

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

**PSICOANÁLISIS Y CLÍNICA DE LA URGENCIA:
*APROXIMACIONES FREUDIANAS EN TORNO A LA ATENCIÓN DE
URGENCIA Y EMERGENCIA EN HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA EN
CHILE***

Estudiante	: Lorena Osorio Clavijos
Profesora Guía	: Daniella Mirone
Metodólogo	: Francisco Kamann

Santiago, Abril 2011

AGRADECIMIENTOS

Como se señala en la introducción de esta tesis, la investigación llevada a cabo ha sido posible, en primer lugar, al trabajo que desarrollé en el Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Alejandro del Río (porta central). Es en las salas de atención de las unidades de urgencia y de emergencia, entre el dolor físico y el malestar y urgencia subjetiva de cientos de sujetos-pacientes, que comenzaron a hilarse las ideas, reflexiones, las preguntas y también las quejas que se han esforzado por tomar forma y sentido a fin de contribuir, en el mejor de los casos, a este maravilloso oficio que es el de la escucha psicoanalítica.

Entregar este trabajo hoy es, inevitable y felizmente, gracias a la presencia de otros en mi trayecto y en mi proyecto de vida. Es por esto que quisiera agradecer el invaluable aporte de las personas que me han acompañado en tal empresa.

A mi familia: A Gustavo, por sus infinitas orientaciones, discusiones e interpelaciones, por su amor y compromiso. A mis hijos Nicolás y Benjamín, pues son ellos quienes inyectan la energía para seguir construyendo nuevos caminos y por dar aire fresco a mi vida.

A mi profesora guía, Daniella Mirone, quien apoyó no solo la investigación sino que entrelazó mi búsqueda teórica con mi trabajo práctico. Por su siempre buena disposición y gentilezas.

A la psicoanalista, señora María Inés Sotelo, por su ayuda desinteresada, por su solidaridad y por sus aportes bibliográficos, por la invitación que me hiciera para exponer mi trabajo en las V Jornadas de las Cátedras Clínica de la Urgencia y Psicopatología en la Universidad de Buenos Aires

Al psicoanalista, señor Julio Moscón, por sus reflexiones y nitidez intelectual que sin duda, han marcado un antes y un después en el desarrollo de este trabajo, por el tiempo que dedicó a dar respuesta clara a mis inquietudes, por su rigurosidad.

A cada uno de los pacientes del Hospital de Urgencia: a los Juanes, a las Margaritas, a los Franciscos, a las Marías Isabel, a las Verónicas, a los Sergios, pues son ellos quienes han puesto en causa mi deseo de escucharlos clínicamente.

RESUMEN

Las preocupaciones *teóricas* de la presente investigación de pre-grado se circunscriben, a partir de un pensamiento psicoanalítico de raigambre freudiana, en torno a la relación entre las nociones de hospital, clínica y aparato psíquico. El camino recorrido para avanzar hacia tal articulación está compuesto por dos grandes momentos de la investigación: el primero dice relación con la problematización indirecta de lo que fuera la práctica profesional de la autora en la Unidad de Psicología de Enlace del Hospital de Urgencia y Asistencia Pública “Dr. Alejandro del Río”. En el hospital, debido al interés de la autora por el psicoanálisis, se orientó –bajo supervisión clínica– la práctica profesional de ésta hacia una tendenciosa, fáctica y poco argumentada relación entre psicoanálisis e *intervención en crisis*. En virtud de las posibilidades que ofrece una tesis de pregrado, la autora orientó, en un segundo momento, sus esfuerzos a la argumentación epistémica entre *Discurso* psicoanalítico y *dispositivo* hospitalario. Sin embargo, a poco andar se dio como inevitable rechazar la *intervención en crisis* como una bisagra coherente en torno a la relación hospital, clínica y aparato psíquico. A partir de esta incompatibilidad y de una apertura hacia experiencias extranjeras (de las cuales no se habla en esta tesis) se visualizó la *clínica de la urgencia subjetiva* como aquella bisagra necesaria. De modo resumido, entonces, la primera parte de esta tesis problematiza el estatuto clínico de la *intervención en crisis* y su (im)probable lazo con el psicoanálisis, evidenciando a partir de una imposibilidad teórica las diferencias clínicas fundamentales entre un esquema de contención e inhibición de síntomas (intervención en crisis) y un *pensamiento en marcha* que libera el sufrimiento psíquico hacia su manifestación. La segunda parte, a juicio de la autora, se inicia con el marco teórico. En él ya se observa una *disposición* abiertamente psicoanalítica alrededor de la *clínica de la urgencia subjetiva*, razón por la cual se presentan las nociones, a juicio de la misma, fundamentales para defender una apuesta freudiana en torno a ella. La metapsicología freudiana rápidamente ocupa un lugar central en esta argumentación, destacándose por su carácter fundante del psicoanálisis así como por su orientación abierta a la relación entre la realidad suprasensible y lo endopsíquico. Enseguida otras

nociones tales como: inconsciente, aparato psíquico, represión, trauma, conflicto psíquico, pulsión, angustia, displacer, compulsión a la repetición, transferencia, fantasías, entre otras, preparan el esquema de una reflexión cartográfica (en términos deleuzeanos) hacia los intersticios de la clínica y la arquitectura del hospital (pensada ésta como aparato psíquico). A partir de la articulación de estas nociones se facilita un argumento freudiano conceptualmente sincrético en torno a la necesidad de abrir el hospital a una clínica que no siga acrecentando la deuda hospitalaria con la urgencia subjetiva.

“Acaso por volver a abrir algunas ventanas a la plena luz del pensamiento de Freud, esta exposición aliviará en algunos la angustia que engendra una acción simbólica cuando se pierde en su opacidad. Sea como sea, al evocar las circunstancias de este discurso no pensamos en absoluto en excusar sus insuficiencias demasiado evidentes por el apresuramiento que de ellas recibió, puesto que es por el mismo apresuramiento que toma su forma.

A más de que hemos demostrado, en un sofisma ejemplar del tiempo intersubjetivo, la función del apresuramiento en la precipitación lógica donde la verdad encuentra su condición irrebasable.

Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra. Pero nada también que no se haga en ella contingente, cuando viene su momento para el hombre. Donde puede identificar en una sola razón el partido que escoge y el desorden que denuncia, para comprender su coherencia en lo real y adelantarse por su certidumbre respecto de la acción que los pone en equilibrio”.

Jacques Lacan, Función y campo de la palabra

INDICE

1. INTRODUCCION	P. 8
1.1.Planteamiento del problema: Antecedentes	P. 11
1.1.2. De los orígenes de la Intervención en Crisis	P. 12
1.1.3. El trabajo de Intervención en Crisis en Latinoamérica y el Caribe	P. 17
1.1.4. La Intervención en Crisis en Chile	P. 21
1.2.Formulación del problema y pregunta de investigación	P. 24
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	P. 31
2.1. Objetivo general	P. 31
2.2. Objetivos específicos	P. 31
3. HIPOTESIS	P. 31
4. MARCO METODOLOGICO	P. 32
4.1.Ejes temáticos	P. 33
4.1.1. Hospital, clínica y psicoanálisis	P. 33
4.1.2. Represión, trauma y conflicto psíquico	P. 34
4.1.3. Transferencia, técnica y tratamiento analítico	P. 35
4.2.Fuentes	P. 36
4.3.Operaciones de análisis	P. 36
5. MARCO TEÓRICO	P. 38
5.1. Hospital, clínica y psicoanálisis	P. 38
5.1.1. Foucault y la arquitectura médico-hospitalaria	P. 39
5.1.2. El orden del discurso en el hospital público	P. 44
5.1.3. El ojo del hospital: saber médico y clínica de la mirada	P. 48
5.1.4. El reverso de la clínica, o la orejas del hospital	P. 53
5.1.5. Clínica y metapsicología	P. 56
5.1.6. Saber del síntoma y psicoanálisis	P. 59
5.1.7. Psicoanálisis, inconsciente y aparato psíquico	P. 63
5.2. Represión, trauma y conflicto psíquico	P. 68
5.2.1. Pulsión y represión	P. 68

5.2.2. Traumatismo y conflicto psíquico	P. 78
5.2.3. Angustia, compulsión a la repetición y displacer	P. 87
5.2.4. Psicopatología y angustia	P. 95
5.3. Transferencia, técnica y tratamiento analítico	P. 98
5.3.1. Fantasmas y fantasías	P. 99
5.3.2. Transferencia del deseo inconsciente y técnica psicoanalítica	P. 104
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	P. 114
6.1. Metapsicología, clínica y hospital	P. 116
6.2. Transferencia y cartografía: el aparato psíquico en el hospital	P. 124
6.3. Trauma, urgencia y técnica: intersticios subjetivos de la clínica	P. 128
6.4. El laberinto retroactivo de lo múltiple: <i>Crisis y decisión</i>	P. 132
7. CONCLUSIONES	P. 136
7.1. Especificidad de la clínica de la urgencia subjetiva	P. 140
7.2. Analista, transferencia y enigma del malestar	P. 142
8. BIBLIOGRAFÍA	P. 145

1. INTRODUCCIÓN

Inicialmente, el título genérico que se propuso para esta tesis fue “*Intervención en crisis y psicoanálisis*”. Bajo este título se deseaba circunscribir preliminarmente lo que vendría a ser la presente investigación a lo que había sido el trabajo clínico que esta estudiante, en el transcurso del año 2009, realizara en el *Hospital de Urgencia y Asistencia Pública “Alejandro del Río”* (HUAP en adelante). Sin embargo, al ir finalizando el trabajo de investigación requerido para la escritura de esta tesis, se impuso con fuerza la necesidad de modificar su título original por el de “*Psicoanálisis y clínica de la urgencia*”. Con ello también se procedió a *releva*r el subtítulo de la presente: de “aproximaciones para un pensamiento psicoanalítico del trabajo en crisis para la atención de urgencia y emergencia en hospitales de salud pública” se pasó al de “aproximaciones freudianas en torno a la atención de urgencia y emergencia para hospitales de salud pública en Chile”. La *anulación retroactiva* a la que se ha sometido el título, y las razones por las que se expondrá aquí este proceso, no serían en absoluto inconscientes, al menos no ahora.

En primer lugar, en calidad de estudiante de psicología, se ha asumido la responsabilidad de adherir a un enfoque o perspectiva teórica, siendo cautivada rápidamente por el pensamiento psicoanalítico de S. Freud. Ya con anterioridad, en calidad de ciudadana, la autora de esta tesis, sentía un profundo compromiso con la realidad social y el sufrimiento de los más desposeídos, razón por la que, en segundo lugar, adhirió a la hoy tan vilipendiada noción de servicio público. La cuestión era entonces cómo conjugar psicoanálisis y servicio público. Cosa difícil, especialmente cuando se tiene en cuenta que en las instituciones chilenas de salud pública aún reina altisonante el modelo cognitivo-conductual. Si bien la psicoterapia sistémica, el humanismo transpersonal y, en menor medida, el postracionalismo habrían en los últimos años ganado terreno en los espacios de salud, lo cierto para el psicoanálisis, es que todavía sería resistido como una peste. Asimismo, habría que confesar que, bajo estas circunstancias, los psicoanalistas han preferido, al menos en términos generales,

refugiarse en las delimitaciones y comodidades de la clínica privada. Y a pesar de estas circunstancias, o bien lejos de querer analizarlas detenidamente, se ha asumido, en tercer lugar, el deseo de conjugar estos compromisos. Para resumir un poco las cosas, fue en virtud de estas coordenadas que se gestionó, a través de la Escuela de Psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, la práctica profesional en la Unidad de Psicología de Enlace del HUAP. Ahí, en calidad de psicóloga en formación, la estudiante tuvo oportunidad de desplegar un trabajo clínico tanto en la Unidad de Emergencia y Urgencia del HUAP como en las unidades de Quemados, Medicina y Traumatología. A su vez, de forma paralela, participó como psicóloga clínica en la Unidad de Cuidado Intensivos (UCI), teniendo entre sus funciones la de apoyar el proceso de tramitación de órganos así como facilitar el trabajo de elaboración de duelo en familiares de pacientes críticos.

Al trabajo que desde la Unidad de Psicología de Enlace se desarrollaba, se le conocía en el hospital bajo el nombre de *intervención en crisis*. Sin embargo, con prontitud la practicante observó que su modo de trabajar -supervisado y guiado por el profesor y psicoanalista Juan José Soca- no coincidía ni en lo axiológico ni en lo técnico con lo realizado por los colegas de la unidad. Para ellos, a modo de resumen, a la *intervención en crisis* le correspondía contener los síntomas y facilitar una relación empática con los pacientes. Desde las lecciones más básicas del psicoanálisis, la psicóloga en práctica vivenció la *intervención en crisis* al modo de una oportunidad para ofrecer, más allá de las dolencias orgánicas pero a través de sus condensaciones somáticas, una escucha del sufrimiento psíquico. En esa época de trabajo frenético, en el sentido de un quehacer ético sin freno, donde las demandas institucionales y la despreocupación –propia del hospital y la mirada médica- por el padecer psíquico de los pacientes extendían la jornada de trabajo de 9 a 12 horas, nada sabía, la autora, al menos conscientemente, de la *clínica de la urgencia subjetiva*. Quizás, y sólo quizás, puede que la intuía. Sin embargo, ha sido al finalizar esta investigación, tras largos rodeos en busca de material teórico en torno a la relación *intervención en crisis* y *psicoanálisis* que se ha presentado como tal la *clínica de la urgencia*.

Entre la *intervención en crisis* y la *clínica de la urgencia* existiría teórica, clínica y éticamente una descomunal distancia. En consecuencia, la incompatibilidad entre estos discursos daría cuenta de dos posiciones irreconciliables, las cuales podrían resumirse, al menos tentativamente, del siguiente modo: por su parte, la *intervención en crisis* participaría del paradigma médico al constituir una herramienta de contención ante los efectos psíquicos de un malestar orgánico, o bien ante los desbordes subjetivos de un sufrimiento, en rigor, intratable por el paradigma biológico que sostiene a la medicina moderna. Para la intervención en crisis, en términos generales, el síntoma desplegado por los pacientes sería la enfermedad en sí misma y su función principal sería hacerlos desaparecer. En cambio, desde su fundamento psicoanalítico, la *clínica de la urgencia* -como señala Inés Sotelo- sería la de “proponer la pausa, instalar un tiempo de comprender, como tiempo lógico, en el que pueda alojarse la subjetividad” (Sotelo, I., 2011, entrevista). Mientras la intervención en crisis participaría de la lógica médica, la clínica de la urgencia “requiere de estar en los márgenes, en la extraterritorialidad sin por ello estar fuera de la escena hospitalaria. Estar allí, sabiendo que la medicina no es su territorio. Interrogar, implicar, comprometer al paciente con eso que siente como ajeno” (Sotelo, I., 2011, entrevista). Si bien estas diferencias han marcado el recorrido de este trabajo de tesis, habría que recalcar que la producción y fundamentación del problema de investigación gira, principal y casi exclusivamente, en torno a la *intervención en crisis* y su posible relación con el *psicoanálisis*. Se ha de entender dicha situación debido, primero, a la casi completa ausencia en Chile de psicoanalistas en los espacios de urgencia y emergencia de los hospitales generales;¹ segundo, producto de tal ausencia, se habría masificado hegemonícamente la *intervención en crisis* como modelo psicoterapéutico y; tercero, con el objeto de favorecer una discusión teórica a favor de la *clínica de la urgencia* se ha considerado necesario situar, en primera instancia, a la intervención en crisis como parte de un problema de

¹ Cabe destacar que más allá de la urgencia y la emergencia, si existirían psicoanalistas en estos hospitales, sin embargo, estos estarían concentrados en los departamentos o unidades de Salud Mental. La presente tesis apuesta, y habrá de justificar teóricamente, la presencia del psicoanálisis en las unidades de urgencia y emergencia, es decir, en lo que en Chile se conoce como las *Postas*.

estrategia clínica y epistemológica en torno al modo en que se enfrentan, desde la urgencia y emergencia, las manifestaciones metapsicológicas del malestar subjetivo.

En virtud de lo señalado, a continuación se presenta un breve recorrido histórico de lo que sería teóricamente la *intervención en crisis*, cómo se ha expresado y/o desplegado en Latinoamérica y el Caribe y cuáles serían sus particularidades en Chile. Una vez expuesto este recorrido se dará paso a la formulación del problema de investigación propiamente tal, con el objeto de, posteriormente, desembocar en los objetivos y todo cuanto sea relativo al desarrollo metodológico y teórico de esta tesis. Es necesario advertir que se ha obviado dar cuenta, al menos pormenorizadamente, de lo que serían los supuesto teóricos de *clínica de la urgencia subjetiva* en lo que sería el proyecto de investigación (primera parte de esta tesis), puesto que se le ha reservado un lugar primordial en la segunda parte de este documento, a saber, en el análisis y/o desarrollo y en las conclusiones de esta investigación. Semejante decisión se argumenta a favor de unas conclusiones en las que se destacará la relación intrínseca entre clínica y una época de “urgencia signada por la abrupta ruptura del sentido” (Sotelo, I., 2011, entrevista).

1.1. Antecedentes

Se ha señalado y destacado la existencia de dos ejes teóricos que atraviesan este trabajo de investigación. El primero determinado por fuerza del contexto, el segundo en consonancia con una apuesta y un compromiso teórico. Se ha dispuesto significar, en la primera fase de esta tesis, la noción de *intervención en crisis* en relación a sus decursos históricos para, en la segunda fase, someterla a una circunscrita discusión en torno a la noción de *clínica de la urgencia*. Sin prejuicio de esta disposición, ello no ha de significar que a lo largo de la primera fase no se destaquen tensiones entre ambas nociones y sus respectivas consecuencias. Es más aún, gran parte de la problematización esta sostenida por dichas tensiones y diferencias. Cuestión, esta última, que, sin embargo, quedará acrecentada por la inexistencia en Chile de libros,

artículos científicos, documentos de trabajo signados bajo el nombre de *Clínica de la urgencia*². Así como la ausencia de escritos sobre la *clínica de la urgencia* en Chile habrá de marcar su presencia fantasmal en las siguientes páginas, habría que destacar que la existencia de material en torno a la *intervención en crisis* no sería mucho mayor y, peor aún, carecería de rigor argumental. En tal sentido, gran parte del material disponible, por una parte, carece de referencias bibliográficas y, por otra, los mismos documentos están firmados por distintas personas. Esto ha impedido utilizar dichos materiales como referencia autorizada. Ha sido por ello que, en lo relativo a la *intervención en crisis*, se ha decidido utilizar estrictamente aquel material publicado en libros especializados.

1.1.2. De los orígenes de la *Intervención en Crisis*

Históricamente, los orígenes de la *intervención en crisis* podrían establecerse alrededor de fines de 1942. Entre sus primeras fuentes, los expertos han considerado los estudios de Eric Linderman tras el incendio que afectó al Centro “Coconut Grove” de la ciudad de Boston en los Estados Unidos de Norteamérica (Caplan, G., 1964; Bellak, L. y Small, L., 1965; Parad, H. J., 1965; Jacobson, G. F., 1965 y Slaikeu, K., 1984). La magnitud del desastre provocado por dicho evento hizo colapsar el servicio de urgencia y emergencia del hospital de Massachusetts, teniendo el personal del hospital que apoyarse en el clero y otros asistentes comunitarios para enfrentar, no el dolor corporal, sino la crisis subjetiva que afectó a los sobrevivientes y de aquellos familiares de las víctimas fatales de este incendio. E. Linderman observó y sistematizó lo realizado por

² Una situación completamente distinta se daría, por ejemplo, en países como Argentina, Brasil y Francia. En Venezuela y México habrían exponentes que desde el psicoanálisis someten a riguroso examen a la *intervención en crisis* sin avanzar por ello un “modelo” propio. Respecto de la ausencia de textos en Chile en los que se incluya la denominación *clínica de la urgencia* se establece esta luego de revisar las distintas revistas indexadas en www.scielo.cl y aquellas que estarían indexadas en Latindex catálogo. Para una revisión internacional en castellano del término se ha consultado principalmente <http://dialnet.unirioja.es/> y www.jstor.org. Respecto de textos en francés se ha consultado www.cairn.info. Cabe destacar que gran parte de la información en torno a la noción de *clínica de la urgencia* me ha sido facilitada directamente por la profesora y psicoanalista Inés Sotelo, profesora titular de la cátedra “Clínica de la urgencia” de la Universidad de Buenos Aires.

estos agentes extra-hospitalarios, especialmente en lo que estaba referido a la *contención emocional* de las víctimas y sus familias. Posteriormente, Linderman se percató que dicha *intervención* había permitido prevenir futuras dificultades psicológicas en las víctimas y sus familiares. Fue a partir de esta experiencia que se creó, en 1948, el primer Centro Comunitario de Salud –en EE.UU- que fue bautizado bajo el nombre de “*Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley*”. El principal de sus objetivos era el de facilitar a la población un tipo de *terapia breve* en el contexto de una mirada *psiquiátrica preventiva*. Esta *Terapia Breve* suponía, en términos de gestión y administración, favorecer la atención de una mayor cantidad de casos en el menor tiempo posible. Imposibilidad de la pausa o de la instalación del tiempo de comprender. La estrategia giraba en torno a la contención de las crisis subjetivas que afectaban a un sujeto/paciente sin por ello generar *efectos terapéuticos rápidos*. La contención de los síntomas, en tal sentido, implicaba la producción de un aplanamiento subjetivo. Bajo el alero de estas características sería que la intervención en crisis sería heredera de la *terapia breve* y la *psiquiatría preventiva*. En esta dirección, el objetivo fundamental de la *intervención en crisis*, al abordar las crisis del individuo (intentos suicidas, ataques de pánico, muerte de un familiar, adicciones, automutilación, entre otros fenómenos), ha sido, desde entonces, la de interrumpir el efecto trascendental de las crisis en relación a un posible desarrollo psicopatológico como consecuencia de ellas. Sin embargo, con el psicoanálisis, para ir tensionando y configurando desde ya la cuestión central de esta tesis, se sabe que toda interrupción (inhibición, represión, negación, denegación, etc.) no impide el retorno de los retoños inconscientes reprimidos. Ya sea bajo la forma de síntomas, lapsus o bien como enfermedades psicosomáticas, siempre hay retorno de lo reprimido. Ahora bien, la *intervención en crisis* se habría construido histórica y teóricamente como una disposición meramente descriptiva y más orientada a los tiempos de las instituciones hospitalarias que a los tiempos del malestar de los pacientes.

Los psiquiatras norteamericanos Leopold Bellak y Leonard Small publican, en 1965, lo que actualmente es considerado como el primer trabajo epistemológicamente fundado

de la *intervención en crisis*. Bajo el título de *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, estos psiquiatras documentan, sistematizan y transmiten lo que fuera su experiencia entre los años 1958 y 1964 en el *Psychiatric Department* del City Hospital, Elmhurst, Queens, New York. A partir de este trabajo, estos autores comienzan a definir y diferenciar lo que hoy se conoce como *psicoterapia de emergencia* y *psicoterapia breve*.³ Un año antes, en 1964, el psiquiatra Gerald Caplan, también norteamericano, había publicado su libro *Principles of preventive psychiatry* en el que abordaba las nociones de *crisis* e *intervención en crisis*. En 1965, casi de forma paralela con el libro de Bellak y Small se publican *Short-Term Psychotherapy* de L. R. Wolberg y, editado por H. J. Parad, *Crisis Intervention: Selected Readings*. En este conjunto de primeras obras, las nociones de *crisis* e *intervención en crisis* son propuestas como nociones fundamentales aun cuando teóricamente su tratamiento sea tan solo descriptivo (Bleichmar, S. et. al, 2005). Más allá de los significados que estas nociones puedan tener en estas obras, lo que aquí interesa es destacar que la intervención en crisis tendría como una de sus primeras fuentes de inspiración a la psiquiatría estadounidense. Dato, por cierto, que no carece de relevancia teórica, especialmente cuando se considera el sesgo *pragmático-instrumentalista* a partir del cual, en psicología, la verdad se reduce a lo útil⁴. Sin embargo, no es hasta 1984 con el libro *Intervención en Crisis* de K. Slaikeu que se propone un “modelo amplio” de la intervención en crisis.

Ahora bien, la propuesta de Slaikeu no avanza mucho más, en lo teórico, que las propuestas de Wolberg y Parad. De igual forma que sus antecesores, Slaikeu tan sólo define descriptivamente las nociones de *crisis* e *intervención en crisis*. No obstante, desde una lógica científica, guiada por el pragmatismo, la descripción específica de la noción de crisis, en el texto de Slaikeu, se establece al modo de una *categoría*

³ La noción de *psicoterapia de emergencia* sería, propiamente tal, de cuño cognitivo-conductual en tanto que *psicoterapia breve* sería el nombre que se le daría a la *intervención en crisis* desde las particularidades del enfoque sistémico.

⁴ En este sentido, cabe destacar que la psicología norteamericana surge bajo la influencia del filósofo William James con la obra “Principios de psicología” de 1890. W. James fue uno de los principales difusores del pragmatismo norteamericano (Perry, B., 1973; Rodríguez, M., 1990).

operativa que habrá de marcar las formas de pensar la intervención, especialmente en contextos hospitalarios. Se destaca con ello, en efecto, que el modelo de *intervención en crisis* es una respuesta ante las necesidades de la *Salud Pública* por abordar los problemas crecientes de Salud Mental de la población. En virtud de estas necesidades el presidente estadounidense J. F. Kennedy habría aprobado el Plan de Salud Mental para la Comunidad, facilitando así el desarrollo y extensión de la *psicoterapia breve y de emergencia* con el objeto de brindar una respuesta rápida y eficaz para los problemas emocionales de la población. Ahora bien, si lo verdadero es lo útil, no sería menos cierto señalar que este tipo de psicoterapia habría representado una alternativa de ahorro para las instituciones de salud en relación a los gastos de hospitalización. Con la *intervención en crisis*, organizada como un modelo de *psicoterapia breve y/o de emergencia*, se habría buscado reducir los gastos hospitalarios. La tesis barajada por los hospitales, en este sentido, fue que al aplicarse tratamientos psicológicos abreviados se reducían significativamente los riesgos de dependencia que se originaban con terapias a largo plazo, asimismo, se pensaba que estos tratamientos, al generar algún alivio ante un disturbio emocional agudo, podían prevenir la aparición crónica de estos disturbios. Nada hasta el día de hoy confirmaría realmente esta hipótesis. Aún más, el pensamiento, la reflexión y la investigación psicoanalítica tendería a demostrar lo inexacto de aquella tesis hospitalaria: las psicoterapias en general, sean estas breves o de largo aliento, suelen insistir con cierta ingenuidad en la toma de consciencia, sin embargo, con ello olvidan el concepto y la necesidad de trabajo que implica dejar algo del pasado efectivamente en el pasado. De este modo, se suele recubrir lo inconsciente a favor de sus resistencias. El problema de la efectividad del tratamiento, más allá de los marcos teóricos no debiera, no obstante, reducirse al aplacamiento de los síntomas, puesto que es ya un hecho probado que estos tendrían cierta capacidad metamórfica.

A partir de la premisa de los disturbios emocionales, la *intervención en crisis*, a través de sus variantes, habría definido la noción de *crisis* no a partir de criterios clínicos sino a partir de su invariabilidad formal. De este modo, una crisis estaría constituida por tres etapas regulares y universales: *fase de impacto*, *fase de tensión* y, finalmente, *fase de*

resolución (Caplan, G., 1964). A partir de estas etapas, Slaikeu habría diferenciado *intervenciones de primer y segundo orden*⁵ (Slaikeu, K., 1984). La ayuda o asistencia psicológica que se le daría de forma inmediata a una persona que se ha visto envuelta en una situación traumatizante correspondería a las intervenciones de primer orden, mientras las de segundo orden se organizarían como un conjunto de acciones terapéuticas dispuestas para responder eficazmente ante diversos “traumas psíquicos”⁶. Atendiendo a las disposiciones hospitalarias, las intervenciones de segundo orden se establecieron como modelos de *psicoterapia breve intensiva* y de *urgencia* que, precisamente por ello, se orientarían a la selección de los principales síntomas que, estando a la vista, perturban el supuesto equilibrio emocional de un sujeto cualquiera. En tal dirección, el objetivo de la *intervención en crisis* ha sido y es facilitar, en el sujeto, el retorno del organismo a un estado anterior de tranquilidad y equilibrio (nivel pre-mórbido u homeostático). Esta última fórmula sería intrínsecamente incompatible con cualquier planteamiento psicoanalítico, esto en razón de que Freud habría presentado desde un inicio y de cabo a cabo el esquema del aparato psíquico como aquello que rompe con el principio de la homeostasis. Es decir, el conflicto psíquico hace parte, desde siempre, de una disputa que impide la serenidad de las pulsiones. Cuando un sujeto parece estar en cierto equilibrio en realidad estaría gobernado por fuerzas ingobernables que, en su disputa, producen un aparente tranquilidad. Sin embargo, una vez que este equilibrio fracasa en su relación con el lazo social, con el afuera del cuerpo, se produciría un quiebre o ruptura en la disputa, quedando pues favorecida una fuerza por sobre otra –placer o displacer; eros o thanatos, por ejemplo.

⁵ Es la *intervención de primer orden* la que se llevaría a cabo en un box de urgencia y de emergencia de atención primaria y secundaria en la red de salud pública en Chile (Cosam, Cesfam, C.R.S., Hospital de especialidades y hospital de urgencias, postas y consultorios, por mencionar los más importantes). Esto, en el caso de que exista el recurso humano que lo permita, pues cabe señalar que hasta el momento, ni psiquiatras ni psicólogos estarían presentes en todos los establecimientos mencionados. La ausencia de psicólogos y/o psiquiatras en este tipo de centros sería uno de los temas pendientes por parte de la reforma de salud puesta en marcha por el gobierno de Ricardo Lagos Escobar (2000-2006). La situación empeora si se hace referencia a consultorios y postas rurales. Al respecto ver documentos oficiales del MINSAL.

⁶ Habría que destacar que la noción de *trauma psíquico* planteada por Freud, por ejemplo, sería desarrollada por este a lo largo de su obra, adquiriendo por ello diferencias de énfasis. Sin embargo, para el buen desarrollo de esta tesis se desarrollará, en el marco teórico, esta y otras nociones fundamentales para el psicoanálisis freudiano.

A esto se le ha denominado desde el psicoanálisis, principalmente, de raigambre lacaniano *urgencia subjetiva*.

La *intervención en crisis*, a diferencia de la *clínica de la urgencia*, buscaría la homeostasis a través de un restablecimiento de las funciones yoicas del sujeto, mientras esta última, lejos de toda generalización categorial y más que restablecer el orden, tendría por horizonte permitir al paciente irse “con alguna idea de su responsabilidad subjetiva” (Sotelo, I., 2011, entrevista). En síntesis, entre sus funciones estaría la de *interpelar* al individuo para que pueda al menos vislumbrarse como sujeto. Oponer directamente estas formas de enfrentar el sufrimiento psíquico pareciera no ser sino una empresa ideática. Sin embargo, cuando la época actual se define a sí misma como un campo de *inseguridad indeterminable e incalculable* sería metapsicológicamente ético preguntarse por los modos de trabajar en torno al orden de las crisis. Esto implica, en términos generales, preguntarse -en esta fase de la investigación- por las resonancias del trabajo de intervención en crisis en nuestro continente para, posteriormente, en el análisis y/o desarrollo de esta tesis abordar las particularidades de la clínica de la urgencia desde una perspectiva freudiana.⁷

1.1.3. *El trabajo de Intervención en Crisis en Latinoamérica y el Caribe*

En América Latina y el Caribe lo que se conoce bajo el nombre *intervención en crisis* estaría centrado, principal y fundamentalmente, en torno a la contención emocional de las multitudes en tiempos de desastres naturales de diversa índole (terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, etc.), o bien ante eventos de carácter catastróficos como incendios y/o ataques terroristas. En consecuencia, la *intervención en crisis* constituiría un dispositivo de intervención ante fenómenos cuya fuerza azotaría a gran

⁷ Vale destacar que la *clínica de la urgencia subjetiva* hace parte de un programa de investigación y de un conjunto de experiencias clínicas que se sostienen sobre la plataforma discursiva de Jacques Lacan así como en Jacques Alain-Miller y Eric Laurent. En Argentina se destaca el trabajo de Julio Moscón, Inés Sotelo, Guillermo Belaga y la cátedra de Clínica de la urgencia subjetiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

parte de la población en su conjunto, descartándose por ello aquellos fenómenos, que si bien masivos, afectan de forma discontinua al sujeto en su singularidad. El caso de los efectos de la marginalidad, por citar un ejemplo, sería uno de estos fenómenos excluidos del repertorio de la *intervención en crisis*, no así, cabe destacar, de la *clínica de la urgencia subjetiva*. Ocurre, entonces, que la *intervención en crisis* no reconocería, metapsicológicamente, el quiebre de la homeostasis del sujeto respecto del fuera de su afuera sino sólo destacaría el carácter orgánico de una crisis, esto es, el síntoma. De este modo, las nociones de *conflicto* y *trauma psíquico* quedarían absolutamente excluidas del repertorio de la *intervención en crisis*.

Ahora bien, respecto del tipo de abordaje en el trabajo ante desastres naturales y los ocasionados por el ser humano, habría que destacar que hasta principio de la década de los setenta, las labores de ayuda eran de carácter asistencial y netamente comunitario. Pues, así como en los orígenes de la intervención en crisis en los EEUU, sería la iglesia y las organizaciones de la población civil quienes acuden, en los países latinoamericanos y del Caribe, a dar los primeros auxilios a las víctimas de desastres, siempre atendiendo a dar solución a las necesidades básicas de las víctimas (recuperación de los heridos, alimentación y techo)⁸. Es así que, “durante la década de los setenta y hasta 1985 (cuando ocurren los desastres de México y Armero), el tema de la salud mental era poco reconocido y carente de importancia en situaciones de desastres. No existían prácticamente estrategias de intervención en esta área. Sin embargo, progresivamente, resultaba evidente el cuestionamiento a los marcos teóricos y metodológicos tradicionales en el abordaje de los problemas de salud mental” (O.P.S., 2006). A partir de estas experiencias se habrían identificado, en algunos países

⁸ Véase por ejemplo lo sucedido los días posteriores al terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. Como dato, y sólo como eso, habría que indicar que una vez acontecido la tragedia fueron los voluntariados de la iglesia y de las universidades quienes rápidamente acudieron en ayuda de los damnificados. En el caso del gremio de la salud mental, habría que destacar que fueron profesionales, independientes o agrupados, quienes acudieron a las zonas más afectadas a improvisar –de buena fe– modos de *intervención en crisis* bajo la denominación de *intervención en Emergencia y Desastres*. Esto, por ejemplo, quedaría constatado en su permanente referencia a la necesidad de *contener el dolor y sufrimiento de las víctimas*. En tal sentido, un vistazo rápido a la RAE, permite observar que la idea de contener implica reprimir, sujetar o moderar un movimiento, un impulso o una pasión. Es decir, la contención es un modo de censurar el sufrimiento del otro.

de Latinoamérica y el Caribe, problemas comunes en el ámbito de la salud mental. Entre estos la O.P.S (2006) destacaría:

- Ausencia, en muchas ocasiones, de un programa nacional de salud mental; el tema de la *intervención en crisis* –en términos genéricos- no estaría incluido en los planes de salud en situaciones de emergencia.
- Dificultades de la población afectada para acceder a una atención especializada, ya que la misma está concentrada en los hospitales psiquiátricos.
- Pobre preparación de los trabajadores de atención primaria en salud, para el abordaje de los efectos psicosociales de los desastres (habría que agregar de los efectos psíquicos de la exclusión en el lazo social).
- Dificultades de coordinación entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias.

De acuerdo con la bibliografía revisada (y citada) hasta aquí, sería posible destacar un desplazamiento topológico de lo que sería el paradigma de la *intervención en crisis*: primero, de un trabajo asistencial organizado desde la sociedad civil y religiosa se pasó a la institucionalización de la *intervención en crisis*; segundo, de un planteamiento comunitario se pasó a una organización clínica del trabajo; tercero, de un planteamiento orgánico con la psiquiatría se habría pasado a un planteamiento psicosomático; cuarto, además de los desastres naturales o provocados por el hombre se habría dado cabida a las crisis intra-psíquicas. Ahora bien, todo esto no significaría que la *intervención en crisis*, tanto en su génesis como en su despliegue, pueda entender que todo aquello que, hoy en día, escapa a la programación devenga trauma (Laurent, E., 2009, p. 13). En este sentido, la *intervención en crisis* suele comprender la noción de *trauma* simple y llanamente como aquella situación que genera o provocaría un disturbio en la homeostasis del sujeto. No obstante, desde una aproximación psicoanalítica el *trauma* estaría siempre vinculado a un *conflicto psíquico* que, en función de un evento indomeñable, quedaría reeditado. En tal dirección, sería necesario destacar que el estatuto de lo traumático, al menos en

psicoanálisis, no podría concebirse desde la dimensión fenoménica de un evento, sino que este dependería de la fuerza de inscripción con que el evento ha de impactar a la subjetividad en su singularidad. De este modo, además, lo traumático escaparía del buen decir y se situaría más allá de los síntomas que lo denuncian.

A propósito del trauma y de su ampliación como fenómeno que afecta a la sociedad en su conjunto (Belaga, G., 2005), habría que subrayar que tanto la *intervención en crisis* como la *clínica de la urgencia* representan dos modos disimiles de trabajo en torno a la “urgencia generalizada”. La lectura por parte de las distintas variantes teóricas de la *intervención en crisis* sería, considerando los manuales estadísticos epidemiológicos (DSM-IV y CIE-10), que las crisis del individuo responderían a la lógica de un Trastorno de Estrés Pos-Traumático en las que el trauma quedaría reducido a un fundamento meramente biológico. Contener los efectos afectivos sería, en consecuencia, una táctica paralela y complementaria de la estrategia farmacológica (Belaga, G., 2005). En este preciso sentido, la *intervención en crisis* se presentaría como “una respuesta que apunta a la pura homogeneización de los sujetos” (Sotelo, I., 2011, entrevista). Desde una perspectiva psicoanalítica, por el contrario, no existiría homogeneización posible puesto que todo sujeto reaccionaría acorde a su singularidad ante lo traumático. En esta dirección, el psicoanálisis indicaría que no existirían tratamientos estándares, como se pretendería desde la *intervención en crisis*, para los efectos de un trauma. En consecuencia, las diferencias teóricas y técnicas, o en otros términos, las diferencias clínicas respecto de la práctica terapéutica implicarían, a su vez, evidentes diferencias entre la *intervención en crisis* y la *clínica de la urgencia* y sus *efectos terapéuticos rápidos*. De ahí que, en el caso de la lógica de la *intervención en crisis*, se “promueve la modificación o eventualmente la desaparición del síntoma” (D’Angelo, L., 2005, p. 37) a partir de la deducción de una *situación focal*. En tanto, la *clínica de la urgencia*, fundamentada freudianamente, supondría “un correlato entre urgencia y pulsión, donde aparece una urgencia aparece por su descarga, por ejemplo en el síntoma” (Sotelo, I., 2011, inédito). En síntesis, para Freud la urgencia se expresaría ahí donde la descarga de la pulsión es sometida a contra-investidura. Esto,

por supuesto, implicaría importantes diferencias técnicas con la *intervención en crisis*.⁹ Desde ésta, por ejemplo, se destacarían las siguientes disposiciones técnicas:

“el terapeuta ofrece evidencias no ambiguas de que *comprende* al paciente; evidencia también su *calidez*, es decir, que en sus gestos y tonos de voz la persona que está tratando no le es indiferente; debe ser *espontáneo* para crear un clima de libertad, creatividad y permisividad; debe tomar *la iniciativa* para desempeñar un papel activo a fin de estimular la tarea terapéutica; debe asumir un *rol docente* que enmarca la tarea definida *pedagógicamente* de la relación de trabajo terapéutico; debe *motivar* y clarificar los objetos terapéuticos, etc. En definitiva, para los autores, la estrategia terapéutica implícita de la demanda es la de *repetir-diferenciando para dejar de repetir*. (...) se requiere la *inclusión selectiva* de *rasgos personales* del terapeuta porque es parte de la técnica” (D’Angelo, L., 2005, p. 35).

Ahora bien, como señala D’Angelo, la diferencia entre *terapias breves*, como lo sería la *intervención en crisis*, y *psicoanálisis* no sería ni más ni menos que una cuestión de *transferencia e interpretación*. Este será uno de temas centrales que será analizado en esta tesis. Ahora bien, volviendo a la *intervención en crisis* y avanzando hacia el problema de investigación lo pertinente, por ahora, será considerar la realidad de la *intervención en crisis* en Chile.

1.1.4. La intervención en crisis en Chile

A principios del año 2000 se comenzó a implementar en Chile aquellos aspectos de la *reforma de la salud* que, de uno u otro modo, estarían directamente relacionados con el enfoque de *intervención en crisis*. En su enfoque estos aspectos implicaban la descentralización de la atención de especialidades médicas. A la base se suponía que

⁹ Estas diferencias serán tratadas en el análisis y/o desarrollo de esta tesis. Si aquí se han anunciado, ha sido con el objeto de preparar la problematización sobre la cual esta tesis, en parte, se sostiene.

con tal descentralización se podía disminuir el flujo de personas que tradicionalmente se atienden en los Hospitales y Servicios de Urgencia. Para ello era imperioso evitar que los policonsultantes acudieran a los grandes centros de urgencia y fueran derivados a los Centros de atención Primaria de sus respectivas comunas (COSAM, CESFAM, CDT, CRS, etc.). Los planes de mejoramiento de la Atención Primaria de Salud (APS) establecían, en sus diagnósticos, una presencia exacerbada de cuadros clínicos desencadenados producto de una crisis emocional de los consultantes. Sin embargo, estos diagnósticos no consideraron que las *urgencias subjetivas* se tramitarían, por lo general, a partir de manifestaciones somáticas. Un sufrimiento psíquico se incardina y expresa en un encadenamiento entre angustia y cuerpo. El cuerpo del consultante produce un cuadro somático con el objeto de encubrir los contenidos que desencadenan en él un sentimiento de angustia.

A pesar de las intenciones descentralizantes de la reforma, serían cada vez más los psicólogos llamados a ocupar un lugar clínico en Postas y Hospitales de Urgencia. Esto, por ejemplo, habría sido uno de los efectos de la implementación de un proyecto piloto en la Unidad de Urgencia y Emergencia del Hospital San José de atención psicológica para pacientes en crisis (Martínez, C., et al., 2004). Ya que las situaciones traumatizantes y las crisis subjetivas no serían controlables espacio-temporalmente y la necesidad de contar con profesionales de la salud mental capaces de *contener* a los pacientes con crisis agudas era y es cada vez más evidente, se habría dado paso, gradualmente, a implementar estrategias de intervención en crisis en los hospitales. Sin embargo, dicha implementación, con el tiempo, habría quedado reducida casi exclusivamente a las unidades de salud mental. Ahora bien, en aquellos hospitales donde se ha considerado la implementación de la intervención en crisis, esta tendría por objetivo, tal y como ha sido planteado –por ejemplo- en el HUAP, “favorecer una conducta adaptativa, restaurar el funcionamiento previo del consultante, devolviendo el control y la responsabilidad sobre sus propias decisiones” (HUAP, 2009). Esto implicaría, en términos generales, que las técnicas a utilizar por los psicólogos para hacer frente a los casos de crisis agudas estarían marcadas por un enfoque cognitivo

conductual. La intervención en crisis se plantea, en consecuencia, como un esfuerzo situado por producir un cambio en la conducta desadaptada de los pacientes. A pesar que discursivamente se señale la importancia de la *escucha atenta en el relato, la empatía y la comprensión del discurso del paciente* como elementos fundamentales para disminuir los niveles de ansiedad o angustia de los pacientes en crisis, sería del todo frecuente que ante el fracaso de estos procedimientos los profesionales de la salud mental administrasen sedantes vía oral o sublingual (lorazepam, diacepam, alprazolam), incluso en cuadros relativamente leves o moderados de agitación.¹⁰

Si bien es cierto que el trabajo de *intervención en crisis* estaría marcado por dificultades tanto arquitectónicas como temporales, especialmente en lo que se refiere a un espacio físico poco favorable para permitir el habla del paciente, la inmediatez en la atención, las demandas del paciente y su familia, los imperativos institucionales, no sería menos cierto que sería responsabilidad del profesional “psi” favorecer una *pausa* ahí donde la enfermedad, la angustia y/o la crisis se desencadena como un intento de curación. No obstante, entre los problemas que se ciñen sobre la *intervención en crisis* habría que señalar, como uno de los más importantes, su tendencia a desplazar al sujeto en función de criterios diagnósticos, especialmente dictaminados por los Manuales de Psiquiatría. Por otra parte, si nos atenemos a los orígenes y al recorrido histórico de la *intervención en crisis*, habría que establecer, obligatoriamente, que su aproximación hacia la *comprensión* de una crisis depende, en gran medida, de la capacidad del psicólogo de empatizar con el paciente. El psicoanálisis, en este caso estricto, objetaría tal procedimiento al favorecer un análisis e interpretación en la transferencia. Sin embargo, la escasa literatura en torno a la *intervención en crisis* en Chile indicaría como interpretación transversal, al fenómeno de las urgencias subjetivas, que las crisis responderían a una crisis situacional y que estas serían superables al fortalecer el yo del paciente (Raffo, S., 2005). En esta dirección lo que se entendería por crisis ha de

¹⁰ En lo que fue mi experiencia como estudiante en práctica en el HUAP no fue extraño ni aislado observar como algunos psicólogos/as recurrían a la aplicación de sedantes para hacer frente a un paciente catalogado, institucionalmente, como “difícil o conflictivo”. Lo que más impacta, sin embargo, es la validación de este tipo de prácticas en los centros de urgencia, especialmente en HUAP.

resultar fundamental para comprender el método de la intervención en crisis. Ahora bien, cuando se lleva a cabo una búsqueda exhaustiva de lo que sería una crisis para los distintos modelos de intervención en crisis, el lector se encontrará tanto en artículos impresos como en textos digitales una y otra con la misma definición, a saber, que las crisis serían “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”¹¹. En efecto, la *intervención en crisis* en Chile se sostendría epistémicamente alrededor de esta definición de crisis.

1.2. Formulación del problema y pregunta de investigación

Pensar el lugar de lo psíquico en las unidades de urgencia y emergencia de un hospital público supone en sí mismo un problema de proporciones inimaginables. Por tanto, el problema no debiera reducirse, como suele hacerse, al establecimiento de unas resistencias de parte del discurso médico frente otros discursos de la salud. El problema de fondo sería, en estricto sentido, cómo y desde dónde abordar las rupturas que afectan al sujeto en lo que hasta cierto evento había sido su estado de equilibrio. O, dicho de otro modo, desde qué clínica se podría interpretar, interpelar e intervenir a un sujeto cuando ha entrado en crisis respecto de sus relaciones con el adentro y afuera de su subjetividad. Grosso modo, existen al menos dos estrategias clínicas orientadas a esta dificultad, a saber, como ya se ha señalado anteriormente, la *intervención en crisis* y la *clínica de la urgencia*. Sin lugar a dudas, lo cierto sería que cada profesional estaría en condiciones de elegir libremente entre una u otra de estas estrategias y, sin embargo, al hacerlo no sólo pondría en juego sus preferencias teóricas sino que

¹¹ Si se transcribe esta frase en cualquier buscador de internet se encontrarán al menos 40 documentos en los que figura esta frase sin estar debidamente citada, por tanto, en cada uno de estos documentos figura esta frase como propia del autor del *paper* que se está leyendo. Si se ha considerado su inclusión aquí ha sido bajo el criterio de su extensión en el campo de la intervención en crisis. Ahora bien, en honor a la rigurosidad habría que señalar que dicha frase fue escrita originalmente por K. Slaikeu en el texto ya citado en este trabajo (p. 16).

favorecería, consciente o no de ello, todo un entramado ideológico con el que se entendería y enfrentaría el desarrollo de la salud mental. En este sentido, no daría lo mismo *intervención en crisis* o *clínica de la urgencia*.

Ahora bien, considerando la existencia de diferencias reales en el abordaje y los efectos clínicos producidos, habría que interrogar qué lugar, por ejemplo, ocupa la *intervención en crisis* en el contexto de la *historia de la clínica*. Aun cuando formalmente la *intervención en crisis* no figure como un capítulo de la historia de la clínica, sería evidente, al leer a M. Foucault (1964), que ella constituiría una respuesta moderna de la mirada médica ante aquello que el DSM-IV, por ejemplo, califica como desordenes postraumáticos gatillados por una situación, valga la redundancia, traumática. En esta dirección, las distintas perspectivas teóricas de *intervención en crisis* entenderían que las crisis del sujeto serían un tipo de respuesta *des-adaptativa* que ha de ser contenida e inhibida. Eliminando, en el sujeto, los síntomas de su malestar la *intervención en crisis* pretendería volver al sujeto a un estado de homeóstasis. Además, se presumiría que aquietando los síntomas del sujeto podría prevenirse en él el desarrollo futuro de un cuadro psicológico crónico. Con ello, sin embargo, se favorecería desde el DSM-IV o el CIE-10, el ocultamiento del carácter multidimensional de los síntomas, especialmente en sus manifestaciones cotidianas. Es decir, al desconectar la o las significaciones de un evento-recuerdo se facilitaría la sustitución de un síntoma por otro, razón por la cual la *contención* o *inhibición* de estos produciría un sujeto policonsultante que, con el tiempo, tendería, por una parte, a saturar los servicios de urgencia y emergencia y, por otra, lo haría circular de síntoma en síntoma sin poder encontrarse con su verdad. Si el síntoma es una conversión o defensa ante la reminiscencia de los eventos traumáticos, la contención y la inhibición de los síntomas le evitarían al sujeto el esclarecimiento de sus conflictos psíquicos.

La idea de contener e inhibir los síntomas se expresaría más, en tanto necesidad de los profesionales de la salud mental, como un modo de *perturbación funcional del yo*, es decir, acontecería como una necesidad neurótica de neurotizar a los pacientes, de

mantenerlos a raya. Si bien Freud había señalado que no debemos *confundir la inhibición con síntoma*, sería factible que en el contexto de la *intervención en crisis* el síntoma de la función profesional sea la restricción de una *función no necesariamente patológica* del paciente (Freud, S., 1926). Intervenciones que van desde lo cognitivo conductual, pasando por la psicoterapia breve con base psicodinámica, hasta la psiquiatría, considerarían la inhibición de los síntomas del paciente, ya sea a través de la reestructuración cognitiva de los significados conscientes (por lo general auto-engañó), la re-localización del paciente índice en su contexto familiar, la formulación de una relación empático-afectiva y/o a través de la medicalización. A través de estas y otras estrategias “clínicas” se pretendería inhibir los síntomas y la angustia padecida por el consultante, evitándole la posibilidad de hacerse responsable de su padecer y/o acaecer psíquico. En efecto, esta necesidad de inhibir los síntomas y la angustia del paciente hace de la *intervención en crisis* un dispositivo externo al sujeto que apuntaría a la promoción de una restricción funcional de su-yo¹². Ahora bien, este *modus operandi* daría cuenta de una *inhibición* del profesional como *impotencia psíquica*, inhibiendo así la intervención por *inversión dialéctica* porque esta podría resultar, supuestamente, más angustiante para el consultante, sin embargo, ello también puede resultar angustiante para el profesional que está interviniendo ya que lo situaría en el centro de la transferencia. En este sentido, la inhibición de los síntomas del consultante, por parte del profesional de la salud pública, parecieran ser más bien un modo de evasión ante un cierto “*mal del ser*”, esto es, de la presencia terrible y sublime que el ser quiere expulsar para salir de sí mismo. De ahí que pueda considerarse que el problema que marca el desarrollo teórico de la *intervención en crisis* es un problema en la *transferencia*. Las distintas perspectivas que definen, teórica y técnicamente, el hacer de la *intervención en crisis* apuestan por un trabajo sobre –ni siquiera a partir de– la consciencia. En otras palabras, la intervención en crisis operaría por proyección facilitando una interpretación de un yo a otro yo.

¹² Es frecuente que desde un punto de vista fenomenológico se diga que *lo que va de suyo* es lo que deviene, en su cotidianidad, como lo no percibido. Se ha utilizado este juego de palabras indicando con ello que la restricción funcional del yo es lo que va de suyo, es lo que deja de ser percibido y se instala como lo cotidiano sobre o a partir de lo que no se reflexiona.

En esta investigación -de pregrado- nuestra pretensión ha sido, en primera instancia, avanzar hacia un pensamiento psicoanalítico de la *intervención en crisis* y, por tanto, hacia una modalidad de trabajo en la transferencia, es decir, de inconsciente a inconsciente (Freud, S., 1912; Lacan, J., 2003). Sin embargo, con el correr del trabajo de investigación, se ha considerado desarrollar líneas de trabajo a partir del enfoque psicoanalítico de la *clínica de la urgencia subjetiva*. Ahora bien, se realizará una lectura freudiana de la clínica de la urgencia subjetiva, lo cual sería poco frecuente, especialmente porque esta ha sido establecida a partir de una lectura psicoanalítica lacaniana y, actualmente, se nutriría de las reflexiones de Jacques Alain Miller y Eric Laurent¹³. Con este supuesto paso atrás se buscaría cimentar una reflexión de menos a más, para en el futuro desarrollar estudios en esta línea desde Jacques Lacan y otros psicoanalistas contemporáneos. Este cambio de rumbo será operado hacia la segunda fase de esta tesis, por tanto, en esta primera etapa, se ha presentado, brevemente, la historia de la *intervención en crisis* y sus justificaciones teóricas para, posteriormente, dejar de *repetir y reelaborar* topológicamente su entramado conceptual. Tal reelaboración, en términos topológicos, implicaría a la vez una cuestión ligada a la temporalidad no consideradas por la *intervención en crisis*.

La *intervención en crisis*, en su acerbo tradicional, no escucharía las razones inconscientes del síncope, el grito/alarido, la evasión, entre otras manifestaciones del sujeto puesto que se solicitaría continuamente volver a un estado de calma. Tampoco leería ni tocaría ella, en estos desfallecimientos del sujeto, aquello que remite a la estructura del corte y la sustracción inconsciente. A partir de una consideración gramatical podría señalarse que el síncope puede inscribirse como síncope, es decir, como aquella “figura de dicción que consiste en la supresión de uno o más sonidos dentro de un vocablo; p.e. en navidad por natividad” (RAE, 2001) o en Sigismund por

¹³ En términos clínicos existirían diferencias significativas entre estas distintas lecturas del psicoanálisis. Si bien no es tema de esta tesis trabajar estas diferencias no por ello habría que desconocerlas. Sucintamente habría que señalar que en Freud existe una clínica de las resistencias, en Lacan, primero, una clínica del deseo y, posteriormente, una clínica de lo real. A partir de esta última autores como los mencionados Miller y Laurent, así también Diana Rabinovich, avanzarían hacia una clínica de las pulsiones.

Sigmund, o bien como “enlace de dos sonidos iguales, de los cuales el primero se halla en el tiempo o parte débil del compás, y el segundo en el fuerte” (RAE, 2001), en consecuencia, y en función de esta consideración gramatical, sería posible señalar que en la *intervención en crisis* se ha tratado de evitar los tiempos fuertes, el compás o la cuenta métrica del padecer psíquico. En otras palabras, se solicitaría la calma del sujeto con el fin de evitar la *acentuación* de su malestar. No obstante, entre las razones de esta operación se olvidaría que sólo si el sujeto se hace responsable de su malestar podrá, a su vez, atravesar los fantasmas que lo encadenan al sufrimiento. De ahí la necesidad de recalcar, realzar, resaltar, permitir que tome cuerpo aquello que quiere escapar a través del síntoma.

El olvido de lo inconsciente por parte de la *intervención en crisis*, incluso en los modelos de concepción psicodinámica, reduciría su condición clínica a una matriz positivista conocida como *psicología del yo*. En consecuencia, desde esta concepción se trataría de restablecer la *instancia yoica* a partir del *self* anterior al evento traumático, olvidando, borrando o bien neutralizando y estabilizando las vacilaciones fantasmáticas respecto del *Che vuoi?* que ronda al sujeto bajo la forma de *angustia* (Lacan, J., 1962, Inédito). En tal sentido, los alcances de una crisis –trauma psíquico– se expresarían como un cierto *fuera de tiempo*: aquellos eventos traumáticos que horrorizan, paralizan y que desbordan al sujeto se presentarían como un *no tiempo* que se articula en función de otras escenas que le preceden pero que, en función de la matriz teórica que hace de soporte de la *intervención en crisis*, han de adaptarse a la realidad. En esta dirección, lo común en la *intervención en crisis* sería generar interpretaciones sin esperar la transferencia, o bien, sin considerarla, puesto que el sujeto en estado de crisis exacerbada se presenta, por lo general, ya desde la transferencia: demanda respuestas y tratamientos bajo su particular estilo de relacionarse al Otro. En otras palabras, la *intervención en crisis* parece desconocer que el consultante, en su modo transferencial de relacionarse, se está resistiendo a las asociaciones libres y, por tanto, que ellas *interrumpen la comunicación del inconsciente* (Freud, S., 1980). Ahora bien, esta resistencia, como ha señalado Lacan,

bien pueden estar de lado, en este caso, del profesional de la salud mental, es decir, como *resistencia del analista* (Lacan, J., 2003b).

Hasta aquí se ha esbozado lo que parece ser uno de los problemas fundamentales de la *intervención en crisis*, sin embargo, interesa a este trabajo de investigación, como ya se ha señalado, avanzar hacia una definición psicoanalítica, ya no de la *intervención en crisis*, sino de la clínica de la urgencia desde una perspectiva freudiana. En consecuencia, para avanzar hacia este objetivo es necesario establecer, sumariamente, algunas de las imposibilidades que *forcluyen* la *intervención en crisis* a favor de una clínica de la urgencia.

A diferencia del psicoanálisis, la *intervención en crisis* se ha presentado, históricamente, como una herramienta de intervención a corto plazo y, por tanto, que se configura en torno a lo agudo y no de lo crónico. De ahí que cuando se habla de *intervención en crisis* se asume a la base un contexto de urgencia, donde la crisis representa un fenómeno agudo en su intensidad y, que por ello, debe resolverse rápida y eficazmente. Esto, en primera instancia, vendría a invalidar la experiencia clínica psicoanalítica, especialmente cuando consideramos a la exégesis psicoanalítica como un largo proceso donde *es el pasado del sujeto el que ha de ser historizado en el presente*. En este sentido, en contra del psicoanálisis la *intervención en crisis* “descansa en la idea de que una persona relativamente estable reacciona ante una crisis con una sensación de casi total congoja para luego adaptarse o mal adaptarse en el curso del proceso” (Bellak y Small, 1980, p. 22)¹⁴, es decir, desde ese enfoque se considera que la intervención puede rectificar y aplanar lo agudo de un malestar subjetivo al tratar los síntomas en la contingencia de un sujeto. Sin embargo, la evidencia psicoanalítica ha demostrado que el tratamiento de los síntomas tan solo oculta las manifestaciones crónicas del malestar y, por tanto, que estos síntomas se transforman retornando, finalmente, bajo nuevas y renovadas manifestaciones. Este tipo de diferencias, en los modos y la temporalidad de estas intervenciones, implican una suerte de no

¹⁴ Citamos la versión en castellano de 1980 puesto que corresponde a una edición revisada y aumentada.

reconciliación entre psicoanálisis e *intervención en crisis*, especialmente, cuando esta última se propone como una “*reeducción emocional del paciente*”, cuestión que, precisamente, Lacan desea desalojar (Lacan, J., 2003b, p. 565). En este sentido, y considerando que la *intervención en crisis* representa un modelo científico y clínico de *psicoterapia breve* que, por una parte, implica un conjunto de pasos técnicos, mientras que el psicoanálisis constituye una especulación teórica cuya clínica, por otra parte, se expresa bajo una diversidad de estilos, esta investigación tiene por objeto aventurar una posible relación entre *psicoanálisis*, *hospital* y *clínica* en contextos de urgencia y emergencia. Esto significa avanzar un trabajo de investigación que pueda responder, al menos generalmente, las siguientes interrogantes: ¿Pueden enfrentarse situaciones de crisis –emergencia-, en los contextos hospitalarios, desde una perspectiva clínica psicoanalítica? ¿Es posible una articulación teórico-práctica entre *intervención en crisis* y psicoanálisis? de ser posible dicha articulación ¿cuál sería la forma y los procedimientos de esta articulación? No obstante, con el descubrimiento de la *clínica de la urgencia* estas preguntas carecerían de sentido, ya que sus fundamentos serían los propios de la experiencia y teoría analítica. Entonces, desde el psicoanálisis sería efectivamente viable llevar a cabo un tipo de clínica que se despliegue desde la urgencia y emergencia de los hospitales de salud pública, sin embargo, tal experiencia sería, hoy por hoy, completamente ajena al modelo de salud que impera en Chile. Ante esta situación, la presente tesis se interroga el correlato práctico entre psicoanálisis y servicio público: ¿en qué medida y a partir de qué elementos conceptuales puede el pensamiento freudiano responder a los traumas y sufrimientos de los sujetos que demandan atención médica en los servicios de urgencia y emergencia de hospitales de salud pública? ¿Qué elementos *teóricos* del psicoanálisis de orientación freudiana facilitarían estructurar una *clínica de la urgencia* capaz de responder, más allá de lo visible, lo psicosomático y de la apariencia sintomática, a las demandas de atención en salud?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Generar una plataforma discursiva mínima que argumente un pensamiento psicoanalítico de la *clínica de la urgencia* desde los aportes *teóricos* de S. Freud.

2.1.2 Objetivo específico:

Identificar y establecer aquellos conceptos, técnicas y herramientas que permitan pensar la *clínica de la urgencia* desde el psicoanálisis freudiano.

Articular conceptualmente y proponer sincréticamente una propuesta psicoanalítica de corte freudiana de *clínica de la urgencia* funcional al trabajo que se realiza en los hospitales generales.

3. HIPÓTESIS

Se sobreentiende que la posibilidad de un pensamiento psicoanalítico de raigambre freudiana para definir la *clínica de la urgencia* supone una revisión exhaustiva de las nociones de *conflicto* y *trauma psíquico* a la luz de las nociones de *afecto* y *angustia*, entre otras, en la obra de Sigmund Freud. De ahí que la aproximación a un pensamiento psicoanalítico de la clínica de la urgencia dependa de un análisis sincrético de las expresiones contemporáneas del síntoma, que se presentan como cuadros recurrentes de consulta en los hospitales generales, y de las concepciones teóricas propuestas por Freud.

4. MARCO METODOLÓGICO

El camino elegido para el desarrollo de la presente investigación será de carácter documental bibliográfico, entendiéndose por ello aquella investigación que centra su interés en la consulta de libros. No obstante, la revisión de libros se restringirá a los textos de Sigmund Freud que tengan por principal interés, por una parte, la noción de *conflicto psíquico*, *trauma*, *inconsciente*, entre otros y, por otra parte, aquellos escritos que concentran sus esfuerzos en el desarrollo de la técnica y tratamiento psicoanalítico. Es importante señalar que este trabajo documental tendrá un carácter exploratorio-descriptivo. Con el fin de complementar las lecturas iniciales de los textos de Freud, esta investigación considera un trabajo hemerográfico, esto es, a partir de la consulta de artículos y ensayos de revistas especializadas en cuestiones de psicoanálisis. Además, y a objeto de dar mayor consistencia a los argumentos respecto del trabajo práctico en la urgencia,, se realizará dos entrevistas a dos psicoanalistas argentinos con vasta experiencia en el trabajo de clínica de la urgencia tanto en hospitales generales como en unidades de urgencia de salud mental: la señora María Inés Sotelo y el señor Julio Moscón.

En síntesis, se considera que la realización de esta tesis tendrá un carácter mixto, esto debido a que la presente investigación atañe a problemas tanto teóricos (esbozo de un pensamiento freudiano de la clínica de la urgencia) como prácticos (aproximación a una técnica fundamentada psicoanalíticamente). Importa destacar que el carácter práctico de esta teoría no es ni de aplicación ni experimental, sino tan sólo se tratará el abordaje teórico de una cuestión de orden práctico.

En virtud del carácter documental bibliográfico de esta tesis, presentaremos a continuación los ejes temáticos que guiarán nuestra reflexión.

4.1. Ejes temáticos

Inicialmente los ejes que se habían propuesto para el desarrollo de esta tesis eran: 1. Hospital, clínica y psicoanálisis; 2. Crisis, subjetividad y conflicto psíquico; 3. Trauma psíquico, afecto y angustia; 4. Síntoma, transferencia y tratamiento analítico y, finalmente, 5. Técnica e inconsciente. Sin embargo, a partir de los cambios forzados producto del trabajo de investigación señalados, por cierto, en el punto 1 y siguientes de esta tesis, estos ejes se habrían reducido a 3, siendo estos: 1. Hospital, clínica y psicoanálisis; 2. Represión, trauma y conflicto psíquico y, 3. Transferencia técnica y tratamiento analítico.

Se ha descartado, como eje temático, aludir en el marco teórico de esta tesis a la *clínica de la urgencia*. Esto se ha decidido en razón de su fundamentación extendidamente lacaniana y milleriana. Esto, por cierto, no implica en absoluto una censura ni un desacuerdo, muy por el contrario, se reconocería en estas vertientes aportes fundamentales en la línea de esta investigación. Sin embargo, al ser esta una tesis para obtener el grado de psicóloga y Licenciada en Psicología, se ha considerado prudente iniciar un recorrido, en torno a la *clínica de la urgencia*, a partir de las nociones fundamentales propuestas por el padre del psicoanálisis, a saber, S. Freud.

4.1.1. Hospital, clínica y psicoanálisis

Inaugurando el primer capítulo del marco teórico se ha dispuesto un recorrido en el que los términos hospital, clínica y psicoanálisis serán sometidos a una intensa interrogación que, como resultado, habría de facilitar el establecimiento de coordenadas generales a partir de las cuales identificar una práctica clínica, fundamentada psicoanalíticamente, para ser ejecutada en las unidades de urgencia y emergencia de los hospitales públicos. Esto supondrá, en primer lugar, identificar y caracterizar una relación y un procedimiento global que justifique, en segundo lugar,

racionalmente, el uso de la teórica psicoanalítica en la fundamentación de un quehacer clínico el campo hospitalario.

Se subraya que en esta discusión de los términos y el avance de unas coordenadas generales no interesaría, por ejemplo, asumir un debate frontal ni indirecto con otros enfoques psicológicos que se ocupan, por ejemplo, de la *intervención en crisis*. En consecuencia, la finalidad, en últimos términos de este eje, será la de fundamentar la pertinencia clínico-terapéutica del psicoanálisis en el campo de la urgencia y la emergencia.

4.1.2. Represión, trauma y conflicto psíquico

Una vez establecidas las coordenadas entre *hospital, clínica y psicoanálisis* será tarea de esta tesis establecer, al menos inicialmente, la base o fundamento teórico que permitiría al psicoanálisis responder, tanto teórica como clínicamente, al conjunto de demandas que se le realizarán, ya sea a partir de las funciones institucionales –la cura o estabilización de síntomas–, ya sea a partir de las demandas del sujeto/paciente ante lo que él entiende por crisis. No obstante, entendiendo que se busca argumentar psicoanalíticamente el trabajo en la urgencia y la emergencia se tendrá, por defecto, que proponer teóricamente aquellas nociones psicoanalíticas que, con eficacia, permitan ordenar una propuesta de trabajo acorde a los tiempos actuales. En virtud de esta necesidad se propone trabajar a partir de las nociones de *conflicto psíquico, trauma, angustia y displacer*. Estas nociones harán inevitable no considerar las nociones de pulsión y represión. En tal sentido, el presente eje trabajará directamente la textualidad freudiana con tal de bosquejar una propuesta epistemológicamente fundada en torno a los problemas de salud mental que, en el contexto hospitalario, se presentan como eventos críticos en la subjetividad y que, por tanto, conlleva o conducen al sujeto a una manifestación somática de una perturbación psíquica.

En síntesis, interrogando la estructura del aparato psíquico o anímico se leerá lo traumático como aquello que le es indisociable. Esto, por lo demás, obligará a revisar la teoría freudiana acerca del “Más allá del principio del placer” en virtud de consideraciones metapsicológicas.

En razón de este proceso, cabe destacar que de este eje se espera, como resultado complementario, elementos para una argumentación que facilite la legitimación del psicoanálisis más allá de las consideraciones neo-científicas que indicarían que este atravesaría un estado de crisis general y de una imposibilidad por contribuir a la producción de efectos terapéuticos breves.

4.1.3. Transferencia, técnica y tratamiento analítico

A partir de las relaciones que se habrán expuesto en el eje anterior se avanzará un ordenamiento conceptual relativo al trabajo clínico en su fundamento técnico. De ahí que se situará en primer lugar la noción de *transferencia* tanto en sus implicancias al interior del aparato psíquico como en su exposición en el ámbito de las relaciones terapéuticas. De este modo, se permitirá tratar la técnica en relación al tratamiento psicoanalítico sin dejar de considerar sus cimientos metapsicológicos.

Las consideraciones que se obtengan del trabajo realizado en estos tres ejes facilitarán un desarrollo y/o análisis que permitirá avanzar una reformulación técnica del proceso de *intervención en crisis*. Asimismo, si se considera que la presente tesis no desconoce la existencia de la *clínica de la urgencia*, todo el recorrido teórico será dispuesto a su fundamentación en un sentido estrictamente freudiano.

4.2. Fuentes

Se utilizará como principal fuente secundaria los 23 volúmenes de las *Obras Completas* de Sigmund Freud. Para ello se accederá a la undécima reimpresión de 2008 de la primera edición de 1985 publicada por Amorrortu editores de Buenos Aires. De estos 23 volúmenes se escogerán aquellos textos que estén directamente ligados a nuestra pregunta de investigación, razón por la cual utilizaremos como referencia el índice temático del volumen 24 de las obras citadas. Complementariamente, se utilizarán artículos y ensayos de revistas de orientación psicoanalítica, concentrando especial interés en la *Revue Analyse Freudienne Presse*.

En cuanto a fuentes primarias de información, la presente tesis contempla la realización de 3 entrevistas a expertos. Estas entrevistas tendrán un carácter semi-estructurado. Se construirá la pauta de entrevistas en función de una caracterización de la realidad chilena en torno a los 5 ejes temáticos señalados. El perfil de los entrevistados sería: 1 psicólogo contratado, por la red de salud pública, que desempeñe labores de *intervención en crisis* en la unidad de urgencia y emergencia del hospital Alejandro del Río. Respecto de las otras entrevistas, estas se realizarán a dos psicoanalistas argentinos, que debido a su trabajo tanto teórico como práctico sean conocedores de los pormenores de la *clínica de la urgencia*.

4.3. Operaciones de Análisis

En los tres ejes temáticos ya definidos se procederá a sistematizar el argumento y los conceptos freudianos en función de nuestro objetivo general y de nuestros objetivos específicos. Una vez sistematizados estos se procederá a sintetizar los elementos relevantes para levantar, paso a paso, una aproximación a lo que será nuestra fundamentación de un pensamiento psicoanalítico freudiano de la *clínica de la urgencia*, considerando para ello un análisis comparativo respecto de la *intervención en crisis* (conclusión). Es preciso señalar que la sistematización y síntesis descrita será complementada a partir de las lecturas que realicemos en nuestro trabajo

hemerográfico. Se procederá a formalizar el argumento y la síntesis de cada eje trabajado en el marco teórico para de este modo favorecer la articulación conceptual de las nociones implicadas, resguardando con ello la ilación conceptual de nuestro trabajo. Finalmente, de esta ilación propondremos una lectura posible, entre otras, de lo que sería un pensamiento psicoanalítico freudiano de la clínica de la urgencia.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Hospital, clínica y psicoanálisis

Históricamente, la relación entre *hospital*, *clínica* y *psicoanálisis* ha sido, es y será siempre la de una difícil y compleja articulación. Aquello que dificultaría un encuentro armónico entre los términos señalados bien podría resumirse al modo de un problema arquitectónico. Cada término haría referencia a tipos de estructuras lógicas que *a priori* serían incompatibles. El hospital, en primer lugar, sería un espacio proyectado, construido y desarrollado, *a partir de la segunda mitad del siglo XVIII*, sobre la base de las *reformas de las instituciones médicas* y la consiguiente *institucionalización de la mirada médica* hasta nuestros días (Foucault, M., 1980), en tanto que la clínica, en segundo lugar, sería un método técnico general *vectorizado* en función de uno u otro paradigma epistemológico, mientras que el psicoanálisis, finalmente, en su origen y raigambre freudiana, sería tanto una *hermenéutica de la sospecha* como una *arqueología del sujeto y una semántica del deseo* (Ricoeur, P., 1978 y 1984). En consecuencia, ¿cómo y a partir de qué elementos estas estructuras, en su diferencia, podrían ensamblarse armónicamente en un dispositivo de intervención? Si bien esta pregunta resulta fundamental, especialmente cuando esta tesis se dispone, dibujando una relación posible entre las partes, avanzar hacia un pensamiento psicoanalítico del trabajo de intervención en crisis para hospitales de salud pública, también resulta ser fácticamente incontestable toda vez que se formula fuera de los propios hospitales existentes, puesto que serían ellos los que deberían *juzgar sus méritos o defectos* (Tenon, citado en Foucault, M., 1999) y a partir de ello proponer la reconfiguración de su arquitectura físico-simbólica. Sin embargo, ello no resta valor a indagaciones teóricas que tengan por objeto interrogar dicha relación. En tal sentido, la primera tarea de este marco teórico es, a contraluz de la historia de las instituciones hospitalarias,

vislumbrar espacios desde los cuales articular y proponer sincréticamente una propuesta psicoanalítica de intervención en crisis, la cual, por cierto, será desarrollada en el marco de las conclusiones de esta investigación.

5.1.1. Foucault y la arquitectura médico-hospitalaria

M. Foucault (1976) en su libro “*Vigilar y castigar*” ofrece un interesante estudio comparativo de las prácticas introducidas, a fines del S. XVIII y principio del XIX, en diversas instituciones que hoy conocemos como *dispositivos disciplinarios*. Entre las instituciones que, en esos momentos, Foucault estudió se encontraban la cárcel, la escuela, la fábrica y el hospital general. Si bien “*Vigilar y castigar*” concentra mayoritariamente sus esfuerzos en torno al estudio de la prisión, lo cierto es que las nuevas configuraciones disciplinarias, develadas por Foucault, sitúan invariablemente como unos de los factores principales, para el ejercicio del poder sobre los cuerpos, la idea de *examen*. Cada una de las instituciones en cuestión desplegarían sus propias y reservadas formas ritualizadas de examinar a los individuos, sin embargo, en todas ellas “el examen lleva consigo todo un mecanismo que une a cierta forma de ejercicio del poder cierto tipo de formación de saber” (Foucault, M., 1976, p. 192). En el caso del hospital, la *formación de saber* a la base del *ejercicio del poder* no sería otra sino el *saber* emanado desde la *mirada médica*.

Ahora bien, antes de reconstruir la arquitectura médico-hospitalaria, cabe destacar que el hospital como *instrumento terapéutico*, que se justifica sobre las bases epistémicas de la medicina, sería un invento propiamente moderno. En la edad media, señala Foucault (1999), el hospital no existiría como institución médica y la medicina, a su vez, no sería una profesión hospitalaria. Sólo a partir del siglo XVIII, específicamente alrededor del año 1760, los hospitales se dedican principalmente a *curar enfermos*. “Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión” (Foucault, M., 1999, p. 100). En efecto, más allá del saber médico los hospitales habrían sido desde siempre dispositivos de ejercicio del poder orientado,

primero, al encierro y luego a la disciplina. En resumidas cuentas, los hospitales hasta antes de 1760 eran simplemente aquellos espacios, que no teniendo ninguna relación con la medicina, donde se prescribía “el gran encierro” (Foucault, M., 1967). Sin embargo, es recién a partir de mediados del siglo XVIII que se hace necesario medicalizar a los hospitales. Esta necesidad, por cierto, respondió a los imperativos iluministas de la época. Las prácticas médicas, por su parte, se ejercían, en el siglo XVII y XVIII, en forma absolutamente individual. Era tan sólo requisito para el ejercicio médico conocer los textos y la transmisión de recetas aprobadas por lo que, en esa época, eran las Corporaciones médicas. A su vez, eran funciones del médico determinar el momento “exacto” en el que se habría de producir la crisis de la enfermedad, para lo cual era su deber observar al enfermo y los signos de la enfermedad desde su aparición. En efecto, la labor del médico comprendía observar los signos de la enfermedad, pronosticar su evolución y sólo en la medida de lo posible favorecer la cura de la enfermedad. De ahí que el médico era tan sólo un aliado de la naturaleza en contra de la enfermedad. En consecuencia, Foucault destaca que “no había nada en la práctica médica de esta época que permitiera la organización de los conocimientos hospitalarios, ni tampoco la organización del hospital permitía la intervención de la medicina. En consecuencia, *hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes*” (Foucault, M., 1999, p. 104).

La medicalización de los hospitales surge como una estrategia moderna para frenar los efectos nocivos ocasionados al interior de estos. Era frecuente que, en los procesos de salvación espiritual, los internos quedaran expuestos a un foco de enfermedades que amenazaba peligrosamente con propagarse más allá de las paredes asilares. En primera instancia, sin embargo, el encuentro entre medicina y hospital no habría dado paso a una búsqueda exhaustiva por curar las enfermedades sino, por el contrario, su norte habría sido el de evitar la propagación de estas, es decir, mantenerlas bajo control. Asimismo, su próxima evolución queda referida a una lógica de control que, por una parte, pretendía evitar el contagio y, por otra, efectivamente buscaba curar las

enfermedades, eso sí no como un fin en sí mismo sino como un modo de no malbaratar los recursos del *Estado*. Los primeros hospitales que se sometieron a tales transformaciones fueron los hospitales militares y marítimos. No obstante, cabe destacar que el espíritu de sus reformas, como señala Foucault, “no partió de una técnica médica sino, esencialmente, de una tecnología que podría denominarse política: la disciplina” (Foucault, M., 1999). Disciplina que debe entenderse como una técnica de gestión de los hombres, donde el hospital ha de localizar y seleccionar, sistemáticamente, a los portadores de enfermedades y epidemias. Este será, en definitiva, uno de los elementos que favorecieron la disciplinarización de los hospitales. El otro elemento, se explicaría a través de las transformaciones que experimentaría, en el siglo XVIII, la práctica de la medicina, a saber, el paso desde un sistema epistemológico que justifica la enfermedad como un fenómeno natural hacia un paradigma anatómico patológico clasificatorio de las enfermedades (Foucault, M., 2004).

Entre 1790 y 1815, señala Foucault en la “*Arqueología del saber*” (2008), el discurso médico se modificó de tal manera “que hizo aparecer unos objetos (lesiones orgánicas, focos profundos, alteraciones tisulares, vías y formas de difusión interorgánicas, signos y correlaciones anatómico-clínicos), técnicas de observación de detección del foco patológico de registro”, es decir, “otro cuadriculado perceptivo y un vocabulario de descripción casi enteramente nuevo” (Foucault, M., 2008, p. 222). Estas modificaciones internas a la práctica médica constituyen, finalmente, valga la redundancia, a la medicina en un saber orientado a la organización hospitalaria. En cierto sentido, el médico se convierte en un arquitecto que “concibe al hospital como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico” (Foucault, M., 1999, p. 107). Al mismo tiempo, todas estas modificaciones nosográficas constituyen el nacimiento de la clínica moderna¹⁵. En consecuencia, el hospital, más allá de su especificidad, se constituye como un aparato de observación regular y “*un lugar de formación y confrontación de conocimientos*”

¹⁵ Se volverá sobre este punto en el siguiente apartado.

(Foucault, M., 1976, p. 191). En esta misma línea, el disciplinamiento del hospital constituye de ahora en más el lugar por excelencia de la disciplina médica así como hace parte de la invención de una nueva anatomía política.

En lo que respecta a la organización moderna de los hospitales, estos, en su misma edificación, deben facilitar la buena observación de los enfermos, impedir los contagios, separar y evitar el contacto entre los enfermos, en definitiva, diagramar¹⁶, materialmente, el hospital al modo de un operador terapéutico y disciplinario. En su diagramación el hospital implicaría hacer funcionar normas de salubridad, regular los procedimientos, adquirir los productos industriales necesarios a partir de una clasificación, jerarquización y distribución de rangos. Es decir, en su estructura interna, la diagramación hospitalaria estaría determinada por un “estilo o carácter de enunciación, construida como un corpus de conocimiento que supone esa mirada fija en las cosas, una misma cuadrícula del campo perceptivo, un mismo análisis del hecho patológico según el espacio tiempo que logra definir: el del cuerpo visible” (Tarela, J., 2002, p. 3). En este sentido, el hospital funcionaría para imponer un poder normalizador que obligaría, a su vez, a la homogeneidad de los enfermos. Dicho de otro modo, en el hospital “el poder de normalización obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y hacer útiles las diferencias ajustando unas a otras. Se comprende que el poder de la norma funcione fácilmente en el interior de un sistema de la igualdad formal, ya que en el interior de una homogeneidad que es la regla, introduce, como un imperativo útil y el resultado de una medida, todo el desvanecido de las diferencias individuales” (Foucault, M., 1976, p. 189). En consecuencia, la arquitectura hospitalaria facilita el ejercicio de un poder disciplinante que, a partir de un análisis y

¹⁶ Diagramar al hospital es hacer el mapa o la cartografía de su arquitectura físico-simbólica, esto es, dar con aquellos elementos que lo constituyen como una *máquina abstracta* que se “define por funciones y materias informales, [que] ignora cualquier distinción de forma entre un contenido y una expresión, entre una formación discursiva y una formación no discursiva”, en consecuencia, dar con el entramado interno que hace del hospital “una máquina casi muda y ciega, aunque haga ver y haga hablar” (Deleuze, G., 1987, p. 61). Ciega en el sentido que ve sólo lo que quiere ver, obviando o negándole la mirada a lo que escapa de su registro discursivo.

registro permanente del espacio, individualizaría y situaría a los cuerpos visibles en unas casillas pre-determinadas por el saber médico.

En síntesis, el hospital sería un dispositivo técnico de vigilancia orientado a la singularización de los individuos. De ahí que la noción de examen constituya el centro epistémico-político de una estrategia en la que se conjugan “vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos y localizarlos” por todo el tejido social. En consecuencia, el *leitmotiv* de la medicina, antes y después de la arquitectura médico-hospitalaria, podría, desde sus orígenes, resumirse en que “la intervención del médico en la enfermedad giraba en torno al concepto de crisis”. La diferencia, sustancial, de una época con otra, se debería, como ya se ha señalado, al ejercicio sistemático de registrar las generalidades y particularidades observadas en el seno del hospital. En efecto, el hospital así como la prisión, la escuela, la fábrica tendría todas como fundamento:

“El examen [que] combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona. A esto se debe que, en todos los dispositivos de disciplina, el examen se halle altamente ritualizado. En él vienen a unirse la ceremonia del poder y la forma de la experiencia, el despliegue de la fuerza y el establecimiento de la verdad. En el corazón de los procedimientos de disciplina, manifiesta el sometimiento de aquellos que se persiguen como objetos y la objetivación de aquellos que están sometidos. La superposición de las relaciones de poder y de las relaciones de saber adquiere en el examen toda su notoriedad visible.” (Foucault, M., 1976, p. 113).

La arquitectura médico-hospitalaria se definiría, de par en par, por una estrategia ocular con la que se examinaría al paciente. Este ojo no sería otro más que el ojo de la

psiquiátrica que, al adherirse al conjunto de la institución hospitalaria, haría de la *mirada* el factor decisivo de un enfoque disciplinar (Foucault, M., 2004). En este sentido, la lógica que subyace a la mirada médica sería la “emergencia de enunciados nacidos de la práctica del ver” (Witto, S. 1999, p. 113) primero, como se ha señalado, desde una *medicina individual* para, posteriormente, constituir, desde el hospital, una *medicina pública*. Ahora bien, correspondería a la función ocular del hospital el operar, de un doble modo, una división binaria y la marcación de los cuerpos a través de una serie de etiquetas (loco-no loco, peligroso-inofensivo, normal-anormal) así como la asignación de una “distribución diferencial de los enfermos (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante)” (Foucault, M., 1976, p. 203). En consecuencia, el hospital al marcar y modificar los cuerpos individuales participa, en tanto dispositivo disciplinario, de la figura arquitectónica del panóptico de Bentham. En esta dirección es que se consolidaría el hospital como dispositivo de intervención pública en el que “impera ante todo y simplemente un orden, en el sencillo sentido de una regulación perpetua y permanente de los tiempos, las actividades, los gestos, un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios” (Foucault, M., 2005, p. 16). En síntesis, la arquitectura médico-hospitalaria tendría por objetivo último *producir la verdad de la enfermedad* en la medida en que consolidaría una estructura de conocimiento capaz de disciplinar a los cuerpos (Foucault, M., 1990).

5.1.2. El orden del discurso en el hospital público

A través de los textos de Foucault habría, para decirlo de un modo esquemático, un solo proceso que permitiría comprender a la vez la constitución del saber médico y la configuración de la arquitectura médico-hospitalaria. Se trataría, en ambos casos, de la posibilidad de *producir la verdad de la enfermedad*. Por su parte, la constitución del saber médico organiza ella misma un *esquema prescriptivo de regularidades* que hace

posible, finalmente, la observación exacta de los individuos y sus enfermedades. Es más -se cita a Foucault *in extenso*-:

“La condición de la mirada médica, su neutralidad, la posibilidad de ganar acceso al objeto, en suma, la relación misma de objetividad, constitutiva del saber médico y criterio de su validez, tiene por condición efectiva la posibilidad de cierta relación de orden, cierta distribución del tiempo, el espacio y los individuos. En rigor de verdad (...) en esa dispersión reglada encontramos el campo a partir del cual es posible la relación de la mirada médica con su objeto, la relación de objetividad, una relación que se presenta como efecto de la dispersión primera constituida por el orden disciplinario. En segundo lugar, este orden disciplinario, (...), es al mismo tiempo condición de la curación permanente; vale decir que la misma operación terapéutica, esa transformación sobre cuya base alguien considerado como enfermo deja de estarlo, solo puede llevarse a cabo dentro de la distribución reglada del poder. La condición, entonces, de la relación con el objeto y de la objetividad del conocimiento médico, y la condición de la operación terapéutica, son iguales: el orden disciplinario” (Foucault, M., 2005, p. 17).

En efecto, tal y como se indicaría en la cita, serían los privilegios del conocimiento médico los que justificarían el poder médico toda vez que este poder garantizaría, inversamente, el saber médico. La estructura del saber científico de la medicina, ciertamente, no estaría ordenada discursivamente por la demanda del “enfermo” sino, sería el poder autoritario y las funciones normalizadoras de la medicina quienes intervendrían más allá de las demandas de los enfermos y de la existencia de enfermedades (Foucault, 1990). Tanto la medicina como la psiquiatría, -esta última profunda y extensamente estudiada por Foucault-, prohibirían la libre circulación de discursos. Las palabras de los pacientes serían consideradas, paradójicamente, como sin valor aunque con el extraño poder de enunciar una verdad oculta (Foucault, M., 1992). En consecuencia, la figura del hospital, en su disciplinamiento, justificaría la

presencia del discurso médico en tanto *voluntad de verdad* que, en las sociedades occidentales, tendería “a ejercer sobre los otros discursos (...) una especie de presión y como un poder de coacción” (Foucault, M., 1992, p. 19) constituiría cierto orden del discurso. Pero para ello, el orden del discurso requiere de una *voluntad de saber* capaz de imponer “al sujeto conocedor (...) una cierta posición, una cierta forma de mirar y una cierta función (...); una voluntad de saber que prescribía (y de modo más general que cualquier otro instrumento determinado) el nivel técnico del que los conocimientos deberían investirse para ser verificables y útiles” (Foucault, M., 1992, Pp. 18-19). La mirada médica, a partir de la voluntad de saber del médico, negaría el contexto socio-histórico del enfermo y le impondría al individuo el rasgo de alienado. Esto significaría que el orden del discurso en medicina se construiría sobre la base de un “esencialismo psicopatológico” (Foucault, M., 1991). Tal esencialismo negaría las condiciones y conflictos reales de la vida que podrían afectar al individuo y, por tanto, con ello se negaría el carácter de producción cultural de la psicopatología: “la enfermedad mental no tiene realidad ni valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal” (Foucault, M., 1991, p. 68). Aún más, Foucault sostiene que “no se está alienado porque se está enfermo, sino que en la medida en que se está alienado, se está enfermo” (p. 98). Sin embargo, el orden del discurso, tanto del médico como del hospital, preferiría obviar que la alienación (ya sea en enfermos mentales o no) sería consecuencia de circunstancias sociales y condiciones vitales (Pastor, J. y Ovejero, A., 2007); toda la evidencia, para el hospital, sería remitida al cuerpo descontextualizado del individuo. Separando la conciencia del enfermo de sí, el hospital logra constituirse como espacio ideal para examinar las desviaciones contra-natura que afectarían al hombre moderno.

Patología mental y patología orgánica serían, en función de las lecciones que nos lega Foucault, dos variantes de un mismo orden discursivo. Desde la medicina somática se definirían y se les atribuirían a todas manifestaciones del malestar la causalidad de las perturbaciones orgánicas. La división instalada por el saber médico entre lo normal y lo patológico sería aquel instrumento desde el cual se codifica la anormalidad y, el

hospital, por su parte, será aquel espacio instrumental en el que se examina y se prescriben los diagnósticos. En consecuencia, el hospital sería una máquina cultural que, en su accionar, (re)produciría fronteras, coartaría libertades, censuraría, prescribiría recetas, distribuiría espacios y delimitaría tiempos y formas de vida. Todavía más, en su ordenamiento y arquitectura, el hospital estaría gobernado por tres grandes sistemas de exclusión que afectarían al discurso, a saber, la prohibición de la palabra, la separación de la locura y la voluntad de verdad (Foucault, M., 1992). De modo tal, el hospital sería-ya en sí mismo un orden del discurso, puesto que su definición coincidiría, plenamente, con la definición de disciplina. Al respecto, Foucault señala que:

“una disciplina se define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas como verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos: todo esto constituye una especie de sistema anónimo a disposición de quien quiera o de quien pueda servirse de él, sin que su sentido o su validez estén ligados a aquel que se ha concentrado con ser el inventor. Pero el principio de la disciplina se opone también al del comentario; en una disciplina, a diferencia del comentario, lo que se supone al comienzo, no es un sentido que debe ser descubierto de nuevo, ni una identidad que debe ser repetida; es lo que se requiere para la construcción de nuevos enunciados. Para que haya disciplina es necesario que haya posibilidad de formular, y de formular indefinidamente, nuevas proposiciones. (Foucault, M., 1992, Pp. 28-29)

Ahora bien, la cuestión sería ¿qué posibilidades reales existen, efectivamente, *de formular indefinidamente nuevas proposiciones* en torno a la comprensión de una psicopatología más bien positiva, tal y como es propuesta por Foucault en “*Enfermedad mental y personalidad*”? Pues de considerarse la historia moderna de los hospitales, las posibilidades de una respuesta quedarían, inevitablemente, confinadas al lenguaje de la medicina, a su óptica científica y su modo de encarnar las relaciones

interhumanas. De considerarse, por otra, el presente de la salud pública y la realidad particular del hospital, las tentativas de configuración teórica del hospital no escaparían, tampoco, del saber médico. Lo que en definitiva opera como soporte epistémico-administrativo del hospital sería la clínica médica y la racionalidad económica de la modernidad. En síntesis, la noción de hospital público se construye sobre la base del saber y la práctica médica y, a partir de su arquitectura físico-simbólica, “ilustra claramente la articulación del mundo técnico y científico con el mundo político y social” (Bublen, Y., Even, R., Glorion, B. y Galaverna, O., 2004, p. 58)¹⁷. Sin embargo, existirían ciertas dificultades que impedirían, o bien complicarían la entrada de otro *orden del discurso* al interior de los hospitales. Ello evidencia el modo clausurado y el carácter hegemónico del saber médico sobre las instituciones hospitalarias. Evidentemente, dicha disposición cultural se presentaría al modo de una resistencia a otros discursos que pudiesen afectar y descentrar epistémicamente al espacio hospitalario. Por paradójico que parezca, no sería una característica de los hospitales públicos tener por esencia una vocación de acogida, incluso menos cuando se trataría de pensar las demandas de tratamiento evocadas, directa o indirectamente, por los “enfermos” y su cultura de clase. En esta dirección, resulta fundamental, especialmente para el posterior desarrollo de esta tesis, reconstruir la relación entre clínica, saber médico y hospital.

5.1.3. El ojo del hospital: saber médico y clínica de la mirada

El cuerpo visible es, como ya se habría señalado, el objeto sobre el cual el médico depositaría todo su saber. El ojo del hospital capturaría a este cuerpo enfermo, enajenado en la dimensión de lo orgánico, para examinarlo a partir de una *epistemología de la mirada* que excluiría, *ipso facto*, la voz del sujeto. Cabe destacar que esta *epistemología de la mirada* - evidenciada, estudiada y caracterizada por M. Foucault en su libro “*El nacimiento de la clínica*”, sería anterior a lo que Mario Bunge

¹⁷ El texto al que hacemos referencia ha sido publicado en francés, no existe traducción al castellano, por tanto, la presente cita en castellano es de la autora de esta tesis.

habría llamado en 1977 “iatrofilosofía” o “filosofía de la medicina”. Aunque a partir de esta última, se habría señalado que los enunciados de la medicina no deberían ni podrían reducirse a enunciados biológicos, lo cierto es que no existiría saber ni práctica médica si no fuera por el ejercicio de la clínica, la cual, se sabe con Foucault, quedaría reducida en la mencionada epistemología de la mirada. Si la clínica médica tendría siempre por función determinar qué es la enfermedad, su instrumento primordial ha sido el de examinar los signos a través de los cuales ella se expresaría. En aquel entramado epistemológico de la medicina positiva si bien la voz del paciente no tendría cabida, ya que tan sólo se tomaría al cuerpo y sus órganos internos para, a partir de “una vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles” (Foucault, M., 2004, p. 6), hacer “aparecer *bajo* la mirada y *en el* lenguaje lo que estaba más allá y más acá de su dominio” (Foucault, M., 2004, p. 5; las cursivas son mías). En consecuencia, el saber médico se adjudicaría “la habilidad del ojo para verificar afirmaciones verdaderas [y/] o producir aseveraciones garantizadas sobre la verdad” (Jay, M., 2007, p. 9) que emanarían del cuerpo por medio de la sintomatología corporal. En efecto, el saber médico organizaría su razón de ser en una “estructura hablada de lo percibido” (Foucault, M. 2004, p. 5) que sólo sería posible gracias al nacimiento de la clínica.

La tendencia *ocularcéntrica* de la clínica médica, propia en el ejercicio de la vigilancia, sistematización y registro de enfermedades, se edificaría sobre la base de una dialéctica del ver y el decir, donde el personal médico sería tan sólo el garante de un régimen escópico. Articulado de otro modo, el saber médico, más que el personaje que encarna al médico en sí mismo, sería el testigo ocular que, al examinar los cuerpos enfermos, desplegaría el ojo del hospital bajo la forma de una clínica de la mirada. Sin embargo, a pesar de las pretensiones de la clínica, la mirada no podría verlo todo, siempre algo se le escaparía. Al atrapar los cuerpos en una red de miradas, sería el ojo del hospital quien, a su vez, quedaría encapsulado en las evidencias. El ojo del hospital sería, para decirlo en una lógica cartesiana, un dispositivo que declararía que la evidencia es suficiente para acceder a la verdad y, por lo demás que bastaría tan sólo *un sujeto que*

sea capaz de ver lo evidente para ello. A partir de estas justificaciones se habría construido la mirada médica en un doble armazón en el que se encuentran *ideología política y tecnología médica* (Foucault, M., 2004, p. 63). De este modo, el saber médico y la clínica de la mirada, a pesar de sus desarrollos tecno-científicos, continuarían transitando por “donde la observación se hace, en el mutismo de las teorías, a la claridad única de la mirada, donde, de maestro a discípulo, se trasmite la experiencia por debajo, incluso, de las palabras” (Foucault, M., 2004, p. 83). Se seguiría olvidando, señala Foucault, “en provecho de esta historia que vincula la fecundidad de la clínica a un *liberalismo* científico, político y económico” los elementos ideológicos que hacen de obstáculo a la clínica médica y, sería prudente agregar, a la clínica cognitivo-conductual. En tal caso, la clínica sería una disposición técnica en la que el médico pretendería anudar el tiempo y la verdad de su ejercicio clasificador. Sin embargo, en sus orígenes, que se remontan a la época clásica, “la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma” (Foucault, M., 2004, p. 85). Más que un saber organizado y transmitido de generación en generación por medio de la escritura esta era una experiencia en la que el hombre aprendía y cuidaba de sí. Sin embargo, cuando la clínica se convierte en un saber pasa a ser un “puro y simple examen del individuo” (Foucault, M., 2004, p. 89). En este sentido, Foucault señala que “el examen clínico”:

“está en lo que no hace de él el inventario de un organismo enfermo; se señalan en él los elementos que permitirán poner la mano en una *clave ideal*, clave que tiene cuatro funciones ya que es un modo de *designación*, un principio de coherencia, una ley de evolución y un cuerpo de preceptos. En otros términos, la mirada, que recorre un cuerpo que sufre, no alcanza la verdad que busca sino pasando por el momento dogmático del nombre, en el cual recoge una doble verdad: ésta, oculta, pero ya presente de la enfermedad, ésta, cerrada, pero claramente deducible de la conclusión y de los medios. No es la mirada misma la que tiene el poder de análisis y de síntesis; sino la verdad sintética del lenguaje que viene a añadirse desde el exterior y como una recompensa a la

mirada vigilante (...). En este método clínico en el cual el espesor de lo percibido no oculta sino la imperiosa y lacónica verdad que nombra, no se trata de un *examen* sino de un *descriptamiento*.” (Foucault, M., 2004, p. 93).

El carácter pedagógico implícito a la clínica sigue siendo, hasta nuestros días, la respuesta dogmática de un saber que designa, bajo la verdad sintética del lenguaje, la enfermedad a partir de un nombre *designado* desde el exterior del cuerpo y las percepciones del sufriente. La clínica médica, instrumento sobre el cual se configura el ojo del hospital, sería infrecuentemente capaz de escuchar, más allá de sus designaciones, las voces de un enfermo que es también, como insiste Foucault, ciudadano. En otras palabras, las designaciones del personal médico formarían un conjunto de “enunciados [que] remiten a un medio institucional [el hospital] sin el cual no podrían formarse ni los objetos que surgen en tales localizaciones del enunciado, ni el sujeto que habla desde tal emplazamiento” (Deleuze, G., 1987, p. 36). Esto significaría que la clínica médica sería una suerte de relación *discursiva con los medios no discursivos* a partir de la que se establecerían las fronteras entre el medio instituido y el presente vivo. M. Foucault, citando a Dumas, deja en claro que la extensión del dominio clínico implica, finalmente, adueñarse de los enfermos y sus afecciones a través de un proceso en el que hay que:

“Desentrañar el principio y la causa de una enfermedad a través de la confusión y de la oscuridad de los síntomas; conocer su naturaleza, sus formas, sus complicaciones; distinguir al primer vistazo todos sus caracteres y todas estas diferencias; separar de ella por medio de un análisis rápido y delicado todo lo que le es extraño; prever los acontecimientos ventajosos y nocivos que deben sobrevenir durante el curso de su duración; gobernar los momentos favorables que la naturaleza suscita para operar en ella la solución; estimar las fuerzas de la vida y la agilidad de los órganos; aumentar, o disminuir, de acuerdo con la necesidad, su energía; determinar con precisión cuándo es preciso actuar y cuándo conviene esperar; decidirse con seguridad entre varios métodos de

tratamiento, los cuales ofrecen todos ventajas, e inconvenientes; escoger aquel cuya aplicación parece permitir mayor celeridad, más concordancia, más certeza en el éxito; aprovechar la experiencia; percibir las ocasiones; combinar todas las posibilidades; calcular todos los azares...” (Dumas, C. L., citado en Foucault, M., 2004, p. 129).

En este extenso listado de los pasos que implica la práctica clínica, definida esta desde una epistemología de la mirada, se daría a conocer su objetivo fundamental, a saber, separar al enfermo de su verdad respecto de lo que a él le acontece. Con el ojo se sabe, se decide y rige el cuerpo del enfermo despojándolo de su decir. En consecuencia, la dialéctica del ver y el decir, operadas por el médico, sería en efecto lo que haría a la enfermedad penetrable por la percepción. Percepción que facilitaría al médico una conciencia de la enfermedad que se articularía bajo la forma de una *estructura lingüística del signo* y una *aleatoria del caso* (Foucault, M., 2004, p. 131). Vale decir, siguiendo el desarrollo técnico de la clínica médica, se sabe que a partir del S. XVIII las enfermedades se presentan, por una parte, a través de síntomas y, por otra, por medio de signos. Tanto la morfología como la diferencia de valor semántico entre síntomas y signos harían posible el diagnóstico de una enfermedad. Los síntomas, señala Foucault, *transparentan la figura invariable de la enfermedad* mientras, los signos permitirían *pronosticar lo que va a ocurrir y diagnosticar lo que sería el desarrollo actual de esta*. En consecuencia, el síntoma sería la fuerza visible de la enfermedad en tanto que el signo sería aquello que traiciona a esta fuerza, facilitando con ello el *reconocimiento de las dimensiones de lo oculto*. Los signos, más allá de los síntomas, determinarían el carácter de una enfermedad, sin embargo, toda vez que el hospital público se enfrentaría a la presencia de unos síntomas que no forman una colección orgánica de signos tendería a descartar el sufrimiento como experiencia real del sujeto. En tal sentido, la práctica médica reconoce la soberanía de la consciencia como aquello que transformaría el síntoma en signo. Más allá de los pormenores en torno a la relación entre síntoma y signo, lo que se deseaba recalcar es que la experiencia clínica ha sido tradicionalmente pensada como “una lectura exhaustiva, sin

oscuridad ni residuo” que haría que “todas las manifestaciones patológicas hablarían un lenguaje claro y ordenado” (Foucault, M., 2004, p. 137). Las demandas de tratamiento, bajo estas circunstancias, dependerían completamente del personal médico y no de los propios “enfermos”.

El ojo del hospital, conjunción entre saber médico y clínica de la mirada, facilitaría para cada época determinadas formas de visibilidad de lo patológico. Un ojo no escucha y, por tanto, la técnica que se desplegaría sobre los cuerpos abriría al lenguaje “a una correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y de lo enunciable” (Foucault, M., 2004, p. 275). En consecuencia, la clínica de la mirada, en cuanto discurso científico, se habría constituido en un *decir lo que se ve*. Sin embargo, la clínica no debería quedar atrapada en las “*fenomenologías acefalas de la comprensión*” sino que, por el contrario, especialmente en los hospitales públicos, debería abrirse una escucha ahí donde los puntos ciegos hacen imposible *ver lo que se dice*.

5.1.4. El reverso de la clínica o, las orejas del hospital

Ya con Foucault se dejaba entrever que la figura del hospital había surgido bajo el alero de una justificación jurídico policial y, posteriormente, esta pasaría a ser, a partir de las reformas de las instituciones médica y el desarrollo del saber médico, un tipo de institución que, con su ojo, configuraría una división entre lo normal y lo patológico. Por medio de los axiomas de la práctica clínica, esbozados más arriba, “la anormalidad se convierte en patología y el desorden moral en desorden natural” (Pastor, J., 2009, p. 628). Sin embargo, en este ordenamiento la verdad estaría ligada, indisociablemente, “al poder que la produce y a los efectos de poder que induce” (Pastor, J., 2009, p. 269), relegando con ello al sujeto a las objetivaciones descriptivas que en nombre de su cuerpo son enunciadas. El ojo del hospital, en consecuencia, a través del saber-poder médico, vigilaría y disciplinaría los cuerpos así como produciría hábitos, conciencias, subjetividades, formas de relacionarse, formas de ser, pensar y vivir (Pastor, J., 2009). Es decir, la clínica de la mirada configuraría, en función de un determinado orden del

discurso, *las enfermedades del alma* siempre en función de los imperativos económicos, políticos y culturales de cada época. Sin embargo, tales configuraciones requerirían también de la formulación de nuevas técnicas clínicas para hacer observables las nuevas patologías. En tal sentido, los actuales procesos de somatización del malestar psíquico y psicosocial facilitarían “la expansión de una serie de cuadros clínicos situados en la frontera entre el soma y la psique” (Bornhauser, N. y Csef, H, 2005)¹⁸, cuestión que forzaría a los hospitales a dejar entrar otras formas de conocimiento clínico no necesariamente basados en la mirada.

Promoviendo un puente entre el ojo y el oído, el hospital reconfiguraría la silueta de su diagramación, sin embargo, como ya se verá, esto no implicaría desmontar ni los ejercicios del poder ni las tecnología de la subjetivación que se desplegarían como su plataforma inicial. Al examen ocular, propio de las prácticas médicas, se le anexaría la confesión y culpabilización moral, propias del poder psiquiátrico (Foucault, M., 2005). Al meticuloso examen del cuerpo visible, en efecto, se añadiría el examen introspectivo como mecanismo de visibilización de las inclinaciones ocultas del sujeto. La clínica, formulada a partir de una *epistemología de la escucha*, no sería según Foucault muy distinta a la clínica de la mirada. En efecto, en lo que podría denominarse una genealogía del psicoanálisis, Foucault (1978) señalaría que este, por ejemplo, no es sino la reelaboración del discurso confesional a partir de la sustitución de sotanas negras por batas blancas. El argumento principal, esgrimido en aras de esta genealogía, sería que “el psicoanálisis se desarrolla sobre viejas formas de saber-poder como la «indagación» de la verdad oculta a través de una detallada «verbalización» que el terapeuta «interpreta» en términos patológicos y no morales como el sacerdote” (Pastor, J., 2009, p. 630). En tal dirección, para Foucault el núcleo de la indagación clínica sería favorecer una cierta racionalización del cuerpo que, escuchando en esta oportunidad a los pacientes, buscaría descubrir el rostro oculto, la esencia invisible, de

¹⁸ Los cuadros clínicos a los que haría referencia el artículo de Bornhauser y Csef serían la fatiga crónica, la fibromialgia y la enfermedad medioambiental sensibilidad química múltiple. Se destaca la intención interdisciplinaria del artículo por pensar estos cuadros más allá de un estatuto genuinamente orgánico y avanzar la hipótesis de un origen psicosocial de la enfermedad.

lo que somos. Sólo a partir de esta escucha y de la consiguiente interpretación por parte de los saberes de los expertos podría advenir la verdad del sujeto. Efectivamente, bajo estas condiciones la clínica en tanto técnica, mezcla de saber y poder que se incardinaria en el hospital, tras confirmar la inexistencia de factores orgánicos a la base de un conjunto de síntomas, haría hablar al sujeto para que, en el marco de su discurso, este pudiese soportar la verdad de su decir.

La configuración de la escucha clínica, definida del modo en que lo haría Foucault en un inicio, no sería sino la cúspide de una *scientia sexualis* que considera a la sexualidad como el epicentro de la identidad humana. Los males sexuales del hombre se encarnarían en los órganos del cuerpo pervirtiendo así sus procesos subjetivos. Sin embargo, Foucault abandonaría pronto el proyecto de una genealogía del psicoanálisis ligada a esta idea para, de este modo, avanzar hacia una *genealogía del sujeto* (Dreyfus, H., y Ravinov, P., 1998; Colombani, M., 2009; Pastor, J, 2009). En esta última etapa, el psicoanálisis se entendería más cerca de las tecnologías del yo en tanto estas “permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, M., 1990b p. 48). En esta dirección, habría de comprender la clínica, entendiendo esta desde una epistemología como un proceso, entre otros, de subjetivación. En efecto, la clínica psicoanalítica facilitaría al sujeto formas de relacionarse consigo mismo tal y como serían propuestos por las *tecnologías del yo*: “sólo comprendiendo cómo hemos llegado a ser lo que somos podremos no sólo comprender realmente cómo somos, sino, además, llegar a ser otros distintos” (Pastor, J., 2009, p. 630). ¿No es este acaso uno de los principios fundamentales de la clínica psicoanalítica? Al menos eso podría inferirse a partir, por ejemplo, de textos como “*repetir, recordar y reelaborar*” de S. Freud.

Las orejas del hospital, si esta metáfora fuese empíricamente posible, no tendrían que descifrar ellas los significados ocultos en las profundidades del psiquismo, o del cuerpo

que puede ser lo mismo, sino que tendrían que facilitar al sujeto las posibilidades de encontrarse y extraer por sí mismo las verdades de su discurso. En este sentido, la clínica no sería una técnica de la verdad sino, como señala P. Ricoeur (1984), una técnica de desenmascaramiento de las máscaras o una *hermenéutica de la sospecha*. En este sentido, contra ciertos análisis y preferencias foucaultianas se considerará, en esta tesis, que la clínica psicoanalítica no sería un tipo específico de saber-poder normalizador, disciplinario y pastoral sino, por el contrario, en cuanto *hermenéutica de la escucha*, sería no ya una formula cristiana del “conócete a ti mismo” sino una posibilidad pagana del “cuidado de sí”. En consecuencia, más allá de las prescripciones teóricas en torno a la clínica del siglo XVIII al XX, esto es, centrada en la observación sistemática de síntomas orgánicos y la escucha de afecciones psíquicas, la *hermenéutica de la escucha* tendería, hoy en día, a constituirse en los bordes de la clínica y la metapsicología.

5.1.5. Clínica y metapsicología

La cuestión central a ser abordada por la clínica, en los tiempos actuales, ya no sería tanto el carácter patológico del individuo sino la creciente patologización de su vida cotidiana. Esto no significaría, necesariamente, promover la salida de la clínica del hospital sino, inversamente, la cuestión estaría en abrir el hospital a lo social. Para ello, entonces, la clínica habría de constituirse como un discurso en el que se cruzan el análisis epistémico, histórico y político (Aceituno, R., y Bornhauser, N, 2005). No se trataría con ello de hacer una clínica de la conciencia ni de la concientización sino, por una parte, se trataría de comprender la clínica como aquel “discurso que pone en evidencia características y dinámicas propias de la subjetividad actual” (Aceituno, R., y Bornhauser, N, 2005, p. 112). Ello implicaría no sólo hacer de la clínica sino también del hospital un *revelador antropológico* de las patologías actuales.

La clínica, efectivamente, puede concebirse desde la metapsicología toda vez que en los cuerpos visibles subyace lo irrepresentable, aquello no simbolizado que inscribe

signos y síntomas que, a pesar de manifestarse en el cuerpo, no remiten, ni de una u otra forma, a los órganos corporales. Es decir, el *examen* de las patologías actuales indicaría, al menos generalmente, que existiría una falta de inscripción material de ciertos síntomas padecidos en el cuerpo por el sujeto: “el cuerpo vivido en su vulnerabilidad reenvía al sujeto enfermo a su propia fragilidad, y lo obliga muy a menudo a todo un trabajo interior, unas veces de duelo, y otras de colecta de identidad, de búsqueda de sentido o de reconquista de un espacio humano amenazado” (Jadoulle, V., 2007, p. 70)¹⁹. De ahí que aquello que se presentaría como enfermedad, bajo los signos y síntomas de la *somatización*, tendría, inexorablemente, que favorecer una clínica de la “*repsychisation* de la existencia” y, para ello, el hospital tendría que pensarse como un espacio “con arreglo al desamparo del enfermo y con arreglo a las limitaciones efectivas de su cuerpo indispuerto y de la institución de sus cuidados” (Jadoulle, V., 2007, p. 70). Obviamente, esto sólo tiene sentido, teórica y fácticamente, al observarse que las *patologías actuales* “apuntan más a una falta en la estructura del aparato [psíquico] que a un despliegue sintomático florido” (Vega, M., 2010, s/p). Estas patologías oscilarían “entre la ansiedad de separación y las ansiedades de intrusión” (Green, A., citado por Vega, M., 2010) y operarían por medio de primitivos mecanismos de defensa (escisión, desinvestidura, desmentida, somatización, entre otros). En otras palabras, las patologías o trastornos actuales emanarían, por una parte, del “*debilitamiento de los soportes identificadorios*; (...) decaimiento del *nomos* (...); *desencantamiento de mundo*” y sus metarrelatos así como del actual “imperio de la imagen” (Aceituno, R., y Bornhauser, N., 2005, p. 114). Por otra, las patologías actuales emanarían de un *inconsciente escindido* (Freud, S., 1940 [1938]) donde lo pulsional se manifestaría en forma de afecto no significado.

La clínica actual giraría en torno a los dolores (somáticos) y sufrimientos (psíquicos) que, articulándose en torno a un excesivo blindaje del sujeto moderno ante los riesgos y desafíos de la vida cotidiana (lo que va de suyo), tendría que realizar un “trabajo real

¹⁹ El texto citado ha sido publicado originalmente en francés, no existe traducción al castellano por tanto las citas que se presentan de este texto son de la autora de esta tesis.

de enlace” entre la medicina, la enfermedad y el psicoanálisis (Jadoulle, V., 2007). De este modo, señala Jadoulle, sería tarea de los médicos reconocer que debajo de las quejas y demandas de los pacientes se esconderían diversas quejas y demandas implícitas e inconscientes, sin embargo, ello no debiera forzar a la clínica a desconocer o anular las demandas iniciales. En consecuencia, la clínica se enfrentaría a nuevos desafíos que, como ayer, la sitúan en un campo de acción donde los trastornos somáticos serían, en muchos casos, la evidencia de trastornos psíquicos. En consecuencia, con la metapsicología recordamos que las dinámicas del psiquismo se articulan a hechos fundantes de la cultura. La clínica, en ese preciso sentido, ha de abordar las patologías actuales como un sufrimiento no reducible a la biología ni a la psicología y, por tanto, ha de situarlos en el campo de la historia y la sociología. De lo contrario, “una clínica sin metapsicología es, simplemente conductista, al estilo del DSM-IV, como toda clínica que se enfoque exclusivamente en las condiciones observables de los trastornos” (Coloma, J., 2006). Aún más, entender la clínica metapsicológicamente implicaría, por lo demás, la capacidad de operar en las fronteras de lo intra-psíquico y lo intersubjetivo, espacio donde no existirían condiciones observables y que, incipientemente, facilitaría la interrogación del espacio hospitalario y su legalidad constitutiva.

La relación entre clínica y metapsicología fundamentaría las posibilidades de no limitar, a lo biológico, lo vivido por el paciente, abriendo con ello un espacio para la *intencionalidad inconsciente* que, somáticamente, se manifestaría al modo de una crisis subjetivo-corporal. En tal dirección, el aporte fundamental de la metapsicología será el de permitir a la clínica, en el espacio hospitalario, afrontar el o los conflictos psíquicos que gatillarían los procesos de somatización. En otras palabras, la clínica sería el instrumento con el cual facilitar el pasaje de las tensiones y conflictos pulsionales del sujeto al campo representacional de su aparato psíquico, esto es, resituando aquello que expresándose en el cuerpo formaba parte del conflicto psíquico (Freud, S., 1950 [1895]). En consecuencia, la metapsicología constituye, para la clínica, “una forma de racionalidad para los procesos inconscientes” (Assoun, P-L., 2002, p.20). Pero, tal y

como lo señala Paul-Laurent Assoun, habría que destacar que la metapsicología, en la línea del proyecto freudiano, sería siempre, “a causa de lo real clínico” (Assoun, P-L., 2002, p. 19), una obra abierta favorable a la “plasticidad del objeto clínico que, a su vez, es ese real reactivo a toda <<racionalidad>>” (Assoun, P-L., 2002, p. 20). La metapsicología sería, entonces, a la luz de la arquitectura clínica el fundamento conceptual del psicoanálisis. No habría otra forma de clínica que esté, ya sea en su estructura epistémica interna o en su despliegue técnico, fundamentada en la reconstrucción histórica de los procesos *más allá* de las descripciones razonadas. Ahora bien, como ha señalado el mismo Assoun en una entrevista que diera en Argentina, el malestar “es una realidad, no un elemento psicológico”, por tanto, la metapsicología se interesaría más por las posiciones subjetivas del sujeto y menos por los síntomas con los que la medicina tiende a confundir al sujeto. La clínica metapsicológica entendería, en efecto, que los síntomas son tanto *signos del malestar en psicopatología* como *signos del malestar en la cultura* (Assoun, P-L., 2005). Sólo rodeando lo irrepresentable la clínica podría “localizar las instancias, evaluar las fuerzas, calcular las inversiones y los gastos” del inconsciente comprometidos en el conflicto psíquico-pulsional; esto, en definitiva, formaría “el triple imperativo de la explicación metapsicológica” (Assoun, P-L., 2002, p. 27).

Más allá de la psicología la clínica sería un tipo de investigación que, situada entre el soma y la psique, se interesaría por la historicidad de los procesos psíquicos y su causalidad inconsciente. En virtud de este eminente carácter inconsciente sería posible producir efectos de “recalificación clínica y psicopatológica” (Assoun, P-L., 2002, p. 105), ya que la clínica psicoanalítica se nos daría bajo la forma metapsicológica de un saber del síntoma.

5.1.6. Saber del síntoma y psicoanálisis

Encadenada y sometida al síntoma es que la clínica permitiría la producción de la teoría psicoanalítica tal y como fue, paso a paso, definida por Freud. En este sentido, en su 16ª conferencia (1917 [1916-17] Freud habría señalado que la concepción psicoanalítica es más una experiencia clínica que un sistema especulativo, es decir, esta no sería sino la “experiencia directa de la observación o resultado de su procesamiento” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 224). A través de la clínica el psicoanálisis se ejercería, en efecto, como un modo de investigación que facilitaría “averiguar la fábrica interna de la vida del alma” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 233) y con ello posibilitar un “tratamiento psíquico” que, en el rigor de la experiencia clínica, operaría “*desde el alma*” o psique del paciente (Freud, S., 1890, p. 115). Cabe subrayar que, desde sus inicios, las proposiciones teórico-clínicas de Freud siempre se construyeron sobre la base de un *desde* y no a partir de un *sobre* el alma. El saber del síntoma no sería, en función de esta primera determinación, ni en la hipnosis –etapa pre-psicoanalítica- ni en la *talking cure*, determinado ni propuesto a partir de los prejuicios teóricos del clínico, como en el caso de la psiquiatría y las psicologías de la conciencia, sino que, inversamente, este afloraría *entramado* en el *vivenciar* del sujeto. Esto, bajo ninguna circunstancia, significaría que el clínico estaría desprovisto de ideas, externas o ajenas al sujeto/paciente, sino tan sólo que estas ideas se supeditarían, hermenéuticamente, al *vivenciar* o al “nexo con la vida de las personas que los exhiben” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 236) para que de este modo sean ellas quienes, finalmente, puedan aceptar todas las interpretaciones por su propio trabajo. La clínica psicoanalítica estaría por efecto *metapsicológico*, de Freud a Lacan, *ligada* irremediablemente a un cierto saber del síntoma que, por una parte, sería interpretable, por parte del sujeto y del clínico, a partir del mismo *vivenciar* íntimo y singular del primero y, por otra, implicaría una interpretación histórica de aquello que lo forma y lo mantiene.

La interpretación histórica del síntoma sería un modo inevitable de acercarse a las *producciones inconscientes*. Esto, porque los síntomas serían la prueba viva de un fragmento determinado en el pasado del sujeto que, al enajenarlo de su presente y

futuro, le impediría “acabar con la situación traumática, como si ella se les enfrentara todavía a modo de una *tarea actual insoslayable*” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 251; las cursivas son mías). En consecuencia, el síntoma sería la expresión de un saber que, encapsulando el contenido de un suceso traumático, sólo podría expresarse bajo la forma de un desconocimiento. Fragmentos de la psique, atrapados en un recorte penoso del pasado, quedarían comandados “por unos huéspedes forzosos oriundos de un mundo extraño” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 254) a la conciencia pero que, no por ello, serían ajenos a la formación de las representaciones del sujeto. Ahora bien, podría accederse a estos recortes a través de la conciencia toda vez que estos, primero, irrumpen hasta ella bajo la forma de síntomas. La clínica psicoanalítica, en esta dirección, tendría por función permitir al sujeto discernir las *precondiciones psíquicas* de los síntomas para, así, facilitarle al sujeto tomar conciencia de ellos. Esto supone, *a priori* y desde cualquier ángulo analítico, que el o los sentidos del síntoma, en tanto “retoños de procesos inconscientes”, le son desconocidos al sujeto que los padece. Es por ello que el psicoanálisis no puede prescindir de lo anímico inconsciente para encontrarse con el saber de los síntomas. En síntesis, como señala Freud, en su “18ª conferencia. La fijación del trauma, lo inconsciente”:

“el sentido de los síntomas es por regla general inconsciente; pero no solo esto: existe también una relación de subrogación entre esta condición de inconsciente y la posibilidad de existencia de los síntomas. (...) De procesos conscientes no se forman síntomas; tan pronto como los que son inconscientes devienen conscientes, el síntoma tiene que desaparecer” (Freud, S., 1917 [1916-17], pp. 255-256).

Los síntomas estarían encadenados y, por tanto, subordinados a ideas inconscientes, de ahí que el saber de los síntomas no pueda ser sino de carácter inconsciente. No se trataría de un saber de la conciencia, puesto que toda vez que esta llegase a descifrar sus sentidos el síntoma *tendería* a desaparecer. Sin embargo, en su constitución, los síntomas serían enigmas a descifrar y, en función de lo inconsciente, la clínica sería

aquel instrumento con el que habría que recorrer el aparato psíquico para dar con el *desde y hacia dónde o para qué* el sujeto los fabrica. En tal dirección, lo inconsciente sería aquel saber del síntoma dónde este queda atrapado y movilizado por la libido en una contra-investidura pero que, a pesar de ser la manifestación empírica de un “desajuste de la razón”, no sería en efecto la esencia de las enfermedades. Por tanto, no bastaría, indica Freud, con suprimir los síntomas y hacerlos conscientes. Si en el síntoma coinciden las dos tendencias del conflicto psíquico –“*lucha entre mociones de deseo*” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 318)- el saber asociado a este tan sólo podría aparecer, indeclinablemente, como una paradoja. Por tanto, el síntoma sería un tipo de saber que, escapando de la racionalidad, quedaría completamente desfigurado en una multiplicidad de sentido. El síntoma actuaría como “una ambigüedad escogida ingeniosamente, provista de dos significados que se contradicen por completo entre sí” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 328) y, de ahí que la clínica psicoanalítica, en tanto saber desfigurado del síntoma, habría de escuchar e interpretar el material inconsciente.

La clínica médica o las psicologías de la consciencia, consideradas desde los espacios hospitalarios, que en efecto no serían el espacio desde el cual Freud avanzó la experiencia psicoanalítica, se encontrarían, en términos generales, sólo con “el vivenciar accidental (traumático) [del adulto]” y olvidarían y/u obviarían “las predisposiciones por fijación libidinal de los pacientes” (“vivenciar prehistórico o constitución sexual + vivenciar infantil”) (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 330). De ahí que, para avanzar en una propuesta psicoanalítica de la intervención en crisis sea necesario, incluso antes de definir esta última en su versión tradicional, establecer que la clínica, al menos en la experiencia psicoanalítica, sería un modo de individualizar en el síntoma la satisfacción libidinosa del paciente.

A modo de resumen, el síntoma, inicialmente, adquiere dos vertientes (vía del sentido y de la satisfacción libidinal) que han de colegirse no en un saber epistémico sino en la experiencia clínica. Sería por esto que la clínica es un saber isomorfo del síntoma a través del cual lo inédito del inconsciente puede llegar a decirse. En consecuencia,

desde el psicoanálisis no se generaría ni habría una teoría del síntoma, entendida esta “como una relación médica a los signos de la enfermedad” sino que, en su discurso, Freud habría supuesto tan sólo “una aproximación a lo que hace síntoma en el sujeto mismo, en su conflictiva entrada al mundo de la sexualidad y la diferencia” (Aceituno, R., 2001, p. 113). Ahora bien, si hay algo que *hace síntoma* en el sujeto, este algo sólo podría captarse bajo las formas de su investidura, por tanto, el síntoma puede ser tanto *una satisfacción sustitutiva* (“Manuscrito K”), *una formación de compromiso* (“Manuscrito K”, “Carta 46” y “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”), *la realización de una fantasía* (“Manuscrito M”), *el cumplimiento del deseo* (“Carta 105”) o *el símbolo mnémico del trauma* (“Proyecto de psicología”), *una forma de protección contra la angustia* (“Inhibición, síntoma y angustia”).²⁰ En fin, múltiples serían las posibilidades formales del síntoma, sin embargo, todas ellas, desde las primeras proposiciones psicoanalíticas, se articularían a una serie de traumas (*vivencia de dolor*) que, ya no al modo meramente psicopatológico, facilitarían el funcionamiento psíquico.

5.1.7. Psicoanálisis, inconsciente y aparato psíquico

Con el nacimiento del psicoanálisis Freud habría operado un descentramiento de la consciencia, sometiéndola a fuerzas oscuras que ella, y las ciencias, históricamente habrían ignorado. El síntoma, por ejemplo, no sería sino una pequeña muestra o un efecto de esta fuerza, “restos (reminiscencias) de vivencias profundamente conmovedoras que han sido apartadas [reprimidas] de la conciencia cotidiana, y que su forma es determinada (de una manera que excluye la acción deliberadora) por las particularidades de los efectos traumáticos de las vivencias” (Freud, S., 1913 [1911], p. 212) y que, por tanto, gobernarían al aparato psíquico. En este sentido preciso, los restos no serían sino “eso reprimido que se exterioriza en los síntomas” (Freud, S., 1914, p. 154) en forma de una verdad en camino. Es decir, una verdad no sabida por el

²⁰ Los siguientes textos: *Manuscrito K*; *Carta 46*; *Manuscrito M*; *Carta 105* y *Proyecto de psicología* se encuentran en Freud, S., 1950 [1895]. Para *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, ver Freud, S., 1896. Finalmente para “*Inhibición, síntoma y angustia*” ver: Freud, S., 1926 [1925]

sujeto pero que lo determinaría. La hipótesis del *inconsciente* sería, en consecuencia, la de un saber en el que “a nada puede ponerse fin, nada es pasado ni está olvidado” (Freud, S., 1900., p. 569), puesto que, en su indeterminación formal, el inconsciente no sería más que un conjunto de *representaciones latentes* que estando *presentes* pueden *desaparecer* de la consciencia (Freud, S., 1912, p. 271). Aún más, se cita *in extenso* a Freud:

“Una representación –o cualquier otro elemento psíquico- puede estar ahora *presente* en mi conciencia, y un momento después *desaparecer* de ella; puede reaflorar intacta después de un intervalo, y hacerlo, como decimos nosotros, desde el recuerdo, no como consecuencia de una nueva percepción sensorial. Es para dar razón de este hecho que nos vemos llevados a suponer que la representación ha estado presente en nuestro espíritu también durante el intervalo, aunque *latente* en cuanto a conciencia (...).

Ahora llamemos <<conciente>> a la representación que está presente en nuestra conciencia y de la que nosotros nos percatamos (*we are aware*), y hagamos de este el único sentido del término <<conciente>>; en cambio, a las representaciones latentes, si es que tenemos fundamentos para suponer que están contenidas en la vida anímica (...), habremos de denotarlas con el término <<inconciente>>” (Freud, S., 1912, p. 271).

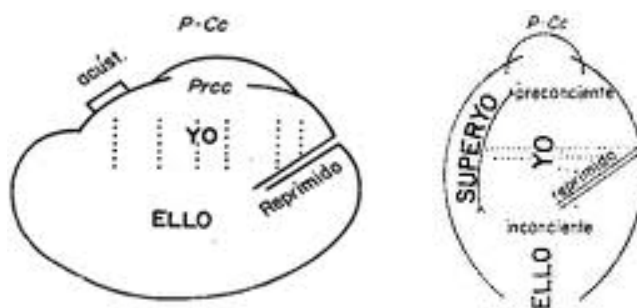
Es destacable el hecho de que una representación, incluso después de un *intervalo* de tiempo considerable, pueda *reaflorar intacta*. Este rasgo atemporal del inconsciente haría de él una fuerza extremadamente eficiente y dinámica. Eficiente porque gobernaría, por decirlo de algún modo, el ritmo de la vida anímica; especialmente en la histeria. Y dinámica, sería la fuerza del inconsciente, porque, “a pesar de su intensidad y su acción eficiente” (Freud, S., 1912, p. 274), le permitiría mantenerse alejado y separado de la consciencia. Pero, incluso más, Freud (1912, p. 275) señala que:

“Lo inconciente es una fase regular e inevitable en los procesos que fundan nuestra actividad psíquica; todo acto psíquico comienza como inconciente, y puede permanecer tal o bien avanzar desarrollándose hasta la conciencia, según que tropiece o no con una resistencia”.

El carácter eficiente y dinámico del inconsciente sería, en efecto, su condición de fuerza motora del aparato psíquico. Cada acto –síntoma, lapsus, actos fallidos, represión, resistencia, transferencia, etc.- comenzaría en aquel territorio, “activado *por el momento*, aunque *por el momento* no sepamos nada de él” (Freud, S., 1933 [1932], p. 65), donde quedarían desfigurados tanto el yo como el superyó en manos de la fuerza pulsional emanada desde el *ello*; esto, por supuesto, ya en función de la segunda tópica freudiana. “Superyó, yo y ello son ahora los tres reinos, ámbitos, provincias, en que descomponemos el aparato anímico de la persona” (Freud, S., 1933 [1932], p. 67). No obstante, sólo el superyó y el yo serían, tanto descriptiva como dinámicamente, conceptualizable, mientras que el *ello* sería “una caldera llena de excitaciones borboteantes” que, en su extremo, estaría abierto hacia lo somático y a las pasiones desenfrenadas. El *ello*, a propósito de este carácter indómito, haría fracasar de tanto en tanto al yo en sus empeños por armonizar las exigencias y reclamos de este, del mundo exterior y del superyó, favoreciendo con ello diversas modalidades de malestar subjetivo. En palabras de Freud:

“... pulsionado por el ello, apretado por el superyó, repelido por la realidad, el yo pugna por dominar su tarea económica, por establecer la armonía entre las fuerzas e influjos que actúan dentro de él y sobre él, y comprendemos por qué tantas veces resulta imposible sofocar la exclamación: <<¡La vida no es fácil!>>. Cuando el yo se ve obligado a confesar su endebles, estalla en angustia, angustia realista ante el mundo exterior, angustia de la conciencia moral ante el superyó, angustia neurótica ante la intensidad de las pasiones en el interior del ello.” (Freud, S., 1933 [1932], p. 73).

Ocurre, entonces, que el aparato psíquico estaría constituido y gobernado por estas instancias –yo, superyó y ello- pero, sin embargo, no existirían estas como instancias puras y delimitadas por fronteras claras entre ellas sino, por el contrario, en el aparato psíquico estas instancias se perderían *unas en otras*. Esto significaría, en consecuencia, que el aparato psíquico estaría constituido por nexos indisolubles entre sus partes. En términos esquemáticos Freud, en “*El yo y el ello*”, dibuja lo que sería el aparato psíquico sin considerar la existencia del superyó, en cambio, en las “*Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*”, el superyó será incluido como aquello que se sumerge en el *ello*.



Ahora bien, en ambos esquemas, pese a las diferencias, lo que subyace sería un nexo evidente entre el aparato psíquico y el mundo exterior, el cual puede observarse en la frontera constituida por la Percepción – conciencia y el mundo interno. Esta división, consciente-inconsciente, estaría mediada en todo momento por lo preconscious, es decir, aquellas *representaciones latentes débiles* que tiene por facultad hacer recordar lo reprimido. En tal sentido, la clínica psicoanalítica tendría por tarea fundamental someter al inconsciente al imperio del preconscious; al menos esto bajo la egida de la primera tópica del aparato psíquico esbozada por Freud en el año 1900. Si bien Freud, al final del camino, prioriza la segunda tópica por sobre la primera esto no quiere decir, de modo alguno, que esta última desaparezca como evidencia de la experiencia clínica. Lo que sucedería es que con la segunda tópica Freud trabajaría sobre el componente dinámico del aparato psíquico, sin embargo, para que ello sea realmente efectivo será siempre necesario su composición topológica. Impensable sería el aparato psíquico si

este careciera de lo topológico y lo dinámico así como de las influencias del mundo exterior. En tal sentido, el psicoanálisis constituiría en sí mismo un modo, entre otros, de exploración y tratamiento metapsicológico de la vida anímica, donde la indagación clínica giraría en torno a huellas psíquicas que remontarían siempre al sujeto a las cercanías de su origen psíquico. En palabras de Freud, “el psicoanálisis es una notable combinación, pues comprende no sólo un método de investigación (...) sino también un método de tratamiento” (Freud, S., 1913 [1911], p. 211). En esta combinación lo que estaría en juego sería algo más que una descripción del funcionamiento psíquico, pues al trabajar y observar este funcionamiento lo propio del psicoanálisis sería dar una “explicación dinámica basada en la interacción de las fuerzas anímicas.”

La relación entre inconsciente y aparato psíquico sería completamente vital para la clínica y la teoría psicoanalítica, puesto que, por una parte, el aparato psíquico no sería, en ningún caso, una instancia predeterminada sino, inversamente, sería aquello que deviene por agitación de las pulsiones o “poder del ello” (Freud, S., 1940 [1938], p. 146). Por otra parte, dicha relación le permitió a Freud reconocer que “la economía del deseo prevalece sobre la racionalidad economicista en la determinación de la conducta, donde la originariedad, la unidad y soberanía del Yo son denunciadas como ilusiones, donde la vida anímica deja ver su radical conflictividad, trayendo a la escena interior, en la segunda tópica, el dramático enfrentamiento de organismo y cultura” (Pérez, A., 2004, p. 3). En consecuencia, el aparato psíquico estaría, principalmente, gobernado por aquella instancia inconsciente denominada como el *ello*, esto porque ella sería “la más antigua de estas provincias o instancias psíquicas [y]: su contenido es todo lo heredado, lo que se trae con el nacimiento, lo establecido constitucionalmente; en especial, entonces, las pulsiones que provienen de la organización corporal, que aquí [en el ello] encuentran una primera expresión psíquica, cuyas formas son desconocidas (no consabidas) por nosotros” (Freud, S., 1940 [1938], p. 143). Aquí, sin embargo, habría que decir, por lo demás, que las pulsiones no sólo provienen de lo corporal, lo que se hereda también es lo cultural. De ahí que la pulsión sea a la vez tanto metapsicológica como somática. A partir de esta “naturaleza” dual sería que va

constituyéndose, entonces, el aparato psíquico por y a través de las energías o fuerzas activas en su interior en relación a las necesidades de la vida tramitadas, directamente en el mundo exterior, por mediación del yo.

5.2. Represión, trauma y conflicto psíquico

La estructura del aparato psíquico o anímico, concebido bajo la mixtura de la primera y segunda tópica freudiana, estaría ligada, *indisociablemente*, a lo traumático. Tal ligadura puede ser pensada, con Freud, como una experiencia en la que, más allá del principio del placer, el sujeto se ve confrontado con lo originario. Esto, en primer lugar, porque en la estructura del aparato psíquico operarían aquellas alteraciones entre caracteres somáticos, metapsicológicos y contenidos de consciencia que, producto del transitar pulsional (investidura y contra-investidura), nunca coincidirían del todo entre sí. Es decir, las ocurrencias psíquicas del sujeto estarían, constitutivamente, en *conflicto* respecto de su constitución heredada. Ahora bien, sería a propósito de esta disimetría fenomenal que existiría una relación o conexión sumamente estrecha entre ellas. El funcionamiento del aparato psíquico estaría sostenido por este *conflicto*, cuestión imprescindible para la interacción entre el *consciente*, el *preconsciente* y el *inconsciente*. En tal sentido, cada una de estas instancias respondería a coordenadas tanto tópicas, económicas como dinámicas en torno a las cuales operarían, por otra parte, los *retornos de lo reprimido*. Estas cuestiones suponen una revisión teórica del aparato psíquico a la luz de la *economía pulsional*, puesto que las pulsiones, en sus exigencias, sólo podrían ser percibidas a través de representaciones que, enlazando lo reprimido a la producción de nuevas imágenes, operarían por *efecto retardado* (*nachträglichkeit*). En consecuencia, tanto el acaecer psíquico como el de las dolencias normales y patológicas se estructurarían alrededor del *principio placer-displacer* y su relevo por el *principio de realidad*. En función de estas coordenadas generales es que se levantará la plataforma sobre la cual, posteriormente, se interrogará la relación entre trauma, conflicto psíquico y *crisis* subjetiva en el marco de la intervención en crisis.

5.2.1. Pulsión y represión

Freud señaló que la *represión* sería uno, entre otros, de los destinos de la *pulsión* (Freud, S., 1915a). A primera vista, parecería del todo extraño sostener tal afirmación, especialmente, cuando la pulsión, en cuanto energía incontenible proveniente de las profundidades del cuerpo, tuviese efectivamente por horizonte dirigirse hacia aquel mecanismo psíquico que, en esencia, implicaría contener, refrenar y constituir una división entre las instancias preconscious e inconsciente. La represión, asimismo, produciría la escisión entre pulsión y consciencia aun cuando mantendría el vínculo entre la pulsión y su presentación (imagen) psíquica (Ricouer, P., 1970). Sin embargo, el carácter inmanente de la ligazón entre represión y pulsión sería posible debido al juego entre la *represión* de ciertas representaciones y su *retorno* que, producto de las operaciones defensivas del aparato psíquico por mantener alejados ciertos contenidos de la consciencia, alterarían la vuelta a la percepción de las experiencias pasadas. En tal sentido, ocurre que la represión posibilitaría al sujeto tan sólo *postular*, y por ende impediría captar directamente, la expresión psíquica primaria de la pulsión (Ricouer, P., 1970, p. 121): la represión sería, entonces, siempre *secundaria* respecto de una *represión originaria* cuya función sería impedir a las re-presentaciones psíquicas llegar a lo consciente, o, en su defecto, simplemente permitirles llegar desprovistas de su investidura afectiva. Pulsión y represión compartirían, en consecuencia, la necesidad de evitarle al sujeto el displacer. En este sentido, la represión se constituiría tanto en un mecanismo inconsciente orientado a la satisfacción pulsional como a la censura que opera desde el preconscious. Apartando *algo* de la consciencia (Freud, S., 1915) la represión abarcaría una diversidad de mecanismo defensivo pero sólo constituiría uno de los cuatros destinos posibles de la pulsión. Bajo cualquier circunstancia, lo cierto sería que la represión es uno, entre otros, de los mecanismos que defienden al yo de los conflictos psíquicos, es decir, su función sería al igual que la denegación, la conversión, el desplazamiento, la proyección, la sublimación, etc., la protección preventiva del yo ante diversas formas de conflicto psíquico.

A contracorriente, la pulsión en su presentación psíquica sería un fragmento de actividad –energía, estímulo, tensión- de la realidad psíquica que, al modo de una *fuerza constante*, se establecería como concepto-límite entre lo psíquico y lo somático, “como un representante [*Repräsentat*] psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (Freud, S., 1915a, p. 117). En este sentido la pulsión actuaría, por esencia, gracias a un esfuerzo [*Drang*] que no sería sino “la suma de fuerza o medida de la exigencia de trabajo que ella representa [*repräsentieren*]” (Freud, S. 1915, p. 117) y que, por definición, siempre estaría orientado hacia una meta [*Ziel*]. En el caso de la teoría freudiana, esta meta –invariante- sería la satisfacción parcial que el sujeto alcanza cuando quedan cancelados los estímulos en la *fuerza* de la pulsión. Ahora bien, a pesar del carácter invariable de la meta, esta parcial satisfacción de las pulsiones podría alcanzarse a través o por medio de múltiples caminos. Esto, significa que las pulsiones estarían enlazadas de modo variable al objeto [*Objekt*] de su satisfacción, esto es, producto de los cambios de vías [*Wechsel*], las pulsiones no tendrían un objeto pre-determinado aun cuando “el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones” (Freud, S., 1915, p. 118). Este *entrelazamiento de pulsiones* puede, eventualmente, fijarse a un objeto. No obstante, las fuentes [*Quelle*] de las pulsiones, en tanto “proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado [*repräsentiert*] en la vida anímica por la pulsión”, a diferencia de sus objetos, si estarían fijados indisolublemente en su origen en la fuente somática y sólo podrían “inferirse retrospectivamente con certeza (...) a partir de sus metas (Freud. S., 1915a, p. 119). En consecuencia, las pulsiones –al decir de Ricouer (1970, p.120)- “expresa[n] el cuerpo en el alma en el plano psíquico”. De ahí que estos elementos (esfuerzo, meta, objeto y fuente) constituyan, a los ojos de Jacques Lacan, lo que hoy se conoce como *circuito pulsional*. Con esta concepción de circuito cerrado Lacan introduce una leve diferencia respecto del entendimiento freudiano: lo importante de la pulsión no estaría ya en su *satisfacción* sino en su *trayecto*. Aun cuando se considerará esta diferencia de ahora en más, ello no significaría abandonar la fidelidad a Freud. Lo que se destacaría,

con este desplazamiento teórico, es que ya en Freud los destinos pulsionales se transformarían en su contrario: de mirar a ser mirado, de hacer sufrir al otro a hacerse sufrir. En tal sentido, al menos resumidamente, los destinos de la pulsión serían: 1. el trastorno hacia lo contrario; 2. la vuelta hacia la persona propia; 3. la represión y, 4. La sublimación. Todos estos destinos, sin importar sus particularidades, hacen parte, de una u otra forma, de un escudo que protege al yo de los conflictos psíquicos, sin embargo, sería la represión quien protegería al yo de la angustia. Ahora bien, más allá de estos destinos, lo cierto sería que “los destinos de pulsión pueden ser presentados también como variedades de la *defensa* contra las pulsiones” (Freud, S., 1915a, p. 122) y, sería en ese sentido que aquello que más importa a la clínica psicoanalítica sean las defensas fracasadas. Ello quiere decir que las pulsiones al modificarse constituirían el aparato psíquico en torno a un conflicto que le sería, inherentemente, constitutivo.

Los destinos pulsionales operarían, al menos en términos generales, por una mudanza en su contrario o, lo que Freud llama, *trasposición de amor en odio*. En esta dirección sería que las pulsiones y sus destinos estarían indisolublemente ligados a las lógicas de placer-displacer. Incluso más, Freud señaló que “la satisfacción de la pulsión sometida a la represión sería sin duda posible y siempre placentera en sí misma, pero sería inconciliable con otras exigencias y designios. Por tanto, produciría placer en un lugar y displacer en otro” (Freud, S., 1915b, p. 142). Con ello se afirmaría que la existencia de los elementos pulsionales forma un circuito, especialmente cuando el poder del displacer es efectivamente mayor que el placer de la satisfacción. Bajo estas circunstancias, el aparato psíquico se constituiría en torno a una serie de conflictos no resueltos, donde los derivados psíquicos de la presentación reprimida –originaria o primaria- necesariamente habrán de ser reprimidos secundariamente. Esto es, ahí donde los otros destinos pulsionales han fracasado acontece la “represión propiamente dicha”. En esta línea sería que la represión aparece como uno de los cuatro destinos pulsionales, pero, precisamente por ello, es que la represión, por su parte, no sería “un mecanismo de defensa presente desde el origen”, se engendraría ella con posterioridad. La emergencia de la represión sería tan sólo posible una vez que el

aparato psíquico esté, estructuralmente, ordenado en torno a sus dos partes constitutivas, a saber, “la actividad conciente y la actividad inconciente del alma” (Freud, S., 1915b, p. 142). Por tanto, a la represión le tocará ser el instrumento cuya función es “*rechazar algo de la consciencia y mantenerlo alejado de ella*” (Freud, S., *Ibídem*; las cursivas son del original). Si bien, los otros destinos pulsionales tendrían idéntica función, a saber, mantener la defensa contra las mociones pulsionales, sería la represión –y luego, en la clínica, la resistencia- aquel mecanismo que “consistirá en una auténtica transformación de afectos, en virtud de la cual lo que engendraba placer engendra en lo sucesivo displacer” (Ricouer, P., 1970, p. 123). Esto quiere decir que, por una parte, la represión primordial sería la condición de posibilidad de la represión propiamente dicha (o secundaria), pues la fijación del conflicto psíquico se descompondría, paradójicamente, en una repulsión por la consciencia y una atracción ejercida por el inconsciente alrededor de lo que sería una huella mnémica imborrable en la constitución del psiquismo. Por otra parte, la contra-investidura pulsional, producida por obra de la represión secundaria, supondría el carácter decidido de la presión pulsional –hacia una meta-, pero, sin embargo, con ello se fortalecerían los cambios de vías, favoreciendo así que el yo restaure el estado anterior de reposo del aparato psíquico al obturar, lo que a partir de 1926 sería, la *angustia-señal*.

La represión, al ser un mecanismo defensivo, habría actuado, de acuerdo a las caracterizaciones del mismo Freud, al menos hasta 1915, como parte de un sistema defensivo orientado a la protección de un peligro intra-psíquico de carácter libidinoso o moral más que frente a los peligros externos y físicos, cuestión que facilitaría la angustia como un efecto o consecuencia lógica de la represión. En otras palabras, la represión de cualquier vivencia psíquica conflictiva para el sujeto provocaría en él una sensación vivida por el cuerpo como ominosa. Sin embargo, a partir de 1926 [1925] Freud estableció que la angustia tendría más la función de una anticipación-señal y menos la de un efecto de los fracasos de la represión. En tal dirección, la angustia-señal anticiparía la situación traumática al repetirla una vez tras otra de forma mitigada. Al someter al sujeto a la repetición mitigada de la angustia traumática sería que la

represión buscaría des-investir las cargas afectivas y reorientar su curso. En tal sentido, la repetición impediría al sujeto recordar y reelaborar la relación intrínseca entre conflicto psíquico y los eventos traumáticos que los reactivarían. En consecuencia, la angustia-señal actuaría como una advertencia anticipadora que defiende al sujeto ante las amenazas de unos recuerdos en los que se repiten los peligros de una situación anterior. Con esto, el aparato psíquico pretendería frenar el desarrollo libre de las presentaciones pulsionales, ya que de lo contrario estas alcanzarían un potencial altamente destructor. Ahora bien, el juego de la represión, en tanto destino pulsional, sería facilitar la circulación de lo reprimido en el continente inconsciente, evitando claro esta su irrupción en la consciencia. Sin embargo, en este transitar cuanto más escaparían las presentaciones pulsionales, producto de la represión, mayor sería la fuerza o empuje de las pulsiones. Al decir de Freud:

“Con respecto a lo que es sustancial para comprender los efectos de la represión en las psiconeurosis, el psicoanálisis puede mostrarnos algo más. Por ejemplo: la agencia representante de pulsión se desarrolla con mayor riqueza y menores interferencias cuando la represión la sustrajo de influjo conciente. Prolifera, por así decir, en las sombras y encuentra formas extremas de expresión que, si le son traducidas y presentadas al neurótico, no sólo tienen que parecerle ajenas, sino que lo atemorizan provocándole el espejismo de que poseerían una intensidad pulsional extraordinaria y peligrosa. Esta ilusoria intensidad pulsional es el resultado de un despliegue desinhibido en la fantasía y de la sobreestasis [*Aufstauung*] producto de una satisfacción denegada.” (Freud, S., 1915b, p. 144).

Ahora bien, habría que precisar que el juego de la represión no pretende, en ningún caso, favorecer la producción de formas extremas de expresión de lo reprimido. Por el contrario, su función sería la de *dar caza* a los contenidos movilizados a través de estas formas. No obstante, la disociación entre formas (que se expresan) y contenidos (reprimidos), producto de la satisfacción denegada, daría cuenta de una suerte de

cooperación entre repulsión de estos contenidos por la conciencia y la atracción de estas formas por el inconsciente. Este contexto habría sido facilitado por las dos etapas constitutivas de la represión. Freud señala:

“una primera fase de la represión que consiste en que la agencia representante [*Representanz*] psíquica (agencia representante-representación) de la pulsión se le deniegue la admisión en lo conciente. Así se establece una *fijación*; a partir de ese momento la agencia representante en cuestión persiste inmutable y la pulsión sigue ligada a ella. (...) La segunda etapa de la represión, la *represión propiamente dicha*, recae sobre retoños psíquicos de la agencia representante reprimida o sobre unos itinerarios de pensamiento que, procedentes de alguna otra parte, han entrado en un vínculo asociativo con ella. A causa de este vínculo, tales representaciones experimentan el mismo destino que lo reprimido primordial. La represión propiamente dicha es entonces un <<un esfuerzo de dar caza>>.” (Freud, S., 1915b, p. 143).

De la cita anterior, no obstante, cabe aclarar que la *fijación* no implicaría un lugar determinado sino, por el contrario, esta se inscribiría en los retoños, eslabones y desfiguraciones inconscientes que se intercalan –y son censurados- en el camino hacia la consciencia. Esta facultad de permutación sería aquello que la fijación o “viscosidad de la libido” (Freud, S., 1905) comparte, por decirlo de algún modo, con la pulsión en su acepción sexual. Las pulsiones sexuales estarían compuestas por una infinidad de pulsiones parciales las cuales, producto de la facultad de *sublimación*, permutarían la meta sexual originaria (Freud, S., 1908). Esta pérdida de objeto sin embargo requiere “una cierta medida de satisfacción sexual directa (...) para la inmensa mayoría de las organizaciones, y la denegación de esta medida individualmente variable se castiga con fenómenos que nos vemos precisados a incluir entre los patológicos a consecuencia de su carácter nocivo en lo funcional y displacentero en lo psíquico” (Freud, S., 1908, p. 169). En estos casos, ocurriría que los retoños de lo reprimido accederían a la consciencia a través de la formación de síntomas. Asimismo ocurriría que “cada uno de

los retoños de lo reprimido puede tener su destino particular; un poco más o un poco menos de desfiguración cambian radicalmente el resultado” (Freud, S. 1915b, p. 145). Esto marcaría el carácter inminentemente móvil de la represión puesto que ella se vería *intensamente forzada a repetir compulsivamente su intento*, y producto de ello dentro de la consciencia correspondería una amnesia. El esfuerzo de desalojo representado por la represión, a pesar de sus pretensiones, actuaría a su vez, sin embargo, como un esfuerzo de asalto [*Andrang*] del yo y, mediante un gasto permanente o *contrainvestidura*, quedaría empobrecido aunque no anulado. Así, lo reprimido, alojado en lo inconsciente, procuraría unas descargas y la satisfacción sustitutiva de la pulsión a través de diversos rodeos, facilitando por ello el fracaso de la represión y la irrupción del conflicto psíquico al modo de soluciones de compromiso. La represión, entonces, sería el centro y destino de un gasto permanente de energía. Freud señaló que si este gasto faltara “la moción reprimida, que recibe continuos aflujos desde sus fuentes, retomarí­a el mismo camino que fue esforzada a desalojar [*abdrängen*], la represión quedaría despojada de su éxito o debería repetirse indefinidamente. Así, la naturaleza continuada de la pulsión exige al yo asegurar su acción defensiva mediante un gasto permanente” (Freud, S., 1926 [1925], p. 147). De modo tal, la represión giraría siempre en torno a lo pulsional, su destino sería permutar sus formas e inmovilizar los contenidos psíquicos (afectos y representaciones). En esta dirección, y siguiendo una lectura de Andrée Baduin, “describimos la aparición de la represión como viniendo para romper o por lo menos para suspender un enriquecimiento en representaciones” (Baduin, A., 2001, p. 161)²¹. De ahí que ya en los primeros escritos de Freud la represión (*Unterdrückung*) de la sexualidad este en la base de la estasis libidinal. Al estancar la libido en alguna parte del cuerpo es que la *fijación* genera un cortocircuito entre forma y contenido reprimido: “la representación es rechazada [*refoulée*] mientras que el afecto es reprimido” (Deburge, A., 2001, p. 14)²².

²¹ El texto citado está originalmente escrito en francés, la traducción corre por cuenta de la autora de esta tesis.

²² Las citas del artículo de Deburge son traducciones del francés al castellano de la autora de esta tesis.

Representación y afecto serían el “cara y sello” de la pulsión, mientras la represión sería aquello que los une y separa a la vez. Origen y destino de la pulsión, bajo la égida de la represión, se descompondrían y mostrarían que “junto a la representación [Vorstellung] interviene algo diverso, algo que representa [răpresentieren] a la pulsión y puede experimentar un destino de represión totalmente diferente del de la representación” (Freud, S, 1915b, p. 147). Este *algo* fue llamado *monto de afecto* [Affekbetrag] por Breuer y Freud. Aun cuando representación y monto de afecto tienen destinos diferentes, ello no implicaría deshacer el vínculo intrínseco entre ellos, esto porque, por ejemplo, cuando una pulsión es sofocada por completo en su representación ella bien puede mudarse en angustia. En tal sentido, la angustia sería, en este contexto, un afecto que ha perdido de vista a su representación, esto es, un afecto sin palabra que lo represente donde, efectivamente, “las energías psíquicas de las pulsiones” se trasposicionarían “en afectos, y muy particularmente, en angustia” (Freud, S., 1915b, p. 148). En tal sentido, al recordar que la represión tiene por propósito evitar el displacer, se entendería la razón por la cual importa más, para la clínica por ejemplo, el monto de afecto de la agencia representante que el destino de la representación ya que, como señala Freud, “si una represión no consigue impedir que nazcan sensaciones de displacer o de angustia, ello nos autoriza a decir que ha fracasado, aunque haya alcanzado su meta en el otro componente, la representación” (Freud, S., 1915b, p. 148). Y, precisamente, sería en torno a estos fracasos que la represión, sin desearlo, dejaría como secuelas de su accionar una infinidad posible de síntomas. Tanto los *síntomas* como las *formaciones sustitutivas* serían “el indicio de un *retorno de lo reprimido*” (Freud, S., 1915b, p. 149), donde la *sustracción de la investidura energética* no implicaría, necesariamente, que los contenidos rechazados o excluidos (refoulement) en los pensamientos, sueños y en el cuerpo en general no sean mantenidos en el sistema preconscious / consciente. Las inhibiciones dolorosas del pensamiento si bien provocarían una estasis libidinal, no por ello inhabilitarían la emergencia de formaciones sustitutivas o de síntomas en el sujeto. Estas formaciones sustitutivas así como los síntomas padecidos por el sujeto provocarían, en efecto, una trasposición transductiva que iría de la psique al soma. Esta relación, cimentada por un

desplazamiento de lo particular a lo particular, implicaría la imposibilidad de algunos sujetos de “descargar su angustia (...) por la motricidad o la elaboración psíquica” y derivaría, finalmente, “la energía reprimida por la vía muscular” (Deburge, A., 2001, p. 15). Esto implicaría que la represión, en ciertos casos, construiría un puente de la representación a la actividad motriz y, encapsulada en esta última, los retoños inconscientes intentarían su retorno. En tal sentido, la represión, asociada a la inhibición, constituiría un obstáculo para, por ejemplo, el flujo de la excitación sexual o la agresividad provocando con ello una insuficiencia fundamental en el trabajo de censura del sistema preconscious. De esta insuficiencia, surgiría un riesgo potencial de somatización de los conflictos psíquicos ya que “las excitaciones corren el peligro de pagar sus efectos en un sector somático todavía silencioso” (Deburge, A., 2001, p. 17).

Si bien la teoría freudiana en torno a la pulsión y la represión es infinitamente mayor, lo que interesa para esta tesis es subrayar que la represión es uno de los destinos de la pulsión. Esto con el objeto de destacar que la represión estaría al servicio de la mantención de la libido toda vez que ella debe mantener y/o retenerla. A partir de esta retención se protegería el objeto de la pulsión, sin embargo, bajo ciertas condiciones sería que la represión podría convertirse, a su vez, en el agente de una “verdadera amputación estructural” del deseo y con ello facilitaría la torsión de la organización psíquica y somática del individuo. En este sentido, la represión pasaría de lo funcional a lo estructural, esto es, actuaría ahora al servicio de una tensión que amenaza al yo pero, por ello, sería responsable de la “amputación de una parte de la personalidad” (Deburge, A., 2001, p. 26). En consecuencia, el recurso a la represión serviría al aparato psíquico tanto para mantener la identidad del yo así como para marcar la insuficiencia del superyó. En definitiva, “todas las represiones (...) son unas medidas de defensa del yo inmaduro, endeble” y, como prosigue Freud (1937, p. 230), “en años posteriores no se consuman represiones nuevas, pero son conservadas las antiguas, y el yo recurre en vasta medida a sus servicios para gobernar las pulsiones. (...) los conflictos nuevos son tramitados por una <<post-represión>>

[<<*Nachverdrängung*>>]”. Queda claro, entonces, que la represión no sería una operación completamente efectiva, puesto que no lograría obstaculizar por completo los retazos de ideas reprimidas. Si bien a través de sustituciones y desplazamientos la represión operaría como un mecanismo defensivo efectivo, lo cierto sería que tan sólo *distanciaría* las ideas reprimidas pero nunca las haría desaparecer por completo. Incluso, como ya se ha señalado, la represión requeriría siempre un cierto retorno de lo reprimido y, esencialmente, gracias a este retorno ella se convertiría en una instancia intermedia entre la *fuga* y los *juicios de condena*; ligados estos últimos a la tópica del superyó.

En tanto operación intermedia, la represión giraría no sólo en torno a la constitución psíquica sino en relación al encuentro del sujeto con el otro primordial. Las características de la dinámica pulsional dependerían, en consecuencia, de los primeros momentos de la estructuración psíquica y, por ende, condicionaría a futuro los efectos patológicos posteriores cada vez que el sujeto, por medio de la pulsión, no logre disminuir la tensión pulsional en torno a un órgano que *sufre* dolor. Cosa similar ocurriría con otras tensiones como el hambre. A pesar de estos recorridos y entrelazamiento entre pulsión y represión, lo que habría que destacar sería, en efecto, que la represión no siempre estaría comprometida con la disminución de un dolor o una tensión sino, por el contrario, estaría ella comprometida con la circulación de la pulsión. El circuito pulsional, siguiendo este planteo, comenzaría a operar a partir de cierta satisfacción pulsional que pondría en marcha las operaciones de la represión. En otras palabras, lo que más interesa de esta relación entre pulsión y represión sería cuando esta última fracasa en su objetivo, promoviendo así la *inscripción*, *traducción* y *transcripción* de marcas que se reinscribirían a lo largo del aparato psíquico (Freud, S., 1896). En consecuencia, habría una irrupción de la pulsión toda vez que se cancelaría el funcionamiento del principio del placer. Esto, por cierto, enfatizaría que lo que realmente es traumático para el aparato psíquico no sería el acontecimiento realidad sino la memoria inhibida en cuanto producto de la *represión propiamente dicha* (Balestriere, L., 2001).

5.2.2. Traumatismo y conflicto psíquico

Freud, en “Introducción a *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*”, señala que “es posible, con buen derecho, *caracterizar a la represión*, que está en la base de toda neurosis, *como reacción frente a un trauma*, como neurosis traumática elemental” (Freud, S., 1919, p. 208; las cursivas son mías). En efecto, la represión se presentaría, secundariamente, como una reacción frente a un trauma que reviviría los conflictos psíquicos sepultados por la represión originaria. Al permitir la aprehensión psíquica de un retoño inconsciente el aparato psíquico daría forma y destino a las huellas y/o rastros inconscientes. Por tanto, la represión originaria, en el origen de los diversos niveles de constitución del aparato psíquico (Freud, S; 1950 [1896]), produciría las primeras inscripciones para las fijaciones pulsionales y los fracasos de la represión. Ya desde ese momento las percepciones, vinculadas estas a los mensajes provenientes del inconsciente del otro, se inscribirían como signos enigmáticos para el sujeto. En un segundo momento, según Laplanche (1992), la represión originaria constituiría, a la vez, al *yo* y al *ello*. En este segundo momento, existiría una traducción de lo enigmático en representación cosa para, posteriormente, facilitar nuevas transcripciones y resignificaciones. No obstante, no todas las representaciones cosas se traducirían en representaciones palabras, permaneciendo por ello las primeras en el inconsciente como tal. Ahora bien, las huellas o restos mnémicos no serían sino inscripciones de acontecimientos ya sucedidos que se revelarían, al menos tenuemente, en las mutaciones de la relación entre percepción y memoria o bien entre el presente y la huella. En efecto, las inscripciones de restos mnémicos jamás quedarían fijados en una representación; condición esta, por lo demás, de la multiplicidad de sentidos que puede, en su lugar, adoptar la figura del síntoma. En esta misma línea, como señala Balestriere:

“eso que la memoria conserva no es una huella grabada una vez por siempre sino que es un proceso que se compromete a fabricar las ocasiones de su

reproducción o bien es un proceso que es reanimado por la actualidad de los acontecimientos presentes y por ello revisitado, deformado y transformado. Con esta fórmula contradictoria, se podría cualificar la huella en su potencial efectivo: siempre en instancia de escribirse gracias a una lectura que la reescribiría” (Balestriere, L., 2001, p. 42)²³.

La motilidad de las inscripciones estaría, en un proceso normal, bajo resguardo del *yo*, sin embargo, si el *ello* llega a gobernar el acceso a la motilidad, imponiéndose así el principio de placer por sobre su relevo –el principio de realidad–, el aparato psíquico quedaría a la deriva en un océano de restos mnémicos. Ante esta situación correspondería a la represión (secundaria) reconstruir una tendencia hacia la síntesis de contenidos del *yo*, liberados y diseminados por el *ello*. La consecuencia lógica de esta situación no sería otra más que la indeterminación del presente sobre el pasado y la determinación del pasado sobre el presente, provocando esto una reedición del trauma sobre un acontecimiento cualquiera que, en efecto, desbordaría al sujeto. De ahí que, sería “solamente en el momento del *après-coup* que el golpe [*coup*] deviene trauma y produce sus efectos”, impidiéndose con ello que desde el presente pueda reelaborarse el pasado aun cuando sea el presente quien dote de eficiencia al pasado para hacerlo existir en sus efectos (Balestriere, L., 2001, p.42). La causalidad psíquica, de este modo, sería tal una vez que el pasado, por sus efectos, determine el presente al movilizar un afecto que no le pertenece efectivamente. Esto en razón de que el afecto pertenece a la re-interpretación del pasado, esto es, pertenece a la esfera del trauma. En definitiva, si no llegase el *yo* a subrogar a la razón y la prudencia serían las pasiones desenfrenadas las que, bajo el alero de un *retorno de lo reprimido*, se condensarían en una tensión acumulada y no descargada o estorbada, es decir, en una “acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento” del *yo* (Strachey, J. 1959). Sería en este sentido que la formación de síntomas estaría ligada a restos o reminiscencias de situaciones afectivas impresionantes para el sujeto, tal y como fuera

²³ Todas las citas del artículo de Balestriere han sido traducidas del francés por la autora de esta tesis.

expresado por Freud a partir, por ejemplo, del caso Dora. En esta misma línea es que Freud señala que:

“Lo que no ha acontecido de la manera en que habría debido de acuerdo con el deseo es anulado repitiéndolo de un modo diverso de aquel en que aconteció, a lo cual vienen a agregarse todos los motivos para demorarse en tales repeticiones. En la trayectoria ulterior de la neurosis la tendencia a anular el acaecimiento de una vivencia traumática se revela a menudo como una de las principales fuerzas motrices de la formación de síntomas” (Freud, S., 1926[1925], p. 115).

A partir de este *esfuerzo de suplantación* sería que la represión posibilitaría vivir el conflicto psíquico como trauma. El trauma actuaría y existiría solo *après-coup*, por tanto, sería el conflicto psíquico su condición *a priori*. Esto supone, por una parte, que el conflicto psíquico sería la raíz a partir de la cual surge la represión y, por otra, “la formación de ideal sería, de parte del yo, la condición de la represión” (Freud, S., 1914, p.90). Ahora, como destaca Freud, no habría que confundir la formación de un ideal del yo con la sublimación de la pulsión. Por ejemplo, “en un primer periodo –período de la inmortalidad infantil-, ocurren los sucesos que contienen el germen de la neurosis posterior” (Freud, S., 1896, p. 170). En este periodo se darían las vivencias de seducción sexual que con posterioridad posibilitarían la represión. En una segunda etapa –maduración sexual- los recuerdos de las vivencias sexuales infantiles se anudarían, producto de la consciencia moral que va naciendo, a un reproche, facilitando ello la acción de reprimir estos reproches y sustituirlos, en este caso, por un *síntoma defensivo primario*. Una tercera etapa –la enfermedad- sería aquella en que “se singulariza por el *retorno de los recuerdos reprimidos*, vale decir, por el fracaso de la defensa” (Freud, S., 1896, p. 170). En esta dirección, ocurre que el conflicto psíquico inscribe, en primera instancia, unas huellas mnémicas que, a pesar de los esfuerzos de desalojo, no lograrían nunca abandonar al aparato psíquico; lo acompañarían desde su constitución en adelante. El olvido, entonces, no sería el destino fáctico para aquellos

recuerdos que han sido reprimidos. De ahí que el olvido de una impresión no conlleve el *sepultamiento* de su huella mnémica en la vida anímica. Los recuerdos, señala Freud, no se extinguen:

“es verdad que regularmente lo reprimido no puede abrirse paso sin más en calidad de recuerdo, pero permanece susceptible de operación y acción eficiente, y un buen día, por obra de un influjo exterior, genera secuelas psíquicas que es posible concebir como unos recuerdos por mudanza y unos retoños del recuerdo olvidado, y no se entenderían si no se las concibiese así” (Freud, S. 1907 [1906], p. 29).

Siguiendo este decurso, se comprendería porque la pulsión tiende, entre sus destinos, hacia la represión y, porque la pulsión se organiza en un circuito de fuerza constante. En palabras de Freud habría “dentro de lo represor y a sus espaldas se impone al fin, triunfante, lo reprimido” (Freud, S., 1907 [1906], p. 30). Las formas de esta imposición son sumamente variables, sin embargo, siempre se denunciaría por “indicios finos, especialmente de doble sentido” o lo que el mismo Freud llamaba “figuración indirecta” (Freud, S., 1906, p. 93). En efecto, lo reprimido actuaría, por ejemplo, abandonado la escena traumática en un manto de amnesia, haciendo extraña para el sujeto sus vivencias pasadas, no obstante, indicios del o en el presente reactivarían, por medio de la regresión, el conflicto que había sido denegado. Se olvidaría la escena en el acto, y a partir de ese momento comenzaría su actuación la regresión que facilitaría la formación de síntomas como entidades que sustituyen al recuerdo. En definitiva, con los síntomas el sujeto buscaría, infructuosamente, tramitar el conflicto psíquico que da inicio a la represión y sus mecanismos. Reprimiendo las exigencias pulsionales el sujeto haría posible, para su equilibrio emocional, una desmentida de la realidad. Esta reacción psicótica, en los neuróticos, tendría por horizonte arrancar al yo de la realidad, indemnizar los perjuicios por ella ocasionada y restablecer, a expensas del ello, su vínculo con la realidad. Estableciendo una diferencia entre neurosis y psicosis, Freud señala a este respecto lo siguiente:

“En la neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se lo reconstruye. Dicho de otro modo: en la psicosis, a la huida inicial sigue una fase activa de reconstrucción; en la neurosis, la obediencia inicial es seguida por un posterior [nachträglich] intento de huida. O de otro modo todavía: la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla.” (Freud, S., 1924, p. 195).

Ahora bien, toda huida inicial deja un remanente o secuelas duraderas que, no obstante, caen, por lo general, bajo las defensas del aparato psíquico y son “olvidadas”, al menos temporalmente. Sin embargo, la realidad en innumerables oportunidades atenta contra este estado de latencia de los recuerdos reanimándolos y reactivando su eficacia. Bajo la figura del síntoma estos recuerdos operarían “en el lugar de” estos recuerdos. Muchas manifestaciones somáticas, por ejemplo, son modos de reminiscencia ante la cercanía de un algo que es capaz de evocar la escena traumática. En tal dirección, los síntomas serían un sustituto de la cosa (*das ding*) que habría originado estas vivencias reprimidas. Asimismo, entonces, es factible señalar que las huellas mnémicas de lo vivenciado son la causa del síntoma como efecto del aparato psíquico. Si lo olvidado no ha sido borrado sino tan sólo desalojado de la consciencia, lo cierto sería que las huellas mnémicas estén siempre deambulando, por el aparato psíquico, con toda su potencialidad, aun cuando, por el contrario-investiduras, estén aisladas bajo la forma de fragmentos del yo. De este modo las huellas mnémicas:

“no pueden entrar en comercio con los otros procesos intelectuales, son inconscientes, inaccesibles a la conciencia. También puede suceder que ciertas partes de lo reprimido se hayan sustraído del proceso, permanezcan asequibles al recuerdo, en ocasiones afloren a la conciencia, pero también entonces estén aisladas como unos cuerpos extraños carentes de todo nexo con los demás.” (Freud, S., 1939 [1934-38], p. 91).

Si bien no existe un comercio entre las huellas mnémicas y los recuerdos, propiamente conscientes, ello no descartaría que la memoria ejecute unas extrañas selecciones sobre los contenidos “desechados” [*Weggelassen*] y los resguardados. Siempre faltarían piezas de las vivencias infantiles quedando, por tanto, sólo impresiones parciales que darían cuenta de lo indiferente, en la mayoría de los neuróticos, y no de lo sustantivo. Esto Freud lo explicó del siguiente modo:

“dos fuerzas psíquicas han participado en la producción de estos recuerdos: una de ellas toma como motivo la importancia de la vivencia para querer recordarla, mientras que la otra –una resistencia- contraría esta singularización. Estas dos fuerzas de contrapuesto efecto no se cancelan entre sí; tampoco sucede que un motivo avasalle al otro –con o sin menoscabo-, sino que sobreviene un efecto de compromiso (...). El compromiso consiste aquí en que no es la vivencia en cuestión la que entrega la imagen mnémica –en esto la resistencia campea por sus fueros-, pero si es otro elemento psíquico conectado con el elemento chocante por caminos asociativos próximos. (...). El resultado del conflicto es, entonces, que en lugar de la imagen mnémica originariamente justificada se produce otra que respecto de la primera está desplazada [descentrada] un tramo dentro de la asociación” (Freud, S., 1899, p. 301).

La lógica que subyace a esta dinámica es, finalmente, sustituir un contenido psíquico por otro. En consecuencia, el conflicto psíquico se construye en torno a las demandas de dos corrientes anímicas contrapuestas, razón por la cual las pulsiones han de renunciar a un fragmento de sus respectivas metas para, de este modo, comprometerse ahí donde hubo una lucha. En consecuencia, “la perturbación psíquica es la sofocación de un fragmento de la vida pulsional y la represión de aquellas representaciones que subrogan a la pulsión sofocada” (Freud, S. 1907 [1906], p. 45). En cierto sentido, a partir de esto podría afirmarse que el punto de vista del conflicto psíquico es semejante al de la formación de síntomas, especialmente cuando se forman compromisos entre las

dos corrientes –lo dominante y lo reprimido- en pugna. Asimismo, es frecuente, especialmente en el caso de las neurosis obsesivas, que el sujeto entienda como una tentación al influjo de la pulsión reprimida y, en función de esta tentación se generaría una suerte de angustia de expectativas: “el proceso de la represión que lleva a la neurosis obsesiva debe calificarse de imperfectamente logrado, y amenazado cada vez más por el fracaso. Por eso cabe compararlo con un conflicto que no se zanja; se requieren siempre nuevos empeños psíquicos para contrabalancear el constante esfuerzo de asalto de la pulsión” (Freud, S., 1907, p. 107). El complejo nuclear²⁴ de las neurosis, más allá de la particularidad de sus rasgos, sería la *escisión psíquica*:

“lo reprimido ha de imputarse al ello y está sometido también a sus mecanismos; sólo se separa del ello con respecto a la génesis. La diferenciación se cumple en la primera edad, mientras el yo se desarrolla desde el ello. Luego una parte del contenido del ello es recogida por el yo y elevada al estado preconscious; otra parte no es alcanzada por esta traducción y queda atrás como lo inconsciente genuino dentro del ello. Ahora bien, en la ulterior trayectoria de la formación del yo ciertas impresiones y ciertos procesos psíquicos interiores al yo son excluidos mediante un proceso defensivo; se les sustrae el carácter de lo preconscious, de suerte que a su turno son degradados a la condición de integrantes del ello. Esto es, pues, lo <<reprimido>> dentro del ello.” (Freud, S., 1939 [1934-38]).

El corolario de la escisión psíquica sería, a fin de cuentas, la emergencia de las neurosis y estas, en lo esencial, brotarían de los conflictos del yo con las pulsiones sexuales. La forma de estos conflictos, a su vez, se estructuraría alrededor de las improntas que, en el desarrollo histórico de la libido y el yo, se alejan de los contenidos representacionales obturados por los esfuerzos de desalojo de la memoria. En tal sentido, el conflicto psíquico deviene un factor patógeno del aparato psíquico. Las

²⁴ Este fue el primer nombre que Freud le asignó al complejo de Edipo. Aquí, no obstante, denota un carácter algo más general

resistencias internas al mantener las disociaciones anímicas, padecidas por el sujeto, fortalecerían los síntomas patológicos en cuanto “productos finales de los conflictos que llevaron a la <<represión>> y a la <<escisión>> anímica” (Freud, S., 1913 [1911], p. 212). Estos síntomas, en síntesis, serían generados 1. como formaciones sustitutivas de las fuerzas reprimidas, 2. como compromisos entre las fuerzas represoras y las reprimidas y, 3. como formaciones reactivas y resguardos contra las fuerzas reprimidas. Estos síntomas serían, entonces, sustitutos de la satisfacción sexual.

Ahora bien, la relación entre trauma y conflicto psíquico se produciría porque el primero reactualiza, e incluso recrudece, al segundo a partir de un ataque masivo a la consciencia y sus principales funciones, a saber, la percepción y el pensamiento. Del mismo modo, las percepciones traumáticas no serían percibidas de modo consciente, se inscribirían ellas en lo inconsciente, haciendo del sufrimiento que acarrea una cuestión impensable. El trauma, bajo las circunstancias descritas, favorecería la repetición de los conflictos psíquicos y, además, provocaría una distancia entre esta repetición y su causalidad originaria. Es decir, alejándose de los contenidos reprimidos sería que los síntomas adquirirían la forma de una cosa advenida en la realidad pero no en la consciencia. De algún modo, la represión actuaría en estos casos anulando [*Ungeschehenmachen*] y aislando [*Isolieren*] lo acontecido (Freud, S., 1926 [1925], p. 114). Si bien estos mecanismos de la represión son de mayor frecuencia en las neurosis obsesivas, habría que recalcar que, en términos generales, estos también se darían en la mayoría de la formación de síntomas, aunque sus vías no sean las mismas. En efecto, la represión buscaría “mediante un símbolo motor <<hacer desaparecer>> no las consecuencias de un suceso (impresión, vivencia), sino a este mismo” (Freud, S., 1926 [1925], p. 114). En el caso de las neurosis histéricas la desaparición de este símbolo motor se incardinaria en el cuerpo mismo, en cambio en las neurosis obsesivas este símbolo quedaría cancelado por una justificación racional posterior.

En síntesis, la relación entre conflicto psíquico y trauma depende, en Freud, del núcleo representacional que desencadena el o los procesos patógenos. Es decir, no importaría

si el origen de este fuese un evento fáctico externo o un hecho psíquico (interno) activado por un retorno de lo reprimido o por un deseo inconsciente. Lo realmente importante sería, por sobre todas las cosas, el valor que el sujeto confiere a la realidad interna de las fantasías y, como, finalmente, este valor vela la relación entre hecho pasado y síntoma actual. Así, por tanto, la noción de trauma quedaría indisociablemente relacionada a las *neurosis traumáticas* como a las *psiconeurosis de defensa*, independizándose, en último lugar, de las primeras. En tal dirección, los fenómenos traumáticos se explicarían por “la repetición compulsiva de experiencias displacenteras” (Benyakar, M. y Lezica, A., 2005, p. 69), las cuales, por cierto, habrían sido prefiguradas como conflicto psíquico en la primera infancia del sujeto. Tanto en las neurosis traumáticas como en las neurosis de defensa las vivencias -traumáticas (suceso agudo y sorpresivo en las primeras y de carácter sexual en las segundas)- actuarían como un agente patógeno que irrumpiría en el aparato psíquico, facilitando así una situación de desvalimiento en el sujeto. La noción de trauma, en esta dirección, se afirmaría sobre un “factor interno, proveniente de una fuente pulsional” y, en razón de esto, se asentaría sobre los peligros y angustias que amenazan al sujeto.

5.2.3. Angustia, compulsión a la repetición y displacer

El aparato psíquico tendería, de principio a fin, por extraño que parezca, a aferrarse a lo displacentero a partir de una *compulsión a la repetición*. El movimiento psíquico que tendría por función evitar lo displacentero operaría a partir de un juego repetitivo paradigmático, llamado por Freud, *fort-da*. Del placer al displacer, y viceversa, el aparato psíquico estaría ligado, al menos eventual y ocasionalmente, a las *neurosis de destino*: ¿qué neuróticos podrían decir que no han vivido repeticiones de las mismas situaciones y hechos penosos? Lo que marcaría la diferencia es como cada quien enfrenta estas repeticiones o bien, cuan invalidante sean estas. Estas situaciones, en palabras de Benyakar y Lezica, serían “creadas por acción inconsciente del aparato psíquico, en donde la dinámica del interjuego mundo interno-mundo externo está regida por el predominio de lo interno, entonces no es posible sostener que esta acción

esté guiada por la búsqueda del placer” (Benyakar, M. y Lezica, A., 2005, p. 70). En consecuencia, la función defensiva del yo tomaría a su servicio la compulsión de repetición, con tal de evitar la emergencia de recuerdos dolorosos, en lo que sería el juego del carretel del aparato psíquico. De ahí que “la compulsión a la repetición sería, entonces, más elemental e instintiva que el principio del placer” (Benyakar, M. y Lezica, A., 2005, p. 71). Y sería por esto que los fenómenos de repetición de lo displacentero serían la base de lo traumático, sin embargo, el sujeto no estaría nunca preparado para la llegada de lo que no espera. La compulsión a la repetición buscaría, en lo íntimo, preparar un campo reconocible para el sujeto en torno a las variantes posibles del conflicto psíquico, no obstante, el desenlace de la compulsión no le sería en absoluto previsible, y por tanto, sería en sí mismo traumático. En tal sentido, la relación entre lo fáctico y su procesamiento psíquico tendría, al menos eso indica Freud, tres modos de afectos que vincularían al sujeto a los peligros que le son externos. Estos afectos no serían sino la *angustia*, el *miedo* y el *susto*.

En una primera instancia, como ya se ha señalado antes, Freud consideró la angustia como un trozo reprimido de la pulsión, sin embargo, después de 1926 [1925], esta adquiere el estatuto de un afecto. Ahora bien, ya en 1895 Freud señalaba que:

“la psique cae en el *afecto* de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) *que se avecina desde afuera*; cae en la neurosis de angustia cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación (sexual) *endógenamente generada*. *Se comporta entonces como si ella proyectara la excitación hacia afuera*. El afecto, y la neurosis a él correspondiente, se sitúan en un estrecho vínculo recíproco; el primero es la reacción ante una excitación exógena, y la segunda, ante una excitación endógena análoga. El afecto es un estado en extremo pasajero, en tanto la neurosis es crónica; ello se debe a que la excitación exógena actúa como un golpe único, y la endógena como una fuerza constante.” (Freud, S., 1895 [1894], p. 112).

En virtud de lo señalado, la angustia no sería un afecto creado frente a cada vivencia o situación traumática sino que, en una determinada dirección, es en realidad la repetición de un estado afectivo anterior que, siendo pasajero, habría generado unas huellas mnémicas imborrables para el psiquismo. Proyectándose hacia afuera los alaridos inaudibles (símbolos mnémicos) de la angustia reactivarían y precipitarían al sujeto hacia eventos traumáticos a ser revividos. Junto con el dolor, el susto y el miedo la angustia sería un estado afectivo displacentero, mas, ella movilizaría no solo la descarga pulsional ante lo ominoso –lo horrorosamente familiar- sino también la ejecución de una acción de protección del yo. El componente somático de la angustia, a diferencia del miedo, el susto y el dolor estaría ligado a una experiencia no domeñable psíquicamente y, por tanto, se encontraría siempre más cerca de lo traumático y de lo inconsciente. Sucedería que la angustia, desde por ejemplo el nacimiento, se produciría como un efecto del desvalimiento del sujeto ante el mundo exterior. En esta línea es que Freud señaló que “en el caso de la neurosis traumática, la causa eficiente de la enfermedad no es la ínfima lesión corporal; lo es, en cambio, el afecto de horror, el trauma psíquico” (Breuer y Freud, S., 1893-95, p. 31). Más adelante, ellos dejarán entrever que la angustia sería “una perturbación del equilibrio psíquico que llamamos <<afectos agudos>>” (Breuer y Freud, S., 1893-95, p. 212). Estos afectos irían acompañados de un acrecentamiento de la excitación pulsional que, sin embargo, no encontraría donde descargarse y, por esta razón, no podría esta ser utilizada en una actividad psíquica. La angustia, por su falta de aligeramiento reactivo, dañaría, entonces, los decursos de la representación.

Escapando del sujeto sería que la angustia se reproduciría, automática e inadecuadamente, en situaciones análogas a las de su origen.

“De este modo, adscribimos a la angustia en la vida ulterior de dos distintas génesis: una involuntaria, automática, justificada siempre económicamente, que se despierta al constituirse una situación peligrosa análoga al nacimiento, y otra,

provocada por el yo tan pronto como tal situación amanece, para conseguir eludirla. En este segundo caso se somete al yo a la angustia como a una vacuna, para escapar por medio de una enfermedad mitigada a un intenso ataque de la misma. Obra como si se representase vivamente la situación peligrosa y abrigase el firme propósito de limitar tal penosa experiencia a un indicio, a una mera señal. (...) En ambos sentidos, tanto en calidad de fenómeno automático como de señal salvadora, se muestra la angustia como producto de desamparo psíquico” (Freud, S., 1926 [1925], p.).

Siguiendo una descripción fenomenológica, aquello que causaría la angustia sería una señal de displacer de la cual el yo tendría que desprenderse. En este sentido, la represión se asemejaría a un intento de huida que, primero, buscaría quitar las investiduras de lo que ha sido percibido como peligroso y, posteriormente, a través del cuerpo se realizarían acciones musculares que desviarían la atención del sujeto haciendo imposible la percepción del *campo de acción del peligro* (Freud, S., 1926 [1925]). Ocurre, entonces, que la angustia sería engendrada a raíz de la represión, no como un efecto de ella. De ahí que el yo pueda ser figurado como el *genuino almacigo de la angustia*. Esto es, el yo sería aquel lugar donde se sembraría y criaría el displacer que luego habrá de trasplantarse en el inconsciente bajo la expresión amorfa de angustia. Cada vez que el aparato psíquico retira las investiduras del yo en el sistema Percepción consciencia (P-Cc) se produciría un displacer, el que luego será vivido como angustia. Ello significaría que la angustia en cuanto afecto estaría ya incorporada “[*einverleiben*] en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas” (Freud, S., 1926 [1925], p. 89). La señal de displacer avisa al yo para que este active la represión y, así, sofoque completamente a las mociones pulsionales. De fracasar la represión, las mociones pulsionales encontrarían un sustituto el cual, eso sí, estaría inhibido. El síntoma, en consecuencia, sería esta fuerza debilitada pero que, a pesar de todo, seguiría pulsando sólo en los contornos de la consciencia.

El aparato psíquico -entramado rizomático del yo, el ello y el superyó- para mantener su equilibrio tendría, por obligación, que reconocer la interdependencia de sus instancias. El displacer y la angustia serían, en cambio, evidencias de los conflictos psíquicos que podrían en tela de juicio el nexo entre estas. Sería importante destacar primero la asimetría entre el yo, el ello y el superyó con tal de comprender la indisociabilidad de sus nexos. La falta de simetría entre estas instancias se debería, por ejemplo, a que el yo es una organización basada en el libre comercio e influjo entre sus componentes, mientras el ello es una suerte de caos que atentaría contra el yo al liberar al síntoma de sus compromisos; de modo similar, el superyó demandaría la restitución del orden perdido. Ahora, respecto de la continuidad entre displacer y angustia habría que señalar que esta sería posible toda vez que la lucha contra el síntoma es ya la continuación de la lucha contra las mociones pulsionales. El yo se incorporaría al síntoma impidiendo que este pueda ser eliminado y forzaría, por ello, al síntoma a subrogar sus funciones. Esta situación promovería el fenómeno y acción de la resistencia. A propósito Freud señala: “cuando (...) intentamos prestar asistencia analítica al yo en su lucha contra el síntoma, nos encontramos con que estas ligazones de reconciliación entre el yo y el síntoma actúan en el bando de las resistencias” (Freud, S., 1926 [1925], p. 95). De ahí que en la lucha defensiva contra el síntoma implique, en toda circunstancia, que “la perturbación parte del síntoma, que sigue escenificando su papel de correcto sustituto y retoño de la moción reprimida, cuya exigencia de satisfacción renueva una y otra vez, constriñendo al yo a dar en cada caso la señal de displacer y a ponerse a la defensiva” (Freud, S., 1926 [1925], p. 96). En consecuencia, cuando el displacer se hace literalmente insoportable convertiría los síntomas percibidos en un afecto angustioso, es decir, al fracasar la inhibición contra el displacer se promovería la emergencia de un síntoma-angustia. Aquí ocurre una compleja dialéctica puesto que el síntoma-angustia se organizaría como antítesis a partir de una determinada *expectativa angustiada*. En síntesis, tras la antítesis propuesta, lo que habría es la angustia frente la castración como motor de la represión. Esto, por tanto, haría de la angustia ya no sólo una reacción o una señal-afecto del yo

frente a un peligro exterior (castración) sino, sería siempre algo sentido como displacentero, aun cuando todo lo displacentero no sea por ello angustia.

La teoría freudiana de la angustia, en definitiva, colocaría al factor traumático en el corazón del desarrollo del estado afectivo (Smadja, C., 2004). Es por ello que Freud señaló que el estado afectivo sería tan sólo el tamaño de la suma de excitación que haría de una impresión un factor traumático capaz de paralizar las acciones del principio de placer. Bajo sus modalidades la angustia, entonces, sería tanto un efecto directo del factor traumático así como la señal que anunciaría su reaparición. Como ya se ha señalado, la primera modalidad refiere al funcionamiento psíquico en la neurosis y, la segunda, corresponde a las psiconeurosis de defensa. Ahora bien, será respecto de la diferencia dinámica y económica, en el aparato psíquico, que esta repetición del funcionamiento psíquico adquirirá sentido para la estructura somato-psíquica del estado afectivo. En este sentido, en las neurosis los acontecimientos psíquicos serían regidos por el principio del placer y, por tanto, los afectos adquieren un valor de diferenciación, en cambio, en las psiconeurosis de defensa estos acontecimientos escaparían, mayormente, al reinado del principio de placer dispersándose, por ello, el estado afectivo en manifestaciones corporales. El afecto de angustia, tematizado por Freud, se consolidaría, según Smajda, en una suerte de estructura de conjunto donde las interacciones somato-psíquicas y sus relaciones a la calidad del funcionamiento psíquico bien podría ser aplicada, a su juicio, sobre todos los afectos. No obstante, aquello que diferenciaría a la angustia de otros afectos es que esta no sería consciente, como tampoco lo serían los síntomas y menos aún los traumatismos. Más allá de esta división del campo consciente-inconsciente, los afectos serían fenómenos que, por ejemplo, incluirían al dolor (físico). Este sería siempre consciente, menos en el caso de personas que padecen CIPA (Insensibilidad Congénita al Dolor con Anhidrosis), sin embargo, por su carácter consciente este le sería útil al aparato psíquico para facilitar la compulsión de repetición. El dolor afectaría al sujeto de un modo indomesticable en tanto los afectos enfadosos o *sufrimiento psíquico* serían amaestrables, por tanto, gobernados por el aparato psíquico, los primeros vendrían a invisibilizar a los

segundos. El dolor actuaría, si es posible señalarlo de este modo, como el sirviente o relevo del sufrimiento: a nivel de las huellas que engendraría el dolor estas sería, absolutamente, reinvestibles en su reproducción o, en el reconocimiento de un nuevo dolor insoportable, pero, estos no serían memorizables como un afecto de *displacer*. En este sentido, con el dolor podría el aparato psíquico mitigar el sufrimiento psíquico que el sujeto tiende a rememorar al modo de alucinación o fantasma. La angustia, a diferencia del dolor, sería indexable, a fin de cuentas, a la representación de una escena y sería, esta última, la que movilizaría un contenido latente que reactivaría las fuerzas del *displacer*. En consecuencia, el aparato psíquico, en términos generales, tiende a evitar volver a vivir el intolerable sufrimiento que gatillarían en el los eventos traumáticos. A pesar de este escape al *displacer*, lo real sería que una compulsión a la repetición siempre invocaría a la angustia como una reacción ante el peligro.

Tanto la *angustia como señal* como la *angustia ante un peligro* configuran ellas, dicho sucintamente, una suerte de manifestación de la pulsión de auto-conservación (Freud, S., 1917 [1916-1917]). La primera ante los peligros provocados por la vorágine intrapsíquica, la segunda frente a los peligros externos o de un *daño esperado*. Sin embargo, como señala el mismo Freud la angustia realista (ante un peligro) depende de las circunstancias, el contexto y como afecta al sujeto un tal saber frente a los fenómenos que ha de enfrentar y, por ello, pierde su carácter objetivo. Pues toda angustia implicaría que existen unas fuerzas mayúsculas que atentarían contra las medidas del bienestar del aparato psíquico. En rigor, entonces, ante los peligros de la vida, del mundo, de la realidad externa siempre se conjugarían el *afecto de angustia* y las *acciones de defensa*. Freud señala al respecto:

“Estamos tentados de afirmar, por tanto, que el desarrollo de angustia nunca es adecuado. (...) si descomponemos con mayor cuidado la situación de angustia [...] lo primero que hallamos en ella es el *apronte* para el peligro, que se exterioriza en un aumento de la atención sensorial y en una tensión motriz. Ese *apronte* expectante debe reconocerse, sin ninguna duda, como ventajoso, y su

falta puede traer serias consecuencias. En él se origina, por un lado, la acción motriz –primero la huida y, en un nivel superior, la defensa activa-; por el otro, lo que sentimos como estado de angustia. Mientras más se limita el desarrollo de angustia a un mero amago, a una señal, tanto menores son las perturbaciones en el paso de lo apronte angustiado a la acción, y tanto más adecuada la forma que adopta todo el proceso” (Freud, S., 1917 [1916-1917], p. 359).

En tal dirección, habría, efectivamente, una diferencia entre *apronte angustiado* y *desarrollo de angustia*. No obstante, lo que interesa aquí es que la angustia sería un estado que no requeriría directamente del objeto o de la escena objetiva que la facilita; con sólo rememorar los contornos con los que la representación es posible ella podría activarse. Y se activaría como aquello que protege al hombre de lo ominoso. Dicho esto Freud señaló, además, que la angustia, del mismo modo que otros afectos, sería la decantación de una reminiscencia. La falta de aliento equivaldría a una suerte de paso al acto del sufrimiento, pero un paso al acto que no viaje desde el interior al exterior sino que queda, aprisionado, en el interior del cuerpo y no encuentra una vía de escape adecuada. Es así como la angustia sería generada, en el campo de los procesos somáticos, por las desviaciones de la libido de su aplicación normal. La aplicación anormal de la libido sería, en efecto, un modo del aparato psíquico de hacer trabajar la compulsión a la repetición a su favor (señal), generándose con ello una suerte de indiferencia entre angustia realista y angustia neurótica. En su desarrollo la angustia sería, una vez más, la reacción del yo frente a un peligro y la señal para que este emprenda la huida. A este propósito, evidenciando la similitud planteada Freud estableció que:

“en el caso de la angustia neurótica, el yo emprende un idéntico intento de huida frente al reclamo de su libido como si fuera externo. Así se cumpliría nuestra expectativa de que ahí donde aparece angustia tiene que existir algo frente a lo cual uno se angustia. (...). Así como el intento de huida frente al peligro exterior es relevado por la actitud de hacerse frente y adoptar las

medidas adecuadas para la defensa, también el desarrollo de la angustia neurótica cede paso a la formación de síntomas, que produce una ligazón de la angustia.” (Freud, S., 1917 [1916-1917], p. 369).

Por esta vía, donde quedan ligadas la angustia y la formación de síntomas, sería que ambos se formarían bajo el alero de la mismísima libido. En este sentido, la angustia se generaría a partir de una cantidad de libido no aplicada, investida sobre un objeto. Ante esta falta de objeto y destino la libido, esta se transmutaría en angustia y subrogación de los reclamos libidinales. La angustia, a diferencia del movimiento de la represión, es un afecto que se muda en angustia: “esta mudanza del afecto es, con mucho, la parte más importante del proceso represivo” (Freud, S., 1917 [1916-1917], p. 373). De ahí que la mudanza en angustia sea, entre otros, uno de los destinos más inmediato para la descarga de la libido afectada por la represión.

5.2.4. Psicopatología y angustia

Una lectura *après-coup* de la angustia permitiría entenderla como un elemento común a los factores psicopatológicos, sin importar la diversidad de cuadros hoy por hoy en boga. En tal sentido, la angustia sería, en la neurosis, el síntoma más frecuente y doloroso, y a su vez, sería un elemento clave para traspasar las manifestaciones psicopatológicas de los sujetos contemporáneos. Esto, obviamente, queda en evidencia desde los primeros trabajos de Freud, a partir de los cuales este habría elaborado y desarrollado diversas hipótesis psicopatológicas que, en la maduración del aparato psíquico, facilitarían el desvelamiento de los procesos psíquicos normales y patológicos. A partir de esos descubrimientos Freud habría tenido, desde 1923, que superponer una nueva lectura en torno a la angustia modificando con ello sus primeros desarrollos. La angustia es, en primera instancia, aunque no deja nunca completamente, de ser una transformación de la libido. Y sería, precisamente, bajo esta lógica que habrían dos causas que podrían impedir las descargas adecuadas de la libido, siendo estas de carácter somáticas y psíquicas. Una vez impedida la descarga eficaz de las

pulsiones, por parte de una conducta corporal –menos mecánica y más motivacional– esta quedaría retenida a nivel somático se transformaría, por falta de una descarga adecuada, en angustia. El conflicto psíquico, mediante la represión, impediría la descarga pulsional reteniéndola a nivel psíquicos. Esto facilitaría que los estímulos externos ingresarían al aparato psíquico por medio del aparato perceptivo, continuando una trayectoria que los llevaría hacia el polo motor del psiquismo, favoreciendo con ello su descarga bajo formas in-determinadas de inervaciones motoras. Así, por ejemplo, las *inervaciones corporales*, en cualquiera de sus manifestaciones fenomenológicas, serían entonces una *vía falsa* que el *afecto* encontraría para su *desagote* (Freud, S., 1923 [1922]) pero que, sin embargo, procuraría “guiar el monto de afecto aplicado a la conservación del síntoma” (Freud, S., 1925 [“1924”, p. 22]). Desde el exterior o desde el interior estos estímulos constituyen la superficie de las pulsiones sexuales y yoicas, y en función de estas superficies sería que se opondrían las representaciones de las pulsiones sexuales y yoicas, especialmente cuando estas últimas bloquearían, mediante la represión, de la descarga de las primeras.

Siguiendo el esquema del aparato psíquico, se entiende que los estímulos pulsionales, al atravesarlo, dejan constancia de unas modificaciones permanentes que constituirían la base de la memoria encaminan su decurso a través de las mismas huellas mnémicas que, de ahora en más, orientarían las vías de descargas utilizadas con anterioridad. En términos resumidos, Freud establece que al ingresar un monto de energía, este recorre el camino previamente establecido por las huellas mnémicas. El proceso de descarga afectiva es ante todo un proceso de carga, de recorrido de la carga y, luego, de descarga. De ahí la noción de circuito pulsional. Ahora bien, la carga, su recorrido y la descarga es siempre, de uno u otro modo, la repetición de una experiencia previa. La angustia seguiría el camino dejado por las huellas mnémicas para repetirse y constituirse en afecto-angustia. Por esta vía el sujeto reproduciría el conjunto de sensaciones de displacer que lo perturbarían, siendo esta la razón fundamental por la que se ha de considerar a la angustia en el centro de la problemática de las neurosis. De este modo, siguiendo algunas interpretaciones del psicoanalista argentino *Rubén*

Zukerfeld, existirían, al menos categorialmente, sujetos vulnerables-sintomáticos, vulnerables a-sintomáticos, no vulnerables-sintomáticos y no vulnerables-asintomáticos. Si bien aquí no interesan estas categorías, resultarían estas interesantes para ilustrar que existen sujetos que padecen una enfermedad localizable para y por la medicina. Evidentemente, el enfermo psicossomático sería un sujeto vulnerable-sintomático. Este, en el marco de las neurosis, sería en rigor quien más padece por los efectos de la angustia. Otro sujeto de similar característica serían los vulnerables-asintomáticos. Estos pacientes no presentarían enfermedades desde la óptica biomédica, sin embargo, psíquicamente estos sujetos padecerían a través del cuerpo un dolor que sería la presentación mitigada de un sufrimiento psíquico. Respecto de los sujetos no vulnerables-sintomáticos habría un enfermo pero con fluidez de funcionamiento psíquico. La enfermedad sería, propiamente tal biológica pero no un enfermo psicossomático. Finalmente, están los sujetos no vulnerables-asintomáticos. Serían sujetos sanos, medicamente hablando, con fluidez de funcionamiento psíquico y ausencia de síntomas. Más allá de este cuerpo categorial, lo que realmente interesa sería reconocer en él que la angustia es, precisamente, aquello que hace vulnerable a un sujeto, con o sin síntoma, y asimismo aquello que facilita la formación de síntomas es la vulnerabilidad generada por la angustia.

La angustia, en términos psicopatológicos, asecharía y limitaría la funcionalidad del yo (Freud, S. 1926 [1925]). De ahí que la angustia prepare el terreno para la formación de síntomas, aunque habría que precisar que la angustia se daría en los territorios del yo, mientras que la formación de síntomas acontecería entre los márgenes del ello. Por ello la angustia será el motor de la represión frente a la castración. Ahora, psicopatológicamente, la angustia haría parte de una circularidad en la que no quedaría, con firmeza, atada la relación entre angustia y formación de síntomas. No quedaría atada con firmeza no significa, de modo alguno, que no existe relación entre los términos sino solamente que este vínculo se daría en función de las lógicas de la castración. Es más aún, la angustia y la formación de síntomas se subrogarían y relevarían entre sí, de modo tal que los síntomas protegerían, generalmente, al yo de la

angustia. En las postrimerías de su teoría Freud señala que “¡No es la represión la que crea a la angustia, sino que es la angustia la que crea a la represión!” (Freud, S., 1933 [1932], p. 79). En consecuencia, la angustia giraría y ligaría en torno a la escena primordial –traumática- así como se repetiría compulsivamente bajo la forma de un fantasma que asecha y desequilibra la estasis pulsional. Todo esto afectaría, finalmente, los modos de relacionarse del sujeto con su cuerpo, su psiquis y con el otro.

5.3. Transferencia, técnica y tratamiento analítico

La compulsión a la repetición es, entre otros elementos, aquello que, actualizando los conflictos psíquicos en traumas, animaría la transferencia entre paciente y terapeuta. Algo de los conflictos psíquicos volvería sin cesar a la percepción de modo pujante y desfigurado, razón por la cual el sujeto no advertiría ningún contenido en términos manifiestos. Este retorno de lo mismo, en su insistencia, se volvería compulsivo y su fuerza asumiría el carácter de un automatismo cuya función es, principalmente, una coerción a la repetición [*Wiederholungszang*]. Esta actualización de los conflictos psíquicos constituiría una de las mayores defensas –inconscientes- contra las posibilidades de rememoración por parte del sujeto. En tanto barrera, le correspondería a la clínica psicoanalítica levantar aquella fuerza que someten al sujeto a la repetición. De este modo, una primera tarea de la técnica psicoanalítica sería diferenciar repetición de reproducción. La repetición, en tal sentido, actuaría de modo involuntaria, remitiendo constante y directamente al sujeto a sus traumas. El automatismo de repetición se revelaría como un principio de funcionamiento psíquico radicalmente distinto del clásico principio del placer. En términos epistémicos, el automatismo de repetición sería un más allá del principio del placer bajo el cual la pulsión de muerte adquiriría un carácter predominante sobre el aparato psíquico. Afrontar el carácter omnipresente del automatismo de repetición sería, hoy en día, una tarea primordial de la clínica psicoanalítica, ya que en este se anudaría la pulsión de muerte a la transferencia y, con ello, haría de obstáculo del inconsciente. A partir de estos anudamientos sería que el automatismo de repetición menguaría la eficacia técnica de

la cura psicoanalítica, de ahí que Freud en “Recordar, repetir y reelaborar” (1914) reformule parte de su concepción clínica con tal de evitar el avance de la reconquista de las nociones reprimidas. El trabajo de la cura es reelaborado ante las nuevas consideraciones del funcionamiento psíquico, especialmente aquellos dirigidos por el *ello*. En esta dirección, Freud, al percatarse de la escenificación del automatismo de repetición, habría notado los límites de la rememoración. Ello lo conduce a descubrir que lo que no se puede rememorar re-aparece siempre de otro modo. En consecuencia, la técnica analítica, de ahí en más, ha de explorar las formaciones inconscientes a la vez que ha de tener en cuenta las repeticiones y debe explotar lo que ellas revelan. La eficacia de la cura psicoanalítica dependería, en gran medida, de la capacidad del clínico de trabar la compulsión a la repetición para, de este modo, explorar y desinvertir la relación transferencial del sujeto en su cotidianidad. En esta dirección, la transferencia es una repetición bajo la forma de una resistencia, cuya función principal es paralizar los progresos de la cura, motivo por el cual, pues, ellas se alimentarían de las fantasías/fantasmas del inconsciente.

5.3.1. Fantasmas y fantasías

La noción de fantasma no sería literalmente freudiana. Si bien es posible rastrear en las *Obras completas* algunas referencias directas en torno a la palabra fantasma, estas no adquirirían intensidad epistemológica. Respecto de su extensión, se reduciría a un par de pasajes en los tomos II (página 68 a cargo de Breuer), VI (página 107; Fantasmas musicales) y en el XVII (páginas 241-2, 249 y 251; fantasmas/espectros). A su vez, en los tomos XVII aparecería bajo la denominación de *espíritu santo* y, en el tomo XXII, bajo el nombre de *espíritu maligno* (página 153). En sentido estricto, estas referencias no harían de la palabra fantasma una noción psicoanalítica propiamente tal. Sin embargo, a lo largo de su obra, Freud habría empleado la palabra fantasía [*Phantasie*], otorgándole a ésta diversas acepciones no coincidentes con su significación vulgar. En tal sentido, lo primero que se destacaría es que la fantasía, en términos generales, no se opondría a la realidad, es decir, no sería ella un producto de la imaginación cuya

función es negarla. Es por ello que, epistemológicamente, se suele utilizar la palabra fantasma para dar cuenta de la fantasía en Freud (Castrillo, D., en Reyes, R., 2009). En tal dirección, no deja de resultar sugerente que Freud haya establecido, a grandes rasgos, que los fantasmas serían aquello que permitiría un tipo de desliz –en el habla, la lectura y la escritura- del aparato psíquico sobre la realidad. Nótese, no se trataría de algo que impugna o refuta el estatuto de la realidad para negarlo, por el contrario, estos deslices serían la introducción de un elemento olvidado que provocaría una “disparatada equivocación” (Freud, S., 1901, p. 107). En rigor, esta introducción sería más bien un retorno de lo reprimido que, en su *ocasionamiento actual*, haría de soporte de la realidad y, por ello, impregnaría la vida entera del sujeto. O, para decirlo con palabras de Freud, a través de disparatadas equivocaciones se halla “enseguida, (...), el pensamiento chocante y menesteroso de la represión” (Freud, S., 1901, p. 109).

En virtud de lo señalado, los fantasmas, en tanto desliz, formarían la siempre invisible y desfigurada pregnancia de la cotidianidad. Pero, habría que destacar, que aquello que impregna las derivas cotidianas, por su familiaridad, se volvería, precisamente por ello, ominosas. La naturaleza de los fantasmas sería, entonces, la misma de lo ominoso, a saber, “algo familiar de antiguo a la vida anímica” (Freud, S., 1919, p. 241). A partir de esta tenue pero potente figura se enarbolan los *modos de ser* del sujeto. La función del fantasma sería, en consecuencia, aquello que modula y modela al sujeto. El aparato psíquico, por su parte, estaría, de este modo, poblado e incluso gobernado por fantasmas y, cuando estos asediarían con más fuerza al yo es que surgiría, específicamente contra la muerte, la angustia primitiva. Ahora bien, lo ominoso sería fantasmático pero no fantástico. Aun cuando lo ominoso pueda ser descrito y creado a través de las artes, este dejaría de ser, en el *vivenciar* del sujeto, una simple ficción, constituyéndose, por tanto, en una fuente de displacer o tormento sin contenido aparente. El fantasma se manifestaría como el velo con el cual el sujeto cubre los agujeros de su vida y, en virtud de esta condición, se presenta como una figura que, aconteciendo desde las sombras, configuraría el campo de los síntomas. Sin embargo, la estructura del fantasma, a pesar de asediar y atormentar al sujeto, sería una suerte de

significación vacía o enigmática con la cual el yo establecería una frontera semi-transparente con el *ello*. En este punto preciso sería que la noción de fantasma derivaría de la noción freudiana de fantasía inconsciente.

A propósito de la fantasía inconsciente, Freud señala que estas permanecerían inconscientes “a causa de su contenido y por provenir de material reprimido” (Freud, S., 1900, p. 488). Este material reprimido constituiría la pre-existencia material de las fantasías inconscientes o de los fantasmas, pero por su condición de efecto de la represión es que estos se desplegarían tan sólo como un delgado velo que recubre los agujeros del sujeto. Asimismo, sería de vital importancia señalar que las fantasías inconscientes, al igual que los fantasmas psíquicos, suelen manifestarse o presentarse como *déjà vu*, esto es, como una experiencia vivida con anterioridad que no serían, sin embargo, sino un <<fausse reconnaissance>> [falso reconocimiento] de la realidad, pero que la constituiría. Mediante los procesos represivos, las fantasías inconscientes buscarían ocultar a la conciencia el contenido de ciertas *constelaciones momentáneas de sentimientos* (Freud. S. 1901). En otras palabras, cuando una vivencia pasada o un lugar adquieren un *sentimiento de familiaridad*, en una situación actual, aquello que estaría en juego en la escena, y que evitaría la ominosidad de los recuerdos, sería la represión de la carga afectiva de esta vivencia o lugar. En consecuencia, la represión volvería imprecisa las connotaciones afectivas del recuerdo para transferirlas al sentimiento de recordar, des-investidamente, lugares o situaciones cotidianas. En tal dirección, tanto las fantasías inconscientes como los fantasmas producen, en el mejor de los casos, operaciones fallidas y, en el peor, sufrimientos enigmáticos en las que el sujeto estaría implicado de cabo a cabo. Así, en las fantasías inconscientes se ligarían los dos principios pulsionales en su conocida disputa y, en su lazo con la represión, actuarían a favor del velamiento de lo traumático. Al evitar un encuentro directo con lo traumático, las fantasías inconscientes determinarían, para el sujeto, una escena donde se jugaría su deseo. Tal puesta en escena tendría una inevitable relación con los síntomas de los neuróticos, razón por la cual las fantasías inconscientes no serían sólo causas del velamiento de lo traumático sino también un producto psíquico de ellas.

Cabe recordar que los síntomas, al tener diversas posibilidades de sentido, podrían componerse de una o más fantasías.

Freud, en su “proyecto de psicología” (1950 [1895]), habría expresado la existencia de una dimensión de lo traumático más allá de los recuerdos, sin embargo, para establecer esta división –más allá/más acá- el aparato psíquico requeriría de las fantasías inconscientes. Estas, para proteger al sujeto, tenderían a levantar unas barreras contra el *quatum* de energía pulsional que pretende invadir al yo. Este afán protector se ejercería, con tal de evitar la invasión de angustia, a través de una realización disfrazada del deseo, esto es, a partir de un engaño el yo disminuiría la intensidad de la censura para desfigurar, en el circuito pulsional, tanto el objeto como la meta de la pulsión. De este modo, en las fantasías inconscientes se articularían, alrededor de la fijación o regresión a un trauma, la satisfacción pulsional con la realización de un deseo. En rigor, por tanto, no habría satisfacción plena sino sólo la posibilidad de que el sujeto fantasee por obra de la sobre-determinación que el complejo de Edipo, retroactivamente, ejerce sobre el circuito pulsional. Freud señala, en esta línea, que las fantasías inconscientes serían una suerte de residuos y/o cicatrices anteriores al complejo de Edipo pero determinadas por el (Freud, S., 1919). Ahora bien, un rasgo invariable entre las fantasías inconscientes es, por una parte, su carácter espectral o fantasmático y, por otra, el ser vivido como “un afecto particular, descrito por Freud, como <<inquietante extrañeza>>” (Abraham, N, Torok, M., 2005, p. 391). Esta *inquietante extrañeza* no sucede ante la pérdida de un objeto sino, de un modo diferente, es “el testimonio de la existencia de un muerto que sigue viviendo con él” (Doron, R., Parot, F., 1991, p. 247). La principal función de este muerto sería la de limitar las demandas del sujeto en el campo transferencia de modo de mantener quieto un deseo calificado, por ejemplo, en la histérica como insatisfecho, en el obsesivo como imposible y distante en el fóbico.

La lógica de la fantasía inconsciente o del fantasma, en el sentido freudiano, sería, en definitiva, mediatizar la relación del sujeto con el mundo a través de una inquietante

extrañeza orientada a bloquear el acceso del sujeto a la memoria. En tal sentido, se combinarían la experiencia vivida y lo oído directamente por el sujeto con experiencias que le serían totalmente anteriores. La formación de las fantasías, como indica Freud ya en las cartas a Fliess (1950 [1892-99]) y el manuscrito L (1950 [1897]), no serían producto de una regresión sino de una figuración en progreso, es decir, el material mnémico, propio o heredado, constituiría aquellas cicatrices o restos que obra con toda la fuerza de las vivencias reales, sin serlo necesariamente. Freud, a partir de estas proposiciones, vislumbra, a favor de la clínica psicoanalítica, que la realidad que importa es la realidad psíquica. En función de este descubrimiento Freud sitúa al psicoanálisis, en tanto dispositivo clínico, como una práctica de la responsabilidad cuyo ejercicio ha de permitir al sujeto adquirir una posición subjetiva en relación a su inconsciente. El psicoanálisis, entonces, “es un instrumento destinado a posibilitar al yo la conquista progresiva del ello” (Freud, S., 1923, p. 56) al apreciar aquello que estaría cimentado bajo el “fantástico disfraz” de la conciencia o como “recuerdos encubridores” (Freud, S. 1899).

Haciendo de soporte de las fantasías sería que los recuerdos encubridores constituyen la delgada sustancia del velo y, por ello, estas se situarían entre los recuerdos reprimidos y la constitución sexual del sujeto. Entendiéndose aquí la constitución sexual como aquello que ligaría la representación propia del círculo de la elección de objeto con el guión fantástico con el cual el sujeto pretende recubrir la realidad. Ello provocaría un nivel importante de satisfacción libidinal al sujeto, sin embargo, de renunciar a ella, el sujeto abandona la acción pasando la fantasía de ser consciente a inconsciente. Y, como Freud señala al respecto:

“Si no se introduce otra modalidad de la satisfacción sexual, si la persona permanece en la abstinencia y no consigue sublimar su libido, vale decir, desviar la excitación sexual hacia una meta superior, está dada la condición para que la fantasía inconsciente se refresque, prolifere y se abra paso como

síntoma patológico, al menos en una parte de su contenido, con todo el poder del ansia amorosa” (Freud, S., 1908, p. 143).

Las exigencias del principio de placer al aparato psíquico, en relación a la libido insatisfecha, sería la de localizar, a través de su relevo (principio de realidad), otras vías para su satisfacción. De no encontrarse estas vías es que el principio de realidad ordenaría, bajo contra-investidura, la regresión hacia aquellos objetos del pasado a los que el aparato psíquico ha sido fijado por obra de la represión. En tal sentido, los síntomas, en términos generales, actuarían, mediante la necesidad de cumplir un deseo, como la realización de las fantasías inconscientes. Sin la existencia de fijaciones no sería posible la vía de la regresión, sin embargo, al prescindir de un objeto real, la regresión facilitaría la resignación del sujeto respecto de la realidad exterior. El fantasma o fantasía inconsciente, por tanto, se impondría, no como algo irreal sino como aquello que retorna desde lo reprimido y que se instalaría entre el sujeto y el mundo. En virtud de este trayecto que va desde el mundo interno hacia el mundo externo, las fantasías tendrían en las pulsiones la fuente de su poder. En tal dirección, habría que destacar que las fantasías inconscientes, ya en S. Freud aunque de un modo más acabado en J. Lacan, no serían simplemente la nostalgia de un tiempo perdido sino la fuerza de este tiempo que, no dejándose borrar por la represión, retorna desfigurado sobre la realidad. El fantasma, en síntesis, designaría en la transferencia o un deseo inconsciente no ejecutado, o un trauma reeditado.

5.3.2. Transferencia del deseo inconsciente y técnica psicoanalítica

Las formas que pueden o no adquirir las fantasías inconscientes²⁵ tendrían siempre el carácter de *preliminares*. Lo que constituiría más bien su esencia sería el carácter móvil de los contenidos reprimidos. Una de las operaciones fundamentales del aparato psíquico, en este sentido, sería su capacidad de transferencia bidireccional de estos contenidos a través de las instancias del psiquismo. La transferencia, antes de

²⁵ De ahora en más se hablará de fantasmas o fantasías inconscientes de modo indistinto.

expresarse y modularse en la relación del sujeto con el otro, sería el signo de una comunicación entre lo consciente y lo inconsciente al interior del aparato psíquico. Freud al respecto señala:

“El deseo conciente sólo deviene excitador de un sueño si logra despertar otro deseo paralelo, inconciente, mediante el cual se refuerza. A estos deseos inconscientes los considero, de acuerdo con las indicaciones que he recogido en el psicoanálisis de las neurosis, como siempre alertas, dispuestos en todo momento a procurarse expresión cuando se les ofrece la oportunidad de aliarse con una moción de lo conciente y de transferir su mayor intensidad a la menor intensidad de estos”. (Freud, S., 1900 [1899], p. 545; las cursivas son de Freud).

El inconsciente favorecería la producción de los sueños a través de las fantasías inconscientes, las cuales, por su parte, actuarían como un poderoso auxiliar de las mociones de deseo del sujeto. Y, como se sabe con Freud, las intensidades psíquicas de estas fantasías serían introducidas en el yo por restos de la vida diurna, inicialmente, inofensivos- que se anudarían a unas huellas mnémicas. De este modo, el fantasma, cuya expresión es la de un velo que, por una parte, desfigura la percepción del mundo exterior y, por otra, facilita el retorno desfigurado de la vivencia traumática, facilitaría, en el sujeto, una predisposición a la compulsión a la repetición. Las representaciones inconscientes adquieren la capacidad de ingresar en el preconscious sólo cuando se conectan con una representación inofensiva que ya forma parte del preconscious. A este hecho Freud lo denomina *transferencia*. Sólo posteriormente designará, con esta misma palabra, el hecho de que el sujeto *transfiere* a un objeto actual sentimientos vividos con anterioridad por él, específicamente, en su infancia. Ahora bien, en ambos casos, la transferencia implica un comercio entre el pasado y el porvenir por intermedio del presente. El entrelazamiento entre representaciones reprimidas e impresiones recientes dejaría ver el constreñimiento a la transferencia (Freud, S., 1900 [1899]). En consecuencia, “lo reprimido exige un material todavía libre de asociaciones; (...) las indiferentes, porque no han ofrecido ocasión alguna a extensas conexiones, y las

recientes, porque les faltó tiempo para ello” (Freud, S., 1900 [1899], p. 556). Por intermedio de la transferencia sería que las mociones de deseo inconscientes buscarían irrumpir hasta la conciencia, sin embargo, en las operaciones mismas del aparato psíquico consigo y sobre el analista, la transferencia adquiriría renovadas fuerzas en el proceso de resistencia al tratamiento.

Producto de la *inversión de la libido* es que la realidad objetiva quedaría invadida por imagos infantiles. En este sentido, la transferencia, gobernada por el trayecto de la regresión, se elevaría y configuraría como resistencia. Esto significaría que las operaciones con las que se trasfiere un contenido de la conciencia a lo inconciente serían bloqueadas en su trayecto inverso, mas, ello permitiría la transmutación de la transferencia en resistencia toda vez que, en el análisis o fuera de él, algo promueva el camino desde el inconciente a la conciencia. Para Freud, en efecto:

“si la introversión o regresión de la libido no se hubiera justificado por una determinada relación con el mundo exterior (en los términos más universales: por la frustración de la satisfacción), más aún, si no hubiera sido acorde al fin en ese instante, no habría podido producirse de modo alguno. Empero las resistencias de ese origen no son las únicas, ni siquiera las más poderosas. La libido disponible para la personalidad habría estado siempre bajo la atracción de los complejos inconcientes (mejor dicho: de las partes de esos complejos que pertenecían a lo inconciente) y cayó en la regresión por haberse relajado la atracción a la realidad. Para liberarla es preciso ahora vencer esa atracción de lo inconciente, vale decir, cancelar la represión [esfuerzo de desalojo] de las pulsiones inconscientes y de sus producciones...” (Freud, S., 1912, pp. 100-101).

De la cita se desprende que la transferencia es, en primer lugar, una modalidad de resistencia intra-psíquica; es el sujeto quien se resiste a la eficacia de su propio pensamiento, deteniendo con ello el paso de lo inconciente a lo consciente. En

segundo lugar, la transferencia se pondría en juego, en la relación cotidiana con el otro, repitiendo una vez más la relación dialéctica entre la configuración y acaecer psíquico y el mundo en el que transita. Finalmente, las formas de resistencia adquirirían, producto del estrechamiento que supone la relación entre inconscientes, toda su fortaleza en el tratamiento psicoanalítico, al intentar fortalecer la repetición por sobre la reelaboración. Recursivamente, la transferencia iniciada en los confines del aparato psíquico no deja nunca de elaborarse en su relación con el mundo. De ahí que la transferencia sobrevenga siempre, tal y como Freud lo indica, producto de una aproximación del sujeto a un complejo patógeno. Sin embargo, siempre existirían, a favor de las resistencias, la posibilidad de producir, mediante formaciones reactivas, unas *desfiguraciones por transferencia* o, de forma aún más general, “el olvido de impresiones, escenas, vivencias se reduce las más de las veces a un <<bloqueo>> de ellas” (Freud, S., 1914, p, 150). Cabe destacar que este bloqueo implicaría, en sí mismo, una modalidad de la resistencia en la transferencia. El sujeto en su propia relación consigo bloquearía los procesos que le permiten transferir un retoño inconsciente a la consciencia. Sería precisamente por ello, que el sujeto *actuaría* lo que no recuerda. La técnica psicoanalítica buscaría, en consecuencia, facilitar el paso de la transferencia intra-psíquica a la transferencia en el tratamiento analítico y, a partir de esto, facilitaría al sujeto no sólo recordar sino reelaborar aquello que, bajo los impulsos de la compulsión a la repetición, habría actuado tanto dentro como fuera del aparato psíquico. En esta dirección, una de las principales dificultades que afrontaría la clínica psicoanalítica es la atravesar el velo con que los recuerdos encubridores recubren a los recuerdos reprimidos.

Las luchas defensivas, contra el retorno de los recuerdos reprimidos, emprendidas por el aparato psíquico favorecerían, desde el preconsciente, los procesos de contra-investidura libidinal permitiendo ello “la irrupción de los pensamientos de transferencia, que son portadores del deseo inconsciente, en algún tipo de compromiso mediante una formación de síntomas” (Freud, S., 1900 [1899], p. 594). Las fantasías serían, en esta línea, la materia prima para la formación de síntomas y, sin poder descargarse el afecto

a ella asociada, determinarían las vías del inconsciente. En esta dirección, habría que señalar que la “transferencia crea un reino intermedio entre la enfermedad y la vida” (Freud, S., 1914, p. 156) y que el rol del psicoanalista sería, según Freud, sustituir la neurosis ordinaria del sujeto por una neurosis de transferencia. Al centro de este reino intermedio, siguiendo a Freud, habría que situar al analista como objeto de la pulsión, esto es, como aquello sobre lo cual las pulsiones del sujeto se encaminan. Sin embargo, habría que destacar que el analista, ya en posición de objeto, no debería entender los sentimientos de su paciente como dirigidos hacia él, sino sólo ha de ocupar el lugar de objeto y a partir de él facilitar la circulación de las pulsiones bajo la forma de demandas insatisfechas. Estas, posteriormente, adquirirán el carácter y la fuerza de una interpelación a reelaborar los restos mnémicos que gobiernan los avances del sujeto en su porvenir. Nótese que esta trasmutación de la transferencia equivale, primero, al paso de una situación intra-psíquica a una relación con el otro y, segundo, en esta relación con el otro ella puede llegar a ser vivenciada como un reino intermedio entre la enfermedad y la vida. Freud ilustra esta situación del siguiente modo:

“No olvidemos, en efecto, que la enfermedad del paciente a quien tomamos bajo análisis no es algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo, y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente. La iniciación del tratamiento no pone fin a ese desarrollo, pero, cuando la cura se ha apoderado del enfermo, sucede que toda la producción nueva de la enfermedad se concentra en un único lugar, a saber, la relación con el médico. La transferencia es comparable así a la capa de crecimiento celular situada entre la corteza y la pulpa de un árbol, de la que surgen la nueva formación de tejidos y el espaciamento del tronco. Pero cuando la transferencia ha cobrado vuelo hasta esta significación, el trabajo con los recuerdos del enfermo queda muy relegado. No es entonces incorrecto decir que ya no se está tratando con la enfermedad anterior del paciente, sino, con una neurosis recién creada y recreada, que sustituye a la primera. A esta versión nueva de la afección antigua se le ha seguido desde el comienzo, se la ha visto nacer y crecer, y uno se encuentra en su interior en posición particularmente

ventajosa, porque es uno mismo el que, en calidad de objeto, está situado en su centro. Todos los síntomas del enfermo han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, que consiste en un vínculo con la transferencia. O de estos síntomas subsistieron sólo algunos, que admitieron esa remodelación. Ahora bien, el domeñamiento de esta nueva neurosis artificial coincide con la finiquitación de la enfermedad que se trajo a la cura, con la solución de nuestra tarea terapéutica.” (Freud, S., 1917 [1916-17], p. 404).

En la cita anterior Freud evidencia diversos rasgos de la transferencia y su relación con el tratamiento psicoanalítico, entre los cuales puede destacarse, por ejemplo, el rasgo fantasmático de las enfermedades. Al igual que un ser viviente la enfermedad sería un algo en desarrollo, sin embargo, cuando la cura se apodera del enfermo ocurre que la enfermedad, condensada en un único lugar, produciría nuevos tejidos inconscientes y un nuevo espaciamiento entre los recuerdos que se trasfieren al médico bajo la modalidad de una enfermedad artificial. En tal sentido, habría que destacar que muchos de los síntomas psicosomáticos de un sujeto darían cuenta de una enfermedad artificial que demanda una escucha para un malestar mayor o más profundo, y sin embargo, el conocimiento médico no facilitaría la conversión de las neurosis. Ello, no obstante, requiere de una pieza técnica propia del psicoanálisis, a saber, la interrupción de las resistencias. En esta línea, las neurosis de transferencia, al sustituir a las neurosis ordinarias, facilitan al psicoanalista encontrar, entre las reacciones de repetición, los caminos que le permitirán despertar los recuerdos reprimidos del sujeto. Vencer las resistencias del sujeto es posible en la medida en que el psicoanalista “comienza, como se sabe, con el acto de ponerla[s] en descubierto (...), pues el analizado nunca las discierne” (Freud, S., 1914, p. 156) y por ello es necesario comunicárselas. Ahora bien, no basta, dice, Freud, con sólo nombrarle las resistencias al paciente sino que “es preciso dar tiempo tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él; para *reelaborarla* [*durcharbeiten*], vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental” (Freud, S., 1914, p. 157). Freud

señala, por lo demás, que el tratamiento psicoanalítico no ha de evitar este decurso ni apurarlo, puesto que sólo a través de él podrá el sujeto reelaborar sus resistencias. En tal sentido, la interpretación de las ocurrencias del sujeto sería solo posible en cuanto se reproduce lo reprimido en los decursos de la transferencia. Decursos, se insiste, que van desde la relación entre lo inconsciente y lo consciente para, posteriormente, pasar a la relación del sujeto con el psicoanalista.

Las vías de la interpretación, en consecuencia, requieren de la constitución de un vínculo transferencial entre sujeto y analista. De lo contrario no habría cura psicoanalítica posible. Ahora, con ello, se indicaría que las vías de la interpretación dependen, en rigor, de las formas que adopta este vínculo y cómo es abordado por el psicoanalista. Esto deja en evidencia que no existiría un código homogéneo de interpretaciones sino un “método del descifrado” (Freud, S., 1900, p. 125). Ahora bien, este método posibilitaría una “interpretación *en détail*, no *en masse*” (Freud, S., 1900, p. 125), es decir, una interpretación que se ejercería a partir y sobre fragmentos de las formaciones psíquicas, favoreciendo con ello que cada analista tome aquellos fragmentos singulares de la vida psíquica del paciente que han despertado su atención para, con posterioridad, presentárselos y esperar que él ofrezca nuevas ocurrencias en torno al o los sentidos que para sí tienen estos fragmentos. En efecto, las vías de la interpretación solicitan, como primer paso, la asociación libre por parte del analista, luego se espera que las vías de la interpretación involucren al paciente a partir de sus propias asociaciones. Esta interpretación en detalle confiere, en consecuencia, a la asociación libre el carácter de regla fundamental y, de modo dialéctico, facilita su paso del paciente al psicoanalista. Freud establece entonces que la interpretación no es una técnica exclusiva del analista, por el contrario, el paciente estaría obligado a través de la asociación libre a darse a la interpretación de los fragmentos que ha expuesto bajo la figura de una totalidad. Asimismo, el analista no sería simplemente un agente que interpretaría las asociaciones libres del sujeto, sino que el mismo debería abandonarse a la asociación libre para escuchar aquellos fragmentos que le facilitarían producir la interpretación en el contexto de la neurosis de transferencia. Se avanzaría en el proceso

psicoanalítico sólo cuando se es capaz de pasar de la interpretación de los sueños y la sintomatología hacia la interpretación de las mociones de deseo inconsciente, y los decursos pulsionales que ello implicaría.

En la transferencia lo que estaría en juego, al menos para la cura analítica, sería la posibilidad de hacer converger dos metas del tratamiento. En palabras de Freud:

“si la meta práctica del tratamiento consiste en cancelar todos los síntomas posibles y sustituirlos por un pensamiento conciente, puede plantearse como otra meta, teórica, la tarea de salvar todos los deterioros del memoria del enfermo. Las dos metas convergen; cuando se alcanza una, también se logra la otra; es un mismo camino el que lleva a ambas.” (Freud, S., 1905 [1901], pp. 17-18).

El camino para ambas metas sería aquel de la transferencia. Si bien Freud para esa época aún no habría aún articulado plenamente la noción de transferencia, esta se presentaría sigilosamente a través del análisis del caso Dora. Freud muestra cómo, producto de la insistencia de la interpretación del deseo de Dora, acontecería poco a poco, en el sujeto tratado, la dimensión de *amor en la cura o amor de transferencia*. De este modo, la transferencia se presenta al modo de una dificultad que, al engañar al sujeto, generaría un falso enlace entre los afectos reprimidos y la persona del analista. Freud retomará el estudio de esta dificultad en sus Escritos técnicos (1911-1917), señalando que el proceso trasferencial favorecería las resistencias del sujeto al análisis. En la transferencia, por una parte, se interrumpiría el devenir de la asociación libre sería interrumpida y, por otra, favorecería la aparición de la escenificación o actuación de los conflictos. Tanto el amor como el odio serían sentimientos como semblantes de la transferencia y, de acuerdo a estos sentimientos se organizarían las formas de resistencia al proceso terapéutico. No obstante, más allá de las diversas versiones de la transferencia, lo inmutable en ella sería el despliegue de una repetición en acto y de unas formas cada vez más sofisticadas de resistencia. Ahora bien, se constituiría como

un problema suplementario el hecho de que el analista hiciese un uso tierno y positivo de la transferencia. El camino de la sugestión, en este sentido, sería absolutamente inocuo a largo plazo, esto porque se sostendría sobre la figura y presencia del analista. En virtud de esto, fue que Freud asumió la dimensión resistencial de la transferencia como un insumo provechoso para el tratamiento. Bajo la modalidad de “manejo de la transferencia” Freud nos señala la importancia de interpretar la relación de esta con la satisfacción pulsional del sujeto: “nuestra convicción acerca del significado de los síntomas como satisfacciones libidinosas sustitutivas sólo se afianzó definitivamente cuando incluimos en la cuenta a la transferencia” (Freud, S., 1916-17, p. 404). En efecto, transferencia e interpretación estarían íntimamente ligadas entre sí. De no existir un buen manejo de la transferencia no sería posible, en rigor, una interpretación psicoanalítica, puesto que el tratante quedaría atrapado y sometido a los caprichos de las resistencias del sujeto. El tratamiento implicaría, entonces, primero un bueno manejo de la transferencia, y luego la posibilidad de interpretar el aparato psíquico y sus configuraciones. Ahora, en términos técnicos, esto supone la prevalencia de lo que Freud denominó como regla de la abstinencia. El médico tratante ha de rechazar la satisfacción sexual que le propone el paciente a través del amor de transferencia. Por tanto, siguiendo a Freud, la clínica requiere, por parte del analista, que este no ceda ante las demandas del paciente pero que tampoco las rechace. Se trataría de hacer circular las demandas de modo que vuelvan al sujeto que las ha emitido. Ello, por su parte, implicaría no interpretar las demandas de amor actuadas por los pacientes, ya que de hacerlo esto no impediría la satisfacción asociada a la demanda. En tal sentido, ocurre, en rigor, que aquello que demandan los pacientes no es simplemente una muestra de afecto o comprensión en torno a las modalidades de su sufrimiento sino, en realidad, solicitan la presencia de otro que se presentaría a través del yo del analista. Por tanto, como señala Freud, no habría que responder ni anular estas demandas ya que con ello solo se permitiría la victoria de las resistencias. Al analista le correspondería, entonces, favorecer el desarrollo de la transferencia en todas sus versiones y expresiones.

En el texto “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912) Freud muestra que el proceso trasferencial estaría constituido por diversos y divergentes momentos. En primer lugar, ella constituiría el motor de la cura, aquello que movilizaría las posibilidades del análisis, pero, una vez ello suceda, ella adquiriría el carácter de un obstáculo al tratamiento. De motor a obstáculo para, posteriormente, volver a constituir el principal instrumento del tratamiento analítico. Ello, por supuesto, sucedería en torno a las exigencias del recordar por medio de la asociación libre y la interpretación de los fragmentos de la vida psíquica. En esta dirección, cabe no olvidar que la transferencia sería un proceso fundamental para facilitar el paso de una neurosis ordinaria a una neurosis de transferencia y, por ello, una vez el analista sortee los obstáculos que le son inherentes habría de, finalmente, desmontarla. En definitiva, si bien la cura psicoanalítica necesitaría de la formación de una neurosis de transferencia, su objetivo último sería desmontarla en su consistencia libidinal y sus significaciones en tanto creación artificial. Para ello es ineludible el mover al paciente para que cancele las represiones a las que se ha sometido. El paciente, indica Freud, debe volver a recordar ciertas vivencias, así como las mociones de afecto por ellas provocadas, que están por el momento olvidadas por él” (Freud, S., 1937, p. 260). La materia prima de todo análisis sería, en consecuencia, “todos los factores que participan en la formación del sueño; ocurrencias que él produce cuando se entrega a la <<asociación libre>>, de las que podemos nosotros entresacar unas alusiones a las vivencias reprimidas, retoños de las mociones de afecto sofocadas, así como de las reacciones contra estas; por último, indicios de repeticiones de los afectos pertenecientes a lo reprimido en las acciones más importantes o íntimas del paciente, tanto dentro de la situación analítica como fuera de ella” (Freud, S., 1937, p. 260) y, por ende, sería la relación trasferencial la que, al sortear el discurso conciente del paciente, favorecería el retorno de tales vínculos afectivos por medio de la repetición de estos en la transferencia. En síntesis, las interpretaciones analíticas serían posibles gracias al uso de este material transferencial.

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la primera fase de esta tesis, la cual corresponde al *proyecto de investigación*, se estableció la necesidad de pasar de una lógica de la *intervención en crisis* hacia una *clínica de la urgencia*. Ello implicó, en una primera etapa, establecer el sentido general de la *intervención en crisis*, destacando, por cierto, debilidades axiológicas y pragmáticas en torno a la efectividad de su técnica. Más allá de la favorable disposición hacia el psicoanálisis de la autora, se evidenció que la *intervención en crisis*, en cuanto dispositivo clínico, *no ofrecía la posibilidad de pensar un lugar para lo psíquico en las unidades de urgencia y emergencia de un hospital público*. Esto, por una parte, se debía a que en su *proceder analgésico* la intervención en crisis promovería, al son de los imperativos del mercado²⁶, la necesidad de defenderse, a como dé lugar, del dolor y/o sufrimiento psíquico. En tal sentido, bajo la aplicación de la contención y la inhibición sintomática se frenaría la *emergencia* de la causalidad del sufrimiento psíquico. El individuo sería observado en su dimensión corporal-orgánica y, por tanto, se obviaría que es, por decirlo de algún modo, una huella y un efecto de la historia en su actualidad.

A juicio de la mirada médica, inexorablemente fundante de la *intervención en crisis*, la condición orgánico-corporal de los síntomas daría cuenta de una defectuosa disposición del comportamiento respecto de la subjetividad. Al más puro estilo cartesiano, tal división comportamiento-subjetividad haría del paciente un objeto pasivo ante la manipulación de la transferencia operada a través de una clínica sin palabras. Las crisis del sujeto o el estado de crisis de un sujeto, en este sentido, serían

²⁶ Si bien no es tema de esta tesis, parece inevitable no señalar que las estrategias publicitarias del llamado “libre mercado” enfatizan un discurso y unas prácticas en las que se remarca la felicidad como *imperativo categórico*. Se estaría obligado a ser feliz, razón por la cual todo dolor, ya sea físico o psíquico, debería ser neutralizado rápidamente.

así la simple evidencia de un diagnóstico que habría de ser confirmado a través de los manuales de psiquiatría y, el terapeuta, por su parte, actuaría como un mero observador que, solipsistamente, tendría que confirmar la manifestación objetiva del padecimiento, es decir, los signos, en el caso de las urgencias subjetivas y psicosomáticas, de una enfermedad o cortocircuito a nivel psíquico. De ahí que la agrupación de síntomas y signos en los manuales de psiquiatría se ofrezcan como el material a ser confirmado a través de las manifestaciones sintomáticas de los pacientes. En tal dirección, la *intervención en crisis* promovería la reificación de los pacientes al codificar, bajo el discurso médico, la originariedad de sus relatos. Cada frase del paciente sería traducida al lenguaje de los manuales.

En síntesis, no sería posible una relación fructífera entre *psicoanálisis* e *intervención en crisis*, puesto que el carácter cortoplacista –del segundo– en torno a lo agudo borraría inmediatamente la dimensión de lo *crónico* y de la *pausa* en el primero. Sin embargo, más allá de los principios de eficacia de la ciencia moderna, habría que dilucidar si, efectivamente, lo agudo no hace parte de lo crónico y, si inversamente, lo crónico no se manifiesta –cada cierto tiempo– a través de lo agudo. Si, por ejemplo, se tiene por una hipótesis válida el hecho de que siempre es posible una relación de implicación entre lo agudo y lo crónico, la *intervención en crisis* perdería inmediatamente su eficacia. Aún más, cada vez que ésta se dispone a contener e inhibir los síntomas de un sujeto ella posibilitaría el *retorno de lo reprimido*. En tal sentido, la invisibilidad y repetición de aquello que escapa de la mirada médica sería en sí mismo un argumento favorable a la *clínica de la urgencia subjetiva*. En esta dirección, el *psicoanálisis* propondría, a diferencia de la *intervención en crisis*, una pausa ahí donde la *urgencia* invisibiliza lo crónico a partir de la *emergencia* de lo agudo. Esto invalidaría, en cierto sentido, aquellas operaciones clínicas que, dividiendo temporalmente el malestar, apuntarían a restablecer simple y llanamente la homeóstasis de un individuo. Obviamente, habrá quienes consideren la contención e inhibición de síntomas como un procedimiento clínico válido y necesario. Sin embargo, con o sin diván, el psicoanálisis, en las unidades de urgencia y emergencia, habrá de “escuchar y

propiciar la palabra del sujeto” por una parte y, por otra, se sustraerá de la posición de saber que implica, por ejemplo, el discurso médico, favoreciendo así una apuesta por “un saber no sabido (inconsciente) que está en juego, aún en las urgencias, aun cuando las formas agudas de expresión subjetiva sean en principio refractarias a registrarlo” (Moscón, J., 2011, entrevista).

A priori en esta tesis se ha aventurado que la teoría, la clínica y la técnica psicoanalítica podrían responder y enfrentar favorablemente situaciones de crisis o emergencia subjetiva. *A fortiori*, en esta tesis, la *clínica de la urgencia* se ha presentado, incluso fantasmagóricamente, como aquel perno con el que se ha de unir *psicoanálisis* y *hospital*. Ahora bien, cabe contestar ¿cuál sería la forma y los procedimientos de esta articulación?

Respondiendo a esta, en apariencia, inocente pregunta se propondrá un correlato inevitable entre psicoanálisis y servicio público. No obstante, como ha sido indicado en los objetivos de la presente tesis, aquello que realmente estará en juego en el siguiente análisis y discusión será la *emergencia* de una plataforma discursiva mínima con la cual se argumente un pensamiento psicoanalítico de la *clínica de la urgencia subjetiva* desde los aportes *teóricos* de S. Freud.

6.1. Metapsicología, clínica y hospital

La relación hospital, clínica y psicoanálisis, tal y como se presentó en el marco teórico, dista mucho de ser cordial. Las particularidades de cada instancia, tanto en lo conceptual como en lo empírico, han implicado históricamente una diferencia en lo político²⁷. Esto es, la configuración arquitectónica y epistémica del hospital supone, *a priori*, un carácter disciplinario sobre los cuerpos a partir de la noción de *examen*. A contracorriente, en el psicoanálisis, incluso en su origen, se entrecruzan en la elaboración de la cura, como han señalado Aceituno y Bornhauser (2005), las dimensiones epistémicas, históricas y políticas a favor de una *repsychisation* de la

²⁷ Se retomará este punto en el subtítulo 6.3 del presente análisis.

existencia (Jadoulle, V., 2007). Se oponen, entonces, el carácter *disciplinario* del hospital con el deseo *emancipatorio* del psicoanálisis. Dicho de otro modo, el hospital ha favorecido la represión de los síntomas, señalando que al desaparecer estos se cura la enfermedad, sin embargo, ha obviado sistemáticamente que la representación psíquica de estos y, por lo demás, como ésta en muchas oportunidades es más una causa que un efecto de la enfermedad. En cambio, ha sido preocupación del psicoanálisis, en su dimensión clínica, liberar y permitir la circulación de lo reprimido hacia su reelaboración. Ahora bien, a pesar de estos objetivos tan disimiles entre hospital y psicoanálisis, existirían siempre modos de articulación entre ellos. No obstante, entre las posibilidades la relación entre ellos será siempre asimétrica. En este sentido, cabe recalcar, que el hospital es, por una parte, un *dispositivo* -en el sentido foucaultiano del término-, mientras que, por otra, en un sentido lacaniano del término, el psicoanálisis es un *Discurso*.

La distinción terminológica entre *dispositivo* y *Discurso* implicaría que el hospital es “un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente lo dicho y también lo no dicho” (Foucault, 1994, p. 299), en tanto que el psicoanálisis es un *Discurso* que “implica una articulación de lo singular de un sujeto con lo común” (Palacio, L., 2003, p. 93), es decir, es un *Discurso* que responde a los imperativos del *lazo social*. En tal sentido, el hospital se articula alrededor del discurso epistémico de la mirada médica, siendo por ello una institución que se estructura por diversas instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, que se rige por leyes, medidas administrativas y enunciados científicos, etc. Por su parte, el psicoanálisis, aun cuando se practica, en términos generales, considerando cuestiones arquitectónicas como son, por ejemplo, el lugar de la silla y del diván, o bien, aun cuando se inscribe en el cruce entre enunciados filosóficos y científicos, o bien no deje este de considerar, en lo que a la técnica se refiere, decisiones reglamentarias (el caso de la abstinencia, por ejemplo), no es por ello un *dispositivo*.

Considerando lo dicho y lo no-dicho, el psicoanálisis, a diferencia del hospital de salud pública, no sería una red en la que los elementos mencionados se establecerían armónicamente a favor de un determinado *juego de poder*. Es más, el psicoanálisis, considerando la inevitabilidad inicial de estos juegos de poder en lo que sería la clínica, tendría por horizonte destituir la inscripción de estos juegos, favoreciendo con ello el alojamiento de lo psíquico y sus formas contemporáneas de desfallecimiento ahí donde el hospital, a través de la mirada médica, facilitaría el encapsulamiento de los síntomas en sus referencias diagnósticas. En consecuencia, si bien las nociones de hospital y psicoanálisis implican formas muy distintas de entender el lazo social, es factible, por ejemplo, que el psicoanálisis se inscriba como *Discurso* en los intersticios del *dispositivo* hospitalario. Por supuesto, esto provoca una suerte de disonancia teórico-práctica y, ciertamente, política entre ambos. Una posibilidad, en esta dirección, sería que hospital y psicoanálisis convivan en sus diferencias y, por tanto, se estructuren en torno a sus disputas axiológicas; una segunda posibilidad, ha sido que el hospital margina, en el mejor de los casos, expulse, en el peor, al psicoanálisis fuera de sus fronteras o, finalmente, que el psicoanálisis pueda, en el futuro, transformar los modos institucionales de articular lo orgánico con lo psíquico. Si bien, esta tercera opción sería, a juicio de esta investigación, lo axiológicamente deseado, la realidad indicaría que esta disposición sólo tendría posibilidad al, primero, evitar el psicoanálisis ser expulsado para, al favorecer posteriormente una convivencia en la diferencia, facilitar la transformación del dispositivo en nombre del lazo social.

Entonces, ¿qué posibilidades de articulación existen realmente entre psicoanálisis y hospital? ¿A partir de que elementos podría, efectivamente, darse un encadenamiento que beneficie tanto a los sujetos en su singularidad como en su articulación con lo común? Las formas de una respuesta a tales preguntas dependerán, en cualquier caso, de los elementos y del orden –topológico– en que estos se dispongan. Si se estructura un modelo, por ejemplo, en el que se considera la clínica como bisagra posible entre hospital y psicoanálisis, ello implicará cuestiones muy distintas a si se decide situar la comprensión de lo psicopatológico en su lugar. Ciertamente sería señalar, en virtud de ello,

que clínica y psicopatología serían elementos recíprocos y que la relación entre ellos sería circular puesto que, por una parte, se procede en lo clínico en función de determinaciones o (pre)comprensiones de lo psicopatológico y, a la inversa, se entiende que los modos de entender lo psicopatológico indican ciertos modos de proceder clínicamente (la mirada versus la escucha, p.e.). Esto significa que estos elementos, más allá de sus particularidades discursivas, estarían desde-ya atrapados en y por las redes de determinados *Discursos* y *dispositivos*. La cuestión es, en consecuencia, descentrarlos recíprocamente. Para ello, no obstante, más que un elemento, haría falta considerar un gesto simbólico que adquiriera, de cierto modo, la forma de una decisión histórica.

Freud, ya en 1893 en una carta dirigida a W. Fliess, habría operado este gesto simbólico (Assoun, P-L., 2002). Al inventar la noción de *metapsicología* Freud le habría dado “un nombre fundamental a la teoría del psicoanálisis” (Assoun, P-L., 2002, p. 8). Y sin embargo, como señala el mismo Assoun, habría una tendencia a olvidar y *desconfiar*, entre los psicoanalistas, de esta noción. Y a pesar de cualquier desconfianza, la metapsicología sería el otro nombre del psicoanálisis así como, inevitablemente, sería su núcleo teórico. La cuestión, entonces, es cómo este núcleo del psicoanálisis puede constituir o hacer de bisagra entre este y el hospital. ¿Por qué el hospital, especialmente el hospital de salud pública, tendría que aceptar como suyo aquel núcleo teórico del psicoanálisis? ¿Qué sentido tendría para un hospital, específicamente en sus unidades de urgencia y emergencia, presentarse y actuar desde unas consideraciones que, estando más allá de la psiquis, no dan cuenta, al menos a partir del *examen* y la *mirada*, de lo orgánico y de su padecimiento? ¿Por qué habría de importarle al *dispositivo* hospitalario un *Discurso* que *representa la superestructura* del psicoanálisis? En fin, existirían miles de formas de configurar y reconfigurar esta pregunta y el problema seguiría siendo el mismo: ¿es posible que la *metapsicología*, en cuanto superestructura teórica del psicoanálisis, favorezca la articulación y descentramiento tanto de este como del hospital? y, por consiguiente, en relación a los

objetivos de esta tesis, ¿qué relación existiría entre esto y la *clínica de la urgencia subjetiva*?

A simple vista, suponer que la metapsicología podría hacer de bisagra entre hospital y psicoanálisis resulta, al menos absurdo. Y, sin embargo, el carácter *transobjetivo* de la metapsicología la mantendría *indefectiblemente en el horizonte de la ciencia* ahí donde el inconsciente desborda al clínico en su ejercicio. Por tanto, en esta vía es que la metapsicología facilitaría a la clínica retraducir “la construcción de una <<realidad suprasensible>>, que a su vez expresa un acontecimiento <<endopsíquico>>” (Freud, S., citado en Assoun, P-L., 2002, p. 10). En efecto, la condición inherente de la metapsicología es la de desplegarse al modo de una *ruptura epistemológica*. Ruptura que podría orientarse hacia los cimientos del *dispositivo* hospitalario y, que anticipadamente, ha sido desplegada como fundamento del psicoanálisis en su relación al lazo social. Habría que recalcar, a propósito del dispositivo hospitalario, que este se constituye, en función de su carga ideológica disciplinante, irreductiblemente a partir de una formulación metapsicológica de carácter, eso sí, más bien positiva. Es decir, los hospitales nacen y se desarrollan tomando en cuenta lo inconsciente, sin embargo, realizan esto a través de su represión y denegación. No se reprime aquello que está ausente, se reprime aquello que, de una u otra forma, asedia la realidad. En este preciso sentido, la función disciplinaria de los hospitales, y la lógica clínica de la *contención* e *inhibición* de síntomas propia de la *intervención en crisis*, estaría dirigida a *civilizar* las pulsiones inconscientes que, a partir de la experiencia corporal, marcan una tensión respecto del *orden del discurso* de la sociedad contemporánea. El hospital, en esta dirección, se dispone a evitarle al sujeto un encuentro con sus tensiones inconscientes, negándoles con ello tanto su pasado como su potencial generador.

Con respecto al inconsciente el hospital, así también la clínica de la mirada, trabaja evitando la construcción metapsicológica, esto es, aplica sin más sus constructos diagnósticos sobre aquello que es observable en el individuo sin considerar que lo inconsciente no es ni observable ni percibible. Ahora bien, a través de diversos

procesos de negación de lo inconsciente el hospital no deja de confirmar su presencia, sin embargo, le resta valor al no producir construcciones teóricas que han de ser puestas a prueba en la práctica. A contrapelo de una epistemología de la mirada, la metapsicología podría promover una bisagra entre hospital y psicoanálisis, esto porque, si su función principal es describir un proceso psíquico en sus relaciones dinámicas, tópicos y económicas, ella devendría en sí misma una herramienta. En consecuencia, la metapsicología puede pensarse como una *herramienta teórica* que se sitúa en los intersticios del hospital y en los fundamentos del psicoanálisis. No se trata, en efecto, de restarle importancia a lo médico ni a las formulas con las que opera sobre el cuerpo y sus enfermedades sino, por el contrario, la idea es abrir el horizonte de su mirada a la comprensión de lo psíquico ahí donde la enfermedad se configura. Esto, por supuesto, implica que no todos los casos tienen porque tener una raíz psíquica, pero asimismo, implica que no todos los casos que llegan a la urgencia y emergencia de un hospital tienen raíces orgánicas.

La teoría y el método psicoanalítico, en su dimensión fundante (es decir, en su dimensión metapsicológica), relevaría aquellos hechos de la realidad, entendidos por el sujeto como la escena primordial, por herramientas conceptuales, altamente especulativas, que favorecieran la comprensión del fenómeno sintomático. Esto quiere decir que a partir del carácter metapsicológico del psicoanálisis, éste considera al aparato anímico como un conjunto de representaciones que hiladas entre sí invisten afectivamente la realidad. El ejemplo freudiano por excelencia para ilustrar dicha cuestión vendría a ser el caso Juanito. La representación “caballo”, en Juanito, surgiría efectivamente por la presencia percibida del animal, sin embargo, precisamente por ello quedaría la representación de este afectivamente cargada. Lo que ocurre, en rigor, es que el sujeto desplaza sobre un objeto cualquiera ciertas cargas afectivas que han sido provocadas por otro objeto y/o sujeto. Sólo con la finalidad de actualizar este ejemplo, en función de la prosecución del presente análisis, se dará a continuación un ejemplo analizado por esta tesista en el transcurso de su práctica profesional:

[Viñeta clínica]: Llega a la posta un joven adulto de 27 años, es estudiante de arquitectura en una universidad tradicional. En estos momentos se encuentra en el proceso de elaboración de su proyecto de tesis. Es llevado a la posta central, específicamente a la unidad de urgencia. El médico le pregunta que le ha sucedido, y este refiere que se ha desmallado y que, que hace un tiempo que comenzó a sufrir de ataques de pánico. El médico procede a realizar una serie de exámenes de rigor, entre ellos, medir los niveles de azúcar en la sangre. Al cabo de unos instantes, el médico solicita la presencia de un profesional de la unidad de Psicología de Enlace. Al acudir el profesional, este le pregunta al joven que le ha sucedido. Cuenta exactamente lo mismo que le relatara al médico. Se le pregunta, primero, desde cuándo es que padece de estas crisis de pánico y, luego se le pregunta por el contexto en las que suceden estas crisis; ante esto el joven señala lo siguiente: “Al parecer me estoy desmallando desde que comencé a pensar mi proyecto de tesis... lo raro es que cada vez que espero la micro y esta no pasa, comienzo lentamente a sofocarme. Es insoportable el calor que siento, no lo aguanto. (...). Me *aproblema* que la micro no me pase”... ante esta última afirmación se le pregunta ¿qué micro es la que no le pasa a usted? luego de divagar por unos instantes el joven señala “siempre he sido homosexual, mi madre lo sabe, no hay problemas con eso en casa, sin embargo, ya tengo 27 años y *no pasa na’... no he tenido nunca relaciones sexuales*”. *No pasa na’* parece equivalente a *no me pasa la micro* y como esta no pasa el joven se desespera, se sofoca ante el calor que siente. Se le pregunta que tiene que ver esto con el comienzo de su proyecto de tesis. Señala, más rápido de lo que se espera, que la idea de su proyecto es remodelar un antiguo edificio, se trata de modernizarlo, sin embargo, le acongoja no saber que pilares mantener y cuales debe botar...

Más allá de los pormenores de este caso, lo que aquí se desea recalcar es que las crisis de pánico, los desmayos, la taquicardia, la sudoración excesiva y el dolor de pecho, entre otros síntomas que presentaba el paciente, no eran sino signos de un malestar

subjetivo que encontraría una adecuada interpretación sólo a través de una exploración metapsicológica. En este sentido, recortar el síntoma y explorar su contexto o las circunstancias en las que este surge en términos tópicos facilita, por una parte, retraducir una representación consciente hacia una representación inconsciente (“no me pasa la micro” → “no pasa na’” → “no he tenido nunca relaciones sexuales”). Por otra parte, develar esta relación permite comprender que la representación consciente reciba sobre sí toda la carga afectiva inconsciente y, producto de ello, produzca un síntoma, a saber, las crisis de pánico, los desmayos, etc. Sin entrar en detalles, habría que señalar que desde un punto de vista dinámico, toda esta situación habría remito al sujeto a la manifestación de un conflicto psíquico (cabe destacar que el sujeto relata que su padre, cuando él era muy niño siempre le decía que cuando fuera a un baño público se cuidara el trasero, especialmente el ano, “que me pusiera las manos atrás tapándome el ano, siempre recuerdo que mi padre me lo decía”). Ahora bien, más allá de los detalles y de una interpretación del caso, lo que aquí estaría en juego es que el conflicto psíquico es esencial para la comprensión del aparato psíquico y sus operaciones. Finalmente, desde un punto de vista económico, habría que señalar que la *magnitud de angustia*, desencadenada cada vez que *la micro no pasa* por el paradero remite, al menos en términos generales, a la magnitud del deseo del sujeto. Sin embargo, al no tener este deseo un objeto se descargaría por la vía del síntoma. ¿Mas que tiene que ver todo esto con la relación hospital y psicoanálisis?

La metapsicología, ya sea como un *modo de concepción* (coordinadas tópica, dinámica y económica) o en tanto *modo de exposición* del aparato psíquico, sería -o puede llegar a ser- para el hospital aquella herramienta que le permitiría “salir de una *aporía en el terreno clínico*” (Assoun, P-L., 2002, p. 16; las cursivas son del original). Y, en este sentido, es necesario destacar que en los hospitales de salud pública se suele consolidar el carácter aporético de las enfermedades, es decir, nadie entiende ni comprende los porqués de la enfermedad. En otras palabras, la lógica de los diagnósticos médicos, e incluso de la *intervención en crisis*, es la de promover enunciados que *contienen* una inviabilidad de orden racional o, al inhibir el paso de lo consciente a lo inconsciente,

provocan una *dificultad lógica insuperable*. De ahí que la metapsicología sea una herramienta que le permita al hospital *fantasear* y, a la vez, una herramienta que introduce en el psicoanálisis cierto malestar. De lado del hospital, esta posibilidad de fantasear no quiere decir aquí divagar sino “una forma rigurosa de escapar a una parálisis del pensamiento clínico” (Assoun, P-L., 2002, p. 16). El concepto escande la escucha clínica en el lugar del trauma. En tal dirección, en las unidades de urgencia y emergencia no sólo ha de importar el signo de las enfermedades sino es también de alta relevancia llegar a dilucidar “la forma en que ocurrieron las cosas” [*Hergang*] (Assoun, P-L., 2002, p. 22). La metapsicología sería, en consecuencia, aquello que permitiría reunir hospital y psicoanálisis al tiempo que los descentre en su reciprocidad, a saber, permitiéndole al *lazo social* ingresar en los espacios intersticiales del dispositivo hospitalario.

6.2. Transferencia y cartografía: el aparato psíquico en el hospital

Con la metapsicología, en consecuencia, el psicoanálisis es siempre un *pensamiento en marcha*. Un pensamiento que *es-siendo* en la *práctica clínica* y, por tanto, que siempre escapa a la clausura científica de la teoría positivista, por ejemplo. Y sin embargo, en la marcha de la experiencia clínica sería que la especulación teórica adquiere un determinado *valor en su uso*; develando topológicamente el carácter singular de los síntomas evitaría así el psicoanálisis constituirse en una cosmovisión [*Weltanschauung*]. Ni religión ni ciencia propiamente tal; el psicoanálisis, cartográficamente, se desplegaría fiel a la separación de sus partes constitutivas, sin embargo, la *práctica clínica* posibilitaría la *experiencia especulativa* a la vez que esta última favorecería la “búsqueda de una verdad sin concesiones” (De la Fabían, R., 2008, p. 134). Es decir, el psicoanálisis no sería una cosmovisión ya que esta, en palabras de Freud, implica siempre “una construcción intelectual que soluciona de una manera unitaria todos los problemas de nuestra existencia a partir de una hipótesis suprema; dentro de ella, por tanto, ninguna cuestión permanece abierta y todo lo que acaba nuestro interés halla su lugar preciso” (Freud, S., 1933 [1932], p. 146). De ahí

que el psicoanálisis, en su configuración metapsicológica, constituya entonces una herramienta capaz de deslindar, en el espacio hospitalario, las instancias del *aparato psíquico*.

La relación entre hospital y psicoanálisis implica, en consecuencia, tanto un trabajo en la *transferencia* así como el despliegue de una *cartografía* del *aparato psíquico*. Es decir, por una parte, en la relación entre *dispositivo* y *Discurso*, el hospital a través de la clínica psicoanalítica ha de abrirse a las circunstancias del sujeto y, por otra, lo clínico, a través de lo hospitalario, ha de interesarse por las circunstancias de las enfermedades más que por su supuesta esencia. Es decir, tanto en lo conceptual como en lo fáctico, la transferencia entre *dispositivo* y *Discurso* ha de traducir el acontecimiento subjetivo, liberándolo, por cierto, de su encadenamiento corporal. En tal sentido, el *aparato psíquico* no se presentaría como lo esencial sino como aquello que, aconteciendo en los intersticios del hospital, traza un mapa de circunstancias a ser develadas. O para decirlo de otro modo, del conflicto al trauma psíquico, lo real clínico de la marcha sería aquello que, desde el *aparato psíquico*, fabrica un espacio donde interrogar y captar la inexactitud y extensión del malestar. Es decir, si apostamos por un lazo indisoluble entre hospital y psicoanálisis, lo que queda cartografiado no es simplemente el hospital en su relación con la clínica psicoanalítica sino que es, aún con mayor importancia, las modalidades del aparato psíquico en su configuración contemporánea. La urgencia subjetiva, bajo estas circunstancias, no es simplemente un sufrimiento aislado e individual, muy por el contrario, este se expresa, por decirlo de algún modo, como una falla en el lazo social. El carácter metapsicológico de la urgencia subjetiva y de la enfermedad psicosomática permite develar *zonas de bifurcación* en los procesos contemporáneos de subjetivación. De ahí que el hospital tenga, necesaria y obligatoriamente, que abrirse a la inexactitud fundamental de un pensamiento en marcha. El hospital en su posible cruce con el psicoanálisis ha de orientar las fuerzas de su trabajo, e incluso a la *fuerza de trabajo* misma, hacia la producción de unas inesperadas convergencias, hacia enlaces entre campos de saber diversos y hacia nuevas consecuencias; en este cruce ya no se trata de controlar los

cuerpos ni de recetar homeostasis sino de privilegiar un espacio para el advenimiento y devenir del sujeto. Sin duda que en lo empírico semejantes pretensiones habrán de lidiar con un sinfín de resistencias, sin embargo, en términos analíticos, ello reforzaría la hipótesis de la transferencia. El hospital, en este sentido, ha de conjugar las historias en su singularidad –historias del sujeto y su padecer o acaecer psíquico- con su carácter transhistórico.

Si no se reconfigura la arquitectura físico-simbólica del hospital difícilmente pueda este abrirse al *aparato psíquico*. Sin embargo, a partir de una hermenéutica psicoanalítica hay que dejar de pensar el hospital como un todo para entenderlo en su *forma fragmentaria*. En tal dirección, aquello que estaría siempre en juego es el *aparato psíquico* del hospital, siendo el *Discurso* psicoanalítico lo inconsciente del *dispositivo*. La arquitectura tradicional del hospital habría históricamente reprimido las variables que, en su contingencia, habrían facilitado su propia mutación conceptual.²⁸ Por tanto, se trata de rechazar la causalidad lineal en la que se ha desenvuelto el aparato psíquico del hospital para, de este modo, mediante su inconsciente, incentivar una concepción abierta de su configuración arquitectónica; el hospital, considerando que la transferencia se expresa tanto dentro como fuera de los límites de un *sujeto* o de un *tema*, tendría, en su singularidad, que reaccionar “frente a los flujos ordinarios de pensamiento” (Deleuze, G., 1995, p. 28). En consecuencia, siguiendo más bien una variante deleuziana de interpretación, el hospital tiene, como todas las cosas, “su geografía, su cartografía, su diagrama” (Deleuze, G., 1995, p. 29) y, en virtud de ello, está compuesto de líneas y compone líneas, genera conexiones, cruces e intercambios, así como los evita. El psicoanálisis entonces sería una línea, entre otras, al interior del hospital: en los confines del dispositivo se traza, entre otros, un *Discurso* que en su marcha descentra la configuración arquitectónica del hospital.

²⁸ Cabe aquí simplemente subrayar en esta línea, aunque sea muy someramente, que la noción de *hospital* no se ha modificado en función de los desarrollos filosóficos que ha experimentado la noción de *hospitalidad* desde Platón a Derrida, pasando por L. Lugones y E. Lévinas, por ejemplo.

El dispositivo hospitalario estaría compuesto de líneas. Entre ellas, el psicoanálisis sería un *Discurso* que, como pensamiento en marcha, pulsaría los fragmentos de actividad de la realidad psíquica que acuden al hospital. Líneas y pulsiones actuarían como una *fuerza constante*, estableciendo con ello un límite entre lo arqueológico y lo cartográfico. Y sin embargo, a pesar del límite se combinarían en la experiencia clínica, esto es: lo arqueológico, concepción fundante del psicoanálisis, “vincula profundamente lo inconsciente a la memoria” (Deleuze, G., 1993, p. 92), en tanto que en lo cartográfico, al no tratarse de la búsqueda de un origen, lo que está en juego es “una evaluación de los desplazamientos” (Deleuze, G., 1993, p. 92), por tanto, la experiencia clínica va y viene entre la memoria y sus desplazamientos. Asimismo, en lo que se refiere a la configuración arquitectónica del hospital, la transferencia -entre disciplina y saber del síntoma- permitiría trabajar sobre los trayectos y el devenir de los cuerpos. En otras palabras, lo que a partir de este análisis se discute, al menos espectralmente, son las coordenadas actuales del hospital y del psicoanálisis, puesto que hoy en día se sabe que el hospital no acoge al *aparato psíquico* ahí donde su padecimiento coincide con el malestar contemporáneo. Contra los actuales modos de transferencia, propios de la arquitectura físico-simbólica hospitalaria y del carácter positivista de la clínica de la mirada, se propone, por medio de un sistema abierto de herramientas conceptuales, una construcción transitoria de la clínica que permita pensar la particularidad de cada urgencia en la singularidad del sujeto.

La transferencia al estar en relación con la cartografía facilitaría el encuentro del hospital, por una parte, con su propio *aparato psíquico* y, por otra, con aquellos traumas que, dibujando en el sujeto una línea que divide la psiquis y el soma, capturan y reducen su experiencia psíquica a la lógica del síntoma. La clínica trazaría, a su vez, una línea de fuga desde los diagramas que configuran la huella de la pulsión al interior del circuito pulsional; y si ello es “aprovechado” por la institución hospitalaria, a contrapelo de lo que haría la *intervención en crisis* con su lógica de la contención e inhibición, se permitiría la construcción de la subjetividad y con ello el desvanecimiento de la angustia. Las interferencias entre hospital y psicoanálisis,

transferencia y cartografía, entre repetición y diferencia han de repercutir en la vida cotidiana. De ahí que el lazo, en el que se une el *dispositivo* con el *Discurso*, y donde el *Discurso* se separa del *dispositivo*, sólo pueda acontecer en una clínica como efecto de borde. Entre el hospital y el psicoanálisis es posible situar una clínica metapsicológica que, en sus inflexiones, efectivamente permita la emergencia del inconsciente en las unidades de urgencia y emergencia.

6.3. Trauma, urgencia y técnica: intersticios subjetivos de la clínica

La ineludible distancia entre *dispositivo* y *Discurso*, o entre hospital y psicoanálisis, marca un espacio intersticial a partir del cual transita el aparato psíquico. Es decir, el espacio que se dibuja entre *dispositivo* y *Discurso*, aun cuando este último sea una línea interna del primero, acontece como aquella división entre lo consciente y lo inconsciente al provocar una *herida en el deseo*. Herida cuya marca es una hendidura, una brecha, una fisura o una grieta que conecta y desconecta al *aparato psíquico* de los estados sensibles del cuerpo. En efecto, con ello se produce una subjetividad en la que los movimientos del deseo quedan bloqueados, atrapados o encapsulados en, por ejemplo, la angustiosa lógica del trauma. Se impone e instala el trauma como un lugar común y articulador de las defensas del sujeto. De ahí que urge, entonces, saber elegir las estrategias y tácticas a partir del síntoma. Esto significa que, en el contexto de las unidades de urgencia y emergencia, el síntoma suele aflorar como la superficie de una marca traumática a partir de la cual se revela un saber inconsciente, sin embargo, al permanecer este oculto para el sujeto haría que la herida contamine e infecte toda su subjetividad. Al romperse la estabilidad, la homeóstasis del aparato psíquico, este corre el riesgo de desagregarse irreversiblemente en un estado de pánico oscilante en el tiempo, es decir, se produce y constituye una subjetividad incapaz de reelaborarse en torno y a partir de las rupturas que el trauma ha provocado en la vida anímica del sujeto, condenándolo, finalmente, a un *automatismo de repetición*. Por tanto, en este particular contexto de la urgencia y emergencia, sobreviene la necesidad inmediata de

tratar el padecer del sujeto, por una parte y, por otra, de pensar las modalidades y direcciones de este.

Elegir las estrategias y las tácticas supone, en consecuencia, reflexionar en torno a lo que Lacan denominó “La dirección de la cura y los principios de su poder” (Lacan, J., 2002) o, en torno a lo que Freud pensó en “Análisis terminable e interminable” (Freud, S., 1937). En este sentido, la estrategia clínica supone *preparar el encuentro* entre el inconsciente del paciente y el analista. El *manejo* de la transferencia sería, en esta dirección, el componente estratégico de la clínica, especialmente ahí donde el tratante ha de abandonar su omnipotencia con tal de provocar el advenimiento de lo incurable, a saber, la castración (Lacan, J., 2002). Ahora bien, lo importante de la relación estrategia-táctica es que con ella se le permite al paciente dirigir su urgencia a un otro, quien, en el manejo táctico de la transferencia, facilitará la producción de efectos terapéuticos. En tal dirección, antes de proseguir, habría que destacar que dicha producción de efectos terapéuticos no sería propiamente tal el fin de la cura sino, simplemente, esta produciría, en la interpelación o inversión dialéctica de lo enunciado por el paciente, las coordenadas básicas a partir de las cuales este podría desencadenar la posibilidad de un sentido en torno a su insoportable padecer. En consecuencia, la clínica, en los intersticios del hospital, forjaría su propia intersticialidad: en su concepción metapsicológica, el *dispositivo* clínico facilitaría en su *Discurso* un espacio intermedio, un espacio entre la reducción de la tensión, lo que vive en el sujeto, y las posibilidades de su significación. En estos términos, no habría en la *clínica de la urgencia subjetiva* un tiempo retroactivo de comprensión que se cierre sobre lo visto y las exigencias de concluir. Estratégica como tácticamente, los efectos terapéuticos tendrían por función des-anestesiar el circuito subjetivo que bloquea la significación de las marcas del trauma y con ello, por cierto, descontaminar, al menos momentáneamente, el cuerpo para que este pueda seguir viviendo. Se trata de ofrecer una pausa ahí dónde lo traumático, bajo el carácter amorfo de la angustia, escinde el sufrimiento psíquico en dolor del cuerpo. Así también, como señala Silvia Sassaroli (2009), se trata, en la dimensión técnica (estrategia y táctica), de poner en juego al

analista como una función independiente del ser que la ejecuta, por tanto, se abriría, en aquel instante, la posibilidad de un análisis futuro ahí donde inicialmente sólo se consultaba a nivel del cuerpo.

La articulación entre *trauma*, *urgencia* y *técnica* implica, entonces, frenar los efectos de dolor que se incardinan en el cuerpo evitando con ello su interpretación subjetiva. Reconectando la psiquis al cuerpo sería que la clínica de la urgencia subjetiva empuja, por decirlo de algún modo, al sujeto a percibir los estados sensibles de su cuerpo como un mensaje que ha de ser descifrado. De ahí que, por una parte, el analista prepare tanto el encuentro del sujeto con su inconsciente como el encuentro con su función. Esto quiere decir que en la urgencia y emergencia el analista si tendría la posibilidad de un lugar para desarrollar su clínica, sin embargo, este lugar estaría destinado a su función y no a un ser en particular. Por otra parte, el fenómeno de la transferencia se desplegaría en un tiempo *que no existe* (Sotelo, I., 2009). En otras palabras, la clínica de la urgencia subjetiva ha de facilitar la apertura de un tiempo de comprender, aun cuando en la instalación de aquel espacio la conclusión no sea más que una anticipación que, en el mejor de los casos, tendrá que ser trabajada por el sujeto con posterioridad. La meta de la clínica es así la de avanzar hacia una metamorfosis de las formas de subjetivación encadenadas, angustiosamente, al trauma psíquico.

La cartografía del aparato psíquico, ya sea del hospital o del sujeto que sufre, configura unos interesantes y productivos intersticios subjetivos para diagramarlos desde lo clínico. En tal sentido, el *dispositivo* y el *Discurso* conjugarían en la brecha que los separa un territorio fértil, vital y plural para interrogar el *malestar en la cultura*. A través, en primera instancia, del conflicto psíquico se tejería el soporte de los traumas psíquicos, los cuales advendrían gatillados por eventos contingentes y circunstanciales. Sobre este tejido se desplegaría la angustia. Sin embargo, el recorrido de esta sería incierto, aun cuando se trate de una inversión del recorrido pulsional que afectaría, en el contexto psicosomático, a uno o más órganos específicos. Ahora bien, más allá del dolor específico que se generaría sobre un punto determinado del cuerpo, la acción

principal de la angustia estaría en saturar la configuración subjetiva del paciente, promoviendo así un espacio incartografiable para el sujeto. Es aquí donde la técnica, esbozada en su dimensión estratégica, ha de facilitar la emergencia, aunque sea tenue, de las piezas constitutivas del padecer psíquico. Ello permite, en lo táctico, mantener abierto el mapa en torno a las inscripciones patógenas. La inexistencia de un principio formal que componga una determinada figura del mapa hace posible, a su vez, la yuxtaposición del material inconsciente. Se impide de esta manera clausurar al sujeto en su padecer orgánico. La función del analista, en este contexto, es desmontar la estructura orgánica y/o somática del sufrimiento psíquico al, por una parte, trabajar con los remanentes del trauma psíquico y, por otra, producir los movimientos tácticos sobre aquello que hasta, este particular momento, había sido invisible. Paralelamente, al evidenciar o rodear lo invisible, la clínica diagrama las relaciones entre el síntoma, el cuerpo y la represión. Aquello que había sido reprimido y que habría gatillado, por mediación de un evento traumático, su retorno bajo la forma de una angustia polimorfa sería diagramado por la clínica psicoanalítica, toda vez que esta, efectivamente, logre dar con las variaciones de la figura inconsciente en relación al trauma psíquico. En definitiva, los intersticios subjetivos de la clínica no harían sino posible la emergencia de unos esquemas furtivos de lo inconsciente.

La clínica en las unidades de urgencia y emergencia, a diferencia de la intervención en crisis, pone en evidencia las operaciones del inconsciente en un esquema estratificado, es decir, que actuando a través del circuito pulsional afecta tanto al yo cómo al súper-yo. De este modo, la clínica es una máquina que busca atravesar todas las funciones enunciabiles y conducir las hacia aquello que es inaudible en el grito de la angustia. Siguiendo una lectura entrecruzada entre Freud y Deleuze: con la clínica se traza sobre el inconsciente los signos que aparecen con el síntoma, se los hace trabajar silenciosamente en incisiones, cortes, rupturas que le permitan al sujeto vérselas, inicialmente, con las ominosas figuras de su malestar. Los signos no representativos o no narrativos (inconscientes) acontecen, no obstante, sólo en su superposición y

transformación, es decir, bajo la modalidad de un trayecto que implica, en sí, el devenir del fantasma en la transferencia.

En síntesis, el *Discurso* psicoanalítico *prepara un encuentro* con el *dispositivo* hospitalario, esto es, analiza su relación transferencial, toda vez que las vías de la interpretación obturan el retorno a lo mismo. La fórmula de la reelaboración en Freud, en esta dirección, no implica un retorno al origen del trauma, -como habría sido planteado por Otto Rank-, sino que iría “dirigido hacia una experimentación derivada de la realidad” (Gimeno, L., 2005, p. 38) que abre el inconsciente hacia la dimensión del lazo social. Una vez más, la relación entre trauma, urgencia y técnica, desde el cruce Freud-Deleuze, no es más que un modo de *construcción* (Deleuze) de aquello que, hasta Freud, no es más que *expresión*. En este sentido, con Freud tan sólo se siguen las pistas que llegan a expresar la fuerza del inconsciente, mientras que con Deleuze se trata de construir estas fuerzas. En suma, los intersticios subjetivos de la clínica se fraguan ahí donde la clínica busca trasgredir los límites entre expresión y construcción, ahí donde el *Discurso* construye una nueva expresión del *dispositivo* donde la verdad acontece entre enigmas y paradoja.

6.4. El laberinto retroactivo de lo múltiple: crisis y decisión

El aparato psíquico no tiene límites y, sin embargo, es a partir de sus instancias que, en su *arque*, se nos presenta como un laberinto. De ahí que tanto el aparato psíquico del hospital como el del sujeto se extiendan sin cesar en la medida en que son explorados. Cada espacio del hospital es recorrido por el lazo social; este se instala, se desplaza y despliega por medio de conversaciones, preguntas, cuestionamientos, reflexiones, silencios; asimismo este desaparece bajo la impostación de las voces de la autoridad, los diagnósticos, la disciplina y la prescripción farmacológica. Esta y no está, cual *fort-da* que, teniendo en cuenta las configuraciones de la arquitectura físico-simbólica hospitalaria, configura un espacio intersticial inoperante para el hospital. Van y vienen enfermedades orgánicas cuyas posibilidades no son sino manifestaciones del malestar

en la cultura, o bien que no son sino el sufrimiento psíquico que se camufla en una época donde impera el rechazo a cualquier forma de dolor. En consecuencia, a través de la condición psicopatológica de la vida cotidiana son los síntomas quienes, en su actualización, solicitan modificaciones permanentes al *modo de estar y aparecer* de la arquitectura físico-simbólica del hospital. Sin embargo, con frecuencia el hospital niega *darse* a sí mismo una nueva forma. Los síntomas cambian, se transforman, mutan en su sentido, en sus formas y sus modos de aparecer y, sin embargo, los hospitales tienden a insistir, en su configuración lenta pero progresiva, a no ver su propia *crisis* sino como un mero problema de gestión y administración. Así como hoy por hoy el aparato psíquico colapsa ante la incertidumbre y precariedad económica, política y cultural, también colapsa la arquitectura hospitalaria. Crisis en el andar de la vida cotidiana, aquí y allá, crisis del sujeto y sus instituciones.

Aquel panorama que sin haber sido nombrado ni analizado con estricto rigor sociológico ha permitido el despliegue de este análisis y, por cierto, que ha permitido avanzar en cada proposición una discusión con la facticidad del tiempo actual es, a su vez, el *esfuerzo pulsional* [Drang] de una clínica que busca objetar la incapacidad congénita de los dispositivos hospitalarios de instalarse en los *meandros* subjetivos. Analizar las *nuevas enfermedades del alma* (Kristeva, J., 1995), dentro y fuera del hospital, es –siguiendo a Kristeva– poner en evidencia la *clausura del espacio psíquico*. En tal sentido, la arquitectura físico-simbólica de los hospitales generales, por ejemplo, favorece dicha clausura, dificultándole con ello al sujeto un reencuentro con aquellas representaciones de sus conflictos psíquicos, así como dificulta el propio encuentro del hospital con un *Discurso* que refrene su tendencia al paso al acto. La lógica del trauma, tratada en capítulos anteriores, somete al sujeto a la “extinción de la curiosidad psíquica” (Kristeva, J. entrevista con Avanessian, A y Degryae, L., 2002, p. 283) así como el hospital participa de la destrucción del espacio psíquico. La crisis, en consecuencia, deviene tal cada vez que el peligro y las fuerzas de la destrucción asedian al aparato psíquico. Si se está vivo, siguiendo una vez más a Freud, es precisamente porque tenemos una vida psíquica que se organiza alrededor de un

conflicto irresoluto. En otras palabras, en la transición entre el cuerpo y el sentido se presenta el aparato psíquico (Kristeva, J., 2005) y este, ineludiblemente, hace laberinto en su andar. Por tanto, las nociones de crisis que deambulan por la escena de la modernidad se imponen de modo errático sobre todas las dimensiones de la vida anímica. Esto supone entonces ya no sólo la crisis del aparato psíquico sino la crisis del hospital, la hermenéutica y todo aquello que hace parte, de una u otra forma, del espacio del deseo, o de la insatisfacción.

A partir de las pretensiones del mercado por favorecer una satisfacción plena a través del fetichismo de la mercancía, lo real de la vida anímica sigue siendo su estar en falta. De algún modo, el sujeto y las instituciones contemporáneas estarían perdidos entre la fantasía de la gratificación secundaria del síntoma y la imposibilidad del autoengaño. De ahí que la crisis sea una crisis en el orden de la decisión. Incluso más, siguiendo a Corominas (1990), la noción griega de *krisis* indica, al menos etimológicamente, *un momento de decisión en un asunto de importancia*. Crisis es entonces un momento que implica y significa en sí mismo decidir, juzgar, separar. No obstante, el hedonismo contemporáneo, al rechazar toda forma de dolor y displacer, configuraría una nueva modalidad de urgencia que, final y fatalmente, transfiguraría el sufrimiento psíquico en malestar psicosomático. Final y fatalmente puesto que a través del malestar orgánico retornaría lo reprimido con una voracidad inusitada. En efecto, las crisis podrían en juego nuevas modalidades subjetivas ahí donde la des-aparición del psiquismo se impone, al menos jeroglíficamente, como una demanda por su presencia. En este sentido, las urgencias que se presentan bajo la forma de crisis solicitan, acorde a los tiempos, intervenciones sobre la marcha, inmediatas, irreflexivas incluso, sin darse la posibilidad de una pausa ni de un espacio alterno para acontecer bajo una nueva forma. Es por ello que, se ha insistido que el psicoanálisis, en esta dirección, sería un *Discurso* que a través de su carácter metapsicológico podría abrir un espacio intersticial que redefina, en consecuencia, la arquitectura físico-simbólica del *dispositivo* hospitalario y, con ello, des-fundamente el ritmo presuroso con que se impone el *olvido del ser*. Con mayor precisión aún, habría que decir que el *Discurso* psicoanalítico ha de

permitir y promover con ello el carácter metamórfico del *dispositivo*. En otras palabras, aquello que estructura y se presenta como fundamento del *dispositivo*, a saber, el carácter ocular de una estrategia que vigila y disciplina los cuerpos, queda a merced del lazo social y, por tanto, abierto a su permanente metamorfosis. En contraposición a la noción moderna de crisis, se ha de entender –con el psicoanálisis- que estas son *intrínsecamente inherentes* a la noción y posibilidades del aparato psíquico. Sin embargo, habría que señalar además que el aparato psíquico no es sino la expresión retroactiva y singular de lo múltiple.

Si el aparato psíquico en sus modos de aparecer es tanto *dispositivo* como *Discurso*, la clínica es entonces el instrumento fenomenológico que, situándose entre el objeto y la consciencia, tiene por objetivo desinhibir el juicio e inscribir un desconcierto estratégico –o en la transferencia-. En tal sentido, la noción de crisis ya nada tiene que ver con supuestas desadaptaciones sociales del sujeto ni con la gravedad médica de una emergencia sino, por el contrario, esta se manifiesta como consecuencia singular de los juegos, tensiones y disputas de las instancias psíquicas respecto de sus modos y posibilidades de aparecer, desaparecer y reaparecer en su contacto con la realidad. Por tanto, por medio de estas circunstancias, el rol y las funciones de la clínica es constituir, retroactivamente, un espacio intersticial desde el cual el sujeto se vea confrontado a desplegar la crisis como padecimiento psíquico; esto implica claramente un contrapunto a la mentada *intervención en crisis*, cuya función, configurada a través de las demandas institucionales, es la de apaciguar, contener e inhibir el tránsito de la crisis del inconsciente a la consciencia. En definitiva, se trata de dar cabida a lo múltiple, especialmente cuando adviene bajo la modalidad de un estado de crisis, sin por ello buscar resolver aquello que ha sido su presupuesto, a saber, la repetición del conflicto psíquico que, organizado bajo un manto de manifestaciones sintomáticas, se organiza, instala y congela bajo el mando circular del trauma psíquico. Y sin embargo, cada vez el inconsciente, en su figuración laberíntica, reinventa retroactivamente la multiplicidad del conflicto psíquico. En virtud de este último razonamiento, entonces,

sería que el *Discurso* psicoanalítico ha de favorecer, en el dispositivo hospitalario, una pausa y un espacio para errar por el aparato psíquico.

7. Conclusiones

De cierto modo la singularidad de esta tesis descansa sobre una escisión de la clínica en tanto escena teórica. Se ha decidido, y por tanto escindido, desde la introducción de esta tesis hasta este momento, mantener una separación entre *intervención en crisis* y *clínica de la urgencia subjetiva*. Entre “esto o lo otro” se ha escogido e incluso se ha defendido, al menos nebulosamente, lo otro sin por ello denegar la existencia del “esto”. Arriesgando un juicio, habría que señalar que la parte del “esto” no es sino el conjunto de la escena teórica de la clínica que estaría determinada por la mirada. La *intervención en crisis*, en este sentido, pertenecería a este conjunto de experiencias que, temerosas de especular, se atienen a las explicaciones del ojo y se dan a la contención e inhibición del fenómeno clínico. Bajo las reglas de aquello que define, prescribe y, por tanto, delimita conceptualmente un *principio de razón suficiente* de explicación causal, lo otro de la escena clínica habría sido, históricamente, tachado, inhibido, borrado, e incluso, aniquilado. Así, por ejemplo, puede explicarse la ausencia del psicoanálisis en las unidades de urgencia y emergencia de los hospitales de salud pública.

Apostar por lo otro de la clínica en la escena teórica implica, de par en par, abrirse a la experiencia de lo inconsciente. Inicialmente, en relación al sujeto para, posteriormente, comprender, por ejemplo, que los dispositivos hospitalarios estarían ellos mismos gobernados por esta fuerza ingobernable. En consecuencia, la lógica del *aparato psíquico* desbordaría los simples límites del sujeto para extenderse por todo el dispositivo hospitalario, razón por la cual bien puede instalarse el psicoanálisis como aquel *Discurso* que, actuando como *fuerza constante*, descentraría la configuración arquitectónica del hospital. En esta dirección, la *clínica de la urgencia* se presentaría como “lo otro” que causa e instala una disposición favorable a escuchar la angustia,

especialmente ahí donde esta ha sido reducida a un síntoma orgánico. Más allá, entonces, de todo reduccionismo biológico, con la *clínica de la urgencia* se abre paso a la inscripción fundamental de los restos mnémicos que, relevados y transfigurados al modo de simples y llanos síntomas, solicitan soluciones frente a “la perturbación económica” a partir de la cual el quiebre de la homeóstasis del sujeto se convierte en el “núcleo genuino del peligro” (Freud, S., 1926 [1925]). Ante la “excitación traumática”, en consecuencia, acontece la *clínica de la urgencia subjetiva* como aquello que, abriendo el hospital, admite, da lugar y facilita la exposición del sufrimiento al interior de la institución de salud pública. Más allá de la interpretación del signo de la enfermedad como su significación y, por tanto, más allá de una búsqueda por imponer una voluntad de poder de lado del yo, la clínica de la urgencia subjetiva pretende desmontar el dualismo que el sujeto se ha auto-impuesto: el aparato psíquico no es, entonces, algo separado o independiente del cuerpo; muy por el contrario, el cuerpo hace parte del aparato psíquico y, en virtud de ello, se inscriben en él las desarmonías subjetivas respecto de la realidad. En efecto, las nuevas enfermedades del alma, la somatización o, en otras palabras, el advenimiento clásico del dualismo y/o separación entre cuerpo y alma no es sino la manifestación de una incongruencia percibida que provoca un sufrimiento subjetivo que, al incardinarse, pretende borrar la génesis y las huellas del padecimiento psíquico. A instancias del trauma el sujeto demanda en la institución la presencia de una restitución de su estado anímico normal. Apelando a la autoridad de un saber médico ha sido que el paciente solicita, lo quiera o no, el despliegue de una cura tipo, sin embargo, la urgencia subjetiva al carecer de un sentido evidente fuerza a la clínica a introducir una pausa ahí “donde sólo habita lo mudo de la pulsión” (Sassaroli, S., 2005). Instalar la espera es, de este modo, un objetivo primordial toda vez que se hace necesario que el sujeto pueda articular su decir en torno a lo que moviliza su sufrimiento. Interrumpir la respuesta corporal, por ejemplo, constituye una vía que han de facilitarle, al sujeto, un encuentro con aquello que ha de conmocionar sus sentidos subjetivos.

Reconducir la dirección y el sentido del padecer implica, por una parte, abrir un tiempo de deslizamiento que permita el retorno del malestar corporal al malestar psíquico y, por otra, favorecer que aquella apuesta con la que se hace tiempo sea a su vez la indicación que posibilite frenar el funcionamiento de la maquinaria institucional y la automática aplicación de sus normas vigentes. De algún modo se trata de acallar la voracidad institucional y hacer hablar al cuerpo. La *clínica de la urgencia subjetiva* despliega entonces múltiples estrategias cuya orientación es habilitar los caminos de la palabra, especialmente cuando estos caminos han quedado suspendidos y supeditados a los apresamientos de la mirada. En tal sentido, toda vez que el sujeto sufre a través de un síntoma corporal –una somatización– esta, en rigor, por llegar. Si no ha advenido todavía el sujeto, sí sólo es su cuerpo el que aparece bajo la re-presentación del dolor físico y, por tanto, se despliega bajo la lógica de un enigma entre el *instante del ver* y el *momento de concluir* (Lacan, J., 2002), la clínica de la urgencia puede, entonces, redefinir lo urgente como urgencia de la producción de un sujeto posible. Es decir, la clínica permite que el cuerpo vaya plegando los síntomas sobre las requisitorias o demandas de un análisis. En este contexto, desde las unidades de urgencia y emergencia la clínica de la urgencia subjetiva le permitiría al sujeto vérselas con la causa y los efectos de la postergación de la cura. En palabras de Freud: “uno debe desconfiar de todos los que quieren empezar la cura con una postergación” (Freud, S., 1913, p. 127). Esto implica un doble desafío para la clínica puesto que, por una parte, debe suspenderse el mandato institucional de la urgencia generalizada e instalar la pausa en su lugar y, por otra, ha de refrenar y hacer circular la demanda del paciente cuando este desea escapar de la experiencia enigmática que se precipita sobre él.

Favorecer una salida del enigma es, en función de lo señalado, un modo de abrir la urgencia subjetiva al sentido. Ahora bien, no se trata, en ningún caso, de producir referencias o rutas de sentido que atravesasen lo enigmático sino, por el contrario, la cuestión que la clínica de la urgencia subjetiva pone en juego es una apertura hacia lo intratable, hacia un operar –una fase estratégica– con lo incurable (Soler, C, 1992; Bassols, M., 1992). Esta salida del enigma es, en primera instancia, aquello que

produce efectos terapéuticos, razón por la cual, al abrir el enigma al sentido, se instala la posibilidad para el sujeto de ocupar un lugar más allá de la presentación de su sintomatología. Asimismo, se trata con la clínica de la urgencia, si es válido plantear las cosas de este modo, de instalar al sujeto en un discurso al tiempo que lo conmueve o le impide, mediante efecto terapéutico, clausurarlo. En consecuencia, lo que está en juego en la urgencia es el *fuera de discurso* en el que ha quedado el sujeto. La angustia, por ejemplo, es una de las modalidades que expulsa al sujeto fuera del discurso y, por tanto, fuera del lazo social. En esta misma línea interpretativa, se ha destacado esto a lo largo de la presente tesis; el hospital reproduciría, a su vez, esta denegación del lazo toda vez que no está dispuesto, en lo clínico, a facilitar el pasaje del síntoma patológico al síntoma analítico. Sólo reinstalando al sujeto en un discurso así como reinstalando el hospital en el lazo social se permite, efectiva y factualmente, “un tratamiento del real en juego en el síntoma” (Alcuaz, C., 2009, p. 194). En esta dirección, la angustia vivida por el sujeto no es sino un modo de alienación/separación que reproduce el dualismo sujeto-objeto en su intensión y en su extensión.

La clínica de la urgencia subjetiva, a diferencia de la intervención en crisis, promueve un reencuentro entre aparato psíquico y corporalidad. Este reencuentro sería orquestado, en términos freudianos, a través de una interpretación retroactiva de la experiencia vivida -las huellas mnémicas del sujeto- por medio de sus representaciones posteriores. En consecuencia, la posteridad de la vivencia facilita su retroacción y con ello se avanza hacia la reelaboración. Con la *clínica de la urgencia subjetiva*, entonces, ya no se trata de inhibir y contener las repeticiones inconscientes, cual gesto de la *intervención en crisis*, sino se trata de abrir el cuerpo al recuerdo y, gracias a este recordar, promover la reelaboración psíquica de la juntura entre *soma* y *psique*. Cuestión, en definitiva, que obliga aquí y ahora a formalizar y resumir lo que, a juicio de este trabajo, sería un esquema o una plataforma discursiva mínima a partir de la cual se exprese conceptual y sincréticamente un abordaje de lo peor ahí donde y cuando, precisamente, están aconteciendo sus efectos (es necesario destacar que el sujeto que llega a la urgencia y emergencia de un hospital ha sufrido de un accidente o crisis que

ha de gatillar unos efectos quizás aún más brutales en su retroactividad que el accidente o crisis en sí mismos). Para dar cuenta de este esquema presentaremos a continuación una serie de subtítulos cuya función, finalmente, se espera sirvan y permitan instalar la *clínica de la urgencia* subjetiva como una herramienta favorable al tratamiento de una urgencia cada vez más generalizada en nuestro país.

7.1. Especificidad de la clínica de la urgencia subjetiva

Ya a estas alturas se dan por sentadas las razones y los modos de articulación entre hospital y psicoanálisis y, en efecto, se asume desde ya el valor e importancia de la clínica como bisagra entre ellos. Sin embargo, al ser esta última la bisagra, aquello que une tanto al hospital como al psicoanálisis es ella también quien permite las clausuras y aperturas entre estas instancias. En virtud de esta realidad parece entonces necesario especificar, aún más, los criterios de posibilidad técnica de esta clínica. En este sentido, si la urgencia subjetiva es, ciertamente, un desequilibrio pulsional que afecta la dimensión corporal del aparato psíquico y, entendiendo que la función de los servicios de salud es restablecer el equilibrio y la barrera antiestímulo que protege al sujeto de la angustia, a la clínica, propiamente tal, no le corresponde simple y llanamente devolverle al sujeto su estabilidad. ¿Por qué? La razón es bastante simple. En primer lugar, la clínica de la urgencia subjetiva no tiene por horizonte contener ni inhibir los síntomas sino que, incluso podríamos señalar, su objetivo es remarcarlos en su conexión con las huellas mnémicas. Ello implica, en segundo lugar, no ceder ante los apremios temporales –tanto del sujeto como de la institución-. Frenar el proceso de contención e inhibición, por ejemplo, no significa abandonar al sujeto al dolor y el malestar sino, por el contrario, es facilitarle al sujeto reencontrarse con el sufrimiento psíquico. Así, en tercer lugar, instar al sujeto a vérselas con la experiencia traumática es permitirle reeditar su conflicto psíquico en la medida en que se trabaja con él ahí dónde ha caído su función subjetivante. Restituir la función subjetivante, en cuarto lugar, requiere que las respuestas a las que el sujeto acceda no pertenezcan al orden de la significación del tratante sino que estas sean producidas por vía del acto.

Cada uno de los pasos señalados requiere, principalmente, de un reencuentro con la palabra. La urgencia subjetiva, así como los eventos críticos y los accidentes de la vida, generan una especie de cortocircuito entre cuerpo y psique. Dicho cortocircuito operaría desconectando la capacidad de gestionar, por parte, del sujeto su propio decir ante aquello que se vuelve ominoso y amenazante para él. El síntoma, como ya se ha visto, advendría como un mensaje cifrado a través del cual el cuerpo busca, de una u otra forma, afrontar el cortocircuito, sin embargo, el apremio temporal y la obturación de la capacidad de entender lo que deviene como un sufrimiento insoportable, le evitarían al sujeto las posibilidades de concluir y establecer el estatuto de aquello que lo está invadiendo irrefrenablemente en ese momento. De ahí que a la clínica de la urgencia subjetiva le corresponda restituir la palabra a partir de la modalidad del acto. La caída de la función subjetivante, propia del eje discursivo que sostiene al sujeto en un lazo social, instalaría al sujeto en la angustia y, por tanto, cayéndose de este lazo. Restituir los circuitos subjetivos facilitados por las huellas mnémicas, a través del lenguaje, permite a la clínica de la urgencia subjetiva iniciar un corte en la *perturbación económica* para redireccionar así la emergencia pulsional hacia lo que sería su recorrido “normal”. En tal sentido, el acto analítico ha de intervenir con la finalidad de disminuir el riesgo del acto, o bien, del pasaje al acto del sujeto. La modalidad de este paso al acto solicita no sólo la presencia del analista o de cualquier autoridad simbólica sino que, entre sus avatares, lo que estaría en juego es una pugna contra la instancia super-yoica. En otras palabras, cuando el sujeto entra en crisis favoreciéndose con ello el paso al acto hay que entender que la urgencia, en este sentido, apela a la emergencia misma del sujeto, esto es, emergencia que implica una tensión que descompleta o resta importancia a la autoridad simbólica. Esto, en consecuencia, permite afirmar la existencia y el vaivén de la *transferencia* en las unidades de urgencia y emergencia.

La especificidad de la clínica de la urgencia subjetiva pasa, en consecuencia, por facilitarle al sujeto afrontar la mortificación insoportable que le vienen o de la vida cotidiana o de una escena traumática actual y que reeditan los circuitos perdidos de sus

conflictos psíquicos. El riesgo del acto es así la suspensión de la función subjetivante y, por ende, es la clínica un dispositivo de restitución de esta función en el campo de la palabra. Esta particular circunstancia dificulta no obstante el trabajo desde el psicoanálisis, mas no lo impiden. Ello ocurre porque al estar desfundada la función subjetivante se suspende el campo de acción del psicoanalista. Sin embargo, a este le corresponderá, en cualquier caso, restituir la palabra a través de un acto o de un mito fundante. Esto supone, en un orden posterior, facilitar la desidentificación del sujeto al objeto, ahí donde precisamente se busca desmontar el dualismo sujeto-objeto. Es decir, toda vez que el sujeto se identifica al objeto mantiene, al menos a pie forzado, la división entre psique y soma. En este sentido, la especificidad de la clínica no está en contener o enmarcar el padecimiento psíquico del sujeto sino en facilitarle al sujeto una nueva consciencia del tiempo, esto es, restituir el tiempo de la palabra, provocar la pausa, el freno, solicitarle al sujeto la formulación de una demanda subjetiva para su posterior circulación. Dicho de otro modo, la especificidad de la clínica de la urgencia es interpelar al individuo para facilitar la emergencia del sujeto. Detener el *automatismo mental* en su registro ideo-verbal, motor y/o sensitivo (De Clérumbault, G., 1942).

7.2. Analista, transferencia y enigma del malestar

Habría que señalar que en la urgencia subjetiva hay transferencia aun cuando las palabras faltan. Más allá de diagnosticar lo que en psiquiatría serian trastornos psíquicos, el analista ha de orientar su ejercicio profesional hacia la circulación de un *Discurso* en el *dispositivo* hospitalario, esto pues con el objeto de verificar los efectos de la palabra en torno a lo real de la experiencia del sujeto. En efecto, la búsqueda del analista es la de situar, en la transferencia, un fragmento de realidad que descompensa al sujeto con tal de provocar efectos subjetivos. Asimismo es la clínica *en sí* quien está *bajo transferencia* en su relación con el psicoanálisis, y a partir de esta circunstancia es que se da o manifiesta lo inconsciente como instancia y operación que surge del hospital *para sí*. De ahí que dispositivo y discurso se reúnan bajo el designio de sus

respectivas aperturas a lo otro. De este modo aquello que está en juego en la transferencia es la capacidad inventiva de la clínica. Inventar un sujeto, inventar la transferencia, inventarse como analista son imperativos que hacen parte del juego de las relaciones entre inconscientes ahí donde todo estaría prescrito y pre-determinado. Toda vez que el sujeto se pierde en la angustia, en la urgencia generalizada o bien en la masa categorial es la transferencia quien ha de facilitar su reinvención. A su vez, la transferencia le permite al analista, como se ha dejado entrever en los capítulos de esta tesis, inventar nuevos lugares para ser habitados por la clínica, esto es, facilitando un descentramiento de la arquitectura físico-simbólica del hospital que permite siempre inventar, y reinventar, un lugar hacer transitado y habitado. Es en este sentido, por ejemplo, que se ha insistido favorablemente por la metapsicología y su relación con lo social. (Re)inventar lo social desde el hospital es un modo de señalar que la transferencia trabaja sólo cuando no es mera reproducción de las normas institucionales. La transferencia inventa, en consecuencia, tanto al analista así como nuevos circuitos para la elaborar un Discurso con palabras.

Asumir que lo real traspasa los límites homeostáticos del sujeto supone, en primera instancia, conducir la transferencia hacia el fantasma. Una vez que ello se presenta bajo la modalidad de un camino en la transferencia es que logra encontrarse y situar al sujeto respecto de su trama subjetiva. En consecuencia, la clínica de la urgencia subjetiva tiene como principio y finalidad la producción de un sujeto ahí donde este comienza por desaparecer. Articular nuevamente al sujeto como efecto de significación es así labor de la transferencia, especialmente cuando en esta se trata de dejar hablar al sujeto y su carácter de otredad. Pero asumir lo real de este límite es también, se reitera, introducir un tiempo en la urgencia. La transferencia se sostiene, entonces, sobre la implementación de una pausa y, su consiguiente, invitación e insistencia a no dejar de hablar sobre aquello que al sujeto hace sufrir. No hay lugar para la piedad en la transferencia, de lo contrario se le prohíbe al sujeto la producción singular de su habla, aunque siempre habrá lugar para el síntoma. El sujeto desaparece en la opacidad de la angustia pero resurge en “claridad” de su síntoma, por tanto, ya se ve con porque razón

no hay que inhibir ni contener los síntomas, como suele hacerlo, por ejemplo, la intervención en crisis.

Cabe destacar, en estas últimas líneas, que la transferencia posibilita la *emergencia* del analista, pero asimismo facilita lo que Estela Schussler ha señalado como la prioridad de una *interpretación no totalizante*. Una ruptura como esta al interior del *dispositivo* hospitalario permite que un *Discurso* como el psicoanalítico tenga sentido ahí donde todo es *urgencia*. Curar la angustia en tiempos de *urgencia generalizada* no sería entonces más que la necesidad de formular preguntas por su causa, especialmente cuando esta no es nunca el producto aislado de un individuo desprovisto de historia. La causalidad psíquica hace parte de una pregunta por la angustia que, en definitiva, no puede clausurarse y de la cual el hospital, mediante la metapsicología, ha de asumir como una responsabilidad civil ante el malestar en la cultura contemporánea. La fugacidad del lazo social, su desmoronamiento, *urge* al sujeto a quedar atrapado en sus confines y, en el peor de los casos, lo obliga a un malestar reiterado. La clínica de la urgencia subjetiva es así un modo de no retroceder ante la urgencia, sus causas y sus efectos, esto es, ante el acontecimiento del sufrimiento que ha sido proscrito al destierro en una sociedad que tan sólo quiere saber de felicidad. Volcarse hacia lo impensable y lo incalculable es, finalmente, un modo de precipitarse sobre una página en blanco sobre la cual pueda, retroactivamente, el sujeto re-escribir su historia. El espíritu de la clínica de la urgencia subjetiva, en efecto, es quizás permitirle al sujeto, *al que ya nada divierte*, diagramar *lo imposible de soportar* sobre una hoja de ruta en banco y, de este modo, reenviarlo a la incomprensibilidad del *a priori* enigmático, pues sólo a partir de él podría reiterarse el sujeto la pregunta por la *repsiquización* de su existencia en una sociedad que inhibe y contiene el *malestar en la cultura*.

8. BIBLIOGRAFIA

Alcuaz, C. (2009). “De la urgencia al lazo social”. En Sotelo, I. (Comp.). ***Perspectiva de la clínica de la urgencia***. Grama ediciones, Buenos Aires.

Assoun, P-L. (2002). ***La metapsicología***. Siglo XXI editores, México.

Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). ***Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo I El proceso traumático***. Editorial Biblos, Buenos Aires.

Belaga, G. (2005). ***La urgencia generalizada 2***. Editorial Grama, Buenos Aires.

Bellak, L. and Small, L. (1965). ***Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy***. Grune & Stratton, Inc, New York, 1980.

Bleichmar, S. [Coord.]. (2005) ***Intervención en crisis: ¿encuadre o dispositivo analítico?*** Ed. Brujas, Córdoba, Argentina.

Caplan, Gerard. (1964). ***Principios de Psiquiatría Preventiva***. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Colombani, M. (1999). ***Foucault y lo político***. Prometeo ediciones, Buenos Aires.

D'Angelo L. (2005). "Psicoterapias breves versus efectos terapéuticos rápidos". En ***Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques Alain Miller en Barcelona***. Ed. Paidós, Buenos Aires.

De la Fabían, R. (2008). "Del saber científico acerca del objeto, al objeto como límite del saber psicoanalítico". En Adriana, K. (Ed.) ***Cartografía de la psicología contemporánea***. LOM editores, Santiago de Chile.

De Clérambault, G. (1942). Oeuvres psychiatriques, PUF, París.

Deleuze, G. (1987). ***Foucault***. Paidós ibérica, España.

Deleuze, G. (1993). ***Crítica y clínica***. Editorial Anagrama, Barcelona.

Deleuze, G. (1995). ***Conversaciones 1972-1990***. Pre-Textos, Valencia.

Doron, R., Parot, F. (1991). "Fantôme". En ***Dictionnaire de Psychologie***. Presse Universitaire de France, Paris.

Dreyfus, H y Ravinov, P. (1998). ***Michel Foucault; más allá del estructuralismo y la hermenéutica***. Ediciones de la UNAM, México D.F.

Foucault, M. (1967). ***Historia de la locura en la época clásica. T. I***. Fondo de Cultura Económica, México, sexta reimpresión, Buenos Aires, 2006.

Foucault, M. (1976). ***Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión***. Siglo XXI editores, Buenos Aires, Argentina, 1ª reimpresión 2000.

Foucault, M. (1980). “El ojo del poder”, *Entrevista con Michel Foucault*, en Bentham, Jeremías. ***El Panóptico***. Ed. La Piqueta, Barcelona, 1980. Traducción de Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría.

Foucault, M. (1990). ***La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación***. Altamira, Buenos Aires, Argentina.

Foucault, M. (1990b). ***Tecnologías del yo y otros textos afines***. Paidós ibérica, España.

Foucault, M. (1991). ***Enfermedad mental y personalidad***. Paidós ibérica, España.

Foucault, M. (1992). ***El orden del discurso. Lección inaugural en el Collège de France pronunciada el 2 de diciembre de 1970***. Tusquets editores, Buenos Aires.

Foucault, M. (1994). ***Dits et écrits. Vol. III***, Edition Gallimard, Paris.

Foucault, M. (1999). “La incorporación del hospital en la tecnología moderna”. En: ***Estética, ética y hermenéutica***. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Foucault, M. (2004). ***El nacimiento de la clínica***. Siglo XXI editores, Argentina.

Foucault, M. (2005). ***El poder psiquiátrico***. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1ª reimpresión 2007.

Foucault, M. (2005b). ***Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber***. Siglo XXI editores, España, 1ª reimpresión 2006.

Freud, S. (1950 [1895]). ***Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899). Obras Completas, I***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008.

Freud, S. (1893-95). “Estudios sobre la histeria”. En ***Estudios sobre la histeria (J. Breuer y S. Freud) (1893-1895), Obras completas, II***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 23-316.

Freud, S. (1895 [1894]). “Sobre la justificación de separar de las neurastenias un determinado síndrome en calidad de <<neurosis de angustia>>”. En ***Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899), Obras completas, III***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 91-116.

Freud, S. (1896). “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”. En ***Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899), Obras Completas, III***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 163-184.

Freud, S. (1896). “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”. En ***Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899), Obras completas, III***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 163-184.

Freud, S. (1899). “Sobre los recuerdos encubridores”. En ***Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899), Obras completas, III***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 297-316.

Freud, S. (1900 [1899]). ***La interpretación de los sueños (segunda parte), Obras completas, V***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008.

Freud, S. (1901). ***Psicopatología de la vida cotidiana (1901), Obras completas, VI, Obras completas, VI***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008.

Freud, S. (1905 [1901]). “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. En ***Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905), Obras completas, VII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 7-108.

Freud, S. (1905). “Tres ensayos de teoría sexual”. En ***Fragmentos de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905), Obras completas, VII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp.117-210.

Freud, S. (1906). “La indagación forense y el psicoanálisis”. En ***El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W. Jensen y otras obras (1906-1908), Obras completas, IX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 87-96.

Freud, S. (1907 [1906]). “El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W. Jensen”. En ***El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W. Jensen y otras obras (1906-1908), Obras completas, IX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 7-77.

Freud, S. (1907). “Acciones obsesivas y prácticas religiosas”. En ***El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W. Jensen y otras obras (1906-1908), Obras completas, IX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 101-110.

Freud, S. (1908). “La moral sexual <<cultural>> y la nerviosidad moderna”. En ***El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W. Jensen y otras obras (1906-1908), Obras completas, IX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 163-182.

Freud, S. (1908). “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”. En ***El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W. Jensen y otras obras (1906-1908), Obras completas, IX***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 141-148.

Freud, S. (1912). “Notas sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis”. En ***Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913). Obras completas, XII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 271-277.

Freud, S. (1912). “Sobre la dinámica de la transferencia”. En ***Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913), Obras completas, XII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 97-106.

Freud, S. (1913). “Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I)”. En ***Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913), Obras completas, XII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp.125-144.

Freud, S. (1913 [1911]). “Sobre el psicoanálisis”. En ***Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913), Obras completas, XII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 211-216.

Freud, S. (1914). “Acerca del fausse reconnaissance (<<déjà raconté>>) en el curso del trabajo analítico”. En ***Tótem y tabú y otras obras (1913-1914), Obras completas, XIII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 207-212.

Freud, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. En ***Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916), Obras completas, XIV***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 71-98.

Freud, S. (1914). “Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)”. En ***Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajo sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913), Obras completas, XII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp.149-158.

Freud, S. (1915a). “Pulsión y destinos de pulsión”. En ***Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916), Obras completas, XIV***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 113-134.

Freud, S. (1915b). “La represión”. En ***Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916), Obras completas, XIV***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 141-152.

Freud, S. (1917 [1916-17]). “16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría”. En ***Obras Completas, XVI***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 223-234.

Freud, S. (1917 [1916-17]). “17ª conferencia. El sentido de los síntomas”. En ***Obras Completas, XVI***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp.235-249.

Freud, S. (1917 [1916-17]). “18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente”. En ***Obras Completas, XVI***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 250-261.

Freud, S. (1917 [1916-17]). “23ª conferencia. Los caminos de la formación de síntomas”. En ***Obras Completas, XVI***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 326-343.

Freud, S. (1917 [1916-1917]). “25ª conferencia. La angustia”. En ***Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917), Obras completas, XVI***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 357-376.

Freud, S. (1917 [1916-17]). “27ª conferencia. La transferencia”. En ***Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) (1916-1917), Obras completas, XVI***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 392-407.

Freud, S. (1919). “<<Pegan a un niño>>. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales”. En ***De la historia de una neurosis infantil (el <<Hombre de los Lobos>>) y otras obras (1917-1919), Obras completas, XVII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 177-200.

Freud, S. (1919). “Introducción a Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen”. En ***De la historia de una neurosis infantil (el <<Hombre de los Lobos>>) y otras obras (1917-1919), Obras completas, XVII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 205-208.

Freud, S. (1923 [1922]). “Dos artículos de enciclopedias: <<Psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>”. En ***Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922), Obras completas, XVIII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 231-254.

Freud, S. (1923). “El yo y el ello”. En ***El yo y el ello y otras obras (1923-1925), Obras completas, XIX***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 13-66.

Freud, S. (1924). “La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis”. En ***El yo y el ello y otras obras (1923-1925), Obras completas, XIX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 193-198.

Freud, S. (1925 [1924]). “Presentación autobiográfica”. En ***Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras (1925-1926), Obras completas, XX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 7-66.

Freud, S. (1926 [1925]). “Inhibición, síntoma y angustia”. En ***Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? y otras obras (1925-1926). Obras completas, XX***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 83-164.

Freud, S. (1933 [1932]). “31ª conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica”. En ***Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras (1932-1936)***, Obras completas, XXII, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 29-52.

Freud, S. (1933 [1932]). “32ª conferencia. Angustia y vida pulsional”. En ***Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras (1932-1936), Obras completas, XXII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 75-103.

Freud, S. (1937). “Análisis terminable e interminable”. En ***Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939), Obras completas, XXIII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 219-254.

Freud, S. (1937). “Construcciones en el análisis”. En ***Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939), Obras completas, XXIII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 259-270.

Freud, S. (1939 [1934-38]). “Moisés y la religión monoteísta”. En ***Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939), Obras completas, XXIII***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 7-132.

Freud, S. (1940 [1938]). “Esquema del psicoanálisis”. ***Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939), Obras Completas, XXIII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 139-210.

Freud, S. (1940 [1938]). “La escisión del yo en el proceso defensivo”. En ***Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939), Obras Completas, XXIII***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 275-278.

Freud, S. (1950 [1892-99]). “Fragmentos de la correspondencia con Fliess”. En ***Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud, (1886-1899), Obras completas, I***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 215-258.

Freud, S. (1950 [1896]). “Carta 52”. En ***Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899). Obras Completas, I***, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 274-279.

Freud, S. (1950 [1897]). “Manuscrito L [Anotaciones I] (2 de mayo de 1897). **Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud, (1886-1899), Obras completas, I**, Amorrortu editores, Buenos Aires, duodécima reimpresión, 2008, pp. 289-291.

Gimeno, L. (2005). **Resonancias rizomáticas (escritos en el devenir de una Psicoterapeuta)**. Editorial Duken, Buenos Aires.

Jacobson, G.F. (1965). **Crisis theory and treatment strategy: some sociocultural and psychodynamic considerations**. J Nerv Ment Dis.

Kristeva, J. (1995). **Las nuevas enfermedades del alma**. Editorial Cátedra, Madrid.

Kristeva, J. (2005). “Las nuevas enfermedades del alma”. En **¿Adónde van los valores? Coloquios del siglo XXI**, UNESCO, Centro Cataluña, pp. 373-379.

Lacan, J. (2002). “La dirección de la cura y los principios de su poder”. En **Escritos 2**. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires, primera reimpresión, pp. 565-626.

Laplanche, J. (1992) **La révolution copernicienne inachevée**. Aubier, Paris.

Laurent, E. (2009) “El revés del trauma.” En **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Editorial Grama. Buenos Aires.

O.P.S. (2002) **Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias**. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1, Washington, D.C.

Palacio, L. (2003). “Objeto y malestar”. En **La invención del objeto a por Jacques Lacan. Memorias de las Jornadas de medellin y Bogotá del 17 al 24 de febrero de 2002**. Cuarto de vuelta ediciones, Bogotá.

Parad, H. J. (1965). ***Crisis Intervention: Selected Readings***. Family Service Association of America, New York.

Pastor, J., Ovejero, A. (2007). ***Michel Foucault. Caja de herramienta contra la dominación***. Ediciones de la Universidad de Oviedo, España.

Perry, R. (1973). ***El pensamiento y personalidad de William James***. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Reyes, R. (2009). “Fantasma”. En ***Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología científico social***. Plaza y Valdés editores, España.

Ricoeur, P. (1970). ***Freud: una interpretación de la cultura***. Siglo XXI editores, undécima edición en español, México, 2004.

Ricoeur, P. (1970). ***Freud: una interpretación de la cultura***. Siglo XXI editores, undécima edición en español, México, 2004.

Ricoeur, P. (1984). ***Hermenéutica y Psicoanálisis***. La Aurora, Argentina

Sassaroli, S. (2005). “La urgencia, una respuesta”. En Sotelo, I. (Comp). ***Tiempos de urgencia, estrategias del analista***. JCE Ediciones, Buenos Aires.

Sassaroli, S. (2009). “Tiempo y urgencia –Psicoanálisis aplicado-Deseo del analista. Un tiempo donde lo urgente es que haya analista”. En Sotelo, I. (Comp.) ***Perspectiva clínica de la urgencia***. Grama ediciones, Buenos Aires. Pp. 107-116.

Slaikeu, K. (1984). ***Intervención en Crisis***. Ed. Manual Moderno, México.

Sotelo, I. (2009). “La urgencia en la maternidad”. En Sotelo, I. (Comp.) ***Perspectiva clínica de la urgencia***. Grama ediciones, Buenos Aires, pp. 117-126.

Strachey, J. (1959) “Introducción a <<Inhibición, síntoma y angustia”. En ***Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras (1925-1926), Obras completas, XX***, Amorrortu editores, duodécima reimpresión, Buenos Aires, 2008, pp. 73-82.

Wolberg, L. R. (1965). ***Short-Term Psychotherapy***. Grune & Stratton, New York.

Revistas

Aceituno, R. (2001). “El síntoma psicoanalítico. Clínica y cultura.”. *Revista de Psicología*, Vol. X, N°001, Universidad de Chile, pp. 111-130.

Aceituno, R. y Bornhauser, N. (2005). “Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea”. *Revista de Psicología*, Vol. XIV, N°002, Universidad de Chile, pp. 111-122.

Assoun, P-L. (2005). “El malestar social no se psicoanaliza. Entrevista en Buenos Aires” por Héctor Pavón, *Psikeba Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales*, Buenos Aires, Argentina.

Baduin, A. (2001). “La répression, un défi à la répétition transférentielle?”. *Revue française de psychanalyse*, 2001/1, Vol. 65, P.U.F editeur, Paris, Francia.

Balestriere, L. (2001). "Causalité psychique et traumatisme". *Cahier de psychologie clinique*, 2001/1, n°6, Editeur *De Boeck Université*, Bruxelles, Belgique.

Bassols, M. (1992). "Stratégies face à l'incurable. Revue La Cause freudienne, 10/1992, n°22, pp. 125-129.

Bornhauser N., Csef, H. (2005). "Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 43: 41-50

Bublien, Y., Even, R., Glorion, B., Galaverna, O. (2004). "Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital". *Revue Les Tribunes de la santé*, 2004/2, n° 3, editeur Presses de Science PO. Paris, Francia.

Debourge, A. (2001). "La levée de la répression en psychosomatique". ?". *Revue française de psychanalyse*, 2001/1, Vol. 65, P.U.F editeur, Paris, Francia.

Jadoulle, V. (2007). "L'inconscient à l'hôpital". *Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1, n° 28, Editeur Boeck Université.

Jay, M. (2007). "¿Parresía visual? Foucault y la verdad de la mirada". *Revista Estudios Visuales*, N°4, Un diferendo de arte, <http://www.estudiosvisuales.net/revista/index.htm>

Kristeva, J. (2002). "La locura, la revuelta y la extranjería. Entrevista por Armen Avanessian y Lucas Degryae". *Revista Signos filosóficos*, N°7, enero-junio, pp. 279-294.

Negro, M. (2009). "Función del síntoma en la estructura psíquica". *Revista Affectio societatis*, N° 10, Buenos Aires, pp. 1-7.

Pastor, J. (2009). “Relevancia de Foucault para la psicología”. Revista *Psicothema*, Vol. 21, nº 4, pp. 628-632.

Rodríguez, M. (1990). “Conocimiento y verdad en el pragmatismo de William James”. Revista *Enrahonar, Quaderns de filosofia*, nº 16, Barcelona, pp. 89-104.

Smadja, C. (2004). “La dépression inachevée”. *Revue française de psychanalyse*, 2004/4, Vol. 68, P.U.F. éditeur, Paris, Francia.

Soler, C. (1992). “L'intraitable”. *Revue La Cause freudienne*, 10/1992, nº22, pp. 121-124.

Tarela, J. (2002). “La Obra de Foucault y el tema de la medicina. Apuntes en diagonal sobre la perspectiva de una práctica transdisciplinaria y discursiva.” *Publicación periódica orientada al tratamiento de la periódica violencia*, Año 1, Nº4.

Vega, M. (2010). “La metapsicología y la clínica de lo irrepresentable”. *Psicoanálisis: ayer y hoy*, revista electrónica de psicoanálisis editada por la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

Witto, S. (1999). “Michel Foucault. La travesía del ojo”. *Revista Academia*, Nº3, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Ponencias

Coloma, J. (2006). ***Intentando la metapsicología***. Ponencia presentada en las Jornadas ARCIS en noviembre de 2006.

Perez, A. (2004). “Inconsciente e interpretación”. Ponencia presentada en la Universidad de la República. S/D.