lo que pertenece al campo de la realidad meramente psíquica o de fantasía. ¿De qué modo se realiza ese momento clínico, que implica una selección? El psicoanálisis se interesa en el sujeto como corte en acto, como división del ser incorporado, del que la psique es una caída en la insatisfacción (Lacan, 2001b). Neurosis, perversión y psicosis representan, en la clínica psicoanalítica, nombres propios de diversas formas de esa escisión del ser. Lo que el análisis opone a la mera potencia, fálica, ficticia o como se la llame, es el acto, que para el ser hablante es eminentemente el decir, no solo el decir como un acto entre otros, sino como corte irreversible, implícito en todo acto humano. “El acto tiene lugar de un decir, cuyo sujeto cambia”, resumió Lacan (1969, p. 47).

En el camino del tamizado de potencias y virtualidades, Freud se propuso evitar los espejismos propios del intercambio visual cara a cara, proponiendo el diván. Lacan, apoyándose en un artículo de 1931 de Henri Wallon, redactó el estadio del espejo como formador del yo por identificación con una imagen virtual (Lacan, 1966c). El esquema que propone tiene valor instrumental, de escoba, útil para barrer del consultorio analítico lo que allí no debería tener incidencia, por ser la resistencia más burda al progreso del análisis; la identificación especular del yo del paciente con el yo del analista, cuyo efecto secundario es la agresividad propia del eje imaginario, que debe ser evitado en la cura. Cada vez que el analista tiene que enfrentar el *ego* del paciente, función de desconocimiento e ignorancia activa, es porque se ha vuelto el soporte de su *alter ego*; también la fantasía es, como su nombre lo indica, una actividad destinada a borrar la división subjetiva, no para resolverla sino para que no se note.

El síntoma es la categoría fundamental de la clínica psicoanalítica, y no la angustia o la fantasía, porque el procedimiento analítico produce el síntoma como una forma de decir: el *contradecir*, y más precisamente el *contradecirse*. Si la regla fundamental del análisis incluye la ley de no sistematización, que promueve la incoherencia como condición de la experiencia, es porque ella permite que el síntoma despliegue su elasticidad simbólica y topológica. Eso vuelve al síntoma coextensivo de lo que se dice y desdice en un análisis.

Por supuesto que ese *contra-decirse*, si tiene algo de acto, es un acto dividido, desgarrador e insatisfactorio que llega a ser imposible de soportar; de allí que

la salida del análisis pase por un decir que restituya una cierta entereza al ser hablante, entereza o coraje que puede llegar a la destitución subjetiva, caracterizada por Lacan (2012) como “ser singularmente y fuerte” (p. 291), que se distingue nítidamente de la división del sujeto  $\$$ . El procedimiento analítico, considerado en su finalidad y en su resolución, consiste en pasar de los enunciados contradictorios del analizante al decir del analizado en tanto acto, acto en el que se resuelve el análisis.

Mientras duró el análisis, el acto analítico ha subsidiado ese contra-decirse analizante, de tonalidad a veces catártica, otras veces penosa, y con su presencia interpretante o silente, el analista ha sostenido el *decir del análisis* que reparte su función social entre dos cuerpos que encarnan la causa inaudible del deseo (*a*), y el sujeto de los dichos del análisis ( $\$$ ).

Entre uno y otro se produce el despliegue del síntoma, en su forma transferencial que incluye esa presencia (*a*) del analista que encarna (y para ello pone su cuerpo), una mitad del síntoma, bajo la forma del saber  $S_2$  o del “resabio” que sostiene las suposiciones, el objeto *a*.

En el proceso de la cura, la estética de los sentidos se ha depurado, la eficacia del objeto voz prevalece; con su silencio permite, de los dichos del analizante, desprender el  $S_1$  que pulsiona mal, bajo formas superyoicas que contrarían el deseo. El deseo, en el que la pulsión puede encontrar un destino, encuentra en cambio en las formas superyoicas una censura, una contradicción que se presenta bajo la forma del Ideal o de la culpa que incita la renuncia.

El decir se transmite socialmente, en eco, de cuerpo en cuerpo, y particularmente en el lazo social analítico. La pulsión, esa forma *queer* de la sexualidad detectada por Freud, es “el eco en el cuerpo del hecho de que hay un decir” (Lacan, 1975-1976, p. 18). Constatamos en 2020 que ese decir produce ecos a través de soportes diversos. En efecto, esos ecos se difunden, por mediación de la palabra hablada, en sustratos diversos de transmisión del sonido. Para propagarse, el sonido requiere de un medio material, ya que en el vacío no se transmite. En la experiencia analítica, estamos acostumbrados a su propagación a través del aire, a una velocidad suficiente para no advertir su retardo: unos 343 metros por segundo. En cualquier transmisión no digital, la propagación del sonido supone un transporte de energía sin desplazamiento de materia; esta vibra pero permanece en su lugar. El sonido se transmite en forma de ondas longitudinales que se desplazan a través de la materia usualmente gaseosa (también puede ser líquida o sólida, pero esas formas no son empleadas en psicoanálisis).

En la transmisión digital, en cambio, el sonido es transformado en información, que a su vez se transfiere por medios que pueden ser extremadamente veloces, de modo que, con tecnología adecuada, se puede tener una conversación telefónica o por videoconferencia a 13 000 km con un retardo casi nulo o apenas superior al de la transmisión atmosférica del sonido. Se puede armar, entonces un consultorio virtual donde, con tecnología adecuada, se escucha tan bien o mejor que en la proximidad física.

Dado que no hay otro contacto relevante entre los dos cuerpos que intervienen en análisis, advertimos actualmente que el trabajo analítico, en muchos casos, no en todos, puede continuar en línea, y de un modo que, a decir verdad, tal vez no es más virtual que el encuentro en el consultorio atmosférico. Es por el contrario, en aquellos casos que requieren de la apoyatura lúdica de lo virtual, en los que la proximidad física de los cuerpos parece siempre imprescindible.



# Caso clínico

## Sinrazón de la práctica médica

Daniel Felipe Gómez León

*“Obra de tal modo, que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre,  
al mismo tiempo, como principio de una legislación universal”.*  
Immanuel Kant, *Crítica de la razón pura*.

### Introducción

El contenido que se encontrará en las siguientes páginas ilustra un fragmento de análisis de un historial clínico de histeria; pese a la amable aceptación de la paciente para publicar este escrito –tomando parte del consentimiento informado–, las referencias personales, de terceros y locativas han sido omitidas para la protección de su identidad e intimidad.

El presente historial clínico recrea un amplio número de referencias de la vida de la paciente, casi un seguimiento sesión a sesión; sin embargo, han sido omitidas referencias cuyo valor no es tan alto como aquellas aquí consignadas. El periodo de atención fue breve, alcanzó poco menos de los tres meses con una frecuencia semanal (salvo aquella en que viaja a N.).

En el apartado *Epicrisis* estará contenido un análisis al historial clínico a partir de tres dimensiones: en primera instancia, una elucidación a la formación de síntoma y los atenuantes de su desaparición; en segunda instancia, un análisis a la relación con la madre, sus excesos, la invasión al cuerpo de la paciente y la satisfacción escópica, y por último, una referencia a la transferencia a partir de la elucidación de su vertiente negativa.

## Historial clínico y análisis

A finales del 2018, acudió a mi consultorio una mujer de 31 años, a quien en lo sucesivo le daré el nombre de Carolina. Nuestra paciente estudió Medicina en X y se especializó en Oftalmología en L. Carolina nació en un pequeño municipio del suroccidente colombiano, el cual se denominará de ahora en adelante como N, lugar en donde aún residen sus padres y su hermano mayor, y donde, habitualmente, pasa sus vacaciones. Carolina vivió en N durante todo su pregrado y un par de años más; en esta ciudad es dueña de un apartamento que tiene alquilado para pagar sus gastos en donde reside actualmente.

Carolina llega a la consulta aquejada, por un lado, por un fuerte y culposo conflicto interno y por el temor, que a partir de este se puede derivar, de la posibilidad de perder su trabajo; repetitivamente llega tarde, sin una razón de peso, y en ocasiones siente que no está lo suficientemente capacitada para afrontar lo que su profesión demanda. Esto último se traduce en un recurrente sentimiento de preocupación y culpa en el ejercicio de su profesión, puesto que cree que en algún momento puede afectar la visión de un paciente. Una posibilidad totalmente contraria a aquello que, dice, la motivó a realizar sus estudios; por otro lado, narra que no sabe por qué no puede serle fiel a sus parejas, nunca ha tenido una relación estable; pese a sus repetitivos intentos de fidelidad siempre termina teniendo algún tipo de relación tercera.

Durante la primera sesión la observo muy temerosa de contar sus problemas. Al decirle que puede hablar con confianza, responde que ella no puede soportar la idea de pensar qué cosas podría estar pensando yo; porque para ella es muy difícil pensar que mentalmente yo le esté haciendo un juicio. Refiere: *—todo el mundo lo hace, yo sé que aunque usted no es muy expresivo en el fondo debe estar pensando muchas cosas sobre mí—*. Yo le explico que en el transcurso de todo el proceso de análisis nunca habrá un juicio de valor de mi parte y que puede hablar con total tranquilidad; también le explico que es menester la honestidad y el valor de no censurar. Ella responde entre sollozos que *—yo no sé todas las cosas que le atormentan y que todos los días llora por sentirse que es una mala persona—*. Le explico de qué se trata una psicoterapia individual. El análisis discursivo a partir del cumplimiento de la regla fundamental permite comprender las formaciones del inconsciente; permite hacer consciente lo inconsciente. Ella está de acuerdo en hacer una terapia y asistir a los encuentros semanalmente.

En la siguiente sesión empieza a narrar que en su trabajo le exigen hacer cirugía. Trabaja en una clínica especializada. En un inicio solo se dedicaba a la consulta externa, pero le exigen llevar a cabo esta labor de manera obligatoria. Dice que

se siente un poco avergonzada. El gremio en X es muy cerrado y admite a pocas personas; sin embargo, aunque ella cree que hay favoritismo político inmiscuido en los procesos de selección y contratación, esta agrupación cuenta con médicos muy buenos, que tienen mucha experiencia; operan un paciente cada diez minutos, mientras que ella tarda entre 40 minutos y una hora con cada uno.

En la práctica de la especialización le empezó un temblor en las manos cada que iba a operar; debido a esto, tenía que suspender y la cirugía era terminada por el docente a cargo u otro practicante. Pasaron varios meses en esta situación, hasta que el director de la práctica le informa que si ella no supera ese temblor, no podrá graduarse; con muchos esfuerzos, tomando aguas aromáticas y con intentos constantes y repetitivos de autocontrol en medio de lo que pareció ser una terapia cognitivo conductual,<sup>24</sup> logra superar este temblor en las manos. No obstante, ella explica: —*yo sabía que en el fondo eso seguía, porque yo siempre he sospechado que eso es algo más*—. Frente a mi solicitud de aclaración de a qué se refería con algo más, responde que ella cree que en el fondo de su pensamiento que —*es como si sintiera que quisiera hacerle daño a los pacientes*—. No puede soportar la idea de pensar que es verdad. En medio del llanto me explica que el temblor desapareció por la presión del director de la práctica, pero una vez egresada volvió a aparecer.

Durante el tiempo de consulta externa no tuvo ningún inconveniente, salvo que sentía que era un poco fuerte en su forma de hablarle a los pacientes, como con algo de desprecio, pero ahora que afronta de nuevo la cirugía advierte que el problema sigue vigente. Reitero mi pregunta de por qué piensa que quiere hacerle daño a los pacientes. Carolina explica que cuando ella superó el problema del temblor, otros problemas más se le sumaron: ella olvidaba el procedimiento y en ocasiones lo hacía mal. Sabía que sus pacientes iban a tener complicaciones y no sé trataba de los riesgos normales que toda cirugía afronta, sino de un mal procedimiento. No comprende por qué se le olvidan los pasos a seguir por más de que los estudia y los repite; también indica: —*A veces es como si me vinieran a la cabeza sentimientos extraños, como si pensara que debería dañarle los ojos a las personas*—. Carolina piensa que hay algo dentro de ella de lo que no tiene voluntad, que la hace fallar, que le juega malas pasadas.

La historia tiene un carácter fuerte en cuanto a lo que su profesión demanda y las posibilidades reales de hacer daño a una persona. Carolina intuye de cierta manera el inconsciente. Infiere que hay algo de sí que, aunque desconoce, está

24. Ella explica que fue a una terapia que no sabe qué orientación era. Refiere que le ponían muchas tareas, que se trataba de algo cercano a un acondicionamiento. Palabras textuales.

teniendo efectos en su vida; la determina. En otras palabras, una referencia a un saber no sabido, o sirviéndonos de Freud un conjunto de representaciones reprimidas. El temblor en las manos representa una formación del inconsciente, una solución de compromiso, cuyo retorno de lo reprimido se ha abierto camino en la psicopatización.

En la siguiente sesión se encuentra muy renuente. No quiere hablar. Hace silencios prolongados. Sostengo cada silencio esperando convocar la angustia que emerge en la caída de la ilusión narcisista de estar estableciendo una conversación. Al sentirse incomoda, cubre el silencio diciendo que no tenía muchas ganas de venir a la sesión y que en la sala de espera tenía ganas de salir corriendo. Me explica que siente un conflicto interno muy grande: por un lado, siente que la terapia le ayudará en lo que le está pasando y por eso hace el esfuerzo de venir, se obliga a hacerlo; pero por otro lado, siente que es muy difícil afrontar lo que va conociendo de sí misma, en especial, porque siente que lo que seguirá contiene recuerdos y situaciones aún más vergonzosas. Le explico que puede tomarse su tiempo, que hable en la medida en que se sienta cómoda para hacerlo.

Me empieza a explicar que ella ha pensado en muchas cosas después de la última sesión. Algunas cuestiones que fueron habladas le permitió comprender otras. Dice que quiere hablar de algo que le da mucho dolor: hace un par de años, tuvo un aborto voluntario. No se sentía a gusto con la idea de tener un hijo en ese momento y tampoco se veía teniéndolo con la pareja que lo había concebido, era una relación informal. Decidió hacerlo y todos los días siente un gran remordimiento. El recuerdo de sus clases de embriología le es aún más doloroso. Conocía el estado del desarrollo del feto y eso le mortifica.

Hace silencios prolongados, a todos respondo sosteniendo el silencio. Mientras se toma la cara con las manos y llora, dice que quiere contar varias cosas que también le atormenta: empieza contando que hace alrededor de seis años se contagió de una enfermedad de transmisión sexual; tiene brotes genitales esporádicos con intenso dolor y al cabo de unos pocos días desaparecen. Nombre: herpes. Ella asiente. Dice que siempre pensó que muchas personas la iban a rechazar por su enfermedad; siempre fue muy sincera y se los comunicaba a sus parejas sexuales antes de tener una intimidad; sin embargo, para su sorpresa, a sus parejas realmente no les interesó nunca; algunos se pusieron condón al principio, y después tuvieron relaciones sexuales sin protección. Pese a la advertencia de ella, no les interesaba. Carolina piensa que ellos también están contagiados, pero que quizás sean asintomáticos de manera temporal o permanente.

Cuenta también que ha tenido dos episodios muy vergonzosos, durante reuniones con amigos, donde ha bebido demasiado. En ambos momentos, se encontraba con personas conocidas; en el primero episodio estaba con amigos de su hermano, y en el segundo, con amigos de una amiga muy cercana de la facultad. En los dos sucesos se embriagó y perdió la memoria hasta el otro día; solo quedan pequeños recuerdos vagos. Narra que con los amigos de su hermano tiene un único recuerdo, en donde su hermano está sacándola de un brazo de la casa de su amigo y diciéndole, con un gesto de total desaprobación: —*inos vamos ya para la casa!, cuándo no, usted*—. Para el segundo momento, según le cuenta su amiga al día siguiente, fue sorprendida en una habitación de la casa junto con el novio de una de las amigas invitadas. Su amiga de la facultad se la llevó como le fue posible. No recuerda nada más. En ambos casos, perdió total comunicación con las personas implicadas. Nunca supo que fue lo que realmente pasó; no obstante, cuando recuerda siente mucha vergüenza, cree que ella, quizás, intentó seducir a alguien porque cree que estando ebria se desinhibe demasiado.

En la siguiente sesión, como ha ocurrido también en las dos anteriores, se encuentra de nuevo renuente a hablar. Indica que es difícil para ella pensar, cuando está por fuera del análisis, en todo aquello que yo podría pensar. Refiere: —*él es un profesional, quién sabe qué puede pensar de mi ética profesional*—. Reitero la importancia de no haber un juicio en el transcurso del análisis y la total confidencialidad del proceso; acto seguido, le pido proseguir con su relato.

Carolina cuenta que no sabe por qué razón, hace algunos años, ella empezó a sentir un gusto por las mujeres. En principio tenía mucho miedo de ser vista como una lesbiana, pero poco a poco perdió el temor. Explica que nunca se imaginó que ninguna de las mujeres la iba a rechazar. Carolina invitaba a sus amigas a tomar algo de licor y luego les hacía propuestas; aunque siempre se trataba de mujeres heterosexuales, su sorpresa fue que siempre terminaban aceptando tener algo con ella esa noche. Carolina narra: —*yo pensaba que era la única a la que le estaba empezando a gustar las mujeres, pero parece que eso es algo como general a todas, nunca ninguna me dijo que no*—.

En medio de la sesión explica que la siguiente semana no podrá asistir, puesto que irá de viaje a N a ver sus padres, su hogar natal; mientras explica, noto una expresión de incomodidad en su rostro, como si no le gustara mucho la idea de viajar. Le interpele la razón. Antes de responder tiene, de nuevo, un prolongado silencio. Empieza por decir que siempre que viaja allá le es infiel al novio que tiene en L. Ella se siente muy enamorada de él, pero no sabe por qué una vez estando allá, no puede rechazar las oportunidades que se le presentan. Le pregunto que si hay algo más que le incomoda de su visita e inmediatamente

no se hace esperar el llanto; me dice que debe contarme algo que, a su consideración es muy grave, ha estado pasando desde pequeña: entre sentimientos de vergüenza, ira y dolor, Carolina cuenta que siempre ha observado en su mamá algo muy raro, es como si su mamá la mirara con otros ojos; destaco la última frase en forma de pregunta: —*icon otros ojos?*— Carolina refiere que cuando va a su municipio natal, siempre duerme al lado de la mamá porque así ha sido desde que ella tiene memoria;<sup>25</sup> incluso, fue uno de los motivos para ella querer irse lejos a estudiar su pregrado.

Carolina desde que es niña ha sentido acercamientos extraños de su mamá; quien pone sus manos muy cerca a los genitales de Carolina, entrelaza sus piernas en las de ella o “descansa”<sup>26</sup> las manos en sus senos. Carolina siempre se ha mostrado en contra, aunque sin argumentos. Le ha referido en varias ocasiones que —*ella no debería hacer eso, porque ella es la mamá, y las mamás no tocan a sus hijas*—, a lo que su mamá contestaba: —*por eso mismo, porque soy la mamá es que puedo hacerlo y no es nada malo*—. Carolina indica que su incomodidad de viajar es que ella sabe que se enfrentará de nuevo a esa situación. Su mamá espera que duerman juntas, y ella no sabe cómo esquivar la situación. Le pregunto por qué, aunque ella misma siente que ese tipo de situación no debería pasar, sigue permitiéndolo, que si no cree que se trata de una decisión de poner un alto que ella podría tomar. Ella permanece en silencio. Corto la sesión.

Carolina retorna muy contenta, después de quince días, a la siguiente sesión. Indica que regresó hace tres días y que ha estado trabajando desde que llegó. Le pregunto el porqué de su alegría y responde que: —*el temblor de las manos desapareció*—. Me agradece por la terapia y dice que ella cree que se siente mucho mejor y que es muy posible que no regrese. La insto a que me cuente un poco más de lo sucedido, cómo llegó a desaparecer su temblor en las manos. Ella, una

25. Carolina creció con su papá, su mamá y su hermano (tres años mayor). Sin embargo, por el excesivo consumo de licor de su papá, y por frecuentes llegadas a las horas de la madrugada a la casa en estado de embriaguez, su mamá se procuró siempre dormir con sus dos hijos en la misma cama. Cuando Carolina tiene siete años sus padres se separan a causa de una nueva relación de él. Dos años más tarde, una tía que se quedó sola –sus hijos estaban grandes e hicieron nuevos hogares–, le pidió a la mamá de Carolina que enviara a su hijo mayor para hacerle compañía, argumentando, además, que en la cercana ciudad donde esta vivía podría tener mejores oportunidades de estudio que en el pequeño poblado donde residía. Su hermano tomó esto con un profundo desaire, como un abandono de parte de su mamá; desde ese momento hasta que Carolina emprende sus estudios en X está todos días, sola, enfrentada a esta situación.

26. Es la explicación que le da su mamá cuando en ocasiones Carolina le ha cuestionado su comportamiento.

vez más con renuencia, acepta hablar del tema: indica que en su paseo a casa de sus papás, de nuevo se encuentra con la situación de tener que dormir con su mamá; su mamá se muestra muy complacida y alegre de tenerla en su casa y cama; al intentar dormir, Carolina refiere que recuerda lo hablado en la última sesión, y se corre de manera muy disimulada al borde de la cama, al extremo contrario de su mamá. La mamá se percata y le pregunta que *—si quiere que le caliente los pies—*; Carolina permanece un pequeño instante en silencio y con un enojo implícito responde que no, que no es necesario y que ella se va a dormir. Frente a la mirada inquieta de su mamá, Carolina se da la vuelta y se duerme.

Indica que es como si se hubiera quitado una carga de encima. *—Yo necesitaba cortar esa situación. Al despertarme al otro día, sentí que mi mamá me miró diferente, que ya no era la niña tonta o indefensa con la que ella podía hacer lo que quería—*. Yo le digo que me alegra que se sienta un poco mejor; sin embargo, creo no es el fin del análisis, es solo un momento dentro del proceso. Ella acepta continuar, aunque refiere que no cree tener muchas más cosas por hablar, más que, por ejemplo, sus llegadas tardes a su trabajo sin una razón aparente y sus infidelidades.

En la siguiente sesión, Carolina narra que se siente un poco preocupada por un procedimiento que llevó a cabo en la semana; cuenta que no sabe por qué se le olvidó uno de los pasos para terminar la cirugía y que lo hizo mal; al cabo de dos días el paciente se hinchó y se encuentra en alto riesgo de perder un ojo. Carolina dice que hay algo muy malo dentro de ella que no sabe qué es, pero que no ha cesado. Explica que ella estaba muy contenta porque se le quitó el temblor de las manos; no obstante, se dio cuenta que no es el único problema que tiene, hay algo dentro de ella que es como si quisiera dañarle los ojos a los pacientes, como si quisiera que ellos no miraran más.

Le explico que la situación de la operación se presenta de una manera muy particular. Ella se encuentra frente a una persona que, aunque en medio de una cirugía, la está mirando todo el tiempo; una escena en donde lo primordial, es decir aquello que está en juego, es la mirada del otro. Le pregunto que si esa situación le resulta familiar y Carolina responde que sí, que hay una parte de la historia que no contó. Ella explica que en su visita a N su incomodidad no solo se trata de dormir con su mamá, sino que en esa casa hay muy pocos espacios íntimos y que, el compartir la habitación con su mamá, implica tener que cambiarse enfrente de ella, porque el baño es muy pequeño y no tiene el espacio suficiente para poder vestirse ahí adentro.

Desde pequeña ha sentido como su mamá la mira mientras se viste. Explica que siente mucha rabia por eso, incluso el mayor de los desprecios; no sabe cómo

decirle a su mamá que no la mire mientras se cambia o se viste, y mucho menos con los gestos que hace —Carolina indica que es como si la mamá disfrutara de verla cambiándose—. Cuenta además, de nuevo en medio de llanto, que —*quisiera nunca ver la mirada de su mamá*—, cuando se cambia lo hace lo más rápido posible. Siente ganas de gritarle, de taponarle los ojos o hacer algo, cualquier cosa, y que no pueda mirar. Yo índico: dañar la mirada de su mamá, y corto la sesión.

En la siguiente sesión, Carolina, hace silencios prolongados. Refiere que la anterior sesión fue muy importante y que se dijeron cosas fundamentales, pero que le cuesta poder pensarlas, dice: —*es como si tuviera un bloqueo en mi cabeza*—. Sabe que hay mucha relación del querer dañar la mirada de los pacientes con la rabia y desprecio que siente a la mirada intencional de su madre mientras se viste o cambia de ropa. Después de un largo silencio, que sostengo, Carolina dice que ha sido para ella muy difícil afrontar la demanda de operación de la clínica y, aunque ya no tiene el temblor en las manos, continúa haciéndole daño a los pacientes, más que curarlos. Frente a esta demanda, decide renunciar y se mudará a X, de nuevo, donde tiene su apartamento. Allí espera poder conseguir un trabajo en consulta externa, no en cirugía; por esta misma razón, me comunica que esta será la última sesión conmigo. Al finalizar la sesión, Carolina me mira con un gesto, entre enojo y un poco de decepción, y dice: —*yo tuve una amiga que fue donde un psicoanalista, y mi amiga y él terminaron enredándose... yo pensaba que esto sería diferente*—.<sup>27</sup>

## Epicrisis

A partir de tres dimensiones se hará el examen del historial clínico: primero, en relación con la formación sintomática y los atenuantes de su desaparición; segundo, a propósito de la relación con la madre y la satisfacción escópica, un esclarecimiento a la figura materna y las consecuencias y saldos en la subjetividad de la paciente, y tercero, una referencia a la transferencia a partir de la elucidación de su vertiente negativa.

### *Sobre la formación sintomática*

La historia tiene un carácter fuerte, un horror y un tormento a la realización efectiva del deseo inconsciente de la paciente. Las posibilidades de hacer daño a una persona representan una consecuencia real y efectiva en el ejercicio de su profesión, así como un profundo cuestionamiento de los principios éticos que

27. No fue la única referencia que se hizo en esta dirección, se amplía más adelante, en *Sobre la transferencia*.

rigen su ejercicio médico; no por nada habitaba en ella un constante sentimiento de culpa y una asidua preocupación.

Desde el comienzo del tratamiento se encuentra con facilidad en su discurso la clara intuición que tiene Carolina sobre el inconsciente. Era evidente para ella que la cura sintomática del temblor en las manos que logró con aguas aromáticas y terapia conductual, no era más que temporal y aparente –un reforzamiento yoico o acción sugestiva–, y que además, no sólo persistía el síntoma sino que también en sus pensamientos yacía indeleble el deseo oculto de querer dañar la mirada del otro. En otras palabras, la paciente reconocía en su pensamiento un saber no sabido, un conjunto de representaciones que no habitaban la consciencia, y que, sin embargo, estaban determinando su vida, estaban teniendo efectos en sus comportamientos. El reconocimiento de este deseo inconsciente fue para la paciente en extremo doloroso; en nada encajaba en sus razones conscientes y aquellos principios éticos con los que se esmeraba en querer dirigir su ejercicio profesional.

De esta manera, y en consecuencia al reconocimiento de este deseo, es posible dilucidar que el temblor en las manos representa una formación sintomática, una solución de compromiso cuyo fracaso de la defensa, a saber, el retorno de lo reprimido, se ha abierto camino en la facilitación somática, en la inervación corporal. No se trata de un temblor constante que acompañe todas las actividades cotidianas; el temblor aparece y reaparece en los momentos específicos en que era enfrentada a la cirugía ocular. El temblor representa la presencia inminente del conflicto interno entre el intento de poner en juego su deseo inconsciente y el gran esfuerzo yoico –movimiento defensivo– de mantener la represión.

Por otro lado, en relación con el conflicto interno, vale la pena mencionar que el caso clínico presenta de una manera singular la posición del psicoanálisis como crítica a la razón kantiana; específicamente en lo concerniente a la ética. En Kant se encuentra que el valor verdaderamente ético está regido por la búsqueda de los imperativos categóricos; esto implica, por lo demás, que el sujeto es libre y decide, según su buena voluntad, la conducta que regirá sus actos. A diferencia de esta postura, el psicoanálisis nos presenta un sujeto que, lejos de estar guiado por la voluntad y búsqueda del bien (para sí y para los demás), es un sujeto del deseo y no quiere su bien; el psicoanálisis da cuenta de otra racionalidad, la del inconsciente estructurado como un lenguaje. En el caso clínico, aquello que determina sus comportamientos pertenece al campo de su deseo inconsciente, la *otra escena*; una presentación claramente contraria a la ética kantiana. En otras palabras, pese a la buena voluntad de la paciente y su búsqueda profesional de hacer el bien, aquello que determina su accionar

no pertenece a este dominio. De esta pequeña crítica es inspirado el título que nombra el caso (Albornoz, 2013).

Ahora bien, volviendo a la ruta de análisis de la formación sintomática, es menester considerar también, cuáles fueron los atenuantes de su desaparición. En primera instancia, es relevante considerar que la desaparición del temblor deviene de la escena con su mamá en la cama y su negativa de permitir un acercamiento corporal con ella; en segunda instancia, aunque efectivamente el temblor se desvanece —y la paciente lo celebra como un merecido triunfo— a esto se suma su reconocimiento de olvidar o equivocarse en los pasos de la cirugía, y provocar complicaciones en la cura de sus pacientes; y en tercera instancia, es menester también considerar qué fue aquello que permitió la disolución sintomática.

Sin embargo, antes de entrar en la explicación ampliada de estos tres atenuantes, es menester hacer una primera aclaración sobre el temblor en sus manos, así como de los olvidos o equívocos en los procedimientos. Se trata de que más que pensar en una deliberada negligencia laboral o falta de competencias cognitivas o habilidades técnicas —y por ende un falla en el aprendizaje—,<sup>28</sup> es posible pensar, más bien, en la posibilidad del surgimiento del deseo inconsciente de acabar con la mirada del otro, de cegar la obscena mirada [de su mamá]. En relación con el primer atenuante, en la escena en la cama con su mamá le es posible decir un ‘no’ de mucha trascendencia, puesto que permite poner un límite a los invasivos acercamientos de su mamá, hacer un corte en el goce que le supone; poner en juego su propio deseo y defender su cuerpo.

No por nada el sentimiento que deviene a la mañana siguiente es haber perdido la pasiva posición infantilizada que tenía con su mamá, y obtener de parte de ella un reconocimiento diferente. No obstante, sin desconocer el logro que significó para la paciente esta negativa, y teniendo en cuenta el segundo atenuante, otras formas de poner en juego su deseo inconsciente de dañar la mirada del otro no dieron a esperarse; formas que en lo práctico era mayormente efectivas para lo intrincado de su propio deseo. De esta manera, se comprende que su pequeño triunfo se vio bastante empañado.

En relación con el tercer atenuante, vale la pena preguntarse, ¿qué permitió la emergencia del “no”? En diferentes situaciones la paciente se había mostrado enojada con su madre, aunque sin argumentos para defenderse, es sólo en esta nueva visita que toma una iniciativa diferente. En este punto se destaca el valor

---

28. Esto explica, por lo demás, porque falla la técnica de reforzamiento yoico.

de lo puesto en juego en la intervención. En la incomodidad que la paciente deja entrever por el viaje hay una contradicción que la intervención deja al descubierto: se queja de que pasen las situaciones con mamá, pero aún en medio de la incomodidad, no ha puesto en juego su propio deseo, no ha rechazado lo que causa su molestia, incluso siendo ahora una adulta. Por decirlo de alguna manera, ha permitido que su madre tome sus silencios o su no-rechazo como un consentimiento, sigue permitiendo que su posición continúe siendo infantilizada. El interrogante sobre la contradicción dilucidó su propia implicación, su responsabilidad subjetiva. De esta manera, la paciente logró separarse del Otro (Lacan, 1964-1965), quedó a las puertas del acto.

### Sobre la madre y la mirada

No puede seguirse el discurso de la analizante sin pensar en la particular relación que tiene con su madre. Sabemos ya que el deseo de dañar la mirada del otro está estrechamente vinculado con la mirada (satisfactoria) de la madre. ¿Qué más podemos decir al respecto? El caso clínico ilustra las consecuencias que en la paciente son generadas al enfrentar el deseo materno, acompañado de las ausencias del padre. Hay que recordar que la práctica regular de dormir madre-hija tiene sus inicios más allá de los primeros recuerdos de Carolina, lo que en obvias consecuencias, nos permite entrever lo eclipsada que se encuentra la figura paterna –sino prescindir por completo de su referencia– como interdictor de la relación madre-hija, así como, también, la escasa o nula relación que podía sostener con la madre; especialmente, en lo concerniente al comercio sexual. En otras palabras, su padre, en tanto padre real, no está a la altura de la función simbólica, como un vehículo de la ley que transmite la prohibición y regula los goces, es más bien un padre ausente, desinteresado de cumplir esta función. De esta manera, Carolina queda enfrentada al deseo y goce materno.

En la relación de Carolina con su madre se perciben los ecos de los excesos, la invasión del cuerpo de la paciente, el estrago. La madre invade su cuerpo sin necesidad de un consentimiento, sin una consulta previa, sin cambiar sus prácticas aún frente a la queja de su hija. Sus demostraciones de afecto no solo son comprendidas por Carolina como el cariño de una madre a una hija, sino inmiscuidas en un placer presente en el tocar y una satisfacción escópica. Su madre gobierna sobre su cuerpo y, además de sus vanas protestas, Carolina durante años no hizo más que guardar silencio y permitir.

La ausencia del padre, de su intermediación, dejó a Carolina inerme frente al deseo de su madre. No era el discurso de la madre un vehículo de ley paterna, tomaba a su hija como objeto que colma su deseo, como intento de *reintegración*

de su *producto* (Lacan, 1957-1958). La madre gozaba de su cuerpo y justificaba sus acciones en la posibilidad que su posición como madre supuestamente le brindaba, es decir, normalizaba tener acercamientos a las zonas íntimas de su hija y mirarla con deseo; esto último explica, por lo demás, la búsqueda de Carolina de no compartir vivienda con su madre desde una temprana edad.

Ahora bien, la relación con su madre y la elaboración sintomática nos convoca a realizar una aclaración en particular: la intervención analítica descrita, puso de relieve la responsabilidad subjetiva y la paciente pudo poner un límite a los acercamientos invasivos de su madre; sin embargo, frente a la satisfacción escópica, Carolina prefirió buscar un trabajo en el que no tuviera obligación de hacer cirugía, irse de la ciudad y abandonar el análisis. De esta manera, vale entonces la pena preguntarse *¿por qué enfrentar la invasión de su cuerpo, del placer de tocar de su madre, resultó más fácil para poner un límite que a su mirada?*

El rechazo a los acercamientos de su madre permitió poner un límite en su cuerpo sin poner en evidencia la satisfacción de la cual Carolina tiene la certeza que hay de su parte, es decir, implicó solo decir “no” y correrse del lugar, sin mediar explicación alguna; mientras que poner un límite a la mirada, suscita la explicación de cuál es la interpretación que hace Carolina de su mirada, cuál es la suposición de goce, y la posibilidad de hacerse cargo o no, por parte de su mamá de la satisfacción mediante.

Dada la dificultad de tener un espacio de intimidad que permitiría poner un límite a la satisfacción en la mirada de su mamá, y puesto que solo preguntar no ha funcionado (como cuando le preguntaba con menos edad por qué tenía los avances en su cuerpo y recibía una normalizante respuesta de sus “posibilidades” como madre), frenar esta satisfacción implicaba darle razones a su mamá, implicarla, explicitar lo que Carolina cree de su mirada, enfrentarla a su propia satisfacción, dar un cuestionamiento directo a las intenciones en juego. De esta manera se entiende, entonces, por qué frente al primer esclarecimiento Carolina asume y frente al segundo rehúye; todo esto sin olvidar, por supuesto, que pese al rechazo de la satisfacción de su madre, ella continúa siendo un objeto de amor para Carolina.

¿Qué se puede concluir de la madre y la formación sintomática? Aquello vivido pasivamente encontró en la paciente un nuevo destino: hacerlo activo. El deseo inconsciente de querer dañar la mirada del otro es una realización desplazada del deseo de querer dañar la mirada de su mamá; aquel deseo de cegar la mirada de su mamá, se convirtió en la realización efectiva de dañar la mirada (los ojos)

de los pacientes. Constituye un pasaje al acto (Lacan, 1962-1963). Ella no está atormentada por lo que piensa que podría hacer, sino por lo que está realizando.

## Sobre la transferencia

Finalmente, en relación con la tercera dimensión, en *la transferencia*, vale la pena preguntar: ¿qué era aquello que ponía en juego la paciente en esta dimensión? Para esto, hay que considerar, en primera instancia, sus múltiples intentos fallidos de mantener una relación monógama; en segunda instancia, los momentos en que desinhibida bajo los efectos del alcohol intentó seducir a un hombre que ya tenía un compromiso sentimental, y en tercera instancia, sus seducciones y relaciones con otras mujeres. En todas estas situaciones se presentaba, como consecuencia, un fuerte cuestionamiento del sí, un autoreproche *a posteriori*.

En este orden de ideas, vale la pena preguntar: ¿qué es aquello que está presente en todas las situaciones descritas? En estas situaciones hay una búsqueda de transgresión de lo normativo, de sus preceptos morales, de sus ideales sobre la femineidad y las relaciones de pareja; un intento de gozar con aquello en lo que ella misma hallaba también un prejuicio. A Carolina le gusta seducir al otro, seducir lo prohibido. En ninguna de las situaciones asumió una posición pasiva, de esperar a que el otro sea quien intente tener un acercamiento; al contrario, ella los buscaba, propiciaba los escenarios.

¿Qué nos dice esto sobre la transferencia? En el transcurso del breve período de análisis hubo dos referencias que nos indican aquella dirección en que la paciente encaminaba la transferencia. En una de las sesiones refirió que en el transcurso de la semana había leído un breve artículo sobre la transferencia y comprendió que en algún momento del análisis iba a surgir una inclinación afectiva hacia el analista; agregó, además, que justo en ese momento tenía la certeza de que estaba pasando, puesto que le gustaba mucho “*como hablaba y el movimiento de las manos que lo acompañaba*”; la segunda referencia se trata de la manera como finaliza el historial clínico, en donde se deja expresada la decepción de aquello no encontrado en el proceso.

De esta manera, y en consecuencia con las situaciones descritas, se esclarece aquello puesto en juego en la transferencia, a decir, la seducción en la transgresión; es por tal, que en el corto tiempo del análisis, el manejo de la transferencia empezaba a tomar forma en mantener al margen el surgimiento de la transferencia negativa en su vertiente erótica. Para expresarlo en otros términos, la transferencia no estuvo todo el tiempo presente en su vertiente positiva, motor, a decir, apoyada en el analista puesto en el lugar del Otro, como parte de los

objetos de la fantasía y ordenado respecto a los imagos parentales, aquel a quien se ama por suponerle un saber sobre los síntomas; más bien, el analista era llamado a ocupar el lugar del objeto parcial; se trataba de la resistencia haciendo uso de la transferencia –cierre del inconsciente– a partir de la emergencia de una demanda de amor erótico.

## Referencias

### *El acto de querer escuchar*

- Álvarez Martínez, M. (2015). Nuevos síntomas: máscaras para encubrir el sufrimiento psíquico? *Revista Letra en Psicoanálisis*, 1 (1), 1-11. <https://cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/10>
- Cernadas, J. (2009). Verito, o una adolescente en busca de su identidad. En B. Janin y E. Kahansky (Comps.), *Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes* (pp. 37-45). Noveduc.
- Foucault, M. (2019). *Enfermedad mental y psicología*. Paidós.
- Freud, S. (1992). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 323-446). Amorrortu.
- Hornstein, L. (2011). *Desafíos del psicoanálisis: los sufrimientos actuales* [Ponencia]. III Congreso Internacional de Investigación de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.1372/ev.1372.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1372/ev.1372.pdf)
- Julien, P. (2012). *Psicosis, perversión, neurosis: la lectura de Jacques Lacan*. Amorrortu.
- Lacan, J. (1981). Clase 1: introducción a la cuestión de las psicosis. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis 1955-1956* (pp. 11-28). Paidós.
- Lacan, J. (2007). Clase 9: pasaje al acto y *acting-out*. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La angustia 1962-1963* (pp. 127-144). Paidós.
- Lacan, J. (2008). III Saber, medio de goce. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 17: El reverso del psicoanálisis 1969-1970* (pp. 41-55). Paidós.
- Lacan, J. (2009). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1* (pp. 231-309). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2012). El acto psicoanalítico. En *Otros escritos* (pp. 395-403). Paidós.
- Leclaire, S. (2009a). Sygne, o sobre el amor de transferencia. En *Matan a un niño: ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte* (pp. 95-115). Amorrortu.

- Leclaire, S. (2009b). Justin, o sobre el sujeto. En *Matan a un niño: ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte* (pp. 75-93). Amorrortu.
- Muñoz, P. (2009a). Pasaje al acto y *acting-out*: una estructura común. En *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis* (pp. 157-168). Manantial.
- Muñoz, P. (2009b). Orientación clínica, entre el deseo y la demanda. En *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis* (pp. 189-204). Manantial.
- Muñoz, P. (2016). Pasaje al acto y verdad. *Desde el Jardín de Freud*, (16), 113-124. <https://doi.org/10.15446/djf.n16.58157>

### ***Psicoanálisis y hospital: tratamientos posibles***

- Barros, M. (2009). *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Gramma.
- Belaga, G. (2015). Hacer existir el psicoanálisis en el hospital: lineamientos de una apuesta. En G. Belaga, (Comp.), *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (pp. 13-66). Gramma.
- Esperanza, G. (2018). Las psicosis, clásicas y modernas. *Virtualia: Revista Digital de la EOL*, 17(34), 1-7. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/790/fundamentos-y-actualidad-de-la-clinica/las-psicosis-clasicas-y-modernas>
- Freud, S. (1992). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]). En *Obras completas* (Vol. 17, pp. 151-163). Amorrortu.
- Lacan, J. (2005c). Variantes de la cura tipo. En *Escritos 1* (pp. 311-348). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005a). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2* (pp. 565-626). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005b). Juventud de Gide, o la letra y el deseo. En *Escritos 2* (pp. 719-743). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2012). Acto de fundación. En *Otros escritos* (pp. 247-259). Paidós.
- Lacan, J. (2008). El hecho y el dicho. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 16: De un Otro al otro* (pp. 57-70). Paidós.
- Lacan, J. (1974). *Seminario 22: 1974-1975*. <https://www.lacanerafreudiana.com.ar/2.1.10.1%20CLASE%20-01%20%20S22.pdf>
- Larrahondo, M. (2020). Supervisión y formación clínica. En X. Castro (Comp.), *Caso por caso: clínica y lazo social* (pp. 31-48). Editorial Universidad Icesi.
- Laurent, É. (2000). El psicoanalista, el ámbito de las instituciones de Salud Mental y sus reglas. En *Psicoanálisis y salud mental* (pp.79-92). Tres Haches.
- Laurent, É. (2003). Institución del fantasma, fantasma de la institución. En *Hay un fin de análisis para los niños* (pp. 187-203). Colección Diva.

- Meneses, L. M. (2017). *El estatuto del cuerpo imaginario en pacientes psiquiátricos* [Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio Institucional Universidad de San Buenaventura. <http://hdl.handle.net/10819/4900>
- Miller, J. A. (2014). La matriz del tratamiento del niño del lobo. En M. C. Piro (Coord.), *Estudios sobre el autismo* (pp. 11-26). Edulp.
- Miller, J. A. (2011). *El Ser y el Uno*. <https://es.scribd.com/document/492244717/SeminarioElSerYelUnoJ-A-Miller>
- Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Revista Freudiana*, (32). <https://freudiana.com/revista/freudiana-no-32/>
- Rubistein, A. (2003). Los modos de aplicación del psicoanálisis. *Virtualia: Revista Digital de la EOL*, 2(7), 2-5. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/687/destacados/los-modos-de-aplicacion-del-psicoanalisis>
- Schejtman, F. (2013). Clínica psicoanalítica. En F. Schejtman (Comp.), *Psicopatología clínica y ética: de la psiquiatría al psicoanálisis* (pp. 17-66). Gramma.
- Alice à l'hôpital. La posición del analista como orientación en el hacer-decir de una práctica***
- Altimir, M. (2010). Lacan, Heidegger y el pensamiento oriental. En P. San Ginpes Aguilar (Coord.), *Cruce de miradas, relaciones e intercambios* (pp. 655-666). Universidad de Granada.
- Bassols, M. (2017, 14 de abril). *La presencia, real, del analista*. Desescrits de psicoanàlisi lacaniana. <http://miquelbassols.blogspot.com/2017/04/la-presencia-real-del-analista.html>
- Briole, G. (2017). La enseñanza de los enfermos: efectos de formación Dejar la palabra a los pacientes. *Glifos: Revista de la Orientación Lacaniana de la Ciudad de México*, (8), 13-20. <http://www.nel-mexico.org/index.php?sec=GLIFOS&file=GLIFOS/008/Conferencia-internacional/La-ensenanza-de-los-enfermos.html>
- Briole, G. (2018). *Hacer el par en la urgencia*. <https://es.scribd.com/document/717020821/1-Conferencia-Briole-en-PAUSA-Editada-2020-Vu-GB>
- Brodsky, G. (2002). *El acto psicoanalítico y otros textos*. Nel Bogotá.
- Cárdenas, M. H. (2014). *El vacío*. Cuadernos del INES 9. INES.
- Castro, J. (2020). *Clase: troumatisme*. Nel Cali.
- Cottino, G. (2017). Borges y el Tao del analista. *Virtualia: Revista Digital de la EOL*, 16(33), 1-4. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/464/arte-y-psicoanalisis/borges-y-el-itaoi-del-analista>
- Dicker, S. (2014). *La letra y el agujero*. Cuadernos del INES 9. INES; Paidós.

- Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.
- García, S. (2011). *El Tao del psicoanalista: su relación con la neutralidad*. Psicoanálisis y Filosofía. <https://www.elsigma.com/filosofia/el-tao-del-psicoanalista-su-relacion-con-la-neutralidad/12320>
- Holguín, C. M. (2020). Preservar el agujero y sostener el lazo: un deseo inédito [Edición especial]. *Glifos: Revista de la Orientación Lacaniana de la Ciudad de México*, 21-23. <https://www.nelmexico.org/wp-content/uploads/2021/01/glifos-13-extra.pdf>
- Lacan, J. (1966, 31 diciembre). *Homenaje a Lewis Carroll*. Las Nubes. [http://www.ub.edu/las\\_nubes/archivo/15/nubesclaros/textos/lacan.html](http://www.ub.edu/las_nubes/archivo/15/nubesclaros/textos/lacan.html)
- Laurent, É. (2006). *Principios rectores del acto analítico*. [https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/10/eric\\_laurent.pdf](https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/10/eric_laurent.pdf)
- Laurent, É. (2014). *¿Qué es un psicoanálisis orientado hacia lo Real?* Freudiana. <https://freudiana.com/que-es-un-psicoanalisis-orientado-hacia-lo-real/>
- Wikipedia. (2020, 21 de julio). *Barreno*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Barreno>

### *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia en la esquizofrenia*

- Alomo, M. (2013). *Clínica de la elección en psicoanálisis. Libro II: por el lado de Lacan*. Letra Viva.
- Alomo, M. (2017). *La elección irónica: estudios clínicos sobre la esquizofrenia* (2.ª ed.). Letra Viva.
- Alomo, M. (2020). *La función social de la esquizofrenia*. Eudeba.
- De Aquino, T. (2010). *Suma de teología*. BAC.
- Fernández, M. (1967). *No toda es vigilia la de los ojos abiertos*. Centro Editor de América Latina.
- Fernández, M. (2014). *Papeles de reciénvenido*. Corregidor.
- Gaebel, W., y Zielasek, J. (2015). Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(11), 661-673. <https://doi.org/10.1111/pcn.12322>
- Heer, L. (2014). *Macedonio: para empezar aplaudiendo*. Paradiso.
- Lacan, J. (1966). *Seminario 14: 1966-1967. La lógica del fantasma*. <https://www.lacante-rafreudiana.com.ar/2.1.6.5%20CLASE-05%20%20S14.pdf>
- Lacan, J. (1973). *Letourdit. Scilicet*, (4), 5-52.
- Lacan, J. (1985a). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 1* (pp. 559-616). Siglo XXI.

- Lacan, J. (1985b). Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud. En *Escritos I* (pp. 366-383). Siglo XXI.
- Lacan, J. (1998). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis*. Paidós.
- Lacan, J. (2001). Réponse à des étudiants en philosophie sur l'objet de la psychanalyse. En *Autres Écrits* (pp. 203-211). Seuil.
- Lévy-Valensi, J., Migault, P., y Lacan, J. (1977). *Écrits "inspirés": Schizographie*. AREP.
- Miller, J. A. (1993). Ironía. *Uno por Uno*, (34), 6-12.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Pushkin, A. (2004). *Obras dramáticas*. Cátedra.
- Soler, C. (1999). ¿Qué lugar para el analista? En *Estudios sobre las psicosis* (pp. 7-13). Manantial.

### *Una escucha inédita*

- Freud, S. (1992a). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]). En *Obras completas* (Vol. 17, pp. 151-163). Amorrortu.
- Freud, S. (1992b). Sobre la psicoterapia de la histeria. En *Obras completas* (Vol. 2, pp. 261-310). Amorrortu.
- Lacan, J. (1956). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis*. Paidós.
- Lacan, J. (2004). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2005). Variantes de la cura-tipo. En *Escritos I* (pp. 311-346). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 23: El sinthome*. Paidós.
- Lacan, J. (2009). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2* (3.ª ed., pp. 509-558). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2012). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 19: ...o peor*. Paidós.
- Schreber, D. P. (2012). *Memorias de un enfermo de los nervios*. Sexto Piso.

### *La palabra de niños, presuntas víctimas de violencia sexual: ¿qué escucha el psicólogo clínico orientado por el psicoanálisis?*

- Bleichmar, S. (2016). *Vergüenza, culpa, pudor: relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad*. Paidós.
- Cohen Imach, S. (2017). *Abusos sexuales y traumas en la infancia: notas de la clínica y la evaluación*. Paidós.

- Congreso de la República de Colombia. (2013, 12 de julio). Ley 1652 de 2013 [Por medio de la cual se dictan disposiciones acerca de la entrevista y el testimonio en procesos penales de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales]. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1652\\_2013.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1652_2013.html)
- De Becker, E. (2012). Quel dispositif pour parler de l'abus sexual avec l'enfant ? *Champ Psy*, 61(1), 109-121.
- De Castro Korgi, S. (2016). La *proton pseudos* histérica y la verdad del síntoma. *Desde el Jardín de Freud*, (16), 37-52. <https://doi.org/10.15446/djf.n16.58150>
- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber* (Vol. 1). Siglo XXI.
- Freud, S. (1939). Moisés y la religión monoteísta (1939 [1934-38]). En *Obras completas* (Vol. 23, pp. 1-132). Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Dos mentiras infantiles (1913). En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 319-328). Amorrortu.
- Freud, S. (1992a). El creador literario y el fantaseo (1908 [1907]). En *Obras completas* (Vol. 9, pp. 123-136). Amorrortu.
- Freud, S. (1992b). Tres ensayos de teoría sexual (1905). En *Obras completas* (Vol. 7, pp. 109-224). Amorrortu.
- Gallo, H. (2019). *Crimen, locura y subjetividad: lo que dice el psicoanálisis*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Greiser, I. (2017). *Sexualidades y legalidades: psicoanálisis y derecho*. Paidós.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2016a). *Lineamiento técnico administrativo de ruta de actuaciones para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados*. [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm3.p\\_lineamiento\\_tecnico\\_ruta\\_actuaciones\\_para\\_el\\_restablecimiento\\_de\\_derechos\\_nna\\_v1.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm3.p_lineamiento_tecnico_ruta_actuaciones_para_el_restablecimiento_de_derechos_nna_v1.pdf)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2016b). *Anexo del Lineamiento técnico administrativo de ruta de actuaciones para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual*. [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/anexo\\_ruta\\_violencia\\_sexual\\_17042018.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/anexo_ruta_violencia_sexual_17042018.pdf)
- Kuitca, M., Berezin, J., y Felbarg, D. (2011). ¿Cómo enfocar el abuso infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis*, 33(2), 291-306.
- Lacan, J. (1988). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2* (pp. 55-58). Manantial.
- Lacan, J. (2005). *De los nombres del padre*. Paidós.
- Lacan, J. (2012). Nota sobre el niño. En *Otros escritos* (pp. 393-394). Paidós.

- Laurent, É. (2003). Institución del fantasma, fantasma de la institución. En *Hay un fin de análisis para los niños* (pp. 187-203). Colección Diva.
- Lutereau, L. (2014). *El idioma de los niños: lo infantil en nuestra época*. Letra Viva.
- Mannoni, M. (1987). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Nueva Visión.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*. UNFPA; Dirección General de Salud Pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución 459 de 2012 [Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
- Polo, L. A., y Cabarcas, A. M. (2013). Valor probatorio del testimonio de un menor en un proceso penal de abuso sexual. *Pensamiento Americano*, 6(10), 71-81. <https://doi.org/10.21803/pensam.v6i10.136>
- Spitz, R. A. (1980). *El primer año de vida del niño*. FCE.
- Uribe, N. I. (2010). Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso sexual y el maltrato infantil. *Poiésis*, 10(19). <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/117>

### ***Lo singular en la vivencia de abuso sexual en una unidad de salud mental: sistematización de experiencias***

- Breuer, J., y Freud, S. (2013). *Estudios sobre la histeria en obras completas (1893-1895)* (Vol. 2, 2.ª ed.). Amorrotu.
- Cohen Imach, S. (2017). *Abusos sexuales y traumas en la infancia*. Paidós.
- Congreso de la República de Colombia. (2008, 4 de diciembre). Ley 1257 de 2008 [Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones]. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>
- Evans, D. (2010). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano* (6.ª ed.). Paidós.
- Fractman, A. (2005). Los desarrollos acerca del trauma psíquico según Sigmund Freud. *Psicoanálisis APdeBA*, 27(1/2), 213-222.
- Freud, S. (1896). *La etiología de la histeria*. Alianza.
- Fridman, I. (2007). Poner en palabras lo traumático: mujeres sobrevivientes de abuso sexual. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, (2), 189-209. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i2.3880>

- Gallo, H. (1999). *Usos y abusos del maltrato: una perspectiva psicoanalítica*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Jara, Ó. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Cinde.
- Lacan, J. (1962). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La angustia*. Paidós.
- Lacan, J. (1968). *Seminario 11: Los cuatro conceptos del psicoanálisis*. <https://seminarios-lacan.files.wordpress.com/2015/02/14-seminario-11.pdf>
- Lombardi, G. (2009). Singular, particular, singular: la función del tipo clínico en psicoanálisis. En G. Lombardi (Comp.), *Singular, particular, singular: la función del diagnóstico en psicoanálisis* (pp. 17-23). JVE.
- Ministerio de Protección Social. (2011). *Modelo de intervención integral en casos de abuso sexual*. <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/901-modulo-de-abuso-sexual-2/file>
- Reyes-Pérez, P. (2012). *Aplicación de las teorías lacanianas sobre el trauma al tratamiento de pacientes adultos víctimas de abuso sexual en la infancia: un estudio de caso*. [https://www.researchgate.net/publication/235908348\\_Aplicacion\\_de\\_las\\_teorias\\_lacanianas\\_sobre\\_el\\_trauma\\_al\\_tratamiento\\_de\\_pacientes\\_adultos\\_victimas\\_de\\_abuso\\_sexual\\_en\\_la\\_infancia\\_Un\\_estudio\\_de\\_caso](https://www.researchgate.net/publication/235908348_Aplicacion_de_las_teorias_lacanianas_sobre_el_trauma_al_tratamiento_de_pacientes_adultos_victimas_de_abuso_sexual_en_la_infancia_Un_estudio_de_caso)
- Ricoeur, P. (1999). *La memoria, la historia, el olvido*. FCE.
- Vasco, C. E. (2008). Sistematizar o no: he ahí el problema. *Revista Internacional Magisterio: Educación y Pedagogía*, 23, 19-21.
- Vera-Molina, I., y Trujillo-Eljuri, A. (2017). Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer. *Polo del Conocimiento*, 2(11), 60-69. <https://doi.org/10.23857/pc.v2i11.392>

### *El concepto de patología social frente al descontento colectivo*

- Buenos Aires Ciudad. (s.f.). *Diálogo entre Alejandro y Diógenes*. <https://buenosaires.gob.ar/museos/museo-larreta/imprescindibles/dialogo-entre-alejandro-y-diogenes>
- Calle Madrid, C. A., y Duque Silva, G. A. (2016). Slavoj Žižek y el acto político. En G. A. Duque Silva (Ed.), *Democracia, Estado e ideología: apuestas políticas más allá del desierto* (pp. 157-172). Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
- Dunker, C. (2021, 3 de septiembre). *¿Teme que tecnologia roube emprego? Motivo do seu sofrimento é mais profundo*. Blog do Dunker. <https://www.uol.com.br/tilt/colunas/blog-do-dunker/2021/09/03/novo-pacto-laboral-tecnologico.htm>
- Durkheim, É. (2016a). *El suicidio*. Epublibre.
- Durkheim, É. (2016b). *Las reglas del método sociológico* (E. de Champourcín, Trad.). FCE.

- Foucault, M. (1994). La politiqué de la santé au XVIII<sup>ème</sup> siècle. En *Dits et écrits 1954-1988* (Vol. 3, pp. 13-27). Gallimard.
- Freud, S. (1991a). *Obras completas: La interpretación de los sueños (primera parte)* (Vol. 4). Amorrortu.
- Freud, S. (1991b). La interpretación de los sueños (segunda parte). En *Obras completas* (Vol. 5, pp. 345-6012). Amorrortu.
- Freud, S. (1992a). El proyecto de psicología (1950 [1895]). En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 323-446). Amorrortu.
- Freud, S. (1992b). Psicología de las masas y análisis del yo (1921). En *Obras completas* (Vol. 18, pp. 63-126). Amorrortu.
- Freud, S. (1992c). Más allá del principio de placer (1920). En *Obras completas* (Vol. 18, pp. 1-62). Amorrortu.
- Guattari, F., y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica, cartografías del deseo*. Traficantes de Sueños.
- Honneth, A. (2011). *La sociedad del desprecio*. Trotta.
- Honneth, A. (2014). *El derecho a la libertad: esbozo de una eticidad democrática*. Capital Intelectual.
- Lacan, J. (1981). *Leçon 8, 18 Janvier, 1967*. <http://staferla.free.fr/S14/S14%20LOGIQUE.pdf>
- Lacan, J. (2007). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 7: La ética del psicoanálisis (1959-1960)*. Paidós.
- Lacan, J. (2016). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente (1957-1958)*. Paidós.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Lefort, C. (1990). *Democracia y advenimiento de un lugar vacío*. Nueva Visión.
- Mendes, A. M., Kozics Reis Araujo, L., y Souza Duarte, F. (2014). Escucha política y clínica del sufrimiento den el trabajo: contribuciones desde la práctica en clínica brasileña del sufrimiento en el trabajo. En J. J. Orejuela (Ed.), *Psicología de las organizaciones y del trabajo* (pp. 25-46). Editorial Bonaventuriana.
- Quintero-Torres, J. A. (2017). *El sujeto de la clínica*. Editorial Bonaventuriana.
- Quintero-Torres, J. A. (2019a). *¿Podemos construir la paz? Perspectivas, ritualidades, encuentros*. Editorial Bonaventuriana.
- Quintero-Torres, J. A. (2019b). Cuerpos políticos, conflicto armado y construcción de paz. En D. Britto (Ed.), *¿Y después del acuerdo qué?* (pp. 177-187). Editorial Bonaventuriana.

- Safatle, V. (2019). *El circuito de los afectos: cuerpos políticos, desamparo y fin del individuo*. Editorial Bonaventuriana.
- Safatle, V., da Silva Junior, N., y Dunker, C. (Eds.). (2018). *Patologías do social: arqueologías do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Vappereau, J. M. (2010). Pompas de jabón. *Affectio Societatis*, 7(13), 1-6. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.7632>

### *Aproximación teórica al feminicidio: el desencuentro entre los sexos en la gramática fronteriza de la ley y el goce*

- Aleman, J., y Larriera, S. (2001). *El inconsciente: existencia y diferencia sexual*. Síntesis.
- Benveniste, E. (1997). *Problemas de lingüística general I*. Siglo XXI.
- Cabrera, J. M., y Cristi, P. N. (2011). La silenciosa muerte de mujeres: notas sociológicas para la ampliación de los estudios de femicidios. *Polémicas Feministas*, 1, 48-60. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/polemicasfeminista/article/view/12418>
- Cadeau, M. C. (2009). *Pas toute et jouissance Autre*. EPHEP.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2017). *La guerra inscrita en el cuerpo: informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado*. CNMH.
- Fernández, J. (2018, 7 de marzo). *La violencia sexual en el Derecho Internacional Humanitario*. Amnistía Internacional. <https://www.amnistia.org/ve/blog/2018/03/5160/la-violencia-sexual-en-el-dih-y-el-estatuto-de-roma>
- Incháustegui Romero, T. (2014). Sociología y política del feminicidio: algunas claves interpretativas a partir del caso mexicano. *Sociedade e Estado*, 29(2), 373-400. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200004>
- Jiménez Urrego, A. M. (2017). *La relación entre celos, amor y deseo en "un amor de Swann"* [Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires]. Universidad de Buenos Aires.
- Kristeva, J. (2005). *El tiempo sensible: Proust y la experiencia literaria*. Universidad de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1950). *Intervention du 29 mai 1950 lors de la discussion des rapports théorique et clinique à la 13ème conférence des psychanalystes de langue française*. <http://ecole-lacanienne.net/es/bibliolacan/pas-tout-lacan-3/>
- Lacan, J. (1956-1957). *Seminario 4: la relación de objeto*. <https://seminarioslacan.files.wordpress.com/2015/02/06-seminario-4.pdf>
- Lacan, J. (1959-1960). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/lacan-seminario-7-la-etica-del-psicoanalisis.pdf>
- Lacan, J. (1961-1962). *Seminario libro 9: la identificación*. Paidós.

- Lacan, J. (1964). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1966). *Respuesta a unos estudiantes de filosofía sobre el objeto del psicoanálisis*. <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.10%20%20%20RESPUESTA%20A%20ESTUDIANTES%20DE%20FILOFOFIA%20SOBRE%20EL%20OBJETO%20DEL%20PSICOANALISIS,%201966.pdf>
- Lacan, J. (1972-1973). *El seminario, libro 20*. <https://agapepsicoanalitico.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/07/lacan-seminario-20-aun.pdf>
- Lacan, J. (1981a). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 1: los escritos técnicos de Freud 1953-1954*. Paidós.
- Lacan, J. (1981b). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis 1955-1956*. Paidós.
- Lacan, J. (2003). La agresividad en psicoanálisis. En *Escritos I* (pp. 107-128). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2012). Radiofonía. En *Otros escritos* (pp. 425-472). Paidós.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madrepasas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM.
- Meshreky, S. (2011). *L'Autre Jouissance*. <https://meshrepsy.fr/wp-content/uploads/Sandra-Meshreky-lautre-jouissance.pdf>
- Miller, J. A. (2003). Los seis paradigmas del goce. En *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica* (pp. 141-180). Paidós.
- Muñoz, P. (2018). Goce y pulsión. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, (18), 15-25.
- Penagos Concha, V. (2016). *Mujeres en resistencia*. CNMH.
- Rovere, C., y Zabalza, S. (2013). *La palabra que falta es Una mujer*. Letra Viva.
- Segato, R. (2013). *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Tinta Limón.
- Valas, P. (1998). *Les di(t)mensions de la jouissance : Du mythe de la pulsion à la dérive de la jouissance*. Édition du champ lacanien.

***Adicción a las sustancias psicoactivas y su relación con el sufrimiento psíquico desde la perspectiva psicoanalítica. ¿Clínica de lo imposible?***

- Aranda, J. (2018). Discurso capitalista y el imperio de las imágenes en el horizonte contemporáneo. *El Ornitorrinco Tachado: Revista de Artes Visuales*, (7), 9-20. <https://ornitorrinco tachado.uaemex.mx/article/view/4728>

- Caicedo, L., y Murcia, M. (2020). *Contribución de la experiencia estética en la simbolización del sufrimiento en jóvenes con historias de desplazamiento forzado* [Tesis de especialización, Universidad de San Buenaventura]. Universidad de San Buenaventura.
- Cárdenas, F., y Murcia, M. (2020). *Lugar del analista en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas en comunidad terapéutica* [Tesis de especialización, Universidad de San Buenaventura]. Universidad de San Buenaventura.
- Castro, L. (2009, 10 de agosto). Diálogo semanal con los lectores: la adicción a la etimología fantástica. *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/la-adiccion-a-la-etimologia-fantastica-nid1160628/>
- Encina, A. (2017). ¿Adicción o sujeto? Del aprendizaje excluido al aprendizaje como instancia de posibilidad. *El Hormiguero: Psicoanálisis, infancia/s y Adolescencia/s*, 1, 1-21. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/psicohormiguero/article/view/1941>
- François, H. (1999). Sufrimiento psíquico y toxicomanías. *Adicciones*, 11(1), 53-63. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/595>
- Freud, S. (1909). *Obras completas: análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso del pequeño Hans)* (Vol. 10). Amorrortu.
- Freud, S. (1992a). El malestar en la cultura. En *Obras completas* (Vol. 21, pp. 57-65). Amorrortu.
- Freud, S. (1992b). El proyecto de psicología (1950 [1895]). En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 323-446). Amorrortu.
- Freud, S. (1992c). Pulsiones y destinos de la pulsión. En *Obras completas* (Vol. 14, pp. 105-134). Amorrortu.
- Imbriano, A. (2008, 2 de octubre). *El goce es la satisfacción de la pulsión*. El Sigma. <http://www.elsigma.com/colaboraciones/el-Goce-es-la-satisfaccion-de-la-pulsion/11796>.
- Kameniecki, M. (2017). *Consumos problemáticos y psicoanálisis: el deseo del analista y la dirección de la cura*. Fabulari.
- Lacan, J. (2005). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2008). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 17: El reverso del psicoanálisis 1969-1970*. Paidós.
- Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Amorrortu.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis: la narcosis del deseo*. Amorrortu.
- Leguizamón, C. (2007). *La embriaguez del goce: escuela de estudios. Psicoanálisis y cultura*. Universidad Nacional de Colombia.

- López, A. (2013, 16 de julio). *¿Cuál es el origen del término “adicto” para referirse al que está enganchado a algo?* 20 Minutos. <https://blogs.20minutos.es/yaestaellistoquetodolosabe/cual-es-el-origen-del-termino-adicto-para-referirse-al-que-esta-enganchado-a-algo/>
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psyche*, 15(1), 67-77. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100006>
- McDougall, J. (2012). *La economía psíquica de la adicción* (P. A. Gonzales, Trad.). Universidad del Valle.
- Orejuela, J. J., y Malvezzi, S. (2016). Una revisión crítica de la noción de sufrimiento presentada por la psicodinámica del trabajo. *Trabalho (En)Cena*, 1(1), 15-28. <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/2414>
- Pardo, F. R. (2015). *El tóxico: un sustituto que emplea el yo, mediante el narcisismo para evitar el desborde psíquico en el toxicómano* [Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio Institucional Universidad de San Buenaventura. <http://hdl.handle.net/10819/2890>
- Pérez, H. (2017). *Consumos problemáticos y psicoanálisis: el deseo del analista y la dirección de la cura*. Fabulari.
- Rutsatz, P., y Macedo, M. M. K. (2016). Desafíos y cambios en la escucha psicoanalítica de la toxicomanía. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20(1), 216-234. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/3500>
- Silva, B. (2015). *El desencadenamiento de la adicción en sujetos neuróticos* [Ponencia]. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación y XI Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-015/245>

### *La transferencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje*

- Atkinson, T. (2002). Aprender a enseñar: habilidades intuitivas y objetividad razonada. En T. Atkinson y G. Claxton (Eds.), *El profesor intuitivo* (pp. 95-112). Octaedro.
- Freud, S. (1972a). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 6). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1972b). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 1). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1972c). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 5). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1972d). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 4). Biblioteca Nueva.
- Furlong, J. (2002). La intuición y la crisis de la profesionalidad entre los docentes. En T. Atkinson y G. Claxton (Eds.), *El profesor intuitivo* (pp. 29-49). Octaedro.
- Lacan, J. (2004). Clase XIII: crítica de la contratransferencia. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 8: La transferencia 1960-1961* (pp. 209-226). Paidós.

- Laurent, É. (2005). *Entre transferencia y repetición*. Pomaire.
- Miller, J. (1998). *Los signos del goce*. Paidós.
- Miller, J. (2005). *El Otro que no existe y los comités de ética: seminario en colaboración con Éric Laurent*. Paidós.
- Schunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje* (2.ª ed.). Pearson Prentice-Hall.
- Lo virtual y lo real en el consultorio online: algunas reflexiones sobre la presencia del analista***
- Artaud, A. (1938). *Le théâtre et son double*. Gallimard.
- Biosca i Bas, A. (2009). Mil años de virtualidad: origen y evolución de un concepto contemporáneo. *Eikasia: Revista de Filosofía*, (28), 1-40.
- Freud, S. (1991a). *Obras completas: La interpretación de los sueños (primera parte)* (Vol. 4). Amorrortu.
- Freud, S. (1991b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 107-120). Amorrortu.
- Freud, S. (1991c). Sobre la dinámica de la transferencia (1912). En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 93-106). Amorrortu.
- Lacan, J. (1964). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1966a). Fonction et champ de la Parole et du Langage. En *Écrits* (pp. 237-322). Seuil.
- Lacan, J. (1966b). Au delà du "Principe de réalité". En *Écrits* (pp. 73-92). Seuil.
- Lacan, J. (1966c). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. En *Écrits* (pp. 93-100). Seuil.
- Lacan, J. (1969). El acto psicoanalítico. En *Reseñas de enseñanza* (pp. 47-58). Manantial.
- Lacan, J. (1975). *Seminario 22: 1974-1975*. <https://e-diccionestjustine-elp.net/wp-content/uploads/2019/10/RSI.pdf>
- Lacan, J. (1975-1976). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 23: El sinthome*. Paidós.
- Lacan, J. (2001a). ...ou pire. En *Autres écrits* (pp. 547-552). Seuil.
- Lacan, J. (2001b). De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité. En *Autres écrits* (pp. 351-360). Seuil.
- Lacan, J. (2012). Discurso en la Escuela Freudiana de París. En *Otros escritos* (pp. 279-300). Paidós.

- Lombardi, G. (2019). *Problemas de comunicación*. Enciclopedia argentina de salud mental. <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=94&idtt=174>
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. Farrar, Straus & Giroux.

### *Caso clínico. Sinrazón de la práctica médica*

- Albornoz, E. (2013). *Pensar con los pies: el psicoanálisis como crítica de la razón kantiana*. Letra Viva.
- Lacan, J. (1957-1958). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La angustia*. Paidós.
- Lacan, J. (1964-1965). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro principios fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.



## Sobre los autores

### **María Fernanda López Olivares**

Magíster en Ciencias en Metodología de la Ciencia por el Instituto Politécnico Nacional. Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y psicoanalista del Círculo Psicoanalítico Mexicano (CPM). Participante en la Red Clínica del CPM, atendiendo a bajo costo a personas de la comunidad. Hizo parte de una asociación civil con perspectiva feminista en la Ciudad de México, donde acompañó a mujeres desde el psicoanálisis. Con experiencia clínica desde 2019 en consultorio privado. Correo: oelefem@gmail.com

### **Ángela María Jiménez Urrego**

Doctoranda en Psicología y magíster en Psicoanálisis de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicóloga y psicoanalista de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Docente asociada de la Universidad de San Buenaventura (USB) Cali. Docente en el Pregrado de Psicología y en la Especialización y la Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Investigadora asociada de MinCiencias. Autora de varios escritos. Correo: amjimenezu@usbcali.edu.co

### **Daniel Aguirre Betancur**

Psicólogo de la USB Cali, con aproximaciones al psicoanálisis en temas de trauma, violencia, conflicto armado y suicidio. Con experiencias en el campo de la salud en atención a sujetos bajo consumo de SPA y en el campo social comunitario con trabajos dirigidos a jóvenes. Actualmente se desempeña como profesional de la Fundación Smurfit Kappa Colombia y consulta clínica particular. Correo: betan\_daniel1998@hotmail.com

## **Mónica Patricia Larrahondo Arana**

Psicóloga clínica. Psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP) y de la Nueva Escuela Lacaniana (NEL). Docente de la USB Cali en los programas de Psicología, Especialización y Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica. Correo: [mplarrahondo@usbcali.edu.co](mailto:mplarrahondo@usbcali.edu.co)

## **Andrea Ximena Zúñiga López**

Doctoranda en la Ecole Doctorale Universidad Paris 8. Magíster en Psicología en la Universidad Paris 7 Diderot, en Psicoanálisis de la Universidad Paris 8 Saint Denis y en Psicología de la Salud. Psicoanalista asociada a la NelCf. Docente de psicoanálisis en el programa de Psicología, investigadora GI Cognoser y asesora de práctica clínica en la Fundación Universitaria de Popayán. Integrante del comité organizador del Seminario Latino de París. Creadora y organizadora de las Introdutorias al Psicoanálisis Lacaniano. Correo: [andreazunigacabinet@gmail.com](mailto:andreazunigacabinet@gmail.com)

## **Martín Alomo**

Doctor en Psicología, magíster en Psicoanálisis y licenciado en Psicología de la UBA. Especialista en Psicología Clínica por el Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Psicoanalista. Miembro del Polo Argentino de Psicoanálisis y de la Escuela Internacional de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano. Profesor de Psicología, del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Psicoanálisis en la UBA. Codirector de la Maestría en Psicopatología, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Jefe de unidad del Servicio de Rehabilitación y presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital B. Moyano. Correo: [alomomartin@gmail.com](mailto:alomomartin@gmail.com)

## **Vanina Muraro**

Doctora en Psicología de la UBA. Profesora de grado y posgrado de la UBA. Secretaria de Redacción de la *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, de la UBA. Autora de numerosas publicaciones científicas. Analista Miembro de la Escuela Internacional de los Foros del Campo Lacaniano (AME) y miembro del Foro Analítico del Río de la Plata. Correo: [vanina.muraro@gmail.com](mailto:vanina.muraro@gmail.com)

### **Cindy Ramírez Guerrero**

Magíster en Psicología, con profundización en Clínica con Orientación Psicoanalítica. Psicóloga. Con experiencia en áreas clínica, jurídica y educativa en la formación de estudiantes universitarios (en contextos clínicos y hospitalarios y coordinación de prácticas), con población en condición de vulneración de derechos, violencia de género y adulto mayor en sector público y privado, participando de procesos administrativos de derecho en conciliación extrajudicial, procesos de juicio oral, entre otros. Experiencia en uso de pruebas psicológicas, evaluación y diagnóstico individual y grupal como herramientas para construir programas terapéuticos, educativos y seleccionar personal. Correo: [cramirezg@usbcali.edu.co](mailto:cramirezg@usbcali.edu.co)

### **Luz Marina Peña Rivera**

Magíster en Psicología de la USB Cali. Psicóloga con especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Cuenta con amplia experiencia en atención clínica a pacientes en situación de vulnerabilidad, víctimas de abuso sexual y explotación sexual. Voluntaria de la Cruz Roja en España, atendiendo emergencias psicosociales a migrantes. Correo: [luzmarinapsico@hotmail.com](mailto:luzmarinapsico@hotmail.com)

### **Jhon Alexander Quintero Torres**

Doctor en Teoría Crítica de 17, Instituto de Estudios Críticos de México. Magíster en Psicoanálisis de la Universidad Argentina John F. Kennedy. Psicólogo de la USB Cali. Profesor de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la USB Cali. Trabajó para la Agencia Colombiana para la Reintegración (ARN) y la Alta Consejería para la Reintegración. Docente e investigador vinculado al grupo GEUS en la línea subjetividad, cultura y construcción de paz y la línea de intersecciones del psicoanálisis. Integrante de la Red Internacional de Investigación en Subjetividad y Lazos social y del Colectivo de Análisis Lacaniano (CANAL). Correo: [jaqtorre@usbcali.edu.co](mailto:jaqtorre@usbcali.edu.co)

### **Andrés Mauricio Sabogal Vargas**

Psicólogo especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Se ha desempeñado en el campo clínico, social y educativo, haciendo parte de proyectos de carácter social y comunitario. Ha trabajado en instituciones relacionadas con la atención en salud mental, acompañamiento en la implementación de procesos de inclusión en instituciones educativas, el

trabajo con adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes en la Rama Judicial y la evaluación como consultor externo de programas sociales.

### **Jeyson Ariel Ramírez Cortés**

Magíster en Metodología de la Ciencia y psicólogo del Instituto Politécnico Nacional de México. Investigador de la misma institución desde 2021 hasta 2023. Docente e investigador de la Fundación Universitaria Lumen Gentum, Unicatólica. Experiencia investigativa en temas relacionados con la filosofía de la ciencia y de la mente. Autor de varios escritos. Correo: [jeiarpsi@gmail.com](mailto:jeiarpsi@gmail.com)

### **Sebastián Hurtado Jiménez**

Psicólogo de la Universidad Santiago de Cali. Autor y coautor de escritos relacionados con epistemología y sociedad contemporánea, además de ponencias presentadas a nivel regional, nacional e internacional. Con experiencia en actividades de gestión humana con instituciones públicas y privadas, y en el sector de salud pública, vigilancia epidemiológica, salud mental, participación social y comunitaria. Correo: [sebastian.hurtado@live.com](mailto:sebastian.hurtado@live.com)

### **Carlos David Carvajal Correa**

Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali y en Psicología Jurídica y Forense de la Universidad Libre, Cali. Psicólogo. Experiencia clínica y teórica en el manejo de pacientes con adicciones. Trayectoria en la prevención, la mitigación y el tratamiento de la farmacodependencia. Manejo de metodologías de intervención en comunidades terapéuticas. Correo: [Carlosdavidcarvajalcorrea@gmail.com](mailto:Carlosdavidcarvajalcorrea@gmail.com)

### **María del Pilar Murcia**

Magíster en Psicología con énfasis en Investigación y especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB Cali. Psicóloga de la Universidad del Valle. Directora de Arhata Integrales Con experiencia en el campo clínico.

### **Héctor Gallo**

Doctor en Psicoanálisis de la Universidad Autónoma de Madrid. DSU y DEA en Psicoanálisis de la Universidad París VIII. Psicoanalista. Sociólogo de la Universidad Autónoma Latinoamericana. Profesor del Departamento de Psicoanálisis

de la Universidad de Antioquia. Miembro de la NEL de Medellín y de la AMP. Autor de diversas publicaciones. Correo: [hectorgallo1704@yahoo.com.mx](mailto:hectorgallo1704@yahoo.com.mx)

### **Gabriel Lombardi**

Doctor en Psicología y médico de la UBA. Psicoanalista. Miembro fundador de la Escuela Internacional de los Foros del Campo Lacaniano. Autor de más de treinta libros. Docente de doctorado e integrante de las comisiones de posdoctorado, Doctorado en Psicología y de la Maestría en Psicoanálisis de la UBA. Director de becarios UBACyT, CONICET, UBA y UNLP, y de doctorandos y maestrandos de la UBA y otras universidades. Docente invitado, asesor y evaluador en universidades e instituciones asistenciales de Argentina, Australia, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, España, EE. UU., Francia, Inglaterra, Italia, Líbano, México y Nueva Zelanda. Correo: [gabrielombardi@gmail.com](mailto:gabrielombardi@gmail.com)

### **Daniel Felipe Gómez León**

Doctor en Psicología y magíster en Psicoanálisis de la UBA. Psicólogo de la Universidad del Valle. Miembro adscrito al Grupo de Investigación Cultura y Desarrollo Humano del Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad del Valle; línea de investigación: investigación teórica en psicoanálisis. Director Clínico en Pilsen Wellness Center. Correos: [ps.felipegomez@gmail.com](mailto:ps.felipegomez@gmail.com) / [daniel.gomez.leon@correounivalle.edu.co](mailto:daniel.gomez.leon@correounivalle.edu.co)









Este es un libro necesario. Desde sus primeras páginas nos confronta con cuestiones ineludibles para cualquiera que vuelque su interés hacia la práctica del psicoanálisis. Cada capítulo reconduce nuestra mirada a ciertos elementos imprescindibles en el ir y venir de la práctica clínica en instituciones y en torno a temas socialmente relevantes. Uno de los principales méritos de los autores de esta compilación radica en integrar una veta clínica que sirve como coordinada reflexiva para el lector. En algunos casos, esto se observa en viñetas clínicas; en otros es evidente por abordar conceptos fundamentalmente clínicos en el sondeo de síntomas contemporáneos relacionados con elementos sociales actuales. En esencia, en estas páginas resuena la experiencia de los autores que hace eco mediante nociones que conviene tener presentes al aplicar técnicas del psicoanálisis en esquemas institucionales o al afrontar asuntos sociales vinculados a la violencia y al abuso sexual a mujeres y menores.

VIGILADA MINEDUCACIÓN



editorialbonaventuriana



@EditBonaventuri



EditorialBonaventuriana



editorial-bonaventuriana



editorialbonaventuriana