



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
Instituto de Investigaciones Psicológicas
Doctorado en Psicología

VICISITUDES CLÍNICAS ANTE LA ANUNCIACIÓN DE LA MUERTE.
Un dispositivo con fundamentación psicoanalítica para niños
diagnosticados con cáncer

TESIS

Que para obtener el grado de
Doctora en Psicología

Presenta:

Eunice Amor Gonzalez Ochoa

Director de tesis:

María del Carmen Rojas Hernández

Xalapa, Ver., a 13 de abril del 2018

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, agradezco al CONACyT por el compromiso de financiar proyectos de investigación y a su vez, de regular los principios de calidad de los Programas Educativos del país. Específicamente agradezco los apoyos para desarrollar la presente tesis.

Asimismo, quiero agradecer al Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana por ser la casa en donde se conformó el cuerpo de esta tesis; de manera particular agradezco a la coordinación: en un primer periodo a la Dra. Erika Cortés Flores y al momento de la conclusión, a la Dra. Ana Delia López Suárez, quienes en cada periodo dispusieron los elementos administrativos necesarios, sostenido por una calidez personal y compromiso para llevar a cabo la investigación-intervención.

Agradezco a los académicos que me acompañaron en los problemas y dilemas propios del recorrido teórico y metodológico y que con la mirada rigurosa que esta labor requiere, promovieron dilucidaciones y esclarecimientos que erigieron la base de esta empresa: infinitas y emotivas gracias Dra. Alejandra Núñez de la Mora y Dra. Ana Delia López Suárez; en la misma tesitura agradezco al Dr. Jorge Luis Arrellanes Hernández y al Dr. Ricardo García Valdés que además como sinodales dedicaron una lectura minuciosa, así como la Dra. América Espinoza Hernández, para ampliar las miradas y perspectivas del trabajo de tesis.

Quiero ofrecer un agradecimiento especial a la Dra. Raquel Ribeiro Toral por su disposición e interés demostrados en la investigación-intervención, así como su entusiasmo por el tema, lo cual facilitó generar una interlocución por demás enriquecedora y productiva. Así también, de la misma manera que lo he hecho desde que incursioné en los estudios psicoanalíticos, agradezco al Dr. Víctor Javier Novoa Cota por su comprometido acompañamiento en el desarrollo teórico de esta investigación y por su escucha atenta a las inquietudes emergentes de la clínica. Muchas gracias.

Por otro lado, comparto la satisfacción del recorrido realizado al ir construyendo esta investigación e intervención con la Dra. María del Carmen Rojas Hernández, y también le quiero dedicar un singular agradecimiento por su dirección a esta tesis y en general a lo que ahora se vislumbra como una línea de investigación. Gracias por su escucha y transmisión que promueven construir nuevos senderos.

Agradezco a mis compañeros del Doctorado en Psicología siempre dispuestos a colaborar en el proceso de investigación. Especialmente agradezco a Milagros por tan amenas conversaciones, alentadores anímicos. También agradezco a Laurencia por su apoyo en viajes y travesías. Gracias a mis amigas Verónica, Anel y Natalia que se hicieron presentes con su constante apoyo, seguramente cada una encontrará alguna huella de sus consejos.

Le dedico mi agradecimiento a la institución AMANC S. L. P. escenario práctico de esta investigación e intervención, especialmente agradezco a la Ing. Alma de Jesús Durán Valero, directora de la asociación, quien mostró siempre interés por conocer una nueva forma para dirigirse a los niños y los efectos generados; asimismo, agradezco a cada una de las participantes de la asociación, acompañantes en la producción de un nuevo espacio de participación.

En esta etapa tan importante en mi vida, agradezco a Jesús por acompañarme y saber estar en los momentos de celebración y en los críticos, por dedicarme las palabras precisas en el momento adecuado.

Debo un agradecimiento a mis padres y a mi familia por la cuna que me han formado y cuidado constantemente, definitivamente mi recorrido es resultado de las enseñanzas y transmisión de quienes me anteceden, al margen de la distancia me acompañan siempre y sigo encontrando sus frutos. Gracias también a Sinaí y Luis Fernando.

VISICITUDES CLÍNICAS ANTE LA ANUNCIACIÓN DE LA MUERTE.

Un dispositivo con fundamentación psicoanalítica para niños con cáncer

RESUMEN

Por Eunice Amor Gonzalez Ochoa

Durante la presente investigación e intervención se analizaron las implicaciones psíquicas del padecimiento de cáncer en niños en tratamiento oncológico, aspectos que debido a su carga simbólica e imaginaria conllevan una anunciación de la muerte y efectos sobre lo real; en torno de tales condiciones se configuró un campo clínico distinto al indicado para el tratamiento sobre los efectos traumáticos *après-coup*; en su lugar se enfrentó al trauma en su modalidad *avant-coup*, a la invasión de un instante catastrófico.

Dadas tales circunstancias, el objetivo consistió en configurar un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención a los procesos psíquicos desencadenados y reactualizados en niños diagnosticados con cáncer y que se albergan en una asociación civil. Asimismo, articular dicha práctica y los hallazgos clínicos con el psicoanálisis (teoría, método, clínica) y fundamentarla.

Por consiguiente, para la construcción del marco teórico se analizaron cuatro nociones, mismas que conforman los capítulos del marco teórico: 1) lo urgente y 2) lo extremo, 3) los afectos y 4) lo traumatizante. Con respecto a la metodología, se propuso el dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica con el objeto de articular los niveles de investigación en psicoanálisis y por otro lado, formalizar los elementos dispuestos para la atención a la singularidad de los pacientes.

Por otra parte, se eligió la *Construcción de casos* como modalidad de análisis y presentación de los hallazgos clínicos. Así mediante los casos *Estela* y *Alonso* se testimonia la lógica del dispositivo y su orientación hacia el tratamiento de la problemática en el que se

explicita la singularidad de la dinámica transferencial y el posicionamiento del clínico y el paciente.

Finalmente, en el último capítulo se presentan la discusión y las conclusiones, aspectos que surgieron como efecto de la investigación-intervención formalizada en esta tesis y que se analizaron de manera retrospectiva.

Palabras clave: dispositivo psicoanalítico, cáncer, extremo, urgente, afectos, trauma.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	10
Prácticas e intervenciones en torno al cáncer infantil.....	14
Prácticas e intervenciones desde la psicología.....	14
Los cuidados paliativos	17
Clínica psicoanalítica: Retorno a la singularidad.....	22
A manera de antecedentes: Sigmund Freud, de su práctica prepsicoanalítica a los inicios del psicoanálisis.....	26
ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO.....	30
LO URGENTE	38
Elementos básicos de la urgencia subjetiva.....	38
Conceptualización.....	40
Demanda urgente	44
Tiempo en la urgencia: De la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva	50
El dispositivo de la urgencia subjetiva	54
LO EXTREMO	58
Conceptualización.....	58
Dinámica pulsional y procesos de transformación pulsional.....	62

La animalidad: lo extremo en la vida psíquica	65
La clínica de lo extremo.....	67
LOS AFECTOS	72
Puntualizaciones en torno a la primera y segunda teoría de la angustia.....	72
Ruptura de la protección antiestímulo	76
Terror, sofocación y contraparte de la angustia	83
Del terror a la melancolía, una posibilidad de autoconservación	89
LO TRAUMATIZANTE.....	94
El yo como objeto perdido.....	94
Temporalidad del trauma	102
Virajes de la regresión	109
Del perjuicio a la excepción.....	118
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	123
OBJETIVO GENERAL	126
Objetivos particulares	126
Objetivo de investigación:.....	126
Objetivo de intervención:	126
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	127
La investigación psicoanalítica en la universidad.....	127
Un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica.....	129

Contexto de la intervención	130
Principios de la práctica clínica psicoanalítica	136
Especificidades de la clínica psicoanalítica con niños.....	138
Elementos y recursos transferenciales del dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica	142
Posicionamiento ante la institución asistencial	145
El juego	147
El ingenio	150
La mirada.....	152
Acercamiento - distanciamiento.....	155
RESULTADOS	157
Criterios de cientificidad y precisiones teórico-metodológicas en torno al caso.....	161
Tres momentos en la construcción del caso.....	166
Primer momento: posicionamiento como sujeto supuesto saber durante el encuentro clínico.....	166
Segundo momento: posicionamiento como sujeto supuesto al no saber durante la supervisión de práctica clínica en grupo.	167
Tercer momento: reposicionamiento como sujeto saber durante la escritura del caso. ..	168
Presentación de los casos	170
Estela	170

Alonso	177
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	186
Discusión	186
Limitaciones y sugerencias para estudios posteriores	187
Conclusiones	191
REFERENCIAS	196

Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo, vida, porque nunca me diste ni esperanza fallida ni trabajos injustos, ni pena inmerecida; porque veo, al final de mi rudo camino, que yo fui el arquitecto de mi propio destino; que si extraje las mieles o la hiel de las cosas, fue porque en ellas puse hiel o mieles sabrosas: cuando planté rosales, coseché siempre rosas. ...Cierto, a mis lozanías va a seguir el invierno: ¡mas tú no me dijiste que mayo fuese eterno! Hallé sin duda largas las noches de mis penas; mas no me prometiste tan sólo noches buenas y en cambio tuve algunas santamente serenas... Amé, fui amado, el sol acarició mi faz. ¡vida, nada me debes! ¡vida, estamos en paz!

En paz - Poema de Amado Nervo

INTRODUCCIÓN

Y soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo. La ilusión pierde todo valor cuando nos estorba hacerlo. Recordemos el viejo apotegma: «Si vis pacem, para bellum»: Si quieres conservar la paz, ármate para la guerra. Sería tiempo de modificarlo: «Si vis vitam, para mortem»: Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte.
Freud (1914/1979, p. 301)

El trabajo de tesis que se presenta en este documento corresponde a una investigación acerca de la configuración de los procesos psíquicos desencadenados y reactualizados en niños diagnosticados con cáncer y en tratamiento oncológico. Tal investigación se emprendió a partir de los hallazgos producidos en el marco de un dispositivo psicoanalítico contextualizado en una asociación civil que presta alojamiento y una gama amplia de apoyos dirigidos a niños diagnosticados con cáncer, así como a su familia nuclear; como requisito para ser beneficiario de la asociación civil se requiere que estén afiliados al programa público Seguro Popular.

El mencionado programa gubernamental tiene el objetivo de proporcionar servicios de salud a personas que no son asalariados y por lo tanto, no cuentan con IMSS o ISSSTE, y en su lugar, se encuentran inscritas en el sistema de protección social en salud. De tal manera que el hospital público del Estado de San Luis Potosí que provee a los niños el tratamiento para el cáncer, también fungió como contexto para la clínica psicoanalítica.

La Secretaría de Salud (2011) define al cáncer como una “enfermedad que se produce cuando existe un desequilibrio entre el funcionamiento normal de la célula y su crecimiento” (p. 15). Las causas que se identifican son calificadas de orden interno o externo, las cuales hacen susceptible que la célula crezca de manera errónea y descontrolada, cuando se unen ese tipo de

células forman un tejido al que denominan *tumor*, que puede ser de tipo benigno o maligno. El tumor maligno “crece de forma rápida, con la capacidad de invadir órganos cercanos o a distancia”, proceso llamado *metástasis*.

Asimismo se informa (Secretaría de Salud, 2011) que para determinar el tipo de cáncer, su localización, extensión y plan de tratamiento se deben realizar diversos estudios, entre los cuales se destacan la revisión del paciente, que consiste en un interrogatorio para aproximarse a la causa del problema y el tratamiento adecuado. También se incluyen exámenes de laboratorio como las pruebas de sangre o análisis clínicos, cultivos, y exámenes de orina y heces; igualmente se realizan punciones lumbares, estudios de imagen, aspirado y biopsia de médula ósea, y biopsia de tumor.

Por otra parte, las formas de tratamiento del cáncer incluyen la quimioterapia, cirugías y radioterapia; la primera consiste en la utilización de diferentes medicamentos para destruir o detener la multiplicación de las células malignas, las vías de administración son orales, intravenosas, intramusculares, intrarectales o intralesionales. Por su parte, la radioterapia consiste en la aplicación de rayos de alta energía con el fin de destruir las células cancerosas. En cambio, la cirugía es una operación en la que el tumor es retirado del cuerpo. Entre otros tratamientos menos comunes se encuentran el trasplante, la inmunoterapia y la medicina alternativa (Secretaría de Salud, 2011).

Establecida la información oficial y médica respecto del cáncer, a continuación cabe distinguir la definición más antigua otorgada a esta enfermedad; Sontag (2003) afirma que se desprende el contenido del imaginario social que rodea a esta enfermedad. El término Cáncer aludía a una excrecencia, término que refiere a un bulto o protuberancia; mientras que en su acepción etimológica, proviene del griego *karkínos* y del latín *cancer*, que significan cangrejo. La autora afirma que con base en lo señalado por Galeano, la definición se inspiró en ese animal

debido al parecido entre las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo; al contrario de lo que comúnmente se cree, por ser una enfermedad metastásica que se desplaza como un cangrejo.

A su vez, Sontag (2003) afirma que la tuberculosis también fue considerada un tipo de excrecencia. El origen etimológico de tuberculosis proviene del latín *tuberculum* que significa protuberancia. La distinción entre ambas sucede hasta la aparición de la patología celular, en 1882; en el caso específico de la leucemia, sólo pudo comprenderse como una forma del cáncer a partir del perfeccionamiento del microscopio, a mediados del siglo XIX. En ese sentido, la autora (Sontag, 2003) afirma que el cáncer se asemeja a la tuberculosis en relación al peso atribuido socialmente —cada una en su época—, se trata de enfermedades consideradas intratables y caprichosas, incomprendidas. Al consistir en padecimientos misteriosos para la medicina, infunde terror, misterio y se les teme intensamente, lo que las vuelve moralmente contagiosas, pues el contacto con quien sufre de la enfermedad mantiene un sentido de infracción.

Sontag (2003) continúa describiendo que así como la tuberculosis indicó una sentencia de muerte para el enfermo, actualmente, el cáncer conlleva el mismo imaginario popular, es decir, cáncer equivale a muerte. Debido a ello, es común esconder el diagnóstico a los enfermos y si se conoce, hay una resistencia a hablar al respecto; mientras que la autora afirma que la mentira da la pauta para la complejidad observada en la sociedad para convivir con la muerte, lo que produce que ésta se encuentre faltante de significado; continúa de la siguiente manera:

“A los pacientes de cáncer se les miente no simplemente porque la enfermedad es (o se piensa que sea) una condena a muerte, sino porque se la considera obscena —en el sentido original de la palabra, es decir: de mal augurio, abominable, repugnante para los sentidos” (p. 19).

En el texto *De guerra y muerte* (1914/1978) Freud declara que en “el inconciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (p. 290) sin embargo, ante las circunstancias expuestas hasta el momento se percibe una perturbación en la actitud hacia la muerte que hasta entonces prevaleció como resultado. Freud (1914/1978) identifica una sacudida a las expectativas, un sepultamiento de esperanzas, demandas y goces, una negación a sustituir a quien se perdió, entre otros aspectos. “Nos portamos entonces como una suerte de Asra, de esos que *mueren, cuando mueren aquellos a quienes aman*” (p. 291).

Es decir, ante la anunciación de la muerte, ésta deja de ser susceptible de desmentir, se instala con una fuerza que es preciso creer en ella. De acuerdo con Freud (1914/1978), el peligro de muerte de uno mismo o de seres queridos genera un choque entre dos actitudes contrapuestas frente a la muerte, a saber, una que la admite como aniquilación de la vida y otra que la desmiente como irreal, entrando en conflicto.

En ese sentido, Laplanche (2001) afirma que la vida y la muerte no constituyen referencias directas para la práctica psicoanalítica y mediante la comprobación que realiza a ese respecto, alerta que es necesario interrogar el acto psicoanalítico en función de una conceptualización de la existencia que refiere a la vida humana y en ese sentido, a su finitud. De lo contrario se negaría la consideración acerca del replanteamiento que exige el descubrimiento de lo inconsciente y de lo que se despliega a partir de ahí.

Por consiguiente, el objetivo de este trabajo consistió en configurar un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención a los procesos psíquicos desencadenados y reactualizados en niños diagnosticados con cáncer y que se albergan en una asociación civil. Asimismo, articular dicha práctica y los hallazgos clínicos con el psicoanálisis (teoría, método, clínica) y fundamentarla.

Para la formalización de tal empresa, los ejes vertebrales de este documento son el marco teórico en el que se analizan los siguientes temas: 1) lo urgente, 2) lo extremo, 3) los afectos y por último, 4) lo traumatizante. De igual forma, otro de los ejes consiste en la metodología, donde se expone la propuesta del dispositivo psicoanalítico como vía para la articulación de las vertientes clínica y la investigativa. Asimismo, en los resultados se muestra la metodología correspondiente a la construcción de casos, forma de transmisión de la singularidad de la experiencia transferencial y la presentación de los casos. Y por último, las conclusiones, análisis retrospectivo de la problemática que subyace a esta tesis.

Prácticas e intervenciones en torno al cáncer infantil

Les hace falta un Edipo que les explique sus propios enigmas, de cuyo sentido no disponen. Es necesario escuchar las palabras que jamás fueron dichas, que quedaron en el fondo de los corazones (hurguen el vuestro, allí las encontrarán), es necesario hacer hablar los silencios de la historia.

Viñar (2011, p. 62)

Prácticas e intervenciones desde la psicología

Desde las diversas ópticas de la psicología se observa que el cáncer, entendido como una enfermedad crónica, genera sufrimiento y amenaza la calidad de vida del niño y su familia y ante lo cual, deben enfrentarse por un período indeterminado de tiempo (Méndez, 2005). Ante ello, según Méndez, et al (2004), la psicología cuenta con un amplio arsenal de técnicas para asistir al niño enfermo de cáncer y también, a su familia, con las cuales, de manera multidisciplinaria, se contribuye a paliar los síntomas de la enfermedad, así como los efectos secundarios de los tratamientos médicos.

Incluso, Fernández, et al (2016) destacan que las principales ventajas de la intervención psicológica en el ámbito de la oncología consiste en que se obtienen resultados positivos con un tratamiento corto, es decir, se demuestra que en ocho sesiones o menos se incide en la calidad de vida y el alivio de los síntomas. En ese sentido, el costo del tratamiento psicológico es bajo y competitivo, aspecto que puede repercutir en los programas gubernamentales que promueven las autoridades sanitarias.

Por su parte, Villoria, et al (2015) valoran “la utilidad de las distintas intervenciones psicológicas en relación al estado emocional, físico, funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes oncológicos en las diferentes fases de la enfermedad” (p. 207) mediante una revisión de la literatura que abarcan los años 2000 al 2014. En las fases diagnóstico, tratamiento, supervivencia y terminal informan la implementación de intervenciones psicoeducativas, cognitivo-conductuales y psicoterapias individuales y grupales, las cuales mantienen el objetivo de mejorar la calidad de vida, el estado emocional y el control de síntomas.

Para el logro de los objetivos centrados en la fase diagnóstica Villoria, et al (2015) reportan que las intervenciones cognitivo-conductuales utilizan técnicas de solución de problemas, reestructuración cognitiva, imaginación guiada, biofeedback, relajación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Mientras que las intervenciones psicoterapéuticas individuales se orientan al establecimiento de una relación de empatía con el paciente. Respecto a las intervenciones grupales, en éstas se utilizan técnicas de apoyo social, expresión, psico-educación y counseling.

En el mismo estudio (Villoria, et al, 2015) se distinguen las técnicas utilizadas en las fases de tratamiento, supervivencia y terminal, aunque no se identifican diferencias sustanciales con las expuestas en la fase diagnóstica. Por su parte, Méndez, et al (2004) identifican conveniente proveer información clara y repetida hasta que se logre “asimilar que la

enfermedad del niño se trata de una realidad que no se puede cambiar” (p. 144). Sin embargo, añaden que en el caso de los niños la información debe ser adaptada a la capacidad de comprensión y la edad; por ejemplo, a los niños entre dos y siete años de edad se les debe aclarar “que no son culpables de la enfermedad y que ésta no es un castigo” (p. 144). En el mismo estudio (Méndez, et al, 2004) recomiendan que para reducir los vómitos y náuseas condicionados las intervenciones incluyen la relajación muscular progresiva y con imágenes guiadas, la hipnosis y la desensibilización sistemática.

Respecto al control del dolor, la reducción de la fatiga o el sueño, los problemas de ansiedad y depresión, Méndez, et al (2004) indican las técnicas de distracción y las de relajación y respiración. Mientras que Villoria, et al (2015) reconocen favorable a la intervención cognitivo-conductual para la reducción de la depresión, la ansiedad, el cansancio y el distrés. Resulta notable que Méndez, et al (2004) definen al dolor como “un mecanismo que nos pone sobre aviso de la existencia de una lesión o enfermedad corporal” (p. 146), asimismo, Orgiles, Méndez, & Espada (2009) lo definen como un “mecanismo que protege al organismo y que alerta de la existencia de una lesión o enfermedad, incitándole a llevar a cabo alguna acción para disminuirlo” (p. 343); por lo que resulta notable el interés de reducir el dolor, la depresión, la ansiedad, el cansancio y el distrés, sin antes comprender el sentido por el que el organismo está haciendo uso de tales mecanismos y las acciones que es susceptible de emprender para tratarlo.

Al margen de la acotación anterior, Villoira, et al (2015) concluyen la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas ajustadas a las necesidades de los pacientes en función de las características que se presentan en cada una de las fases de la enfermedad, lo que haría posible valorar qué tratamientos, componentes y formato de aplicación resultan más adecuados

a las características de las fases de la enfermedad y especialmente, a las necesidades y características del paciente.

Respecto a los procedimientos psicológicos para preparación a la hospitalización, Méndez, et al (2004) refieren que tienen el objetivo de normalizar la experiencia hospitalaria y conseguir la adaptación del niño al entorno, para lo cual se proporciona información, se proveen estrategias de afrontamiento, reforzamiento de conductas adecuadas y también se utilizan cuentos para la comprensión de la enfermedad y el tratamiento.

“Mediante el empleo de autoverbalizaciones el paciente se dirige mensajes para infundirse valor, por ejemplo ‘todo irá bien’. Las autoinstrucciones suponen mensajes mediadores de la conducta, por ejemplo, el niño se indica a sí mismo ‘voy a mirar hacia otro lado’ durante una extracción de sangre. Una vez aprendidas dichas estrategias se le informa que debe aplicarlas durante los procedimientos médicos y en aquellas situaciones en que sienta ansiedad” (p. 149).

Las intervenciones psicológicas que centran su intervención en la fase terminal de la enfermedad se incorporan en una práctica cada vez más predominante en instituciones médicas y asistenciales como una forma distinta de aproximarse a la enfermedad y la muerte, se trata de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos

De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2017. OMS, en adelante), los cuidados paliativos son una parte esencial de la lucha contra el cáncer y su implementación, se da de forma sencilla y económica. Los cuidados paliativos para niños “consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y en la prestación de apoyo a la

familia” (parr., 1); esta práctica se encuentra presente desde el diagnóstico y persiste independientemente de si el niño recibe o no el tratamiento médico.

De manera multidisciplinaria e incluyendo a la familia y recurriendo a los recursos disponibles en la comunidad, el objetivo es “evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño” (OMS, 2017, parr. 2). Se continúa:

“Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo” (OMS, 2017, parr. 3).

Entre el listado de características que la OMS (2017) ofrece, se destaca que afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, además, no intentan acelerar o retrasar la muerte, y ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Asimismo, en su página web (OMS, 2017) se incluyen documentos que proveen información y estrategias para aliviar el dolor producido por el cáncer, así como una nota descriptiva (OMS, 2015) específica para los casos en que la medicina agota sus posibilidades de tratamiento, de esa manera, lo que resta para la medicina es paliar los efectos producidos por la enfermedad.

Allende, et al (2013) informan de la reunión de trabajo para integrar el Consenso de Cuidados Paliativos en Oncología, “con el objetivo de inclusión al Plan Nacional de Cáncer en México” (p. 214) y de acuerdo a los conceptos y recomendaciones emitidas por la OMS. Se busca que mediante un enfoque de salud pública se “garantice el acceso universal a los servicios necesarios en los niveles de atención del sistema de salud” (p. 215). De esa manera los cuidados paliativos se incluyen en las políticas de salud del país y forman parte de las prioridades de salud pública.

Garduño, et al (2009) publican su experiencia en cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Pediatría, quienes se sirven de la definición de paciente terminal provista por el Colegio Americano de Médicos: “aquel enfermo con un padecimiento agudo, subagudo, habitualmente crónico, de curso inexorable y sujeto sólo a manejo paliativo [...] probablemente fallecerá en tres a seis meses” (Cárdenas, 2004; citado en Garduño, et al, 2009). Este equipo destinado a los cuidados paliativos se conforma por un pediatra, un alergólogo, un tanatólogo, enfermeras y psicólogos.

El objetivo del equipo que proveen los cuidados paliativos en el instituto mencionado (Garduño, et al, 2009) mantiene la prioridad absoluta y urgente del alivio del dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, tramadol y morfina. Resaltan la importancia de que al ser dado de alta el paciente se garantice una estrategia de visita domiciliaria para tratar el dolor. Además manifiestan la preocupación de que el dolor emocional y espiritual es presentado por toda la familia al someterse a experiencias de tratamiento mortificantes.

Por otra parte, Rincón, et al (2008) plantean la problemática del afrontamiento de la muerte en el niño oncológico, ante la cual, reconocen que los niños quieren vivir como niños hasta sus últimos días, por lo que es necesario facilitar un final de vida asegurando en la menor medida el sufrimiento. Tal aspecto se hace posible si se transforma el miedo a la muerte en una aceptación serena, para ello se incorpora un acompañamiento atendiendo interdisciplinariamente al niño y a su familia. Mientras que Méndez, et al (2004) identifican conveniente proveer información de forma progresiva, así como atender los deseos y preocupaciones del niño.

Rincón, et al (2008) concluyen que para afrontar la muerte en un niño es necesario concebir la muerte como proceso y entender que las fases de este mismo se modifican e integran constantemente. “Identificar las distintas fases y las necesidades del paciente facilita adecuar el

esfuerzo terapéutico a la consecución del mayor bien y bienestar para el paciente” (p. 435). El objetivo es el confort y el bienestar del paciente y la familia, para lo cual, es necesario atender las señales personales, psicosociales, culturales o espirituales y modificar la intervención, en consecuencia.

En el contexto mexicano (Instituto Nacional de Pediatría) y en el área específica de la psicooncología, Méndez (2005) afirma que dicha especialidad, de manera interdisciplinaria, “se ocupa de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y conductuales asociados al cáncer desde dos perspectivas”, el aspecto psicosocial y el psicobiológico. En ese sentido, la psicooncología surge como respuesta a los retos psicosociales que presenta la atención al enfermo oncológico.

Méndez (2005) afirma que se busca la adaptación al cáncer considerando las variables personales y las propias de la enfermedad. Mientras que la psicooncología pediátrica es necesaria para que el diagnóstico tenga un manejo apropiado, así como el tratamiento de los trastornos afectivos relacionados con el cáncer. Por consiguiente, los servicios que se proporcionan al niño y su familia se basan en el cuidado y apoyo interdisciplinarios, es decir, se comprende el manejo del dolor, el apoyo nutricional, el psicológico y el social.

Respecto a la forma de intervención, al igual que lo planteado por los estudios anteriormente citados, se utilizan diversas técnicas dependiendo de la fase de la enfermedad. Méndez (2005) menciona que con el uso de técnicas psicofisiológicas (entrenamiento en relajación, respiración diafragmática y retroalimentación biológica) se obtiene control de la sensación del dolor y ansiedad. Entre las demás técnicas disponibles se encuentran la imaginación, la distracción, la información. También se hace uso de grupos de autoayuda formado por los padres que tienen mayor tiempo en el servicio de oncología, en los cuales se otorga contención emocional a los padres.

Por otro lado, Méndez (2005) establece que se ofrece asistencia psicológica en consulta externa con el objetivo de “ofrecer un manejo interdisciplinario desde su ingreso al servicio para disminuir la probabilidad de abandono” (p. 41); las técnicas utilizadas son la información-sensibilización, la orientación y la intervención en crisis. La importancia de esa intervención radica en que se promueve un proceso transferencial entre el paciente, su familia y la institución, así como al equipo médico y el terapeuta.

Para finalizar, en los casos de pacientes calificados terminales¹, en el trabajo mostrado (Méndez, 2005) se plantea que el cáncer suele dar el tiempo suficiente para el buen manejo paliativo y la preparación para la inminente presentación de la muerte. Aunque se reconoce que el hecho de que un paciente esté fuera de tratamiento no implica la muerte inmediata, lo que favorece la respuesta de ajuste a la muerte y pueda despedirse de sus familiares. Por último, Méndez (2005) propone conocer la vida en pareja y la opción de tener hijos de los pacientes sobrevivientes de cáncer, debido a que esos factores complementan la calidad de vida y de esa manera, “en realidad se pueda hablar de una curación o reintegración psicosocial” (p. 50).

De la misma manera, Hernández, et al (2009) plantean el problema del vacío por parte de la familia para expresar las emociones frente a la muerte, intentando así proteger al hijo. Por lo que los autores afirman que “la intervención desde el equipo multidisciplinario debe tratar de evitar este tipo de respuestas y comportamientos ante algo tan prioritario en este momento como es la comunicación” (p. 420). Al facilitar la comunicación se permite reducir la angustia, la incertidumbre y el miedo ante la pérdida de control y autonomía, así como mejorar las relaciones intrafamiliares y proveer herramientas para que la familia aprenda a manejar sus

¹ Cabe mencionar que la definición que se provee a fase terminal consiste en “fuera de tratamiento oncológico” (Allende, et al, 2013). Es decir, la oncología, especialidad médica, agota sus posibilidades de tratamiento.

capacidades, recursos internos y externos, de esa manera, ayudan a una mejor preparación para la muerte.

Asimismo, Hernández, et al (2009) afirman que es más fácil hablar de la muerte cuando el concepto de ella se vuelve mágico y se lleva al niño a un mundo de fantasía, “además de percibir la muerte como reversible y temporal” (p. 424). Ante el enfrentamiento del momento final de la vida de un hijo es importante que el equipo sanitario conozca los deseos de la familia “para favorecer la despedida correcta e integrar la muerte de la manera más natural posible en la familia” (p. 424).

Clínica psicoanalítica: Retorno a la singularidad

Como se puede observar hasta el momento, básicamente, las prácticas de los cuidados paliativos en general y de la psicología en lo específico, se basan en las entidades que les permitan aprehender el malestar del paciente, por ejemplo, depresión, estrés y ansiedad, por ser las más comunes; también se intenta aprehender a la muerte mediante el soporte que el discurso médico provee y emplea intervenciones que en su conjunto apuntan a la adaptación y lo que se denomina calidad de vida.

Específicamente, desde este posicionamiento clínico e investigativo se distingue la utilidad que proveen la diversidad de dispositivos dirigidos a la atención de los niños diagnosticados con cáncer, no obstante, además de tener claro que ante la problemática que un trauma es susceptible de generar, es necesario comprender que la administración de ello no provee la solución. Por más que a la administración pública se vea ilusionada por el discurso técnico que pretenda economizar al incluir a cada persona en protocolos terapéuticos.

De acuerdo con Laurent (2006), es ineludible toparse con un imposible cuando se intenta domesticar la pulsión de muerte como se procura mediante el discurso psicológico que se basa

en la retórica de la evaluación. Al diseccionar el comportamiento humano para medirlo y desarrollar técnicas de evaluación e intervención, implica tratar de traducir la subjetividad en los términos técnicos de la época que demanda utilidad y efectividad y contrariamente, al mismo tiempo se construyen industrias de lo fútil. En ese sentido, siempre lo esencial que se pone en juego ante el trauma escapa a las tentativas de establecer una transparencia evaluativa de la actividad humana. “Se pueden evaluar todos los procedimientos pero esto no garantiza que al final surja esta extraña figura de lo excepcional” (p. 5).

Es decir, si la cuestión relevante a una práctica de intervención radica en la evaluación y la efectividad de ocho sesiones, desde el psicoanálisis también se pueden atender y satisfacer tales criterios externos pero independientemente del posicionamiento, de acuerdo con Laurent (2006), no se puede perder de vista que se trata de un semblante. Un paciente, un niño diagnosticado con cáncer, fácilmente será receptor de una práctica terapéutica rápida y técnicas que propongan soluciones a corto plazo, pero eso que aparentemente está resuelto tiene efectos al plazo de una existencia.

En la clínica con niños diagnosticados con cáncer –o por lo menos en la clínica que subyace a esta tesis– y en general la clínica frente al trauma, según lo planteado por Viñar (2011), coloca al clínico frente a una divergencia en su posicionamiento inicial, lo que genera consecuencias para la dirección del proceso terapéutico y en el énfasis de los itinerarios a recorrer. Específicamente en lo que respecta al psicoanálisis el autor identifica dos vertientes, una de ellas corresponde a colocarse pensando en términos de neurosis traumática y otra vía que apunta a una marca o inscripción; el posicionamiento tiene consecuencias en el desarrollo y la comprensión que de ahí se deriven para la clínica.

De manera general, el autor añade (Viñar, 2011) que las figuras del mal como puede ser el cáncer y la muerte, generan un vacío representacional. La experiencia catastrófica es un

agujero en la continuidad representacional inherente a la vida psíquica, no genera una experiencia sino espanto, terror. No genera representaciones sino vacío representacional, por lo cual es difícilmente transmisible y compartible. Ante eso es necesario distinguir entre el efecto catártico de la palabra evacuativa y diferenciarla de la dura experiencia interior de la palabra que expresan los afectos.

Por consiguiente, Davoine & Gaudillière (2011) puntualizan que desde la práctica psicoanalítica es necesario comprender los efectos de lo traumático desde su causalidad inconsciente y por otro lado, incorporarlo en el centro del malestar en la cultura y de sus manifestaciones sociales. Mediante estas dos vías se destituye la individualidad (forma imaginaria del sujeto inconsciente y monada solipsista), asumiendo de esa manera al sujeto y su singularidad. En ese sentido, siguiendo el *Manifiesto por una psicopatología clínica no estatística* (Editorial, 2013) se defiende una práctica en la que la palabra sea un valor a ser promovido y donde cada paciente sea considerado en su singularidad. La defensa de la dimensión subjetiva implica que cada paciente pone en juego lo que para él mismo se le revela como insoportable: lo ominoso.

Establecido lo anterior y desde un posicionamiento clínico fundamentado desde el psicoanálisis queda responder cuáles son los movimientos a los que se apunta en la dirección de la cura. De principio, al asumir la función de la alteridad se reconoce que las diversas prácticas e intervenciones dirigidas al niño diagnosticado con cáncer identifican problemáticas específicas, por lo tanto, despliegan dispositivos en correspondencia con ello. Se considera necesario no dirigirse hacia una vía a la que cierta parte de la institución psicoanalítica tiende, de reducir las posibilidades de la alteridad. Se reconoce que hay daños corporales que la medicina identifica y sobre los cuales interviene, además, hay una sintomatología a la que la psiquiatría y algunas posturas psicológicas contribuyen a atenuar. Mientras que de acuerdo a lo

establecido con Viñar (2011), básicamente desde el psicoanálisis se apunta hacia el registro en donde el ser humano es un ser hablante.

En ese sentido y como segundo punto, se hace necesario establecer los efectos que tienen la palabra y el lenguaje sobre el sujeto del psicoanálisis, a ese respecto, Mannoni (1985) establece que el lenguaje ejerce efectos e implicaciones sobre una economía que no se limita a lo verbal. El deseo lacaniano sugiere que en el lenguaje se infiltran efectos económicos: afectos o síntomas. “El lenguaje modifica lo que llamamos ‘*trama psicológica*’. Son efectos del lenguaje los que vemos incidir de manera directa o indirecta en los fenómenos analíticos” (p. 56).

Básica y sustancialmente es el advenimiento del deseo lo que está en juego y lo importante de ello radica en la constitución del sujeto en función de un discurso preexistente, es decir, el discurso impersonal en el que el sujeto se extravía (Mannoni, 1985). Dolto, en su prefacio a *La primera entrevista con el psicoanalista* (Mannoni, 1996) añade que lo que constituye la especificidad del psicoanálisis es su receptividad, su escucha; la forma de escuchar logra que el discurso del paciente se modifique y asuma un nuevo sentido a sus oídos convirtiendo la angustia y demandas externas en un problema personal y una demanda específica del deseo del sujeto que habla. La manera de escuchar es un llamado a la verdad donde ésta hace descubrir su posición libidinal en relación con su medio.

Sin embargo, ese trabajo no designa una construcción definitiva, Laurent (2011) señala que ante la falta de garantías la operación analítica permite transitar de la impotencia a lo imposible, sin embargo, lo real del síntoma es reinterpretable.

Finalmente y a manera de conclusión, las investigaciones psicoanalíticas dan cuenta de múltiples problemáticas, sin embargo, al margen de ello siempre se encuentra un problema con respecto a la lógica de lo inconsciente, de las diversas vicisitudes por las que conduce lo real

del trauma. En ese sentido, independientemente de los resultados encontrados en otras investigaciones respecto al cáncer infantil, importa reunir material teórico como punto de partida para reconstruir teóricamente una problemática aprehendida en base a la expresión de la singularidad y en convergencia, tejer un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica que le corresponda.

A manera de antecedentes: Sigmund Freud, de su práctica prepsicoanalítica a los inicios del psicoanálisis.

Con el fin de establecer los trabajos que sirven de antecedentes a este trabajo, se remite en primera instancia al quehacer de Freud en algunos de los hospitales donde realizó práctica clínica, la selección obedece a que estos se consideran ubican en mayor proximidad el descubrimiento del psicoanálisis. Esto se realiza con el objetivo de mostrar la relevancia que han tenido estos espacios en la práctica analítica, incluso para su inauguración.

Según datos que ofrece Anzieu (1959/2004), Freud realizó residencias con Charcot en La Salpêtrière durante octubre de 1885 hasta febrero de 1886. Luego, en Berlín fue residente durante el mes de marzo de 1886 en la Clínica de Enfermedades Infantiles de Adolf Baginski. Y de regreso en Viena fue residente en el Instituto Público de Pediatría, fundado y dirigido por el profesor Kassowitz.

Para el presente trabajo se destacan esas tres instituciones dado que se encuentran con mayor relación con las experiencias que anteceden al descubrimiento del psicoanálisis y sus futuras conclusiones teóricas en la materia, pues como se deja ver en el recorrido que ofrece Anzieu (2004), Freud mantenía la idea de que la causa de un síntoma obedecía a un mecanismo dilucidable y posible de dominar, ante lo cual los síntomas de la histeria se podrían domeñar; lo cual puede ubicarse aun durante las primeras publicaciones psicoanalíticas.

Posterior a su trabajo en los otros dos hospitales se ubica una transición en el área de estudio, sus contribuciones versaron sobre neuropatología y ya no sobre neurología; en especial un trabajo sobre parálisis infantiles fruto de su trabajo en el Instituto Público de Pediatría. Dos años después, entre 1888 y 1889 se ubica la escritura del crucial prefacio a una de las obras de Bernheim, crucial en el sentido que se puede dilucidar una postura propia con relación a la histeria y la hipnosis.

Dejando de lado los datos históricos se ofrece una aproximación al sentido del autoanálisis. Como se sabe, Fliess es el agente principal y el autoanálisis es reconocido como el elemento crucial al que se debe el origen o descubrimiento del psicoanálisis. Siguiendo el análisis que realiza Porce (2010) alrededor de este tema, se mantiene que en un primer tiempo el autoanálisis versó sobre la resolución por parte de Freud de su histeria. Después, Freud señala el carácter imposible y contradictorio del autoanálisis y cambia de sentido, ocurre un cambio de discurso y es cuando se marca el advenimiento del discurso analítico. En palabras de Freud:

“Mi autoanálisis sigue interrumpido; ahora advierto por qué. Solo puedo analizarme a mí mismo con los conocimientos adquiridos objetivamente; un genuino autoanálisis es imposible, de lo contrario no existiría la enfermedad” (Freud, 1892-99/1982 p. 313).

El autor (Porce, 2010) continúa su análisis afirmando que en el nacimiento del psicoanálisis hay una producción de letras que encarnan el discurso que contiene la cuestión de su origen como imposible, el cual es resultado de la sedimentación de hechos literales articulados entre sí e inaugurando un nuevo lazo social. El cambio de discurso (discurso histérico a discurso analítico) es un cambio del lugar de las letras que opera sobre la subjetividad. El discurso analítico es a la vez el signo y el resultado del cambio implica un saber que se sitúa en el lugar de la verdad, puesto que se expresa por la equivocación, el error, el lapsus y que no puede entonces sino medio-decirse.

El sentido de traer esta recopilación se suscita por el esfuerzo de mostrar que las experiencias clínicas prepsicoanalíticas de Freud le permitieron –entre otros factores de gran importancia– dilucidar el factor psíquico y posteriormente, su gran descubrimiento: lo inconsciente; y si bien, más adelante se establece por él mismo un encuadre particular para el trabajo analítico no se puede dejar de lado que, como afirma Castro (2011), no violentó los hallazgos de esa clínica para ajustarlos al paradigma científico, por el contrario, fue capaz de seguir el camino que el desajuste le proponía.

Como se puede ver, desde un inicio la práctica clínica ha tomado diversas formas y gracias a ello se han establecido los principios del dispositivo analítico. Como menciona Do Rêgo (2003), una práctica regida por principios representa singularidad, un carácter único e irrepetible de un objeto o un acto, por el contrario, un *standard* implica una repetición sin invención.

Incluso en las obras de Freud se puede observar la manera en que varió la atención de sus pacientes, ejemplo de ello puede ser el análisis de Gustav Mahler durante un recorrido por las calles de la ciudad, o el análisis del pequeño Hans mediante las cartas de su padre. De acuerdo con Plotkin (2003), el psicoanálisis ha estado acompañado de un proceso siempre creativo, tanto en lo que respecta a sus niveles, velocidades, espacios culturales y es de esta manera que ha tomado un carácter polisémico y ante esto, es una cuestión fundamental formularse y responder el sustento y el fundamento pertinente acerca de la identidad del objeto de estudio.

Al instituirse el psicoanálisis también se instituye el setting con el cual se practique, sin embargo, esto tampoco garantiza un trabajo analítico. Los dispositivos analíticos en espacios institucionales necesariamente se enfrentan a las condiciones del contexto institucional y puede

ser necesario traspasar las cuestiones accesorias, aunque, la transferencia siempre como el motor y lo inconsciente el objeto de estudio.

Esto mismo fue expresado por Freud (1919/1979) al hablar de los nuevos caminos que podría tomar la terapia psicoanalítica, considera las posibilidades sobre crear lugares que permitan la aplicación del psicoanálisis a grandes masas de hombres, planteándose la tarea para el analista de adecuar la técnica a las nuevas condiciones, pero estas siempre mantendrán los ingredientes más eficaces del psicoanálisis riguroso.

A propósito de la transferencia y nuevamente atendiendo el descubrimiento de un nuevo campo de saber inaugurado por Freud, Castro (2011) dilucida que de éste emerge el privilegio de lo singular que encuentra su mejor expresión en el hallazgo del sentido del síntoma y la consecuencia para él es constatar que el saber no le pertenece a él en tanto psicoanalista, sino al sujeto que es quien sabe, aunque de hecho ese saber le sea inconsciente.

ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO

En primera instancia cabe señalar que esta investigación mantiene como principio fundamental que la argumentación se mantiene en congruencia con los criterios psicoanalíticos, es decir, se trata del estudio de los procesos psíquicos inconscientes que emergen en una situación clínica determinada.

En tal caso, en vías de otorgar el sustento epistemológico se comprenden dos líneas en la investigación: la realizada por el investigador y la que realiza el paciente en el espacio clínico; por lo que esta sección se divide en los argumentos filosóficos que sirven de fundamento a la posición que se mantiene en el dispositivo psicoanalítico y las condiciones de posibilidad terapéuticas que surgen de dicho posicionamiento. Por otro lado se establecen las cualidades epistemológicas y la capacidad creativa de las nociones psicoanalíticas y de qué manera éstas permiten bordear y aprehender un objeto que no cesa de ofrecer resistencias.

Respecto al primer punto mencionado en el párrafo anterior, de acuerdo con Monjaraz, Rojas, Santasilla y Monjaraz (2017), en primera instancia es necesario definir la conceptualización acerca del cuerpo desde el psicoanálisis y la fenomenología para así establecer la posición específica que se mantiene en el dispositivo psicoanalítico, la posición de un sujeto frente a otro, como es el caso de la clínica y la forma de intervenir en ese espacio. En su propuesta refieren que para el psicoanálisis, en principio, el cuerpo es entendido como cuerpo erotizado y de manera similar para la fenomenología, el cuerpo es un cuerpo propio, más que un cuerpo viviente y/o material.

A partir del texto *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* (Freud, 1890/1982; citado en Monjaraz et al, 2017) los autores afirman que en ese trabajo Freud señala la compleja relación entre el cuerpo y la mente y las dificultades que los médicos tienen para el estudio de las mutuas influencias entre el cuerpo y la psique. A ese respecto Freud argumenta que el

tratamiento psíquico es lo mismo que tratamiento del alma, es decir, los autores refieren que con ello Freud apunta directamente a la confusión mencionada, separando la psique del cuerpo, confusión que prevalece actualmente. Además, entendiendo que tratamiento psíquico significa tratamiento para el alma, la palabra es el único recurso para producir una cura.

Asimismo, señalan (Monjaraz et al, 2017) que Husserl analiza el mismo tema y critica a las ciencias naturales de los siglos XIX y XX que aspiran a la objetividad que supuestamente ofrece el método científico experimental y que a su vez pretende separar la ciencia de la subjetividad. El filósofo argumenta que de esa manera revelan la ignorancia de un aspecto esencial de la ciencia: la ciencia misma es una producción de la subjetividad humana.

Del mismo modo, Monjaraz et al (2017) afirman que Husserl propone una fenomenología que establece la base epistemológica para distinguir al sujeto y al mundo. Se dice que el primero es una conciencia y todo lo que no es conciencia es el mundo; la intencionalidad de la conciencia implica que siempre debe ser poseída, es decir, que la conciencia siempre tiene un objeto. Por lo tanto, esta postura epistemológica afirma que la única manera en que los seres humanos se acercan a la realidad radica en la conciencia, lo cual implica que todo se presenta al ser humano como un fenómeno². En consecuencia, el cuerpo no se presenta a la conciencia como algo desubjetivado, es ante todo un cuerpo propio; el cuerpo es una parte constitutiva e inseparable del sujeto consciente. De esa manera, tanto la postura freudiana y la de Husserl aclaran por qué el cuerpo no puede separarse de la psique.

Los autores (Monjaraz et al, 2017) continúan explicando que en el caso de las posturas que restringen la comprensión de la corporalidad humana a sus dimensiones físicas y biológicas

²Monjaraz et al (2017) señalan que en esta postura filosófica, fenómeno no indica al dato objetivo, sino a algo dado a través de la experiencia. Los fenómenos aparecen a los sentidos y pueden o no corresponder con lo que existe realmente en el mundo natural, por lo que la correspondencia no está garantizada.

dejan de lado la dimensión de sujeto y por lo tanto, no puede formular aseveraciones acerca de la subjetividad. Por consiguiente, el acercamiento a un cuerpo inerte, a un animal o a un cadáver sería el mismo puesto que tales posturas se limitan a no considerar el movimiento de ese cuerpo y en consecuencia, no hay distinción entre el cuerpo inerte, el animal o el cadáver, así se anulan las posibilidades de acercarse a la comprensión de los procesos mentales y de la clínica.

Como puede vislumbrarse, la propuesta de Monjaraz, et al (2017) implica que el cuerpo humano no puede reducirse a una entidad orgánica exclusivamente, pues al hacerlo se deja de lado la producción subjetiva que está implicada y que igualmente es constitutiva del sujeto. Esta subjetividad que hace el propio cuerpo no puede ser reducida a datos fácticos, de esa manera se descuida aquello que distingue al mundo de la conciencia, cuestión que da sentido a todo lo que rodea al hombre e impide que el cuerpo se reduzca a un objeto. Y algo que se considera relevante consiste en que al anular la subjetividad es susceptible que el cuerpo sea poseído como a un objeto para usarse de cualquier manera. En cambio, el psicoanálisis y la fenomenología plantean las vías para asumir un cuerpo subjetivo que interpela la subjetividad para reconocer al otro como sujeto.

De igual modo, en el trabajo de Rojas y Monjaraz (2015) que mantiene la misma línea filosófica se fundamenta de qué manera el psicoanálisis no se basa en los efectos de una relación entre los participantes, sino en el posicionamiento que ocupa cada uno de ellos en relación con el otro teniendo en cuenta el concepto de transferencia y reconociendo en él, la posición desde la cual el analista puede dar condiciones de posibilidad para que el paciente pueda darse cuenta, analizar y repensar su propia posición sobre lo que constituye su malestar.

Así, Rojas y Monjaraz (2015), desde la filosofía de Husserl, comprenden la relación entre sujeto y objeto desde una nueva perspectiva que permite establecer una epistemología que sustente el análisis de la subjetividad. Este campo epistemológico demuestra que el método

psicoanalítico posibilita ciertos efectos debido a la posición del analista, mientras que por su presencia e intervención conduce al otro sin tener que atender a un deseo ajeno y asimismo, ser capaz de posicionarse ante el deseo del paciente; es decir, de manera contraria a suponer emplear una técnica que busque intervenir desde el exterior para modificar algo que anda mal. De igual manera el análisis filosófico permite comprender los elementos en juego en la psicopatología contemporánea, pues las demandas generadas por el aparato económico son experimentadas por el individuo como si surgieran en el sujeto mismo, borrando rastros de su propio deseo, pues es superado por los imperativos sociales que lo aplastan y lo fragmentan.

Las autoras (Rojas y Monjaraz, 2015) en su comprensión de la estructura de la subjetividad que construyen a partir de la fenomenología ubican la importancia de la transferencia en la dirección de la cura basada en el acceso a la estructura básica de la subjetividad, establecida por la relación yo-tú, no en el nivel reflexivo sino en lo constitutivo. Al tomar la posición de otro que escucha se le otorga al paciente la posibilidad de escucharse a sí mismo y ser escuchado para que el paciente se recupere o construya una posición frente a los demás.

Desde esta perspectiva (Rojas y Monjaraz, 2015), se identifica que en el momento en que Husserl inaugura una nueva esfera de investigación, a su vez abre nuevas perspectivas epistemológicas ya que *ponerse en conciencia* permite acceder a la estructura de la subjetividad; lo cual impide la objetivación de la subjetividad y la pérdida de ésta. De modo que *ponerse en conciencia* es un paso adelante no sólo en la investigación filosófica sino también en la investigación científica, específicamente en la concepción de la investigación basada en el psicoanálisis justamente porque tal enfoque nos permite establecer epistemológicamente la importancia que tiene la relación transferencial, misma que se entiende como una forma

particular de posicionarse a sí mismo frente al conocimiento que se desliza y se convierte en una posición frente al otro.

Es en este punto donde resulta relevante retomar las aportaciones del enfoque fenomenológico para la comprensión de la estructura de la subjetividad, ya que la importancia radical de la transferencia en la dirección de la cura se basa en que el acceso a la estructura básica de la subjetividad está habilitada, establecida por la relación yo-tú. De acuerdo con Rojas y Monjaraz (2015), el analista al tomar la posición de otro que escucha le da al paciente la posibilidad a través del lenguaje de escucharse a sí mismo y ser escuchado, para que el paciente se recupere o construya una posición frente a los demás.

Tomar posicionamiento se entiende como el método para acceder a la subjetividad, según lo planteado por Rojas y Monjaraz (2015), esto es posible en el entendido de que desde el enfoque fenomenológico, la única manera que el ser humano tiene de vivir es la conciencia y al ser un ser consciente siempre está presente a sí mismo, entonces, a partir de ahí puede identificar lo que no es él mismo. Sin embargo, el yo no puede estar constituido sin otro que se refiera a sí mismo como *otro yo*, de esa manera, el otro es introducido a la experiencia de una manera peculiar, se nos presenta como origen y fuente de sus acciones, como *otro yo*.

Finalmente, el vivir de un sujeto consciente implica tomar una posición delante de otro que no es su yo, de modo que vivir en la conciencia es la única forma de vivir que tiene un sujeto consciente y la condición básica de su estructura de subjetividad. La única manera auténtica de estar frente a un sujeto es tomar una posición de sí mismo, de subjetividad a subjetividad. Cualquier otra forma asumiría una objetivación. De esa manera la relación transferencial permite y alienta el acceso a la esencia más profunda del sujeto, su deseo (Rojas y Monjaraz, 2015).

Por otra parte, continuando con la segunda vía mencionada en un principio, es decir, las posibilidades otorgadas por las nociones en psicoanálisis para aprehender el objeto de estudio, según lo establecido por Singer (1998) la división consciente-inconsciente inaugurada por Freud al introducir un nuevo campo de saber remite a una alteridad constitutiva del psicoanálisis que funda su ontología y alcanza a sus nociones, sus modelos y sus criterios de cientificidad. Dicha alteridad requiere ser abordada desde una lógica de la paradoja que permita aprehender los contrarios constituyentes de la alteridad como complementarios y no excluyentes. Es decir, cada uno de los componentes de los contrarios conservan su especificidad pero a su vez, hay transformación de uno en otro. Por ejemplo, el par sadismo-masoquismo.

Singer (1998) refiere que para encontrar la plena significación de las nociones en psicoanálisis requieren ser pensadas con relación a sus contrarios pero también plantea ciertas complicaciones para su aprehensión debido a que los límites entre uno y otro no son determinables. Utiliza el sentido de *noción* y no hace alusión a *conceptos* debido a la transformación donde otro aspecto se instala progresivamente pero también en el pasaje entre los dos aspectos de la alteridad se conserva algo del sentido anterior. Dicha capacidad creativa a la que alude la autora se refleja en la metapsicología, principalmente. De esa manera el análisis del objeto de estudio mediante las nociones que se proveen en la metapsicología freudiana como punto de partida supone, de acuerdo con la autora (1998) que la capacidad creativa que proveen las nociones en psicoanálisis es necesaria para bordear un objeto que no cesa de ofrecer resistencia. A la letra, plantea lo siguiente:

“Las nociones psicoanalíticas transitan metodológicamente ya sea próximas al extremo del logos, en donde su punto de detención permite una definición y con ella una nominación y una aprehensión racional: *esto es* ...histeria, o *aquí* pasó Freud de la primera a la segunda tópica; o próximas al otro extremo, el de la paradoja, en donde la

dinámica propia a ésta las enriquece en su transformabilidad, pero las aleja de una aprehensión racional. El trabajo teórico circula entre los dos extremos” (Singer, 1998, p. 3).

Tal sentido es el descrito por Freud (1915/1978) en su manifiesto epistemológico dado a conocer en *Pulsiones y destinos de pulsión*, en donde afirma que en un principio el material empírico mantiene un grado de indeterminación y “solo después de haber explorado más a fondo el campo de fenómenos en cuestión es posible aprehender con mayor exactitud también sus conceptos científicos básicos” (p. 113).

De esa manera la metapsicología abarca las nociones psicoanalíticas fundamentales para la comprensión de los fenómenos psíquicos. De acuerdo con Assoun (2002), la metapsicología es el nombre de la teoría fundamental del psicoanálisis. Más ampliamente:

“representa la *superestructura teórica* de ese conjunto [los tres niveles de la definición de psicoanálisis...] Disciplina árida, es cierto, pero, como conviene señalarlo desde un principio, la carne de la metapsicología es el ‘material clínico’. La metapsicología no es otra cosa sino aquello que lleva la experiencia analítica a la altura de un *saber*” (p. 9).

No obstante, como se mencionó anteriormente la metapsicología comprende el punto de partida pues fuera de ella se recuperan nociones como la regresión, que a decir de Fédida (2006b) “sólo impone reconocer el valor heurístico de las proposiciones freudianas y aceptar hacerlas derivar y enriquecer por el aporte renovado de la experiencia y de la práctica [clínica]” (p. 10).

De esa manera los conceptos psicoanalíticos, de acuerdo con Singer (1998) constituyen modelos y contribuyen a delimitar el territorio psicoanalítico ya que disponen de una movilidad y una transformabilidad dados por su indeterminación. La inducción del concepto abstracto no se produce en progresión a partir de lo singular del caso sino que hay discontinuidad, un espacio de transformación entre el concepto y el caso. Así el modelo tiene un punto de detención pero

también de movimiento y restitución para poder adquirir su cualidad metapsicológica. En consecuencia, los modelos en psicoanálisis son universales en donde la singularidad en juego no se pierde, sino que permanece articulada en el mismo proceso.

“La movilidad de la metapsicología es la de la metáfora respecto al concepto. [...] Puede ser asimilada al punto de transformación en el cual una noción deja de ser ella misma para devenir otra, o en el cual una noción abstracta se precipita en una situación clínica: pasa de ser *la* transferencia a *esta* transferencia, metáfora de la primera. Los modelos como conceptos abstractos se precipitan, mediante su uso metafórico, en lo singular de la situación clínica” (pp. 6-7).

Finalmente, con los argumentos dispuestos se otorga el fundamento epistemológico necesario para la reconstrucción teórica de los hallazgos clínicos y los elementos metodológicos propuestos para ello, a partir de los modelos provistos por la teoría psicoanalítica y sus conceptos que mantienen una condición de universalidad, pero a su vez dan cuenta de lo singular. De la misma manera, siendo la clínica un elemento crucial para esta investigación en psicoanálisis los fundamentos que se proveen a partir de la obra freudiana y la fenomenología demuestran las condiciones de posibilidad de la toma de posición transferencial, en donde prevalece el encuentro entre subjetividades y no la reducción del paciente a un objeto de intervención y de esa manera, escuchar y atender clínicamente su deseo.

LO URGENTE

Este capítulo mantiene el objetivo de analizar la correspondencia entre los fenómenos clínicos presentes en el espacio de intervención donde se desarrolla esta investigación, frente a la propuesta teórica y metodológica de la urgencia subjetiva. Para ello se destinan cinco secciones donde se discuten los siguientes aspectos respecto al tema en cuestión: 1) Elementos básicos de la urgencia subjetiva, 2) Conceptualización, 3) Demanda urgente, 4) Tiempo en la urgencia y 5) El dispositivo de la clínica de la urgencia subjetiva: De la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva. Los anteriores han sido definidos de esa manera, pues mediante el análisis bibliográfico se ubican como elementos cruciales para emprender el objetivo planteado.

Elementos básicos de la urgencia subjetiva

En primera instancia se establece el contexto que da origen a los estudios en torno a la urgencia subjetiva, las aplicaciones clínicas que le corresponden, las argumentaciones básicas que ofrecen sus principales exponentes y el campo institucional donde se lleva a cabo. La urgencia subjetiva es una noción que surge a partir de los desarrollos de Miller y Laurent (2005) sobre hechos clínicos propios de *la época del Otro que no existe*, la cual Lacan anuncia en el seminario *Aun* donde consagra la inexistencia del Otro. El Otro no es más que un semblante, en ese sentido, la época actual se encuentra atrapada en un movimiento de continua aceleración de una desmaterialización vertiginosa que corona de angustia la cuestión de lo real.

En esta época, Miller y Laurent (2005) afirman que el malestar se constituye respecto a lo real y su sentido, mientras que el mundo de los semblantes que sale del discurso de la ciencia se dedica a destruir la *fixion* de lo real hasta el punto en el que la pregunta por lo real solo tiene respuestas contradictorias, inconsistentes, inciertas. Laurent (2004) explica que en esa época, la ciencia en tanto descripción programada de cada uno de nosotros hace existir una causalidad

programada y en la medida que ésta toma consistencia surge el escándalo del trauma que escapa a toda programación. Todo lo que no es programable deviene trauma, afirma.

La urgencia en su acepción médica, es definida por Fudín (1998) como el “apremiar, obligar a uno a que haga prontamente una cosa donde es necesario el hacer. La urgencia tiene en un hospital su lugar donde desplegarse y es el Servicio de Emergencia” (parr. 5). En ese sentido, en la urgencia se presenta un sujeto que mantiene la idea de algo por lo que no es posible esperar debido a una ruptura del transcurso cotidiano sin oportunidad de preverlo. Añade que emergencias y urgencias se encuentran en el orden de lo contingente y habitualmente, estaban destinadas a la psiquiatría o medicina con el fin de lograr una contención física, cuidado intensivo y custodial.

Sin embargo frente a las prácticas médicas tradicionales “el acallamiento del síntoma fue dando paso paulatinamente a otra clínica, la de la palabra” (Fudín, 1998, parr. 8). En ese sentido, una de las clínicas emergentes es la correspondiente a las urgencias subjetivas desarrollada por la corriente psicoanalítica argentina, sus principales exponentes son Guillermo Belaga, Ricardo Seldes, Inés Sotelo, entre otros. Seldes (2008), por su parte, describe que el psicoanálisis de la urgencia es un dispositivo colectivo que inicia en la década del ochenta en una institución hospitalaria, centrándose en la “intervención para interpretar el horror al acto” (parr. 1).

Por otro lado, Sotelo (2009) afirma haber iniciado con la práctica hospitalaria de las urgencias subjetivas en la década del noventa, consiste en que “los alumnos rotan no sólo por las guardias sino por los distintos espacios en los cuales la urgencia aparece” (parr. 2), y anuncia una primera formulación: “vamos a separar la urgencia de la guardia, de la guardia como uno de los espacios que aloja la urgencia” (parr. 2).

Asimismo se identifican al menos dos grupos que dan un abordaje teórico y clínico a la urgencia subjetiva, uno de ellos es el denominado *Equipos de Urgencias Subjetivas*, coordinado por Emilio Vaschetto. Este equipo testimonia sobre la práctica psicoanalítica en un espacio hospitalario; Belaga(2006) afirma que la intervención apunta a “situar ese fragmento de realidad efectiva con el que se presenta un paciente o quienes lo rodean, y se trata de dirigir una acción para obtener un efecto subjetivo ya sea en el paciente, su entorno o entre ambos” (p. 3). El segundo de los grupos se nombra *Psicoanálisis Aplicado a Las Urgencias Subjetivas de la Actualidad* (PAUSA), dirigido por Ricardo Seldes, quien en una entrevista (Seldes, 2008) relata que se dedican a realizar un trabajo con tiempo limitado donde reciben a pacientes en estado de angustia o en sufrimiento por un cambio abrupto.

Conceptualización

En vías de precisar cómo se conceptualiza la urgencia subjetiva se considera necesario distinguirla de la noción médica *urgencia*, pues en las primeras no se enfoca exclusivamente a los fenómenos médico-hospitalarios que se encuentran en esas áreas, puede incluirlo pero no se limita a estas. Desde una lógica psicoanalítica la urgencia subjetiva responde a una diversidad sintomática apremiante y que trata de alojarse en espacios institucionales; sin embargo, en los párrafos siguientes se establecerá cuáles son los elementos teóricos y metodológicos en los que se fundamenta la manera de responder ante este fenómeno y qué tipo de manifestaciones clínicas se identifican como tal.

En ese sentido, Fudín (1998) refiere que “nuestra clínica de la urgencia no es pues, la de la urgencia médica que opera con la dimensión del tiempo real interviniendo inmediatamente sobre el acontecimiento, sin escansión entre llamado y respuesta” (parr. 20). La autora identifica que desde la psiquiatría se apacigua el goce y trata al pedido como llamado y éste a su vez como

necesidad. Mientras que para la clínica psicoanalítica un elemento crucial es la escansión, el sujeto de la urgencia es ubicado como “fuera del discurso, del lazo social, en un goce autista que no se dirige a nadie y aparece en lo real satisfaciéndose en sí mismo” (Fudín, 1998, parr. 22).

Las diversas constelaciones sintomáticas a las que se hace alusión en la urgencia subjetiva mantienen una apariencia desbordante. Belaga (2006) afirma que las situaciones calificadas como tal impulsan un trabajo teórico y clínico para ubicar el orden verdadero de lo que se ha denominado urgencias subjetivas. Los principios que orientan ese propósito es dar respuesta al “mal vivir” en el sentido que Milner lo define (2003; citado en Belaga, 2006), es decir, explica que consiste en ir más allá de la enfermedad mental o el trastorno. De la misma manera se considera que igualmente se tiene que ir más allá de una descripción fenoménica de la urgencia subjetiva, es necesario argumentar teóricamente a qué se le denomina urgencia subjetiva, qué elementos psíquicos están implicados y fundamentar metodológicamente la clínica correspondiente.

Para responder los anteriores cuestionamientos se retoma a Calazanz y Bastos (2008) quienes discuten la naturaleza de lo urgente y precisan que en primera instancia es necesario definir en torno a qué cuestiones se puede decir que urge una respuesta. Para ello se basan en la propuesta lacaniana respecto a los escritos técnicos de Freud, específicamente a las tres maneras de pensar la alteridad y la contingencia; el hecho de que algo sea calificado como urgente implica que no es posible esperar y ante lo cual, no se tiene una respuesta determinada para dar.

Por su parte, Ramos (2004) establece las características que distinguen si un individuo se encuentra en una situación urgente: (1) con un yo básicamente disuelto, (2) con identificaciones melancólicas, (3) con un derrumbe subjetivo o cercano a éste, y por último, (4)

a punto de un intento de suicidio o incluso habiéndolo hecho. Al respecto de las alternativas enunciadas, la autora refiere que lo encontrado en cada una de ellas es una escena fragmentada.

Por su parte, Belaga (2006), Sotelo (2009) y Calazans y Bastos (2008) reconocen que los fenómenos que conforman la urgencia subjetiva son la certeza y la angustia, al respecto Belaga (2006) afirma que la primera se ubica básicamente como fenómeno predelirante; mientras que la segunda es vista desde dos aristas: 1) la del acontecimiento y 2) la del trauma y sus versiones, ambas “presentifican la pérdida de la topografía imaginaria que organiza al sujeto en una ciudad” (p. 3). En ese sentido, para el autor (Belaga, 2006) la certeza y la angustia conforman a la urgencia subjetiva como una clínica correlativa a la neurosis y a la psicosis, en la primera debido a “la presentificación del enigma del deseo del Otro” (p. 2), y para la psicosis por “la emergencia del Otro Goce” (p. 2).

Por su parte, Sotelo (2009) recupera argumentos lacanianos para definir la angustia como afecto desplazado que no engaña y añade que los significantes atados a la angustia se encuentran reprimidos. Además, afirma que en el caso de la neurosis el desborde angustioso está relacionado a que el fantasma es conmovido por alguna cuestión y el sujeto se encuentra con el objeto; al no haber separación es cuando se produce el enfrentamiento con algo de lo real.

Respecto a las manifestaciones relacionadas a la certeza, Calazanz y Bastos (2008) afirman que no se identifica un desencadenamiento clásico que marque la ruptura radical del sujeto con el lazo social o que sugiera una neurosis, sino que es algo del orden de la clínica del vacío. En esta última es necesario realizar un diagnóstico estructural para no caer en la tentación de pluralizar las estructuras clínicas sin encontrar sus mecanismos, pues al precisar los elementos psíquicos puestos en juego en la urgencia subjetiva (angustia y certeza) se encuentran recursos para definir que en un primer acercamiento, el trabajo clínico –en tanto el individuo

puede conducirse al pasaje al acto o colocar en riesgo su existencia y/o la de los otros— tendría que resituarse a esos individuos en el lugar de sujetos. En ese sentido la urgencia subjetiva consiste en “un dispositivo de acogimiento de sujetos en crisis, que son llevados a instituciones a partir de demandas variadas, con un pedido de acogimiento emergencial del sufrimiento psíquico”³ (Calazans & Bastos, 2008, p. 641).

Los argumentos respecto a la angustia cobran relevancia cuando se proponen los conceptos psicoanalíticos por los cuales se define la urgencia subjetiva, pues según Calazans y Bastos (2008) se apela a la acepción lacaniana de la angustia, que consiste básicamente, en una irrupción de lo real en lo simbólico. Los autores aseguran que esa irrupción conduce a una urgencia, a buscar una respuesta rápida a ese encuentro que se puede denominar traumático.

Por su parte, Gutman (2002) propone que la hipótesis a trabajar es que la urgencia es la vía por la cual se posibilita el encuentro con un analista y en consecuencia, los efectos del tratamiento; afirma que para que alguien sea tratable psicoanalíticamente debe volverse una urgencia. Dicha hipótesis es sostenida por la autora debido a que identifica de qué manera en la urgencia se tiene algo que decir, hay un deseo de saber. Reconoce una íntima relación entre la urgencia y la angustia, ésta última entendiéndola como afecto que funciona como una brújula en tanto no engaña, según argumentos lacanianos; es entonces la que opera en la clínica psicoanalítica.

A ese respecto, Calazans y Bastos (2008) consideran que la demanda clásica de tratamiento surge a partir de una precipitación, es decir ocurre cuando una modalidad del lazo con el otro se torna problemático y se direcciona hacia un analista como aquel que puede

³ Traducción de la autora. Cita en idioma original: Entendemos por urgência subjetiva um dispositivo de acolhimento aos sujeitos em crise, que são levados a instituições a partir de demandas variadas (familiares, vizinhos, bombeiros, policiais, guardas municipais, SAMU etc.), com o pedido de acolhimento emergencial do sofrimento psíquico.

responder. Asimismo, también sucede cuando algo para el sujeto es una urgencia, misma que mantiene su relación con el otro debido a la demanda.

De ese modo los autores reconocen que para que la urgencia subjetiva sea elevada al nivel de concepto psicoanalítico es necesario diferenciarla de la demanda clásica. Para ello se distingue la demanda del encaminamiento. En los casos que se califican como urgencia se puede decir que son del orden del encaminamiento, una vez que la irrupción de un acontecimiento se torna traumático, no solo afecta al sujeto sino también a un Otro social e institucional. “En ese sentido, esa distinción entre demanda y encaminamiento puede ser considerada una primera articulación para calificar las especificaciones de lo que es llamado urgencia subjetiva”⁴ (p. 645).

La demanda debe ser orientada a la falla en la identificación o a su engaño. “Desde ese punto podemos entender la urgencia subjetiva como un fenómeno a ser construido a partir de un dispositivo que permita la elaboración de una causa que divida al sujeto y haga una separación de esas identificaciones sintomáticas”⁵ (p. 645).

Demanda urgente

Respecto a la demanda en condiciones de urgencia y considerando lo establecido anteriormente, Sauval (1998) formula una crítica a los dispositivos de urgencia subjetiva, específicamente el abordaje de la demanda en escenarios hospitalarios, ámbito donde se condensan demandas de diverso origen y tipo e igualmente, distintas prácticas. Plantea

⁴ Traducción de la autora. Cita original: Nesse sentido, essa distinção entre demanda e encaminhamento pode ser considerada uma primeira distinção para qualificar a diferença específica do que é chamado de urgência subjetiva.

⁵ Traducción de la autora. Cita original: Nesse ponto podemos entender a urgência subjetiva como um fenômeno a ser construído a partir de um dispositivo que permita a elaboração de uma causa que divida o sujeito e faça com que uma separação a essas identificações sintomáticas opere.

problemático el modo de respuesta a demandas alojadas en hospitales, pues quienes realizan práctica clínica en esos espacios pareciera que sostienen la idea de que el análisis se ofrece, justificándolo al incorporar la escucha, como si de esa manera equivaliera a sostener una oferta distinta a la de otros profesionales. A la letra, el autor indica lo siguiente:

“Suponer que ‘escuchar’ es ‘ofrecer análisis’ implica que se está ofreciendo análisis a demandas que no son demandas de análisis, lo cual implica tomar a dichas demandas por lo que no son. Implica, por lo tanto, no haber ‘escuchado’ dichas demandas, no atender a su forma y sus modulaciones. Implica reducir ‘*la falla que existe entre la demanda y el deseo*’ al simple estatuto de un enunciado universal que dura en el tiempo, quitando de dicha relación la temporalidad que implica el acto de la enunciación” (Sauval, 1998, p. 5).

La crítica pronunciada por Sauval mantiene gran relevancia (1998), sin embargo, una consideración anterior a cuestionar la escucha de una demanda posiblemente sería distinguir la queja y el sufrimiento, las implicaciones clínicas de éstas y la articulación de demandas en función de alguna de ellas. A este respecto Calazanz y Bastos (2008)⁶ explican que la queja se envuelve en un decir, por lo tanto en una relación con el Otro, lo cual no es suficiente para sostener una demanda de análisis por ser indiferenciada, trata de hacerse escuchar sin la formulación de una pregunta que permita al sujeto asociar libremente y sin mover el investimento libidinal del significante de la queja. Es decir, se trata de un discurso sin implicación del sujeto en su síntoma y bien podría ir dirigido al analista como a cualquier otra persona.

⁶ Los autores fundamentan las precisiones entre queja y sufrimiento en la obra de Michel Silvestre (1986) *Mañana el psicoanálisis*.

Por otro lado, Calazans y Bastos (2008) atribuyen el sufrimiento al orden de la pasión donde el sujeto puede permanecer en él sin demandar un tratamiento porque pondría en cuestión su ganancia secundaria, solo cuando se pierde aparece en primer plano la dimensión del displacer ocurriendo una precipitación en búsqueda de tratamiento; el sufrimiento sirve al sujeto para establecer las coordenadas de su espacio social, abandonar ese sufrimiento abrupto y destituir el lazo con el Otro instaurado por el propio sujeto. A este respecto los autores concluyen lo siguiente:

“Eso significa que no basta sufrir para precipitarse a un tratamiento, así como no basta una queja para permanecer en el mismo. Es necesario que un síntoma se configure como un enigma para el sujeto, que en su discurso se formule una pregunta sobre su sufrimiento para que el sujeto se incorpore a un tratamiento, direccionando ese síntoma a un analista. Y eso se hace provocando en el sujeto un deseo de mudanza”⁷ (Calazanz y Bastos, 2008, p. 649).

Por su parte, Fudín (1998) reconoce que los profesionales que integran el servicio de urgencias están ahí para ofrecer pues debe existir un enlace que permita que el decir del paciente circule entre ellos y no quedar desarticulado y fuera de esa cura; “el lazo sirve en tanto haya qué enlazar” (parr. 17). Los efectos de esas intervenciones se aprecian cuando el sujeto está fuera del contexto de la urgencia.

Específicamente en la práctica psicoanalítica, la autora (Fudín, 1998) señala que en el hospital el clínico tiene la oportunidad de sostener su ética y su posición en un espacio donde

⁷ Traducción de la autora. En el original se cita lo siguiente: “Isso significa que não basta sofrer para precipitar-se a um tratamento, assim como não basta se queixar para permanecer no mesmo. É necessário que um sintoma se configure como um enigma para um sujeito, que a fala formule uma interrogação sobre o sofrimento para que o sujeito se engaje em um tratamento, direcionado esse sintoma a um analista. E isso se faz com o provocar no sujeito um desejo de mudança” (Calazanz y Bastos, 2008; p. 649).

se coexiste con otros discursos. Por su parte el discurso analítico se funda en el reconocimiento de un sujeto en el campo de lenguaje, siguiendo la afirmación lacaniana que dicta que si el paciente habla, pide y su petición es intransitiva. Sin embargo hablar no basta, el analista debe funcionar como un auxilio externo en el lugar del Otro, al intervenir en lo real “tiene la posibilidad de realizar un acto reinventando con su palabra en cada caso, el sujeto efecto de un acto” (parr. 42).

A ese respecto Sotelo (2009) afirma que todo hecho es un hecho de discurso y por lo tanto depende del lector. En ese sentido alojar la urgencia requiere un lector que posibilite transformar un grito en llamado, indica que es necesario leer el síntoma como algo a desplegar, independientemente si el paciente está dispuesto a trabajar para el final, el analista apunta a ello en cada encuentro.

Es decir, con base en Laurent la autora reitera que es necesario dirigirse a la singularidad de una manera que deje marca, ésta en otro tiempo puede dirigir al individuo a hacer algo con su malestar. “La marca inolvidable debe producirse aunque el encuentro haya sido fugaz; [...] lo que hay que pensar es que ese espacio que uno puede ofrecer para alojar la urgencia deje marca, tenga consecuencias” (parr. 9). Al explicar la respuesta que se da al sujeto en su desborde angustioso, Sotelo (2009) retoma el grafo del deseo de Lacan, al primer piso, correspondiente al nivel imaginario en el que hay otro que significa al sujeto conduciéndolo hasta el Ideal del Otro, es ahí donde el paciente intenta sostenerse. Añade:

“Entonces, cuando el sujeto llega a la guardia, a la admisión, a la primera consulta y a las otras consultas que siguen, éste intenta darse respuestas por el lado del ser, por el lado del Ideal. Es un modo de respuesta del sujeto frente a la conmoción, frente a ese desborde que rompe la homeostasis con que su vida transcurría. Busca sostenerse en

este cuadrante imaginario que, mientras a uno le funcione, es un modo de respuesta que da consistencia” (parr. 20).

Continuando con la referencia del grafo del deseo, en los niveles siguientes se encuentran otras formas de respuesta en un análisis, como se mencionó el primero corresponde al Ideal del yo, el modo de respuesta de la psicoterapia, lo cual implica “reforzar [...] esto tiene su eficacia y a veces puede ser una estrategia también. Pero esa estrategia, si uno la está pensando, es para ciertos momentos particulares” (Sotelo, 2009, parr. 22). Los niveles subsecuentes corresponden a las modalidades de respuestas por el yo, el síntoma y en el último el fantasma.

El tránsito entre los distintos niveles es conducido mediante el deseo que se direcciona hacia la pregunta planteada por Lacan *¿Che Vuoi?* Dicha cuestión se mantiene en suspenso en los dos niveles del grafo, la relación al deseo y la identificación narcisista; es por ello por lo que según Sotelo (2009), desde el inicio las preguntas e intervenciones son orientadas a sacar al sujeto de una cristalización narcisista sufriente y que él, neurótico, se resiste a abandonar. “Para correr al sujeto de esa fijeza se requiere de una posición ética que nos permita localizar el deseo del analista. Se trata de pensar el lugar del sujeto como sujeto de deseo en el intervalo, en el agujero entre ambas líneas del grafo, entre el enunciado y la enunciación” (parr. 25).

Respecto a la posición ética en la que se ubican los agentes de los dispositivos de urgencias subjetivas, Stringa (s. f.) desde la ética lacaniana sostiene que se exige la aparición de una subjetividad responsable donde el objeto presentifica al sufriente, es decir hacer existir al sujeto. Es en torno a este argumento que se explica que la urgencia subjetiva tiene como punto conclusivo el constatar una responsabilidad del sujeto sobre el goce que lo habita, en ese sentido, la cura tendría una conclusión verificable.

Según Stringa (s. f.), cuando las coordenadas de la transferencia se empiezan a manifestar surge la conclusión de la urgencia subjetiva, pues ésta se da al despuntar el

sufrimiento como síntoma y a su vez, se advierte el goce del síntoma como displacentero. A ese respecto Sotelo (2009) afirma que la presencia del analista tiene consecuencias, para algunos sujetos podría ser el encuentro con las posibilidades de analizarse.

Sin embargo, como se puede advertir la urgencia mantiene dos niveles de acepción, una de ellas alude a la condición que precede al encuentro con un analista, mientras que la segunda evoca a la demanda de todo individuo en situación de crisis (Belaga, 2006; Calazanz y Bastos, 2008). En ese sentido es necesario distinguir la demanda dirigida a un encuentro *clásico* y la formulada en situaciones de urgencia, pues ahí radica la justificación de que la urgencia subjetiva sea ubicada como una noción psicoanalítica diferenciada y específica.

A su vez, la urgencia subjetiva se define en dos vertientes, una de ellas precisa las características fenoménicas y en la otra se entiende como dispositivo de encaminamiento. La distinción entre demanda y encaminamiento propuesta por Calazans y Bastos (2008) implica que una irrupción de un acontecimiento que se torna traumático no afecta solamente al sujeto, también al Otro social e institucional. Ante ello, la posición del analista cobra relevancia en torno a las concepciones de la ética psicoanalítica, pues especialmente en las intervenciones institucionales se pone en juego la demanda del Otro. La cual, según Calazanz y Bastos (2008) reitera la neurosis, pero al menos hay una demanda de sentido o de amor y si la hay es porque hay un Otro, aunque no especifica la respuesta del analista frente a esta.

En ese sentido Calazanz y Bastos (2008) proponen que en los dispositivos de urgencias subjetivas se trata de disponer condiciones para transitar de demandas genéricas a demandas analíticas. Para posibilitarlo toman como referente lo que Zenoni explica respecto a demanda epistémica y terapéutica, la primera es aquella en la que se le atribuye saber al Otro sin existir un sufrimiento que justifique una demanda de tratamiento. En cambio, la demanda terapéutica envuelve un sufrimiento y algunos aspectos transferenciales, y se destaca una afectividad en la

que está en juego el amor del Otro y la ratificación del sufrimiento pero no un cuestionamiento sobre sí. A este respecto se apunta a que haya una conjugación de ambas demandas, de esa manera resulta “en un síntoma analítico en el que la dimensión del enigma es abierta. Y ese síntoma llamado analítico es la condición de su entrada en el discurso analítico: es una intersección entre sufrimiento con la formulación de una pregunta”⁸ (Calazanz y Bastos, 2008; p. 649).

Tiempo en la urgencia: De la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva

El tiempo en la urgencia implica la referencia a dos acepciones del término, en primera instancia a un nivel fenoménico, pues el individuo se presenta en urgencia precisamente porque no existe en él una dimensión temporal. Ramos (2004) asegura que “hay una tensión temporal en juego en tanto el sujeto se encuentra en una evidencia subjetiva de un tiempo de retraso que lo hace apresurarse legítimamente” (par. 7). En ese sentido, Belaga (2006) afirma que donde se supone un sujeto padeciendo de ausencia de referencias se le propone un uso del tiempo y del espacio.

Mientras que la segunda alusión respecto al tiempo implica que ante las condiciones en las que se presenta el sujeto, en el dispositivo de la urgencia se proponen momentos clínicos para transitar de la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva. Básicamente se toman como referencia los tiempos propuestos por Lacan, pues según Sotelo (2009) permite aproximarse al tratamiento de la urgencia en tanto se caracteriza por un desborde angustioso.

⁸ Traducción de la autora. En el texto original se cita de la siguiente manera: “as duas vertentes conjugadas resultam em um sintoma analítico em que a dimensão do enigma é aberta. É esse sintoma, chamado de analítico, a condição de entrada no discurso analítico: uma intersecção entre um insuportável com a formulação de uma questão” (Calazanz y Bastos, 2008).

En primera instancia se desarrolla la vertiente correspondiente a los tiempos y momentos sucedidos en la clínica. De manera general, Seldes (2008) afirma que en el caso particular del dispositivo PAUSA se realiza un trabajo por tiempo limitado, definen máximo cuatro meses de duración en el que se reciben pacientes en urgencia, es decir, implica angustia e inmediatez en la respuesta debido a que en la urgencia no se toleran listas de espera y por ese motivo, los turnos se asignan el mismo día.

En ese sentido, Fudín (1998) reconoce que la urgencia reclama un tiempo cronológico, pues implica un apremio por la vida, sin embargo, afirma atender a los tiempos lógicos y no descuidar la lógica que se pone en juego, además de la disyunción entre el sujeto y el Otro. De ese modo es necesario insertar una pausa, a diferencia de la práctica médica en la urgencia donde se requiere una intervención directa sobre el acontecimiento.

Un ejemplo de ello es proporcionado por Ramos (2004) cuando afirma que hay gestos de reconocimiento que tienen efectos importantes, como por ejemplo, indicarle al paciente en cuánto tiempo se le va a atender o acercarle una silla; esto no se trata de cortesía sino de reconocimiento subjetivo. Lo anterior se fundamenta en que desde la clínica psicoanalítica “el sujeto es un acto de reconocimiento de derecho aunque sea por necesidad metodológica. Hay sujeto y este ‘hay sujeto’ tiene un efecto para alguien que puede momentáneamente no estar reconocido como tal por sí mismo” (parr. 7).

Ampliando lo anterior, Gutman (2002) afirma que las intervenciones en las urgencias “apuntan a producir un movimiento en la vida de las personas, una escansión” (parr. 5) y en ese sentido, la admisión es un tratamiento en sí mismo pues cuando el sujeto habla, dice algo acerca de su síntoma. Es debido a ello que en el dispositivo PAUSA se maneja a la admisión como un corte, se espera a que el individuo consienta al sujeto supuesto al saber.

En el inicio del apartado se anunció que la temporalidad en los dispositivos para las urgencias subjetivas se basa en los tiempos propuestos por Lacan, a saber, el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir, a este respecto Ramos (2004) explica que pensar la urgencia subjetiva en esos términos no consiste en una precipitación del momento de concluir. En la clínica de la urgencia se debe posibilitar la apertura del tiempo para comprender y que implique un momento de concluir; además el hecho de que se trate de tiempos lógicos tiene la riqueza de que ese abordaje es factible realizarlo en una sesión o un tratamiento.

Según Ramos (2004), existe una tensión temporal que está relacionada con un retraso en la temporalidad haciendo que el sujeto se sienta en un apresuramiento por concluir. La autora ofrece un ejemplo de esto al describir un individuo que acude a la guardia hospitalaria en estado de angustia porque llegaba octubre y algo iba a pasar ese mes; independientemente del tiempo cronológico para que ese mes llegue, la cuestión es que la dimensión temporal para ese sujeto se precipita como eterna y a la vez apresurada. En ese sentido durante la clínica, afirma Ramos (2004), es crucial que el sujeto constate que el otro no enloquece con su angustia y en consecuencia, la situación de urgencia no puede quedar del lado del analista, la enunciación de quien lo atiende tiene que transmitir que *hay tiempo*.

En ese sentido, Ramos (2004) argumenta que al no haber tiempo del lado de quien consulta en consecuencia, tampoco hay transferencia pues ésta se define como el tiempo de espera a que algo pueda ser descifrado. Ante este obstáculo identificado por la autora, propone tener presente dos cuestiones, una de ellas es que la estrategia respecto a alguna significación aplastante para el sujeto es necesario extraerla y hacerla vacilar. En segunda instancia, si por el contrario no se encuentran significaciones, la estrategia es ligar escenas, recuerdos, significantes. Por otro lado, el momento de concluir se posibilita mediante escansiones temporales, mociones suspendidas, vacilaciones; de esa manera uno de los recursos en el

abordaje de la urgencia es sostener más que una entrevista en un corto tiempo. Implica la posibilidad de incluir el tiempo de comprender (Ramos, 2004).

Sotelo (2009) coincide en que la relación de la urgencia con el tiempo consiste en que la angustia se vive como algo que se debe resolver y en la que el sujeto intenta una conclusión anticipada. La autora afirma que dicha precipitación procura unir el instante de ver con el momento de concluir y en la práctica clínica se hace lugar al tiempo de comprender. Ante el desborde angustioso en el que se presenta el sujeto es necesario que el analista mantenga una función de lector, recibir el llamado del Otro, por ejemplo, transformar el grito en llamado. El trabajo clínico desde el inicio se dirige hacia una conclusión pero también, introducir una pausa, es decir convertir la urgencia generalizada en una cuestión singular, de acuerdo con las coordenadas lógicas de su vida.

Sotelo (2009) ilustra esto último al describir a alguien que afirma tener insomnio, el pasaje de la urgencia generalizada a la subjetivación de la urgencia se produce cuando ese individuo se pregunta ¿qué me quita el sueño? La conclusión, en cambio, se precipita con una respuesta rápida como la medicación. A este respecto, Calazanz y Bastos (2008) indican que el desencadenamiento de la urgencia es capaz de generar actos en nombre de un sufrimiento psíquico que no cesa solamente con prescripción médica. Se requiere de una estructura de acogimiento y cuidado. En correspondencia, el dispositivo de acogimiento que los autores contemplan distingue tres momentos: el de la precipitación, el de la recepción del caso y por último, el del encaminamiento para el tratamiento. Dichos momentos son recuperados de la literatura de diversos autores como Inés Sotelo y Ricardo Seldes.

Ante la vulnerabilidad del sujeto que se presenta en urgencia se propone que el tratamiento inaugure un tiempo que no sea el del apresuramiento, sino el de la interrogación sobre sí a través del recurso de la palabra, prescindiendo de pasajes al acto que ponen en riesgo

al paciente (Calazanz y Bastos, 2008). Asimismo, afirman que en el momento de la precipitación la urgencia no es subjetiva, sino generalizada. Se vuelve subjetiva cuando por medio de una operación analítica la urgencia se sitúa en torno a algunos significantes.

Por otro lado debido a que la urgencia se despliega en instituciones y no en consultorio se asume la forma de encaminamiento llevado a cabo por instancias públicas, no se trata de demandas formuladas por el propio sujeto a partir de un síntoma. En consecuencia, Calazanz y Bastos (2008) concluyen que de inicio hay una demanda no situable al nivel del significante que posibilite la transferencia con un analista, como con la institución, transferencia no analítica en sentido estricto.

El dispositivo de la urgencia subjetiva

Con el fin de continuar la discusión respecto al punto en el que termina el apartado anterior, se reconoce que lo puesto en juego en la urgencia subjetiva es abrir un espacio de creación para el sujeto en donde sea invitado a hacer algo con lo insoportable, una invención singular que pueda bordear lo real avasallador que se presenta en la entrada en urgencia, de acuerdo con Calazanz y Bastos (2008). De esa manera añaden que la urgencia subjetiva se entendería como un fenómeno a ser construido a partir de un dispositivo que permita la elaboración de una causa que divida al sujeto y le posibilite realizar una separación de sus identificaciones sintomáticas.

Anteriormente se mencionó que no hay transferencia analítica en sentido estricto ante las manifestaciones de la urgencia, sin embargo, una vía para producir apertura del inconsciente radica en aislar un significante amo y así orientar hacia un saber que posicione en transferencia. De ese modo se trata de un dispositivo de tácticas fundadas en la ética del psicoanálisis, su

función es posibilitar la transferencia para un tratamiento de la singularidad (Calazans y Bastos, 2008).

Además, Calazans y Bastos (2008) afirman que la aparición dramática de algunos significantes en la entrevista puede ilustrar la dirección de la cura y a su vez funciona como un significante importante, la recepción asume la misma forma de una entrevista preliminar en el sentido de no caer en la tentación de pluralizar las estructuras clínicas sin encontrar los mecanismos puestos en juego.

Por su parte, Ramos (2004) coincide en que la transferencia no se dirige al profesional sino a la institución y en ese sentido, la institución y el analista ofrecen un alojamiento para que desaparezca el cuerpo y surja la palabra, ésta en sí misma tiene un efecto de descarga de un significante a otro, catártico. Añade que durante la entrevista se renuncia a abordajes pluricausales pues no se pueden definir los motivos por los que se desencadenó la urgencia, lo importante es extraer una significación para hacerla vacilar si se identifica como aplastante, o proponer alguna ligadura que permita abrir un instante de ver o un tiempo para comprender. Continúa explicando que solamente *a posteriori* el analista está en posibilidades de dar cuenta de los efectos que ha tenido el encuentro. Si algo se precipitó en el momento de concluir, conviene explicitar las razones por las que se tuvieron ciertos efectos.

Respecto a las cuestiones operativas de los dispositivos de urgencias subjetivas, quienes los sostienen bajo la lógica de PAUSA, como Sotelo (2009), describen que en la admisión el sujeto entrevistado es estudiado en la singularidad del caso y se piensa en una estrategia para ese circuito de la urgencia, se atiende al paciente dos o tres veces al día y es posible internarlo o solicitarle que vuelva con cierta frecuencia. Afirma que se realiza así “hasta que el profesional considere que ‘algo se ha movido’, que ha habido una movilización en esa presentación inicial de la urgencia” (parr. 17).

A diferencia de las urgencias médicas donde el modo de respuesta versa sobre la resolución de la urgencia a manera de circuito metonímico en el que se obtura el padecimiento del sujeto, en el dispositivo PAUSA se intenta que el síntoma metafórico pase a otro nivel y se produzca un deslizamiento y un nuevo sentido alrededor del síntoma. Se reconoce que no todo puede ser dicho pero en ese caso, es necesario que algo del sentido comience a decirse, que el sujeto se encuentre enlazado entre el enunciado y la enunciación.

Por su parte, Seldes (2008) quien dirige el dispositivo PAUSA describe que en éste se encuentra estipulado que los turnos se asignan ese mismo día o como máximo al siguiente y con un límite de cuatro meses de atención. Afirma que un psicoanalista, denominado admisor, recibe a la persona y resuelve si se puede responder a lo demandado, si es factible se deriva a un analista. En el caso de que el paciente requiera que se le vea varias veces es posible que otro analista lo atienda. El tratamiento está definido como entrevistas preliminares y en ese sentido no se utiliza diván, mientras que la duración de las sesiones varía. Básicamente, asegura que para incidir sobre el mecanismo inconsciente tiene que producirse una fórmula presente en la interpretación, que no es el significado.

Por otro lado, Belaga (2006) quien forma parte del Equipo de Urgencias Subjetivas refiere que ante el *mal vivir* se crea un “dispositivo singular donde se puedan verificar los efectos del sujeto e investigar aquello que queda como operación entre el saber previo (de la doxa) y lo real de la experiencia” (p. 3). Además se sitúan los fragmentos de realidad efectiva con el que se presenta el sujeto y se dirige una acción para obtener un efecto subjetivo, ya sea en el paciente, su entorno o entre ambos.

La tarea del equipo mencionado se dirige a cualquier lugar de la institución donde se convoque. Las profesiones que lo integran pertenecen a la psicología, psiquiatría y trabajo social, tienen un responsable para cada día de la semana y él realiza el seguimiento; se transmite

la lógica de las intervenciones mediante comunicación verbal entre los integrantes. “Esta modalidad permite sostener las coordenadas del caso entre lo múltiple (del grupo) y el uno (del estilo), hasta que la transferencia se instale, lo cual configura el fin de la urgencia subjetiva” (p. 3).

LO EXTREMO

El objetivo que constituye este capítulo es realizar un análisis de los planteamientos teóricos y metodológicos propuestos por la literatura en torno a las situaciones y la clínica de lo extremo, en función de los hallazgos clínicos mostrados en el escenario donde se lleva a cabo esta investigación. Para ello se asignan cuatro secciones, las cuales son: 1) Conceptualización, 2) Dinámica pulsional y procesos de transformación pulsional, 3) La animalidad: lo extremo en la vida psíquica, y finalmente, 4) La clínica de lo extremo.

Conceptualización

La noción de lo extremo, según Chagnon y Marty (2010) se utilizó por primera vez por Bettelheim en su texto *Le coeur conscient* (1960/1972; citado en Chagnon y Marty, 2010) en el cual habla de su experiencia en los campos de concentración donde se enfrenta al riesgo de muerte, la pérdida de la dignidad y la deshumanización. En correspondencia con lo expuesto en ese libro, las investigaciones asociadas a las situaciones y la clínica de lo extremo son desarrolladas por la corriente psicoanalítica francesa, principalmente.

Para Chagnon y Marty (2010) el término extremo designa, desde el punto de vista común, “una búsqueda de sensación, una confrontación con los límites psíquicos, físicos, sociales y culturales”⁹ (p. 283). Particularmente la clínica de lo extremo alude a formas clínicas que pueden parecer patológicas y/o excepcionales para quien estudia la frontera entre lo normal y lo patológico, además, lo extremo reclama nuevas experiencias del cuerpo.

Pommier (2011) refiere que las investigaciones de lo extremo mantienen el interés “por la manera en cómo se propaga en la vida una corriente mortífera capaz de conducir al

⁹Traducción de la autora, en el original se lee: une recherche de sensation ou de sensationnel, une confrontation aux limites psychiques, physiques, sociales, culturelles.

borramiento del sujeto, a su potencial desaparición” (p. 11). Mientras que Korff-Sausse (2007a) afirma que en tales investigaciones se reúnen distintos campos clínicos como el *handicap*¹⁰, enfermedad física, cuidados paliativos, atención perinatal, envejecimiento, inseguridad social, delitos graves, indigencia, por mencionar los más ilustrativos, en todos ellos se comparte el límite extremo.

Korff-Sausse (2007a) observa que hay nuevas combinaciones que operan más allá de los límites de las categorías habituales, engloban campos aparentemente no relacionados entre sí para liberar nuevos ensamblajes susceptibles de ser modificados y que se propone organizar bajo la noción de *lo extremo*. La articulación entre campos clínicos heterogéneos permite proponer métodos y conceptos que son transportables de un campo a otro, para un enriquecimiento recíproco y la renovación de los argumentos en torno al tema.

De manera general, según Chagnon y Marty (2010) las situaciones calificadas como extremas se caracterizan por generar estados afectivos o de prueba (*d'éprouvés*) de extremo displacer, como puede ser la angustia, la agonía, el dolor psíquico, terror sin nombre, espanto (*effroi*, en lengua francesa y *schreck* en alemán), los cuales están lejos de situarse como sufrimiento psíquico representable y simbolizable. Se trata de formas afectivas degeneradas o deshumanizadas bajo una señal de alarma que además, excluyen todo sentido y se resienten como eternas; no hay fin y no hay límites.

Habitualmente, frente a una situación displacentera que causa dolor el psiquismo reacciona haciendo que este sufrimiento se tome dentro de un universo simbólico para darle

¹⁰ Este concepto es traducido por la Real Academia Española (2014) como circunstancia desfavorable o minusvalía. Sin embargo, en lengua francesa se alude a una condición más amplia que la simple circunstancia desfavorable y también, define en mejor medida este campo clínico. Se define en oposición a la enfermedad, el paciente se encuentra a tal nivel de alguna enfermedad que no puede tratarse médicamente, es considerado *handicap* cuando deviene incurable. Su importancia radica en que es el modelo paradigmático de lo extremo.

significado, es decir, que el dolor se transforme en sufrimiento psíquico soportable al vivir. En el caso contrario, cuando el dolor no puede ser simbolizado, no es posible escapar de la situación traumática, no hay recursos o cuando la rebelión es inútil, se produce un *impasse subjetivo* (Chagnon y Marty, 2010).

En ese sentido, en lo extremo la capacidad de sentir del sujeto o de seguir manteniendo un sentido de identidad inscrita en la condición humana se lleva a sus extremos (Rousillon, 2005; citado en Chagnon y Marty, 2010). Por su parte, Pommier (2011) hace alusión a procesos de transformación pulsional en las que el origen de tales situaciones puede ser un evento tanto emocional, sociológico o psicológico, no obstante, son de naturaleza psíquica en la medida que no es el evento en sí lo que causa el carácter extremo, de esa manera, Chagnon (2008; citado en Chagnon y Marty, 2010) indica que es en la articulación entre el mundo interno y el externo donde se sitúa la problemática.

Por lo tanto, la clínica de lo extremo puede considerarse como un operador de inteligibilidad del mundo moderno y de las variaciones contemporáneas en la relación entre lo normal y lo patológico. (Chagnon, 2008; citado en Chagnon y Marty, 2010). Pommier (2011) advierte que esta clínica se aproxima a la realizada ante los procesos limítrofes, aunque no necesariamente el sujeto se encuentre en dicho estado. En ese sentido, Rousillon (2005; citado en Chagnon y Marty, 2010) precisa que en el ámbito transferencial lo extremo busca aspectos particularmente intensos y arcaicos.

Como se puede observar lo extremo mantiene dos acepciones, una de ellas refiere a las situaciones que mantienen ese carácter y el otro nivel alude a la clínica conformada ante tales situaciones. Respecto a estas últimas, se caracterizan por una confrontación con la muerte pero también con la crueldad, la destrucción, la humillación, la degradación del ser humano, la desintegración de los lazos sociales. Además el sujeto se encuentra en un mundo privado de

sentido y no le es posible establecer una temporalidad. Incluso, el hombre es reducido a la condición de un animal acorralado (*bête traquée*) que puede vivir solamente el instante presente sin tener seguridad de seguir viviendo en el momento siguiente. Según Bertrand (2004; citado en Chagnon y Marty, 2010), esta experiencia tiene efectos de desrealización o despersonalización que a veces pueden llevar a la locura.

Más allá de la diversidad de situaciones colectivas y/o individuales que se pueden abarcar bajo la noción de lo extremo, el interés radica en la identificación de un fondo común de experiencias y de tentativas para organizar estrategias de supervivencia o más bien, las lógicas de supervivencia psíquica frente a las situaciones extremas.

Las manifestaciones subjetivas respecto a una situación extrema son la neutralización afectiva y/o energética, los autores (Chagnon y Marty, 2010) afirman que reflejan un intento de establecer un sistema de seguridad ante la excitación entre el yo y el otro, lo que conduce a una desconexión emocional y relacional, una lucha contra la dependencia y el intercambio afectivo, la pérdida de la empatía y de la compasión por sí mismo. La vía afectiva neutralizada, el registro del acto y la acción sobre el otro que va a ser utilizada y toda la clínica del pasaje al acto pueden leerse como un lenguaje del acto portador de un mensaje no verbal dirigido al otro en una tentativa de comunicar, compartir y apoyar, cargando para el otro lo no simbolizado, no subjetivado de la situación traumática extrema donde el sujeto se encuentra desconectado.

Por otro lado, Saulus (2007) afirma que las situaciones extremas mantienen una esencia onto-ética debido a que se ubica una referencia a un juicio ético en la acción de los seres humanos, sin embargo no implica que dicha acción está lejos de ser precedida sistemáticamente por una reflexión sobre su fundación. Este planteamiento cobrará mayor sentido en un apartado subsiguiente donde se expone la categoría de la animalidad.

Ampliando lo anterior, el autor (Saulus, 2007) reconoce que hay situaciones en las que una duda se instala, en ellas no se sabe qué hacer, qué es más importante o en virtud de qué se encuentra un principio fundador para hacer algo o incluso para no hacer nada. Estas situaciones dan cuenta de una crisis en la que se cuestionan los fundamentos últimos y que se encuentran implícitos en la posición ética y retan lo que se denomina valores fundamentales. Estas situaciones constituyen una situación extrema.

A su vez Saulus (2007) ubica dos tipos de situaciones extremas, en la primera de ellas se cuestiona el estatuto de persona sobre uno mismo, es decir dudar del propio estatuto de persona. El segundo tipo de situación extrema alude a cuestionar el estatuto de persona de un otro. En conjunto, las situaciones extremas plantean una evaluación extraordinaria de la humanidad, en ese sentido la esencia de las situaciones extremas es una angustia ética profunda o un estado de crisis ético. Igualmente en la sección dedicada a la animalidad se profundiza sobre esto.

Dinámica pulsional y procesos de transformación pulsional

Según Pommier (2009a) la naturaleza de las situaciones que abarcan la noción de lo extremo se establece en la relación entre las fuerzas de vida y las de muerte, este conflicto se reactiva mediante la actualización de la oposición entre pulsión de vida y pulsión de muerte. En este punto se introduce el concepto de trabajo de pensamiento (*travail de pensée*), el cual se interrumpe brutalmente, funciona en el vacío o se encuentra plagado de movimientos contradictorios. Asimismo no hay intercambio o comunicación entre las instancias psíquicas.

Según Chagnon y Marty (2010) lo extremo se refiere a la posición del sujeto confrontado a un desbordamiento de sus capacidades de resistencia o de negociación, forzado a vivir en lo extremo. La angustia produce una parálisis psíquica, un enmudecimiento psíquico, altera la

continuidad de la existencia mientras que los síntomas no pueden ser objeto de una localización precisa. Como se mencionó en el apartado anterior, el interés radica en la identificación y organización de las estrategias de supervivencia psíquica frente a las situaciones extremas, ante ello, una solución de supervivencia consiste en buscar un corte, una retirada, una escisión de sí mismo (*clivage du soi*) e incluso un enlace a la experiencia traumática que podría sufrir; todo ello reconocido por los autores como escisión del yo (*clivage du moi*). El sujeto es el corte, paradójicamente implica matar para sobrevivir. Es una lógica de supervivencia muy por debajo del principio del placer o de la tolerancia del sujeto a su propia destructividad.

La compulsión de repetición anula el principio del placer en una alteración o indiferenciación del tiempo y el espacio. Ante esta perspectiva los actos y las actitudes retornan a la fragilidad de las instancias internas y externas capaces de contener y regular la puesta en acto potencial o real. Por lo tanto en la articulación entre el mundo interno y externo se sitúa la problemática (Chagnon y Marty, 2010).

Además, se hace referencia a la desrealización (*déréalisation*) y la despersonalización (*dépersonnalisation*) como efectos de la experiencia extrema que pueden llevar a la locura. Estos son conceptos que Chagnon y Marty (2010) recuperan de Ferenzci, mediante los que se alude a modos de reacción al trauma distintos de la represión, los cuales conducen a una retirada de la experiencia por parte del sujeto. La manifestación de los síntomas ante tales mecanismos consiste en un grave atentado narcisístico, una ruptura a la estima del sí mismo, al mismo tiempo constituyen un desarrollo de la situación, una solución de supervivencia psíquica a través de una escisión (*clivage*) o de un delirio, en un intento de detener la desintegración interna, de mantener una consistencia mínima del yo.

Por otro lado, Ciccone (2007) explica que los procesos que conducen a manifestaciones de aspectos tiránicos en niños –carácter sumamente expreso en la clínica configurada durante

la presente investigación— suele ser efecto de la culpa y la vergüenza ante alguna experiencia relacionada con el *handicap*. Respecto a la culpa el autor explica que ésta se despliega a manera de fantasía de culpa en la que el sujeto se designa culpable del trauma que sufrió, manteniendo dos funciones: 1) mitigar el impacto traumático y 2) permitir un movimiento de apropiación, donde deviene sujeto de una historia extraña que se le impone. De tal manera que en la fantasía se dramatiza la culpabilidad para que el aspecto traumático no se acentúe, podría decirse que la culpa destituye (*destitue*) al sujeto, niega (*prive*) la posibilidad de apropiación de que la historia traumática le pertenezca.

Por otro lado, la vergüenza nace de la herida narcisista que produce el *handicap* y de lo que es llamado *decepción originaria*, que consiste en la pérdida de la ilusión de la que se alimenta el deseo de hijo, el cual se funda en el narcisismo de los padres y sus deseos de inmortalidad. La vergüenza supone la identificación del sujeto al objeto despreciado, dañado, degradado y que perdió el sujeto como objeto; se trata de un proceso similar a la identificación melancólica. Ante ello la vergüenza es un afecto que implica un deseo de infanticidio (Ciccone, 2007).

Establecido lo anterior, Ciccone (2007) explica que cuando la culpa y la vergüenza de los padres no pueden ser simbolizadas se transmite de manera encriptada a sus hijos. En ese sentido, el trauma al ser considerado una experiencia por la que debe ser castigado y la venganza de ello da paso a la transgresión y además a una idealización del niño que presenta *handicap*, a manera defensiva en contra de las lesiones producidas. Esa idealización abre el camino del portador de *handicap* a la excepción, por lo tanto omnipotente y tiránico.

La animalidad: lo extremo en la vida psíquica

Korff-Sausse (2007a, 2007b) introducen la noción de *animalidad* (*l'animalité*) como una categoría impuesta ante la clínica de lo extremo, el autor afirma que las diversas situaciones extremas evocan inevitablemente imágenes de bestialidad, en el sentido de un desborde pulsional que se genera ante el cruzamiento de la barrera antropológica que garantiza las diferencias entre lo humano y lo animal. Algunos ejemplos de las diversas situaciones extremas a las que se puede hacer alusión son principalmente el *handicap*, anormalidades del desarrollo, deformidades, deficiencias mentales, fases terminales de enfermedades, neonatos prematuros e igualmente, el caso que nos ocupa en este trabajo: el cáncer.

Según Atmani (2005), el cáncer puede ocasionar mutaciones sensoriales y corporales que interpelan un sentimiento de extrañeza a nivel psíquico, el cual se ejerce en el nivel de lo arcaico y se encarna de manera especular en el esquema corporal contaminando algunos procesos secundarios, como el habla. De ese modo el cáncer forma un trazado particular del cuerpo debido a que el tumor distorsiona los volúmenes de las células y se va extendiendo hacia el límite exterior del cuerpo, concibiendo un patrón corporal que puede resultar aterrador. Sin embargo ese patrón se erige sobre la percepción de un cuerpo sano, por lo que ante el no reconocimiento del cuerpo enfermo, el sujeto es sacudido caóticamente.

Para Korff-Sausse (2007b) la animalidad refiere a la figura de lo extremo, de la alteridad, del doble del espejo, porque la figura del animal –tal como aparece en el campo clínico de las situaciones extremas– está considerada como una superficie de proyección en el lugar del animal real, sobre la cual se proyecta todos los aspectos contradictorios de lo humano. Es decir, las representaciones de la animalidad son un espejo que cuestiona la identidad y la naturaleza de lo humano.

El *handicap* como paradigma de la clínica de lo extremo lleva a las fronteras de lo que es humano y la imagen de la animalidad, o incluso de la bestialidad. Esta condición obliga a explorar las zonas límites del funcionamiento psíquico, debido a que pone en cuestión la integridad somatopsíquica constitutiva del ser humano, interroga la procreación, la filiación y la transmisión, y además suscita la cuestión de la vida y la muerte. En síntesis, plantea la cuestión de la pertenencia a lo humano e interpela lo animal en cada uno evocando una pulsionalidad incontrolada (Korff-Sausse, 2007b).

En los casos extremos donde se afirman en la condición humana, hay algunos momentos en que esa convicción vacila y se enfrentan a una duda fundamental acerca de lo que es ser humano; el peligro radica sobre todo en la idea de la transgresión. El autor (Korff-Sausse, 2007b) afirma que se perfila una forma negativa de la animalidad, una idea de bestialidad repulsiva que no se sitúa lejos de la monstruosidad. Se resiente una amenaza debido a que se pone en peligro la pertenencia a lo humano, la pregunta consiste en “¿si eso es posible en ese otro que veo y me envía una foto de bestialidad, podría pasarme mí?”¹¹ (p. 87). Stiker (2007) por su parte, refiere que la discapacidad y los discapacitados atemorizan en la medida en que presentan una amenaza potencial. Al ser tan similares hay una mayor dificultad para reconocerlos, pues la similitud como disimilitud pertenece a aquellos que la manifiestan pero constituye la alteridad.

La imagen de la animalidad interviene cuando las capacidades de identificación se detienen, cuando no conviene considerar al otro (Korff-Sausse, 2007b). Como posiblemente se ha dilucidado, el planteamiento alrededor de la animalidad en la clínica de lo extremo y las cuestiones que se introducen mantienen un conflicto ético complejo, el otro está reducido a un

¹¹Traducción de la autora, a la letra Korff-Sausse (2007) plantea lo siguiente: Si c'est possible chez cet autre que je vois et qui m'envoie une image de bestialité, cela pourrait m'arriver...?

objeto deshumanizado, privado de su pertenencia a lo humano. En consecuencia se formula una pregunta de evaluación de la humanidad, Saulus (2007) la presenta de la siguiente manera: “¿este frente a mí realmente es una persona humana? ¿Esta criatura, se merece como yo ser llamada persona? ¿Comparte conmigo toda la dignidad de persona?¹²” (p. 126).

Ante las situaciones extremas, para continuar inscrito en la condición humana es necesario admitir la parte animal en uno mismo. Paradójicamente las figuras de lo animal aseguran lo humano, esta propuesta se apoya en el concepto de Deleuze devenir-animal, en la cual la animalidad pierde su connotación moral considerándola no como una progresión pero tampoco una regresión. En ese sentido, Saulus (2007) aporta que la evaluación de la humanidad es una sentencia en la dignidad de un ser, es decir un juicio de valor. En ese juicio de valor llevado al límite extremo refiere a la humanidad del hombre incluyendo la humanidad del mismo evaluador, cabe mencionar que el juicio no niega la humanidad del hombre en general, sino la humanidad de algunos individuos en particular.

La clínica de lo extremo

Ante las diversas situaciones que aluden a lo extremo, Korff-Sausse (2007a) afirma que en la clínica se trata de identificar modalidades originarias de funcionamiento psíquico que lejos de aludir a un modelo deficitario de divisiones institucionales y conceptuales, e independientemente de las categorías nosográficas habituales, testifican la posibilidad de una subjetivación y de una simbolización a pesar de las condiciones habitualmente presentadas en lo extremo.

¹² Traducción de la autora, en el texto se lee lo siguiente: ¿Cet être-là, est-il vraiment une personne humaine? ¿Cet être-là mérite-t-il, *comme moi*, d’être appelé une personne? ¿Partage-t-il *pleinement* avec moi la dignité de personne? (Saulus, 2007, p. 126)

Como se mencionó anteriormente, los aspectos transferenciales de la clínica de lo extremo son arcaicos, de acuerdo con Mijolla-Mellor y Assoun (2005) interrogan las cuestiones de lo originario. Lo arcaico se constituye por una regresión a una posibilidad entrópica que revela patologías depresivas, esto aparece a la inversa como una forma resistente y susceptible de retornar.

Por su parte, Laufer (2005) señala que frente a la conmoción psíquica producida por la situación extrema el cuerpo parece invadir el espacio transferencial donde no hay posibilidad de distinguir ni objeto ni sujeto, muerto o vivo, animado o inanimado; en ese sentido, se plantea la cuestión de la reanimación de la vida psíquica neutralizada por el trauma. De esa manera, para algunos pacientes las palabras suelen no ser suficientes para describir el horror, el sufrimiento; de tal manera que en la cura la asociación libre permite establecer un límite. No obstante esta clínica obliga a repensar la cuestión de la transferencia y las condiciones de aparición de la palabra, debido a la imposibilidad para hablar o tener de qué hablar, pareciera que la memoria está vaciada de sustancias y que hay algo que hace que la vida se desintegre.

En efecto, según Korff-Sausse (2007b) esas condiciones presentadas en lo extremo ponen a prueba las capacidades de identificación socavado por los aspectos deshumanizantes y daños narcisísticos, también por el riesgo de una captación especular de un horror y fascinación al mismo tiempo, efecto que recuerdan el mito de Medusa. Ante ello, a veces el psicoanalista se encuentra preso de la fascinación y el horror, cegado por la incapacidad de ver y ensordecido por la incapacidad de escuchar, entonces frente a este interlocutor sordo y ciego el paciente calla.

A ese respecto, Leufer (2005) plantea que los dispositivos transferenciales podrían dirigirse a realizar una apertura de un espacio en el que el evento sea articulado en torno al pathos, que éste se torne visible y posibilite la catarsis; afirma la necesidad de aportar una

visión de lo que afecta el cuerpo, la distinción de esas figuras por parte del paciente serían la condición de posibilidad de la palabra. En ese sentido en esta clínica el lenguaje no solamente es una metáfora sino un lugar de metamorfosis.

Korff-Sausse (2007b), por su parte señala que los analistas aseguran que los pacientes no quieren hablar, que no hay verbalización posible; evocan al pensamiento operatorio, la invasión de los hechos, la falta de la mentalización y no pueden identificar otros métodos de simbolización. Sin embargo, contraponen esas afirmaciones ante los dibujos de pacientes infantiles en etapa terminal de alguna enfermedad en donde la figura de lo humano desaparece, pues la imagen del espejo deviene extranjera y no se reconocen más. Pero incluso en esos casos se observa que dibujan flores, plantas o agua; frente a lo extremo de la enfermedad o de la muerte los niños exploran otras modalidades de lo humano en forma de devenir-animal o de devenir-vegetal. En esos casos asegura que es necesario que el psicoanalista acepte seguir esos caminos.

Según Korff-Sausse (2007b) si el psicoanalista no considera su propia animalidad o en general la animalidad en lo humano, éste podría ser tomado por el terror expreso que evoca la animalidad en la clínica de lo extremo, captado por una visión fascinante y horrorosa, incapaz de pensar con este otro que le solicita lo extremo de sus capacidades de identificación y de simbolización. Cabe mencionar en este punto una alusión que el autor (Korff-Sausse, 2007b) realiza sobre la animalidad evocada por Freud, cuando cercano a su muerte, tras su enfermedad, en una carta a Eitington escribe “J’attends comme un chien affamé un os que l’on m’a promis, mis à part que cela devra être le mien”¹³.

¹³ Traducción: Me parezco a un perro hambriento [...].

Por otro lado, Pommier (2006) advierte que en la clínica de lo extremo, específicamente en el caso de enfermedades graves o en las que la evolución es desfavorable, sucede una confrontación entre las pulsiones de vida y de muerte que revelan manifestaciones masoquistas y/o sádicas a manera de mecanismos de defensa, las cuales pueden tener una connotación mortífera que no pasa forzosamente por la interpretación. Por su parte, Ciccone (2007) reporta que en la experiencia clínica con niños que presentan *handicap* regularmente se enfrenta a situaciones en las que el niño se convierte en un tirano, en función de la relación con los objetos o sus padres. Tanto lo explicado por Pommier (2006) como por Ciccone (2007) resulta interesante pues en el caso Estela¹⁴ se argumenta la forma en las que el sadismo y la tiranía cobran efecto en la clínica que enmarca la presente investigación.

De manera general, Saulus (2007) define a la clínica de lo extremo como prácticas clínicas que en la dimensión contratransferencial ocupan un lugar particular, pues sus aspectos arcaicos se encuentran ubicados en el clínico, quien en función de su posicionamiento ético lucha contra sus propios determinantes sociológicos y psicológicos.

Como se mencionó anteriormente, el *handicap* es retomado como el paradigma de la clínica de lo extremo; apoyado en eso, Saulus (2007) identifica tres elementos que se ponen en juego en dicha condición, los cuales son retomados en la medida que son elementos presentes en el contexto institucional donde se emprende esta investigación; se enumeran a continuación:

1. La imagen de la extrema pobreza, que se define en términos de deficiencias graves;
2. La imagen de la extrema dependencia, la cual se evalúa en términos de múltiples incapacidades severas, y por último,

¹⁴ Ver página 171.

3. La imagen de la extrema vulnerabilidad, que consiste en la posibilidad de negar su estatuto de ser humano.

Ante ello, Saulus (2007) observa cómo la clínica de lo extremo es esencialmente una clínica tejida en un informe espontáneo de extrema asimetría bajo una incertidumbre clínica y una angustia de aniquilación. En ese sentido se dirige la atención sobre las condiciones de posibilidad del encuentro clínico en lo extremo, para lo cual el autor propone tres puntos: 1) renunciar a los privilegios que intervienen en la formación de una asimetría, 2) analizar la violencia de la acción clínica y la palabra; y como último punto, 3) desarrollar una escucha ante situaciones extremas y su legitimidad social y/o profesional. Indica que esas condiciones posibilitan la reducción de la asimetría que inauguran las situaciones de la clínica de lo extremo y simultáneamente, la eliminación espontánea de la bipolaridad que esta asimetría engendra, es decir las condiciones necesarias para la instalación de una dinámica realmente intersubjetiva serían realizadas de ese modo.

LOS AFECTOS

Como se observó en los capítulos acerca de lo urgente y lo extremo las manifestaciones del malestar de los pacientes se caracteriza por la emergencia de desbordes afectivos, angustioso principalmente, estableciendo a partir de ello una clínica específica. Tales propuestas aportan ciertas coordenadas para la indagación de la configuración afectiva particular observada en la práctica clínica que enmarca la presente investigación, de tal manera que el objetivo que constituye este capítulo es realizar un análisis teórico respecto al tema de los afectos y su lugar metapsicológico pues estas expresiones de malestar indican el punto de partida para el análisis de la estructura del aparato psíquico y los procesos implicados y además, sus correspondientes dilucidaciones en función de la problemática clínica en el contexto institucional donde se emprendió esta investigación.

Para ello se decidió establecer cuatro nociones centrales en torno a los cuales gira la discusión teórica, mismos que constituyen los subcapítulos que conforman esta sección: 1) Puntualizaciones en torno a la primera y segunda teoría de la angustia, 2) Ruptura de la protección antiestímulo, 3) Terror, sofocación y contraparte de la angustia, y por último, 4) Del terror a la melancolía, una posibilidad de autoconservación.

Puntualizaciones en torno a la primera y segunda teoría de la angustia

Para comenzar cabe señalar que los afectos por ser aparentemente cognoscibles constituyen un punto de partida para el análisis de la estructura del aparato psíquico, pues de acuerdo con Freud (1940/1980) la indagación del psiquismo parte del “hecho de la conciencia, hecho sin parangón, que desafía todo intento de explicitarlo y describirlo” (p. 155). Sin embargo, al igual que todas las nociones en psicoanálisis el afecto también mantiene una transformación a lo largo de la obra freudiana, no existe una teoría específica de los afectos a pesar de que desde el inicio del

psicoanálisis cobra importancia y así se sigue manteniendo en años posteriores. Esto puede ilustrarse en el texto *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*, en el que Freud (1890/1982) afirma que los signos patológicos provienen de un influjo alterado de la vida anímica sobre el cuerpo y que los afectos con frecuencia llegan a ser causas patógenas. Así en el *Manuscrito K...* (Freud, 1896/1982), se afirma lo siguiente:

“Sólo puedo establecer una comparación entre histeria, neurosis obsesiva y una forma de paranoia. Tienen diversas cosas en común. Son aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales [...]. Se distinguen de estos afectos por no llevar a tramitación alguna, sino al daño permanente del yo” (p. 260).

Mientras que en el *Manuscrito E...* (Freud, 1894/1982) se explica la génesis de la angustia:

Toda vez que una tensión sexual física se genera con abundancia, pero no puede devenir afecto en virtud de un procesamiento psíquico (a causa de un desarrollo deficiente de la sexualidad psíquica, a causa de un intento de sofocarla [defensa], a causa de su decadencia o de una enajenación habitual entre sexualidad física y psíquica), la tensión sexual se muda en *angustia*. Y esto implica también una acumulación de tensión física y obstaculización de la descarga hacia el lado psíquico. [...] Angustia es la sensación producida por la acumulación de un estímulo endógeno diverso [...]" (p. 234).

Hasta aquí respecto a la primera teoría de la angustia. La segunda, de acuerdo con Singer (1998), no anula la anterior, sino que la transformación de las nociones psicoanalíticas constituye una alteridad en donde en el caso particular de las teorías de la angustia, son complementarias y no excluyentes. Laplanche (2012), por su parte, reconoce que en la *25ª conferencia. La angustia* (Freud, 1917/1978) se encuentra adherida a la teoría económica las aportaciones de la segunda teoría: la noción de peligro y las funciones del yo.

En dicho texto Freud (1917/1978) distingue entre angustia realista y situación de angustia, definiendo a la primera como “reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto; va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación” (p. 358). La presencia de angustia depende del estado del saber del individuo y de su sentimiento de poder respecto del mundo exterior. Un punto importante por considerar se lee de la siguiente manera:

“[...] la única conducta adecuada frente a un peligro que se cierne sería la fría evaluación de las propias fuerzas comparadas con la magnitud de la amenaza, y el decidirse, sobre esa base, por lo que prometa un mejor desenlace: si la huida o la defensa, o aun el ataque, llegado el caso. Pero en una situación así no hay lugar alguno para la angustia; todo cuanto acontece se consumaría igualmente bien, e incluso mejor, probablemente, si no se llegase al desarrollo de angustia. Bien advierten ustedes que si la angustia alcanza una fuerza desmedida, resulta inadecuada en extremo: paraliza toda acción, aun la de la huida” (p. 359).

Mientras que en una situación de angustia se encuentra un apronte para el peligro a manera de aumento de la atención sensorial y tensión motriz, lo cual se observa ventajoso pues ante ello se origina la acción motriz (huida y defensa) y el estado de angustia. Freud (1917/1978) afirma que más se limita la angustia “a una señal, tanto menores son las perturbaciones en el paso del apronte angustiado a la acción, y tanto más adecuada la forma que adopta todo el proceso.” (p. 359).

De manera general, la angustia como afecto se caracteriza por ser el padecimiento más horrible, asegura Freud (1917/1978) y que al encontrarse en una intensidad enorme lleva a adoptar las más locas medidas. Tal impresión se explica cuando se entiende que en la angustia se reproduce en calidad de repetición el trauma del nacimiento, definido éste como el “modelo

para los efectos de un peligro mortal” (p. 361). Añade que se identifican tres formas de angustia, una de ellas se encuentra libremente flotante dispuesta a unirse a cualquier representación pasajera como oportunidad de justificarse. La segunda forma se encuentra psíquicamente ligada a ciertos objetos o situaciones, es decir la angustia de las fobias; tales objetos o situaciones mantienen un carácter ominoso, por tal motivo son exagerados en su fuerza.

Respecto a la tercera forma de la angustia, Freud (1917/1978) plantea que la relación entre ésta y la amenaza de peligro pareciera desaparecer en la psiconeurosis, sin embargo, después de un análisis respecto a los síntomas histéricos indica que el proceso represivo resulta en un desarrollo de angustia pura, en una angustia con formación de síntoma o una formación de síntoma sin angustia; mientras que en la neurosis obsesiva la formación de síntomas sustituye a la angustia. Concluye lo siguiente:

“en un sentido abstracto no parecería erróneo decir que, en general, los síntomas sólo se forman para sustraerse a un desarrollo de angustia que de lo contrario sería inevitable. Esta concepción sitúa a la angustia, por así decir, en el centro de nuestro interés en cuanto a los problemas de las neurosis.”¹⁵ (Freud, 1917/1978, p. 368).

En ese sentido, en los casos de angustia neurótica descritos anteriormente el yo trata el reclamo de su libido como un peligro que siendo interno, lo trata como si fuera externo. No obstante existen algunas acepciones usuales de la angustia que es necesario distinguir, se trata del miedo {furcht} y el terror {schreck}. La angustia por su parte es un estado que prescinde del objeto, mientras que el miedo concentra la atención en él, en cambio, el terror “parece tener un sentido

¹⁵ Esta cuestión es replanteada en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1979), donde explica que la angustia es siempre lo primario, siendo la impulsión para la represión y en consecuencia, para la formación de síntomas. El síntoma se produce a partir de la moción pulsional afectada por la represión.

particular, a saber, pone de resalto el efecto de un peligro que no es recibido con apronte angustiado” (Freud, 1917/1978, p. 360).

La dilucidación de los mecanismos y procesos implicados en cada uno de ellos dirige la atención al terror como manifestación de la clínica que enmarca esta investigación, por lo cual se volverá sobre este punto después de establecer una noción general acerca del factor dinámico y especialmente cuantitativo de los afectos a través del modelo tópico-económico establecido en *Más allá del principio del placer*, cuando Freud (1920/1979) explica la protección antiestímulo, su posibilidad de ruptura y los efectos que acontecen en el psiquismo a partir de ello. De esa manera se estaría en condiciones de elaborar una explicación acerca de las manifestaciones subjetivas enfrentadas en el contexto clínico.

Ruptura de la protección antiestímulo

En el texto *Lo inconsciente* (1915/1979) Freud argumenta que una pulsión nunca pasa a ser objeto de conciencia, solo lo es la representación que es el representante de la pulsión e incluso, en lo inconsciente la pulsión está representada por la representación. Se sabe acerca de la pulsión a través de la representación que sale a la conciencia manifestándose como estado afectivo, sin embargo una moción de afecto o de sentimientos puede ser percibida erradamente debido a que la represión de su representante genuino se enlaza con otra representación, de esa manera en la conciencia se presenta como parte de esa última.

En el mismo texto (Freud, 1915/1979) el término afecto inconsciente denomina una moción afectiva originaria aunque el afecto nunca lo fue, solo su representación es reprimida. En general se remite a los destinos del factor cuantitativo de la moción pulsional que son consecuencia de la represión, dichos destinos pueden ser tres, a saber: 1) que el afecto persiste completamente o una parte de él, 2) que sea mudado en un monto de afecto cualitativamente

diverso, principalmente angustia, y 3) que puede ser sofocado, interrumpiendo su desarrollo, lo cual es la meta genuina de la represión. Cuando esto último se presenta se denomina inconsciente a los afectos que se vuelven a repositionar en su lugar original tras enderezar {redressement} el producto de la represión; como consecuencia, en palabras de Freud (1915/1979):

“no hay por tanto afectos inconcientes como hay representaciones inconcientes. Pero dentro del sistema Icc muy bien puede haber formaciones de afecto que, al igual que otras devengan concientes. Toda la diferencia estriba en que las representaciones son investiduras –en el fondo, de huellas mnémicas–, mientras que los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga” (p. 174).

La comprobación efectuada mediante las argumentaciones anteriores indica que la represión puede inhibir la trasposición de la moción pulsional en una exteriorización de afecto, esto muestra que el sistema Cc normalmente gobierna la afectividad y el acceso a la motilidad revelando que la represión al coartar la conciencia, también lo hace con el desarrollo del afecto y la puesta en marcha de la actividad muscular.

Por su parte, Nasio (2007) al cuestionarse cómo un traumatismo deja sus huellas en lo inconsciente, argumenta que el dolor inconsciente es la memoria de un antiguo sufrimiento traumático, “en realidad es, de algún modo, la repetición de un dolor antiguo, original, que ya hemos vivido, pero cuya experiencia hemos olvidado” (p. 69). A partir de ahí concluye que los dolores iniciales podrían provenir de la infancia y del trauma del nacimiento. En el caso de la clínica infantil afirma que en la vida cotidiana del niño pueden producirse choques traumáticos reales provocados por agentes exteriores; en estos casos “*el afecto provocado por el trauma*

*real es un sentimiento de pavor*¹⁶ que, sin ser reprimido, quedaría inscrito, no obstante, de una u otra manera, en la vida fantasmática de la psique infantil” (Nasio, 1991, p. 40).

Establecido lo anterior se encuentran los elementos necesarios para explicar con mayor detalle lo que Nasio (1991) afirma con respecto a los choques traumáticos acaecidos en la infancia y provocados por agentes exteriores. Para ello se acude al texto de Freud (1925/1979) *Nota sobre la «pizarra mágica»*, donde tal artificio ilustra el funcionamiento entre las operaciones del sistema de protección antiestímulo y de la superficie receptora de los estímulos y el modo en que el aparato anímico tramita la función de la percepción. Básicamente consiste en una superficie receptiva denominada protección antiestímulo, mientras que las huellas duraderas y presentes en la superficie receptora se encuentran en los sistemas contiguos; concluye lo siguiente:

“He supuesto que inervaciones de investidura son enviadas y vueltas a recoger en golpes periódicos rápidos desde el interior hasta el sistema P-Cc, que es completamente permeable. Mientras el sistema permanece investido de ese modo, recibe la excitación hacia los sistemas mnémicos inconcientes; tan pronto la investidura es retirada, se extingue la conciencia, y la operación del sistema se suspende. Sería como si el inconciente, por medio del sistema P-Cc, extendiera al encuentro del mundo exterior unas antenas que retirara rápidamente después que estas tomaron muestras de sus excitaciones.” (p. 247).

En el texto *Más allá del principio del placer* (1920/1979) Freud explica de manera más detallada el funcionamiento de estos sistemas, sostiene que la superficie de la protección antiestímulo opera transformando la energía del mundo exterior para que sean propagadas a los

¹⁶ Cursivas mías.

estratos contiguos sólo con una fracción de su intensidad. Sin embargo, las excitaciones también pueden recibirse desde el interior. A la letra se expone lo siguiente:

“la posición del sistema entre el exterior y el interior, así como la diversidad de las condiciones bajo las cuales se puede ser influido desde un lado y desde el otro, se vuelven decisivas para su operación y la del aparato anímico como un todo. Hacia afuera hay una protección antiestímulo, y las magnitudes de excitación accionarán sólo en escala reducida; hacia adentro, aquella es imposible, y las excitaciones de los estratos más profundos se propagan hasta el sistema de manera directa y en medida no reducida, al par que ciertos caracteres de su decurso producen la serie de las sensaciones de placer y displacer.” (p. 28).

Sin embargo, aclara que las excitaciones internas que producen un displacer demasiado grande se tratarán como si se recibieran desde afuera para que así la protección antiestímulo pueda generar una defensa. Mientras que son traumáticas las excitaciones externas que poseen una fuerza capaz de perforar la protección antiestímulo, produciendo una perturbación en la economía energética, accionando medios de defensa y aboliendo el principio de placer. La tarea imperativa consistiría en “dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación.” (p. 29). Ante esa afectación psíquica se moviliza la energía de investidura con el fin de crear una investidura energética en el área perforada y como resultado de la enorme conrainvestidura, los otros sistemas psíquicos se empobrecen mostrando una parálisis o rebajamiento de las operaciones psíquicas. La relación es la siguiente:

“Cuanto más alta sea su energía quiescente propia, tanto mayor será también su fuerza ligadora; y a la inversa: cuanto más baja su investidura, tanto menos capacitado estará

el sistema para recibir energía afluyente, y más violentas serán las consecuencias de una perforación de la protección antiestímulo como la considerada.” (p. 30).

No obstante, cabe mencionar que hay una diferencia sustancial entre lo expuesto en el texto *Notas sobre la pizarra mágica* (Freud, 1925/1979) y en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920/1979) pues en el primero Freud afirma que lo inconsciente es la instancia que procesa las cantidades de energía, mientras que en el segundo texto es atribuido al yo dicha función. Esto último es coherente con lo establecido en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1979) donde establece las cualidades del yo, entre las que se encuentra el poder sobre los procesos del ello en tanto esta última instancia no se encuentra organizada, a diferencia del yo, por tal motivo se posibilita el registro de los estados afectivos. En el caso específico de la angustia, en el ello se puede producir una acción para producir el estado de angustia de manera automática o promovida al identificarse una situación de peligro; en este último caso el yo puede inhibirlo dando una señal de angustia. En ese sentido, ésta se genera como una “señal deliberada del yo hecha con el propósito de influir sobre la instancia placer-displacer” (Freud, 1920/1979, p. 132), al contrario de situarlo solamente como un proceso económico.

En ese sentido, Nasio (2007) dirige la atención a que los afectos son la expresión en la consciencia de las variaciones del ritmo pulsional y no en términos de cantidad, es decir, placer = baja intensidad y displacer = alta intensidad; los sentimientos de placer y displacer son “más bien la expresión de las oscilaciones de tensión, de alternancia de alzas y caídas de la tensión durante un período determinado” (p. 84). Sin embargo en el caso específico del dolor, en la consciencia no se expresa el ritmo pulsional sino una ruptura violenta de éste. “Recordémoslo, corresponde al desbaratamiento de las tensiones, la abolición del principio de placer/displacer y, finalmente, al cese brusco de la homeostasis del sistema económico del yo” (p. 84).

En correspondencia con lo desarrollado en los párrafos anteriores, el yo sería la instancia que detecta ese ritmo pulsional. Sin embargo, Nasio (2007) afirma que además, el yo ejerce una doble función: detector endopsíquico y traductor consciente. Lo anterior fundamentado en la obra freudiana *El problema económico del masoquismo* donde se establece lo siguiente:

“Entonces, placer y displacer no pueden ser referidos al aumento o la disminución de una cantidad, que llamamos ‘tensión de estímulo’, si bien es evidente que tienen mucho que ver con este factor. Parecieran no depender de este factor cuantitativo, sino de un carácter de él, que solo podemos calificar de cualitativo” (Freud, 1924; citado en Nasio 1996 p. 224).

Laplanche (2012) por su parte, realiza un análisis respecto del modelo tópico que Freud provee a partir del procesamiento que realiza la protección antiestímulo, estableciendo de principio el supuesto de que esta barrera protege al sistema Cc dada su cualidad de *permeabilidad*, pues si ése sistema “pudiera retener algo, devendría un sistema Recuerdo” (p. 185), afirma. De tal manera que el sistema Cc no podría resistir las fuerzas exteriores, por lo que es necesario una protección, la cual mantiene dos funciones, según lo que se expuso anteriormente: la protección y la reducción de las excitaciones. A la letra, el autor indica lo siguiente:

“Lo esencial es que tenemos un límite y que ese límite posee una significación económica, energética: sirve para proteger y para mantener una diferencia de nivel. Sea «n» el estiaje energético interno, por relación a un nivel «N» en el exterior: se trata de mantener un nivel constante en el interior del sistema del organismo viviente, protegiéndolo de las energías extremadamente potentes que funcionan en el exterior.” (p. 187).

Es decir, la protección antiestímulo fundamentalmente promueve el principio de constancia, de acuerdo con Laplanche (2012) si la barrera es quebrantada, los niveles energéticos del interior

y del exterior serían igualados, en consecuencia una destrucción del organismo. Ahora lo que resulta necesario responder es qué factor tiene la energía suficiente para quebrantar la protección antiestímulo y de dónde surge.

Tal es el caso del dolor, éste se define como una “efracción limitada de la protección antiestímulo” (Laplanche, 2012; p. 190) sin embargo, de principio se trata de una excitación externa que en adelante se comporta como si fuera interna, una pseudopulsión –según lo afirma Freud en *La represión* (1915/1979) –. En ese sentido la respuesta, siguiendo los argumentos de Laplanche (2012), se encuentran en función de una periferia, es decir la protección antiestímulo distingue entre las fuerzas externas e internas, al uno y otro lado del límite que instaura la barrera. De manera inmediata parecería que la energía es de origen externa, sin embargo el autor introduce el término *periferia interna* del aparato psíquico con lo cual hay otra posibilidad de interpretación, donde utiliza el modelo del yo, pues Freud afirma que las neurosis traumáticas son facilitadas por un conflicto en el yo, además de un planteamiento psicoanalítico fundamental:

“la conmoción mecánica debe admitirse como una de las fuentes de la excitación sexual [...] es la idea de que toda conmoción del organismo tiene un efecto marginal, que es la neogénesis de una excitación sexual. Es esto exactamente lo que Freud llamaba, en *Tres ensayos de teoría sexual*, una de las fuentes indirectas de la sexualidad.” (pp. 212-213).

Por lo cual Laplanche (2012) asegura que el modelo de la vesícula mediante la que se explica la protección antiestímulo se interpreta en tres niveles, el primero indica el modelo de un cuerpo, una forma cerrada; en un segundo nivel se tiene un aparato psíquico con diferentes partes especializadas y finalmente, un tercer nivel implica que esa vesícula es un yo. Con respecto a esta última interpretación, el autor refiere al proceso secundario como la “capacidad que tiene

el yo de inhibir, de moderar los decursos de energía que sitúan cerca de él.” (p. 217). El autor concluye lo siguiente:

“es un interno que es metafórico de lo externo. Las energías internas (pulsionales) están en una relación analógica con las energías externas: ellas amenazan, unas y otras, la corteza del yo. [...] En esta corteza del yo, dos tipos de efracción, entre los cuales Freud establece una simple distinción cuantitativa: el dolor sería una efracción limitada, y el traumatismo, que desemboca en la angustia, sería una efracción extendida. En realidad, es difícil no entender que el traumatismo psíquico y la angustia son la metáfora internalizada del dolor, entendido este como efracción real de la envoltura del cuerpo. Reencontramos la idea de «periferia interna». La relación de lo externo-yo con lo interno-ello es una relación de periferia, pero no habrá que olvidar nunca que esta periferia misma se ha constituido por una especie de re-versión de una periferia externa.” (p. 248).

Establecido lo concerniente al modelo de la protección antiestímulo se colige que la situación traumática real produce una efracción a la protección antiestímulo, promoviendo un estado psíquico específico, se trata del terror, que a continuación se extiende el argumento que lo fundamenta.

Terror, sofocación y contraparte de la angustia

En el texto *Más allá del principio del placer* (1920/1979) Freud explica que el displacer se da a partir de la percepción de los siguientes aspectos: 1) un esfuerzo de pulsiones insatisfechas o 2) de algo exterior que resulta penoso o por resultado de crear expectativas displacenteras en el aparato anímico debido a la identificación de un peligro. La reacción frente a estas dos alternativas puede conducirse por el principio de placer o por el de realidad, es decir, el principio

de placer no se restringe, sin embargo Freud admite que las reacciones anímicas frente a un peligro exterior brindan materia para nuevos planteamientos.

Tal replanteamiento consiste en el caso de los estados que sobrevienen ante accidentes que constituyen riesgos de muerte, entre otros, refiriéndose a la neurosis traumática, la cual a decir de Freud (1920/1979), se asemeja en el padecimiento subjetivo a una hipocondría o a la melancolía; refiere un debilitamiento y una destrucción de las operaciones anímicas, mientras que la causa se sitúa en el factor de la sorpresa.

La sorpresa conlleva una fuerza poderosa para el psiquismo debido a que en ella se encuentran implicados el terror y el peligro de muerte, en ese sentido no se hace alusión a una neurosis traumática como tal sino a lo que Freud (1920/1979) en *Más allá del principio del placer* denomina *choque*. El punto medular de esto se despliega a partir de una afirmación de Freud (1920/1979) que se lee de la siguiente manera: “no creo que la angustia pueda producir una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror y por tanto, también contra la neurosis de terror” (p. 13) y además, de una puntualización de Strachey realizada al mismo texto en el que afirma que una situación traumática sería lo más equiparable al choque.

En ese sentido cobra importancia distinguir entre una situación traumática y una situación de peligro, definidas ambas en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1979). Respecto a la primera se reconoce una “vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar” (p. 77), mientras que una situación de peligro “implica la separación o pérdida de un objeto amado o la pérdida de su amor, esta separación o pérdida puede por diversas vías, conducir a una acumulación de deseos insatisfechos y, por ende a una situación de desvalimiento” (p. 77). La angustia, por su parte, se genera como reacción frente a un estado de peligro y posteriormente se reproduce cuando se encuentre nuevamente en un estado similar.

Respecto al peligro se pueden encontrar dos tipos –los cuales son explicados en el mismo texto (Freud, 1926/1979)– uno denominado peligro realista, el cual es del que tomamos noticia; a su vez se identifican dos reacciones ante este, la reacción afectiva y una acción protectora. Mientras que el segundo tipo de peligro es denominado angustia realista, la cual es sentida frente a un peligro notorio de esa clase. Como se mencionó, el yo es la instancia que mantiene poder e influencia sobre los procesos del ello, en ese sentido en el caso de la angustia, en el ello sucede algo que activa una de las situaciones de peligro para el yo y que éste promueva la señal de angustia para inhibirlo o que en el ello se produzca la situación análoga al trauma del nacimiento y la reacción de angustia sobrevenga automáticamente.

En ese sentido el factor correspondiente a la sorpresa que se mencionó anteriormente implica que ante el peligro no se produce señal de angustia que active mecanismos de defensa, por lo tanto ante la falta de preparación del psiquismo se conduce el afecto del terror, se trata de un debilitamiento y destrucción de las operaciones anímicas que Freud (1920/1979) denomina neurosis traumática:

“Creo que podemos atrevernos a concebir la neurosis traumática común como el *resultado*¹⁷ de una vasta ruptura de la protección antiestímulo. Así volvería por sus fueros la vieja e ingenua doctrina del choque {shock}, opuesta, en apariencia, a una más tardía y de mayor refinamiento psicológico, que no atribuye valor etiológico a la acción de la violencia mecánica, sino al terror y al peligro de muerte.” (p. 31).

Además, como efecto de la falta de apronte angustiado, los sistemas psíquicos no se encuentran en condiciones de ligar los volúmenes de excitación sobrevinientes como en el caso del dolor, donde los sistemas sí se encuentran en condiciones de realizar una contrainvestidura.

¹⁷ Cursivas mías.

Sin embargo, como se destacó en la cita anterior, la neurosis traumática es el resultado de la ruptura de la protección antiestímulo, se considera que la sorpresa al inhibir la angustia, no promueve la génesis de síntomas neuróticos, en consecuencia mientras predomine el afecto del terror no se puede hacer referencia a una neurosis, sino a una situación traumática o situación de terror, lo cual implica que tampoco habrá una formación sintomática para sustraerse de tal angustia; es decir, potencialmente se encuentra una neurosis traumática pero solo a condición de que la angustia emerja.

Además en el nivel de apronte angustiado, éste, según lo explica Freud (1920/1979) “constituye la última trinchera de la protección antiestímulo” (p. 31) que al recibir la violencia del choque, los sistemas no se encuentran para ligar los volúmenes de excitación sobrevinientes. La ruptura de la protección antiestímulo tiene como consecuencia que la estimulación produce mayores perturbaciones económicas. Al respecto, Laplanche (2012) describe al terror como una suerte de derrota subjetiva debido a que no ha habido nada que prepare para el ataque; la angustia marca un límite pero cuando ésta falta reina lo económico. Pero ¿dónde se encuentra el factor decisivo para que esta violencia rompa con los sistemas de la protección antiestímulo para llegar a instalar un estado de terror? ¿Cómo se llega a producir este cataclismo?

Para dar respuesta a esto, en primera instancia se considera necesario establecer dónde se encuentra situado o a qué obedece que exista un factor sorpresa que conlleve la fuerza implicada en el terror y el peligro de muerte, como se mencionó al principio de este apartado. Se considera que es una repetición del trauma del nacimiento, en éste, Laplanche (2012) señala que el niño “queda cortado de la madre, sin estar aún adaptado a otro medio; ahí tenemos exactamente, por lo tanto, el fenómeno de la estasis energética [...]” (p. 79). La repetición consiste en que ante el diagnóstico de cáncer con toda la carga simbólica e imaginaria que

conlleva y los efectos reales que ejerce, el niño queda cortado no de la madre sino de la vida sin aún estar adaptado a ésta. A continuación se amplía y justifica tal afirmación.

Laplanche (2012) explica que pese a la repetición o posiblemente a causa de ésta, hay ciertos casos en los que se identifica una defensa anormal que se produce según el proceso primario dejándose arrastrar el yo hacia un modo de defensa cataclísmico debido a que hay una doble escena donde la conjunción de éstas constituye el traumatismo. Ambas escenas se encuentran separadas por la pubertad, entendida como el estadio en la que se introduce una nueva posibilidad de comprensión:

“[...] cada estadio juega por el hecho de aportar con él un lenguaje nuevo, un nuevo modo de elaboración, una nueva «batería de significantes», pero también reacciones fisiológicas nuevas; y es precisamente en el pasaje y en la traducción de un estadio a otro donde puede jugarse la defensa neurótica” (p. 70).

No obstante, cabe aclarar que tal planteamiento de acuerdo con Laplanche (2012), no pretende sostener que los estadios constituyen una noción genética, en el sentido de que un estadio complementa al otro sino que se comprende como una trama donde se juega el traumatismo y que se presenta un viraje en la capacidad de simbolización,

“y esto es lo esencial en nuestra búsqueda referida al espanto¹⁸. El juego entre dos «escenas», la noción de «sexual-presexual», sólo se entiende por relación a esta mutación en la capacidad de simbolizar. Lo sexual que irrumpe en una etapa «presexual», es decir, en un estado de impreparación para simbolizar, es lo que define a la primera «escena». Ella se implanta allí, desde el exterior, en la impreparación del sujeto, en su yo.” (p. 70).

¹⁸ En el texto de Laplanche (2012) *shreck*, es traducido como espanto, mientras que en las *Obras completas de Sigmund Freud* es definido como terror; pavor y terror refieren al mismo término alemán *shreck*.

Laplanche (2012) afirma que entre esos dos tiempos «sexual-presexual» el sujeto adquiere una nueva comprensión psicológica y fisiológica de la sexualidad, donde lo presexual recupera su sentido sexual; sin embargo uno de estos dos tiempos no funciona como señal para el otro y en ese sentido no hay posibilidad de un montaje defensivo y el yo se desborda, hay terror, es decir hay una desligazón de la sexualidad. Sin embargo no hay que pasar por alto un aspecto de suma importancia, el trabajo clínico que subyace a esta investigación es con niños, aún no han pasado por la pubertad, por lo tanto no hay una desligazón de la sexualidad.

En suma, el factor decisivo que genera tal violencia para romper con los sistemas de la protección antiestímulo y generar un estado de terror se encuentran en que el cáncer y la presentificación de la muerte que conlleva repite el trauma del nacimiento al ser cortado de la vida sin estar siquiera adaptado a ésta, en el sentido de que un niño no cuenta con la reconfiguración de sus posibilidades de simbolización promovidas en el estadio de la pubertad. Como se mencionó anteriormente, la efracción producida a la protección antiestímulo, en el caso del terror se da de manera extendida, ante lo cual afirma Laplanche (2012), “desemboca en una especie de invasión anárquica del sistema por la energía no-ligada” (p. 198), lo cual es posible por el sistema impreparado, es decir cuando el sistema ha sido sorprendido por el ataque.

Con lo expuesto hasta el momento, de acuerdo con Laplanche (2012) al considerar las nociones de efracción y la de impreparación aportadas por Freud, resulta en una teoría que atribuye una importancia etiológica al terror y al sentimiento de amenaza vital, no solamente al choque. Con lo cual, también se deduce la distinción entre la angustia y el terror a nivel económico consiste en que el primero “traduce el estado del aparato cuando es invadido inopinadamente y no puede hacer nada para «ligar». En cuanto a la angustia, es preparación, movilización de energía para prepararse a enfrentar el choque” (p. 199).

Del terror a la melancolía, una posibilidad de autoconservación

Como se estableció en el apartado correspondiente a la ruptura de la protección antiestímulo, la instancia yoica mantiene una importancia central, pues al sufrir una efracción trata de ejercer una función para la restitución de la barrera. Es decir, Laplanche (2012) afirma que sin ser una instancia de origen vital es la representante de los intereses de la autoconservación, ejerciéndolo a partir del principio de constancia, no obstante, añade que las fuerzas con las cuales funciona el yo no son las de la autoconservación sino de la energía libidinal, es decir, la autoconservación no interviene como fuerza: “me defiendo en la lucha por la vida, no por vivir, sino por amor a mí, por el amor del yo” (p. 256).

Respecto a la autoconservación, Laplanche (2012) rescata el estado de desvalimiento del bebé –pronunciado por Freud– quien no tiene los medios para desempeñar por sí mismo las acciones de autoconservación, sin embargo lo que remedia su estado de desvalimiento es que las funciones de autoconservación son vicariadas por la madre, la díada madre-hijo restablece la supervivencia. Luego la autoconservación es vicariada pero por el yo mediante las tendencias y funciones expuestas en este capítulo, básicamente la tendencia a la estructuración, la síntesis y la ligazón.

Mientras que del lado opuesto se encuentra la desligazón, el reino de lo económico cuando sucede una efracción extendida en la protección antiestímulo, es decir un traumatismo produce un estado de terror que deja al yo sin posibilidades aparentes de defensa, pues el individuo manifiesta desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, inhibiciones y una rebaja del sentimiento de sí, es decir, una melancolía, según la definición que provee Freud (1917/1979).

Siguiendo el texto *Duelo y Melancolía* (Freud, 1917/1979), se precisa que la melancolía sucede tras una pérdida de naturaleza ideal sin discernir qué es lo perdido, se trata de “una

pérdida de objeto sustraída de la conciencia” (p. 243) pero el lazo persiste, según lo que plantea Laplanche (2012). Ante ello el individuo tiene tres posibilidades, a saber: 1) perecer con el objeto, como lo demuestra el terror, 2) alucinarlo para seguir manteniéndolo y 3) el duelo. En esta última posibilidad prevalece un respeto por la realidad sobre el lazo afectivo, es decir la realidad exige que se anule el lazo que se mantiene con lo perdido.

Como consecuencia hay una inhibición en la que el individuo no discierne lo que le absorbe con tanta fuerza, además se muestra un empobrecimiento del yo a través de una autocrítica extremada y un “desfallecimiento en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida.” (p. 244). Freud explica el proceso de la siguiente manera:

“Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de *una afrenta real o un desengaño* de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una *identificación* del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación.” (p. 246).

Para que suceda de tal manera, Freud (1917/1979) añade que debió existir una fuerte fijación en el objeto y a su vez, a manera contradictoria una escasa resistencia de la investidura de

objeto, lo cual indica que la elección de objeto se realizó a partir de una base narcisista por lo que la investidura del objeto, ante el enfrentamiento de dificultades regresa al narcisismo. Como resultado el vínculo de amor no se resigna a pesar del conflicto, instalándose en ese vínculo una oposición amor-odio o una ambivalencia preexistente.

Tal relación ambivalente, como se sabe, es de tipo constitucional o puede ser que se origine a partir de la amenaza de pérdida. La trama de la melancolía consiste en batallas parciales por el objeto, es decir, enfrentamientos entre odio y amor ubicadas en el sistema Icc, reino de las huellas mnémicas de cosa. Mientras que, por otro lado las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro material reprimido, afirma Freud (1917/1979).

En ese sentido, de acuerdo con Laplanche (2012) la inhibición no constituye un fenómeno puramente negativo sino que en su núcleo se encuentra implicado al individuo en un trabajo, el fundamento de éste obedece a que al enfrentarse a la pérdida el individuo se libera de otras actividades para dedicarse solamente a esa tarea, la cual no lleva a un desprendimiento inmediato, primero el apego aumenta y parte por parte se conduce a un desmantelamiento de la imagen del objeto amado.

Como último punto de los esclarecimientos respecto de la melancolía, consiste en que el yo puede darse muerte ante un retroceso de la investidura de objeto, se trata a sí mismo como un objeto promoviendo un intento de suicidio o incluso consumando el acto¹⁹. A este respecto, Laplanche (2012) afirma que en la melancolía el individuo intenta reencontrarse a sí mismo libre del objeto, mismo que en el momento de la pérdida se encuentra clivado e introyectado solo bajo su forma mala; la tendencia al suicidio no es más que un homicidio del otro malo, un intento de deshacerse de lo malo que está dentro de él por lo que, incluso el suicidio corresponde

¹⁹ Este aspecto se analiza más ampliamente en el caso *Alonso*, correspondiente al capítulo de Resultados.

a un aspecto de autoconservación de tipo imaginaria. A la letra, Freud (1917/1979) explica el desenlace de la melancolía:

“la investidura libidinal amenazada abandona finalmente al objeto, pero sólo para retirarse al lugar del yo del cual había partido. De este modo el amor se sustrae de la cancelación por su huida al interior del yo. Tras esta regresión de la libido, el proceso puede devenir conciente y se representa {repräsentiert} ante la conciencia como un conflicto entre una parte del yo y la instancia crítica” (p. 254).

Lo que se puede deducir con los planteamientos expuestos se dirige al proceso que mantiene un individuo cuando se da ocasión una melancolía, ante la que se destaca el desconocimiento acerca del objeto perdido. Es decir, en una situación como la que se investiga en esta tesis hay una anunciación de la muerte cuando se diagnostica con cáncer, el niño es susceptible de perder su vida²⁰, pero ¿qué se pierde con la vida?

Octavio Paz (2015) en su obra *El laberinto de la soledad* analiza la actitud hacia la muerte, vía por la cual se descubre la actitud hacia la vida:

“Nuestra indiferencia ante la muerte es la otra cara de nuestra indiferencia ante la vida. Matamos porque la vida, la nuestra y la ajena, carece de valor. Y es natural que así ocurra: vida y muerte son inseparables y cada vez que la primera pierde significación, la segunda se vuelve intrascendente. La muerte mexicana es el espejo de la vida de los mexicanos. Ante ambas el mexicano se cierra, las ignora. [...] toda esa fanfarrona familiaridad no nos dispensa de la pregunta que todos nos hacemos: ¿qué es la muerte? No nos hemos inventado una nueva respuesta. Y cada vez que nos la preguntamos, nos

²⁰ Esta afirmación se discute de manera más amplia en el siguiente capítulo.

encogemos de hombros: ¿qué me importa la muerte, si no me importa la vida?” (pp. 63-64).

En ese sentido el proceso melancólico presenta beneficios vitales cuando se dispone de un espacio clínico en el que se posibilitan las expresiones de la subjetividad generadas por tal situación. El individuo se ve conmovido a preguntarse sobre lo que es susceptible de perder con el cáncer, su vida y ¿qué implica su vida? La maravilla de la melancolía consiste en que ese enfrentamiento que motiva una lucha de carácter inconsciente llega a su desenlace con el devenir consciente, motivo por el cual se observa que en algunos pacientes –como se presenta en el caso *Alonso*²¹– hay un encauzamiento del sentido vital tras el enfrentamiento producido ante la anunciación de la muerte.

²¹ Ver página 178.

LO TRAUMATIZANTE

Sentados los argumentos de las secciones precedentes, el objetivo de este capítulo es analizar la noción de trauma para delimitar conceptualmente lo que en la presente investigación se denomina traumatizante, en la medida que la práctica clínica se ubica en un momento en el que los efectos de la situación traumática se encuentran vigentes y potentes. Asimismo se analizan los procesos psíquicos movilizados a partir de ello, además de los argumentados en el capítulo anterior, en éste el acento recae sobre los destinos pulsionales y mecanismos psíquicos que sobrevienen a partir de la situación traumática: la regresión y por otra parte, la excepción como vía al perjuicio. De esa manera, el presente capítulo constituye el último eslabón para la formalización conceptual de la configuración clínica predominante en el contexto de la intervención.

Para ello la discusión teórica se basa en cuatro ejes, mismos que conforman los subcapítulos de este apartado: 1) El yo como objeto perdido, 2) Temporalidad del trauma, 3) Virajes de la regresión; y por último, 4) Del perjuicio a la excepción.

El yo como objeto perdido

Para dar continuidad al capítulo anterior cabe destacar, de acuerdo con Davoine y Gaudillière (2011), que la clínica con niños en situaciones como las descritas en dicha sección, sorprendentemente evidencia que a pesar de tener una edad en la que el yo aún no es lo suficientemente coherente y estable producen una fuerza y energía que excede su capacidad. Específicamente el estado en el que se encuentra el niño, establecido como efecto de terror, tiene una función psíquica que Fédida (2006a) explica con base en Ferenzci (1985; citado en Fédida, 2006a) y utiliza una analogía proveniente de lo somático; describe que un cuerpo completamente relajado será menos destruido por una puñalada que un cuerpo que se defiende,

es decir un cuerpo que está como muerto acarreará una hemorragia más débil o incluso nula. A la letra, indica lo siguiente:

“Ferenczi imagina que tal comportamiento es, en realidad, el comportamiento de lo psíquico de producir y reproducir lo traumático en la compulsión de repetición [...] Y lo psíquico sería entonces esa fuerza física de puesta en torsión que necesita lo somático para subsistir” (Fédida, 2006, p. 28).

Tal aspecto se encuentra constituido por fragmentos del afecto o de la pulsión de autoconservación²². Básicamente, Fédida (2006a) identifica al duelo melancólico como un proceso de cadaverización del pensamiento en el cual, el melancólico no suelta su cadáver y la culpa voraz que lo caracteriza equivale a conservar un cuerpo del otro al que le está negada la autonomía de su muerte; mientras que la potencia de la queja melancólica sobreviene de un odio hacia el otro pero vuelto sobre la persona propia que impone una identificación posesiva sacrificial de su cuerpo muerto. Frente a esto conviene citar algunos cuestionamientos del autor acerca de la melancolía y la propiedad de la vida y la muerte:

“¿acaso se vive la propia vida? ¿O será solo la muerte la que es propia? [...] Y dado que puede ocurrir que la muerte conceda al viviente la preocupación por una tendencia a la borradura del rostro ¿cómo nombrar esa disminución, que se asemejaría a una melancolía sin objeto? ¿Puede ser la melancolía una melancolía por un futuro sin porvenir? O incluso: ¿de qué naturaleza es la melancolía del inmortal?” (Fédida, 2006a, p. 10).

En el capítulo anterior se establecieron algunas líneas que perfilan una respuesta teórica a dichos cuestionamientos ahondando en el factor cuantitativo del trauma, a través del modelo tópico-

²² A este respecto, se destina una discusión más amplia en la sección 3, dedicada a analizar el tema de la regresión.

económico de la protección antiestímulo. Por consiguiente, en esta sección se amplía su análisis enfatizando el factor dinámico y en esa vía es necesario identificar el objeto que es resignado en el proceso melancólico, en ese sentido se inicia tal propósito definiendo la noción de pulsión. En el texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (Freud, 1915/1978) es entendida como proveniente de fuentes de estímulo ubicadas en el interior del organismo y que mantiene una fuerza constante, además una de sus cualidades es su incoercibilidad por acciones de huida, a diferencia de los estímulos fisiológicos. Asimismo la pulsión se caracteriza por tener una meta, un objeto, una fuente y cuatro destinos posibles, a saber: 1) el trastorno hacia lo contrario, 2) la vuelta hacia la persona propia, 3) la represión y 4) la sublimación.

Anteriormente se estableció que el objeto de una susceptible pérdida es la vida, aunque con ello ¿qué se pierde realmente? De cualquier manera es necesario argumentar esta primera aproximación o en caso necesario, replantearlo; para ello conviene definir lo que se entiende por objeto de la pulsión. En el texto *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978) se lee de la siguiente manera: “llamamos objeto sexual a la persona de la que parte la atracción sexual” (p. 123), y se continúa explicando la génesis de la elección de objeto de la siguiente manera:

“Cuando la primerísima satisfacción sexual estaba todavía conectada con la nutrición, la pulsión sexual tenía un objeto fuera del cuerpo propio: el pecho materno. Lo perdió sólo más tarde, quizá justo en la época en que el niño pudo formarse la representación global de la persona a quien pertenecía el órgano que le dispensaba satisfacción. Después la pulsión sexual pasa a ser, regularmente, autoerótica, y sólo luego de superado el período de latencia se restablece la relación originaria. No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor. El hallazgo {encuentro} de objeto es propiamente un reencuentro” (p. 203).

A este respecto, Laplanche (1973) señala que en lo sucesivo la sexualidad abarca toda la actividad humana y el centro del conflicto psíquico. Por su parte, Freud (1905/1978) distingue que la elección de objeto se produce mediante un apuntalamiento, aspecto que se discute con mayor detalle en *Introducción del narcisismo* (Freud, 1914/1979), en donde se añade el tipo narcisista de la elección de objeto. Sin embargo es en *Pulsiones y destinos de pulsión* (Freud, 1915/1979) donde se encuentra una definición más puntual respecto al objeto:

“El objeto de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta²³. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originalmente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. No necesariamente es un objeto ajeno; también puede ser una parte del cuerpo propio. En el curso de los destinos vitales de la pulsión puede sufrir un número cualquiera de cambios de vía {Wechsel}; a este desplazamiento de la pulsión le corresponden los más significativos papeles. Puede ocurrir que el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones” (p. 118).

A este respecto, Laplanche (2001) afirma que el objeto de la pulsión es aquello que posee ciertos rasgos capaces de permitir que la acción satisfactoria pueda realizarse; en ese sentido no necesariamente es un objeto inanimado, es decir no se opone al ser subjetivo, puede ser un objeto fantaseado o un objeto parcial. Además, enfocando la atención en el tipo de elección de objeto por apuntalamiento, el autor señala que la sexualidad se apoya en el objeto encargado de cumplir las funciones de autoconservación; de ese modo, en este tipo de elección de objeto la autoconservación no entra en conflicto con la sexualidad y señala la vía hacia el objeto. La

²³ Cabe recordar la definición otorgada en este mismo texto (Freud, 1915/1979) a meta de la pulsión: “es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión.” (p. 118).

sexualidad se apuntala sobre una función vital, sobre una función corporal esencial para la conservación de la vida como lo es de manera paradigmática el amamantamiento.

En dicha actividad se observa como el objeto, fin y fuente están estrechamente contenidos y en el nivel de la fuente se encuentra la duplicidad de lo sexual y lo vital, la boca es a su vez órgano sexual y órgano de la función alimentaria. De esa manera se observa cómo la actividad sexual también se encuentra apuntalada sobre una función de la conservación de la vida y de la cual se independiza más tarde. Por ejemplo, en el caso del chupeteo se identifica tal independización, es decir, en el autoerotismo (Laplanche, 2001).

Este último, según Laplanche (1973) consiste en un segundo tiempo que se caracteriza por la pérdida del objeto, la vía consiste en que en la medida que el objeto parcial se pierde, se perfila el objeto total, a la letra expone lo siguiente:

“El objeto que está vinculado con el repliegue autoerótico, el pecho –transformado ahora en el pecho fantaseado– es, precisamente, el objeto de la pulsión sexual. El objeto a reencontrar no es el objeto perdido sino su sustituto por desplazamiento; el objeto perdido es el objeto de la autoconservación. De ahí, evidentemente, la imposibilidad de recuperar jamás el objeto, ya que el objeto que se ha perdido no es el mismo que se trata de reencontrar.” (Laplanche, 1973, p. 32).

Por consiguiente, según Laplanche (1973) la sexualidad emerge por desviación y repliegue autoerótico de los procesos vitales proporcionado desde el universo parental, de sus estructuras, sus significaciones y sus fantasías, principalmente propiciado por la seducción de los cuidados maternos. Así se encuentra un dualismo de fuerzas vitales: sexualidad y autoconservación, mientras que el individuo se defiende en la lucha por la supervivencia amenazada por la sexualidad, aunque lo que se encuentra amenazado es un representante de la vida, el autor identifica que es un representante del orden vital: el yo.

Laplanche (1978) identifica que el yo implica una determinada articulación con la conservación del individuo, con el individuo viviente como totalidad. Al yo se le atribuye una entidad englobante, una tendencia unitaria y una función sintética, se concibe como el representante de los intereses del todo. Sin embargo, en estricto sentido psicoanalítico el yo es una parte de la totalidad, una instancia protagonista del conflicto que escinde la individualidad.

En el texto *Introducción del narcisismo* (Freud, 1914/1979) se afirma que el “desarrollo del yo consiste en un distanciamiento del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo” (p. 96); mientras que en *El yo y el ello* (Freud, 1923/1979) se expone que el yo es una representación organizada y coherente de los procesos anímicos, del yo depende la conciencia, los accesos a la motilidad, las represiones, entre otros aspectos. Sin embargo Freud (1923/1979) afirma que de manera especial el yo es una esencia-cuerpo, es decir, es la proyección de una superficie; Strachey por su parte, continúa el análisis aseverando que el yo deriva de sensaciones corporales, principalmente de las que parten de la superficie del cuerpo. Respecto a esto, Laplanche (2001) concluye lo siguiente:

“Freud nos indica así con absoluta claridad las dos derivaciones conjuntas del yo a partir de la «superficie»: Es por una parte la superficie del aparato psíquico, diferenciada a partir de éste, órgano especializado en continuidad con el aparato, y por otra, la proyección o metáfora de la superficie corporal, metáfora para la cual los diferentes sistemas perceptivos tienen un papel que desempeñar. De estas dos concepciones de la relación entre el yo-instancia-psíquica y el yo-individuo-viviente, hemos situado a una de ellas en el primer plano: la concepción metafórica según la cual el yo se constituye fuera de las funciones vitales, como un objeto libidinal” (p. 113)

En ese sentido en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1979) se le reconocen al yo unas funciones importantes para la defensa del psiquismo –como se discutió en el capítulo anterior–

entre las que se destaca una influencia sobre los procesos del ello y de los estímulos exteriores; tal poder se le atribuye debido a los íntimos vínculos con el sistema percepción, los cuales devienen el fundamento de la diferenciación con el ello. Para alcanzar tal propósito emite una señal de displacer ayudado por el principio de placer, además es en la instancia en cuestión donde surgen las defensas frente a estímulos exteriores, emitiendo señales de peligro para preservar al psiquismo de peligros interiores y exteriores.

Freud (1926/1979) afirma que la instancia yoica, el ello y el superyó son similares, incluso la fuerza del yo se muestra a partir de su ligadura con el ello pero la diferencia entre una y otra radica en que el yo es una instancia organizada, a diferencia del ello. Mientras que el nexo con el superyó solo se distingue cuando se produce un conflicto entre ambos.

Con lo establecido hasta el momento se cuenta con los elementos teóricos necesarios para establecer que en la práctica clínica de la que se desprende este trabajo, en la melancolía más que una posible pérdida de la vida se resigna al representante de ésta, el yo. No obstante, cabe mencionar los casos en los que el yo se representa como un objeto en la teoría psicoanalítica. Uno de ellos es el destino pulsional correspondiente a la vuelta sobre la persona propia: “se nos hace más comprensible si pensamos que el masoquismo es sin duda un sadismo vuelto hacia el yo propio [...]” (Freud, 1915/1979, p. 122). A este respecto, Laplanche (2001) señala que el retorno sobre sí mismo constituye el pasaje al autoerotismo, otro de los casos donde se muestra al yo instituirse como objeto.

En el caso de la relación entre narcisismo y autoerotismo, Freud (1914/1979) refiere que denomina “narcisismo a la fase temprana de desarrollo del yo, durante la cual sus pulsiones sexuales se satisfacen de manera autoerótica” (p. 126). Cabe mencionar que sobre esto, Laplanche (1873) señala que en el autoerotismo el yo, objeto de amor, emite libido y ama

vicariamente asumiendo el papel de sujeto amante. Asimismo en *Psicología de las masas y análisis del yo* (Freud, 1921/1979), el yo se define como objeto; se lee lo siguiente:

“Repárese en que el yo se vincula ahora como un objeto con el ideal del yo desarrollado a partir de él, y que posiblemente todas las acciones recíprocas entre objeto exterior y yo-total que hemos discernido en la doctrina de las neurosis vienen a repetirse en este nuevo escenario erigido en el interior del yo.” (p. 123).

De igual modo, en el mismo texto (Freud, 1921/1979) se continúa con el análisis respecto de la melancolía producida tras la pérdida de un objeto o bajo circunstancias que obligan a retirar la libido del objeto; a la letra se expone lo siguiente:

“Hasta ahora, sólo comprendemos aquellos casos en que el objeto fue resignado porque se había mostrado indigno del amor. Entonces se lo vuelve a erigir en el interior del yo por identificación, y es severamente amonestado por el ideal del yo. Los reproches y agresiones dirigidos al objeto salen a la luz como autoreproches melancólicos.” (pp. 125-126).

Con respecto a los autoreproches melancólicos, según lo establecido por Laplanche (1973) se puede interpretar que el yo es atacado como si fuera una estrategia de guerra, lo que se observa de igual modo en la *proton pseudos* histérica –que se retoma en el siguiente subcapítulo– donde el yo es atacado cuando no lo esperaba y como efecto de ello se ve invadido, desarmado, a merced del proceso pulsional correspondiente al proceso primario, mismo que el yo tiene la función de inhibir.

Por consiguiente, dicha función correspondiente al yo y las demás que se citaron hasta aquí, pareciera que lo instituye como una entidad independiente, una suerte de sujeto, sin embargo cabe aclarar de acuerdo con Laplanche (1973) que el yo no corresponde al sujeto de la filosofía, tampoco al sujeto de deseo; no se trata del sujeto que se enuncia en la clínica

psicoanalítica. Se trata de un objeto que cumple básicamente dos funciones: inhibidora-ligadora y otra defensiva. En ese sentido es un representante del orden vital en el conflicto psíquico al ejercer vicariamente las funciones vitales, de tal manera que el autor formula la siguiente proposición: “«yo vivo por el amor de mí mismo, por el amor del yo»” (p. 115).

Temporalidad del trauma

A continuación, esta sección se dedica a establecer la lógica temporal de la constitución de lo traumático y a partir de ello establecer teóricamente el momento en el que se ubicó la práctica clínica, denominado traumatizante. Básicamente este término hace referencia a que los efectos que conlleva la situación de terror se encuentran vigentes y potentes; no ha ocurrido un proceso represivo a manera de defensa que permita el acceso a la palabra del malestar que genera el síntoma. Aún no hay retorno de lo reprimido que posibilite una historización del trauma.

Para ilustrar tal afirmación se puede apoyar en una analogía de Laplanche (2012) para explicar la fijación al trauma utilizando la imagen de una flecha implantada; la fijación, lo implantado, refieren al terror y a la angustia oscilando del lado de él. Por su parte, Assoun (2001) define que el momento del trauma es aquel en el que hay un choque frontal con una realidad con cara (in)humana; se puede decir que apunta hacia lo ominoso.

Para ello se vislumbra la pregunta ¿qué es el tiempo? De acuerdo con Le Poulichet (1994), se entiende como el estilo singular de devenir que posee su ritmo propio, más allá de una representación temporal y genealógica acerca de los sucesos; por lo que no se puede reducir a un esquema de progresión lineal. De inicio, como se introdujo en párrafos atrás, el análisis de la *proton pseudos* histórica sirve de base para entender la temporalidad del trauma.

A este respecto Freud (1950/1982) en el *Proyecto de psicología* explica de qué manera el yo se ve atacado inesperadamente y en consecuencia, consintiendo el proceso primario. En

este texto se explica que *A* es una representación que provoca algún padecimiento al surgir en la consciencia, no obstante, *A* no justifica la moción afectiva; sin embargo después del análisis se observa que existe una segunda representación, *B*, que con derecho provoca algún padecimiento. A la letra Freud explica de la siguiente manera la relación que mantiene *B* con *A*:

“Es esta: hubo una vivencia que consistió en $B + A$. *A* era una circunstancia colateral, *B* era apta para operar aquel efecto permanente. Pero la reproducción de aquel suceso en el recuerdo se ha plasmado como si *A* hubiera remplazado a *B*. *A* ha devenido el sustituto, el *símbolo* de *B*. De ahí la incongruencia: *A* se acompaña de unas consecuencias para las que no parece digna, que no le corresponden. [...] *A* es compulsiva, *B* está reprimida {desalojada} (al menos de la conciencia).” (pp. 396-397).

Entonces, de esa manera una de las conclusiones es que la compulsión histérica “proviene de una peculiar variedad del movimiento $Q\eta$ (formación de símbolo), que probablemente es un *proceso primario*” (Freud, 1950/1982, p. 400) y la fuerza que mueve el proceso es la defensa del yo. Al aplicarlo en el caso *Emma*²⁴, se suma otro hallazgo relevante al objeto de esta investigación, el cual consiste en que entre la primera y segunda escena se ubica la pubertad, por lo que el recuerdo de la primera escena genera un desprendimiento sexual que se traspone en angustia y ésta le permite ejercer una defensa.

En ese sentido en la *proton pseudos* histérica se trata de que el yo no consienta desprendimientos de afecto, pues de esa manera el proceso primario domina. Para ello el yo cuenta con el mecanismo de la atención, sin embargo si una huella mnémica escapa a la atención del yo, inesperadamente genera displacer y no se aplica ninguna defensa o investiduras

²⁴ Para conocer con mayor detalle este caso, acudir al Proyecto de psicología (Freud, 1950/1982) en la parte correspondiente a Psicopatología (pp. 400-403).

colaterales. Es decir, “el yo se entera demasiado tarde: ha consentido un proceso primario porque no lo esperaba” (Freud, 1950/1982, p. 406).

Un aspecto importante para el psiquismo, de acuerdo con Freud (1950/1982), consiste en que la inhibición que ejerce el yo no esté ausente en el primer desprendimiento de displacer y que el proceso no suceda como una vivencia de afecto primaria póstuma. La *proton pseudos* histérica consiste en que “el recuerdo ocasiona por primera vez el desprendimiento de displacer” (p. 407).

De ese modo Laplanche (1973) enfatiza el aspecto de la sexualidad biológica, afirma que las etapas maduracionales, especialmente cuando la pubertad llega tarde “no proporciona al niño respondientes afectivos y representativos suficientes para integrar la escena sexual y comprenderla. Pero al mismo tiempo, la sexualidad como relación interhumana llega demasiado temprano, llega como si fuera del exterior, traída del mundo del adulto” (p. 63).

Con lo expuesto hasta el momento se establece que en la práctica clínica, el diagnóstico de cáncer y el tratamiento oncológico producen en los pacientes una catexia liberadora de displacer que escapa a la atención del yo, por lo que no se produce una acción defensiva para contrarrestarla produciendo una situación terrorífica. Se trata de una huella mnémica no contrarrestada que conduce a que suceda una vivencia de afecto primaria póstuma relacionada con el trauma del nacimiento, según lo argumentado en el capítulo anterior. La ocurrencia del proceso primario póstumo se posibilita por el retardo de la pubertad, ya sea porque son niños y no han pasado por esa etapa maduracional o en otros casos, debido a que efectivamente la pubertad llega tarde.

Por otro lado, en *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1893/1978) los autores explican cómo el trauma ocasiona fenómenos histéricos y que en el caso particular de la histeria traumática se evidencia que el accidente provoca el síndrome, e identifican una desproporción

entre los años que duran los síntomas y el ocasionamiento único; a diferencia de otros casos donde el vínculo entre la situación generadora y el fenómeno patológico se da de manera simbólica. Incluso en este texto –que tiene 30 años de diferencia con *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920/1979)– se comprende que en el caso de las neurosis traumáticas la causa eficiente no es una lesión corporal, “lo es, en cambio, el afecto de horror, el *trauma psíquico*” (p. 31).

En *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1893/1978) se denomina *trauma psíquico* a toda vivencia que suscite afectos penosos, como el horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico y especialmente, de la sensibilidad de la persona afectada. Sin embargo, se puntualiza que el nexo causal entre el trauma y el fenómeno histérico no es que el trauma por sí mismo sea un agente provocador, sino que el trauma psíquico o el recuerdo de este actúa como un cuerpo extraño que aún tiempo después de su intrusión mantiene eficacia. De ahí Breuer y Freud concluyen que el proceso ocasionador produce efectos de manera inmediata como causa desencadenante, por lo que un trauma psíquico recordado en la conciencia suscita fenómenos histéricos en un momento posterior: “*el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias*” (p. 33).

De regreso en la noción de la *proton pseudos*, en el texto *La obra del tiempo en psicoanálisis* (Le Poulichet, 1994) se identifica que la simultaneidad de incompatibles engendra una sacudida a un cuerpo afectado de manera súbita debido a una irrupción de la presencia que surge ante la huella errante de un primer episodio que coincide de manera brusca con una segunda huella enlazada a un episodio actual. Asimismo se genera un desgarramiento en la trama del tiempo que de manera privilegiada, irónicamente constituyen una forma de identificación. Es decir, esta identificación se explica de la siguiente manera:

“Dos instantes se identifican mutuamente en el sentido pleno del término, es decir que se confieren recíprocamente identidad a través de un acontecimiento que alcanza al cuerpo. [...] se identifican huellas entre sí sin que entre en juego un sujeto previo. Aquí ya no se trata de recobrar la memoria, sino de ser encontrado por ella donde no se la esperaba: más exactamente, se producen tan sólo identificaciones mutuas de huellas. Además, este tipo de identificación se realiza haciendo surgir un «lugar vacío» o un intervalo entre dos instantes separados aunque bruscamente superpuestos. Una identificación semejante tendría precisamente el poder de engendrar un *lugar* que acogiera la presencia del acontecimiento” (Le Poulichet, 1994, p. 20).

Le Poulichet (1994) añade que los dos instantes que se confieren identidad recíprocamente fundan el concepto *tiempo identificante*, el cual engendra un lugar para que un acontecimiento psíquico constituya una experiencia temporal, es decir las identificaciones temporales dan lugar a un cuerpo, lo cual implica que el sujeto no quede coagulado en un espacio. A partir de los desgarramientos en la trama del tiempo que apertura pasajes entre los tiempos que conjugan el cuerpo en el lenguaje, el concepto de tiempo identificante permite abordar la dinámica temporal de la experiencia analítica ante tales desgarramientos. En ese sentido al abordar el tiempo en el que se sitúa la intervención clínica respecto a los acontecimientos vividos por el paciente, la propuesta de Le Poulichet (1994) permite también establecer los tiempos que se suceden a partir de y en torno a la clínica misma.

A este respecto, Le Poulichet (1994) afirma que hay tiempos puestos en acción por el análisis, el cual se trata de “abrir en el tiempo los tiempos de la transferencia, que son tiempos de trasposición y de transformación” (p. 13), esos tiempos trastocan la trama del tiempo dando lugar a acontecimientos psíquicos, en consecuencia la “transferencia es un tiempo de consumación de los acontecimientos psíquicos” (p. 13). Es decir, en el tiempo identificante se

ponen en juego encuentros entre un tiempo que pasa y uno que no pasa, estos últimos hacen referencia a los tiempos inconscientes porque no pasan para nadie donde “los significantes no cesan de resbalar sobre aquello a lo que remiten sin detenerse nunca de veras” (p. 43). Tales encuentros entre el tiempo que pasa y el tiempo que no pasa se efectúan en transferencia e instauran el tiempo interno de la experiencia clínica.

La característica del tiempo que no pasa es que se transforman en la lógica inconsciente, aun cuando no obedecen al tiempo cronológico y no por ello permanecen inmóviles o idénticos. Son acontecimientos que no cesan, por lo que orientan un devenir en su empuje pulsional, obedecen a la lógica del proceso primario. El encuentro que se suscita en la transferencia engendra un lugar de repetición de acontecimientos psíquicos donde se actualiza de manera conflictiva la presencia del deseo, como sucede en la formación del síntoma.

Con referencia a los lugares de los acontecimientos psíquicos, Laplanche (2012) por su parte, señala de qué manera el esquema del aparato psíquico proporcionado en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900/1979; citado en Laplanche, 2012) integra distintas funciones a las que les corresponde un lugar, esos lugares se encuentran ordenados de cierta manera e indican una dirección establecida, no obstante el aparato psíquico puede funcionar en un sentido distinto, denominado por Freud regresiente. En ese sentido, básicamente la regresión es un fenómeno tópico y ello supone a su vez un lugar, pero el sentido normal implica que ante una regresión surge una progresión.

Considerando lo anterior, de acuerdo con lo establecido por Le Poulichet (1994) la transferencia abre un lugar psíquico que detiene lo que no se detiene y da figura a lo que no cesa de producirse sin devenir pasado. “Lo que no cesaba ocurre en un paréntesis de tiempo abierto por la transferencia” (p. 50). Por lo que cabe considerar que la transferencia otorga un lugar psíquico en los que ocurren los acontecimientos psíquicos, como puede ser la regresión,

de tal forma que la palabra y/o el acontecimiento pueden ser escuchados como anacrónicos dando resonancia a la palabra, en lugar de que se coagule en una supuesta comprensión actual. Las diferentes organizaciones defensivas constituyen en ese sentido, una “suerte de «tratamientos» temporales de la fuerza pulsional que no cesa” (p. 51).

Le Poulichet (1994) denomina instante catastrófico al encuentro traumático que conduce a un estado de terror donde la efracción generada por el trauma se funda en un instante en que el individuo coincide con la escena que lo anula o lo excluye, llevado al punto en que no puede verse ni pensarse. Afirma que en el instante catastrófico se borran los límites, mientras que el instante se reduplica, el yo sólo se sostiene de la punta de ese instante “sin un espejo que en el mundo pueda aún reflejar su imagen y hacerla familiar” (p. 108), pues la serie de trazos simbólicos desde el cual el yo se veía se desplazó por efecto del encuentro y se confunde con la punta del instante. Se trata de un tiempo descarnado e inhabitable, en el sentido en que ocurre sin un yo.

Le Poulichet (1994) continúa explicando que “la apertura del instante catastrófico por un encuentro inoportuno actúa como un agujero del tiempo que aspira el pasado y el porvenir y deshace la superficie del yo” (p. 109). Por lo que se cuestiona cómo volver de ese instante cuando no tiene comienzo ni fin, ante lo cual propone la necesidad de pasar al instante del acto. En ese sentido, en el caso del acto suicida –analizado en el capítulo 3 respecto a la melancolía– según la propuesta analizada consiste en una tentativa de detener el instante catastrófico y de impedir el hundimiento completo del yo.

De acuerdo con la autora (Le Poulichet, 1994) para comprender el estatuto que posee el instante catastrófico es necesario analizarlo desde la lógica del trauma constitutivo. Para ello distingue dos vertientes, la del *après-coup* y la del *avant-coup*, entre las cuales es más usual distinguir la primera que obedece a la lógica de la formación del síntoma; sin embargo, el

instante catastrófico no procede del mismo tiempo lógico que la formación del síntoma. El instante catastrófico es un encuentro traumático que desata una catástrofe *a priori*, en el cual se imprime una respuesta intensa a una pregunta todavía no planteada. A la letra se explica:

“Ese trauma no es otra cosa que la condición misma del deseo y del tiempo humano: movimiento al que se ve arrastrado el sujeto cuando se manifiesta la falta del significante que lo representaría en el Otro de manera única y fija” (p. 111).

Por último y a manera de conclusión, el acontecimiento real –como puede ser el cáncer– precipita el encuentro del sujeto con la muerte dentro de un marco imaginario que permite la revelación, afirma Le Poulichet (1994); encuentro que sin duda es doloroso pero a su vez resulta fecundo, pues presenta la oportunidad de que surja una pregunta acerca del deseo –situación que se desarrolla en el siguiente subcapítulo–. Por otro lado, al producirse un encuentro traumático *a priori*, otra posibilidad establecida por la autora (Le Poulichet, 1994) consiste en que se aísle un movimiento pulsional que se fije en un imperativo y así quedar suspendido en la identificación con una figura feroz, situación argumentada en el subcapítulo denominado *Del perjuicio a la excepción*²⁵.

Virajes de la regresión

La propuesta que aquí se sostiene es que en el marco del dispositivo con fundamentación psicoanalítica, teniendo la melancolía como terreno se otorga un espacio transferencial en el que se desplieguen acontecimientos psíquicos, en este caso la regresión y un trabajo ante tal mecanismo. En ese sentido, la regresión entendida como organización defensiva constituye el tratamiento de la fuerza pulsional que no cesa, de acuerdo con Le Poulichet (1994); el encuentro

²⁵ Ver página 118

suscitado en transferencia engendra un área de repetición, de disposición de acontecimientos psíquicos donde se actualice de manera conflictiva la presencia del deseo (Le Poulichet, 1994), señal de vitalidad. Aspecto manifiesto en la melancolía, ante la cual al resignarse el objeto por encontrarse indigno de amor surgen expresiones de autorreproches y autodenigraciones, que de acuerdo con Laplanche (2012), “este afecto de reproche o de culpabilidad nos pone sobre la pista del afecto de deseo” (p. 266).

Básicamente en el tratamiento enmarcado por la regresión se identifica la función de reconstituir las funciones del yo y volverlo a erigir como objeto en correspondencia con el ideal del yo. Se retoma la noción de regresión en vías de fundamentar la propuesta presentada y de principio se establecen las formulaciones presentadas en *La interpretación de los sueños* (1900/1979). Freud explica que la regresión es una de las peculiaridades psicológicas del proceso onírico y se define de la siguiente manera: “llamamos «regresión» al hecho de que en el sueño la representación vuelve a mudarse en la imagen sensorial de la que alguna vez partió” (p. 537). Además señala que no es exclusiva de los sueños, de igual manera se presenta en el recordar y otros procesos parciales del pensamiento normal; este fenómeno consiste en una marcha atrás dentro del aparato psíquico desde un acto complejo de representación hasta el material de las huellas mnémicas que está en la base del aparato.

Para conocer las vías tomadas en el curso normal por el aparato psíquico y la marcha atrás en la que consiste la regresión es necesario establecer la constitución del aparato psíquico en el modelo proporcionado por Freud (1905/1979). El aparato psíquico se muestra como un instrumento compuesto por distintos sistemas, los cuales tienen una orientación espacial constante, es decir cuentan con una secuencia fija entre ellos y a raíz de los procesos psíquicos, los sistemas pueden ser recorridos por la excitación dentro de una determinada serie temporal.

Además, de acuerdo con lo indicado por Freud (1905/1979) el aparato psíquico tiene una dirección progrediente, la cual parte del extremo sensorial hacia el extremo motor. La regresión se da cuando la excitación toma un camino de reflujo desde el extremo sensorial hacia el sistema de las percepciones, en lugar de direccionarse hacia el extremo motor; en consecuencia la representación vuelve a mudarse en la imagen sensorial de la que alguna vez partió. La regresión es, en palabras de Freud (1905/1979), “un efecto de la resistencia que se opone a la penetración del pensamiento en la conciencia por la vía normal, así como de la simultánea atracción que sobre él ejercen recuerdos que subsisten con vivacidad sensorial” (p. 541).

Por último se distinguen tres modos de regresión: 1) tópica (cambio de dirección en el aparato psíquico), 2) temporal (retrogresión a formaciones psíquicas más antiguas) y 3) formal (los modos de expresión y de figuración primitivos sustituyen los habituales). No obstante, Freud (1905/1979) aclara que los tres tipos de regresión, en términos estrictos son uno solo.

Más adelante en la 22^a conferencia (Freud, 1917/1978) se establece que la patología general tiene dos peligros, uno es la inhibición y el segundo, la regresión. Se formula que partes de la aspiración sexual quedan retrasadas en estadios anteriores del desarrollo, aun cuando haya otras que alcanzan la meta última; a tal demora se le denomina fijación de la pulsión. Mientras que la regresión consiste en que las partes avanzadas pueden revertir hacia una etapa anterior, en un movimiento de retroceso; y a diferencia de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1905/1979) se identifican dos clases de regresiones: retroceso a los primeros objetos investidos por la libido y por otro lado, un retroceso de toda la organización sexual a estadios anteriores.

A ese respecto Freud (1917/1978) en la 18^a conferencia puntualiza que en toda neurosis se puede encontrar una fijación de esa índole, pero no necesariamente tal fijación conduce a la neurosis; proporcionando el modelo paradigmático de fijación afectiva a algo pasado: el duelo.

En éste, ante un acontecimiento traumático, se conmueven los cimientos que sostuvieron la vida, se resigna el interés por el presente y futuro, quedando atrapado en el pasado, ocupándose de él *petrificado*.

Respecto a la fijación, en la *18ª conferencia* (Freud, 1917/1978) se afirma que el análisis permite discernir que ante las consecuencias producidas por el trauma, los pacientes se quedan rezagados en algún período del pasado, principalmente en el período de lactancia. Es decir, en esta puntualización de Freud se observa en qué estadio se ubica el retroceso de la pulsión y además se puede entender que la fijación en el período de lactancia consiste en una regresión a los primeros objetos investidos por la libido.

Establecido lo que se entiende por regresión en la *22ª conferencia* (Freud, 1917/1978), cabe mencionar la diferencia establecida entre ella y la represión, esta última refiere al proceso por el cual un acto es inadmisibles en la conciencia, es decir, es perteneciente al sistema *Prcc*, se vuelve inconsciente y es relegado al sistema *Icc*. También se le denomina represión cuando el acto anímico inconsciente no se le admite en el sistema *Prcc* y en su lugar, es rechazado en el umbral por medio de la censura. Por último, a la represión no se le vincula con la sexualidad, por lo que Freud concluye que una regresión de la libido sin represión nunca daría por resultado una neurosis sino que desembocaría en una perversión.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926/1979), así como en la *22ª conferencia* (Freud, 1917/1978) Freud afirma que lo que es susceptible de una regresión es la libido y que la esencia de la regresión estriba en una desmezcla de pulsiones y de manera contraria, la progresión “desde fases anteriores a la fase genital definitiva tiene por condición un suplemento de componentes eróticos” (p. 43).

Respecto a los cambios de direcciones que pueden ocurrir en el aparato psíquico, en el *Yo y el ello* (1923/1979) Freud ilustra la oposición de fuerzas entre el yo y ello utilizando la

imagen de un jinete dirigiendo a un caballo. El yo con relación al ello, parece un jinete que debe enfrentar las fuerzas del caballo, el ello; en ese sentido si el jinete “quiere permanecer sobre el caballo, a menudo no le queda otro remedio que conducirlo a donde éste quiere ir, también el yo suele trasponer en acción la voluntad del ello como si fuera la suya propia” (p. 27).

Con lo expuesto hasta el momento, de acuerdo con Fédida (2006b) se puede observar que los procesos regresivos son usualmente referidos a formaciones primitivas o arcaicas de la vida psíquica cuando se identifican patologías graves de la personalidad, pues regularmente se relaciona con el evolucionismo e incluso parece privado de rigurosidad técnica y metapsicológica. No obstante, indica que es necesario considerar las condiciones bajo las cuales son susceptibles de generarse los procesos regresivos y ante ello, cómo lo trabaja el clínico y en qué condiciones. A la letra formula lo siguiente:

“El desplazamiento de una problemática de la regresión debería suscitar entonces esta pregunta: *¿según qué modalidades puede pensarse la regresión en el analista, de manera tal que resulte posible esa regresión por la cual, según Balint, el paciente accede, con toda confianza, a su vida psíquica en su aspecto más angustiante?*” (p. 10).

En primera instancia, Fédida (2006b) señala que la corriente continua de la vida no puede descomponerse mediante el artificio de estadios de desarrollo y en ese sentido la regresión consiste en la imaginación que se procura el individuo ante esa corriente continua. En efecto, establece que Freud emplea a la regresión para dar cuenta de movimientos contrarios durante el desarrollo y la evolución, no obstante lo relevante es la imaginación de los síntomas y su localización desplazada, y solamente en el tratamiento analítico se puede observar la complejidad de las manifestaciones de la regresión.

Así la propuesta de Fédida contenida en *El sitio del ajeno* (2006a) se basa en que el sueño es lo psíquico animado de lo primitivo viviente inanimado y que el aparato psíquico

presentado en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1905/1979) en donde se muestra el esquema de la regresión también puede pensarse como un fósil, en sentido de que es un elemento capaz de conservar lo viviente en estado inanimado y posee la inalterabilidad de lo primitivo en movimiento; el fósil es una petrificación del tiempo. Mientras que en *Retorno a la regresión* (Fédida, 2006a) define que lo primitivo al ser inactual no es historiable, pero a su vez tiene la particularidad de clarificar y hacer perceptible la actualidad psíquica de todo acontecimiento.

Para Fédida (2006b) la regresión concuerda con la visión del sueño, “el órgano *visto desde allá*”(p. 41); no tiene forma y en ese sentido no puede ser nombrado. “La regresión es una ‘descomposición espectral de la función del yo’ (Lacan). No hay nadie más, o *nadie puede decir yo*” (p. 41). Por otra parte señala que es la lengua y su uso lo que da forma a los órganos aquejados; es la palabra pronunciada en la abertura de la boca lo que inventa el órgano. Lo cual hace cobrar sentido al hecho de que la fijación se ubica principalmente, de acuerdo con Freud (1917/1978), en el período de lactancia. En *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978) se establece que en ese período el niño remedia su desvalimiento y satisface sus necesidades mediante el amor a otras personas y éstas a su vez, dirigen sentimientos vitales.

Por su parte, Laplanche (2001) con respecto a la lactancia señala que lo relevante del chupeteo es la génesis libidinal del fantasma autoerótico en el segundo tiempo de liberación de la autoconservación. Y Fédida (2006b) añade que la erogeneidad de esa zona asegura la continuidad de la boca y constituye una superficie de protección del órgano, de esa manera el niño muestra cómo la sexualidad se forma por la falta del objeto extraño. “La boca sería así el verdadero *espacio ninguna parte* del sueño y el órgano tan justamente imperfecto de la *visión de lo sexual*” (p. 51).

Como se mencionó párrafos atrás, en el período de lactancia Laplanche (2012) afirma que la sexualidad se apunala sobre una función vital, en dicha actividad el objeto, fin y fuente se encuentran contenidos y en el nivel de la fuente hay una duplicidad de lo sexual y lo vital.

Por otra parte, Fédida (2006b) señala que es probable que la fijación se ubique antes del lenguaje y que la violencia manifestada a través de síntomas sádicos revele una interiorización de la angustia infantil de realidad, mientras que las adquisiciones ulteriores como el pensamiento y el lenguaje intentan proteger al yo del aniquilamiento en la regresión. Este aspecto se analiza con mayor detalle en la siguiente sección del capítulo.

Independientemente del período en el que se ubique la fijación, en el texto *De guerra y muerte* (Freud, 1915/1979) se establece que todo estadio evolutivo anterior se conserva junto a los tardíos, eso implica que la sucesión envuelve una coexistencia. Asimismo se puntualiza sobre la funcionalidad de la plasticidad del desarrollo anímico:

“Por más que el estado anímico anterior no se haya exteriorizado durante años, tan cierto es que subsiste, que un día puede convertirse de nuevo en la forma de manifestación de las fuerzas del alma, y aun en la única forma, como si todos los desarrollos más tardíos hubieran sido anulados, hubieran involucionado. Esta plasticidad extraordinaria de los desarrollos del alma no es irrestricta en cuanto a su dirección; puede designársela como una capacidad particular para la involución –para la regresión–, pues suele ocurrir que si se abandona un estadio de desarrollo más tardío y elevado no pueda alcanzárselo de nuevo. Ahora bien, los estados primitivos pueden restablecerse siempre; lo anímico primitivo es imperecedero en el sentido más pleno.” (p. 287).

Más adelante en el texto señala que las enfermedades mentales dan la impresión de que la vida mental ha sufrido una destrucción, sin embargo, Freud (1915/1979) afirma que tal destrucción solamente alcanza las adquisiciones y desarrollos tardíos. Aspecto que Fédida (2006b) retoma

para plantear que la regresión “sólo tiene lugar en la situación que le concede disposición de reconocimiento adecuado” (p. 60). De igual manera el autor identifica que en *Tótem y tabú* (Freud, 1913/1980; citado en Fédida, 2006b) Freud apela a lo que es primitivo para nombrar la inquietante extrañeza contenida en lo ominoso, la cual es invocada en la situación analítica y es ahí donde se toca la sacralidad de la presencia de lo inhumano. A la letra se expone lo siguiente:

“El exceso de lo humano engendra, según dice Freud, una ‘incertidumbre intelectual’ o una duda suscitada por ese fenómeno perturbador que consiste en no saber ya ‘si una cosa es animada o inanimada’. Ocurre también que ‘lo inanimado lleva demasiado lejos su semejanza con lo viviente’” (p. 61).

Es decir, según plantea el autor (Fédida, 2006b), esa duda perturbadora conlleva una alteración como en el caso de la animalidad²⁶, en el sentido de que la destrucción produce el pasaje de una forma a otra debido a la acción violenta de lo informe²⁷. La alteración conlleva una restitución de la extrañeza humana que pasa por la muerte. De acuerdo con lo planteado anteriormente, el proceso de cadaverización de la melancolía produce fenómenos anímicos de supervivencia.

De acuerdo con Fédida (2006b) la melancolía alegoriza las imágenes de las que la memoria se encuentra colmada. Se considera una enfermedad de la memoria que durante un tiempo espera a extraer de sus propias fuerzas autodestructivas, una revitalización del recuerdo. “La muerte es su síntoma, es decir, su caída. Puesto que no ha podido ser preservada la muerte en la experiencia del recuerdo” (p. 111).

²⁶ Ver página 66.

²⁷ Lo informe es definido por Fedida (2006b) como el método de visión del lenguaje que trastorna el espacio de la aparición del otro. Ciertamente, la anamorfosis no es la forma de lo informe: sin embargo podría dar la intuición de una catóptrica de la situación analítica, que confía en el síntoma la manifestación de lo que viene ahí a caer y que corresponde al lenguaje (p. 8).

Para concluir con este apartado y retomando la propuesta establecida al inicio se establece que ante el encuentro traumático que se propicia ante la anunciación de la muerte que conlleva el cáncer y su tratamiento se conmueven los cimientos que sostuvieron la vida generándose una melancolía. Es decir, en correspondencia con lo establecido por Le Poulichet (1994) el individuo se ve invadido por el instante catastrófico.

No obstante, lo fecundo de tal circunstancia se identifica en la oportunidad de que el proceso melancólico haga surgir una pregunta acerca del deseo, lo cual mantiene condiciones de posibilidad en el marco de la situación clínica. Ante la desmezcla pulsional del mecanismo regresivo se ubica una fijación a formaciones primitivas de la vida psíquica, según afirma Fédida (2006b), develando la actualidad psíquica del instante catastrófico.

Lo relevante de la fijación a formaciones primitivas estriba en que la sexualidad se apuntala sobre funciones vitales esenciales para la conservación de la vida, es decir hay una duplicidad de lo sexual y lo vital, de acuerdo con Laplanche (1973). De esa manera el yo se reconstituye mediante los suplementos de componentes eróticos que conllevan las vías progresivas desde lo primitivo. Fédida (2006b) plantea que las adquisiciones posteriores protegen al yo del aniquilamiento; sin embargo es importante destacar que estas posibilidades se encuentran ceñidas a la dinámica de la clínica psicoanalítica:

“Esto correspondería a decir que la situación analítica –en cuanto tal– señala la regresión no sólo como una dinámica vivida por el paciente, sino correlativamente como una tónica de la memoria del lenguaje que compete al analista en su espacio designar.”
(p. 234).

En ese sentido el tiempo reversivo orienta la transferencia, mediante la cual el pasado vendrá del porvenir para instalarse en la historia. Es decir “el pasado vendrá de los encuentros por

llegar en el tiempo de la repetición que la cura instaura, en la medida en que la transferencia actualiza lo que no cesaba de llegar sin tener lugar” (Fedida, 2006b, p. 234).

Del perjuicio a la excepción

Se quejan de su enfermedad, pero la aprovechan en la medida de sus fuerzas; y si uno pretende quitársela, la protegen como la leona del proverbio a sus cachorros, sin que tenga sentido alguno reprocharles esa contradicción

Freud (1926/1979, p. 207).

De acuerdo con lo establecido previamente Le Poulichet (1994) indica que ante el instante catastrófico, al aislarse un movimiento pulsional el individuo puede fijarse en un imperativo quedando suspendido en la identificación con un no-lugar o con una figura feroz:

“En ese instante pueden desanudarse los frágiles lazos que organizaban las relaciones del sujeto y los objetos, sin que siga siendo posible para él retenerse o suspenderse en el instante mismo de una escena traumática que cumplirá en acto una suplencia fantasmática.” (p. 125).

A este respecto en *Introducción del narcicismo* (Freud, 1914/1978) se discute que además de los componentes individuales del narcicismo, desde el ideal del yo parte otra vía de investigación que se dirige a la comprensión de la psicología de las masas debido a que ese ideal tiene un componente social. En ese sentido, siguiendo la formulación de Assoun(2001) se abre una vertiente hacia la clínica social del trauma donde se retoma la actualidad del malestar de la civilización mediante el perjuicio, a través del modo en el que el sujeto genera modos de idealización mórbidos y cuestiona el ideal de civilización.

Lo establecido por Assoun (2001) mantiene una génesis desde un carácter que, según lo señalado por Freud (1916/1979) opone resistencias que ponen en peligro el tratamiento, se trata

de las excepciones. Sin embargo antes de retomarlo directamente, cabe explicar cómo se conforma el carácter del yo. En el texto *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1978) se dice que está construido por el material de las excitaciones sexuales, asimismo se compone de pulsiones fijadas desde la infancia, de las adquiridas por sublimación y de construcciones destinadas a detener mociones perversas.

En *La predisposición a la neurosis obsesiva* (Freud, 1913/1980) se discuten las diferencias entre los mecanismos de las neurosis y el carácter, con respecto a este último se afirma que en el carácter falta el fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido debido a que no entra en acción o no tiene la fuerza de sustituir lo reprimido por formaciones reactivas o sublimaciones. En consecuencia los procesos de la formación del carácter son difícilmente asequibles en el análisis, a diferencia de los procesos neuróticos.

Por otra parte, en *El yo y el ello* (Freud, 1923/1979) y en la *32ª conferencia* (Freud, 1933/1979) se observa que la melancolía contribuye a producir el carácter, se establece que la sustitución de una investidura de objeto por una identificación participa en la conformación del yo y su carácter. En las fases primitivas es imposible distinguir entre investidura de objeto e identificación y más tarde, las investiduras de objeto parten del ello mientras que el yo lo consiente o se defiende; si un objeto sexual es resignado sobreviene una alteración del yo y mediante esa regresión al mecanismo de la fase oral se posibilita la resignación del objeto. Se lee lo siguiente:

“Comoquiera que fuese, es este un proceso muy frecuente, sobre todo en fases tempranas del desarrollo, y puede dar lugar a esta concepción: el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, contiene la historia de estas elecciones de objeto. Desde luego, de entrada es preciso atribuir a una escala de la capacidad de resistencia {*Resistenz*} la medida en que el carácter de una persona adopta

estos influjos provenientes de la historia de las elecciones eróticas de objeto o se defiende de ellos.” (p. 31).

Establecidos los mecanismos psíquicos implicados en la formación del carácter se presenta específicamente lo que Freud (1916/1979) en *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico* expone respecto de las excepciones. Con esta acepción se hace alusión a individuos que suponen haber sufrido bastante y por lo tanto tienen derecho a excusarse de cualquier requerimiento, no se someten a ninguna necesidad desagradable y reclaman privilegios sobre los demás, “pues ellos son excepciones y piensan seguir siéndolo” (p. 319). El fundamento que encuentran para proclamar tal excepción se basa en la vivencia o sufrimiento que los afectó en su primera infancia, ante lo cual se declaran inocentes, por lo que lo estiman como un injusto perjuicio inferido a su persona, una afrenta al narcisismo.

A este respecto, Davoine y Gaudillière (2011) afirman que ante un acontecimiento traumático los niños tienden a pensar que ellos causaron la catástrofe, pues no les es posible atribuirle otra explicación. Luego, cuando la construcción del yo y las relaciones imaginarias permiten las proyecciones modifican tal razonamiento y culpan al prójimo. Añaden que “es preferible imputarse la causa de un hecho inexplicable o pasarle la carga a otro que afrontar un hecho sin causa” (p. 137).

Por su parte, Fédida (2006a) abona a este tema al señalar que el inmortal –que se puede interpretar como el individuo de la excepción– ignora al otro-ajeno y en consecuencia, ninguna transferencia es posible, pues en la excepción se gana la inmortalidad aniquilando al otro. En este caso la melancolía funge como la comida canibalesca del padre que ha sido matado.

Por otro lado, regresando a la propuesta de Assoun (2001), él hace referencia a la excepción como un perjuicio de origen y que siempre infringe a un niño, incluso en su forma adulta. Ante ello se inserta un redescubrimiento de ese origen, pues la figura del perjuicio “está

en el cenit de la ‘enfermedad de la civilización’” (p. 5). Para ello se encuentra de base que algo del síntoma adquiere significado en lo actual y por lo tanto, da cuenta de lo traumático, de lo originario infantil. “Cuestión de ‘época’, en la medida en que cada época le da su estilo – radicalmente singular– a este problema atemporal” (p. 5).

De acuerdo con lo establecido por Assoun (2001), en la práctica clínica se descubre un sentimiento de perjuicio que se configura en el malestar de sus formas sociales singulares y según el autor, de esa manera se organiza una posición subjetiva denominada perjudicial. Así, el paciente expresa la convicción del perjuicio exigiendo su reparación con formas que oscilan entre lo virulento y lo sutil; lo cual organiza su estar en el mundo y la relación con los demás.

“Por consiguiente, parece pertinente y fecundo retomar la actualidad del malestar de la civilización a través del tema del perjuicio, a través de ese ‘pliegue’ del sujeto del malestar –en tanto viene a generar sus modos de idealización (mórbidos) y cuestionar el ideal-de-civilización (*kulturideal*), de lo que hace de él un factor de verdad.” (p. 6).

En ese sentido, entre el vínculo entre el perjuicio y el ideal se identifica una línea de resistencia que es la (auto)idealización del perjuicio. Por su parte, el perjuicio indica el sentimiento vivo ante una privación y va a la caza de cualquier cosa que parezca llena. Mientras que el ideal designa la falta que viene a suplir. La subjetividad perjudicada, afirma Assoun (2001), “encuentra en su propia falta la posibilidad de (re)ganar la fuerza de su propia fundación” (p. 11).

En cuanto a la posición de excepción, Assoun (2001) afirma que es el resultado del pasaje del individuo de sujeto perjudicado a la idealización de su falta. El síndrome de excepcionalidad implica negarse a dar consentimientos a nuevos renunciamentos y en consecuencia, a mantenerse reacios a la lógica del intercambio analítico, en correspondencia con lo argumentado por Freud (1914/1978).

En *El perjuicio y el ideal* (Assoun, 2001) se entiende que los tres términos que ordenan la subjetivación del perjuicio son la vejación, la humillación y la decepción a través de los cuales registra un revés que le significa una falta de ganancia, confrontado a la vergüenza de ser. “Observemos que la brecha por donde se abre la melancolía no es necesariamente la pérdida de objeto, sino la herida del ideal avergonzado. Es la ‘llaga’ melancólica lo que hay que buscar en el corazón del sujeto perjudicado” (p. 18).

De esa forma, Assoun (2001) refiere que el individuo anula las posibilidades de dialectizar su historia, el acontecimiento traumático funciona como motivo de no-futurización. Y en correspondencia con el perjuicio, existe un Otro social que lo recibe, es la manera por la cual el exilio que lo define encuentra asilo en él. En ese sentido el individuo se coloca frente a la alternativa de identificarse con la posición subjetiva de exclusión y repetir el malestar, o construir un mito personal de la marginalidad.

Esto, de acuerdo con el autor, refiere al síntoma en el análisis y a su vez, revela el síntoma social, es decir, lo que surge en el encuentro clínico es lo que organiza un verdadero estilo de vida, incluso, Assoun (2001) asegura que “es el análisis el que *hace surgir el síntoma social*” (p. 13).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En primera instancia, como se observará en el apartado correspondiente al contexto institucional²⁸, el niño diagnosticado con cáncer y en tratamiento oncológico se somete a una travesía por el dispositivo asistencial en el que no se reconoce su subjetividad, por lo que se encuentra establecida la necesidad de atención psicológica, pero ésta se observa desdibujada en su especificidad entre los múltiples servicios que se ofertan a manera de prótesis para el cancerígeno. En ese sentido, al reconocer las constelaciones psíquicas intervinientes y los factores determinantes en el contexto, se configura un campo para la emergencia de la singularidad y su tratamiento, aspecto que a su vez justifica esta específica práctica psicoanalítica y se legitima con el deseo de cada uno de los niños de posicionarse en transferencia.

En ese sentido, al analizar dichas constelaciones psíquicas intervinientes y los factores determinantes que están puestos en juego en el discurso asistencial, como se asentó en los cuatro capítulos precedentes, se vuelve necesario configurar un dispositivo de intervención fundamentado psicoanalíticamente para tratar al trauma en su modalidad *avant-coup*: la invasión de un instante catastrófico (Le Poulichet, 1994) para el niño, por quien la pubertad, entendida ésta como estadio reorganizador de las funciones simbólicas, no ha ocurrido o en otros casos, *llega tarde*. Como consecuencia el yo se encuentra impreparado para emitir sus funciones de protección y defensa, generándose un dominio del proceso primario, que como se planteó en el capítulo denominado *Los afectos*, constituye una situación de terror.

De acuerdo con Davoine & Gaudillière (2011), tal situación de terror se asimila a un derrape permanente que no se aferra a nadie, se instalan los monstruos: últimas figuras de lo

²⁸ Ver página 130

indecible y de lo irrepresentable. Su contacto suprime todas las referencias, anula toda alteridad y por lo tanto, todo sujeto; en consecuencia, se desmoronan las referencias que hacen surgir el lazo social. Y especialmente en la clínica se muestra todo lo que el individuo ha debido hacer para sobrevivir. Davoine & Gaudillière (2011) establecen que cualquiera que sea la ocasión del trauma, los sobrevivientes designan en sus relatos los siguientes puntos: 1) ellos no forman parte del mundo de los vivos, 2) están atravesados por imágenes intempestivas, 3) oscilan entre una confianza excesiva y la desconfianza. En suma, se sienten exiliados del mundo y el terror no cede, sobre todo cuando dicen conocerlo, pero ni siquiera sentirlo.

Ante tales circunstancias, por un lado las concernientes a la supresión de la subjetividad por parte del discurso asistencial y por otro, el estado del psiquismo, se requiere emplear los recursos necesarios para posibilitar, de acuerdo con Ruíz (2014), que la clínica psicoanalítica tenga consecuencias éticas y no morales, en tanto que el psicoanálisis se encuentra en la línea de la perseverancia del ser, es decir, en la línea del deseo. La ética del psicoanálisis es la del bien-decir que genera actos libres de las ilusiones y esperanzas salvacionistas provenientes de la *mantequilla de la buena voluntad* y la *mermelada de la caridad*; cuestiones que cobrarán relevancia al exponerse el contexto institucional en el que se lleva a cabo esta práctica, en el capítulo correspondiente a la metodología²⁹.

Retomando lo expuesto en este apartado y como respuesta a la problemática planteada, el objetivo de esta investigación e intervención se plantean, como se observa en el capítulo posterior, desde la arista clínica y metodológica, vertientes que por su naturaleza no coinciden, sin embargo los objetivos y preguntas de investigación permiten dar cuenta del acto clínico y su formalización en el marco de una metodología determinada en función del planteamiento

²⁹ Ver página 128

epistemológico, las configuraciones clínicas y los factores intervinientes relacionados con el discurso asistencial. En ese sentido, a continuación se presentan las preguntas que direccionan la investigación y la intervención:

1. ¿Cuáles son y de qué manera se fundamentan las constelaciones psíquicas que se manifiestan en la práctica clínica con niños diagnosticados con cáncer y que se albergan en una asociación civil de San Luis Potosí? Además ¿cuáles son los factores del discurso institucional que determinan el campo clínico?
2. ¿Qué elementos configuran un dispositivo de intervención fundamentado desde el psicoanálisis para la atención a la singularidad de los procesos psíquicos desencadenados y reactualizados en niños diagnosticados con cáncer y que se albergan en una asociación civil de San Luis Potosí? Además ¿qué argumentos teóricos y metodológicos le otorgan a cada uno de los elementos propuestos su estatuto para configurar un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica?

OBJETIVO GENERAL

Configurar un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención a la singularidad de los procesos psíquicos desencadenados y reactualizados en niños diagnosticados con cáncer y que se albergan en una asociación civil ubicada en San Luis Potosí. Asimismo, articular dicha práctica y los hallazgos clínicos con el psicoanálisis (teoría, método, clínica) y fundamentarla.

Objetivos particulares

Objetivo de investigación:

1. Fundamentar mediante argumentos teóricos y presentación de casos clínicos, la configuración de un dispositivo para la atención de niños diagnosticados con cáncer que se albergan en una asociación civil de San Luis Potosí.

Objetivo de intervención:

1. Develar los procesos psíquicos desencadenados y reactualizados en niños diagnosticados con cáncer, albergados en una asociación civil de San Luis Potosí.
2. Configurar un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica para la atención a niños diagnosticados con cáncer que se albergan en una asociación civil de San Luis Potosí.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Se quiere reconstruir lo que durante los siglos XVII y XVIII fueron las ciencias de la vida. Olvidando simplemente que la vida no es dominio que se ofrezca espontánea y pasivamente a la curiosidad del saber
Foucault (1968, p. 78)

La investigación psicoanalítica en la universidad

Este capítulo dedicado a exponer la metodología de la presente tesis mantiene el objetivo de mostrar los principios bajo los cuales se sustenta el dispositivo con fundamento desde el psicoanálisis, en ese sentido, se continúa con los esfuerzos ampliamente documentados acerca del traslado del encuadre en el que tradicionalmente el psicoanálisis opera. Es decir, el campo en el que se lleva a cabo consiste en escenarios donde es ineludible –e igualmente ahí radica el interés– coexistir con otras disciplinas e instancias, discursos, que regulan el despliegue de la práctica clínica.

Ante ese panorama cabe distinguir tres niveles –identificados por Jardim y Rojas (2010)– en los que usualmente se adscriben las investigaciones psicoanalíticas desarrolladas en la universidad:

1. Las investigaciones que se fundamentan en criterios psicoanalíticos y en la cuales es ineludible la práctica clínica,
2. las investigaciones realizadas utilizando métodos cuyos propósitos son satisfacer criterios científicos externos al psicoanálisis, intercambiando con otras disciplinas temas que no corresponden con el psicoanálisis. Por último,
3. se identifican las investigaciones relacionadas con el psicoanálisis en las que se propone la búsqueda de fundamentos psicoanalíticos vía la revisión exhaustiva de la literatura.

Como puede deducirse la modalidad en la que se inscribe esta investigación corresponde al primer punto. En ese sentido, de acuerdo con Rojas, Reyes y Mendez (2011) lo que se precisa delimitar en este trabajo es “una forma de investigación fundamentada en criterios exclusivamente psicoanalíticos, que tiene como objeto de estudio los procesos psíquicos inconscientes originarios de la clínica psicoanalítica” (p. 1).

La investigación en psicoanálisis, de acuerdo con Blejer (1980), mantiene el propósito de develar aspectos de lo humano que resultan sorprendidos, enigmáticos e insospechados, es decir, se apunta a desentrañar aspectos ominosos; a diferencia de otras modalidades de investigación, como las cualitativas, que velan los sinsentidos y contradicciones propias del estatuto que adquiere lo psíquico. Respecto a tal punto, en *Construcciones en el análisis*, Freud (1937/1980) plantea que a partir de las ocurrencias que el paciente produce en asociación libre se pueden entresacar dilucidaciones respecto de las vivencias reprimidas, mociones de afecto y repeticiones de los afectos reprimidos.

A este respecto, Davoine & Gaudillière (2011) puntualizan el motivo por el cual la práctica clínica es ineludible en una investigación psicoanalítica y consiste en que para el psicoanálisis, los procesos inconscientes son su objeto de estudio, los cuales son imposibles de aprehender rigurosamente fuera de la dimensión de la transferencia. En ese sentido, un campo de investigación define su rigor al delimitar su investigación, y por consecuencia, es ineludible sacrificar hallazgos con el objeto de establecer las fronteras de su validez. Por consiguiente, los autores (Davoine & Gaudillière, 2011) establecen que los descubrimientos teóricos proceden de la investigación del paciente durante los encuentros clínicos, a condición de que funjamos como asistentes en la investigación del paciente y que actuemos en consecuencia, él es el investigador principal.

Un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica

Siguiendo la lógica hasta el momento expuesta, la metodología consiste en la configuración de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica, el cual se formaliza mediante las producciones de dos líneas de investigaciones³⁰ que cuentan con una extensa producción académica y surgen a partir de la formalización de la puesta en marcha de dispositivos configurados ante diversas problemáticas clínicas, que tienen lugar en distintos escenarios institucionales.

Las producciones investigativas mantienen como principio en común el hecho de que la investigación se piensa en dos niveles, un nivel corresponde a la que realiza el propio investigador, quien responde a los objetivos planteados mediante la teorización de los hallazgos clínicos. Mientras que el segundo nivel concierne a la investigación que realiza el paciente con relación a su deseo, propiciada por los artificios de la clínica psicoanalítica entre el clínico y el paciente, cuestiones que permanecen en la privacidad del espacio clínico. Estos dos niveles se encuentran en vías paralelas, eso implica que en ningún momento los objetivos de cada vía influyen a la otra. El documento académico surge a partir del análisis de los hallazgos clínicos y su formalización a partir de la pregunta de investigación.

La metodología se denomina *dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica*, sin embargo, el que sea una designación común no implica que pueda trasladarse de un espacio a otro o de una investigación a otra. Cada dispositivo se constituye mediante los elementos desplegados durante la labor clínica-investigativa de cada agente y es vigente mientras se sigan disponiendo sus elementos.

³⁰Dirigidas por la Dra. María del Carmen Rojas Hernández.

Esta propuesta, según lo expuesto por Rojas y Vega (2008) se fundamenta a partir de las conceptualizaciones desarrolladas por Foucault, principalmente, acerca del dispositivo. Básicamente consiste en la disposición de una serie de prácticas y mecanismos conjuntamente lingüísticos y no lingüísticos con el objetivo de hacer frente a una problemática clínica específica, precisando que ello no es susceptible de sistematizar o programar. La formalización de los elementos dispuestos es realizada por el investigador después de que sucede el hecho clínico, direccionado por los objetivos clínicos mediante los recursos del dispositivo que el psicoanálisis propone en cualquiera de sus aplicaciones clínicas.

En suma, este capítulo da cuenta de un dispositivo con fundamento en el psicoanálisis configurado para la atención a la singularidad de niños diagnosticados y en tratamiento por cáncer y que a su vez, se albergan en una asociación civil. Asimismo, se definen los elementos de los que se dispuso y se argumenta la función terapéutica de cada uno de ellos. De igual modo, antes de continuar con la exposición de los elementos del dispositivo, cabe asentar las características del contexto donde se llevó a cabo la intervención.

Contexto de la intervención

A continuación se presentan las condiciones predominantes en el contexto institucional durante el despliegue del dispositivo. Dicho contexto institucional hace alusión al anudamiento de dos espacios asistenciales, un hospital y una asociación civil, en esta última se adscribió formalmente este proyecto, sin embargo, fue posible acudir ocasionalmente al hospital para proporcionar un acompañamiento terapéutico, debido a que la asociación civil colabora con los objetivos de la institución hospitalaria, con relación a la atención integral de niños diagnosticados y en tratamiento por cáncer.

En su conjunto, el contexto institucional dedica programas a la atención de niños diagnosticados con cáncer que se encuentran afiliados al Seguro Popular, programa gubernamental que “se encarga de brindar servicios de salud a todas las personas que estén inscritas en el sistema de protección social en salud, y tiene la capacidad de trabajar con distintos proveedores de servicios de salud tanto pública como privada” (Seguro popular, s. f., parr 1).

Dentro del Programa Seguro Popular se contempla el denominado Gasto Catastrófico, el cual se encuentra destinado al financiamiento de tratamientos que rebasan el 30% de la capacidad de pago de los hogares afiliados al Seguro Popular (Secretaría de Salud, 2002). La oferta de servicios que se considera en Gasto Catastrófico incluye 59 diagnósticos, entre los cuales, 23 se encuentran en el grupo de cáncer en menores de 18 años: tumores del sistema nervioso central, tumores renales, leucemias, tumores hepáticos, tumores óseos, linfomas, tumores de ojo, sarcomas, tumores germinales, carcinomas e histiocitosis (Secretaría de Salud, s. f.b).

Específicamente en lo que respecta a la asociación civil, ésta surge en 1982 en el Distrito Federal con el siguiente objetivo:

“brindar a niños y niñas con diagnóstico de cáncer, en pobreza y sin seguridad social, los medicamentos oncológicos para sus tratamientos, evitando con ello su deserción a los mismos y apoyando a los padres que, por su precaria situación económica, no podían adquirir dichos medicamentos que además son muy costosos” (Secretaría de Salud, s. f.a, p. 3).

Esta institución reconoce que uno de los logros más importantes es el Programa de Apoyo Asistencial al Tratamiento, sin embargo, afirman que “otorgar medicamentos no lo es todo [...] Los niños y/o adolescentes y su familia requieren de programas complementarios que les

permitan no sólo que el niño se cure, sino que tanto él como su familia mejoren sus niveles de salud” (Secretaría de Salud, s. f. a, p. 3).

Por consiguiente, además de los medicamentos, proporcionan “hospedaje, alimentación, transporte, pasajes, apoyo a la rehabilitación con el suministro de prótesis oculares, auditivas o para extremidades, sillas de ruedas, muletas, juguetes, despensas, ropa, calzado, entre otros” (Secretaría de Salud, s. f. a, p. 3). Un segundo programa es el denominado Programa de Desarrollo Humano, que mantiene el siguiente objetivo:

“Brindar a los niños y a su familia los elementos que requieren no solo para hacerle frente a los problemas que ponen en riesgo su bienestar físico, psicológico y social, durante el proceso de la enfermedad y su tratamiento, sino también prepararlos para que disfruten de la vida por la que tanto han luchado, elevando la calidad de la misma en todo lo posible (Secretaría de Salud, s. f. a, p. 3).

Los espacios de la institución dispuestos para llevar a cabo sus objetivos y los programas descritos son sala de recepción, oficina de trabajo social, oficina administrativa y una oficina para la dirección. De igual manera, cuenta con una capilla donde se celebra una misa semanalmente y de manera ocasional, realizan acción de gracias por diversos motivos. Hay tres almacenes para donaciones, uno para los alimentos, otro para vestido y uno más para el medicamento; cuenta con consultorio dental, sala de televisión, cocina, comedor, ludoteca, aula escolar, sala de usos múltiples, patio de lavado, patio que cuenta con juguetes y área verde. Además, cuenta con 13 habitaciones dedicadas a los pacientes foráneos y que requieren albergue durante su estancia ambulatoria en el hospital, ya sea el niño con un acompañante, que generalmente es la madre, o bien, para un familiar del niño cuando éste se encuentra hospitalizado.

Disponen de un consultorio dedicado específicamente para la atención psicológica, área donde se realizaron los encuentros clínicos, cuenta con sala, escritorio con equipo de cómputo y mesa. Al momento de mi llegada, se me asignó dicho consultorio, el cual cuenta con libros, algunos juguetes y hojas de papel; durante el transcurso de los encuentros clínicos, se amplió el material para juego. Por otra parte, en algunas ocasiones, dependiendo del estado psicológico del niño, las intervenciones se realizaron en las habitaciones de los pacientes, en la sala de recepción, en el pasillo que comunica las habitaciones, en la ludoteca, sala de recepción, sala de televisión y en el patio trasero.

Por otro lado, respecto a la institución hospitalaria, ésta afirma ser la unidad con mayor capacidad resolutoria en el Estado de San Luis Potosí, “contando con 76 especialidades médicas y con una historia asistencial, académica y de investigación que lo ubican como un pilar de la atención médica en San Luis Potosí” (Hospital Central Dr. Ignacio Motones Prieto, s. f.). La práctica clínica se realizó en la división de medicina interna, la cual cuenta con diversas unidades, especialmente se acudió a tres de ellas, en donde dos cuentan con cuartos individuales en los que se facilita la privacidad durante el encuentro clínico. Sin embargo, otra de las unidades cuenta con algunos cuartos individuales y algunas salas donde se alojan seis camas, sitio en el que la posibilidad para realizar un encuentro clínico privado fue complejo, ya que son lugares con bastante tránsito de personal y donde los familiares y el personal suelen insistir en mantenerse al tanto de lo que ahí sucede, en especial de lo que surge fuera de su cotidianidad, como lo es la atención psicológica.

Debido a las condiciones presentes, básicamente se condujeron acciones para un acompañamiento, mientras que en los cuartos privados, se cuenta con mayor facilidad para la intervención. Asimismo, en algunas ocasiones se sostuvo el acompañamiento en los jardines del Hospital y en el área de urgencias.

Como se puede vislumbrar al exponer los programas y la infraestructura de la institución asistencial, parece indicar y de hecho así lo muestra el personal que ejerce las funciones establecidas en los programas, que ante el impacto del instante catastrófico, el sujeto pierde para sí mismo y a los ojos de los demás, su consistencia misma de sujeto, pues los propósitos institucionales parecen intentar borrar cualquier huella de subjetividad. Es usual, de acuerdo con Davoine & Gaudillière (2011), que se utilicen etiquetas para identificar al deprimido, a la víctima, al canceroso, absorbiendo la singularidad e incluso, las consecuencias estriban en que el sentimiento de sí mismo y de lo que ocurre se encuentran comprometidos. En consecuencia, en los primeros encuentros con los pacientes, se presentan con la cara rígida, afirmando que *todo está bien*, de manera discordante.

De manera contraria, el contexto institucional presume que en tanto se satisfagan las necesidades de estos individuos, el sufrimiento desaparecerá o no tendría motivos para emerger; sin embargo, más bien hay una desestimación del padecimiento y con las acciones institucionales, se trata de anestesiar el sufrimiento. Al colmar la necesidad, no hay un espacio para manifestar la falta y difícilmente, para formular una demanda de análisis.

Francisco (2005) apunta que cada vez se hace un mayor uso de la etiqueta de trauma por los medios sociales y la significación atribuida se aleja al de la noción psicoanalítica. Todos quieren evitarlo y consideran algo benéfico que el trauma no se produzca, por lo que se intenta prevenir. Sin embargo, independientemente de los elementos y herramientas para la administración de la salud contemplados en los programas anteriormente mencionados, en algún momento los efectos del trauma irrumpen, debido a la programación que intentan ejercer, sumado a las cualidades propias del acontecimiento traumático. En cambio, el psicoanálisis se define por el deseo de hacer surgir la singularidad, a este respecto, Laureant (2005) afirma que

en la medida en que se admite solamente una causalidad: la programación, surge el escándalo de lo contingente, en tanto que el trauma es imposible de programar.

A este respecto, Belaga (2005) explica que los estilos de individualismo institucionalizado logran tranquilizar o anestesiar, pero aparece su reverso dramático al momento de que dichas prácticas e imaginarios de seguridad se ven amenazados y/o fracasan, momento en que surge lo traumático. En la urgencia de solucionar lo que irrumpe en esa programación, se enfrenta a la precariedad de su condición. Es indispensable que ante las hiancias producidas, se mantenga una presencia para que el individuo trate sus afectos como una brújula que operen en la clínica psicoanalítica.

Sin embargo, al irrumpir el cáncer en la vida del individuo, lo enfrenta a su mortalidad que hasta entonces había permanecido desestimada, con las acciones realizadas desde el contexto institucional, lo ominoso que acarrea el cáncer puede conducirse hacia una coacción de las manifestaciones subjetivas. Para lograrlo, una de las medidas es el ejercicio de la religión, aspecto que en algunos casos toma formas reparadoras, pues se atribuye al Otro el destino de las preguntas acerca de la vida y la muerte que no son susceptibles de ser respondidas. Por su parte, Ruiz (2014) indica que es necesario reconocer que la existencia de la divinidad es un síntoma que el individuo requiere para que su limitada existencia encuentre un soporte, para que la angustia primigenia no lo domine. No obstante, puede contribuir a alejarse de la constitución subjetiva, pues no se emplea acción en función de la responsabilidad que cada individuo tendría que tener para sí mismo y su existencia.

Por otro lado, Davoine & Gaudillière (2011) establecen que cuando falta un otro a quien hablar, el trauma reduce al individuo a una interioridad invadida por la angustia de aniquilación, al terror. Especialmente, en el caso de los niños es impresionante el derrumbe subjetivo, pues se los deja en estado de desolación con el pretexto de una falta de comprensión. En ese sentido,

condenado a una cosa, hay una ruptura del lazo social. Es en ese momento cuando surgen incomodidades en quienes favorecieron esos efectos y entonces, el clínico es quien debe responder a lo que fue desdeñado por ellos mismos. Así se facilita sentir la desgracia humana, pues al estar presente el psicólogo, hay quien se encargue de las víctimas y de ese deshecho que produjeron. Según establecen los autores (Davoine & Gaudillière, 2011), en la actualidad todos saben que es necesario consultar al psicólogo, sin embargo, se confunde con un micrófono abierto al sufrimiento del planeta, generando una falsa proximidad cargada de buenas intenciones.

Ante tal panorama, lo que es relevante destacar e insistir consiste en que incluso en estos espacios donde el deseo del sujeto es alterado por el discurso institucional, el discurso psicoanalítico puede instaurarse y en especial, se justifica esa instauración cuando el deseo emana de un lugar donde el sujeto fue desestimado o desechado.

Principios de la práctica clínica psicoanalítica

Según lo explicado hasta el momento en el apartado metodológico, el dispositivo hace alusión a la configuración particular del método psicoanalítico en el despliegue de esta práctica clínica, con los objetivos que se contemplan. Sin embargo, se considera que la práctica psicoanalítica mantiene ciertos principios que le otorgan fundamento. Al hablar de principios, se realiza desde una contraposición a un *standard*, protocolos, códigos morales o intentos por programar la clínica, pues como afirma Laurent (2005) ante esa manera de admitir la causalidad, “surge el escándalo de lo contingente, de lo imposible de programar del trauma” (p. 40).

Do Rêgo (2003) afirma que con frecuencia el *standard* se presenta como una degradación de los principios que fundamentan una práctica, pues no se consigue a través de

él, expresar lo esencial de un principio. El *standard* está representado por los comportamientos rituales, mientras que los principios de una práctica hacen referencia a “la singularidad, al carácter único e irrepetible de un objeto o un acto [...] aquello que hace que cada vez que alguien lo encuentra sea como si fuese la primera y única vez” (p. 54).

Laurent (2005), a través del análisis de las intervenciones realizadas ante dos *crímenes en masa*, a saber, el ataque terrorista en New York el día 11 de septiembre de 2001 y en España, el 11 de marzo de 2004; explica que el horror es traumatismo en la medida que se trata de muertos, heridas con secuelas físicas y psíquias, pero también en la medida en que se crea un agujero en el discurso común, tanto a nivel colectivo, como singular y es ante ese traumatismo que se encuentra con la impotencia del discurso. La reacción al traumatismo es muy particular y en consecuencia, ilustrativamente, los casos referidos por el autor demuestran que no hay un tratamiento estándar de los efectos de un trauma. “El psicoanalista se define por su deseo de, en el seno de lo que es vivido por todos, hace surgir la particularidad de cada cual” (p. 32).

En ese sentido, Laurent (2004) realiza una declaración de principios directores del acto analítico, los ocho principios ahí contenidos se dictan a continuación:

1. “El psicoanálisis es una práctica de la palabra” (parr. 2).
2. “La sesión psicoanalítica es un lugar donde pueden aflojarse las identificaciones más estables, a las cuales el sujeto está fijado” (parr. 3).
3. “El analizante se dirige al analista” (parr. 4).
4. “El lazo de la transferencia supone un lugar, el ‘lugar del Otro’ [...], que no está regulado por ningún otro particular” (parr. 5).
5. “No existe una cura estándar ni un protocolo general que regiría la cura psicoanalítica” (parr. 7).

6. “La duración de la cura y el desarrollo de las sesiones no pueden ser estandarizadas” (parr. 8).
7. “El psicoanálisis no puede determinar su objetivo y su fin en términos de adaptación de la singularidad del sujeto a normas, reglas, a determinaciones estandarizadas de la realidad” (parr. 9). Y finalmente,
8. “La formación del psicoanalista no puede reducirse a las normas de formación de la universidad o las de la evaluación de lo adquirido por la práctica” (parr. 11).

Establecido lo anterior, es importante destacar que la transferencia tiene un valor intrínseco a la constitución del inconsciente. Freud, a lo largo de su obra no deja de insistir sobre la significatividad de la transferencia a partir de que analiza los efectos en el caso Dora, y la reconoce como el elemento más poderoso de la clínica psicoanalítica. Una de las cualidades observadas en el fenómeno de la transferencia es la escenificación que el paciente despliega en el encuentro clínico, se trata de fragmentos de su historia que de otro modo no se podría informar. A continuación, se presenta una sección dedicada a la especificidad de la clínica psicoanalítica con niños, en la cual la transferencia toma ciertos matices particulares, no obstante, más adelante se dedica una sección a la singularidad de la transferencia en este dispositivo con fundamentación psicoanalítica.

Especificidades de la clínica psicoanalítica con niños

Respecto al psicoanálisis de niños, Dinerstein (1987) se considera una autora de especial importancia en función del trabajo realizado para fundamentar dicha práctica, lo cual se sostiene desde el psicoanálisis lacaniano. En principio, introduce una pregunta desde donde apunta su recorrido teórico para fundamentar la clínica psicoanalítica con niños, ésta es, ¿Es posible analizar a un niño? Sin embargo, realiza una torsión importante luego de exponer que si algún

estatus se le otorga a la neurosis, no puede ser otro que el de lo infantil, y este término implica a lo reprimido, a lo sexual, a la dinámica pulsional que en su búsqueda de satisfacción reencuentran objetos. Lo infantil en psicoanálisis está lejos de referirse a lo propio de niños. En ese sentido, la pregunta de la autora se dirige más bien a si ¿es posible no analizar un niño?

Dinerstein (1987) expone que al discutir si es o no analizable un niño, lo que se oculta a manera de síntoma, es qué quiere decir niño para el psicoanálisis; al no plantear esa pregunta de manera explícita, se le supone un significado intrínseco, quedando capturado en su dimensión de signo. En consecuencia, la autora propone pensar al niño en la dimensión que, como significante en la estructura edípica, da cuenta de una posición subjetiva, de una posición deseante.

Al sostener esta manera de pensar lo infantil, Dinerstein (1987) afirma que siendo adulto o niño en su edad cronológica, de lo que se sufre es de lo infantil. “Y que es con lo infantil, con el niño que somos todos con lo que el psicoanálisis trabaja. Es por eso que sostenemos que, en tanto psicoanalistas, no es posible no analizar a un niño” (p. 76). Las diferencias de maduración entre un niño y un adulto son obvias, pero eso se encuentra en la instancia yoica y a donde se dirige la escucha es a lo inconsciente.

La autora (Dinerstein, 1987) reconoce que el niño no puede responder a la regla fundamental «Diga todo lo que se le ocurra», sin embargo, despliega acciones y por parte del analista, también se requiere que realice ciertas acciones que se concentran en la relación transferencial; ahí, el niño se dirige a quien supone un saber sobre aquello de lo que padece. Por parte del clínico, es indispensable aceptar ocupar ese lugar y demandarle que hable y atender a la demanda del paciente de ser escuchado y que sea interpretado; el saber radica en que si efectivamente hay un saber, solo puede desplegarse en el desenvolvimiento del discurso. Además, la autora (Dinerstein, 1987) explica que en la clínica, se trata de llevar al paciente hacia lo más verdadero de sí mismo, de esa manera, se posibilita destituirlo de cualquier

ocupación de ideal y aproximarse a su castración. Al limitar la alienación sobre su deseo y desde una posición distinta, se abre la oportunidad de actos de sublimación; aspecto que se discute más adelante, en la sección respecto al juego.

Con relación a la participación de los padres en la clínica psicoanalítica con niños, Dinerstein (1987) afirma que la demanda a ser analizada proveniente del niño, también se articula con las demandas provenientes de los padres, pues el niño no llega solo al análisis y su situación de dependencia implica que su demanda sea precedida y vehiculizada por un adulto. Y el clínico, ante esas diferentes demandas responde con escucha analítica. A la letra, la autora expone:

“El discurso de los padres en análisis se convertirá en posibilidad preeminente para trabajar el lugar del niño como objeto parcial en el fantasma materno. Lugar originario del sujeto, del que inevitablemente deberá ser excluido, por efecto de la palabra paterna. Solo así merecerá llamarse sujeto” (p. 19).

Además, Dinerstein (1987) apunta algunas consideraciones especialmente importantes debido al contexto en el que se desarrolló la práctica clínica. Consiste en que las demandas se desencadenan a partir de una fractura en el equilibrio narcisístico pero es condición necesaria que esa fractura provoque una hiancia en el Otro. “No alcanza, para que la demanda se efectivice, con que los síntomas lo sean para el niño; deberán ser distónicos también para los padres” (p.107).

Pero ¿qué pasa cuando, a pesar de existir una herida narcisística importante, como lo impone la enfermedad y el tratamiento del cáncer, no solo para el paciente, sino también para los padres, no hay una hiancia en el Otro? En el caso del cáncer y el tratamiento que conlleva, implica un choque traumático provocado por un agente externo. De acuerdo con lo explicado

por Nasio (1991), en estos casos, el afecto provocado por el trauma real es un sentimiento de pavor que sin ser reprimido, queda inscrito en la vida fantasmática de la psique infantil.

De acuerdo con el mismo autor (Nasio, 1991), la resolución del exceso de afecto se cumple gracias a la dispersión y disipación de la energía mediante la escucha del psicoanalista, pues esta funciona como una familia de representaciones que acoge la representación inconciliable, que hasta entonces permaneció reprimida por un yo histérico. Cuando se libera de la sobrecarga y es homologada con otras representaciones, lo que era inconciliable y luego apaciguado, podrá volver a integrarse en el yo que lo había repelido.

Respecto a la inclusión de los padres, en conclusión, esa participación se requiere en algunos momentos del seguimiento terapéutico. El objetivo consiste en generar en los padres las fracturas necesarias para dar lugar a que el niño transite de su posición de objeto a su identificación ideal, manteniendo la distancia necesaria para que se despliegue el deseo del niño; lo cual implica identificar y reconocer su falta y la del Otro.

Por su parte, Davoine & Gaudillière (2011) afirman que el niño es un investigador en potencia y al negarle la exploración, queda desconcertado y es convertido en un *inocente*. Al encontrarse con otro que acepte el desafío de reactivar la pregunta que se le negó, autentifica que existió una ruptura. El niño como sujeto de la palabra, emerge en el gesto de reconocimiento y autentificación, renace a pesar de los intentos de anularlo.

Elementos y recursos transferenciales del dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica

Pero allí donde hay peligro de muerte, hay urgencia de supervivencia. Y si la locura se esfuerza tanto en atraer a su analista y en ponerlo en aprietos, ello se debe a que la supervivencia del sujeto implica la travesía por un mundo que no se parece a nada, por una pasta informe y pegajosa, por sesiones que tampoco se parecen mucho a algo, pero que ocultan una especie de atractor extraño.

Davoine & Gaudillière (2011, p. 307).

La transferencia para cualquier aplicación clínica del psicoanálisis consiste en un elemento imprescindible. De acuerdo con Assoun (2003), en el texto *El vocabulario de Freud*, se dice que “un análisis sin transferencia es una imposibilidad”; mientras que en *La metapsicología freudiana* (Assoun 1994) indica que la relación transferencial es anudada por la demanda y funda el presupuesto necesario que hay un sujeto del síntoma.

Sin embargo, como se estableció en el marco teórico y la problemática, el instante catastrófico, por tratarse de una situación traumática *avant-coup* requiere de ciertos manejos transferenciales distintos a los que se llevan a cabo en una situación clínica ortodoxa, por lo menos de principio, en tanto no haya una movilización del tiempo en detención que caracteriza el instante catastrófico. Normalmente, según lo establecido por Rojas y Monjaraz (2015), la situación analítica implica una posición respecto a un sujeto que exige un saber implícito en la formulación de la demanda y en ese sentido, el saber se busca en la otra persona que asume el posicionamiento sujeto supuesto saber. Sin embargo, a través del despliegue de elementos específicos y propios del dispositivo con fundamento en el psicoanálisis, el sujeto que demanda encuentra una carencia constitutiva que posibilita renunciar a los ideales subyacentes a su sufrimiento. Por lo tanto, en transferencia se produce un encuentro disimétrico señalado por el

otro en su dimensión de objeto y que manifiesta al deseo en relación con el otro. El paciente encuentra su falta constitutiva y al asumirla, renuncia a los ideales que lo atormentaron, es decir, deja de sufrir por la imposibilidad de acceder a ciertos objetos o satisfactores. Ya no pasará la vida sufriendo por lo imposible.

Efectivamente, en cualquier proceso terapéutico psicoanalítico se apunta a ello, pero en este dispositivo fue necesario plantear otras vías para dirigirse hacia ese punto. La razón principal se sustenta en que los casos de traumatismo –de acuerdo con Davoine & Gaudillière (2011)– desafían la clínica debido a que el análisis tropieza con que en lo inconsciente nada del trauma se inscribe, en consecuencia, las herramientas habituales del psicoanálisis quedan en suspenso, pues la palabra reprimida no se constituye. En los primeros contactos, el clínico no es el depositario de un saber, ni siquiera supuesto, al contrario, el clínico se encuentra ligado a la crisis, por lo que se convierte en un objeto de investigación para el paciente. En ese sentido, la primera apuesta versa sobre la génesis del sujeto que sin embargo, no deja de existir. “Llamamos inconsciente cercenado al inconsciente que opera en esos momentos” (p. 103).

Ese inconsciente cercenado se encuentra colmado de lo real, por lo que hay un saber demasiado pero que no es memorizable como pasado, pero se produce como reviviscencia sin perspectiva cronológica. No hay sujeto de ese saber, afirman Davoine & Gaudillière (2011) y añaden que la proximidad de la muerte requiere que sea dado un nombre para inscribir lo que adviene en el intercambio transferencial. En estos casos, la continuidad de la transmisión se interrumpe, es una zona despojada de la cadena significante; hay una irrupción sin palabras donde todo se dice, buscando la puerta del lenguaje. Por consiguiente, es el psicoanálisis lo que permite al clínico entrar en contacto y existir en zonas de no existencia del sujeto.

De la misma manera, en este tiempo en detención, el paciente es quien señala la vía práctica y teórica, lo complejo radica en que se formula enigmáticamente. En ese sentido, Le

Poulichet (1994) establece que la relación transferencial ubicada ante tales perspectivas, se entiende como un lugar de superposición de dos modulaciones que engendra un paréntesis del tiempo en el que se manifiesta la presencia del deseo, gracias a un tiempo identificante en el que dos objetos se identifican mutuamente.

Le Poulichet (1994) explica que el paso del tiempo es un porvenir que va al pasado viniendo del presente, por lo que ante la problemática expuesta, lo por-venir viene de un punto de fuga que atraviesa la presencia del analista y del analizante, bajo la forma de un no-saber que mantiene abierta la vía a lo desconocido y lo extraño, por lo tanto, a la singularidad.

Por lo que el término *proximidad* transferencial, analizado por Le Poulichet (1994) y Davoine & Gaudillière (2011), expresa una distorsión del espacio-tiempo generada por el acontecimiento en el que faltó un sujeto que llevara su huella, introduce la posibilidad de definir criterios de proximidad particulares, en donde es necesario inventarse un lugar. A lo que puede aspirar es a ser un espectador de un acto que no se inscribe para un sujeto, “un real que no señala su presencia sino en la urgencia de la apertura de nuevas hostilidades” (p. 214). El clínico se ve lanzado hacia lo incompresible, así, la proximidad puesta en acto se vuelve el lugar de la transferencia.

Sin embargo, en la proximidad, Le Poulichet (1994) afirma que las palabras que faltaron para prevenir la catástrofe acuden anacrónicamente por vez primera a preparar lo que ya se produjo; por lo que el yo, en diferido, anticipa la catástrofe y reconstruye lentamente la trama de una realidad y se posibilita la salida del instante catastrófico. Asimismo, en la proximidad transferencial, los agujeros de la historia producidos por la catástrofe y las reacciones afectivas son explorados paulatinamente, de esa manera, se evita un cercenamiento del impacto traumático.

Ante el establecimiento transferencial de la proximidad, Le Poulichet (1994) afirma que todo sucede al revés, básicamente; lejos de levantar una represión, es el elemento que la hace posible y permite que cesen los efectos catastróficos que no cesan de no inscribirse. Sin embargo, es necesario permanecer advertidos que el tiempo no es algo que se deje amansar dócilmente, señala; por lo que es posible que las crisis se repitan, en donde los afectos surgen como si se confrontaran por vez primera. Se trata en ese caso del encuentro con una pregunta simbólica, la del deseo del Otro, esa constituye la diferencia de la emergencia de la crisis. “Sólo cuando el acontecimiento ha ocurrido, el sujeto cesa de coincidir con él, cesa de serlo para contarlo” (p. 134), entonces, el sujeto puede recordar lo que nunca había ocurrido en el presente, debido a que no cesaba.

De esa manera, en el tiempo del análisis la pregunta podrá reconocerse en su singularidad, y lo imposible es susceptible de ser nombrado y delimitado, liberando así las vías de lo posible (Le Poulichet, 1994). En algunos pacientes, más que apuntar sobre la imposibilidad de acceder a ciertos satisfactores, se trata de que no generalice la renuncia, sino que se presente alternativas posibles, pues ante el cáncer parecen clausurarse las vías hacia el placer.

Posicionamiento ante la institución asistencial

En primera instancia, como se establece en el apartado correspondiente a la descripción del contexto institucional, éste supone tener el poder y los medios necesarios para proveer de curación y bienestar para el niño con cáncer y su núcleo social –incluso a nivel comunitario–, mediante diversos programas y la disposición de medidas que tratan de abastecer la falta con múltiples servicios y atenciones. Por lo que ante el discurso predominante en el contexto institucional, cabe explicitar el posicionamiento que se mantiene durante la práctica en este

contexto. En principio, no consiste en la posesión de la curación del paciente y tampoco de dirigir el tratamiento hacia la curación del cáncer y mucho menos, curarse de estar vivo.

En ese sentido el posicionamiento consiste en asumir que estar vivo supone para cualquier persona, un padecimiento, así como satisfacciones a lo largo de la vida, independientemente si se está enfermo de cáncer o si se tiene un hijo que padece esa enfermedad. El cáncer, más bien se toma como un evento fortuito, trágico, pero así como cualquier evento impuesto por la vida, hay posibilidades de enfrentarlo.

Belaga (2005) afirma que en los momentos de urgencia se conduce a lo más específico del psicoanálisis que consiste no sólo en tratar lo contingente que motivó el encuentro clínico, sino tener en el horizonte de la experiencia la vertiente del trauma como real de la no relación sexual. “En esta perspectiva, lo que importa es reinventar otro que ya no existe; como fue develado por el mismo accidente y / o catástrofe, por la pérdida, por el duelo. [...] para que invente a partir del traumatismo, un camino nuevo” (p. 11).

En relación con ello, Tarrab (2005) plantea las posibilidades al tratar la urgencia y el trauma desde el psicoanálisis, que consiste en incluir una perspectiva para explorar la relación entre trauma y decisión. Afirma que no solo se trata decididamente de elaborar, reconstruir al Otro que se ha perdido y producir la invención de un camino nuevo; se trata también de situar el tiempo de la decisión que el paciente tiene la oportunidad de tomar al borde de su abismo. “Es la evidencia de que frente al trauma se trata también de acto e inscripción” (p. 62).

En el posicionamiento que subyace a esta práctica clínica se entiende que, según lo planteado por Bilbao y Morlans (2010), ante la condición humana, en la vida y la existencia se encuentra una ley que implica la degradación de esta. Esas situaciones ineludibles pueden conducir al borramiento del sujeto si el individuo pierde su posibilidad de nombrar la vida, la enfermedad y la muerte. De esa forma, no se ofrecen al individuo medidas ortopédicas frente

al dolor y al sufrimiento, sino entenderlos como una condición esencial de reflexión sobre el devenir de la vida anímica.

En general, de acuerdo con Bilbao y Morlans (2010), el posicionamiento radica en asumir que la vida no puede curarse, el sufrimiento se toma como una condición de advenimiento subjetivo, es condición de compromiso, de transformación y de tránsito subjetivo; el sufrimiento actúa a modo de un organizador anímico que ampara la serie de restricciones que la realidad impone.

En ese sentido, la clínica que se le presenta al paciente se posiciona de manera opuesta a la lógica del contexto institucional y a la lógica de la psicoterapia –que intenta una administración social de la subjetividad–, apostar al surgimiento de la singularidad y así, otorgar un sentido al sufrimiento. En donde la ética se basa en la desmitificación de ideales. Las posibilidades de esto versan, para quien decida asumirlo y posicionarse en correspondencia, en la disposición de saber acerca de la verdad de su sufrimiento.

En tanto tal sufrimiento se encuentra velado y para quien decida realizar el trabajo de desciframiento de su deseo, entonces, la clínica se direcciona hacia enfrentar el displacer narcisístico de la verdad que emerge. Afirmar Ruiz (2005), “dejar de ser víctima y verdugo y salvador y renunciar a la compasión autocomplaciente” (p. 24). Se conduce hacia la asimilación de la ineludible falta y asumirla, tomando posición ante su vida y con las decisiones que el paciente se formule. Se trata de un trabajo que él mismo puede construir.

El juego

Respecto del análisis freudiano acerca del juego, Mannoni (2000) señala que Freud entiende el juego como una creación poética y luego, descubre el papel del principio de repetición como función de dominio de las situaciones desagradables. Además, afirma que el

juego se presenta como un texto a descifrar y para hacerlo, es necesario integrar en él la resistencia y aquello que en el niño forma una pantalla ante su palabra. De igual manera, es necesario comprender quién habla, porque no necesariamente es el niño.

Por su parte, Dinerstein (1987) indica que en la clínica con adultos, al reconstruir su infancia, el paciente reordena un pasado de acuerdo con su deseo. En el caso de los niños, eso sucede mediante el juego, actividad mediante la cual reordena su mundo presente o pasado de acuerdo con lo que quiere. A la letra, afirma lo siguiente:

“Es entonces cuando surge su decir que apunta a un adulto imaginario o real [...] El discurso que tiene lugar en psicoanálisis, en el caso del niño y en el del adulto, nos remite pues, no tanto a una realidad como a un mundo de deseos y de ensoñaciones” (p. 8).

Igualmente, a partir del desarrollo freudiano acerca del fort-da y otras referencias, Dinerstein (1987) puntualiza que el juego se puede pensar desde la relación que funda con la actividad pulsional y con la constitución del yo. La compulsión de repetición manifiesta en el juego repite la escritura del fracaso en un intento de anulación del displacer, procurando que dicho displacer se inscriba y quede sometido a la economía del principio del placer. Sin embargo, el juego articula nuevos trayectos pulsionales entre la satisfacción plena y el silencio impuesto por la represión, no puede quedar inscrito en alguno de los dos polos.

En ese sentido, según Dinerstein (1987), el lugar metapsicológico del juego puede ubicarse desde una óptica de la sublimación, a partir de una puntualización freudiana que dicta “...todo niño que juega se comporta como un poeta...” (Dinerstein 1987, p. 87). Y entendiendo la poesía como una actividad creadora mediante la palabra, se reconoce dicho carácter intrínseco al juego y al jugar. El juego reactualiza algo de la constitución subjetiva, tiene posibilidades creadoras al ir más allá de los caminos marcados por la represión primaria,

implican la posibilidad de inscripción de algo nuevo. De esa manera, la dirección de la cura se orienta hacia el rescate de lo pulsional que se pone en juego en el jugar como goce posible y permitido, por el cual no hay “triumfo de las pulsiones de muerte, ni silencio impuesto por la autoconservación, sino y en cambio, pulsión sexual, predominancia del juego, del deseo, de la sexualidad” (Dinerstein, 1987, p. 100).

Párrafos atrás se mencionó que el lugar metapsicológico del juego se ubica desde la sublimación, según lo afirmado por Dinerstein (1987). A ese respecto, Le Pulichet (1996), igualmente en el campo de la creación, define la sublimación no en su acepción clásica, es decir, a un destino pulsional que implica un cambio de meta y objeto, sino más bien, a la producción de un nuevo lugar psíquico que desplaza la relación con el peligro. En este caso particular, la autora lo retoma desde el núcleo de experiencias de desamparo que desintegran la imagen del yo y pone en juego un nuevo peligro a través del mismo acto creador.

Le Poulichet (1996), identifica en la conceptualización de la sublimación, un elemento inadvertido por el psicoanálisis y que articula con el narcisismo, lo cual consiste en la exploración de procesos que pueden instaurarse ante “fallas narcisísticas a las que relevan tiempos de emergencia de objetos insólitos, que asumen el estatus de cuerpos extraños sucedáneos del yo” (p. 14). Amplía que más allá del principio del placer, hay cuerpos precipitados precozmente en la urgencia de un goce devorador, donde no se tiene la opción de la neurosis o la del repliegue psicótico, la principal defensa ante ello es la elaboración de un borde³¹ precario en el que puedan sostenerse. Justamente la constitución particular de ese borde en el que se sostiene puede designarse como una de las formas primeras de la sublimación.

³¹ Le Poulichet (1996) define al borde como un “fragmento de la realidad susceptible de investirse, que ancla la presencia del cuerpo en el mundo y organiza puntualmente la conjunción de un afuera y un adentro, así como la articulación de una plenitud y un vacío, y luego la de una presencia y una ausencia” (p. 30).

“Viene a circunscribir parcialmente el *exceso* del goce, es decir, la experiencia de un desborde pulsional devastador y sin límites [...] permite cobrar cuerpo, allí donde la experiencia de un puro desamparo, antes bien, dejaría librado el cuerpo a la invasión y la fragmentación” (p. 31).

Le Poulichet (1996) indica que no se trata de una elaboración estética tardía, sino de un encuentro que funda un *trazo generador* en lo real, al margen del vínculo con el otro. Para ilustrarlo, utiliza la analogía del modelado de un jarrón, donde “el jarrón es el objeto que, al ser creado, hace surgir repentinamente ‘la existencia de un vacío en el centro de lo real’, así como una oposición recíproca entre el vacío y la plenitud” (p. 34).

En suma y a manera de conclusión, el juego –ubicado metapsicológicamente en los terrenos de la sublimación– resulta de especial beneficio en la clínica psicoanalítica con niños, pues mantiene una función importante al consistir en un elemento que posibilita reconocer hiancias en el Otro para transitar de una posición de objeto a una identificación ideal para que pueda desplegarse el deseo, conteniendo ante la fragmentación o devoración. Es decir, es susceptible de hacer el equivalente de una metáfora paterna para no quedar reducido a un objeto de la Madre y dar forma al deseo del niño, propiamente. En síntesis, es un apoyo a la pulsión en los momentos en los que ésta puede dejarse deslizar hacia la muerte.

El ingenio

“En broma, como es sabido, puede decirse hasta la verdad”.

Freud (1915/1979, p. 299)

Davoine & Gaudillière (2011) afirman que en el borde de las catástrofes, los pacientes saben mostrar en la excitación de un virtuosismo verbal mediante risas, la zona de muerte que nadie quiere ver; por lo que en conjunto, el ingenio y el juego constituyen recursos esenciales para incidir ante los aspectos arcaicos y regresivos que se despliegan ante la problemática. En el caso

específico del ingenio, Nietzsche (1844-1900; citado en Szabó, 2011) ilustra el efecto y el beneficio que se puede obtener de este atributo *humano*, al afirmar lo siguiente: “El hombre sufre tan terriblemente en el mundo que se ha visto obligado a inventar la risa”.

Szabó (2011) refiere que al humor lo caracteriza la imprevisibilidad de una ocurrencia involuntaria, mientras que el chiste implica un propósito consciente, premeditado. Aunque es al ingenio y no al humor o al chiste lo que se presenta como elemento de este dispositivo, se encuentran ineludiblemente relacionados y no se puede hablar de uno sin hacer alusión a los otros, por lo que se toman como referentes para construir la noción de ingenio. En la Real Academia Española (2014) se muestran diversas acepciones respecto al ingenio, sin embargo, se rescata para estos fines el que dicta de la siguiente manera: “intuición, entendimiento, facultades poéticas y creadoras”.

En esta breve acepción de ingenio se alude a la sensibilidad que es indispensable durante los encuentros clínicos y la escucha analítica. Por su parte, Ruiz (2014) afirma que las posibilidades poéticas del lenguaje posibilitan que lo que no es, sea. “El análisis *crea*³² un nuevo lazo social materializado por el lenguaje” (p. 19). De esa manera, mediante el ingenio se posibilita que lo traumatizante pueda referenciarse desde el polo del placer. Cancina (1992) afirma que la risa re-anuda lo que de otro modo seguiría permaneciendo desanudado y en el lugar de lo cómico, se presentifica lo ominoso.

Asimismo, Pommier (2011) indica que en las situaciones extremas el trabajo de pensamiento sufre una detención debido a que las instancias psíquicas se encuentran igualmente, en detención, no hay comunicación ni intercambio entre ellas. El ingenio, con la

³² Cursivas mías.

risa que convoca puede producir movilizaciones del aparato psíquico y recuperar el dinamismo que lo caracteriza.

De acuerdo con Szabó (2011), el ingenio y la risa captan la atención, despiertan el interés y distraen cautivando con un incremento del monto libidinal que inviste el preconscious, produciendo estasis libidinal. El autor amplía que el placer incentiva, toma por sorpresa permitiendo que el sinsentido que desconcierta, adquiera súbitamente un sentido nuevo que ilumina lo prohibido.

“Esta consumación, momento de incremento abrupto del placer, produce una brusca zambullida en el inconsciente de una ilación de pensamiento preconscious que es fugazmente entregada a la elaboración por las leyes del proceso primario, a la vez que su resultado es nuevamente rápidamente aprehendido por la percepción consciente” (p. 4).

Al principio de este apartado se resaltó que la risa es un atributo humano y en las situaciones extremas se observa como las barreras antropológicas que dividen lo humano, de lo animal y la bestialidad se tornan endeble. Tanto el paciente, como quien se encuentra frente a él, cuestionan la permanencia de ese ser que habita un cuerpo transformado a tales magnitudes y si ante tales condiciones desventajosas, permanece a lo humano. Ante ello, en la clínica psicoanalítica, al disponer del ingenio y convocar la risa, se intenta dejar una huella de que ahí hay un sujeto, tal vez no lo comprenda en ese momento, pero se apuesta a que esa inscripción tenga efectos sobre lo inconsciente.

La mirada

Como se mencionó anteriormente, el cáncer provoca transformaciones corporales que pueden tornar confusas las fronteras antropológicas que dividen el mundo perteneciente a lo humano,

lo animal e incluso, la bestialidad. Ello suscita cuestionamientos e incertidumbres respecto a su constitución y pertenencia a lo humano no solo para quien padece la enfermedad, sino para las personas cercanas y a quienes enfrenta directamente con esas dudas. Ante esto, es normal observar que el paciente no logre sostener su mirada ante el otro, o que el otro responda mediante desviaciones de la mirada, expresiones de asombro, terror y/o incógnitas.

Chagnon y Marty (2007) formulan los cuestionamientos que suscitan las situaciones extremas de la siguiente manera: ¿Esta persona frente a mí, es realmente una persona humana? ¿Merece, como yo, que se le llame persona? ¿Él comparte junto a mí, la dignidad de persona? Tomándolo en consideración, el artificio de la mirada se propone con el fin de hacer consistir la subjetividad de estos pacientes. Consistió en una vía para rectificar su imagen corporal y en consecuencia, restablecer el lazo social.

En el texto freudiano *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (1925), se expone la importancia que tiene la mirada para la constitución psíquica del niño. Particularmente, en *Introducción del narcisismo* (Freud, 1914) se define al narcisismo como el “complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (pp. 71-72). Incluso, Freud explica de qué manera, ante una enfermedad orgánica se deja de tener interés en las cosas del mundo exterior que no se relacionan con el sufrimiento, afirma: “mientras sufre, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar” (p. 79).

El elemento de la mirada es formalizado por Lacan (1949) en el texto *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*, en donde a través de la imagen del espejo se accede a una captación de totalidad; momento mítico que marca el inicio de la constitución subjetiva en función de la mirada de un otro.

A partir de las referencias freudianas y lacanianas se delimita la importancia de la mirada como soporte, pues si esta falla, los efectos pueden ser devastadores. Avila y Tosta (2013), afirman que la importancia de la mirada clínica se ubica en lo fundante y constitutivo de la imagen inconsciente del cuerpo, opera como soporte de los discursos del cuerpo, sus marcas y ordenamientos. La intención de los autores radica en que a través de la mirada se pueden propiciar encuentros que reconstruyan un sentido y significación de aquello que perturba el psiquismo cuando se daña el cuerpo. Prosiguen que observar es adentrarse más allá de lo manifiesto e intentar ubicar la irregularidad que daña y perturba; “la mirada busca inclinarse sobre lo desconocido del cuerpo para develar algo que engendre la transformación del trauma en experiencia” (p. 69)

En esta práctica, con el recurso de la mirada en reciprocidad entre el paciente y el clínico se identifican dos funciones, una de ellas es acompañar ante la impresión de ver su cuerpo mutilado por las intervenciones médicas o como efectos secundarios del padecimiento y del tratamiento, en ese acompañamiento se establecen los límites necesarios para que no se despliegue el goce de mirar. La segunda función consiste en satisfacer el deseo narcisista mediante la mirada del clínico que atestigua su singularidad y consistencia subjetiva; es devolver una imagen rectificadora de sí mismo, sin denegar las transformaciones corporales que supone, pero manteniéndolas inscritas en la condición humana.

La mirada se entiende como un acto pulsional, Ruiz (2014) explica que ante ese acto pulsional “se despierta un mirar interno, inconsciente, fantasmático que fija –apacigua y calma– al sujeto en la representación” (p. 24); distinto al goce de mirar, en el que no hay representación. El autor precisa la importancia del ojo como organizador pulsional, pues de ahí resulta la construcción de una identificación y la elaboración del conflicto; indica que el ojo se encuentra en la base de toda identificación y siempre supone la presencia de otro. La relación que se tiene

con la imagen del cuerpo está marcada por una falla que hace síntoma, además, “mantiene la conspiración del «yo ideal» de complacerse a sí mismo siendo con el otro, y la aspiración a ser uno con el ideal” (p. 31).

Acercamiento - distanciamiento

Este elemento del dispositivo con fundamentación psicoanalítica consiste en que la clínica en situaciones extremas ineludiblemente convoca aspectos transferenciales arcaicos y regresivos, Assoun y Mijolla-Mellor (2005) afirman que en la investigación psicoanalítica actual, lo informe y lo arcaico son cuestiones que constituyen un desafío para el pensamiento analítico. Lo informe, se define como el movimiento por el cual el analista percibe y construye las formas de la regresión; por su parte, Fédida (1999) toma como referente a Bataille, quien explica que lo informe consiste básicamente en la experiencia de *ser mirado por el síntoma*.

En ese sentido, el acercamiento y el distanciamiento refieren a identificar analíticamente en qué momento es indispensable tomar distancia en la clínica, y sin tomar otro posicionamiento distinto al expuesto hasta ahora, la clínica se lleva a cabo con una implicación distinta. Se considera que es importante realizar una renuncia narcisista, pues el clínico que se enfrenta a situaciones extremas debe proteger los encuentros, es decir, al clínico mismo y al paciente de los efectos transferenciales de sobrepasar los límites.

En el texto de Nietzsche (1886) *Más allá del bien y del mal*, se encuentra una sentencia que ilustra puntualmente lo que se desea transmitir con este elemento: “Quien con monstruos lucha cuide de no convertirse a su vez en monstruo. Cuando miras largo tiempo a un abismo, también éste mira dentro de ti” (p. 114). Por consiguiente, se insiste en identificar analíticamente los efectos que pueden presentarse en la clínica y decidir la distancia a la que es conveniente ubicarse. De otro modo, las defensas ante las situaciones extremas pueden alterar

los objetivos que se buscan durante la intervención y que ello permanezca inconsciente para el clínico. Es necesario permanecer atento y advertirlo.

La analogía utilizada para expresar el trabajo de acercamiento y distanciamiento durante la práctica clínica es la de apagar un fuego, esto no se puede hacer dirigiendo los esfuerzos de manera cercana y directa, pues terminaría afectado por el calor, es necesario posicionarse desde distintos ángulos y con distancias variables, acercarse en un momento, distanciarse en otros, según convenga y en función de lo resentido por el cuerpo, finalmente, apagar ese fuego sin exponerse a una quemadura.

Es decir, Davoine & Gaudillière (2011) advierten la manera por la cual el análisis cambia brutalmente de parámetros y de referentes apenas el conocimiento lo toca a uno de cerca y al ser tocado, el clínico es susceptible de ser atrapado en la zona catastrófica de la transferencia y también de la investigación. “El pasado es actual, vuelven los muertos” (p. 36), por lo que es importante reconocer e interrumpir la fascinación que despierta lo real sin forma.

RESULTADOS

La construcción de casos como metodología para el análisis de los hallazgos clínicos

*Escribir es usar la palabra como carnada, para pescar
lo que no es palabra.*

*Cuando esa no palabra, la entrelínea, muerde la
carnada, algo se ha escrito.*

ClariceLispector

Con el fin de presentar los resultados de esta investigación, se eligió la construcción de caso como metodología para analizar los hallazgos clínicos y presentarlos. Según Laurent (2002), el caso se eleva a paradigma a partir de Lacan y en ese sentido, en la obra lacaniana se encuentran las vertientes necesarias para definir la pertinencia de la construcción de caso como vía para la transmisión en psicoanálisis, a diferencia de las viñetas o la narrativa de sesiones clínicas, por mencionar algunas otras formas. Particularmente, esas vertientes se encuentran ubicadas en la relación de la clínica y la ética con lo real, las cuales conducen al caso, en tanto éste implica una exigencia de Bien decir. A lo largo de este capítulo se extiende esta idea.

Establecido lo anterior y articulando la metodología de investigación con la construcción de caso, de acuerdo con Ramírez (2010) la investigación en psicoanálisis es lo contrario a buscar dogmáticamente confirmar una hipótesis; más bien, consiste en encontrar una nueva articulación significativa que exprese de manera inédita un real imposible de nombrar. Investigar desde el psicoanálisis consiste en cuestionar y confrontar la teoría.

Avila (2009) explica que la formalización del documento de investigación es el resultado de un análisis dialéctico cuyas reglas aluden a las condiciones en las que la praxis y las elecciones temáticas dan lugar a la organización y equivalencia de conceptos. Es decir, la construcción y el desarrollo de los ejes temáticos se realizan paralelamente a la intervención clínica, pues no hay posibilidad de hacer clínica sin teoría o viceversa. Además, un aspecto de

suma importancia en la metodología empleada para el análisis de los hallazgos clínicos es la construcción del caso entre varios, a través del grupo de supervisión.

Para la transmisión de dichos hallazgos clínicos es necesario realizar una abstracción teórica a partir de ejes de análisis, los cuáles son definidos por su relevancia en el caso. Esto se apoya en una propuesta de investigación en psicoanálisis llevada a cabo en espacios universitarios, misma que es planteada por Rojas, Reyes y Mendez (2011):

“la práctica clínica tendría que incluir una sustentación teórica mediante la cual se pueda mostrar aquello que de los hallazgos clínicos haya sido elegido como eje de investigación, para que posteriormente se pueda analizar a la luz de la teoría expuesta lo que la relación transferencial haya permitido que surgiera como lenguaje y de lo cual el investigador pueda dar cuenta formalmente como una construcción teórica, al margen de lo que para el paciente constituya una revelación sobre su deseo, lo cual corresponde a otra investigación, cuyo carácter no tiene por qué ser formalizado ni salir del ámbito de la privacidad del sujeto (p. 11).

Al respecto, en la experiencia clínica el sujeto se verá colocado frente a su palabra haciendo surgir el campo de la escucha llamando la atención del sujeto sobre su propia palabra, es decir, convocando al paciente a que escuche lo que dice (Garrido, 2013). La propuesta aquí sostenida supone que a través de la construcción de caso se muestra lo que el dispositivo posibilitó, en función de las preguntas y objetivos de investigación. Mientras que el grupo constituye un núcleo de análisis y discusión que mantiene una función de supervisión de la práctica clínica y regulador de la fantasía individual. Al respecto, Avila (2009), señala que la participación de un tercero como supervisor cuestiona los medios y amplía las vías del dispositivo; supervisar es acompañar desde una postura crítica y rigurosa.

Por su parte, Laurent (2002) afirma que para el psicoanálisis y quienes lo practican, el caso clínico es un método valioso para saber cómo se analiza. Sin embargo, amplía que ello no se exenta de un malestar relacionado con la crisis del relato, pues el caso no consiste en una narrativa, en ese sentido, es incierta la manera de redactarlo. A ese respecto, Fédida (2006b) afirma que el material a construir representa, a partir de las cartas de Freud a Fliess, aquello que va al encuentro de Freud, lo que se impone por ser abundante y que suscita atención; en ese sentido, desde el origen se identifica algo paradójico: “el Material es ante todo singular, ligado a un caso, a un contexto preciso, pero al mismo tiempo puede convertirse en el indicio –el revelador– de cierta [universalidad]” (p. 14) y que por lo general, el clínico puede sentirse desbordado por él.

En ese sentido, Álvarez, et al (2005) advierten que la construcción del material clínico no apunta a una cronología de eventos, del relato del caso, ni de hacer una teorización que por excesiva ponga en riesgo la presencia del decir del paciente. Sin embargo, en distintos momentos históricos el caso clínico presenta una evolución que parte del modelo freudiano, Laurent (2002) señala que en Dora se sigue el modelo de la novela goethiana, en donde el sufrimiento de la paciente se fija en el modelo del sueño y sus asociaciones, con el objetivo de dar cuenta de la experiencia analítica original. Es hasta la Primera Guerra Mundial y el estudio del Hombre de los Lobos que se rompen con esas formas de la novela histórica alemana, el cual había alcanzado a Abraham y a Ferenczi.

Después, en los años veinte se presenta una crisis en la práctica de la interpretación que según Laurent (2002) repercute en el modelo del relato del sueño y sus asociaciones, “en lugar de la asociación triunfante que llega hasta el fin del síntoma, los psicoanalistas han de ocuparse del síntoma que resiste al desvelamiento del inconsciente” (p. 2); intentando hacer coincidir el relato con la práctica.

Por su parte, Melanie Klein es quien trastoca el orden de los relatos freudianos, afirma el mismo autor (Laurent, 2002), ya que inventa la modalidad del cuaderno de experiencia, sesión por sesión, traducido en términos inconscientes por el psicoanalista, donde el interés se centra en mostrar la materialidad y demostrar el *saber hacer* del psicoanalista, siendo igualmente extenso. Después de ello se evoluciona hacia la viñeta clínica, la cual constituye la forma clínica breve; posteriormente, Laurent identifica un cambio de la historicidad hacia la lógica representado por el pasaje de Lacan al psicoanálisis, cuando abandona la esperanza de un método exhaustivo y lo reemplaza por la coherencia del nivel formal donde se establece el síntoma.

En función de lo anterior, el caso ha sido representado por Freud, Lacan y otros, y no se pretende, de acuerdo con Bassols, et al (2005) encontrar una presentación clínica-tipo, ni tampoco construir una lengua clínica única; “se trata de destacar cómo la clínica psicoanalítica refleja la diversidad de las vías por las cuales enfrentamos el real en juego en cada caso, extrayendo de ello una enseñanza y produciendo una transmisión” (p. 1). Lo dicho por el paciente no se sabrá, puesto que desaparece tras la construcción del caso, la cual, indica Briole (2003), es una conclusión temporal.

Laurent (2002) afirma que el relato del caso comporta formas regladas en las diferentes comunidades de trabajo psicoanalíticas y es en esa diferencia con relación a los distintos modelos que la cualidad del trabajo de cada analista, su presencia, se hace escuchar; en ese sentido, el caso clínico también es una inscripción y una diferencia. Diferencia en función de que la demostración en psicoanálisis corresponde a la forma del chiste, es decir, a partir del efecto de sentido, más que del sentido por sí mismo.

Sin embargo, a partir de los planteamientos manejados hasta ahora, aún queda la interrogante acerca de cómo se construye un caso, tal respuesta la formula Velásquez (2013)

presentando algunas directrices –retomadas de Berenguer (2006)–, las cuales son: el relato, la teoría, lo real, las estructuras clínicas, la transferencia, el síntoma y los modos de gozar del sujeto. Se trata de ejes que se proponen para realizar una construcción, definido esta última como un relato informado por la teoría y no recubierto por ella, ni por el sentido y el real en juego, se capta a través de esos ejes.

Aunque la autora (Velásquez, 2013) reconoce que en psicoanálisis no hay un modelo acerca de cómo debe realizarse la construcción, tampoco hay pautas y es justamente en la diferencia de las normas en donde se producen los efectos de la transmisión. De la misma manera, la teoría psicoanalítica no puede ser tomada como un modelo o lenguaje que describa la realidad debido a que lo real no es compatible con lo simbólico; ante ese real intraducible queda la posibilidad de nombrar la forma que éste toma, producido sobre lo que se resiste a ser articulado en lo simbólico.

Al respecto, Berenguer (2010) afirma que la práctica de la construcción de casos es “una forma de poner nombres, de escribir lo imposible de decir, pero ¿por qué? Porque precisamente es eso lo que se pone en juego para el propio sujeto” (p. 56). Entonces, la construcción del caso remite a la coherencia formal, a la estructura lógica del sujeto y no al biográfico o cronológico de los hechos clínicos (Rubio, 2015).

Criterios de científicidad y precisiones teórico-metodológicas en torno al caso

Xolocotzi (2006) al estudiar acerca de los orígenes del psicoanálisis identifica en la investigación de Freud una marca del método de la percepción interna proveniente de Brentano, mediante la cual, el psicoanalista no opera como un sujeto que estudia a un paciente a manera de objeto exterior, sino un espacio donde el impaciente analizante se estudia a sí mismo, en

tanto *sujetobjeto*, ante un otro llamado analista. En ese sentido, “el sujeto (el analizante) se investiga a sí mismo gracias a la pantalla de la transferencia que constituye el analista” (p. 3).

Esta puntuación es de suma importancia para el tema que ahora ocupa, pues implica y fundamenta que en la construcción de caso se muestran las posiciones en las que un individuo se sitúa hasta llegar a ser un sujeto investigador de su propio deseo, al contrario de suponer un objeto pasivo sometido a la intervención de quien posee el saber. Laurent (2002) afirma que únicamente se puede hablar de caso cuando éste testimonia la incidencia de una lógica de un decir en el dispositivo de la cura y su orientación hacia el tratamiento de un problema real.

Por su parte, Velásquez (2010) afirma que la construcción de caso se fundamenta sobre el hecho de que las estructuras clínicas son construcciones, formas estructuradas de error, en el sentido que falsifican lo real en juego y en que hay una resistencia a saber de la falla del Otro. Esta práctica es fundamental para la transmisión del psicoanálisis. Álvarez, et al (2005) afirman que la elucidación de la clínica es esencial *en* psicoanálisis y *para* el psicoanálisis, es a partir de ello que la teoría logra avanzar en la formalización de un saber sobre lo real que habita en lo simbólico. “La clínica es, por lo tanto, constituyente del saber psicoanalítico, aunque no por ello haya que dejar de lado el saber constituido [...] en la orientación de un análisis hacia lo real del síntoma” (p. 2).

Al respecto, Serra (2008) afirma que el caso clínico posibilita la transmisión de un saber hacer singular de cada practicante respecto a cada caso particular; de manera contraria, se identifica el caso práctico, el cual es una modalidad de aprendizaje o de evaluación de un saber constituido que apunta a un *hacer saber*, es decir, la manera en la que debe ser tratado un problema concreto y que si ello es repetido de manera idéntica produce los mismos resultados.

Bassols, et al (2005) señalan que la presentación de un caso supone una construcción de los significantes que han representado al sujeto en el lugar del Otro y especialmente, los que

marcaron el encuentro con el analista. “Así vemos que la construcción del caso transmite la particularidad de cada experiencia de transferencia, desde el deseo de quien la expone, es decir el deseo del analista. El analista está entonces en un primer plano y la construcción testimonia de su posición” (Álvarez, et al, 2005, p. 6).

Lo anterior se posibilita a pesar de que la humanidad se encuentra enferma de la imposibilidad de la relación sexual, afirma Serra (2008); sin embargo, indica que cada sujeto es un caso en tanto cada uno se inventa una solución particular a su síntoma; “es cuando esa solución encuentra un tope, cuando se encuentra ‘lo imposible de soportar’ se evidencia la dimensión clínica del caso” (p. 1).

En ese sentido, se pueden identificar de acuerdo con Bassols, et al (2005), la articulación de distintas vertientes en esta empresa: 1) el tiempo de la experiencia clínica, 2) el proceso de construcción del caso en momentos determinados de esa experiencia, y 3) el modo de exposición del caso a partir de un punto de ella; vertientes que nunca coinciden. Las cuales, cabe mencionar, corresponden a tiempos distintos.

Se continúa retomando lo expuesto en el apartado correspondiente al encuadre epistemológico, específicamente lo formulado por Singer (1998), al afirmar que la división inaugural entre consciente e inconsciente remite a una alteridad constitutiva del psicoanálisis, fundando su ontología y que alcanza sus nociones, modelos y criterios de científicidad. Dicha alteridad es abordada desde una lógica de la paradoja permitiendo aprehender los contrarios constituyentes de la alteridad como complementarios y no excluyentes, es decir, conservan su especificidad y a su vez hay pasaje y transformación de uno en otro. De lo contrario, su riqueza se empobrece fuera de la perspectiva dinámica de transformaciones que tengan en cuenta el pasaje que lleva de uno a otro.

“Este pasaje en la transformación plantea problemas para su aprehensión, porque los límites de un aspecto y del otro no son determinables. [...] Más que una evolución clara y homogénea, hay una transformación donde *otro* aspecto – una alteridad – se instala progresivamente, pero también se conserva algo del sentido anterior. La intrincación entre lo mismo y lo otro deviene así compleja, excede a una captación racional clara, se constituye como indecible. En esa transformación no hay límites precisos entre una carga de sentido y otra nueva” (Singer, 1998; p. 3).

Como ejemplo de lo anterior la autora menciona el par sadismo-masochismo, donde el acto de nominación atribuye límites definidos a uno u otro, sin embargo, el otro ya se encuentra ahí, la intrincación funda al mismo tiempo uno y otro. En consecuencia, las nociones psicoanalíticas transitan próximas al extremo del logos permitiendo una definición y una aprehensión racional, o por otro lado, pueden transitar del otro extremo del logos, el de la paradoja, donde la dinámica propia las enriquece en su transformabilidad, pero alejándolas de una aprehensión racional. Singer (1998) afirma que el trabajo teórico circula entre los dos extremos.

Siguiendo esa línea los conceptos psicoanalíticos se caracterizan por no alcanzar directamente la cosa, entonces, al separarse el concepto de la cosa se valida doblemente el estatuto abstracto del concepto y la cosa en su carácter de no alcanzable. Debido a ello se introduce una discontinuidad entre el particular y el universal, no hay un empirismo o una convocatoria al material puro, pero tampoco un valor a priori de los conceptos generales. A la letra, Singer (1998) explica lo siguiente:

“El punto donde se unen la cosa y la teoría, es en realidad un espacio de transformaciones donde no están claro cuánto hay de lo real de la cosa y cuánto de la teoría. Los modelos, y la teoría en general, circulan metodológicamente próximos al extremo del logos en donde sufren una detención que les otorga un valor axiomático, o

bien, en el otro extremo, próximos a una lógica dinámica que les otorga la cualidad metapsicológica mediante la cual aproximarse a lo singular y al ‘no todo’ de sus objetos” (p. 5).

En congruencia con lo anterior el caso clínico tendría que apuntar a lo singular, no a lo colectivo, afirma Serra (2008), al mostrar la singularidad del caso lo que se presenta es la modalidad de goce del sujeto y su saber hacer con él; no la teoría del goce, lo cual se encuentra al nivel de lo universal.

Como se describe en párrafos atrás, Laurent (2002) identifica diversas modalidades para presentar el material clínico a partir de Freud, en ese recorrido, afirma que es Lacan quien eleva el caso a paradigma, al rango del ejemplo que muestra las propiedades formales en el sentido más amplio de las manifestaciones del inconsciente freudiano.

“El paradigma hace surgir la estructura e indica tanto el lugar del síntoma en una clase, como los elementos de sustancialidad en la vida de un sujeto que se repiten y que permutan, o incluso los modos de declinación en la repetición de lo mismo. La estructura lógica y topológica de los casos freudianos aparece así con una nitidez inolvidable” (p. 3).

Además, amplía sobre la definición del caso que se puede sostener como tal si éste testimonia la lógica de un decir en función del dispositivo de la cura, su orientación hacia el tratamiento de un problema libidinal. De esa manera, Laurent (2002) afirma que se puede encontrar el *einfall* o el *casus*, es decir, el caso en su acepción latina que “significa ‘hacer caer, caer’ designa por eufemismo la muerte y significa ‘eso que llega, azar, accidente, inoportuno, desgracia” (Le Robert, 1988; citado en Laurent, 2002, p. 9).

Tres momentos en la construcción del caso

En la metodología para la construcción del caso se identifican tres tiempos: el tiempo del encuentro clínico, el de la supervisión del caso y el de su escritura; cabe mencionar que si bien, para los objetivos de esta tesis se decide manejar los argumentos de este modo, no implica que sea una propuesta personal, consiste en la metodología formalizada en la línea de investigación a la que se adscribe este trabajo.

Básicamente la metodología para la construcción del caso se define en función del posicionamiento ante el saber, es decir: 1) posicionamiento como sujeto supuesto al saber durante el encuentro clínico, 2) posicionamiento como sujeto supuesto al no saber durante la supervisión en grupo y por último, 3) reposicionamiento como sujeto supuesto saber durante la escritura del caso y su presentación. Lo anterior indica la modulación del posicionamiento al que el clínico se sitúa y además, la función que desempeña en cada uno de los tres momentos.

Primer momento: posicionamiento como sujeto supuesto saber durante el encuentro clínico.

Moya (2011) afirma que el paciente se encuentra con un partenaire que es varios, un partenaire pluralizado, de esa manera el paciente no se encuentra con uno solo que sabe y ve todo y que por el hecho de ser varios, se descompletan mutuamente. A la letra, indica que “hay varios en el plano imaginario, pero cada cual con un real y cuando opera con lo simbólico está solo. Por eso digo entre varios singulares” (p. 11).

Con respecto al posicionamiento como sujeto supuesto al saber, básicamente consiste en el posicionamiento en transferencia, donde a decir de Miller (1998), es preciso estudiar el saber clínico para utilizarlo en la experiencia; aunque la ignorancia tiene una función operativa en esa experiencia, se trata de una ignorancia docta, de voluntariamente ignorar el saber para dar lugar a lo nuevo que va a ocurrir. La función operativa de la ignorancia es la misma que la

de la transferencia, el sujeto supuesto saber no se constituye a partir del saber, sino a partir de la ignorancia.

Segundo momento: posicionamiento como sujeto supuesto al no saber durante la supervisión de práctica clínica en grupo.

El grupo, como se mencionó anteriormente, funge como un elemento de control del acto del clínico, Álvarez, et al (2005) al respecto, aseguran que el analista no se puede sostener en una postura imaginaria pensando que se basta a sí mismo y no tiene que dar cuenta de lo que realiza en su práctica. Los autores afirman que la práctica clínica es una aventura y en consecuencia, el control es uno de sus pilares fundamentales, pues es un espacio en el que se pueden trabajar los impases transferenciales, el control se encuentra en el nivel de lo necesario y lo que se controla es el acto del clínico, no el caso. Siguiendo a Moya (2011) llevar a cabo esta práctica en grupo implica que se pone bajo estudio de los integrantes del grupo la operación y el trabajo realizado. Además, sostiene la acción dado que no es el hecho de uno solo, sino de varios.

A este respecto, Briole (2003) sostiene que el control no es una garantía del caso, ni una licencia de conducir la cura por delegación, la responsabilidad de la práctica y del caso la asume el clínico. El control se encuentra en torno a una dificultad del acto con respecto a un paciente, el acto que concierne al caso. “No hay construcción de caso sin control puesto que la construcción incluye el acto del analista” (p. 1).

En ese sentido la supervisión se realiza ante un Otro bajo la forma de grupo, donde se ejerce una transferencia de trabajo y atravesado por el no saber, el practicante testimonia su posición y su relación con el misterio de lo que trata. Durante el encuentro clínico en transferencia se producen cosas en una relación transubjetiva entre paciente y analista, por lo

que no se puede sostener en la postura del saber, la discusión del material clínico en grupo posibilita que eso se torne visible y en el posterior momento, logre reposicionarse ante el saber para realizar la escritura y presentar el caso.

Por su parte, Laurent (2002) cuestiona cómo un analista construye un caso si la teoría y el saber del analista son vertientes disjuntas, sin embargo, afirma que el *poco de saber* no deja al analista sin recursos, “implica simplemente que vela por no identificarse al saber de la experiencia –dejando operar su posición de saber de la buena manera” (p. 6).

Por otro lado, Miller (1998) apunta que el rasgo propio de la práctica analítica consiste en no tener un patrón a seguir, pero sí principios, los cuales se formalizan y transmiten a pesar de la imposibilidad de transmitirlo todo. Esta transmisión se lleva a cabo a través de la clínica y también durante la supervisión, ahí se permite no quedar solo con la práctica y observar la práctica de otros. Cobra relevancia cuando en estos espacios aparece el carácter extraño de lo que uno hace en su práctica.

Tercer momento: reposicionamiento como sujeto saber durante la escritura del caso.

Álvarez, et al (2005) toman de referencia el texto *De la sorpresa al enigma* (Miller, 1993) y afirman que se aprende bajo la forma de la sorpresa debido a que ella tiene algo de discontinuo y eruptivo, de esa manera, se remite al *einfall* freudiano. Mientras que en el encuentro clínico es necesario que se sorprenda lo traumático, por parte de la construcción de caso, el analista debe dar cuenta de aquello en lo que él mismo fue sorprendido, lo que se aprendió del caso como singularidad, en ese sentido, la construcción del caso consiste en la transmisión de una enseñanza.

Por su parte, Rubio (2015) señala que es importante evitar un deslizamiento metonímico, lo cual se posibilita al mantener como base la transferencia de trabajo en grupo,

es decir, el deslizamiento metonímico indica pasar de un concepto a otro al tratar de transmitir un caso; aspecto que se produce como efecto del nudo situado entre el registro del significante y lo real mostrado en la experiencia analítica. Como consecuencia el saber no llega a existir en lo real, no se escribe en lo simbólico y por lo tanto, no puede objetivarse, es imposible de saber y solamente existe. A partir de ello, lo que hace crisis en la transmisión es suponer que el saber psicoanalítico está en lo real, como la posición de la ciencia, pero para el psicoanálisis, en lo real hay un agujero y esto no puede escribirse en lo simbólico.

En ese sentido, Rubio (2015) propone producir un punto de articulación que fije ese deslizamiento; de acuerdo con Velásquez (2013) eso puede alcanzarse mediante un tipo de relato que se sustente en la teoría a través de categorías clínicas, pero que no sea recubierto por ello, mientras que el elemento de la transferencia revela algo nuevo en el síntoma y posibilita la emergencia de lo real en juego.

A este respecto, Serra (2008) indica que en el caso se privilegia algún punto concreto que se desee subrayar, justo por eso se dice que es una construcción, pues el caso es un ordenamiento alrededor de un eje central teórico, manteniendo una tensión debido a una problematización o ejemplificación. Además el autor afirma que es necesario dar cuenta del trabajo y posición del paciente y el acto del analista que se posibilitaron en transferencia.

Por otro lado, Canedo (2008) explica que la construcción del caso implica conocer el universo simbólico del sujeto y delimitar el material clínico para transmitir lo que sea esencial; así se demuestra la lógica del inconsciente funcionando. El saber, afirma el autor, adviene cuando se escribe a partir de los decires del analizante, de esa manera la escritura misma comporta un efecto de sorpresa.

Para finalizar, siguiendo lo planteado por Moya (2010) el caso se construye sirviéndose del dispositivo que propone la institución, de los varios que a ella acuden, desde la soledad de

su acto y solo a condición de hacer uso de su posición de extimidad, responsabilizándose de su enunciación y de lo que ésta deja entrever con relación a su deseo.

Presentación de los casos

Estela

Datos generales y contexto familiar: Estela es una niña de 11 años diagnosticada con leucemia mieloblástica aguda, proveniente del municipio de Río Verde, S. L. P. (Zona Media), aunque poco después del diagnóstico, a la familia se les facilitó residir en la ciudad de San Luis Potosí. La madre tiene además tres hijos menores a Estela, ellos cuentan con un historial de movilidad entre distintas localidades debido a problemas familiares. Al iniciar la relación con su actual pareja se volvió a establecer en Río Verde, sin embargo él no es padre de ninguno de sus hijos, aunque él así lo asume, al igual que los cuatro hijos; de esa manera es que se presenta en el Hospital como tal y en ningún momento el personal se percató que no tenía ningún parentesco realmente.

Presentación: como se planteó anteriormente el estatus de lo infantil, lejos de referirse a lo propio de niños tendría que imponer lo reprimido, las pulsiones en búsqueda de satisfacción, re-encuentro de objetos, el encuentro con lo perdido y lo siempre perdido en tanto encuentro fallido; es decir la neurosis. Pero ¿qué sucede cuando hay una torsión de esta acepción de lo infantil, cuando se anula la implicación que mantiene lo inconsciente y directamente se conduce hacia la satisfacción permanente, cuando lo infantil se aloja y resguarda en un dispositivo que de manera ficticia pero cuidadosamente elaborado, intenta eximir de la propia muerte y además, el individuo se identifica con ello?

Esto es lo que se busca responder mediante el caso de Estela debido a las condiciones transferenciales presentadas y los cambios abruptos que se suscitaron. En este caso se alude a la condición de excepcionalidad –manifestación sumamente frecuente durante la práctica clínica, pero ilustrada de manera paradigmática en Estela– mediante la cual se argumenta una respuesta a la interrogante presentada, además, se desea transmitir las (im) posibilidades clínicas frente a este carácter dilucidado por el trabajo psicoanalítico.

En primera instancia la excepcionalidad es definida por Freud (1916) como una deformación del carácter tras un prolongado achaque acaecido durante la infancia provocando sufrimiento y daño a tal magnitud que estos individuos se excusan de cumplir cualquier tipo de requerimientos y no se someten más a necesidades que consideran desagradables. De tal manera que los argumentos que provee el clínico en función de la consecución del tratamiento y la renuncia temporal –que el tratamiento conlleva– a las satisfacciones de las que sigue un perjuicio despiertan actos de violencia.

El cáncer y su tratamiento médico que se destaca por su nivel de invasión hacia el cuerpo, al que es necesario someterse para lograr una estabilización, son situaciones extremas a las que el paciente y su familia se ven enfrentados, las cuales comprometen su narcicismo y facilita el apuntalamiento hacia la excepcionalidad, no solamente del niño enfermo, sino también de los familiares que lo acompañan en la travesía del tratamiento oncológico.

Justamente esa es la situación observada en Estela, con quien las sesiones clínicas fueron realizadas en el espacio hospitalario, lugar donde permaneció internada por un tiempo prolongado debido a la gravedad de su estado. De inicio la alteración del carácter no se vislumbró en ella, sino que es identificada en los padres, quienes motivados por el estado crítico de su hija los conduce a exigir ante diversas instancias múltiples consideraciones hacia su hija, entre ellas, atención psicológica.

Ante la demora de tal cumplimiento el padre manifiesta un reclamo al momento de mi llegada. Los días subsecuentes la madre huye ante mi presencia y tanto ella, como el padre se exceptúan de reunirse para realizar una entrevista que determinara su supuesta solicitud; manifestación producida ante la inexistencia de una demanda que sostuviera su exigencia, vehiculizara la conformación de la relación transferencial y en consecuencia, impidiendo la generación de hiancias en el discurso de los padres que Dinerstein (1987) enfatiza como elemento primordial para desplegar el deseo del niño.

Se presume que al adentrarse en el contexto institucional más que un efecto en Estela se produce en los padres al experimentar la manera en la que el contexto institucional provee a Estela y colateralmente a los padres de acceso a lo que anteriormente resultaba inalcanzable e incluso a más. De manera paradójica, Estela enferma de cáncer con lo cual se presentifica la muerte, sin embargo, al mismo tiempo se vuelve el centro y el núcleo de la creación cumpliendo los deseos irrealizados de los padres conduciéndolos a una inmortalidad del yo que se refugia en Estela.

Los padres muestran a manera de escenificación el amor hacia la hija buscando impresionar a los espectadores; al respecto, Freud (1914) afirma que “el conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmudación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza” (p. 88). En alguna ocasión el padre en el intento de justificar la ausencia de responsabilidad demostrada al tratamiento clínico y a los acuerdos establecidos, enuncia: “*De verdad, sinceramente, en lo único que uno puede pensar es en la niña*”.

Por otro lado, como es común ante una afección orgánica se identifica una introversión de la libido por parte del paciente apartando su interés por cualquier ámbito no relacionado con su padecimiento. En consecuencia, el tratamiento clínico de Estela se centró, mediante la

asociación libre, en posibilitar interpretaciones y construcciones para hacer consciente los contenidos del ello, libre incluso de resistencias y mecanismos de defensa que no se ponen en acto en la transferencia al no existir repetición de lo reprimido en este momento de vigencia del acontecimiento traumático. El trabajo de Estela promovió, principalmente, traducir simbólicamente los efectos de lo siniestro del padecimiento y las intervenciones médicas, es decir, integrar la conmoción pulsional en la síntesis del yo.

En Estela la afrenta narcisística se gesta a partir del cáncer, pero no se consolida hasta que atraviesa por un proceso de terapia intensiva que implica el despojo radical de su subjetividad; ella explica la manera por la cual siente tubos a los que sus órganos se encuentran conectados y cómo siente el alimento atravesar por su garganta pero no hay ningún sabor, recuerda poco de esa larga estancia y pareciera no estar conectado a alguna representación. Se trata de una masa de órganos a los que se les da un tratamiento para su supervivencia, pero se forcluye totalmente la presencia de un sujeto deseante.

Después de ello Estela tiene una recuperación médica favorable, sin embargo, como se mencionó constituye un momento crítico en el que la recuperación de su subjetividad parece no producirse, un signo de ello es que la relación transferencial se ve trastocada, pues cesa el llamado de Estela hacia mí. Se desconoce lo sucedido en esta etapa en donde el seguimiento clínico es interrumpido por lo que no se puede formular algún argumento que explique este fenómeno transferencial, aunque, es a partir de este reencuentro donde se observa una deformación del carácter que parece facilitarse por la inmersión al contexto institucional que funge como Providencia –instancia protectora– satisfaciendo sus exigencias dando paso con ello a la *desresponsabilización* de Estela, quien se identifica como injusta e injustificadamente enferma, padecimiento mediante el cual ha aportado su cuota de sufrimiento por lo que se exceptúa de regirse por cualquier noción de ley simbólica dando paso a un ejercicio tiránico

con matices de sadismo que la madre detecta y asegura “*es que Estela es una sádica, sabe cómo hacerme sentir culpable*”.

Las conquistas logradas en el tratamiento parecen perdidas incluso, para Estela ya no hay necesidad de la palabra, pues sus exigencias se ven materializadas antes de que las emita, esto último se expresa en la última sesión que se lleva a cabo en la ludoteca, yo sentada en una mesa y ella parada escogiendo entre la multitud de juguetes disponibles, solamente intercambia palabras con su madre. Estela hace explícito que el mensaje está dirigido a su madre, pero su conversación tiene la intención de exponer ante mí la condición de excepcionalidad, frente a ello, intervengo sobre los costos de estar viva y las satisfacciones a las que puede acceder. Enojada vuelve a callar y se aleja, su madre, al ver la reacción de Estela ante mi intervención me explica que a Estela se le han suministrado antidepresivos desde antes que yo acudiera a atenderla y que la médico responsable le pidió interrumpir la dosis durante un período vacacional de verano, ante ello, Estela despertó por las noches con pesadillas y durante el día recordaba eventos que le causaban dolor y sufrimiento, por lo que el médico le indica a la madre volver a la dosis habitual.

Preocupada por tal situación la madre desea que yo intervenga, única manifestación de demanda por parte de la madre, ante lo cual, le propongo una dirección para el tratamiento a condición de que acudan regularmente al albergue para darle un seguimiento más puntual –que hasta el momento no se había dado–, acepta y continúa exponiendo la queja que soporta su demanda. Estela se acerca nuevamente y le explico lo que acordé con su madre, además de la dirección del tratamiento y los alcances que se pueden tener, sumamente enojada responde: “*¿cómo se te ocurre que voy a dejar la pastilla? Es eso lo que me hace sentir bien y ¿tú quieres quitármela?*” y calla. Aquí Estela asume y anuncia su condición de excepcionalidad; bajo esa forma que toma la neurosis “el analista es ahora sólo un hombre extraño que le dirige al paciente

desagradables propuestas, y este se comporta frente a aquel en un todo como el niño a quien el extraño no le gusta, y no le cree nada” (Freud, 1937; p. 241).

En ese momento se evidencia que mi presencia es ahora solo la de alguien extraño que le propone aberrantes propuestas. La excepcionalidad es la forma que ha tomado la neurosis en Estela, ahora sí, mediante el retorno de lo reprimido y bajo el influjo de las mociones de displacer que le represento hay una escenificación de conflictos defensivos anulando las posibilidades subjetivantes del tratamiento clínico, los mecanismos de defensa retornan como resistencias, no solo contra el hacer consciente los contenidos del ello, sino contra el análisis y en consecuencia, contra la curación, la cual es tomada por el yo como un peligro nuevo. “El acontecer anímico es gobernado exclusivamente por el afán de placer” (Freud, 1937; p. 244).

Freud (1937) explica que el aparato psíquico no tolera el displacer se defiende de él y si la percepción de la realidad objetiva se lo genera, la percepción se sacrifica. Ante el cáncer y su tratamiento médico el displacer de la realidad objetiva se impone e igualmente, lo conlleva el tratamiento clínico cuando requiere abandonar un placer momentáneo pero inseguro para ganar por un nuevo camino, un placer seguro pero un tanto postergado.

Esta sustitución se refleja en mitos religiosos según lo explica Freud (1911), se trata del mito de la recompensa en el *más allá* a consecuencia de la renuncia a placeres terrenales, mito por medio del cual las religiones imponen la renuncia absoluta al placer en la vida a cambio del resarcimiento en una existencia futura. Estela se alberga en un contexto institucional en el que sus principios y prácticas se sostienen en una base religiosa, ostentan un saber sobre la muerte y a partir de ello se ejerce un poder sobre las acciones de los albergados, no sobre la vida de ellos, pues pareciera que se *dan por muertos*, entonces, se les provee de acceso a una suerte de tierra prometida después de la muerte y la tarea de los instituyentes es garantizarlo y controlar su vigencia, pues se ejerce un control para el cumplimiento de los mandatos católicos.

Es común escuchar frases del estilo “*Ya nos la sabemos, cuando se ven así es porque ya se van a morir*”, entre otras cosas, mediante esas frases intentan explicar la no pertenencia del cancerígeno a la humanidad, ni al orden que la rige, a excepción de los mandatos que la divinidad exige, por ejemplo, acudir a misa semanalmente. En ese sentido los instituyentes encarnan la Providencia que protege y garantiza que los sacrificios dolorosos tendrán su recompensa.

Estela se identifica como excepcional e inserta en un contexto institucional que la resguarda, los mecanismos de defensa están condenados a falsificar la percepción interna y estos se fijan en el interior del yo regulando la reacción del carácter, la excepcionalidad, que durante toda la vida se repetirá tan pronto como retorne una situación amenazante del placer. Freud (1911) explica que la tendencia a esquivar las impresiones penosas son restos del imperio de los procesos primarios demostrando su jurisdicción, en ese sentido, la excepcionalidad es una forma de la neurosis pero su mecanismo, posiblemente no sea la represión, sino la regresión al mecanismo de la fase oral; camino que permite al yo dominar al ello a costa de una gran docilidad hacia sus vivencias, “el yo se impone él mismo al ello como objeto de amor, busca repararle su pérdida diciéndole: mira, puedes amarme también a mí; soy tan parecido al objeto” (Freud, 1923; p. 32). Prevalciendo un narcisismo primario las leyes de la naturaleza y de la sociedad cesan ante *His Majesty the baby*.

A este respecto y a manera de conclusión Leclair (1999) habla de una primera muerte, constitutiva, la de la representación tiránica del niño rey que dará paso a un sujeto deseante y por otro lado, la muerte real, de la que no hay nada que decir. Esto, además de dispensar de reconocer la más imperativa de las coerciones, la de renacer siempre a la palabra y al deseo haciendo permanente el duelo del infans fascinante, ella nos da la ilusión de efectuar un trabajo contra la muerte, aunque su fracaso sea inevitable.

Alonso

Datos generales y contexto familiar: Alonso es un niño de 11 años diagnosticado con leucemia mieloblástica aguda, proveniente de una comunidad remota perteneciente al municipio de Tamazunchale, S. L. P. (Zona Huasteca), debido a las condiciones de su residencia, la familia se encontró en dificultades extremas cada ocasión que Alonso requirió asistencia médica urgente. La familia estaba conformada por los padres y dos hijos, uno menor a Alonso y otro mayor, la madre es quien acompañó a Alonso en el proceso de su tratamiento oncológico, mientras que el padre se dedicó a ampliar su horario y actividades laborales para proporcionar los recursos necesarios para el tratamiento, además de hacerse cargo de sus dos hijos, contando para esto último con el apoyo de su familia extensa.

Presentación: en este caso igualmente se retoma la concepción de lo infantil que trata de ser capturada por el contexto institucional por medio de la mantequilla de la buena voluntad y las mermeladas de la caridad, sin embargo, Alonso lo identifica –aunque no conscientemente– y decide asumir su deseo de manera opuesta a Estela. Él, a pesar de sentirse extenuado por la enfermedad y el tratamiento decidió vivir conforme a su deseo, ser un niño.

Así, el objetivo de este caso es mostrar lo que la *proximidad* transferencial (Le Poulichet, 1994, Davoine & Gaudillière, 2011) permitió y por otro lado, presentar de qué manera a pesar del poder ejercido por el contexto institucional y sus fascinantes ilusiones, Alonso encuentra las vías para resistirse a la identificación con ella y renunciar a ser un objeto depositario de las satisfacciones inmediatas y por lo tanto, volátiles, provistas por la institución.

El primer encuentro clínico sucedió cuando Alonso tenía 11 años de edad, en ese entonces reunía 7 años desde que fue diagnosticado, pero en ese momento se encontraba en estado de remisión. El proceso terapéutico continuó durante siete meses, fecha en la que Alonso

muere debido a una complicación sobrevenida en su casa, ubicada en un municipio alejado de la ciudad de San Luis Potosí.

El proceso de cadaverización³³ correspondiente a la melancolía se expresó mediante apatía, de hecho, esa es la queja por la que la madre de Alonso demandó un proceso terapéutico para su hijo: “*está muy deprimido, siempre está aburrido*”. En efecto, cuando lo observé caminar por la institución más bien dio la impresión de un deambular soportando el peso del peligro de muerte, incluso, algunos acercamientos clínicos se intentaron realizar en su habitación, momentos en los que permaneció acostado en su cama expresando repulsa y fastidio hacia mi presencia, otorgó solamente unas cuantas respuestas, reafirmó: “*estoy aburrido*”.

La razón de ello pareció consistir en que yo le repetía la violencia con la cual el contexto institucional intentaba apropiarse de su vida y su muerte, en principio, yo le parecía un agente más de la institución que estaba para ofrecer paliativos: juguetes, antojos y especialmente, oraciones religiosas prometiendo salvación. Como explica Fédida (2006a), en estos casos, simular estar muerto tiene la función de conservar la vida pero especialmente, producir lo psíquico como vida. En consecuencia, Davoine & Gaudillière (2011) afirman que la proximidad a la catástrofe está marcada por un efecto de repulsión, pues cualquiera le representa la violenta pérdida, en ese sentido, Alonso se mantuvo renuente a iniciar un proceso terapéutico, pues identificó en mí una amenaza.

El proceso de cadaverización se ilustra a través de una situación en la que le pedí enunciar ocurrencias a partir de imágenes, una de ellas muestra un alacrán, a lo que Alonso relata que una ocasión tuvo un alacrán en la mano y observó cómo se movía su aguijón. Yo sorprendida y angustiada del peligro que conllevaba le pregunté “*¿no te dio miedo?*”, no

³³ Ver página 96.

respondió pero la levedad expresada demostró que no fue así. Ese acontecimiento demuestra cómo al *hacerse el muerto* produce un nuevo lugar psíquico que desplaza la relación con el peligro (Le Poulichet, 1998).

Si él está muerto, no hay peligro que le haga daño, al contrario, para Alonso significó posibilidades de deshacerse del peligro, pues al surgir el alacrán entre las imágenes, su ocurrencia estribó en que es un animal con un aguijón que al picar, “*suelta su veneno. Me gustaría ser uno*”; después platicó su anécdota con el alacrán. Su teoría implica que si puede convertirse en un alacrán podría deshacerse del veneno, metáfora del mal que lo invade por dentro: el cáncer, la quimioterapia.

Los primeros acercamientos clínicos resultaron complicados debido a que fue de las primeras experiencias donde presencié los efectos del instante catastrófico en magnitudes más extremas. Varié los intentos para propiciar un encuentro, ejemplo de ello es la descripción del evento anterior, además en múltiples ocasiones fue necesario recurrir a su habitación debido a que no contaba con la vitalidad necesaria para caminar, comer, hablar o cualquier otra actividad correspondiente a los vivos. Me encontré desestabilizada por su rechazo, aunque el posicionamiento que mantuve al acercarme y mantener una presencia logró transmitirle que mi función era sostener el terror producido por la catástrofe. De esa manera, se posibilitó un vínculo que se redujo a poder ser débiles juntos y escuchar el silencio apabullante de los acontecimientos brutales e incomprensibles.

En correspondencia con lo descrito por Nasio (1996) su cuerpo encarnaba perfectamente a una persona exangüe, abatido y ante tales condiciones, la palabra es inútil, primero fue necesario hacer resonar su grito desgarrador. En dicho vínculo se generó una impregnación hacia mi persona de los afectos que estuvieron operando, lo que me permitió pronunciar las palabras adecuadas y oportunas para nombrar el terror y calmarlo. Implicó dar un sentido al

sufrimiento, entrar en concordancia con él, vibrar con él –como afirma Nasio (1996)– y en estado de resonancia, las palabras erosionaron.

Tal acontecimiento ilustra lo que se expone en esta tesis como *proximidad* transferencial³⁴, término analizado por Le Poulichet (1994) y Davoine & Gaudillière (2011) quienes plantean que un acontecimiento abre una brecha en la continuidad de la vida de un individuo y distorsiona el espacio-tiempo, aspecto que exige definir criterios de proximidad particulares, por lo que el clínico es forzado a inventar un lugar en el movimiento de la transferencia otorgando condiciones de posibilidad a la experiencia de la palabra en la proximidad de lo Real.

En esas condiciones Alonso designa palabras a lo que el terror dominó: “*Un amigo murió. Estoy triste... Pienso en su mamá porque eso debe tenerla triste y una mamá no quiere que su hijo muera*”. Fue notable que frecuentemente utilizara un sentido impersonal: un amigo murió, una mamá no quiere que su hijo muera, una persona no pude alcanzarla, uno puede ser adicto, se puede morir la gente, animal que trae agujón, entre otras, y solamente utiliza la primera persona para referir que se siente triste y que piensa. Es por medio de la proyección que le fue factible aceptar la posibilidad de su muerte pero en ese acto, también reordena su mundo y su existencia.

La proximidad implicó que tanto él como yo, estuvimos expuestos al peligro de muerte, el terror y la confusión. Pero también es un espacio de seguridad donde la recuperación física y psíquica es posible. En efecto, debimos concluir esa sesión debido a que Alonso manifestó un malestar físico que la madre identificó como vértigo, diagnóstico confirmado por el médico pero lo atribuyó a *algo* psicológico. Aspecto sumamente crucial porque consistió en un

³⁴ Ver página 144.

momento de corte en el que la cadaverización cesó para dar paso a lo que Fédida (2006a) denomina *estrangulamiento* y la manera en que esa sensación o alguna análoga consiste en una producción de lo psíquico que dispone de tal virtud metafórica para asegurar la salud de los órganos.

Las sesiones siguientes se centraron, de acuerdo a lo explicado por Davoine & Gaudillière (2011), en reconocer al Otro real que tomó su lugar, su vida y su muerte, justo al que Alonso quiso alcanzar suprimiéndose y que “arrojó pedazos de historia en el limbo de la no existencia” (p. 297); teniendo especial cuidado en posicionarme como vía para propiciar un espacio donde desplegara el conflicto con el adversario y a su vez garantizar la seguridad de la maniobra. Así los encuentros transferenciales comprendieron dos direcciones que engendraron el lugar de repetición de acontecimientos psíquicos donde se actualizó de manera conflictiva la presencia del deseo.

En una de esas direcciones se trabajó sobre su sentencia para sí mismo: “*estoy aburrido*” que repetía constantemente debido a: “*es que no pasa nada*”, a lo que realicé intervenciones que cuestionaron el surgimiento de ese estado, su vigencia, de qué manera participó para ello y las alternativas que en ese momento podía crear; pesimista ante las interrogantes lo exhorté a la movilidad. Confundido, Alonso atendió a sus posibilidades creativas, por ejemplo se expresó el tránsito desde: “*no quiero nada*” a combinar juegos de fútbol y básquetbol. Es decir se presentó alternativas, entre las cuales optó por sentarse con un amigo a comer galletas, “*¿qué galletas te gustan?*” –Preguntó su amigo– a lo que Alonso respondió: “*no sé... emperador... de vainilla*”. Luego, se dirigió a mí y respondió: “*Me gusta el café con galletas*”. Aspecto crucial porque en esa respuesta se engendra su posibilidad para mantenerse enlazado socialmente y descubre vías para el placer, las cuales habían permanecido clausuradas por las imposiciones resultantes de la enfermedad y que él asumió en forma de certezas, anulándolas.

Otra de las direcciones comprendidas en el encuentro transferencial consistió en la manera por la cual se resistió a identificarse con la figura feroz del contexto institucional y fijarse en los imperativos provistos por él y en lugar de dócilmente entregar la propiedad de su vida y su muerte decidió asumir su deseo y como se mencionó anteriormente, eso no ocurre sin la escenificación de un conflicto. La mamá de Alonso, enérgica religiosa, me comentó que el obispo asistió al albergue a celebrar una misa, Alonso y ella participaron pero no pudieron concluir porque Alonso se sintió cansado, aunque él pidió que el obispo acudiera a su cuarto para hacer oración. Después, al tratar este tema con Alonso, pregunté: “¿Tú quisiste que él fuera?”, a lo que responde: “mi mamá... ¡yo quise!”. Esto muestra cómo se le dificultó asumir su deseo frente al deseo de la madre, más que al institucional.

Sin embargo en el transcurso del proceso terapéutico, cité ocasionalmente a la madre de Alonso para realizar entrevistas y en lo necesario, intervenir para generar hiancias en el discurso materno que favoreciera la distancia entre la posición del niño como objeto y su identificación ideal. Es decir, asumir su castración. Proceso que se ve correspondido por los movimientos edípicos resultantes del trabajo de Alonso en transferencia respecto al cuestionamiento del Otro omnipotente (Dinerstein, 1987).

En suma, las dos direcciones en conjunto muestran que la insatisfacción encontrada se reactualizó y en los rodeos que Alonso realiza produce un camino de búsqueda de satisfacciones, manteniendo viva la actividad del psiquismo. La insatisfacción, las fallas y los fracasos permiten que el deseo no perezca. “Ni aplastamiento significate ni cuerpo cristalizado ofrecido, como objeto *a*, al goce del Otro” (Dinerstein, 1987, p. 116). Caso opuesto a Estela quien sí lo ejecuta.

Desafortunadamente, días después la madre de Alonso me informó que recibieron la noticia de que detectaron una metástasis alojada en el sistema nervioso, motivo por el cual tuvo

que ser sometido a punciones lumbares, extracción de médula ósea y múltiples canalizaciones. Acudí a su habitación donde me encontré un cuerpo abatido, en dolor extremo e invadido por el miedo a las magnitudes que podría alcanzar el dolor y especialmente el dolor de la muerte. Lo que logró pronunciar ante mi presencia fue la siguiente condena: “*Recái...*” casi inmovilizado por el dolor de espalda me muestra sus manos y brazos amoratados e hinchados por las canalizaciones. Como se expuso en la metodología la mirada es un elemento crucial para la constitución subjetiva, por lo que al mirarlo y él siendo testigo de esa mirada, se reconstruyó un sentido y significación de aquello que perturba al psiquismo al verse dañado el cuerpo (Ávila y Tosta, 2013). Al acompañarlo ante la impresión de su cuerpo mutilado se limitó el despliegue del goce de mirar y también hubo una satisfacción del deseo narcisista al atestiguar su singularidad y consistencia subjetiva.

Por otro lado para establecer los límites del dolor se dispuso del ingenio y el juego a través de una canción popular que convocó risas; aunque al ser vigentes las heridas su discurso volvió a centrarse en la muerte. De la misma manera las siguientes sesiones se centraron en el rodeo de la fantasía de muerte, material que también surgió en sus sueños y su análisis me permitió descubrir que el contenido más terrorífico consistió en la certeza de que la muerte, resentida por él como próxima, consistiría en la suma exponencial del dolor sufrido en su vida. Para atenderlo, construí una historia que sirvió de traductor simbólico del deseo contenido en el material imaginario, especialmente delimitó el dolor y canceló la certeza de la muerte como un momento culminante de dolor exponencial. Es decir, en este punto el deseo de muerte se vislumbró en Alonso quien lo reveló en una sesión de acompañamiento hospitalario ante la presencia de su madre y la mía. La castración asumida por la madre llegó al punto de expresar su aflicción por tal afirmación pero inmediatamente después salió de la sala para permitir a Alonso atender su sesión clínica.

Las siguientes sesiones ocurridas en el hospital, Alonso psíquicamente estable, a pesar de responder: “*no siento más que dolor*”, material que fue trabajado para cuestionar tal certeza y contemplar otras posibilidades. De esa manera, el “*estoy aburrido*” que ocasionalmente retornó, empezó a tener otra carga simbólica pues se lo planteó a manera de qué hacer frente a ello, crearse alternativas y efectivamente las construyó. Independientemente de las circunstancias adversas y en cualquier oportunidad lo manifestó a través de juegos, comidas y participando en la convivencia. De hecho, en transferencia pone en acto su deseo de ser un niño pues al iniciar una sesión me preguntó: “*¿vamos a jugar fut?*”.

Semanas después de eso, sorpresivamente recibí una llamada de su madre explicando que se encontraban en San Luis y me pidió acudir lo más pronto posible con Alonso, pues había intentado suicidarse. Lo intempestivo de tal acontecimiento recuerda la advertencia freudiana de que las pulsiones de muerte son esencialmente mudas a diferencia del alboroto de la vida. En entrevista con la madre, explicó que la razón de ello fue una amenaza por parte de la oncóloga hacia Alonso: “*si no cooperas, vas a ser candidato a trasplante de médula*”, de esa manera anuló los esfuerzos realizados por Alonso, pues eso implicaba desahuciarlo. El suicidio consistió en un intento de homicidio de lo malo que se introyectó por identificación en el yo y a su vez, un intento de detener el instante catastrófico e impedir que el yo sucumbiera más.

En el encuentro clínico con Alonso, él difícilmente explicó lo acontecido y las razones que lo motivaron, ecuánime respondí: “*si la vida te da la espalda, jálale el cabello y pellízcale las nalgas*”, con una gran risa se repone y pregunta: “*¿cuándo nos volvemos a ver? Recuerda que voy a ir a mi casa...*” y continúa explicando una serie de cosas. Esto demuestra que el ingenio mediante la risa que convocó, reanudó y produjo una movilización del aparato psíquico, recuperando el dinamismo que lo caracteriza. El placer tomó por sorpresa a Alonso permitiendo que el sinsentido adquiriera un sentido nuevo que iluminó lo prohibido (Szabó, 2011).

El posicionamiento transferencial tomado por Alonso y por mí demuestra cómo la violencia de lo psíquico no deja de verificarse en la cura. Mi presencia suscitó la masa que activa la violencia inferida a la víctima, desafió el tercero llamado *asistencia*. Lo que posibilitó lo transferible en presencia del otro fue la disposición de Alonso para observar su vida psíquica y los movimientos hostiles que ocurrieron.

El último encuentro clínico con Alonso, en complicidad con su madre, decidió pagar su proceso terapéutico sorpremiéndome con un regalo que consistió en frutas que se cultivan en la zona donde vive y preciadas para él, además sabía que sería un evento novedoso, pues ofreció un sabor inédito para mí, una nueva experiencia de satisfacción. El proceso terapéutico se interrumpió debido a su muerte, que afortunadamente ocurrió mientras él dormía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

La pregunta principal que guió la presente investigación versó acerca de los procesos psíquicos implicados en niños, a partir del diagnóstico de cáncer y su tratamiento; las formulaciones que se construyeron a partir de tal cuestionamiento permitieron responder una segunda pregunta: ¿qué elementos clínicos disponer ante las circunstancias mencionadas? De esa manera, se logró configurar un dispositivo con fundamentación psicoanalítica para la atención a la singularidad de esos niños y en un contexto asistencial determinado, a saber, una asociación civil y un hospital público.

Asimismo, la articulación y formalización de la práctica clínica, sus efectos y las preguntas planteadas con el psicoanálisis dan cuerpo a esta tesis y se plantean a continuación las discusiones, las limitaciones y sugerencias para estudios posteriores, así como las conclusiones, aspectos que surgieron como efecto de tal empresa.

En principio, cabe mencionar que con el objeto de formular un anteproyecto y protocolo de investigación, es decir, antes del encuentro clínico, las referencias a las clínicas de lo urgente y lo extremo constituyeron un punto de partida que, por el lado de las propuestas en torno de lo urgente ofrecieron las coordenadas para el despliegue de dispositivos clínicos en espacios hospitalarios y específicamente, ante la irrupción de estados angustiosos que surgen a partir de patologías somáticas.

Mientras que las propuestas acerca de lo extremo proveen un modelo explicativo basado en el *handicap*, para individuos enfrentados a situaciones extremas, ante las cuales se instala una corriente mortífera que efectúa una dinámica pulsional y afectiva específica, así como las vías y advertencias clínicas correspondientes. Efectivamente, ambas propuestas teórico-clínicas permitieron, al momento de los primeros encuentros clínicos, cierto reconocimiento de las

manifestaciones subjetivas observadas; el privilegiado recurso psicoanalítico de la escucha posibilitó que a partir del material clínico se realizara una reconstrucción teórica a partir de los hallazgos, y de manera articulada, atendiendo a los principios del psicoanálisis se configuró un dispositivo fundamentado en su teoría. Más adelante se amplían las implicaciones otorgadas a la escucha.

Limitaciones y sugerencias para estudios posteriores

Al momento de comenzar la práctica clínica, se identificaron algunas limitaciones a las que se les atribuyeron dificultades para la instauración de procesos terapéuticos con los pacientes, lo que se constituyó como una suerte de constreñimiento institucional respecto a la atención psicológica y que parecía obturar el deseo mediante la constante provisión de satisfactores, lo cual, se identificó como un factor que impedía la emergencia de una demanda en el espacio clínico.

Sin embargo, mediante la observación y la escucha analítica-recursos que direccionaron el análisis teórico y las modulaciones del método psicoanalítico- se logró establecer que la imposibilidad de formular una demanda en el espacio clínico, no residió en las operaciones institucionales, sino en los procesos psíquicos instaurados ante la temporalidad del trauma, temporalidad en detención, en *impasse*, como se argumentó en los capítulos correspondientes a los afectos y lo traumatizante, ante lo cual, corresponden maniobras transferenciales específicas para propiciar un proceso terapéutico.

Por consiguiente, al configurar un dispositivo fundamentado desde el psicoanálisis e identificar limitaciones externas, como podrían ser los discursos institucionales presentes en el contexto de la intervención, es importante analizar qué tipo de poder ejerce sobre los individuos que ahí se alojan o qué elementos pueden obedecer a resistencias del clínico, pues como se

muestra en los casos de *Estela* y *Alonso*, los pacientes despliegan actos que manifiestan su decisión respecto a si participan o si se identifican y de qué manera, ante la oferta institucional.

Además, la lógica del dispositivo con fundamento en el psicoanálisis, justamente, comprende los elementos que son susceptibles de disponerse frente a las condiciones que ineludiblemente se presentan en los espacios institucionales. Es una labor correspondiente al clínico analizar si las condiciones del contexto se incorporan al dispositivo o por el contrario, se tendrá que decidir qué acciones emprender ante las imposibilidades que le plantea la institución, ya que ésta siempre mantendrá objetivos distintos al psicoanálisis, en tanto éste, a saber, trabaja con lo que ha sido excluido del discurso científico y en esa acción, la ciencia proporciona el material: la subjetividad.

Establecido lo anterior, en otro orden, respecto a las sugerencias para estudios posteriores, en primera instancia, se centra en los elementos del *ingenio*³⁵ y el *acercamiento-distanciamiento*³⁶, en torno a los cuales, las investigaciones que sirvieron para argumentar cada una de sus funciones se encontraron escasas; motivo por el cual se identifican dos líneas teóricas poco exploradas y considerando los beneficios provistos, se propone continuar con el análisis teórico-metodológico que explique-en relación al ingenio- las implicaciones a nivel psíquico susceptibles de producir y respecto al acercamiento-distanciamiento, los efectos posibles en la ética y transferencia de la clínica psicoanalítica. Las preguntas diseñadas para futuras investigaciones se plantean a continuación:

1. ¿Cuáles son los movimientos pulsionales identificados en la economía psíquica y sobre la dinámica de lo inconsciente que se posibilitan a partir de la disposición del ingenio?

³⁵ Ver página 154.

³⁶ Ver página 159.

2. ¿A partir de qué elementos manifestados en la dinámica transferencial se advierte la necesidad de emplear movimientos de acercamiento o distanciamiento por parte del clínico y qué efectos transferenciales se posibilitan mediante tal disposición?

Por otro lado, en la reconstrucción de los hallazgos clínicos se decidió mantener la argumentación conceptual que sostiene esta tesis, sin embargo, como efecto del análisis de los hallazgos de esta investigación y su deconstrucción, se vislumbraron tres modalidades afectivas que incluso podrían relacionarse con cada uno de los tres niveles de la falta de objeto expuestos por Lacan (1956-1957/2008) en *El seminario 4*, a saber, en el nivel de lo real la pérdida como a una privación, en el nivel de lo simbólico la pérdida como una castración y en el nivel de lo imaginario la pérdida como una frustración; mientras que los afectos correspondientes serían el terror, la angustia y el miedo, respectivamente. A reserva de que la pérdida en lo real no necesariamente puede conducir al terror, de la misma manera que en el nivel de lo simbólico puede desprender angustia, sin embargo, como se observó en el capítulo de los afectos, el factor decisivo para desencadenar el terror implica la impreparación del yo, generando una efracción extendida de la protección antiestímulo. Al respecto, se formulan las siguientes preguntas:

3. ¿Es posible articular a los niveles de la falta de objeto un afecto que sobrevenga ante la pérdida, es decir, falta real-privación-terror, falta simbólica-castración-angustia, falta imaginaria-frustración-miedo?
4. De ser así, ¿mediante cuáles argumentos teóricos se fundamenta la propuesta?

Además de la continuación del análisis de esta configuración de los afectos en los niveles de la pérdida, se propone responder a qué factores del acontecimiento traumático obedece la impreparación del yo cuando no ha existido la reorganización de lo pre-sexual con el advenimiento de la pubertad, o si existen otras formas que inhiban las funciones yoicas. En ese sentido, en el caso de la investigación de Gonzalez (2012), se configuró un dispositivo con

fundamentación psicoanalítica ante las implicaciones producidas por la pérdida gestacional, la cual se genera a nivel de lo real pero no se identificó que sobreviniera el afecto de terror, sino un desborde angustioso que en algunos casos llevó a manifestaciones psicóticas.

Básicamente, la presente investigación proporciona los elementos teóricos y metodológicos para presentar una línea de investigación que tiene de base el interés por los usos y aplicaciones³⁷ del psicoanálisis señalados por las investigaciones relacionadas con lo extremo y las que sirvieron para argumentar el capítulo denominado Lo traumatizante (Laplanche, 2011, 2012, Le Poulichet, 1994, 1998, y Davoine & Gaudillière, 2011) que en conjunto, apuntan hacia diversos campos clínicos en donde el encuentro con lo real del trauma cuestiona las formas que el método psicoanalítico puede tomar para configurar dispositivos ante la problemática encontrada. La mencionada línea de investigación se titularía *Fundamentos de la práctica clínica psicoanalítica en situaciones extremas*.

Y en correspondencia con ello, se delinea la potencial investigación acerca del fundamento de las incidencias de la práctica clínica suscitadas, incluso, ante las condiciones temporales y contextuales impuestas por el tipo de alojamiento que se presta al sujeto en las diversas instituciones, es decir, aun y cuando las características institucionales puedan interferir en la disposición de la dirección de la cura, es posible intervenir sobre la economía psíquica en el primer encuentro clínico; mientras que si existen posibilidades de otorgar un seguimiento clínico más cercano, se vislumbran posibilidades de incidir sobre la dinámica de lo inconsciente. Tema argumentado a partir de algunas experiencias clínicas y que se formalizó en otro espacio (Gonzalez, 2018, en proceso de publicación).

³⁷ Las acepciones de usos y aplicaciones del psicoanálisis se encuentran basadas en la connotación que se le otorga en los trabajos recopilados en el libro *Los usos del psicoanálisis* (Negri, 2003), donde se debate acerca de las manifestaciones singulares del malestar contemporáneo y los usos posibles del psicoanálisis ante ello, así como la vigencia del psicoanálisis aplicado frente a la necesidad de encontrar respuestas a las demandas sociales.

Conclusiones

Como se mencionó anteriormente, la apertura de las vías del dispositivo se produce a partir de la escucha, aspecto que puede ilustrarse mediante el tránsito realizado de la angustia al terror, afecto que no es retomado tan comúnmente como la angustia, lo cual se entiende cuando se lee en la obra freudiana que la angustia es el modelo de afecto, de igual manera, sucede en la obra lacaniana, donde se encuentra que la angustia opera como una brújula en la clínica. No obstante, se insiste en el recurso privilegiado de la escucha, pues sin su dirección, el tránsito mencionado no habría sido posible y en consecuencia, tampoco lo sería la delimitación de la problemática clínica.

Diversos autores afirman que las especificidades de la inserción del psicoanálisis en instituciones y la naturaleza de tales espacios, por lo general, el trabajo clínico se topa con un real irreductible, como sucede en esta experiencia investigativa, lo cual impone un cambio teórico y técnico. En ese sentido y considerando lo establecido respecto a la escucha analítica, se logró comprender que el diagnóstico de cáncer y el tratamiento oncológico, conllevan la anunciación de la muerte, situación que consiste en la repetición del trauma del nacimiento, pues el niño es arrancado de la vida sin estar siquiera adaptado a ésta, pues al faltar la pubertad el aparato psíquico no cuenta con la reconfiguración de sus posibilidades de simbolización, promoviendo un estado afectivo de terror.

Sin embargo, a pesar de la consistencia del aparato psíquico en los niños, más que identificar el terror como un modo de defensa patológico, los niños despliegan un trabajo de duelo melancólico que a simple vista pareciera que perecen con el objeto, sin embargo, la clínica muestra que más bien, los niños se liberan de todas sus actividades para avocarse con fuerza en el trabajo de duelo melancólico, una cadaverización, según lo explicado por Fédida (2006a).

En ese sentido, se identifica que el contexto institucional dirige una mortificación del cancerígeno pero al no morir en lo real de los hechos, los niños se ubican entre dos muertes, la que es asentada por el contexto institucional y la que se encuentra por-venir, de las cuales ninguna le pertenece. De tal manera que los peligros de la melancolía radican en el despliegue de actos dirigidos a deshacerse del objeto despreciado, por ejemplo, el suicidio o que en el intento de reconocer al Otro que toma su lugar, su vida y su muerte, trate de alcanzarlo suprimiéndose.

Por consiguiente, el acontecimiento traumático solo puede ser habitado al realizar un trabajo que otorgue un sentido en su figurabilidad y su significación, y especialmente, al disponerle al niño un espacio del que pueda apropiarse para manifestar los efectos generados ante la devastación del mundo que hasta entonces construyó. De esa manera, es susceptible que se formule y presente alternativas en los virajes de la regresión, una de ellas, como se argumentó en *Estela*, es asumir una condición de excepción, en la que básicamente, los mecanismos de defensa están condenados a falsificar la percepción interna, los cuales, posiblemente se mantengan vigentes mientras la providencia del contexto institucional no se fracture ante ella.

Por otro lado, *Alonso* demuestra cómo en el espacio clínico, en la proximidad transferencial se le otorga un sentido a lo que fue susceptible de pérdida y a su vez, un objeto severamente amonestado. En el proceso se convoca el deseo y su conflicto, aspecto que indica la constitución de un sujeto. De manera general, se demuestra que ante las imposiciones que la vida y la existencia conllevan, es posible que un niño construya posibilidades y reconstruya su mundo las veces que sea necesario, uno de los pacientes, *J*, juega a ello mediante la papiroflexia y por medio de cada pliegue en el papel, él experimenta una forma nueva.

A propósito del término proximidad transferencial, de manera general se recuperó para argumentar una dinámica específica a las condiciones presentes en la clínica, pues en el

enfrentamiento con la muerte, en general, ante lo real del trauma, se suscitan cuestionamientos acerca de los recursos con los que cuenta el paciente para la expresión de su subjetividad y cómo atenderlos, técnicas que para ello resultan no ser las ortodoxas.

Una de las situaciones que ilustra lo anterior corresponde a las manifestaciones de la animalidad, donde se evocan imágenes de lo animal e incluso, lo bestial producido por las mutaciones sensoriales y corporales que acarrea el cáncer; condición que suscita la exploración de zonas de funcionamiento psíquico inimaginables y ante lo cual, el clínico requiere reconsiderar las condiciones de aparición de la palabra para evitar una captación especular entre el horror y la fascinación que inhiban las expresiones del paciente.

Por ejemplo, *R*, una paciente de 16 años de edad con un tumor en el sistema nervioso que le imposibilita hablar, en la clínica no hace más que dibujar flores, agua y el entorno de su casa; elementos mediante los cuales explora diversas formas para asegurar lo humano. Aspectos que imponen al clínico sus capacidades de identificación y simbolización, como se argumentó en el capítulo de *Lo extremo*, es necesario seguir esos caminos, que en el caso de *R*, la llevaron a dibujar los integrantes de su familia y asignar el nombre de cada uno de ellos.

Otro de los casos que ilustra el tema en cuestión se ubica en el proceso terapéutico de *Alonso*, pues en una de las sesiones, me presenté enfrentando la reciente muerte de un familiar cercano y ante la decisión de no postergar el encuentro con *Alonso* debido a que su intento de suicidio también era reciente, fue necesario cancelar la regla de abstinencia e informarle el dolor por el que yo pasaba, pues se consideró necesario hacer consciente que la corriente mortífera suscitada en transferencia no provenía solamente de él y en ese sentido, cada uno tendría que hacerse cargo de la que le pertenecía.

De manera general, respecto a las implicaciones de la proximidad transferencial, se concluye que en congruencia con lo establecido en la sección metodológica titulada *Principios*

de la práctica clínica psicoanalítica³⁸, la repetición de un *standard* o encuadre sin un análisis de por medio conduce a un comportamiento ritual, es necesario considerar la singularidad del caso en función de los principios proporcionados por el método psicoanalítico. Mientras que el contexto institucional aun y cuando mantiene un discurso específico tendiente a desmentir la singularidad y para atender a esa condición, es posible que desde el psicoanálisis se identifiquen hiancias mediante las que se apoye la justificación del despliegue de un dispositivo para la atención a las expresiones subjetivas de niños diagnosticados con cáncer y en tratamiento oncológico; sin que constituya una confrontación entre psicoanálisis y ciencia.

El cáncer, en tanto acontecimiento real precipita el encuentro del sujeto con la muerte produciendo un instante catastrófico, en el que se desgarran la trama del tiempo, mientras que en el marco del dispositivo es posible fundar un tiempo identificante que engendre un lugar de acontecimientos psíquicos (Le Poulichet, 1994). *Alonso* es el caso paradigmático por el que se argumenta y transmite de qué manera en los pacientes atendidos hay tiempos de transposición y transformación inaugurados en la proximidad de la transferencia, donde se instaura un tiempo y así se consuman acontecimientos psíquicos.

La regresión consiste en uno de esos acontecimientos psíquicos que constituye un tratamiento temporal de la fuerza pulsional que no cesa, además de reconstituir las funciones yoicas abatidas y volver a erigir al yo como objeto en correspondencia con el ideal del yo. Básicamente, mediante la regresión a lo primitivo se tiene la particularidad de clarificar y hacer perceptible la actualidad psíquica de todo acontecimiento y las adquisiciones ulteriores protegen al yo del aniquilamiento (Fédida, 2006a). De esa manera el instante catastrófico que genera terror, en el marco del dispositivo puede resultar fecundo debido a que presenta la

³⁸ Ver página 138.

oportunidad de que surja la pregunta acerca del deseo. En cambio, *Estela* muestra la manera por la cual, ante el instante catastrófico se aísla un movimiento pulsional que se fija en un imperativo, identificándose con una figura feroz.

Para finalizar, en esta tesis se formaliza el recorrido teórico y metodológico generado a partir de la práctica clínica fundamentada desde el psicoanálisis dirigida a niños diagnosticados con cáncer. Ante ello se analizaron las constelaciones psíquicas intervinientes y se identificaron factores determinantes relacionados con el discursos asistencial, aspectos que resultaron en la configuración de un dispositivo de intervención con fundamentación psicoanalítica, el cual se legitima en cada acto del clínico de asumir su deseo de posicionarse y mantener una función específica en transferencia, así como también en el acto del paciente de asumir su deseo de posicionarse en la dinámica transferencial.

REFERENCIAS

- Allende, S., Verástegui, E., Mohar, A., Arrieta, Ó., Barrera, J., & Casteñada, C. (2013). Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. *Gaceta mexicana de oncología*, 12(4), 213-222.
- Álvarez, M., Canedo, L., & Gadea, E. (2005). Apuntes sobre la construcción del caso y su transmisión. *NODVS*, 12.
- Anzieu, D. (1959/2004). *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis 1*. México: Siglo XXI Editores.
- Asociación de Academias de la Lengua Española. (2014). Hándicap. *Diccionario de la lengua española* (20ª ed.). España: Real Academia Española. Recuperado a partir de <http://dle.rae.es/?id=K0bkjca>
- Assoun, P.-L. (1994). *Introducción a la metapsicología freudiana* (1.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Assoun, P.-L. (2001). *El Perjuicio y el ideal: hacia una clínica social del trauma*. Nueva Visión.
- Assoun, P.-L. (2003). *El vocabulario de Freud*. Buenos Aires: Nueva visión Argentina.
- Atmani, I. (2005). Une clinique de l'informe: de la défiguration à la monstruosité. *Recherches en psychanalyse*, no 3(1), 75-84.
- Avila, X. (2009). *Duelo por la piel. Análisis del acompañamiento terapéutico como dispositivo psicoanalítico de intervención a niños hospitalizados por quemaduras* (Maestría). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.
- Bassols, M., Brignioni, S., Cena, D., Esqué, X., Palomera, V., Tizio, H., Zaidel, R. (2005). La presentación de casos, hoy. *L'aperiòdic virtual de la secció clínica de Barcelona*. XII.

Recuperado de: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=169&pub=4&rev=26&idarea=7>

- Belaga, A. (2003). El psicoanalista aplicado en el hospital. En: M. Cárdenas, A. Harari y F. Kruger (Comps.) *Los usos del psicoanálisis*. (pp. 11-24). Buenos Aires: Paidós.
- Belaga, G. (2005). Ciencia, política y clínica del trauma. En Belaga, Guillermo (Ed.), *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma*. Buenos Aires: Gramma Ediciones.
- Belaga, G. (2006). Equipos de urgencias subjetivas. *Virtualia*, (14). Recuperado a partir de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?encuentro/eol/belaga.html>
- Bilbao, A., & Morlans, I. (Eds.). (2010). *Duelo, pérdida y separación: Figuras del sufrimiento humano*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Breuer, J. y Freud, S. (1893/1978). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-316). Buenos Aires: Amorrortu.
- Briole, G. (2003). Breves observaciones sobre la presentación de casos. *NODVS*, 7.
- Brodsky, G. (2003). La solución del síntoma. En: M. Cárdenas, A. Harari y F. Kruger (Comps.) *Los usos del psicoanálisis*. (pp. 25-42). Buenos Aires: Paidós.
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 11(4), 640–652.
- Castro, S. (2011). El descubrimiento freudiano. *AffectioSocietatis*. 15, 1-7. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/10795/9969>
- Chagnon, J.-Y., & Marty, F. (2010). Cliniques de l'extrême. The psychoanalyst at the border. *Perspectives Psy*, 49(4), 280-284. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494280>

- Ciccone, A. (2007). La tyrannie chez l'enfant porteur de handicap. *Champ psychosomatique*, 45(1), 35-51.
- Coll, G. (2010). La construcción del caso entre varios. *AffectioSocietatis*. 13. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>
- Davoine, F., &Gaudillière, J.-M.(2011). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- De Ávila, R. X. (2009). Duelo por la piel. Análisis del acompañamiento terapéutico como dispositivo psicoanalítico de intervención a niños hospitalizados por quemaduras (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S. L. P.
- Dinerstein, A. (1987). *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?* Argentina: Lugar Editorial.
- Do Rêgo, R. (2003). Sin *standard*, pero no sin principios. En: M. Cárdenas, A. Harari y F. Kruger (Comps.) *Los usos del psicoanálisis*. (pp. 51-62). Buenos Aires: Paidós.
- Editorial. (2013). Manifiesto por uma psicopatologia clínica não estatística. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), 361-372. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000300001>
- Elkin, M. (2004). La investigación clínica en psicoanálisis. *Affectiosocietatis*. 7, 1-12. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/5371/4723>
- Fédida, P. (2006a). *El sitio del ajeno*. México: Siglo XXI.
- Fédida, P. (2006b). *¿Por dónde empieza el cuerpo humano? Retorno a la regresión*. México: Siglo XXI.

- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C., & Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*, 13(2-3), 191-204.
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.
- Francisco, M. (2005). La época que niega lo imposible. En Belaga, Guillermo (Ed.), *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 63-74). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Freud, S. (1890/1982). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 111-131). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1892-99/1982). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1894/1982). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia? En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 228-234). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896/1982). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad). En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 260-268). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/1978). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/1979). La interpretación de los sueños. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 345-612). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1911/1980). Formulación sobre los dos principios del acontecer psíquico. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 217-232). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1980). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 329-346). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1979). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 313-340). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1979). Introducción del narcisismo. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1978). 25ª conferencia. La angustia. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 357-374). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1978). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1979). De guerra y muerte. Temas de actualidad. Etiología. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 273-304). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1979). La represión. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 135-151). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916/1979). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 313-340). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1917/1978). 18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 250-261). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/1978). 22ª conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 309-325). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/1979). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/1979). Lo inconciente. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 153-214). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/1979). Nuevos caminos de la terapia analítica. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 1-1668). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1979). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-61). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921/1979). Psicología de las masas y análisis del yo. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1979). El yo y el ello. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924/1979). El problema económico del masoquismo. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 161-175). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/1979). Nota sobre la «pizarra mágica». En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 239-247). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1979). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 165-234). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1926/1979). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937/1980). Análisis terminable e interminable. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 211-254). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940/1980). Esquema del psicoanálisis. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 133-210). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950/1982). Proyecto de psicología. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 323-436). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fudín, M. (1998). El tiempo de la urgencia. Ruptura de lazo social y emergencia de una ética. *Emergencias. Revista de las ciencias del hombre*, (9). Recuperado a partir de http://www.drwebsa.com.ar/emergencias/nro_09/em09_06..htm
- Garduño, A., Ham, O., Méndez, J., Rodríguez, J., Díaz, E., & Reyes, L. (2009). Experiencia en cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Revista mexicana de pediatría*, 76(2), 75-80.
- Garrido, M. (2013). La especificidad del dispositivo analítico. *Carta psicoanalítica*. 18. Recuperado de: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article331>
- Gonzalez, E. (2013). *Atención clínica psicoanalítica a mujeres diagnosticadas con pérdida gestacional. Procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario*. (Tesis de Maestría inédita) Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, S. L. P.
- Gutman, M. (2002). Angustia, tiempo, urgencia. *El cartel. Escuela de la Orientación Lacaniana*, (14). Recuperado a partir de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_cartel&SubSec=cuaderno&File=cuaderno/016/gutman.html

- Hospital Central Dr. Ignacio Motones Prieto. (s. f.). Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. Recuperado a partir de <http://www.hospitalcentral.gob.mx/>
- Jardim, L., & Rojas, M. (2010). Investigación psicoanalítica en la universidad. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 529-536. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400010>
- Korff-Sausse, S. (2007a). A l'extrême limite de la vie psychique : l'animalité. *Champ psy*, 45(1), 85-95. <https://doi.org/10.3917/cpsy.045.0085>
- Korff-Sausse, S. (2007b). Argument. *Champ psy*, 45(1), 5-6.
- Lacan, J. (1987). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En: Jacques-Alain Miller (Ed.) *Los seminarios de Jacques Lacan* (Vol. 11) Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1987/2008). La relación de objeto. En: Jacques-Alain Miller (Ed.) *Los seminarios de Jacques Lacan* (Vol. 4) Buenos Aires: Paidós.
- Laia, S. (2003). La práctica analítica en las instituciones. En: M. Cárdenas, A. Harari y F. Kruger (Comps.) *Los usos del psicoanálisis*. (pp. 87-104). Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. (2001). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Argentina: Amorrortu.
- Laplanche, J. (2012). *Problemáticas I. La angustia* (2.^a ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Laufer, L. (2005). L'informe et le transfert. *Recherches en psychanalyse*, no 3(1), 85-96.
- Laurent, E. (2002). El caso, de la construcción a la mentira. *Cuadernos de psicoanálisis*. 26.
Recuperado de: http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/el_caso.pdf
- Laurent, E. (2004). Escuela de la Orientación Lacaniana. Recuperado 27 de octubre de 2015, a partir de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/laurent/documentos.html

- Laurent, E. (2005). El tratamiento de la angustia postraumática: sin estandares, pero no sin principios. En Belaga, Guillermo (Ed.), *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma*. Buenos Aires: Gramma Ediciones.
- Laurent, E. (2006). Entrevista a Eric Laurent [Electrónico]. Recuperado a partir de <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-eric-laurent/11271>
- Leclaire, S. (1999). *Matan a un niño*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Le Poulichet, S. (1994). *La obra del tiempo en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Le Poulichet, S. (1998). *El arte de vivir en peligro. Del desamparo a la creación*. Buenos Aires: Nueva Visión. Recuperado a partir de <http://www.libreriapaidos.com/9789506023706/ARTE+DE+VIVIR+EN+PELIGRO%2c+EL/>
- Mannoni, M. (2000). *El niño, su «enfermedad» y los otros*. España: Nueva Visión.
- Marrello, P. (1998). El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria. *Psicoanálisis y Hospital*. 13, 60-65.
- Méndez, F., Orgilés, M., López, S., & Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1).
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(1), 33-52.
- Mijolla-Mellor, S. de. (2005). De l'informe à l'archaïque. *Recherches en psychanalyse*, no 3(1), 7-19.
- Miller, J.-A. (1993). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Monjaraz, P., Rojas, C., Santasilia, S., & Monjaraz, F. (2017). The body as constitutive element phenomenology and psychoanalysis on our view of ourselves and others. *Lifesciences*,

- society and policy*, 13(6). Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28447286>
- Moya, G. C. (2011). La construcción del caso entre varios. *Affectio Societatis*, 7(13).
- Nasio, J. D. (1991). *El dolor de la histeria*. Paidós.
- Nasio, J. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. España: Gedisa.
- Nietzsche, F. (1886). *Más allá del bien y del mal*. España: Alianza editorial.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS | Cuidados paliativos. Recuperado 23 de mayo de 2017, a partir de <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Orgiles, M., Méndez, F., & Espada, J. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 343-356.
- Paz, O. (2015). *El laberinto de la soledad* (4.ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Plotkin, M. (2003). El psicoanálisis y sus historias. *Psicoanálisis APdeBA.25* (2/3), 457-461. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Plotkin.pdf>
- Porce, E. (2010). Del mito del auto-análisis de Freud al discurso psicoanalítico. *Desde el jardín de Freud*, 10, 47-64. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/download/19824/20933>
- Pommier, F. (2006). La question du masochisme dans les situations extrêmes. *Psychologie clinique et projective*, n° 12(1), 69-82.
- Pommier, F. (2009a). L'extrême. In F. Marty (Comp.), *Les grandes problématiques de la psychologie Clinique* (pp.145-160). París: Dunod.
- Pommier, F. (2011). *Lo extremo en psicoanálisis*. Chile: Universidad de Chile.
- Pujó, M. (1997). El psicoanálisis en la institución hospitalaria. *Psicoanálisis y el hospital*. Número no publicado*

- Ramírez, M. E. (2010). La investigación clínica en psicoanálisis. *Affectio Societatis*, 4(7).
- Ramos, P. (2004). *Urgencia y temporalidad*. Conferencia presentado en Problemas de la praxis. Ciclo de urgencias, Buenos Aires. Recuperado a partir de <http://www.psicomundo.com/argentina/ramosmejia2000/ramos.htm>
- Rojas, C., Reyes, M., Méndez, S. (2011). Posibilidades del trabajo investigativo psicoanalítico en la universidad. *Uaricha Revista de Psicología*, 15, 1-12.
- Rojas, C., & Monjaraz, P. (2015). The phenomenological approach as epistemologically support to legitimize the position of oneself to the other of psychoanalysis. *Philosophy study*, 5(9), 471-476.
- Rojas, C. y Loss, L. (2007). Algunas puntualizaciones acerca de la ciencia y el cuerpo. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*. 10 (1), 6-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017474002.pdf>
- Rubio, P. (2015). ¿Qué hace crisis en la construcción del caso? Recuperado a partir de <http://www.elp-cvalenciana.org/que-hace-crisis-en-la-construccion-del-caso-por-pepe-rubio/>
- Ruiz, L. (2014). *Textimonios psicoanalíticos (ética, erótica y poética)*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Saulus, G. (2007). La clinique du polyhandicap comme paradigme des cliniques de l'extrême. *Champ psy*, 45(1), 125-139. <https://doi.org/10.3917/cpsy.045.0125>
- Secretaría de Salud. (2002). *Salud: México 2002*. (gubernamental) (p. 221). México: Secretaría de Salud. Recuperado a partir de <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17029302>

- Secretaría de Salud. (2011). *Manual breve de preguntas y respuestas para padres y/o cuidadores de niños, niñas y adolescentes con cáncer*. (gubernamental). México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (s. f.-a). *La Salud Empieza en casa. Guía básica de Salud* (Beneficiencia pública) (p. 79). México: Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer, I. A. P.
- Secretaría de Salud. (s. f.-b). Sistema de Protección Social en Salud D.F. Recuperado 22 de noviembre de 2015, a partir de http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/index/gastos.php
- Seldes, R. (2008, julio 3). Psicoanálisis de la urgencia. *Página 12*. Recuperado a partir de <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-14196-2008-07-03.html>
- Serra, M. (2008). NODVS. L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. *Algunas observaciones sobre la presentación de casos*, (XXI).
- Singer, F. (1998). Modelos en psicoanálisis. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*, 1 (2).
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. España: Suma de Letras.
- Sotelo, I. (2009, noviembre). *Desborde angustioso: la urgencia*. Conferencia presentado en Ciclo de conferencias: «Problemática de la Angustia en la Dirección de la Cura», Buenos Aires. Recuperado a partir de http://www.libreriapaidos.com/eventos/events_view.aspx?id=2876
- Stiker, H.-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap. *Champ psychosomatique*, 45(1), 7-23.
- Stringa, E. (s. f.). La conclusión de la urgencia subjetiva. Recuperado 28 de octubre de 2016, a partir de <http://www.pausaurgencias.com.ar/paginas/investigacion.html>

- Szabó, D. (2011). Humor y psicoanálisis: un asunto serio. En *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Uruguay: Asociación psicoanalítica del Uruguay. Recuperado a partir de <http://anterior.apuruguay.org/sites/default/files/el-humor-szabo.pdf>
- Tarrab, M. (2005). La insistencia del trauma. En Belaga, Guillermo (Ed.), *La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 59-62). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Velásquez, C. (2013). UNAS NOTAS SOBRE CÓMO SE CONSTRUYE UN CASO | Escuela de Psicoanálisis - NEL Medellín. Recuperado a partir de <http://nel-medellin.org/unas-notas-sobre-como-se-construye-un-caso/>
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., & Gonzalez, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, *12*(2-3), 207-236.
- Viñar, M. (2011). El enigma del traumatismo extremo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (113), 55-66.
- Xolocotzi, Á. (2006). Mi Brentano es el de Aristóteles. *Cuadernos de filosofía*. 35
- Gonzalez, E. (2018). Transferencia en condiciones no ortodoxas: su especificidad. *Trivium: Estudios interdisciplinarios* (en proceso de publicación).