



El sujeto y el campo de la salud mental

Alma Leticia Paz Zarza
Coordinadora

Colección Docencia y Metodología



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades

la coordinadora

Alma Leticia Paz Zarza es licenciada en psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Profesora-investigadora en el Departamento de Educación y Comunicación de la DCSH en esta misma unidad.

Maestra en teoría psicoanalítica por el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos.

Cuenta con una especialidad como terapeuta psicodramatista por la Escuela Europea de Psicodrama Clásico en México.

EL SUJETO Y EL CAMPO
DE LA SALUD MENTAL

El sujeto y el campo de la salud mental

Alma Leticia Paz Zarza
Compiladora



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades

2009



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Rector general, José Lema Labadie
Secretario general, Javier Melgoza Valdivia

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

Rector, Cuauhtémoc V Pérez Llanas
Secretaria, Hilda Rosario Dávila Ibáñez

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Director, Alberto Padilla Arias
Secretario académico, Jorge Alsina Valdés y Capote
Jefe de la sección de publicaciones, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

CONSEJO EDITORIAL

Ramón Alvarado Jiménez / José Luis Cepeda Dovala (*Presidente*)
Roberto Constantino Toto / Sofía de la Mora Campos
Arturo Gálvez Medrano / Fernando Sancén Contreras

COMITÉ EDITORIAL

Francisco Luciano Concheiro Bórquez / Lidia Fernández Rivas
Anna Ma Fernández Poncela / José Flores Salgado (*Presidente*)
Salvador García de León Campero Calderón / Adriana García Gutiérrez
Graciela Lechuga Solís / Diego Lizarazo Arias / Jaime Sebastián Osorio Urbina
Celia Pacheco Reyes / Alberto Isaac Pierdant Rodríguez / Raquel Rosales Montañez

Primera edición, 7 de mayo de 2009

Original de cubierta y diseño de portada Irais Hernández Guereca
Zwitter (21 x 27 cm, acrílico)

DR ©2009 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso 1100
Colonia Villa Quietud, Coyoacán
04960, México DF

ISBN de la Colección 978-970-31-0946-3

ISBN 978-607-477-006-3

Impreso en México / Printed in Mexico

Índice

Prólogo	9
Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental” <i>Enrique Gumsberg Blanck</i>	17
Las transiciones de la psiquiatría a la luz de las propuestas internacionales y las legislaciones <i>Ma Eugenia Ruiz Velasco</i>	51
El yo y el desconocimiento <i>Marina Lieberman</i>	87
El complejo de Edipo un descubrimiento freudiano <i>José Luis González Fernández</i>	107
Neurosis, psicosis y perversión Introducción a la clínica freudiana <i>Leticia Flores</i>	141
Cuerpo-fronteras Metapsicología de la insatisfacción en la bulimia <i>Lluvia Marcela Cruz Gutiérrez</i>	169

Reflexiones sobre la anorexia <i>Patricia Sánchez Bringas</i>	189
Algunas líneas de investigación en torno del suicidio y su tentativa <i>Alma Leticia Paz Zarza</i>	203
La entrevista clínica. Guía con algunas claves para el trabajo de campo <i>Alejandro Montes de Oca Villa Toro</i>	225

Prólogo

A lo largo de la historia, el concepto de salud mental ha sufrido variaciones que responden al contexto social, económico y cultural del momento. Esto conlleva no solamente una serie de cambios en la teoría y concepción misma del proceso, sino que también, desde la perspectiva psiquiátrica y psicológica, ha incidido en la construcción del sujeto como tal.

En la actualidad, el campo de la salud mental se ha visto afectado por nuevos postulados ideológicos que se revelan en las concepciones clínicas de los terapeutas así como en los engañosos “nuevos síntomas” de sus pacientes. Esta tensión, sin lugar a dudas globalizadora y neoliberal, “modifica las condiciones de trabajo de los psicoanalistas y otros terapeutas, afectando también sus métodos, sus ideales teóricos, sus valores sobre la cura y su ética”.¹

El retorno a la biologización de la cura marca la pauta de las nuevas propuestas clínicas y metodológicas. Recordemos que salud y enfermedad, patología, síntoma, paciente, cura, etcétera, son términos que provienen de un discurso médico hegemónico y que cuando estas nociones se trasladan al campo de la psicología, existe el riesgo de caer en concepciones ahistóricas y asociales, integrándolas en un discurso predominantemente biológico.

¹ Emiliano Galende, *De un horizonte incierto*, Paidós, Buenos Aires, 1997, p. 360.

co del sujeto. Como lo afirma Asa Cristina Laurell,² la concepción dominante sobre los procesos biológicos, y por lo tanto, sobre los psíquicos, es que son procesos naturales, o sea ahistóricos. Es decir, que en tanto estos procesos sean naturales, las circunstancias sociales o históricas en las cuales se producen, justifican decir que no transforman su esencia. El anti-esencialismo, enseñado por Foucault en *Historia de la locura*,³ constituye una sólida crítica a una psicología que, aún en la actualidad, está completando el proceso de reconstrucción de la enfermedad mental y sobre el cual se asienta la compilación que aquí presentamos.

El sujeto y el campo de la salud mental es una colección de textos elaborados por el cuerpo docente del octavo trimestre de la licenciatura de psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana: "Conflicto psíquico, salud mental y sociedad". El objetivo inicial del presente texto fue dar un soporte didáctico y bibliográfico al módulo, a través de los criterios específicos de sus docentes para abordar la problemática de la salud mental y de la comprensión de la dialéctica del conflicto psíquico, el sujeto y la subjetividad. Sin embargo, los textos incluidos en este volumen pueden trascender la reflexión y discusión dentro del aula y resultar de interés para lectores no pertenecientes a la comunidad de la UAM, especializados en estos temas.

Esta compilación adquiere consistencia y continuidad a través de un problema eje específico; ya sea que hablemos de los trastornos psíquicos, de la salud mental o del conflicto psíquico, habremos de afirmar que en sus manifestaciones o sintomatología, encontraremos las condiciones históricas, familiares y sociales en la vida y estructuración del sujeto, enmarcados dentro de los referentes simbólicos de la cultura. De la misma manera, se considera tanto la locura, la marginalidad, la exclusión social, y el propio conflicto psíquico, como aspectos que siempre se articulan para

² Asa Cristina Laurell, "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad", María I. Rodríguez (coord.), *Lo biológico y lo social*, OPS-OMS, Washington, D.C., 1994, pp. 1-12.

³ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, FCF, México, dos tomos, 2006.

generar el *pathos*⁴ o sufrimiento mental. En otras palabras, en la medida en que el hombre es un producto social, los procesos que se ponen en juego para la constitución del sujeto y la subjetividad se articulan en las redes sociales, producto de una trama histórica, y es en este devenir histórico y social donde la dimensión del *pathos* adquiere lugar

Los autores procuran, en su docencia y en los textos aquí publicados, que la psicología logre recuperar su carácter crítico, manteniéndose alejados de las obviedades, recetarios apresurados y sobre todo, lejos de aquella psicología que en la actualidad pretende encontrar fórmulas para adaptarse y acomodarse en una sociedad enfermante, donde es el “síntoma” una escenificación de una historia y la metaforización de una trama familiar que se inserta en una cultura y una problemática social específica. Escenifica sus fantasmas, sus temores, y expresa las modalidades defensivas del sujeto en su acceso a la palabra, y su incapacidad por identificar el significado de sus emociones y experiencias con los otros

Así, Enrique Guinsberg, en *Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental”* discute la problemática conceptual del concepto salud mental y el del término psicoanalítico que lo sustituye: conflicto psíquico, por lo que polemiza alrededor de las nociones de salud, enfermedad, normalidad y anormalidad, pero siempre considera que todo lo que se produce en la constitución y desarrollo de la subjetividad, incluyendo lo que llama “la psicopatología”, es inseparable de los procesos sociales, culturales e históricos. Plantea esto como una necesidad para preparar a los alumnos frente a una lucha teórica e ideológica respecto a sus sentidos y significaciones. Nos ofrece un panorama de los distintos criterios existentes para definir la “salud mental” con sus distorsiones paradigmáticas (organicismo, psicologismo, sociologismo), y hace énfasis en que las ideas de “salud mental”

⁴ Aristóteles decía en su *Retórica* que el hombre no es un ser sólo racional, sino que obedece también a las emociones y a las pasiones. Aristóteles dedicará un número considerable de páginas de su libro II al análisis de las pasiones que el orador puede inducir en sus oyentes a través de sus palabras. De cada una de las pasiones distinguirá tres aspectos: 1) en qué estado se encuentran los sujetos influidos por las pasiones, 2) hacia quiénes van dirigidas sus pasiones y 3) por qué asuntos éstas se despiertan. En Aristóteles, *Retórica*, Alianza Editorial, Madrid, 1998, p. 320

pueden usarse como instrumentos de control social para cuestionar de manera presuntamente “científica” las diferentes formas de disidencia.

La respuesta social e institucional que se ha dado al problema de la enfermedad mental, el encargo social al médico y al especialista en su tratamiento, el hospital psiquiátrico y el modelo asilar como la propuesta hegemónica que se asienta en la exclusión, es el tema que plantea María Eugenia Ruiz Velasco en su artículo *Las transiciones de la psiquiatría a la luz de las propuestas internacionales y las legislaciones*. Además, hace una revisión de los movimientos internacionales en torno a la problemática de la atención y concepción del enfermo mental que han desembocado en modificaciones legales a lo largo de la historia, y particularmente a finales del siglo XX y principios del XXI, cuando al “loco” se le comienza a otorgar un estatuto de dignidad y condición humana, poniendo especial atención al caso mexicano, concluyendo su trabajo con una importante exposición, a manera de reflexiones, sobre las reformas psiquiátricas, los discursos, movimientos, prácticas, experiencias y resultados en el campo institucional de la salud mental.

Ahora bien, desde una perspectiva estructural y tomando al conflicto psíquico como inherente al sujeto mismo, habremos de considerar que ese “loco” ha adquirido tal categoría a partir de una diferencia gradual o “de grados” en relación con los otros sujetos. De esta manera, los tres artículos que se publican a continuación, versan sobre la propia constitución del sujeto, su historia psíquica y su estructura mental.

Marina Lieberman en *El yo y el desconocimiento*, sigue detalladamente la propuesta de Lacan sobre la constitución del yo como una instancia paradójica, pues proporciona al sujeto la ilusión de conocerse a sí mismo gracias a que así puede desconocer la verdad de cómo está conformado. Se trabaja alrededor del planteamiento psicoanalítico de que el sujeto no es una unidad, sino que hay distintas instancias psíquicas que operan en él. Freud distingue en un primer momento lo conciente de lo inconsciente y, más adelante, incluirá las instancias psíquicas que conforman el aparato psíquico (*yo, ello, superyó*). El *yo*, dice Lacan, se estructura en una línea de ficción, ya que se constituye al identificarse el infante con una imagen que se le aparece en el espejo y que resultará ser la suya. Lo que aparentemente es nuestra más clara y segura forma de reconocernos, no es sino un espejismo.

Una imagen que para los efectos de este prólogo, proviene de la mirada del otro, de la madre en primera instancia, quien le ofrece al niño esa posibilidad de identificación, pero sin excluir su propio deseo. Y esta madre paradigmática –inserta en un mundo social y de conflictos que incluyen al propio conflicto psíquico– recibió a su vez de sus padres “la opción especular”, lo que le da así un carácter transgeneracional e histórico a este estadio.

Por su parte, José Luis González Fernández en su artículo *El complejo de Edipo: un descubrimiento freudiano* realiza un breve recorrido epistemológico por la teoría y clínica freudiana, y presenta una perspectiva estructural del *Edipo* como el núcleo de todas las estructuras psíquicas, poniendo especial interés en las funciones paternas como vehículos estructurantes que responden a un orden y contexto histórico social y familiar en el que se producen.

Estos dos textos, el de Lieberman y el de González Fernández, se ocupan fundamentalmente de lo que podríamos llamar la instauración del psiquismo, abriendo el camino para el siguiente artículo, que se ocupa de características eminentemente clínicas: *Neurosis, psicosis y perversión. Introducción a la clínica freudiana* de Leticia Flores. Haciendo una amalgama con lo expuesto hasta el momento, realiza un análisis diferencial entre varias corrientes del psicoanálisis, en particular, con la escuela lacaniana y la freudiana, culminando con la exposición de las estructuras psíquicas en la clínica freudiana. Como ella misma afirma: para abordar la clínica desde el punto de vista estructural es imprescindible alejarse de una clasificación de los síntomas y de la descripción detallada de las manifestaciones conductuales. Así, siguiendo a Freud, Leticia Flores realiza una lectura desde la estructura para observar el proceso y no las conductas, entrando de lleno en el campo de la psicopatología, que sin reservas lo equipara al concepto de *Pathos*.

Como lo señalé al inicio de este prólogo, la presión ideológica a la que está sometido el campo de la salud mental se caracteriza, entre otras cosas, por el intento de acuñar “nuevas patologías mentales” planteando una estrecha relación entre los síntomas subjetivos, anorexia, bulimia, drogadicción, depresión, suicidio, etcétera, con los rasgos dominantes de la cultura y la vida social actual, es decir: individualismo, consumismo, competencia, libre

mercado, o el hecho de que ahora el sujeto no sea ya sujeto, ni ciudadano, ni pueblo, sino consumidor. Esto, en palabras de Galende, “hace que estos pacientes puedan ser percibidos como verdaderos paradigmas de lo social”.⁵

Los tres trabajos siguientes están relacionados con estos síntomas paradigmáticos de los tiempos actuales: anorexia, bulimia y suicidio, pero fundamentando el hecho de que, desde una lectura histórica de largo plazo, ninguno de estos cuadros puede ser considerado precisamente como patologías de los tiempos modernos

Patricia Sánchez Bringas, en su apartado *Reflexiones sobre la anorexia*, establece, en un agudo recorrido histórico, que este cuadro aparece ya en escritos del siglo XIII, pese a que las patologías alimentarias hayan sido nombradas como “trastornos de la conducta alimentaria” hace relativamente poco tiempo. Afirma que, para comprender las anorexias y bulimias, es necesario investigar su compromiso con la esfera familiar. El cuerpo de la hija bulímica puede encarnar el objeto de un duelo imposible de la madre, “en sus entrañas permanece la imagen de una madre hambrienta que lo devora todo, de una madre ajena al deseo”, pero paradójicamente una madre sobreprotectora que en su función cómplice con la función padre, pretende evadir su propia angustia constituyéndose en una figura no sólo que instaura, sino que procura un síntoma que pretende erradicar. De ahí que Sánchez Bringas plantee la necesidad de evitar la fascinación del síntoma y enfocarse en la escucha y el análisis mismo partiendo de una historia de las relaciones humanas, familiares y sociales

Y es precisamente ese cuerpo el que Lluvia Cruz, en *Cuerpo-fronteras Metapsicología de la insatisfacción en la bulimia*, analiza a través de “un ejercicio de investigación clínico-psicoanalítico” donde la metapsicología freudiana representa una hoja en blanco que será posible leer solamente en la dinámica de la cura, en la clínica, ante el paciente. Reflexiona en torno a la conformación del cuerpo a partir de algunos términos como fronteras somatopsíquicas que Freud inaugura con la propuesta del esquema sexual desarrollado en los inicios de su Metapsicología. El surgimiento de lo pulsional, y su representación somatopsíquica, será el punto de partida de

⁵ Emiliano Galende, *De un horizonte*, op. cit.

su exposición. Así, propone estudiar el síntoma bulímico como el resultado de la protección somatopsíquica contra sensaciones displacenteras o frente a la angustia por no haber simbolizado la pérdida de un objeto primordial representado por lo que la madre fue para el sujeto antes de la constitución de su *yo*. De ahí que Lluvia Cruz señale la estrecha relación de este cuadro con procesos melancólicos y con el ideal del *yo*.

Por su parte Leticia Paz, en su trabajo *Algunas líneas de investigación en torno del suicidio y su tentativa*, expone la problemática a través del análisis de la lectura hecha por la psiquiatría y la sociología. Para la primera, prevalece el criterio médico abstracto, donde se ubica a la tentativa o acto mismo de suicidio como producto del llamado trastorno depresivo mayor, por lo general asociado a vivencias previas de “estrés psicosocial”. A partir de la lectura sociológica, Leticia Paz analiza los conceptos de desintegración social y política, asociándolos a las causales que sobre el suicidio la psiquiatría ofrece. Profundiza además en la visión del campo psicoanalítico y hace un recorrido teórico que le permite plantear la problemática a través de algunos conceptos fundamentales como el narcisismo y la melancolía, y de ahí llegar a los aspectos sociales y culturales con los que se articula.

Para finalizar, Alejandro Montes de Oca ofrece en su texto *La entrevista clínica. Guía con algunas claves para el trabajo de campo* un auténtico manual para el conocimiento de una de las técnicas privilegiadas en la actividad del psicólogo: la entrevista clínica de corte psicoanalítico. El autor va guiando al lector en la búsqueda de las herramientas de la técnica analítica para que, utilizándolas a la manera de categorías, disponga de referencias estructuradas para el momento de realizar su trabajo de campo, advirtiéndole la relevancia de la escucha, del discurso y de los efectos transferenceales que se producen durante el proceso de la entrevista.

Para finalizar, baste aclarar que con este libro no pretendemos brindar certeza alguna, sino dar algunas herramientas para que el lector construya la suya propia.

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
 Universidad Autónoma Metropolitana
 Unidad Xochimilco

Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental”

Enrique Guinsberg Blanck

El presente texto es una versión escrita –con las diferencias inevitables de lo que es una exposición oral, aunque se intenta mantener algo de su tono coloquial– del apoyo inicial para el módulo *Conflicto psíquico, salud mental y sociedad* a mi cargo desde hace ya muchísimos años, en el que se hace una introducción a la problemática conceptual del concepto de *salud mental*, así como a los sentidos –profesionales, institucionales, ideológicos y políticos– de su utilización al servicio del control social. La obligada brevedad de este texto acerca de uno de los aspectos más importantes y polémicos del campo de la subjetividad también obliga a una extremada síntesis acerca de todos y cada uno de los puntos tratados, por lo que se ofrece una amplia bibliografía acerca de los mismos para que los interesados puedan profundizar en todo lo aquí escrito.¹

Sin duda es una verdadera paradoja acerca de la complejidad del término “salud mental” (luego se comprenderá el porqué de la utilización del entrecomillado), que en muchos casos los profesionales y trabajadores del campo

¹ Todo lo aquí tratado puede verse de manera mucho más extensa en mi libro *Normalidad, conflicto psíquico, control social*, UAM-X/Plaza y Valdés, México, 1a. ed., 1990, 2a. ed., 1996; un resumen de parte de ello en el primer capítulo de *La salud mental en el neoliberalismo*, Plaza y Valdés, México, 1a. ed., 2001, 2a., ed., 2004.

psi (psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras, etcétera) sean definidos como de la “salud mental”, que existan múltiples instituciones que también asumen ese nombre, y que la absoluta mayoría de las personas aspiren a tener una buena “salud mental” y teman perderla. Pero a su vez es difícil o imposible definir qué es la “salud mental”, al punto que existen tantas definiciones al respecto que la convierten en una concepción vaga y poco precisa desde una perspectiva científica, confusión producida por la utilización de un término que proviene de la medicina y es transpolado al campo *psi* donde su significación es muy diferente. En efecto, dentro del campo médico puede definirse con bastante certidumbre qué es lo *sano* y qué lo *enfermo* (aunque a veces de manera relativa de acuerdo con la edad y otros aspectos), algo distinto, como se verá, a la de nuestra especificidad profesional.

Por ello no pocos integrantes del campo *psi* prefieren eliminar su uso por la confusión generada por estos términos y por considerar que la “salud mental” no existe, y utilizar, en su lugar, la noción psicoanalítica de *conflicto psíquico*. Pero como fuera del campo psicoanalítico e incluso dentro de algunas de sus corrientes, el término de “salud mental” continúa en pleno uso, es necesario esclarecer sus sentidos y significaciones tanto para conocimiento de éstas como para su necesaria crítica.

Por supuesto siempre existieron ideas y posturas acerca de la “salud mental”, la “locura” y las causas que las producen, pero formuladas desde perspectivas filosóficas, religiosas, etcétera.² Al respecto no debe olvidarse que la especificidad del campo psicológico es muy reciente —¿qué son poco más de 150 años en la historia de la humanidad, máxime recordando que las matemáticas, la física, la química, la medicina, etcétera, se han ido constituyendo en miles de años?—, y en este muy breve periodo sus planteos son diferentes e incluso antagónicos en sus distintas escuelas y corrientes, no siendo pocos los que incluso le niegan un estatuto de cientificidad y acusan a esta disciplina en general, o a algunas de sus tendencias en particular, de postular premisas ideológicas en defensa de una determinada concepción política, social y/o perspectiva del hombre. *Los conceptos acerca*

² Un texto muy exhaustivo sobre las múltiples concepciones a lo largo de la historia es el de George Rosen, *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Alianza Editorial, Madrid, 1974.

de la "salud mental" se inscriben en este contexto complejo y contradictorio, y son claras expresiones de los conflictos teóricos del campo psi y de las llamadas ciencias sociales en general

Esto último no sólo por la indicada discusión acerca de las disciplinas sociales y su nivel de "cientificidad" sino, y fundamentalmente, porque *las ideas acerca de la "salud mental" no pueden reducirse al campo psicológico, porque forman parte del campo social en general*, como se podrá ver a lo largo de este escrito, siendo válida la afirmación de Guattari de que "el estudio de los problemas de la salud mental tendría que ser parte integrante del conjunto de la investigación antropológica",³ un caso tal vez máximo de la necesidad de estudios *transdisciplinarios* —que deben ser vistos desde la totalidad de los factores que lo constituyen, o sea más allá de las disciplinas particulares, aunque sin negar el aporte de éstas—, pudiendo ser entendido como la *síntesis más alta, en el sentido hegeliano-marxista del término, de todos los aspectos que actúan en y sobre el ser humano.*

Los criterios de salud mental

Desde hace ya bastante tiempo una de las ideas más conocidas respecto a la "salud mental", formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue la que la considera "no sólo como la ausencia de enfermedad sino como el completo estado de bienestar psíquico, físico y social". Un planteo sin dudas muy interesante y valioso al incluir como parte de la misma todos los aspectos integrantes de la vida humana, sin negar ni olvidar ninguno y reconociendo que cualquier perturbación de ellos (enfermedades físicas, condiciones de pobreza y sociales, problemas psicológicos) la afecta —y también por ser un objetivo al que debe aspirarse—, pero al mismo tiempo total y absolutamente irreal, utópica e idealista que hace que *nadie* pueda estar dentro de tales parámetros

³ Félix Guattari, "Reflexiones sobre la terapia institucional y los problemas de la higiene mental en el ámbito estudiantil", *Psicoanálisis y transversalidad*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 1976, p. 78

Aparte de esta definición existen muchísimas descripciones e ideas acerca de “salud mental”, que en general pueden ubicarse dentro de tres muy grandes *criterios*:

1) *Estadístico-adaptativo*

Se trata de una situación donde algo que fue valioso e incluso progresista en su momento se convierte en claro, y a veces manifiesto, instrumento de adaptación y de control social que luego se verá. Surgió hace ya bastante tiempo, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, cuando múltiples estudios de la antropología cultural muestran que diferentes pueblos tienen *culturas* diferentes (en el sentido antropológico del término, es decir, formas de vida, costumbres, etcétera), algo nada nuevo por supuesto, pero de lo que tales investigadores extraen consecuencias antes no consideradas para nuestro caso: que la “salud mental” de cada marco social debe ser vista *desde la perspectiva de su propia cultura* y no desde la de otras, que en general eran las de las sociedades desarrolladas y colonizadoras. Algo hoy tan (supuestamente) simple fue revolucionario en su momento al romper con las ideas de superioridad de las naciones dominantes, que veían a los pueblos dominados como inferiores en todos los sentidos, y en el sentido de la “salud mental” como atrasados, débiles, etcétera, argumentos que se añadían a otros que servían para justificar la colonización y el dominio.⁴

Todo esto puede verse claramente no sólo en los discursos del poder de tal época (donde las ideas acerca de “salud mental” no aparecían abiertamente pero estaban implícitas), sino incluso en textos académicos —en general y psiquiátricos— donde sí se explicitaban esos conceptos con base en lo indicado (atraso, inferioridad, etcétera) y, por supuesto, en una concepción

⁴ Cualquiera que conozca la actual situación mundial puede ver cómo hoy todo esto se mantiene, aunque en muchos casos con justificaciones modernas: necesidad de desarrollo y progreso, combate a la pobreza, apoyo para un mayor nivel cultural, etcétera. Es evidente que tanto gran parte de los pueblos como muchos de los intelectuales orgánicos de las naciones dominadoras actuales ven a las sociedades dominadas y pobres con perspectivas similares a las de otrora. Es innecesario decir que en esto Estados Unidos lleva la batuta.

racista que estuvo presente prácticamente siempre; no se crea que todo pertenece a un pasado remoto y que ha desaparecido, en al menos dos brillantes textos, de hace apenas 40 años, el psiquiatra Franz Fanon –miembro del Frente de Liberación Nacional de Argelia en la lucha por la independencia– mostró, de manera contundente, cómo algunos de sus colegas franceses tenían tal visión en sus análisis comparativos entre los francos y los argelinos al considerar que el africano normal es un “europeo lobotomizado”, mientras otros escriben en 1939 que “ese primitivismo no es sólo una manera resultante de una educación especial [sino que] tiene cimientos mucho más profundos y hasta pensamos que puede tener su sustrato en una disposición particular de la arquitectura, al menos de la jerarquización dinámica de los centros nerviosos”. Comentando estas posturas, Fanon considera que

El racismo vulgar, primitivo, simplista, pretendía encontrar en lo biológico –ya que las Escrituras se habían revelado insuficientes–, la base material de la doctrina. Sería fastidioso recordar los esfuerzos emprendidos entonces: forma comparativa del cráneo, cantidad y configuración de los surcos del encéfalo, características de las capas celulares de la corteza, dimensiones de las vértebras, aspecto microscópico de la epidermis, etcétera.⁵

Destaca cómo hoy mucho de esto se mantiene, aunque en múltiples casos con argumentos aparentemente más elaborados pero con la misma idea básica, sea partiendo de aspectos biológicos (“los negros, morenos y amarillos son inferiores”, “los rubios de ojos celestes, superiores”) o culturales al destacar aspectos diferentes a los occidentales dominantes. No sólo lo hizo el nazismo con sus aberraciones raciales acerca de la superioridad aria y la inferioridad judía, eslava, gitana, etcétera (con sus profesionales buscando demostrarlo científicamente sin nunca lograrlo), sino se sigue haciendo –con o sin argumentos, de manera implícita o explícita– al considerar de manera similar a los pueblos indígenas, árabes, orientales, etcétera. Ejemplos al respecto llenarían varios volúmenes como éste.

⁵ Franz Fanon, *Los condenados de la Tierra*, FCE, México, 1973, pp. 277 y ss., y en el capítulo “Racismo y cultura” de *Por la Revolución Africana*, FCE, México, 1975, p. 39.

Frente a tal situación resulta evidente el carácter progresivo del *criterio estadístico* al cambiar el eje del problema y considerar a la “salud mental” con base en las formas de vida específicas de cada marco social, buscando entenderlas y comprenderlas partiendo de sus historias peculiares. De esta forma adquiere fundamental importancia el estudio acerca de las características, conductas, comportamientos, ideas, formas vinculares, etcétera, que son las mayoritarias de una población —de ahí el nombre de *estadístico* de este criterio— y que incluso pueden de alguna manera medirse a través de la campana de Gauss, donde tales posturas mayoritarias ocupan la parte central, dejando a ambos costados las minoritarias y diferentes, o sea, aquellas que, en distintos sentidos (religiosas, estéticas, culturales, sexuales) difieren de las predominantes. Aquellas que de acuerdo con posturas actuales podrían verse como parte de una diversidad cultural, pero para otros simplemente son *raras, extrañas, anormales* o concepciones desvalorizantes equivalentes.

Esto último ha hecho y hace que el indicado carácter progresivo de este criterio deje de serlo para convertirse en uno que apoye y fomente la *adaptación* a las formas de vida predominantes de cada marco social —de ahí el agregado de este término anexándolo al *estadístico* para quedar como *estadístico-adaptativo*—, y la posibilidad, como ocurre en infinidad de casos, de persecución, discriminación, etcétera, hacia quienes difieren de las normas estadísticas mayoritarias, con sanciones (legales, morales y de diferente tipo) que dependerán de los grados de tolerancia y permisividad de cada formación social en general y de cada uno de sus grupos sociales. Si bien en esto se ha avanzado bastante en los últimos tiempos, al menos en el mundo occidental —hoy se tolera y/o acepta en grados antes inimaginables diferencias religiosas, de preferencia sexual, político-sociales, raciales, etcétera, también es cierto que en no pocos casos lo es por el desarrollo del reconocimiento de tal diversidad y no por la voluntad de sectores que sin duda alguna (es el caso de algunos sectores religiosos, racistas, etcétera) les gustaría regresar a la persecución contra quienes disienten con tales mayorías (como ocurre con todo tipo de sectores fundamentalistas, desde los que dominan en algunos países islámicos, judíos ortodoxos y católicos preconciliares, por ejemplo, hasta en el campo económico, donde las posturas neoliberales eliminarían a todos los que no aceptan la economía de merca-

do), tal como sucedía antes de manera absolutamente mayoritaria y de lo cual la Santa Inquisición podría ser uno de los ejemplos paradigmáticos

Uno de los ejes centrales para la utilización de este criterio estadístico-adaptativo es la noción de *normalidad*, convertida en modelo con el que se miden y evalúan todo tipo de acciones, comportamientos, posturas, etcétera. En efecto, es bastante común la defensa o justificación de lo que se piensa, siente o se hace, señalando que es "normal", queriendo decir que es lo aceptado, predominante, usual y hecho por la mayoría. Incluso, la generalidad de la población (incluyendo a los estudiantes que leen este texto) aspira, quiere, desea y cree ser "normal", es decir, en lo general no diferente a la mayoría, con plena conciencia de las significaciones (y a veces sanciones) que puede implicar no serlo

El destacado pensador Iván Illich, escribe sobre el origen y degeneración de la noción de *normalidad*:

"Norma" en latín significa escuadra, la escuadra del carpintero. Hasta los años 1830 y siguientes, la palabra inglesa "normal" significaba tenerse en ángulo recto. Pero durante la década de los cuarenta llegó a designar cosas que se ajustaban a un tipo común. En los ochenta, en Estados Unidos pasó a significar el estado o condición habitual, no sólo de las cosas sino también de las personas. Únicamente nuestro siglo pudo evaluar a la gente. No obstante, en Francia, la palabra fue transpuesta de la geometría a la sociedad un siglo antes. "Ecole Normale" designó a la escuela donde se formaban los maestros para el imperio. Auguste Comte fue el primero en dar a la palabra una connotación médica alrededor de 1840.⁶

Pero —y esta es una pregunta fundamental— ¿pueden equipararse los términos *salud mental* y *normalidad*?, o en otras palabras ¿ser *normal* equivale a ser *mentalmente sano*? En gran medida sí, de acuerdo con el criterio estadístico-adaptativo, pero no de acuerdo con otras posturas. Valga para explicarlo un ejemplo no del todo correcto pero útil: *tener caries es normal pero de manera alguna es sano*. De la misma manera, una infinidad de ca-

⁶ Iván Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975, página 147

racterísticas psíquicas que son compartidas en algún momento histórico por gran parte o toda la población, no tienen por qué ser entendidas como “sanas” e incluso dejan de serlo en otro momento histórico. ¿Acaso hace escasas décadas no era “normal” para las mujeres llegar vírgenes al matrimonio e incluso gozar poco o nada en las relaciones sexuales, y hoy ocurre algo muy diferente? Y, aunque ahora cada vez más extraño ¿no es “sano” y “normal” para los caníbales comer carne humana, mientras ello horroriza a quienes no lo son? *Lo normal es entonces nada más que lo mayoritario de una sociedad de una época determinada, y de manera alguna es siempre sinónimo de “salud mental”, y muchas veces es incluso lo contrario.* Por ello, aunque por supuesto desde una perspectiva crítica, un artículo de divulgación sobre este tema fue titulado con la pregunta: “¿Usted quiere ser ‘normal’ y ‘sano?’”, para responderse luego de desarrollado el tema con un categórico *¡No!* Como fue escrito en un texto anterior:

Es incuestionable que ninguna formación social podría funcionar de manera adecuada si la mayoría de sus integrantes no aceptan una parte importante de sus reglas y premisas, normas comunes de pensamiento y de comportamiento, etcétera, y a ello conducen todos los procesos de socialización y de educación de los colectivos humanos que permiten las formas de vida compartidas y, en general, aceptadas al menos de manera conciente [...] Pero tal búsqueda y necesidad de adaptación implica múltiples problemas prácticos como teóricos: ¿qué tipo de adaptación y para qué?, ¿cuáles son los límites de aceptación y de rechazo a las diferencias y cuáles de éstas se aceptan y se persiguen?, ¿qué significan estas interrogantes, y sus respuestas, para las nociones prácticas de la “salud mental”? Evidentemente todo esto no se plantearía para ideas de “salud mental” diferentes a la del criterio estadístico-adaptativo –que responden a otros parámetros– pero son inevitables y centrales para éste, máxime cuando es hegemónico.⁷

Como plantea un psiquiatra crítico y alternativo:

Una persona *desviada* es aquella a la que se atribuyen comportamientos desviados más o menos estables y típicos, que permiten caracterizarla frente a su

⁷ Enrique Guinsberg, *La salud mental...*, *op. cit.*, pp. 35-36.

ambiente social. Dicho ambiente, en cuanto expresa unas normas que el desviado resulta violar, expresa siempre asimismo unas *sanciones* respecto al desviado. Es decir, la sociedad adopta, formal o informalmente, una serie de medidas, por lo general de tipo punitivo, que tienden a devolver al desviado al seno del comportamiento normal, a neutralizar sus acciones, o a marginarlo más o menos radicalmente del consorcio de los individuos "normales".

Y luego de destacar cómo lo desviado depende de factores sociales e históricos, remarca que "la clase dominante tiende a imponer a toda la sociedad los modelos de comportamientos que son aceptables, y aquellos que, por el contrario, están *prohibidos*, o sea sometidos a sanción".⁸

Debe quedar claro que todo lo indicado hasta ahora tiene que ver con lo considerado *sano* y *normal* desde la perspectiva de la adecuación o no a los comportamientos psicosociales dominantes, porque existen psicopatologías que tienen que ver con otros parámetros, que serán vistas en el módulo⁹ y sobre lo que algo se dirá más adelante. Pero esto no cambia nada el hecho de que muchas escuelas y corrientes del campo psicológico y psicoanalítico se adecuan —de hecho, e incluso explícitamente— a este criterio estadístico-adaptativo, promoviendo, teórica y prácticamente, la adaptación a las formas culturales dominantes y, consecuentemente, criticando

⁸ Giovanni Jervis, *Manual crítico de psiquiatría*, Anagrama, Barcelona, 2a. ed., 1979, pp. 69-70. Seguramente hoy puede discutirse la cerrada idea de "clase dominante" y más bien hablar en plural ("clases dominantes"), culturas hegemónicas (con predominio de tales clases), etcétera.

⁹ Es importante señalar aquí, lo planteado siempre en mis grupos, de que ver psicopatología en un trimestre es simplemente imposible, lo que obliga a una visión harto general y siempre incompleta; que todo interesado en el tema deberá continuar y profundizar posteriormente: es algo así como ver una ciudad desde un avión, cuando para conocerla es preciso recorrer sus calles. En prácticamente todas las carreras de psicología del mundo entero, la psicopatología se ve en un año e incluso en más tiempo, y el hecho de que en la UAM-X no exista un área de concentración en psicología clínica no es una justificación, ya que el conocimiento de ella es imprescindible para el campo psicosocial y el educativo. Claro que cambiar esta situación implicaría el aumento de duración de la carrera, hoy muy corta: sólo de tres años para el campo psicológico específico.

y estigmatizando todo lo que se oponga a tal idea de “salud” y “normalidad”.¹⁰ El espacio de este texto no permite un desarrollo exhaustivo al respecto, pero es importante señalar que esto ocurre con la mayor parte de las praxis del campo *psi* actuales, entre ellas –aunque no las únicas– el conductismo, el psicoanálisis del *yo*, la mayor parte del que defino como psicoanálisis “domesticado” (el institucional y ortodoxo hegemónico, aunque a veces indique lo contrario), prácticamente la totalidad de las ahora crecientes terapias tipo *light*, etcétera ¹¹

Pero si hay quienes proponen la adaptación como criterio de “salud mental”, también hay otros para quien tal “normalidad” es una clara expresión de psicopatología, designando como *normópatas* a los individuos que se “adaptan a las normas impuestas por la clase dominante de su sociedad y que jamás adoptan posturas independientes o rebeldes cuando llega el caso” ¹²

¹⁰ La base conceptual de esto puede verse en un ejemplo paradigmático, escrito por uno de los principales teóricos del funcional-estructuralismo sociológico en un capítulo claramente titulado “La conducta desviada y los mecanismos de control social”, donde desde el inicio del mismo destaca que “la dimensión desviación-conformidad era inherente y central a toda la concepción de la acción social y, por ende, de los sistemas sociales”, existiendo siempre una “expectativa de conformidad con las exigencias de la pauta”, y complementariamente “implica la existencia de unos criterios comunes sobre lo que es una conducta ‘aceptable’ o aprobada en algún sentido” Para que no haya dudas refuerza tal posición al escribir que “a todas luces se aprecia que la concepción de la desviación como una perturbación del equilibrio del sistema interactivo constituye la perspectiva más importante en los análisis de los sistemas sociales”, Talcott Parsons, *El sistema social*, Alianza Editorial, Madrid, 1982, pp 237-305

¹¹ Véase un desarrollo mayor de todo esto en los libros de nota 1 y en mis artículos “La relación hombre-cultura eje del psicoanálisis”, en la revista *Subjetividad y Cultura*, México, núm 1, 1991, disponible en www.plazayvaldes.com/syc1/, reproducido en el Apéndice de la 2a edición del libro *Normalidad, conflicto psíquico*, *op cit*, y “Lo *light*, lo domesticado y lo bizantino en nuestro mundo *psi*”, en *Subjetividad y Cultura*, núm 14, México, 2000, y reproducido en el libro *La salud mental*, *op cit*

¹² Ignacio Dobles Oropeza, “Apuntes sobre psicología de la tortura”, en Ignacio Martín-Baró (comp), *Psicología social de la guerra*, UCA Editores, San Salvador, 1990, p 204

2) *Normativos*

Son aquellos que establecen como parámetros de la "salud mental" a determinados *valores* o *normas*, fuera de los cuales se encuentra lo anormal o patológico. Esos valores o normas pueden ser los determinados tanto por corrientes sociales, filosóficas, psicológicas, etcétera, como por marcos religiosos, corrientes de opinión, etcétera, que los formulan desde una perspectiva teórica o bien aplicados a sectores de la población que los siguen y que difieren de las mayorías que adhieren al criterio estadístico-adaptativo. Como se sabe, ninguna población es totalmente homogénea, y dentro de ella conviven diversos sectores con mayores o menores diferencias en algunos sentidos así, por ejemplo, distintos grupos religiosos tienen (o pueden tener) normas internas, formas de vida, costumbres, reglas éticas, etcétera, distintas a las mayoritarias y se guían y actúan con base en ellas, así, lo que es "normal" estadísticamente, no lo es para ellos, pudiendo provocar no pocas veces conflictos en distinto grado de intensidad

Una aclaración importante todos los colectivos sociales actúan con base en *normas*, pero mientras que las que corresponden a los grupos mayoritarios se definen como parte del anterior criterio estadístico-adaptativo, el criterio *normativo* hace referencia a *aquellos sectores que tienen otras diferentes, sea en general o en algunos aspectos particulares*. Es innecesario decir que ante la cada vez mayor complejidad del mundo contemporáneo, existe una proliferación de posturas normativas, aunque en gran cantidad de casos lo es sólo en determinados aspectos, como variantes particulares en algunos campos, pero compartiéndose en general el criterio estadístico-adaptativo. Así, también sólo como ejemplo, quienes optan por una preferencia sexual distinta a la mayoritaria, seguirán en este aspecto las normas de su grupo de pertenencia sexual, pero pueden coincidir en otros terrenos con lo "normal" general. Algo similar puede decirse respecto a diferencias-coincidencias entre distintos sectores y clases sociales, diversas zonas de un mismo país o incluso de una gran ciudad, sectores laborales y religiosos, etcétera

Si el criterio estadístico-adaptativo es clara expresión de la ideología hegemónica de un marco social, lo mismo ocurre con este criterio, pero en relación ya no con tal mayoría sino respecto de diferentes sectores como los indicados. Y con mayor razón cuando ya no se trata de situaciones

concretas en que se expresan valores y comportamientos de un grupo social determinado, sino con formulaciones teóricas acerca de lo que es la “salud mental”, donde se plantea lo que el ser humano *debiera* ser, bordeando las buenas intenciones o la utopía. Es así que pueden encontrarse centenares de ideas acerca de la “salud mental”, algunas muy genéricas como la propuesta en 1948 por un *Congreso de higiene mental* en Londres, y de alguna manera cercana a la antes expuesta como planteo ideal: “La salud mental consiste en el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo, en cuanto no contraríe el desarrollo de los otros individuos”. Como dice Caruso:

Pero tales definiciones son en primer término negativas, limitativas y además plantean cuestiones extremadamente complicadas. Aceptando que una sociedad sea injusta, ¿cómo conciliar el desarrollo óptimo de los oprimidos con el de los opresores? ¿Qué es el óptimo desarrollo de un esclavo en una sociedad esclavista? ¿De una mujer en una sociedad patriarcal? Lo óptimo de los opresores se puede mantener *solamente* en detrimento de lo óptimo de los oprimidos y viceversa.¹³

3) *Evolutivo-genético*

Este es un criterio por el cual diferentes escuelas y autores, con base en sus planteos teóricos, analizan el desarrollo humano y lo que el nombre del criterio señala: la “normalidad” y procesos patológicos que se dan en el mismo, considerando que todas las personas tienen un similar paso por diferentes etapas y en edades también similares. Así como sería absurdo esperar que un niño camine a los cinco meses, y habría preocupación si no lo hace a los 20 —lo mismo puede decirse respecto a otros aspectos físicos—, esto también ocurre en torno a conductas, comportamientos, aparición de aspectos que recién lo hacen a determinadas edades, desaparición de otros en su momento, etcétera. En esta perspectiva el término *normalidad* es muy distinto al indicado anteriormente, al hacer referencia a modalidades espe-

¹³ Igor Caruso, *Psicoanálisis dialéctico*, Paidós, Buenos Aires, 1964, p. 22.

cíficas de la especie humana, que existen en ella con independencia de razas, clases, nacionalidades, géneros, etcétera.

Por ello es lógico y nada extraño que, con tal base, escuelas y autores entiendan que gran parte de la "salud" y de la psicopatología pueda y deba verse de acuerdo con la adecuación de los sujetos a fases y etapas con base en sus premisas teóricas. Como claros ejemplos, y por su importancia, tres pueden ser citadas como las más conocidas:

Las etapas de la evolución libidinal: no es necesario reiterar la revolución teórica que significaron los aportes de Freud acerca de la significación de la sexualidad¹⁴ y el descubrimiento de una sexualidad infantil antes desconocida, que se sintetiza en las etapas de una evolución libidinal por la que pasan todas las personas: *oral* (de succión y canibalística), *anal* (expulsiva y retentiva), *fálica*, de *latencia* y *genital*, con el Complejo de Edipo y de castración como parte de ellas; evolución sobre la que se apoya la psico(*pato*)logía¹⁵ psicoanalítica clásica. En efecto, toda evolución *normal* implica el paso por todas ellas, mientras que las patologías psíquicas se producen por fijaciones y regresiones a algunas de las mismas, dependiendo de la etapa en la que se produzca su tipo específico,¹⁶ de manera que las psicosis se producirán por fijación o regresión a la etapa oral o anal expulsiva, la neurosis obsesiva a la anal retentiva, las histerias a la fálica, etcétera. El hecho de que nadie pase de una etapa a otra sin mantener algo de la precedente—Freud lo metaforiza diciendo que el proceso de evolución libidinal es como un ejército de ocupación que, para mantener sus zonas conquistadas, requiere dejar destacamentos en todos los lugares por los que pasa—, no sólo

¹⁴ Nunca debe olvidarse que la noción de *sexualidad* tiene para Freud y el psicoanálisis (en todas sus corrientes) una significación mucho más amplia y mayor que en su sentido común y popular. Al respecto véase tal término en Laplanche y Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971 (las ediciones actuales son de Paidós), p. 421.

¹⁵ La forma de escribir este término es por lo que se verá más adelante acerca de la noción de *conflicto psíquico*, queriéndose expresar que ambos términos—psicología y psicopatología—se encuentran entrelazados de distintas maneras en todos los sujetos.

¹⁶ Esto se verá con mucho mayor detalle en el módulo, pero una idea general al respecto puede verse en la parte II ("Salud, enfermedad y conflicto en psicoanálisis") de mi libro *Normalidad, conflicto psíquico...*, *op. cit.*, y en el cuadro de la p. 180.

explica un poco más lo precedente acerca del uso del término *psico*(pato)-*logía*, sino hace que el citado proceso sea mucho más complejo.¹⁷

El desarrollo cognoscitivo. Postulado centralmente por Piaget, aunque también por Wallon y otros, plantea algo similar a lo anterior pero respecto al desarrollo de la inteligencia, la formación de símbolos, etcétera, algo que por haberse visto en módulos anteriores de la licenciatura de psicología de la UAM-X no requiere detallarse más, salvo indicar que, como en precedente psicoanalítico, lo “sano” y lo “patológico” respecto a lo que se enuncia, dependerá del cumplimiento del paso por las sucesivas etapas y de acuerdo con las edades correspondientes

Evolución de conductas y comportamientos Planteado con base sobre todo conductista, aunque algo similar puede hacerse desde todo marco teórico, es lo que postula Gessell en sus conocidos y difundidos textos donde describe las conductas “normales” y sus características, en las cuales aparecen y evolucionan las conductas y funciones humanas, cuyas anomalías deben considerarse patológicas

Estos procesos, etapas, evolución, etcétera, son prototípicos de la especie humana y por tanto independientes de razas, clases, sexos, nacionalidades, etcétera, aunque cada formación histórico-social actúa fomentando alguna de tales etapas o funciones, lo que produce tanto el que Fromm define como *Carácter social*¹⁸ de una población, algunos caracteres y tendencias

¹⁷ Sobre esto véase el breve artículo de Sigmund Freud, “Tipos libidinales”, en *Obras completas*, tomo XXI, en la edición de Amorrortu de Buenos Aires, 1976, y en el III de Biblioteca Nueva de Madrid

¹⁸ Más allá de la discusión acerca del marco teórico frommiano, su planteo acerca del *carácter social* puede verse como un muy valioso aporte para la comprensión de la importancia de los aspectos histórico-sociales en la conformación del sujeto psíquico, que requiere de una constante elaboración para cada momento histórico concreto. Lo define como el “núcleo esencial de la estructura del carácter de la mayoría de los miembros de un grupo, núcleo que se ha desarrollado como resultado de las experiencias básicas y los modos de vida comunes del grupo mismo”, E. Fromm, *El miedo a la libertad*, Paidós, Buenos Aires, 1962, p. 322, que se constituye al “moldear las energías de los individuos de modo que su conducta no sea asiento de decisión consciente en cuanto a seguir o no la norma social, sino asunto de querer

psíquicas específicas, como las psicopatologías dominantes de una época (la histeria en la de Freud, la depresión hoy, etcétera)

Desviaciones en el estudio de la psicología y de la "salud mental"

Ya desde los inicios de los estudios acerca de lo que hoy se conoce como *psicología* surgieron visiones unilaterales, donde se priorizaba el "alma", las "fuerzas corporales" o diferentes aspectos, dejando de lado o desvalorizando otros. Esto, por desgracia, pero no casualmente, se mantiene incluso hoy (aunque no se le reconozca) en no pocos casos y desde el imperio de perspectivas psicológicas consideradas y autodefinidas como "científicas". Es importante conocerlas, para no caer bajo sus influencias y, también, para combatir las por lo que profesional e ideológicamente significan

Organicismo o biologicismo

Siempre existió la idea de que, de manera similar a lo que ocurre con las enfermedades físicas, las mentales o psíquicas surgen por deficiencias o afecciones en determinados órganos corporales, lo que posteriormente es reforzado por visiones "científicas" cuando se inicia la psiquiatría tradicional con una perspectiva médica que en lo fundamental se mantiene en un sector específico de la misma, aunque no en todo ese campo. Indudablemente en múltiples casos no puede dudarse de la causalidad orgánica de muchas patologías psíquicas, como son los casos (o pueden serlo) de grandes déficits intelectuales (imbecilidad, idiocia,¹⁹ oligofrenias y demencias),

obrar como tiene que obrar, encontrando al mismo tiempo placer en obrar como lo requiere la cultura. En otras palabras, canalizar la energía humana a fin de que pueda seguir funcionando la sociedad de que se trate", E. Fromm, *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, FCE, México, 1963, p. 72

¹⁹ Ambos términos surgen de la psiquiatría y hacen referencia a profundas debilidades intelectuales por causas orgánicas. Su utilización general y popular es producto de la defor-

la Parálisis General Progresiva (PGP, con origen en una patología medular que, muchos años después, puede derivar en una psíquica), meningitis (por inflamación de la meninges y sus efectos), e infinidad de cuadros más, algo aceptado incluso por *los* psicoanálisis,²⁰ aunque en otros casos pueden plantearse importantes diferencias con la psiquiatría tradicional y negar tal causalidad orgánica a psicopatologías consideradas de origen psíquico (casos de la esquizofrenia y la depresión entre tantas otras), e incluso pensar que algunas enfermedades físicas (asma, cáncer, epilepsia, etcétera) pueden tener en algunos casos una etiología psíquica.

De tal punto de partida a una búsqueda y creencia en una causalidad orgánica para toda psico(*pato*)logía hubo y hay un solo paso para la psiquiatría tradicional, y seguramente un claro ejemplo al respecto es el caso de la histeria, que por creerse anteriormente que era un cuadro sólo femenino su origen debía buscarse en un órgano que no tuviese el hombre: sería el útero, de donde deriva el nombre de histeria. El campo *organicista* actual por supuesto ya no es tan burdo ni esquemático y, más allá de que difícilmente haya alguien que en las palabras niegue la existencia de factores psíquicos y/o sociales en la psico(*pato*)logía, hoy utiliza argumentos mucho más complejos y sofisticados, que toma de un conocimiento profundo del sistema nervioso y de las neurociencias, aunque hasta el presente no han podido mostrar de manera absoluta e irrefutable que pretenden la causa orgánica (al menos única) de cuadros como la depresión, la esquizofrenia, y tantos otros.

El problema de esta desviación *organicista* acerca de la “salud” y la “enfermedad” mental es doble: por un lado terapéutica, ya que inevitablemente (al menos en la mayoría de los casos) conduce a tratamientos farmacológicos —hoy cada vez mayores por parte de los psiquiatras tradicionales

mación del sentido original, algo muy frecuente y que, para el campo *psi* también se produce en otros casos, entre ellos el de “perversión”.

²⁰ El uso del plural (*los*) y no el singular (*el*, como es usual) es porque hoy, y desde ya hace bastante tiempo, esta escuela tiene una multiplicidad de corrientes que, aunque con bases comunes, pueden tener grandes diferencias teóricas y prácticas entre sí. Claro que, y como muchas veces ocurre en polémicas internas, cada una de estas corrientes puede llegar a considerarse la verdadera y negar el carácter de psicoanálisis a las otras.

ante el cada vez más alto desarrollo de los psicofármacos—, biológicos (electroshocks y tantos otros) y la virtual negación de los psicológicos,²¹ por el otro teórica, e incluso ideológica, al negar la incidencia de aspectos psicológicos y sociales en la producción de la psico(*pato*)logía, con lo que esto implica al considerarse —algo sin duda no inocente, sea o no conciente de sus significaciones— que toda responsabilidad al respecto es del propio sujeto (específicamente de su biología) y *excluyéndose por tanto la psíquica y la social*²²

Psicologismo

Sea por sobrecompensación respecto a lo anterior —muchas veces la reacción contra algo es pasando exageradamente a un extremo opuesto— o por sí mismo, el psicologismo es lo mismo que el organicismo pero con sentido

²¹ Aquí es imprescindible hacer dos aclaraciones. Una acerca del término *psiquiatra*, que siempre es un profesional de la medicina dedicado a la psiquiatría, pero que luego puede tomar diferentes caminos: lo es el que se mantiene en la postura organicista indicada y como parte de la llamada "psiquiatría tradicional", pero también quienes con base en tal formación médica luego tienen una formación psicoterapéutica o psicoanalítica —recuérdese que hasta hace pocos años las instituciones psicoanalíticas ortodoxas sólo aceptaban médicos en sus seminarios, y por tanto, de hecho todos los analistas "oficiales" eran de por sí psiquiatras—, y por tanto, combinan de múltiples formas aspectos médicos y psicológicos, un claro ejemplo de esta polisemia la hizo Franco Basaglia, uno de los líderes de la llamada "antipsiquiatría", que rechazó este término porque, decía, siendo psiquiatra no podía estar en contra de sí mismo, y consideraba seguir siéndolo pese a las profundas y fundamentales críticas que hizo a la praxis psiquiátrica tradicional (algo de lo cual se verá más adelante).

La segunda aclaración es en torno al uso de los psicofármacos: aunque éste no es posible para los psicólogos —legalmente y por desconocimiento al respecto—, es imposible negar su valor cuando se hace en los casos y circunstancias adecuadas, en muchos casos como complemento de una psicoterapia o psicoanálisis. Pero esta problemática escapa al presente texto.

²² Es interesante señalar, aunque sólo sea al margen, que incluso un importante sector del campo psicoanalítico puede caer en algo similar, aunque sea para explicar algunas situaciones específicas de la realidad social y política: es el caso, reiterado en esta época por causas conocidas (los ataques de Estados Unidos a Afganistán e Irak), que las guerras son producidas por la pulsión de muerte, olvidando o minusvalorando, los aspectos políticos y económicos que las producen.

diferente *aquí las causas de todo son por factores psíquicos, eliminándose toda responsabilidad orgánica o social*, con consecuencias también similares de no querer ver las responsabilidades de estos campos, y por tanto quitándoles sus influencias sobre lo “sano” y lo “patológico”. Es por supuesto una tendencia que puede predominar sólo dentro del campo *psi* (sería contradictorio que se diese en el médico o en el sociológico) y de dos maneras

- a) viendo toda psico(*pato*)logía sólo desde perspectivas psicológicas –desarrollo libidinal, resolución del Complejo de Edipo, conflictos familiares, etcétera –²³, sin incluir factores sociohistóricos (como los que se indicarán más adelante) o posibilidad de afecciones orgánicas causantes o incidentes en cada problemática concreta;
- b) transpolando el conocimiento psicológico o psicoanalítico al campo social, interpretando aspectos de éste con herramientas de aquellos: aunque como ejemplo extremo siempre se da el de una muy conocida psicoanalista quien llegó a decir que el capitalismo es la etapa anal de la sociedad –proyectando a ésta una realidad válida para el desarrollo psíquico individual, que no tiene por qué ser equivalente al histórico–; esto no es para nada extraño dentro del mundo *psi*, donde se psicologiza incorrectamente situaciones que deben ser vistas desde sus propios marcos teóricos

La lectura de la profusa bibliografía psicológica y psicoanalítica muestra sin lugar a dudas la extensión de esta verdadera patología psicologista, aunque muchas veces sin conciencia de ella, lo que no quita sus sentidos y significaciones. Una variante, aparentemente distinta pero en el fondo similar, es en quienes –caso concreto del actual psicoanálisis “lacanista” y afrancesado de moda– tienen en cuenta algunos aspectos sociales y culturales (aunque abstractos, genéricos y nunca concretos) pero sólo en el pla-

²³ Como un ejemplo entre tantos otros, cuando se dice que la militancia guerrillera del hijo del gobernador de un estado en la Argentina de la década de 1970 fue por un Complejo de Edipo no resuelto. Si bien esto de manera alguna puede ser desechado, tal conclusión debería ser producto de un análisis concreto del caso y no especulación teórica genérica, y unida a las circunstancias históricas específicas que se vivían en ese momento

no del discurso, cayendo luego casi siempre en la realidad de una postura en definitiva psicologista ²⁴

También aquí el resultado, intencional y conciente o no, es quitar toda causalidad psico(*pato*)lógica a la realidad histórico-social, viendo todo como producto de situaciones individuales singulares. Consecuencia de esto es la búsqueda de cambios dentro del propio sujeto, lo que puede en algún sentido ser válido *si no se niega, o sea, si se hacen concientes, las causas culturales participantes en la situación y las limitaciones que producen tales cambios sólo personales*. Por otra parte, es evidente cómo las posturas psicologistas sirven como cobertura para el mantenimiento de la realidad imperante, actuando por tanto, como claros instrumentos de la dominación

Sociologismo

Aquí el énfasis está colocado en los aspectos sociales, culturales, políticos, económicos, etcétera, con reducción o negación de los psicológicos y orgánicos. Y así como los casos anteriores son expresión sobre todo de los campos médico y psicológico-psicoanalítico, éste lo es del de las "ciencias" sociales que, o bien en múltiples casos niegan o reducen la importancia de una realidad subjetiva que poco conocen, o dicen reconocerla y aceptarla sin realmente hacerlo. Es una tendencia predominante tanto en posturas sociológicas tradicionales como en el de un "marxismo" esquemático y mecánico (de tipo stalinista) que reduce todo al campo social y, en el segundo caso, a la lucha de clases y a la importancia de la "estructura" como determinante de la "superestructura" (ideología, subjetividad, etcétera), por lo que poco o nada tienen en cuenta los factores propios de cada individuo, su marco familiar, etcétera, y a la clara dialéctica entre sujeto y sociedad. Así, en esta perspectiva, las nociones de "salud" y "enfermedad" mental siempre estarán determinadas por las características imperantes en cada marco social, la lucha de clases, etcétera, dando escasa incidencia a los aspectos particulares de cada persona

²⁴ Un desarrollo mayor de esto se puede observar en mi artículo "Lo *light*, lo domesticado", *op cit*

Si bien en los últimos tiempos una apreciable cantidad de sociólogos, politólogos y antropólogos, buscan el acercamiento y vinculación entre lo social-cultural y lo subjetivo, es aún mucho lo que falta por hacer sobre esto.²⁵

Estas desviaciones en gran medida son consecuencia de las tendencias fuertemente disciplinarias del conocimiento actual, aunque se encuentran en proceso importantes perspectivas *inter* y *transdisciplinarias* desde las cuales deben ubicarse los estudios acerca de la “salud mental”. Aceptando estas búsquedas integrativas, aquí se parte de la idea de que el ser humano es un ser *biopsicosocial* —sin guiones intermedios para indicar una totalidad y no una suma de factores— y que por tanto, *todo conocimiento psicológico y psicoanalítico debe tener en cuenta tal síntesis en todos los sentidos*, lo que seguramente no es nada simple pero que debe ser buscado como algo teórica y prácticamente fundamental e imprescindible.²⁶ Y cumplirlo realmente, no sólo en el terreno de las palabras.

Salud mental y control social

Otro muy importante aspecto a destacar en torno a la problemática acerca de las nociones de *salud mental* es su utilización al servicio del *control social*, es decir, como herramientas convalidantes con presuntos tintes “científicos” para todo tipo de dominación. Para esto se utilizan básicamente los criterios estadístico-adaptativo y normativos antes descritos, de manera que muchas de las conductas, comportamientos, ideas, formas de vida, etcétera, que salgan de lo aceptado, común y normal de un marco social es o puede ser

²⁵ Éste es uno de los aspectos centrales de mi tesis para el doctorado en Estudios Latinoamericanos, “El malestar en la cultura en América Latina”, donde se plantea el problema y se formulan algunos aportes desde un campo psicoanalítico como respuesta.

²⁶ En torno a esto es importante señalar que una de las trampas de algunas tendencias psicoanalíticas es enfatizar que el objeto de estudio del psicoanálisis es el inconciente, algo incuestionablemente válido pero que no puede hacer olvidar que —más allá de que algunas corrientes analíticas hoy plantean la incidencia de la cultura sobre tal estrato psíquico—, los deseos inconcientes humanos se enfrentan a la realidad social para su satisfacción, negación de ésta o caminos sustitutivos (más adelante veremos un poco más sobre esto).

definido como “anormal”, “loco” o expresiones similares y, por tanto, criticado o incluso sancionado moral o penalmente. Muchísimo es lo que se ha escrito al respecto acerca de posturas que se dieron a lo largo de la historia, determinadas por el poder y convalidadas por teorías filosóficas, sociales y las instituciones hegemónicas de cada época (educativas, religiosas, etc.),²⁷ pero las anteriores acusaciones de “brujería” y similares, hoy han sido reemplazadas por las señaladas con base en la “cientificidad” psicológica y el rol —en muchos casos reconocido y aceptado, en otros no conciente— de los profesionales, instituciones y escuelas *psis*.

Es conocido que toda sociedad requiere del *control social* para su mantenimiento y reproducción, para lo cual utiliza todas las instituciones de que dispone y herramientas como la publicidad y propaganda, difiriendo en todo caso en torno a la tolerancia de aceptación de las diferencias, grado de libertades permitidas, etcétera.²⁸ Puede llegarse y se llega a sanciones de todo tipo para los transgresores, pero desde hace tiempo se prefiere la aceptación de las normas vigentes y su internalización por los sujetos —nunca debe olvidarse la relación entre *sujeto* y *sujetación*—, donde un peso significativo lo tienen los indicados señalamientos de “anormalidad” y “locura” acerca de lo que difiere de las normas aceptadas, consideradas “normales” y “sanas”. Así, hace décadas (antes de la llamada “liberación sexual”) era común definir como *locas* a las mujeres que no se reprimían en ese terreno, y se convirtió en ejemplo paradigmático que la última dictadura militar argentina llamara de igual manera a las Madres de Plaza de Mayo que pedían por sus hijos desaparecidos;²⁹ demostrativos casos donde en pocos años se revirtió la situación, sea por cambio en torno a los comportamien-

²⁷ En esa vasta bibliografía, y junto a innumerables obras de gran valor, se destaca la de Michel Foucault como una totalidad, y en particular *Historia de la locura en la época clásica*, FCE, México, 2a. ed., 1986; *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, México, 1987; *Vigilar y castigar*, Siglo XXI Editores, México, 6a. ed., 1981.

²⁸ Un desarrollo mucho mayor sobre esto en el presente puede verse en E. Guinsberg, M. Matrajt y M. Campuzano, “Subjetividad y control social: un tema central de hoy y siempre”, revista *Subjetividad y Cultura*, núm. 16, México, 2001.

²⁹ La dictadura militar y sus medios de prensa las definían como las “Locas de Plaza de Mayo” porque denunciaban lo que ellos negaban, la detención y desaparición de prisioneros políticos, algo luego demostrado categóricamente.

tos sexuales de las mujeres, y en el reconocimiento de las anteriores *locas* como conciencia ética de una nación

Sin duda alguna la crítica más fuerte y rigurosa respecto al uso de la “salud mental” y de los profesionales *psys* al servicio de la dominación la hizo, en las décadas de 1960 y 1970, la incorrectamente llamada “antipsiquiatría”³⁰ —movimiento que dentro de nuestro campo profesional fue el representante del espíritu rebelde y contestatario de esa época, en el que destacaron *hippies* y *beatniks*, las conocidas insurrecciones de 1968 en muchos países europeos y latinoamericanos, el *Che* Guevara y grupos armados, etcétera—,³¹ que tomó como eje de su teoría y práctica tal uso de marcos teóricos y acciones al servicio del control social por parte de psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, etcétera, que fueron categórica y claramente definidos por dos de sus principales representantes como “policías de la mente” (Ronald Laing) y gramscianamente como “funcionarios del consenso” (Franco Basaglia)³²

Hoy más que nunca, por el incremento cada vez mayor del control social y de las sutilezas de la dominación simbólica, es necesario y valioso volver a la bibliografía ya clásica de esta corriente, algo que muchos colegas no hacen por considerar que se trata de una postura superada, por críticas respecto a algunos de sus planteos de modificación a las instituciones psiquiátricas, o por algunas expresiones que pueden verse como exageradas de algunos de sus principales exponentes. Pero más allá de todo esto, negar el valor y estudio de las indicadas críticas —*se reitera que cada vez más actuales*—, poco ayuda al combate a las tendencias hegemónicas en tor-

³⁰ En la nota 21 ya se explicó el porqué de tal incorrecto nombre

³¹ Véase un desarrollo mayor sobre esta época y una comparación con la actual en mi ensayo “Proyectos, subjetividades e imaginarios de los 60 a los 90 en Latinoamérica”, *Argumentos, estudios críticos de la sociedad*, núms. 32-33, UAM-X, México, 1999

³² Una síntesis bastante amplia de las posturas generales y diferencias entre las escuelas de esta corriente puede verse en la parte III, “Los planteos críticos del movimiento de alternativas a la psiquiatría”, del libro *Normalidad, conflicto psíquico*, *op. cit.*, donde se encuentra una también amplia bibliografía de sus principales autores

no al uso de la "salud mental" al servicio del control social, y de hecho, aunque no sea su propósito, colabora con su mantenimiento³³

¿"Salud mental" o conflicto psíquico?

Ante tal polisemia, significaciones, usos y polémicas en torno a las nociones de "salud mental", el campo psicoanalítico no utiliza tal término —puede observarse que no aparece en los principales diccionarios psicoanalíticos—,³⁴ llegando incluso a plantear que "la salud mental no existe" con base en la imposibilidad de ausencia de conflictos tal como se verá en lo que sigue³⁵

Utiliza en su lugar la idea de un *conflicto psíquico* inevitable ya que el sujeto humano nunca podrá satisfacer todos sus deseos por ser producto y estar inserto en una cultura que los prohíbe, limita o condiciona, de acuerdo con cada momento histórico específico tal como fue indicado páginas atrás. De esta manera, toda la dinámica (en realidad dialéctica) psíquica es un enfrentamiento constante con multitud de deseos no posibles de satisfacer de acuerdo con los requerimientos de los mismos, lo que produce su represión como forma de preservación de la vida social colectiva. *El sujeto psíquico es entonces uno inevitablemente reprimido*, donde la instancia del yo

³³ Un debate y evaluación crítica de varios autores sobre la corriente "antipsiquiátrica" en la revista *Subjetividad y Cultura*, núms. 22 y 23, México, octubre 2004 y abril 2005.

³⁴ Entre ellos los de Laplanche y Pontalis, *op. cit.*, Pierre Fedida (Madrid, Alianza Editorial, 2a ed., 1988), el hecho bajo la dirección de Roland Chemama (Amorrortu, Buenos Aires, 1998), el *Diccionario del pensamiento kleiniano* de R. D. Hinshelwood (Buenos Aires, Amorrortu), el *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares* coordinado por Carlos Pachuk y Rasia Friedler (Buenos Aires, Del Candil), como tampoco en el "Índice alfabético por materias" del tomo XXIV de las *Obras completas* de Freud de la edición de Amorrortu (tomada de la inglesa *Standard Edition*).

³⁵ Aunque este planteo es correcto de acuerdo con tal perspectiva, puede convertirse en peligroso si —como ocurre tantas veces en deformaciones y exageraciones que se producen a partir de premisas válidas—, lleva al inmovilismo por el absurdo de considerar que todo es patológico y nada puede hacerse a partir de que nunca existirá tal "salud mental". Algo semejante a lo que, también reconociéndose de que siempre existirá un *malestar en la cultura*, lleva a la no búsqueda de cambios sociales o culturales, como si todos los malestares fuesen iguales.

enfrenta los deseos del *ello*, pudiendo sólo cumplirlos de acuerdo con las normas culturales imperantes en cada momento histórico (que pueden cambiar, como ha ocurrido con la sexualidad, por ejemplo, pero no tanto, o nada, en casos como el de los deseos de muerte, incesto, etcétera) Para comprender esto debe pensarse en qué ocurriría si cada sujeto obedeciese de manera inmediata a todos sus deseos, algo que impediría toda vida social y colectiva organizada *De esta manera toda cultura es inevitablemente represora*, aunque en un sentido diferente al del uso de tal término que se hace ante situaciones políticas, pero similar en cuanto a la imposibilidad de satisfacción de todo lo deseado³⁶

En esta perspectiva *todos somos inevitablemente neuróticos*, como sinonimia de tal conflicto inevitable, pero sin que esto signifique tener una neurosis específica de acuerdo con lo que se verá al estudiarse la psicopatología específica (histeria, neurosis obsesiva, perversiones, psicosis). De cualquier manera, es importante dejar bien claro que tampoco *nadie* puede tener esa “salud mental” que plantea la ausencia de todo conflicto psíquico, social o biológico, por el contrario, sin excepción alguna, todos tenemos, aunque sea en un grado cuantitativo y cualitativo diferente al de las psicopatologías claras, manifiestas y categóricas (por ejemplo una histeria), una o varias *tendencias* de ellas (histeroide para seguir con el ejemplo anterior) como consecuencia de la evolución libidinal antes indicada Decir *todos* significa que no hay ninguna excepción, ni profesionales *psis* ni estudiantes de psicología que, en todo caso, pueden ser (o llegar a ser) concientes de sus pro-

³⁶ Una definición de “salud mental” que, de hecho, incluye la noción de conflicto psíquico, es la que formula Vicente Galli, director de Salud Mental de Argentina en 1986 y que comparten psicoanalistas de la Universidad de Rosario (Argentina) “Un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”, citado por María T Colovini y Analía Ravenna, “La salud mental en la currícula innovada”, en Madis Chiara, R (comp), *Proceso de transformación curricular Otro paradigma es posible*, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, 2005, p. 205

blemáticas psico(*pato*)lógicas y de la necesidad de una búsqueda psicoterapéutica o psicoanalítica ³⁷

En la obligada brevedad de esta parte del artículo pueden verse las marcadas diferencias entre las conceptualizaciones de "salud mental" y de conflicto psíquico, lo que deberá ser ampliado en el trabajo medular. Si bien los docentes, y más allá de sus diferencias teóricas sobre todo lo referente al *conflicto psíquico*, prefieren este término y no el de "salud mental", el mantener este último en el nombre del módulo, es por lo indicado en el inicio acerca de la existencia de tal término en la mayoría de las instituciones *psis*, pero también por la necesidad de preparar a los alumnos para una lucha teórica e ideológica respecto a sus sentidos y significaciones.

Conflicto psíquico, "salud mental" y sociedad

Resulta evidente, por lo expuesto anteriormente, que *todo lo que se produce en la constitución y desarrollo de la subjetividad –psicopatología incluida– es inseparable de los procesos sociales, culturales e históricos*. Algo comprendido hace ya mucho tiempo, aunque por "modas" intelectuales y teóricas actuales imperantes en nuestro actual *Zeitgeist* (espíritu del tiempo), cada vez más integrantes del campo *psi* lo incluyan poco, no le otorguen su fundamental importancia o sólo lo planteen sin llevarlo a sus últimas consecuencias para tales procesos en general y para la problemática de la "salud mental" y el conflicto psíquico en particular. *O lo hagan en una perspectiva teórica abstracta sin analizarlo y precisarlo para las condiciones concretas que se viven, o sea sin aterrizarlos en cada realidad específica*. Pero se sabe, y los profesionales *psis* no pocas veces lo aplican a otros pero no a sí mismos, que no es nada

³⁷ Dos observaciones sobre esto: 1) en general toda elección de carrera, profesión o lo que sea, tiene causas que la determinan –aunque no es algo mecánico y pueden intervenir muchos factores, diferentes estudios han mostrado que en la elección de psicología y afines es fuerte el peso –no siempre conciente– de la búsqueda de comprensión de problemáticas personales, familiares, etcétera, 2) si bien en la licenciatura de psicología de la UAM-X y en la casi totalidad de las universidades no se pide, en la formación psicoanalítica se exige un análisis personal llamado *didáctico*, al considerar tal marco teórico que se apoya en el trípode de teoría, análisis y supervisión

extraño que se vea sólo lo que se quiere ver, eliminando o alejando aquello que puede inquietar. “seguridades” teóricas, personales o político-ideológicas. Si en 1909 Freud consideró que el psicoanálisis era una “peste” por romper con muchos de los fundamentos teóricos de su época, hoy después de la gran aceptación alcanzada por este marco teórico en gran medida pagando el precio de su “domesticación”, *puede afirmarse que la “peste” es la inclusión de los factores sociohistóricos concretos y actuales que pueden significar una fuerte crítica a los fundamentos básicos de nuestra cultura y civilización* ³⁸

Respecto a los vínculos indicados en el subtítulo vale una pregunta constantemente formulada en clases y conferencias y que, pese al premio ofrecido a los alumnos de darles la más alta calificación nunca fue respondida. que den aunque sea un solo ejemplo de *algún comportamiento humano (excepto los biológicos básicos) que no esté atravesado por la cultura*. Y no puede ser respondida por la simple razón de que hasta muchas actividades biológicas lo están en un sujeto que está formado *por* y que vive *en* una determinada cultura. Por ello, en los citados trabajos anteriores se ha sostenido que llegó un momento en que Freud vio la necesidad de incluir su proyecto teórico en un contexto más amplio, ya no limitado al mismo sujeto y su entorno familiar y microsocioal; por lo que, en este marco de ideas, se sostiene que *El malestar en la cultura*³⁹ puede ser entendido como uno de los

³⁸ Todo esto está mucho más desarrollado en escritos ya indicados en el libro *La salud mental en el neoliberalismo* y, entre otros, en los artículos *La relación hombre-cultura eje del psicoanálisis*, *Lo light, lo domesticado y lo bizantino en nuestro mundo psi*, “Los psicoanálisis entre comienzo y fin de siglo: desarrollos, críticas y perspectivas”, en M. Ortega Soto y C. I. Valdez Vega (coord.), *Memoria del Coloquio Objetos del Conocimiento en Ciencias Humanas*, México, UAM-A y UAM-I, 2001, etcétera. También en “El largo y continuo tránsito de los psicoanálisis de la peste a la domesticación”, en la sección Introducción al Psicoanálisis de la página electrónica www.elsigma.com, y en “Psicoanálisis y sociedad en América Latina”, a publicarse en *De cabeza*, revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

³⁹ Sigmund Freud, “El malestar en la cultura”, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, tomo XXI, en la clásica edición española de Biblioteca Nueva, Madrid, tomo III. Aunque no es éste el lugar para una discusión al respecto, es importante señalar que de alguna manera este texto, como ningún otro, debe ser considerado una *Biblia*, porque en gran medida Freud ve y ajusta la cultura a las necesidades de su marco teórico, y por todo lo que en él falta para la comprensión de la relación entre sujeto y sociedad.

ejes del marco teórico psicoanalítico. Aunque esto de manera alguna significa negar todas las aportaciones anteriores (teoría de los sueños, metapsicología, etcétera) sino ubicar a éstas en un contexto diferente, *lo que puede llegar a cambiar de gran manera la comprensión del marco teórico psicoanalítico, permitiendo así la formulación de nuevas y distintas problemáticas que no entran en una concepción teórica sólo familiar o microsocial*⁴⁰

Recuérdese al respecto lo tantas veces repetido, como ejemplos, de que el periodo de tránsito del feudalismo al capitalismo en los países europeos centrales formó, a través del espíritu protestante del luteranismo y del calvinismo, un modelo de hombre que posibilitó la necesaria acumulación de riqueza un hombre ordenado, frugal y avaro que hoy sería claramente definido como neurótico obsesivo⁴¹ (y del que ahora quedan su conocido orden, puntualidad y limpieza, pero no la ausencia de fuerte consumo, lo que sería incompatible con el capitalismo desarrollado actual), o la histeria como principal cuadro diagnóstico de la mujer de fines del siglo XIX e inicios del XX que, como lo demostró Freud, era consecuencia de la moral victoriana dominante en esos periodos. Pero así como el creador del psicoanálisis, junto a toda la psiquiatría de ese tiempo, estudiaron y buscaron la etiología de tal neurosis ¿cómo no hacer lo mismo hoy con la presente a nuestra época?

Porque resulta claro que, como ya se dijo, estos últimos no son más que ejemplos —tal vez muy gráficos, expresivos y contundentes— de algo que *existe siempre y no es ninguna excepción*: en cada época y en cada marco social siempre se vive de una determinada manera de acuerdo con las posibilidades que dan las condiciones geográficas, sociales, económicas, políticas, etcétera, condiciones que nunca son estáticas y siempre se encuentran con cambios menores y mayores de acuerdo con las nuevas condiciones que se van presentando. Se hace patente que una vida nómada o sedentaria, rural o urbana, mística o atea, etcétera, producirán psico(*pato*)logías genéricas muy diferentes que, a su vez, tendrán transformaciones más o menos co-

⁴⁰ Como lo entendió lúcidamente Serge Moscovici, en *La era de las multitudes*, FCE, México, 1985, y se cita en el artículo "La relación hombre-cultura", *op cit*

⁴¹ Un buen desarrollo de tal relación puede verse en Michel Schneider, *Neurosis y lucha de clases*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1979

herentes con las transformaciones estructurales que los marcos sociales realicen

Ya fue indicado que en los países europeos centrales se mantienen antiguas actitudes de limpieza y puntualidad, pero la frugalidad y la avaricia de las épocas de acumulación necesarias para la construcción capitalista han desaparecido, en congruencia con un sistema social que requiere de un alto consumo para mantenerse y sobrevivir. La histeria por supuesto no fue eliminada con la desaparición de la moral victoriana, pero no es ya el cuadro dominante y han aparecido otro tipo de cuadros de acuerdo con la actual “revolución sexual”⁴² En otro sentido, y respecto a la llamada *globalización*, esto tal vez no signifique que desaparezcan, al menos totalmente, los conocidos como “caracteres nacionales” o “específicos” de una cultura, pero seguramente que sí sobre éstos se producirán múltiples y diferentes cambios al estilo de variaciones que pueden llegar a cambiarlo de manera sustancial, o dejando una forma o impronta con contenidos distintos (lo que algunos comienzan a llamar *glocalización*)

Por supuesto que sobre esto pueden hacerse grandes y sustantivos desarrollos teóricos, que la antropología en particular ha realizado como parte esencial de su actividad (y también diferentes psicologías con base antropológica o clara comprensión de la importancia de las culturas en la subjetividad y el etnopsicoanálisis).⁴³ Y si tal necesidad ha existido siempre, ahora con mayor razón, cuando se producen cambios en todos los sentidos —políticos, sociales, económicos, pero sobre todo tecnológicos y culturales— con una rapidez infinitamente mayor a la de épocas anteriores, y que producen importantes y muchas veces sustantivos cambios en todos los aspectos de la subjetividad o, si se prefiere, en la psico(*pato*)logía en el sentido antes indicado. En efecto, hoy las formas de vida dominantes, las aspira-

⁴² Sobre parte de esto gira mi artículo “Fantasías (tal vez delirantes) acerca de lo que hoy diría Freud acerca de la sexualidad”, en Isabel Jáidar Matalobos (comp.), *Sexualidad simbólicas, imágenes y discursos*, UAM-X, México, 2001

⁴³ Respecto a las visiones antropológicas con perspectiva psicoanalítica véanse los textos de Roheim y Malinovsky entre otros, y específicamente para nuestro tema a Alberto Servantie *et al.*, *Lo normal y lo patológico (introducción a la antropología psiquiátrica)*, Fundamentos, Madrid, 1972. Sobre etnopsicoanálisis, Mario Erdheim, *La producción social de inconsciencia. Una introducción al proceso etnopsicoanalítico*, Siglo XXI Editores, México, 2003

ciones e ideales del *yo* (sobre todo para las nuevas generaciones), las exigencias sociales, el poder de instituciones sociales antes de menor peso o inexistentes como los medios masivos de difusión,⁴⁴ etcétera, son muy diferentes y requieren de constantes estudios como, por ejemplo, en torno a las llamadas “psicopatologías de fin de siglo” (respecto a las de finales del XX y actuales), que se reconocen como en muchos sentidos cambiantes respecto de las anteriores, sólo como ejemplo: hoy se perciben a las depresiones como cuadros dominantes, cuantitativamente se incrementan los narcisismos, los estados fronterizos, bulimias, anorexias, esquizoidías y psicopatías, es difícil encontrar cuadros neuróticos en sus formas clásicas, etcétera.⁴⁵

En esta perspectiva, puede ser considerado lamentable e incluso cómplice el silencio teórico y práctico profesional respecto a las condiciones de “salud mental” específicas de cada época, lo mismo que la necesaria crítica sobre ello. De la misma manera que, de haber existido *psis* en épocas pasadas al surgimiento de estas disciplinas, hubiesen debido hacerlo respecto a tiempos antiguos: Feudalismo y Edad Media, Renacimiento, la mo-

⁴⁴ Es verdaderamente lamentable que, por el poder que todavía tienen las visiones disciplinarias cerradas, el campo *psi* tenga muy poco en cuenta el peso actual de los medios, institución que puede considerarse incluso hegemónica y con un constante y acelerado crecimiento. Su incidencia sobre el plano subjetivo es cada vez mayor y en todos los aspectos, en algunos casos mayor al de la familia. Véase sobre esto mis aportaciones hechas desde mi formación psicoanalítica y comunicológica: respecto a su aporte a la constitución del sujeto psicosocial sobre todo el libro *Control de los medios, control del hombre. Medios masivos y formación psicosocial*, 1a. ed., Nuevomar, México, 1985; 2a. ed., Pangea/UAM-X, México, 1988; 3a. ed. (ampliada), Plaza y Valdés, México, y una versión para divulgación en la columna “Sujeto mediático” del sitio www.elsigma.com; en relación con la institución familiar “Familia y tele en la estructuración del sujeto y su realidad”, en *Subjetividad y Cultura*, núm. 5, México, 1995 (también en www.plazayvaldes.com/syc1/), y “Televisión y familia en la formación del sujeto”, en J.C. Lozano y C. Benassini (eds.), *Anuario de Investigación de la Comunicación V*, CONEICC/UIA, México, 1999.

⁴⁵ Entre tantos otros escritos sobre esto, Emiliano Galende, *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Paidós, Buenos Aires, 1997; María Rojas y S. Sternbach, *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 1994; una síntesis sobre el problema en María Rojas, “Patologías de fin de milenio”, *Subjetividad y Cultura*, México, núm. 5, 1995.

derinidad, el “socialismo real”, etcétera (como lo hicieron, con o sin conciencia de ello y de tal espíritu descriptivo o crítico, algunos filósofos, sociólogos y literatos⁴⁶), *hoy debiera serlo sin excepción para todos respecto a lo que actualmente acontece*, sin que esto signifique el abandono de las premisas teóricas que se sustentan sino la adecuación de éstas a la realidad *concreta*, con los cambios y agregados que sean necesarios con base en ello. Algo que, por lo ya visto, sólo se hace en un mínimo grado, primando una especie de rumiación sobre problemáticas en otro lugar definidas como “bizantinas” en el sentido de la preocupación por problemáticas menores sin ver las fundamentales o, de acuerdo con un dicho popular, ver el árbol sin ver el bosque

Final sin terminación

Ya en el límite del espacio para este escrito, con el subtítulo busca decirse lo planteado en el inicio se trata sólo de un comienzo o introducción a una problemática que por supuesto requiere de muchísimos más desarrollos para cada uno de los puntos aquí planteados. Sobre todo para el aterrizaje concreto de cada uno de ellos en la realidad específica que se vive en cada situación sociohistórica, que para el caso de la neoliberal, hoy hegemónica en la mayor parte del mundo, fue hecha en un libro ya citado.⁴⁷

Una tarea tan difícil y compleja como fundamental a que no puede ni debe renunciarse

⁴⁶ Siempre se ha dicho, y con toda razón, que muchísimas veces en la literatura se encuentran descripciones y formulaciones psicológicas que permiten tanto la comprensión de las condiciones de una época como los de importantes aspectos psico(*pato*)lógicos. En este sentido Dostoyevski es un claro y destacado ejemplo de ambas cosas.

⁴⁷ En el libro *La salud mental en el neoliberalismo*, y en muchos artículos de revistas

Bibliografía

- CARUSO, Igor, *Psicoanálisis dialéctico*, Paidós, Buenos Aires, 1964
- CHEMAMA, Roland, *Diccionario de psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 1998.
- COLOVINI, María Teresita, y Ravenna, Analía, "La salud mental en la currícula innovada", en Madis Chiara, Raquel (comp.), *Proceso de transformación curricular Otro paradigma es posible*, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, 2005
- DOBLES OROPEZA, Ignacio, "Apuntes sobre psicología de la tortura", en Martín-Baró, Ignacio (comp), *Psicología social de la guerra*, UCA, San Salvador, 1990
- , *Psicología social de la guerra*, UCA, San Salvador, 1990
- ERDHEIM, M , *La producción social de inconsciencia Una introducción al proceso Etnopsicoanalítico*, Siglo XXI Editores, México, 2003
- FANON, Franz, *Los condenados de la Tierra*, FCE, México, 1973
- , *Por la Revolución Africana*, FCE, México, 1975
- FEDIDA, Pierre, *Diccionario de psicoanálisis*, Alianza Editorial, 2a. ed , Madrid, 1988
- FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos, 2a ed , FCE, México, 1986
- , *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, México, 1987.
- , *Vigilar y castigar*, Siglo XXI Editores, 6a ed , México, 1981
- FREUD, Sigmund, "Tipos libidinales", *Obras completas*, tomo XXI, Amorrortu, Buenos Aires También en tomo III de Biblioteca Nueva, Madrid, 1976
- , "El malestar en la cultura", *Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires También en tomo III de Biblioteca Nueva, Madrid, 1976
- FROMM, Erich, *El miedo a la libertad*, Paidós, Buenos Aires, 1962
- , *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, FCE, México, 5a ed , 1963
- GALENDE, Emiliano, *De un horizonte incierto Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Paidós, Buenos Aires, 1997
- GUATTARI, Felix, "Reflexiones sobre la terapia institucional y los problemas de la higiene mental en el ámbito estudiantil", *Psicoanálisis y transversalidad*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 1976.

- GUINSBERG, Enrique, *Medios masivos y formación psicosocial*, 1a ed Nuevomar, México, 1985; 2a. ed , Pangea/UAM-X, México, 1988, 3a. ed (ampliada) Plaza y Valdés, México
- , *Normalidad, conflicto psíquico, control social*, 1a ed , Plaza y Valdés/UAM-X, México, 1990, 2a ed., 1996.
- , “La relación hombre-cultura eje del psicoanálisis”, *Subjetividad y Cultura*, núm 1, México, 1991; 2a. ed de *Normalidad, conflicto psíquico, control social*
- , “Familia y *tele* en la estructuración del sujeto y su realidad”, *Subjetividad y Cultura*, núm 5, México, 1995
- , “Proyectos, subjetividades e imaginarios de los 60 a los 90 en Latinoamérica”, *Argumentos, estudios críticos de la sociedad*, núms 32-33, UAM-X, México, 1999
- , “Televisión y familia en la formación del sujeto”, en Lozano, J C y Benassini, C (ed.), *Anuario de Investigación de la Comunicación V*, CONEICC/UIA, México, 1999
- , “Lo *light*, lo domesticado y lo bizantino en nuestro mundo *psi*”, *Subjetividad y Cultura*, núm 14, México, 2000 Reproducido en el libro *La salud mental en el neoliberalismo*.
- , “Fantasías (tal vez delirantes) acerca de lo que hoy diría Freud acerca de la sexualidad”, en Isabel Jáidar Matalobos (comp.), *Sexualidad símbolos, imágenes y discursos*, UAM-X, México, 2001
- , *La salud mental en el neoliberalismo*, Plaza y Valdés, México, 1a ed , 2001, 2a. ed (ampliada) 2004
- , “El malestar en la cultura en América Latina”, *Tesis para el Doctorado en Estudios Latinoamericanos* (en proceso de redacción como libro)
- , “Los psicoanálisis entre comienzo y fin de siglo desarrollos, críticas y perspectivas”, en M Ortega Soto y C I Valdez Vega (coords.), *Memoria del Coloquio Objetos del Conocimiento en Ciencias Humanas*, UAM-A y UAM-I, México, 2001
- , “El largo y continuo tránsito de los psicoanálisis de la peste a la domesticación”, en la sección *Introducción al Psicoanálisis* de www.elsigma.com.
- , “Psicoanálisis y sociedad en América Latina”, *De cabeza*, Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (por publicar)

- GUINSBERG, Enrique, *El sujeto mediático*, en www.elsigma.com
- , M Matrajt y Mario Campuzano, "Subjetividad y control social un tema central de hoy y siempre", *Subjetividad y Cultura*, núm. 16, México, 2001
- HINSHELWOOD, R D, *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Amorrortu, Buenos Aires, 1989
- ILLICHI, Iván, *Némesis médica La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona, 1975
- LAPLANCHE y Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971
- JERVIS, Giovanni, *Manual crítico de psiquiatría*, Anagrama, Barcelona, 2a ed., 1979
- MOSCOVICI, Serge, *La era de las multitudes*, FCE, México, 1985
- PACHUK, Carlos y Rasia Friedler (coords), *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*, Del Candil, Buenos Aires.
- PARSONS, Talcott, *El sistema social*, Alianza Editorial, Madrid, 1982
- ROJAS, María C, "Patologías de fin de milenio", *Subjetividad y Cultura*, núm. 5, México, 1995
- y Sternbach, S, *Entre dos siglos Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994
- ROSEN, George, *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Alianza Editorial, Madrid, 1974
- SCHNEIDER, Michel, *Neurosis y lucha de clases*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1979.
- SERVANTIE, A, et al, *Lo normal y lo patológico (introducción a la antropología psiquiátrica)*, Fundamentos, Madrid, 1972

Las transiciones de la psiquiatría a la luz de las propuestas internacionales y las legislaciones¹

Ma Eugenia Ruiz Velasco

La psiquiatría y la atención psicosocial

En este trabajo se reflexionará sobre las propuestas actuales, conocidas como reestructuraciones o reformas psiquiátricas, que se han desarrollado como alternativas al modelo asilar que predominó en el mundo como recurso médico-asistencial, resultado de la institucionalización de la locura. Estas reformas plantean el desarrollo de recursos y técnicas para favorecer la transición de la vida manicomial² a la habilitación de la vida en la comunidad de los pacientes psiquiátricos. Las experiencias en la atención de la psicosis fuera de las grandes instituciones han sido parte de un largo proceso de contribuciones a la psiquiatría y sus instituciones entre las que se destacan los

¹ Este trabajo acerca de las propuestas actuales de la institución psiquiátrica es una selección de materiales que forman parte del capítulo dos, "Psicosis e institución", de la tesis de grado titulada *Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales*, de la autora.

² En la historia de la psiquiatría como institución a cargo de dar cuenta de la locura y de su atención y tratamiento, podemos apreciar una franca división, entre los que defienden una concepción meramente biologicista de la enfermedad mental, el aislamiento institucional y la medicación como recursos predominantes, y quienes valoran la atención psicosocial y proponen otros escenarios donde se atiendan las necesidades integrales de los sujetos portadores de la enfermedad y de su familia.

aportes del psicoanálisis, los primeros movimientos críticos a la institución,³ conocidos como movimientos antipsiquiátricos, los neurolépticos y los aportes conceptuales y técnicos de la salud mental comunitaria.

En la actualidad son muchos los aportes que han dejado las experiencias que fueron más allá de la crítica, la denuncia o el mero desmantelamiento manicomial, como sucedió con los primeros movimientos llamados de desinstitutionalización. El resultado de las respuestas institucionales que se fueron gestando, apunta a hacerse cargo del paciente en tanto que sujeto con necesidades para la vida y no exclusivamente de la enfermedad. Para cumplir este propósito se ha generalizado el desarrollo de una red de servicios y programas, que incluyen las necesidades clínicas, de vida cotidiana e integración social.

Más allá de lo que han mostrado las experiencias alternativas o complementarias al sistema de atención, estos procesos de transformación, que se han generado en los países desarrollados, han sustentado las recomendaciones y propuestas actuales de los organismos internacionales, en especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como procesos locales que se han expresado en nuevas legislaciones y el desarrollo de experiencias innovadoras para complementar o sustituir la modalidad asistencial tradicional, severamente cuestionada.

En la actualidad, la discusión y reflexión sobre la locura y sus instituciones se ha modificado sustancialmente, si bien mucho se ha escrito sobre los momentos históricos que dan cuenta del origen del manicomio, de los primeros movimientos críticos a la psiquiatría, de los avances de las neurociencias y el desarrollo de los psicofármacos, en este trabajo, se intenta recoger algunas propuestas significativas que den cuenta de la discusión actual sobre la atención psicosocial de la psicosis. El centro de la reflexión ha pasado del cuestionado encierro institucionalizado, a los procesos de

³ Entre los aportes de estos movimientos, que inician en la década de 1960, se destacan las propuestas y experiencias de la lucha anti-institucional italiana, la comunidad terapéutica inglesa, la psiquiatría de sector francesa y la prevención y psiquiatría comunitaria en Estados Unidos. Países como Canadá, España y Brasil, entre otros, en la década de 1980, empiezan a gestar su proceso de transición nacional. Véase Manuel Desviat, *La Reforma psiquiátrica*, Editorial Doi, Madrid, 1994.

transformación de los manicomios y de los grandes hospitales psiquiátricos. Las experiencias de los llamados movimientos de reforma o reestructuración psiquiátrica que se iniciaron en diferentes lugares del mundo a partir de la década de 1960, sus hallazgos y obstáculos, constituyen la problemática central actual. Se habla de un nuevo paradigma: la psicosis en la comunidad y el tratamiento integral psicossocial.

En la institución psiquiátrica actual se vive una permanente lucha entre la psiquiatría tradicional, sustentada en el paradigma biológico como eje de la investigación, las prácticas clínicas y la atención en el aislamiento institucional y las propuestas de reestructuración donde se enriquecen las concepciones y formas de atención con abordajes psicossociales.

A más de 30 años de procesos de transformación psiquiátrica, coexisten modalidades de atención que responden a distintos momentos en el proceso de sustitución del gran hospital psiquiátrico por estructuras en la comunidad. En algunos casos los antiguos manicomios, ahora llamados hospitales psiquiátricos, prevalecen sin haber sido modificados en lo sustancial. También existen centros no psiquiátricos organizados por entidades civiles o públicas, que actúan a partir de otras redes que no derivan del modelo médico-asistencial como eje de las relaciones al interior de las instituciones y que desarrollan otras formas de vincularse con la locura y de trabajar su integración en la comunidad.

Como lo plantea Fabio Rivas Guerrero,⁴ si bien el manicomio y los grandes hospitales psiquiátricos no han sido erradicados, para los gestores de los movimientos transformadores de la institución psiquiátrica, el manicomio como respuesta institucional dominante ha sido superado, en la teoría y la práctica internacional, se plantea que el espacio privilegiado para el tratamiento de la locura es la propia comunidad en la que vive el loco.

El discurso institucional ha cambiado, de la lucha antimanicomial en la década de 1970, se ha pasado a la pluralidad de voces: actores políticos y sociales, entre ellos de derechos humanos, organizaciones de profesionales, de familiares y de pacientes que promueven mejores condiciones de vida,

⁴ Coordinador del libro *La psicosis en la comunidad*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000, que trata sobre las experiencias de tratamiento psicossocial de la psicosis en el marco de las reformas psiquiátricas de España.

desechando, en algunos casos, el ideal de normalización, adaptación y de cura, y dirigen sus propuestas a la oferta de servicios y estructuras donde los locos puedan vivir y estar, en otra condición social, sin ser abandonados por la sociedad y sus instituciones. En algunos casos, esto ha llevado a modificar las legislaciones a favor de los pacientes y sus derechos ciudadanos.

En este sentido, después de más de tres décadas, las transformaciones de la psiquiatría, que iniciaron modificando la organización manicomial, mostraron que no es suficiente sustituir esta modalidad asistencial, ya que el abandono, la violencia y la estigmatización se reproducen en todos los espacios en que vive el loco. Las experiencias han mostrado que el ideal de reintegración a la comunidad enfrenta serios obstáculos, la comunidad en sí misma no es terapéutica, es necesario actuar en el contexto más próximo al paciente y con las instituciones, para que no sea abandonado, cuente con cuidados continuos y pueda ubicarse en el intercambio social. Es evidente que al cambiar los escenarios de intervención y convocar a otros actores sociales, se manifiestan las dificultades, por supuesto del paciente identificado, pero también de los otros. Estas experiencias han mostrado que el trabajo más allá del paciente ha sido el más arduo y difícil; también que es importante ir más allá de las prácticas —en espera de teoría, como plantea Benedetto Sarraceno— y evaluar los resultados.

Cabe señalar que en la transición institucional, el llamado campo de la “rehabilitación psicosocial” ha tenido un amplio desarrollo y con éste también se ha impuesto un discurso que atraviesa las actuales prácticas que elude hablar de locura y define el campo de trabajo apuntando a la “vulnerabilidad”, la “discapacidad” y las “desventajas” que si bien acompañan a la locura, tienen que ver con los otros, por ello se contempla, dando un lugar central al trabajo con el contexto familiar y social. Un importante obstáculo que se observa en estas propuestas es la exclusión en el discurso y en las prácticas de la locura como experiencia subjetiva, al grado de llegar a plantearlo centralmente como un problema de discapacidad.

Entre los antecedentes más relevantes en México sobre transformaciones de las instituciones psiquiátricas, es importante señalar los momentos históricos en que el Estado mexicano se ocupó de la creación de grandes soluciones para la atención de los enfermos mentales. Estas soluciones, desde una lectura actual, están muy alejadas de las propuestas ahora llamadas

de reestructuración o reforma, sin embargo, en su momento, en el contexto de los valores de la época nacional, se mostraron como un avance y muestra de modernidad.

En 1910 el presidente Porfirio Díaz inaugura el Manicomio General de la Ciudad de México, *La Castañeda*, en 1967 se cierra y se sustituye por once hospitales, entre ellos uno psiquiátrico infantil, uno para agudos y nueve hospitales campestres o granjas, en las afueras de la ciudad para crónicos. Después de la llamada *Operación Castañeda* y por más de 30 años el proyecto original de creación de lugares productivos para los asilados en los hospitales granja quedó en el olvido. Estos manicomios abandonados caracterizan hasta nuestros días el modelo predominante de la institución psiquiátrica pública en la Ciudad de México y sus alrededores. Modalidad que también predomina en el resto del país.

En 1980 se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría, hecho que marca el cierre de las aisladas experiencias piloto que apuntaban hacia la atención comunitaria en psiquiatría. En la actualidad, la transformación del Hospital Psiquiátrico Ocaranza (en el estado de Hidalgo), ha sido el hecho de mayor relevancia, con resultados por evaluarse. Algunos internos transitaron a la comunidad, y ahora viven en casas en la ciudad, sin embargo, la mayoría de los pacientes continúan aislados en otros hospitales psiquiátricos y en las villas alejadas de la comunidad que sustituyeron a la antigua edificación.

A partir de la década de 1980, la institución psiquiátrica se mantuvo al margen de los procesos internacionales, generando un vacío de discurso y de propuestas de transformación psiquiátrica. La falta de proyecto y de recursos profesionales capaces de apoyar una reestructuración a favor de las redes de servicios en la comunidad, ha dejado como saldo una predominante psiquiatría asilar y la carencia de servicios alternativos al hospital, como han sido los centros de día o centros de rehabilitación psicosocial y de trabajo protegido que han sido un recurso de gran relevancia en otros países.

En este apartado, se plantean las propuestas que se han generado a escala internacional y otras más que han trascendido a nivel regional a favor de la transformación de la modalidad asistencial psiquiátrica tradicional hacia una red de atención vinculada a la comunidad. Se plantean y revisan declaraciones de la OMS y algunas legislaciones relevantes representativas

del discurso que sostiene a las actuales reestructuraciones psiquiátricas en las que se destaca la atención psicosocial de los pacientes psiquiátricos

Concepciones sobre la enfermedad mental que sustentaron el encierro institucional

En relación con el enfermo mental, el acercamiento a las diferentes concepciones nos muestra que se le ha considerado como un sujeto *fuera de la norma*, que no se ha constituido como ciudadano por su rol disfuncional. La idea de peligrosidad que acompañó a las ideas de degeneración e incurabilidad, paradigmas que constituyeron un consenso en torno a los conceptos de Emil Kraepelin⁵ y que dominó la práctica psiquiátrica, fueron el sustento de las respuestas institucionales que se observan hasta nuestros días. Como lo puntualiza Manuel Desviat, la función de la psiquiatría desde sus orígenes se sostiene en estas ideas sobre la locura:

Las concepciones sobre el enajenado como irresponsable son el soporte de la función que la psiquiatría aporta a la sociedad y que funda una alianza complementaria entre psiquiatría y derecho [] Hay un informe sobre el debate que se produce en Francia, previo a la promulgación de la Ley de 1838 sobre alienados,⁶ que legitima administrativa y jurídicamente a la psiquiatría y el manicomio, instaura la tutela médica del enfermo mental e influye decisivamente en toda la legislación psiquiátrica occidental hasta nuestros días. Informe en el cual se introduce junto con las medidas cautelares el término curación.⁷

⁵ El esquema clasificatorio kraepeliano (1905) persiste hasta nuestros días, con él la idea de que a cada proceso psíquico corresponde un proceso fisiológico, un específico tipo de lesión orgánica, la individualidad de las formas morbosas que aparecen en la clínica psiquiátrica y la idea que muestra a lo largo de su obra, que el curso de la enfermedad corrobora el diagnóstico. Emilio Kraepelin, *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Prólogo de C. Castilla del Pino, Ediciones Nieva, Madrid, 1988.

⁶ Una revisión documentada y reflexión sobre la Ley de 1838 y el movimiento alienista se encuentra en el libro de Robert Castel, *El orden psiquiátrico*, en el capítulo "La edad de oro del alienismo", 1980.

⁷ Manuel Desviat, "Una reforma pendiente", *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, Plaza y Valdés, México, 1997, pp. 19-21.

Es el movimiento alienista representado entre otros por Pinel y Esquirol,⁸ donde se da un sustento, como recurso terapéutico, al internamiento, el aislamiento y el tratamiento moral.⁹ La posibilidad de cura propuesta por los alienistas pronto se pierde por la rápida masificación del asilo y por el estigma que produce la idea del origen orgánico de la locura.

El manicomio, por las condiciones históricas que lo constituyeron, más allá de la cuestionada función médica y terapéutica, ha sido refugio para sujetos que en muchos casos no responden a los parámetros de la clasificación psiquiátrica sino que requieren de un medio protegido de vida o circulan fuera de las normas de convivencia.

Manuel Desviat plantea que los movimientos para la transformación de la institución psiquiátrica que iniciaron en la segunda mitad del siglo pasado, asociados al rompimiento del consenso kraepeliano, llevaron a la idea, generalizada en la comunidad profesional y cultural, de que el hospital psiquiátrico debe ser transformado o suprimido. Estos cambios se inician en un contexto de movimientos anti-institucionales y a partir de una voluntad colectiva de crear una sociedad más libre e igualitaria.¹⁰

En la actualidad, las propuestas de atención psicosocial han adquirido cada vez mayor relevancia por factores ajenos a una evolución “científica” de la propia teoría y clínica psiquiátrica, además de otros referentes ya citados, han contribuido los movimientos de derechos humanos y ciudadanos que han cuestionado las condiciones de los pacientes aislados, también se asocian a la necesidad de atender y habilitar la vida de los pacientes fuera de los hospitales, ya que por diversas razones, en un porcentaje cada vez mayor, no se encuentran internados en instituciones.

⁸ La reclusión de los enfermos se sustenta en la idea que aislando a los pacientes de un mundo externo perturbador e irritante se actúa “directamente sobre el cerebro y se condena a ese órgano al reposo, sustrayéndolo de las impresiones irritantes, reprimiendo la vivacidad y la movilidad de las impresiones y moderando la exaltación de las ideas”, Jean-Etienne Esquirol, *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Ediciones DOR, Madrid, 1991.

⁹ El tratamiento moral, método del alienismo, si bien, también puede cuestionarse, apostó a un posible diálogo entre el médico y el enfermo, lo que implica el reconocimiento de una subjetividad y parte de razón en la sin razón del alienado.

¹⁰ Manuel Desviat, “Una reforma”, *op cit*, p. 27.

Rehabilitación psicosocial y los procesos de reforma

Los procesos de reforma se han orientado centralmente en cerrar o transformar los grandes manicomios y generar otras estructuras que hagan factible la reinserción comunitaria. En este campo que se genera entre la institución y la comunidad es donde se desarrollan las prácticas de *rehabilitación psicosocial*, caracterizadas por la generación de estructuras y técnicas para la reinserción social de los pacientes. La rehabilitación como práctica oficial de la psiquiatría se había orientado al entretenimiento de los asilados y a dirigir sus intervenciones con fines adaptativos y normalizadores del comportamiento, incluyendo actividades ocupacionales con fines terapéuticos,¹¹ este campo, empírico y polémico, ha transitado del desprestigio del entretenimiento, la readaptación y la reeducación, a considerarse una práctica que representa un avance. La atención en corta estancia en hospitales y la reducción de las camas de internamiento prolongado, suele acompañarse de una red de servicios y cuidados externos, donde adquiere gran desarrollo el campo llamado de la rehabilitación psicosocial.¹²

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la rehabilitación ha pasado por grandes transformaciones hasta convertirse en complejas prácticas con intervenciones en el sujeto y en el contexto. En estos abordajes, asociados a la transformación de la psiquiatría y sus reformas, al loco se le considera un sujeto con diferencias, desventajas, discapacidades y falta de habilidad social, a quien es necesario habilitar para la vida, para el autocuidado y para la convivencia. Algunos autores críticos a la institución psiquiátrica, como Franco Rotelli, atribuyen parte importante de la evolución de la en-

¹¹ Sarraceno, Benedetto, "La rehabilitación entre modelos y prácticas", *Anales de salud mental*, núm. VIII, 1992, pp. 235-243.

¹² En la década de 1990, a escala mundial, más del 40% de los pacientes psiquiátricos se encontraban fuera de los grandes hospitales. La externación de pacientes, en algunos casos, respondió a los movimientos de desinstitucionalización formal, la sustitución de la modalidad asilar por otro tipo de recursos asistenciales. O bien por el desarrollo de una red asistencial de corte comunitario complementaria de los grandes hospitales, aún sin cuestionarse el manicomio. En otros casos fue la transinstitucionalización o tránsito del hospital psiquiátrico, servicio de atención terciaria, de especialidad, a otras instituciones de menores recursos como son las instituciones de asistencia social o las cárceles. También muchos terminaron en la calle abandonados.

fermedad y de su cronificación a las condiciones que generaron el estigma y el aislamiento institucionalizado

Las experiencias actuales en este campo, en los países antes mencionados, si bien responden a condiciones singulares, muestran un cierto acuerdo en la organización de servicios de atención psicosocial y de urgencias 24 horas, hospital de día, talleres protegidos, centros de día y, posterior a esto, un programa de deshospitalización y reinserción comunitaria.¹³ En cada una de las experiencias es evidente, ya sea el consenso internacional sobre la necesaria apertura y transformación del hospital psiquiátrico, o bien, una postura más radical. En cada proceso de reforma psiquiátrica suelen encontrarse elementos generales que parten de la crítica al hospital psiquiátrico y la propuesta de transición para que recupere su papel terapéutico, otros se proponen sustituirlo por centros de atención en la comunidad, el eje de atención antes centrado en el hospital se desplaza hacia la comunidad, donde la hospitalización pasa a ser un recurso más de la red de servicios comunitarios para los pacientes llamados “crónicos”. En este contexto, el reto es articular un sistema de atención, rehabilitación y apoyo comunitario.

Al salirse del encierro institucional las prácticas de rehabilitación se transforman en lo que da sentido al trabajo con pacientes psicóticos al buscar su vinculación con el entorno. Los escenarios cambian, la red social, el trabajo, las relaciones familiares, los estudios, el tiempo libre, la vivienda

¹³ La OPS/OMS en el libro *Salud mental en el mundo, problemas y prioridades para los países de bajos ingresos* (1995), publica diferentes experiencias que aluden a estos procesos, en este mismo libro, G. Raab, “Del uno al otro lado del muro”, habla sobre el proceso que iniciaron en 1975, en Bremen, Alemania, con una investigación que muestra las condiciones de extremo abandono en las instituciones asilares y describe los recursos asistenciales que favorecieron la “rehabilitación” de los internos. En Santos, Brasil, el cierre progresivo del hospital psiquiátrico fue acompañado de acciones en el contexto social, la movilización de grupos cívicos y la sensibilización de familiares y de los pacientes. La transformación de las estructuras del hospital para humanizar la atención y la generación de estructuras autónomas del hospital, el centro de rehabilitación psicosocial, el acento en actividades para la expresión creativa. Centros abiertos 24 horas para atender urgencias (NAPS) y reuniones de grupos de pacientes y familiares. Manuel Desviat (1995), en su artículo “La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio”, describe los límites que enfrenta el despliegue de recursos frente a algunos pacientes gravemente incapacitados para la vida social. También el cada vez más amplio grupo de pacientes asociados a las adicciones para los que no se han desarrollado estrategias terapéuticas comunitarias.

Lo que se considera en este campo rehabilitador inédito, es que las prácticas y estructuras que se generen vayan acompañadas de una filosofía que tendría que atravesar todos los servicios implicados en la atención comunitaria, una filosofía que debería favorecer la autonomía y el desarrollo de competencias en el “usuario”,¹⁴ es decir, habilitarlo para realizar actividades valoradas y apoyar su integración al entorno a través de roles, generalmente ocupacionales, que lo acerquen a la vida “normalizada”, de los demás

El centro de las prácticas rehabilitadoras se ha desplazado del sujeto identificado como el “loco” hacia la necesidad de intervenir en los otros: la familia y el entorno más próximo al sujeto, las organizaciones sociales y las instituciones. En este sentido, parece abrirse una vía que puede dar cuenta de las formas de relación con la locura que invitan a problematizar, no al loco y su locura, sino a los pactos y alianzas históricas que se anudan en torno a él y que lo aprisionan y estigmatizan, las particularidades para establecer lazos sociales, atravesadas por la historia en que se ha edificado el drama constitutivo y los efectos de la enfermedad, y cómo el psicótico se vincula con los otros y los otros con él, en tanto que la psicosis no es un proceso individual ni aislado, sino el producto de una red generacional y social que participa activamente en la producción de la enfermedad.¹⁵

Los organismos internacionales y las reformas psiquiátricas

Las declaraciones y legislaciones

Las transiciones de las respuestas institucionales de los organismos que se hacen cargo de los pacientes psiquiátricos, dan cuenta de complejos procesos que han llevado a modificaciones sustanciales a los modelos tradicio-

¹⁴ En estos programas se ha sustituido el término de *loco, alienado, psicótico, enfermo mental*, por el de “usuario”, fenómeno interesante porque esta sustitución ha sido parte del discurso institucional que evita referirse a la locura omitiendo los términos que se asocian a ella

¹⁵ L. Fernández, G. Maganil y M. E. Ruiz Velasco, “Los discursos de rehabilitación en la psicosis”, *La rehabilitación psicosocial integral a la comunitat i amb la comunita*, vol. 2, núms. 10-11-12, ARAPDIS, Barcelona, 2002

nales de atención que se expresan, tanto en experiencias concretas, como en los discursos institucionales que las trascienden. Las declaraciones de los organismos internacionales y las legislaciones en países o regiones que logran modificar las condiciones de los pacientes, representan una manifestación de los cambios sociales y su relación con las instituciones a cargo de atender el sufrimiento mental severo.

Son muchos los países que han avanzado en sus procesos de transformación institucional, ahora enmarcada en los términos de las reformas psiquiátricas, en este apartado se destacan algunos documentos que dan cuenta del marco internacional y de América Latina en especial. El rezago que se observa en México es un referente que permite hacer una lectura del estado de las instituciones que se hacen cargo de los pacientes psiquiátricos en nuestro país.

El comportamiento de los organismos internacionales permite aproximarse a los discursos y prácticas que se promueven desde estos organismos para apoyar la transición de las modalidades de atención psiquiátrica y de su reubicación en relación con el sistema de salud.

En la década de 1990, la OMS promovió recomendaciones para la transformación de la institución psiquiátrica en América Latina; en éstas las actuaciones en lo social adquieren un lugar relevante, como puede verse en los planteamientos de la *Declaración de Caracas* y la *Rehabilitación psicosocial, una declaración por consenso*. Las propuestas de la OMS sobre reestructuración o reforma psiquiátrica ponderan valores de psiquiatría comunitaria, psiquiatría social, prevención y atención comunitaria en salud mental que poco se desarrollan en la región.

Las recomendaciones que ha privilegiado la OMS/OPS¹⁶ para América Latina, se han dado en el sentido de incluir en los factores psicosociales y en las acciones en la comunidad para la atención psiquiátrica, esta perspectiva, por su carácter social, está supeditada a las condiciones políticas y económicas de cada país.¹⁷ En general, en los países de la región, al pau-

¹⁶ OPS: Organización Panamericana de la Salud, división de la OMS para América Latina.

¹⁷ El caso de Brasil inmerso en un interesante proceso de transformación de sus instituciones psiquiátricas, sustentado en un importante proceso colectivo, merece ser revisado en otro momento. El inicio de este proceso lo plantea Manuel Desviat en "El proceso colectivo

latino abandono de la salud como responsabilidad pública y el sometimiento a los lineamientos de los organismos internacionales, Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional que no se interesan por lo social, se suma el hecho de que la salud mental no es considerada prioritaria.

Mientras las reformas psiquiátricas ya tienen un marco general institucionalizado internacional, en América Latina los esfuerzos se concretaron en la *Declaración de Caracas*, donde los representantes de los países se comprometen con la reforma psiquiátrica recomendada por la OPS. Esta iniciativa y su aceptación válida a nivel internacional las experiencias y esfuerzos aislados basados en la atención comunitaria. También hay otros antecedentes importantes en la región la Ley de desmanicomialización de Río Negro en Argentina; la *Carta de la Habana*; la Resolución a favor de la rehabilitación psicosocial en América del Sur, promovida por la WAPR¹⁸ y la Ley propuesta por el diputado Delgado en Brasil, aprobada en 2001, para la Reforma de la asistencia psiquiátrica brasileña. En México, un avance fue la actualización de la Norma Oficial Mexicana-025 para la atención psiquiátrica (1995)¹⁹

Los discursos y prácticas de las actuales Declaraciones y legislaciones en parte son una actualización de los primeros movimientos, especialmente el italiano. El movimiento que inicia Franco Basaglia, continúa siendo un importante aporte a las reformas psiquiátricas actuales, es un referente central en especial para los países que iniciaron tardíamente su proceso. En América Latina es evidente la influencia de la Ley 180, llamada también Ley Basaglia, en las propuestas legislativas de reforma, como en el caso de Río Negro, Argentina y Brasil. Las propuestas iniciales anti-institucionales del movimiento italiano, han inspirado los discursos que abanderan la lucha por una reforma psiquiátrica sin manicomios, también se

en Brasil¹⁹, del libro *La Reforma Psiquiátrica*, Editorial DOR, Madrid, 1994. Como un antecedente importante para aproximarse a este proceso se puede revisar *Relatório final da 2ª Conferencia Nacional de Saúde Mental, Brasília*, Publicada en 1994 por el Ministerio de Salud y la Coordinación de Salud Mental de Brasil.

¹⁸ World Association of Psychosocial Rehabilitation (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial)

¹⁹ Incluye la obligatoriedad de prácticas de rehabilitación psicosocial, la carta de derechos de los usuarios y los comités ciudadanos. Todo esto en el ámbito hospitalario.

destaca el lugar que tiene el interesante proceso de desinstitucionalización radical de Trieste, donde F. Basaglia llega en 1971.²⁰

Las legislaciones presentan importantes avances en la protección de los derechos de los pacientes y también en una propuesta asistencial en el marco de las reformas psiquiátricas el desarrollo de una red asistencial comunitaria que paulatinamente sustituya el hospital psiquiátrico asilar

Las legislaciones radicales, que de inicio se pronunciaron contra una modalidad asistencial obsoleta, tuvieron que transitar hacia una reforma, una reconversión de recursos para garantizar la continuidad de los cuidados fuera del hospital²¹ Sin embargo, las transformaciones de reforma y las legislaciones que las acompañan mejoran de manera importante la calidad de vida de los usuarios, siempre y cuando vayan acompañadas de propuestas que respondan a las necesidades de tratamiento y de recursos sociales La lucha debería ser por condiciones que favorezcan la viabilidad del tratamiento y formas protegidas de reinserción social que garanticen la continuidad de los servicios, más que dirigirla centralmente contra un modelo asistencial

a) Declaración de Caracas (1990)²²

La *Declaración de Caracas* publicada por la OMS/OPS contiene las bases conceptuales y las recomendaciones para América Latina y el Caribe para

²⁰ La experiencia más conocida es la transformación del Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, donde Franco Basaglia implanta un proyecto de comunidad terapéutica de 1961 a 1968 En 1970 abre al mundo un significativo movimiento epistemológico y político sobre la naturaleza de las instituciones y las enfermedades psiquiátricas que inicia en Estados Unidos como profesor visitante en la Community Mental Health Centres, Nueva York, ideas que quedaron planteadas en "Cartas de Nueva York" (Basaglia, F 1981) Véase Franco Rottelli, "Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil", *Psiquiatria sem hospício*, Relume Dumará, Río de Janeiro, 1992, p 43

²¹ La reducción de camas de hospital y del internamiento sin recursos suficientes en la comunidad cuestionó el movimiento anti-institucional italiano De la radicalidad se pasó a dejar en instituciones a pacientes que sería irresponsable dejar en la comunidad

²² OMS/OPS, *Reestructuración de la atención psiquiátrica Bases conceptuales y guías para su implementación* (HEA/MND 1 91), Washington, 1991

la reestructuración de la atención psiquiátrica. En ella se sustentan las propuestas logradas en una reunión histórica en noviembre de 1990, que suscribieron gobiernos y representantes de la región (13 países de América Latina, además de la asesoría de representantes de Italia, España y Suecia). Varios de los representantes de México se opusieron a estas propuestas. Contrario a lo bien recibida en América Latina, esta iniciativa tuvo efectos de fuerte regresión en México, ya que se desalentaron las estructuras comunitarias existentes.

En esta *Declaración* se describen los fundamentos, estrategias y objetivos básicos para la reestructuración psiquiátrica. Recomienda la articulación de la salud mental con los servicios de atención primaria. Plantea como estrategia principal modificar las condiciones de la atención psiquiátrica pública que se ha centrado en el hospital psiquiátrico como institución hegemónica. “[] la reestructuración psiquiátrica en la Región implica la revisión del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios” (OMS/OPS,1991:1). Para ello se proponen diversas tácticas que apoyen la transformación, convocando a los diferentes actores sociales relacionados con el campo a participar en este proceso.

En su evidente carácter social, esta *Declaración* promueve que la atención psiquiátrica abarque la promoción de servicios comunitarios de salud mental, la atención psiquiátrica en hospitales generales, la vigilancia y defensa de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y considera la modalidad tradicional manicomial como un obstáculo, que “no permite alcanzar los objetivos compatibles con la atención comunitaria descentralizada, participativa e integral” (OMS/OPS,1991:1). Además, por la discapacidad social que produce el aislamiento y por las condiciones que ponen en peligro los derechos humanos y civiles, y porque absorbe un alto porcentaje de los recursos destinados a la salud mental.

Itzhak Levav,²³ promotor de esta iniciativa al interior de la OMS, enfatiza la reorientación de los servicios en una red diversificada de servicios en la comunidad, equitativos, accesibles y participativos.²⁴ Entre los pro-

²³ Organización Panamericana de la Salud

²⁴ Valores donde la salud es considerada un bien público, quizá todavía vigentes en la Comunidad Europea y otros países, no corresponde a las condiciones actuales de privatiza-

blemas que aquejan estos procesos desiguales destaca la falta de formación de los trabajadores de la salud mental; se reconoce que su entrenamiento se adhiere a los modelos más tradicionales de atención. También, aludiendo a la lucha ideológica que priva en este campo, plantea que, a pesar de ella, en América Latina se observan avances en el “involucramiento de la opinión pública, actualización de la legislación, promoción de la participación de los usuarios, mejor calidad de los servicios y el incremento de alternativas comunitarias”.²⁵

Cabe destacar que en Brasil esta *Declaración* legitimó procesos ya iniciados, movimientos colectivos antes reprimidos y el avance de las instituciones ya existentes donde la psiquiatría social y las propuestas comunitarias ya tenían un lugar. Durante la década de 1990, a escala internacional se gestaron condiciones para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes psiquiátricos. En 1992, la Asamblea de Naciones Unidas promovió principios para la protección de los enfermos mentales, la atención en salud mental en la comunidad y la defensa de los derechos de los usuarios.²⁶

b) Rehabilitación psicosocial. Una declaración por consenso²⁷

En 1996 la OMS, con el apoyo de la WAPR,²⁸ publica una *Declaración por consenso* donde incluye los nuevos desarrollos sobre el campo de la rehabi-

ción y desmantelamiento de los servicios públicos de salud en nuestros países. En este proceso, el Estado actual se hace cada vez menos cargo del sector social, como parte de una política impuesta por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

²⁵ I. Levav, Restrepo, H., Guerra Macedo, C., “The restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services”, *Journal of Public Health Policy*, vol. 15, núm. 1, Spring, 1994.

²⁶ *The Protection of the Person With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. A/RES/46/119, 18 de febrero de 1992.

²⁷ *Psychosocial Rehabilitation. A consensus Statement*. WHO/MNH/MND/96. 2 Ginebra (traducción de Raquel Springer, publicado en español en *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, México, 1997, pp. 57-62).

²⁸ OMS, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Drogas, (1996), Ginebra. Publicado en *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, UIA, México, 1997.

litación psicosocial dirigido a personas “discapacitadas por enfermedad mental” Con el objetivo de “ayudar a reducir los efectos inhabilitantes de la enfermedad mental crónica y las barreras sociales y ambientales –como el estigma– que son un obstáculo para el tratamiento y la rehabilitación”²⁹

Los objetivos recorren diferentes campos y niveles de acción que van más allá del tratamiento que se dirige a reducir la sintomatología y la iatrogenia, y privilegian una dimensión social: mejorar la competencia social, el apoyo familiar, el apoyo social y el poder del usuario. Esta *Declaración* proporciona un marco general, incluyente, de aproximaciones que los expertos han establecido en los diferentes niveles de actuación.

En el ámbito del apoyo social, cabe destacar la propuesta de mejorar la legislación pertinente, con el fin de crear un marco formal: “las personas discapacitadas deben tener los mismos derechos y beneficios, sin importar la causa subyacente de su discapacidad. La legislación debe cubrir tratamiento involuntario y hospitalización, derechos de los pacientes y acceso a los mercados de trabajo, vivienda, educación y otros beneficios de ayuda social”³⁰ También se refiere a actuaciones para la “mejoría de la opinión pública y actitudes relacionadas con los desórdenes mentales”³¹ Plantea que el estigma afecta al usuario pero también a la familia, cuidadores y trabajadores de salud.

Este documento, en tanto que procede de la OMS, valida diversas prácticas del campo de la rehabilitación psicosocial. Entre lo más relevante de esta *Declaración* incluyente de diferentes formas de abordaje, además de las dimensiones de tratamiento a nivel del sujeto, que suelen ser las más frecuentes, se proponen actuaciones en el contexto, a nivel de lo familiar y de condiciones de vida. También a nivel de la sociedad, promueve una legislación, la defensa de los derechos humanos y civiles, que tienen un efecto directo en el poder del usuario y en la reducción del estigma.

²⁹ *Idem*, p. 57

³⁰ OMS, “Rehabilitación psicosocial, una declaración por consenso”, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, *Psychosocial Rehabilitation: A consensus Statement*, Ginebra, 1996, p. 62

³¹ *Idem*

c) La Ley 180,³² la herencia de la reforma italiana

En América Latina, a finales de la década de 1980 y principios de la de 1990 adquiere vigencia el interés por la experiencia psiquiátrica italiana y los aportes de Franco Basaglia, tanto en la teoría y práctica como en la propuesta asistencial psiquiátrica. Por la vigencia actual de las propuestas de Basaglia en el movimiento brasileño, es importante recuperar elementos históricos donde es evidente su postura radical, como Franco Rotelli³³ lo expresa:

El movimiento *Psiquiatría Democrática* fue constituido a partir de 1973, con el objetivo de construir redes sociales cada vez más amplias que hagan posible la reforma psiquiátrica en todo el territorio italiano. El Partido Radical propone un “referéndum” para una reconversión completa de la legislación psiquiátrica en vigor para evitar de forma absoluta todo control institucional sobre los locos y su locura. Corte predominantemente antipsiquiátrico que Basaglia desarrolla en Gorizia (que no niega la enfermedad mental, ni la necesidad de asistencia psiquiátrica a los locos).³⁴

El antecedente que inspiró los cambios legislativos que sentaron las bases de las transformaciones psiquiátricas en América Latina fue la Ley 180, también llamada Ley Basaglia, votada por todos los partidos y aprobada por el Parlamento Italiano en 1978. Los puntos centrales de la legislación son los siguientes:

- 1 Se prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y el internamiento de nuevos pacientes

³² Esta Ley entró en vigor en 1979 en sustitución de la Ley, evidentemente obsoleta, de 1904. Modifica sustancialmente las condiciones referentes a los internamientos, asistencia psiquiátrica hospitalaria, tratamientos, atribuciones del personal médico, código penal y prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos.

³³ Director de los Servicios de Salud Mental de Trieste (Italia), véase “Algunas consideraciones sobre la reforma psiquiátrica italiana”, en Memorias del Taller Internacional *Reorientación Psiquiátrica hacia la atención primaria*, La Habana, Cuba, octubre de 1995.

³⁴ Franco Rotelli, “Reformas psiquiátricas”, *op. cit.*, p. 28.

2. Se dan directivas a las administraciones regionales para que establezcan un gradual proceso de reducción del número de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos, y para organizar los servicios territoriales que son los responsables de toda atención de la población determinada, así como la coordinación del conjunto de las estructuras necesarias y entre ellas los servicios psiquiátricos de los hospitales generales de la zona (15 camas).
3. Es abolido el principio jurídico de peligrosidad social del enfermo mental, así como la internación y tratamiento obligatorio en el hospital psiquiátrico. El enfermo mental es un ciudadano con todos los derechos relativos, civiles y sociales, incluido el derecho a la cura. El tratamiento electro-convulsivo es previsto en casos excepcionales por un tiempo breve.

El movimiento de transformación psiquiátrica en Italia inspiró el posterior proceso de Reforma,³⁵ que apunta a que la prevención, la atención y la rehabilitación se desarrollen fuera de los hospitales psiquiátricos, en centros comunitarios de salud mental.³⁶

Los principios básicos en que se fundó el movimiento italiano encabezado por Basaglia, proponen el cambio radical de la institución y plantean una concepción diferente del sujeto de la atención, que modifica sustancialmente el abordaje tradicional. Privilegia al sujeto y su historia más que su enfermedad; pone énfasis en responder a las necesidades concretas y evidentes de los pacientes; considera que el sufrimiento psíquico impide la lectura del contenido de la historia de las personas y su evolución; destaca

³⁵ Franco Rotelli transmite ese permanente movimiento en el que se fueron gestando soluciones a los conflictos y contradicciones asociados a la Ley 180, entre ellos, la lucha contra el internamiento y la obligatoriedad del tratamiento por parte de las autoridades. Esto lleva a la necesidad de organizar un sistema de servicios, una red asistencial que sustituyera al hospital, la reconversión de la asistencia psiquiátrica, ahora llamada *Reforma*.

³⁶ Pese al desarrollo desigual de la Reforma italiana y de los fuertes conflictos que ha enfrentado entre los interesados en apoyarla y los grupos en franca oposición y desinterés, en 1994 el gobierno italiano dictó una disposición legal para cerrar los manicomios residuales y con los recursos financiar nuevos servicios alternativos. En 1995, casi 20 años después de iniciado el movimiento, el número de personas internadas se redujo 80 por ciento.

la causalidad no lineal de la enfermedad; privilegia las modalidades de tratamientos interpersonales en redes colectivas o comunitarias, capaces de modificar la "inercia" de las relaciones normativas e informales en las instituciones de psiquiatría; pone el acento en el cambio de la vida cotidiana de los pacientes, casa, familia, trabajo, barrio, salario, trabajo terapéutico, etcétera, y en la promoción del respeto a la diversidad, sin negar la necesidad de cura; reconoce la importancia de la atención a los pacientes más graves o de larga institucionalización.³⁷

La experiencia de Trieste, que inició Franco Basaglia con su grupo y que ha continuado hasta hoy, es un ejemplo de la puesta en práctica de estos principios. Su proceso es visto como un "modelo" a seguir en el ámbito de las reformas psiquiátricas.

G. Dell Acqua en su artículo "Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental",³⁸ plantea que después del trabajo que inició Basaglia, se superó el modelo de Comunidad Terapéutica, y se dio paso a la transformación progresiva del hospital psiquiátrico de Trieste por una red de servicios territoriales alternativos y sustitutivos del hospital.

Entre los aspectos más relevantes de este proceso están el ingreso voluntario, la eliminación de todo tipo de contención física, la formación al personal de enfermería que fue abandonando su tradicional función de custodia, el cambio de los espacios internos (departamentos, cafetería, club social). Durante cuatro años se disminuyó la atención sobre la enfermedad y el diagnóstico psiquiátrico para dar valor a las historias personales, las necesidades de los pacientes y la reconstrucción de una relación con la comunidad, desmantelando las relaciones manicomiales. A solicitud de los usuarios, se gestan cambios; critican la terapia ocupacional y piden un trabajo real con remuneración simbólica. Se organiza la primera cooperativa en febrero de 1973. Como Dell Acqua señala, el trabajo³⁹ desde los inicios de esta experiencia viene a ocupar un lugar central para la reinserción social de los pacientes; la diversidad de cooperativas de servicios

³⁷ Franco Rotelli, "Reformas psiquiátricas...", *op. cit.*, pp. 84-85.

³⁸ Revista *Psiquiatría Pública*, vol. 7, núm. 3, Madrid, 1995.

³⁹ Se trata de la condición social de trabajador asalariado.

ha sido de las propuestas que más han impactado actualmente a escala internacional

En el balance que F. Rotelli presenta en Brasil sobre los aportes de reforma psiquiátrica antimanicomial de la experiencia italiana, donde los temas centrales son la ciudadanía del loco y los modelos asistenciales,⁴⁰ reconoce que la Ley 180 fue de transición, con contradicciones y con un ambiente de propuestas contrarreformas que a la larga no se sostuvieron y dejaron paso a los proyectos de evaluación para modificar la Ley. Entre los méritos de esta iniciativa legislativa el autor cita “sustituir la legislación de 1904; prohibir la recuperación de los viejos manicomios y la construcción de nuevos, reorganizar los recursos para una red de cuidados psiquiátricos, restituir la ciudadanía y los derechos sociales a los pacientes, garantizar el derecho al tratamiento psiquiátrico calificado”. Por estos y otros aspectos es que Basaglia y muchos de sus compañeros desarrollan un trabajo político para su aprobación y plena aplicación.⁴¹

d) Ley de Desmanicomialización en Río Negro (1990)⁴²

Entre los antecedentes de la *Declaración de Caracas* se encuentra también una experiencia en Río Negro, provincia pionera al sur de Argentina, que llegó a plantear una legislación claramente antimanicomial. Es muy importante destacar algunos elementos de este instrumento, evidente consecuencia de una severa crítica al asilo y la intención de dejar condiciones que eviten su reproducción. Las redes asistenciales en la comunidad son ubicadas como el recurso central que dejaría el internamiento para situaciones extremas. Plantea, entre otras posibilidades, el tratamiento ambulatorio y destaca la reinserción comunitaria y “la pronta recuperación”

⁴⁰ Este balance dio origen al libro *Psiquiatría sem hospicio*, *op cit*

⁴¹ Franco Rotelli, “Reformas psiquiátricas”, *op cit*, pp 46-47

⁴² Véase la exposición de motivos de la *Ley 2 440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental* Gobierno de la Provincia de Río Negro, Río Negro, 1992

Es importante señalar que un recurso desarrollado en la región han sido las cooperativas. El trabajo, en esta propuesta, es considerado una vía privilegiada para la reinserción social.

En los principios generales de la Ley de desmanicomialización en Río Negro se destaca, como el centro de este instrumento legal, el no al manicomio o a cualquier tipo de encierro que aisle y estigmatice. Inicia con una carta abierta del gobernador de esa provincia que refleja los elementos ideales que rodearon esta apuesta.

[] pretende legalizar lo que las prácticas construidas como alternativas al encierro demostraron, que era posible crear respuestas justas y humanas para personas que padecen sufrimiento mental, atenderlas en su pueblo, evitar la marginación y el desarraigo [] rescata los principios humanistas, el afecto, la solidaridad. Pretende, por sobre los riesgos del control social, jugarse por los riesgos de la libertad como sabio aprendizaje.⁴³

La propuesta ha quedado integrada al sistema general de salud de la entidad, las condiciones de la rehabilitación y tratamiento de personas con sufrimiento mental están reguladas por este régimen legal para el funcionamiento de los manicomios, neuropsiquiátricos y otros establecimientos públicos o privados que atienden a la población psiquiátrica. “La Provincia promueve un sistema de salud que, atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental [..]”⁴⁴

El *Principio general* apunta a modificar el modelo dominante de la psiquiatría tradicional, apostando a los recursos comunitarios como alternativa, como han sido las propuestas de la OMS/OPS y las experiencias de los países hegemónicos, adhiriéndose a aquellas experiencias que se han propuesto una red asistencial sin manicomios.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser

⁴³ Gobierno de la Provincia de Río Negro, *Ley 2 440 de promoción* , op cit , p 4

⁴⁴ *Idem*

imprescindible la internación, procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible.

La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su inserción comunitaria, constituyen el fin último de esa Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.⁴⁵

Por su carácter radical y por las condiciones que privan en la región, es muy importante el seguimiento de la experiencia posterior a la aprobación de esta legislación. La apuesta a la atención en la comunidad y la lucha contra un modelo asistencial obsoleto, son los principios de una transición, cuyo proceso y avatares en el contexto latinoamericano, pueden dejar muchas enseñanzas.

e) Ley de Reforma psiquiátrica en Brasil
(La Ley del diputado Pedro Delgado)

La transformación de la atención psiquiátrica en Brasil se ha dado en el marco de un largo proceso de participación de diferentes actores sociales. Este proceso forma parte de cambios en el sistema nacional de salud, entre ellos, la descentralización de los servicios. La movilización, discusión y propuestas en salud mental se concretan en 1992 en la *II Conferencia Nacional de Salud Mental*, en Brasilia.⁴⁶ Entre los antecedentes se destacan una

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ Véase *II Conferencia nacional de saúde mental. Relatório final. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*, Brasilia, Ministerio de Saúde, 1994.

serie de conferencias nacionales⁴⁷ y una regional. También, a nivel de los organismos internacionales, la *Conferencia de Caracas para la reestructuración psiquiátrica en América Latina*, promovida por la OMS/OPS.

Esta *II Conferencia*, precedida por 24 conferencias municipales, regionales y estatales, es expresión del proceso brasileño y su carácter colectivo: la movilización de miles de participantes interesados en este campo, entre ellos, los representantes de la reestructuración psiquiátrica, asociaciones de usuarios y familiares, consejeros del área de salud, prestadores de servicios gubernamentales y entidades de la sociedad civil.

Esta gran Conferencia, que marcaría la historia del movimiento, tiene como temas centrales las redes de atención en salud mental, las transformaciones y cumplimiento de las leyes, el derecho a la atención y los derechos ciudadanos. Algunos de sus planteamientos son muy significativos porque aluden a una concepción de sujeto a partir de los aportes de la salud mental como campo:⁴⁸

[...] construir un cambio del modo de pensar a la persona con trastornos mentales en su existencia y sufrimiento y no sólo a partir de un diagnóstico. La diversificación de las referencias conceptuales y operacionales más allá de las limitadas fronteras de las profesiones clásicas de salud mental. Una ética de autonomía y singularización que rompa con un conjunto de mecanismos institucionales y técnicos en salud, que han producido en los últimos siglos subjetividades proscritas y prescritas.⁴⁹

⁴⁷ En la relatoría final de esta *II Conferencia de Salud Mental*, realizada en Brasilia del 1 al 4 de diciembre de 1992, se destaca la gran participación de diferentes actores sociales de todo el país en una serie de conferencias previas, que hacen patente el proceso democrático: en 1986 la *VIII Conferencia Nacional de Salud*, que promovió la lucha por un Sistema Único de Salud; en 1987, en Río de Janeiro, la *I Conferencia Nacional de Salud Mental*; en 1990, la *Conferencia de Caracas (OMS/OPS)*, referencia fundamental para el proceso de transformación del modelo de atención en salud mental en el país; en 1992 la *IX Conferencia Nacional de Salud*, que se considera estratégica para la democratización del Estado y de las políticas sociales. Estiman que son aproximadamente 20 mil los implicados en este proceso transformador de los servicios de salud mental.

⁴⁸ El campo de la salud mental y la salud comunitaria en el sur de Brasil han tenido un amplio desarrollo.

⁴⁹ Ministerio de Saude, *op. cit.*, pp. 11-12.

En un marco de atención integral y basándose en las propuestas de la *Declaración de Caracas* y la amplia discusión nacional, la red de atención como alternativa para sustituir el lugar central del hospital psiquiátrico, adquiere gran relevancia, ya que lejos de ser propuestas aisladas, pretenden una aplicación que se extiende dentro del sistema nacional de salud ⁵⁰

En este contexto de gran efervescencia surge el proyecto de Ley para la Reforma psiquiátrica de Brasil. Como lo describe M. Desviat en su libro *La reforma psiquiátrica* (1994) el proyecto de ley conocido como Ley del diputado Pedro Delgado del Partido de los Trabajadores, presentada y aprobada en el Senado de la Nación Brasileña (1992), aprobada el 6 de abril de 2001 como Ley de Reforma Psiquiátrica de Brasil. Esta Ley ha sido un parteaguas por los cambios en ella sustentados y por la discusión nacional de sus propuestas más radicales, entre las que se pueden destacar:

[] la extinción progresiva de los manicomios y su sustitución por otros recursos asistenciales y la reglamentación del internamiento psiquiátrico involuntario. Prohíbe en todo el territorio nacional la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos públicos o privados ⁵¹

Entre los avances a partir de la ley y su aprobación en el Senado, se destaca que desde 1992 se diversificó la asignación de recursos –antes sólo destinados a los hospitales psiquiátricos– para otros servicios alternativos (consultas individuales o de grupo, atención en centros psicosociales, hospitales de día, urgencias e internamientos en hospitales generales)

⁵⁰ “Una red de atención debe sustituir el modelo hospitalocéntrico por una red de servicios, diversificada y calificada, a través de unidades de salud mental en hospital general, servicios de atención en crisis, unidades de atención intensiva en salud mental en régimen de hospital de día, centros de atención psicosocial, servicios territoriales que funcionen 24 horas, viviendas protegidas, centros de convivencia, cooperativas de trabajo y otros servicios que tengan como principio los cuidados integrales”, en *II Conferencia Nacional de Salud Mental*, op. cit., p. 13

⁵¹ El modelo asistencial a transformar, como en el resto de América Latina, ha estado centrado en el hospital psiquiátrico, reducido número de camas en hospitales generales y escasos recursos ambulatorios, intermedios y programas de rehabilitación. Nascimento Alves, Domingos Savio, *Informe sobre la coordinación de salud mental*, Brasil, 1991

En 1993 se establecieron criterios para la humanización dentro de los hospitales psiquiátricos. Se prohibieron las celdas de aislamiento y la violación de correspondencia, se enfatizó el derecho de recibir visitas, entre otros

La reducción de camas en psiquiátricos y la generación de centros psicosociales están entre los recursos más valorados en estos procesos: en 10 años los centros se incrementaron de 24 en 1993 a más de 500 en 2003. Es importante la modificación de los parámetros de evaluación de los servicios, antes medidos casi exclusivamente en número de camas,⁵² en tanto que ahora se mide la atención psiquiátrica en relación al número de centros psicosociales en la comunidad y otros servicios ambulatorios.

Una consecuencia muy importante de esta Ley fue la creación de organizaciones de supervisión y control de los servicios, consejos de profesionales, de usuarios y familiares.⁵³ Se debe señalar que en Brasil estos servicios históricamente se han caracterizado por ser generalmente privados y subrogados al Estado. Es importante destacar el avance que representa la aprobación de esta ley para apoyar la atención extrahospitalaria, pilar esencial de la reestructuración psiquiátrica que este país se ha propuesto como parte de las transformaciones del modelo asistencial en salud mental.

La regulación de las condiciones del internamiento representa un importante avance para garantizar los derechos de los pacientes, esta ley en su artículo 4 establece "La internación, en cualquiera de sus modalidades, sólo será indicada cuando los recursos extrahospitales se muestren insuficientes". Estas condiciones implican la existencia de una red de servicios fuera del hospital, necesaria para condicionar su prioridad como espacio de atención y dejar el internamiento como último recurso. En su artículo 8 se refiere a la internación involuntaria: "La internación psiquiátrica involuntaria deberá, en un plazo de setenta y dos horas, ser comunicada al Mi-

⁵² La oferta de servicios traducida predominantemente en número de camas, es muy significativa al tratarse de pacientes con psicosis. En las actuales propuestas, el reto es, precisamente, sacarlos de la cama, del sofá de casa, del abandono, lograr su inserción en las redes sociales.

⁵³ Orden del Ministerio de Salud, Secretaría de Asistencia de Salud 63-93, D O U 6-5-93, citado por Manuel Desviat, "La reforma", *op cit*, p 186

nisterio Público Estatal por el responsable técnico del establecimiento donde éste tiene lugar, el mismo procedimiento debe ser adoptado cuando se dé la respectiva alta”.⁵⁴

Es importante destacar que en Brasil, entre los avances derivados de la aplicación de la Ley Federal, citada en algunos Estados, se ha logrado concretar programas de apoyo económico extrahospitalario a través de la “Bolsa-Incentivo” para favorecer el “acompañamiento e integración de personas portadoras de trastorno mental con historia de larga permanencia institucional en unidades de hospitalización psiquiátrica”.⁵⁵

En Río de Janeiro, después de demostrar que un tercio de las camas estaban ocupadas por pacientes sin condiciones clínicas que justificaran su estancia en régimen de hospital y que se encontraban internadas por falta de condiciones para retornar a su comunidad, se buscaron los mecanismos estatales para apoyar a estos pacientes con dos salarios mínimos para sustentar sus necesidades básicas fuera de la institución.

f) Norma Oficial Mexicana⁵⁶

La Norma Oficial Mexicana 025 (NOM-025) representó un parteaguas para las instituciones psiquiátricas del país; se revisa en un ambiente de lucha después de un proceso de fuertes denuncias; en la NOM-025 se pueden destacar aspectos relevantes para las reformas, además de que su revisión, discusión y aplicación es representativa de la manera en que, “a

⁵⁴ Ministerio de Saude, *op. cit.*, pp. 15-17.

⁵⁵ Artículo 4, “el paciente con largo tiempo de hospitalización con situación de grave dependencia institucional, debido a su cuadro clínico o a la ausencia de soporte social, será responsabilidad de la autoridad sanitaria competente la supervisión de una instancia a ser definida por el Poder Ejecutivo, que asegure la continuidad del tratamiento, cuando sea necesario” (Cesar Maia, Documento dirigido al Presidente y Senadores de la Cámara Municipal de Río de Janeiro, artículo 16, Lei Complementar, núm. 101, de 2000-Lei de Responsabilidade Fiscal).

⁵⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica publicada el 16 de noviembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*.

la mexicana”, la lucha de fuerzas entre la psiquiatría tradicional y la participación ciudadana deja poco lugar a la discusión argumentada. Las contradicciones de las condiciones de este campo, se reflejan en el documento final publicado. Entre los anexos se incluye la *Carta de Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios*.⁵⁷

Entre los tópicos que aluden a las condiciones de vida en el internamiento, tales como: comunicación con el exterior, visitas, asistencia religiosa, salir, relacionarse con su pareja, etcétera, se pueden destacar el derecho a negarse a participar “como sujeto de investigación científica” (14.13), y el derecho a recibir “atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica” (14.16). En relación con la rehabilitación psicosocial, el punto 14.17 plantea el derecho a “recibir atención orientada a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial”.

El tema de los métodos de control físico y el *internamiento involuntario*, tocado tanto en la *Carta de Derechos Humanos* (14.19), como en la Norma, es un punto polémico, discutible por los defensores de los derechos de los usuarios.

La *Carta de Derechos Humanos* parte de la existencia de un procedimiento legal que garantice los derechos del paciente:

No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros [...] (14.19).

El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismo o para los demás. Requiere la indicación de un psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo per-

⁵⁷ Es importante señalar que este Anexo se integró por presión de Virginia González, fundadora de la Fundación Mexicana a Favor de la Dignidad de las Personas con Enfermedad Mental (FUMEREM).

mitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario. Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución (NOM-025, 14 42)

Es precisamente el procedimiento legal el que la Norma no garantiza. Manuel Desviat encuentra que la NOM-025 “[...] es tremendamente ambigua una declaración de intenciones y, entre otros puntos inaceptables, deja en manos de los médicos los ingresos involuntarios, sin controles externos adecuados. Sólo hace falta la firma del médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable”⁵⁸

Los *Comités Ciudadanos*⁵⁹ y sus atribuciones establecidas en la publicación de la propuesta original, abren una amplia discusión. Ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, la hegemonía psiquiátrica no gana la batalla. En la versión final de la NOM-025, los *Comités Ciudadanos* aparecen citados y con amplias funciones reconocidas.

La obligatoriedad de la rehabilitación,⁶⁰ que ha sido una práctica oficial de la psiquiatría, establece

⁵⁸ Con la legislación actual, en España, agrega M. Desviat, el internamiento involuntario debe comunicarse a un juez que debe garantizar la bondad del internamiento, autorizarlo y preocuparse periódicamente por la situación. Agrega que la ley anterior, de 1931, dio lugar a muchos abusos. Manuel Desviat, “Una reforma”, *op. cit.*, p. 9

⁵⁹ La NOM-025, Apéndice B, se refiere a la organización y constitución de *Comités Ciudadanos* legalmente reconocidos y conformados por personas interesadas que conozcan el área de salud. Dichos *Comités* tienen las atribuciones para coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de los usuarios, denunciar ante las autoridades de contraloría y demás instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las unidades, proponer acciones para la atención y rehabilitación que en su caso complementen a las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario.

⁶⁰ En el punto 14.4 la “Rehabilitación integral” es definida como “el conjunto de acciones y programas dirigido a la utilización del potencial máximo. De crecimiento personal de un individuo, que le permite superar o disminuir desventajas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria. Tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y

El hospital debe de estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su incorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes (14 i 2 *Acciones extrahospitalarias*)

Este punto, tomado de las propuestas de reforma psiquiátrica, en los términos que está planteado es improcedente porque no obliga a nada, en México los servicios extrahospitalarios son prácticamente inexistentes, no se ha desarrollado una red asistencial. Al entrar en vigor este instrumento regulador de la atención en los hospitales psiquiátricos, empezó a circular el discurso de la rehabilitación psicosocial en congresos, conferencias, programas, etcétera. Había una preocupación por mostrar que cumplen con este punto de la Norma

Las concepciones sobre rehabilitación que pueden leerse en la Norma expresan lo que han sido los abordajes tradicionales en este campo, ya que hablan de rehabilitación física y mental, promoción de vínculos, programas de reforzadores, programas en el área cognitiva, afectiva, psicomotriz, rehabilitación física, entre otros y dejan fuera las propuestas internacionales que ponen el acento en las actuaciones en el contexto. La NOM-025 regula los servicios de atención únicamente al interior de los hospitales psiquiátricos por lo que deja fuera de su regulación las condiciones de la mayoría de las personas que requieren atención y no tienen acceso a los servicios psiquiátricos

Reflexiones finales

Las reformas psiquiátricas tienen un marco general institucionalizado internacional. En América Latina se concretó como recomendación de la OPS/OMS con la *Declaración de Caracas*, en esta región los avances de legislación más significativos son la Ley de desmanicomialización de Río Negro (Pro-

conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural”

vincia argentina), experiencia temprana de reestructuración psiquiátrica, y la Ley de Reforma psiquiátrica en Brasil.

Los discursos y prácticas de las actuales declaraciones y legislaciones en parte son una actualización y avance en relación con las propuestas de los primeros movimientos, la psiquiatría de sector francesa, la comunidad terapéutica inglesa, la salud mental comunitaria en Estados Unidos y el significativo movimiento anti-institucional que inicia Franco Basaglia en Italia. Este último continúa siendo un importante referente ideológico y técnico en especial para los países que iniciaron tardíamente su proceso. Las primeras experiencias mostraron la necesidad de desarrollar recursos externos al hospital para atender y acompañar a los pacientes. Con base en estas experiencias se buscan respuestas institucionales que más allá de la crítica y la lucha antimanicomial se dirijan a desarrollar los recursos necesarios para atender las múltiples necesidades que la devastación subjetiva, social y económica produce en el paciente identificado y su familia.

Como plantea la OMS en la *Declaración por consenso*,⁶¹ sobre la rehabilitación psicosocial, está demostrado que los resultados favorables se incrementan exponencialmente cuando se atiende psicoterapéutica y socialmente al paciente con intervenciones en su contexto más próximo.

A partir de los primeros movimientos y aportes a la psiquiatría de otros cuerpos teóricos y clínicos se fueron generando experiencias enriquecedoras que mostraron la importancia de modificar las intervenciones basadas en el aislamiento hasta llegar a fundamentar, con base en la experiencia, que el lugar privilegiado para tratamiento es la comunidad donde vive el loco.

Las declaraciones y legislaciones aportan importantes avances en la protección de los derechos de los pacientes psiquiátricos y una propuesta de atención enmarcada en las reformas psiquiátricas, es decir, el desarrollo de una red asistencial comunitaria que paulatinamente sustituya al hospital psiquiátrico, con la necesaria reconversión de recursos para garantizar los cuidados fuera del hospital, cuidados que suelen generarse siguiendo al paciente y sus necesidades.

⁶¹ Véase *Rehabilitación psicosocial, una declaración por consenso*, OMS, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Drogas, Ginebra, 1998.

La experiencia de las propuestas institucionales apunta a generar una red integral organizada por sectores de población atendida y con apoyos ciudadanos. Atienden la enfermedad, la discapacidad y la vida en la comunidad en un proceso paulatino y creativo, siguiendo al paciente y sus necesidades; esto articulado con el contexto y los recursos disponibles. Se favorece el intercambio con las redes institucionales, profesionales y de la sociedad civil. En el discurso destacan la importancia del tratamiento psicosocial y comunitario de la psicosis.

Los resultados de este despliegue de recursos que apuntan a hacer viable el tratamiento continuo y a mantener formas protegidas para la vida del paciente en la comunidad, han mostrado sus efectos en la prevención de los internamientos, la disminución de la frecuencia, intensidad y duración de las crisis y en el caso de los pacientes con historia asilar, la modificación de los efectos negativos del encierro prolongado. Es evidente que mejora la calidad de vida y se transforma la experiencia de vida y cómo mira quien es mirado, lo que puede favorecer los procesos de subjetivación.

Los espacios y tiempos diferenciados ocupacionales, educativos y de recreación, fuera de la institución, modifican la relación con el tiempo y la vida coagulada de la experiencia psicótica.

Estas respuestas institucionales muestran un avance importante al dirigirse a un sujeto, a un ciudadano con necesidades y derechos como los otros. Si bien se manifiestan dificultades para la socialización y la convivencia, el problema de la psicosis no es de discapacidad como suele ubicarse en las prácticas de la rehabilitación psicosocial. Las concepciones sobre el sujeto de las prácticas en este campo en general no incluyen los aportes que dan cuenta de la subjetividad psicótica y su dimensión transindividual e histórica, por ello suelen tratarlo como un acontecimiento aislado y desarticulado de los vínculos transindividuales. Sin embargo, atender socialmente al sujeto e incluir a la familia, así como los recursos para la habilitación de la convivencia, el trabajo con el cuerpo, el cuidado de la imagen, el autocuidado y favorecer la participación en el intercambio social a través de actividades valoradas, entre otras intervenciones, pueden incidir significativamente en los procesos de subjetivación.

En México, en la década de 1990, el avance a nivel de legislación fue aislado, se limita a regular las relaciones al interior del hospital psiquiátri-

co, fuera de un proyecto de reforma o reestructuración. Es difícil responder a los complejos procesos que propiciaron el atraso que en México vivimos en este campo, si bien la investigación en neurociencias y los tratamientos farmacológicos responden a las prácticas de otros países, es evidente que como propuesta asistencial, el reduccionismo y pobreza de alternativas sitúa a México en un lugar de gran rezago a la luz de las propuestas de reforma, inclusive en comparación con países con menor desarrollo.

Bibliografía

- BASAGLIA, Franco, "Apuntes de psiquiatría institucional. La asistencia psiquiátrica como problema anti-institucional", *¿Psiquiatría o ideología de la locura?*, Anagrama, Barcelona, 1972.
- BEZARRA, Benito, Amarante, Paulo, *Psiquiatría sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, Relume Dumará, Río de Janeiro, 1992.
- DELL ACQUA, G, "Trieste, veinte años después", *Psiquiatría Pública*, vol 7, núm. 3, Madrid, 1995.
- DESVIAT, Manuel, *La reforma psiquiátrica*, Ediciones DOR, Madrid, 1994.
- , "Una reforma pendiente", *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, Plaza y Valdés, México, 1997.
- y Corcés, Valentín (coords), "La ruptura de un cierto consenso", *Epistemología y práctica psiquiátrica*, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1990.
- ESQUIROL, Jean-Etienne (1838), *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Ediciones DOR, Madrid, 1991.
- FERNÁNDEZ, Lidia, Magaril, Graciela, y Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, "Los discursos de rehabilitación en la psicosis", *La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunita*, vol 2, núm 10-11-12, ARAPDIS, Barcelona, 2002.
- FERNÁNDEZ, Lidia y Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, "Del miedo y la locura", *Los dominios del miedo*, UAM-X, México, 2002.

- FERNÁNDEZ, Lidia y Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, "Transiciones en salud mental", *Anuario de Investigación 2002*, UAM-X, México, 2002
- FOUCAULT, Michel (1963), *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI Editores, México, 1995
- , *Historia de la locura en la época clásica*, FCE, México, 1992.
- GARCÍA GONZÁLEZ, José y Aparicio Basauri, Víctor (comps), *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*, Principado de Asturias, 1997.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO, *Ley 2 440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental*, Río Negro, 1992.
- GOFFMAN, Erving, "El mundo del personal", *Internados Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, 1970.
- , "La locura del puesto", *Los crímenes de la paz*, Siglo XXI Editores, México, 1987
- GONZÁLEZ URCÁSTEGUI, René, "Salud mental en América Latina", *Temas de salud mental en la comunidad*, Organización Panamericana de la Salud, Editor, I. Levav, Serie Paltex, 1992
- KRAEPELIN, Emilio, *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Ed Nieva, Madrid, 1988.
- LAING, Roland, "Consideraciones sobre la psiquiatría", *Los crímenes de la Paz*, FCE, México, 1987.
- MINISTERIO DE SAÚDE, "Relatório final A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil", *II Conferencia nacional de saúde mental*, Brasília, 1994
- , *Legislação em Saúde Mental, 1990-2002*, 3ª ed., Revista e atualizada, Brasília, 2002
- NACIMENTO ALVES, Domingos Savio, *Informe sobre la coordinación de salud mental*, Brasil, 1991.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *La esquizofrenia Información para las familias, iniciativa de apoyo a las personas disminuidas por una enfermedad mental*, Ginebra, 1990.
- , (1996), "Rehabilitación psicosocial, una declaración por consenso", WHO (World Health Organization), *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse Psychosocial Rehabilitation. A consensus Statement.*

WHO/MNH/MND/96. 2 Ginebra (traducción de Raquel Springer, publicado en español en *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, México, 1997).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, "Salud Mental en América Latina", *Temas de salud mental en la comunidad*, editor Levav, Itzhak, Serie Paltex.

———, *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos* (traducción en español, título original *World Mental Health: Problems and priorities in Low-Income Countries*, Washington, EUA, 1955).

———, *Reestructuración de la atención psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación* (HEA/MND 1.91), Washington, 1991.

———, *La reestructuración psiquiátrica, bases conceptuales y recomendaciones para Latinoamérica y el Caribe*, en Levav, I., Restrepo, H., Guerra Macedo, C. "The restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services", en *Journal of Public Health Policy*, vol. 15, núm. 1, Spring, 1994.

RIVAS GUERRERO, Fabio, "Del manicomio a la comunidad, de la locura a la esquizofrenia. La necesidad de una red comunitaria de tratamientos y cuidados", en Rivas Guerrero (coord.), *La psicosis en la comunidad*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000.

RODRÍGUEZ AJENJO, Carlos, "Del espacio mental al espacio físico: Justificación de la construcción de la Castañeda", *Tramas, subjetividad y procesos sociales*, núm. 5, UAM-X, México, 1993.

RODRÍGUEZ, A., y Bravo, María Fe, "Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica", *La psicosis en la comunidad*, Asociación de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000.

ROTELLI, Franco, "Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil", *Psiquiatria sem hospício*, Ed. Relume Dumará, Río de Janeiro, 1992.

———, "Algunas consideraciones sobre la reforma psiquiátrica italiana", *Memorias del Taller Internacional Reorientación Psiquiátrica hacia la atención primaria*, La Habana, Cuba, 1995.

———, "Tiempo de rehabilitación", *Psicología Iberoamericana*, Plaza y Valdés, México, 1997.

- SACRISTÁN, Cristina, "Una valoración sobre el fracaso del manicomio de la Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", *Secuencia*, núm. 51, Instituto Mora, México, 2001.
- SARRACENO, Benedetto, "La rehabilitación entre modelos y prácticas", *Jornadas internacionales de rehabilitación psiquiátrica y estructuras intermedias*, Informaciones Psiquiátricas, núm. 131, Oviedo, 1993.
- SECRETARÍA DE SALUD, Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica publicada el 16 de noviembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*, México, 1995.
- SENADO FEDERAL DE BRASILIA, Projeto de lei 3.657/89; Centro Gráfico do Senado Federal, Brasilia, septiembre, 1989.
- UNITED NATIONS, General Assembly. The Protection of the Person Mental Illnes and the Improvement of Mental Health Care, 1992.

El *yo* y el desconocimiento

Marina Lieberman

Desde el origen del psicoanálisis, es decir, desde que Sigmund Freud empezó a trabajar como lo que él mismo denominará *psicoanalista*, se ha tratado con un sujeto dividido. La primera división que se propone es la de que en cada persona hay una zona que él mismo desconoce, una región que será llamada el *inconsciente*. Más adelante, Freud propondrá otra división: las instancias psíquicas. Este trabajo intenta hacer una aproximación a lo que conocemos como el *yo*, desde la perspectiva psicoanalítica, siguiendo de cerca la propuesta de Lacan¹.

Cuando en un análisis, un especialista propone a quien será o no un sujeto en análisis, un analizante, *diga todo lo que se le ocurra* (regla fundamental del análisis, inventada por Freud con sus analizantes, y repetida al inicio de cada análisis), *sin omitir nada de lo que se le pase por la cabeza*, lo que se está haciendo es abrir un espacio distinto al de la lógica de la conciencia, diferente a la lógica del sentido, del sentido común, del sentido de la coherencia y del sentido del juicio.

¹ Para una revisión del narcisismo (constitución del *yo*) desde Freud, véase *infra* el artículo "Algunas líneas de investigación en torno al suicidio y su tentativa", de Alma Leticia Paz.

Todo lo que se le ocurra, implica hablar de los disparates, de lo que no tiene nada que ver con el tema tratado, de lo que cuando pasa por la cabeza es inmediatamente censurado por otra voz que dice cosas como: *eso no lo vayas a decir... es más eso ni lo pienses...*

El sujeto está dividido porque cuando habla no dice lo que quiere decir, dice más, dice otra cosa y, en cierto sentido, no sabe lo que dice. Cuando “cumple” con la regla fundamental, corre el riesgo de decir lo que nunca se le hubiera ocurrido pensar, lo que no sabía que sabía.

Esta es una de las definiciones más claras del inconsciente construida por Freud en *La interpretación de los sueños* (1900), y que puede formularse así: *el inconsciente es un saber que no se sabe*. Esto es: los sueños tienen un sentido que se puede descifrar y, para ello, no hay que buscar las claves en ningún otro lugar que no sea en las asociaciones del propio soñante, es decir, en algún lugar de quien sueña se encuentra el saber de lo que su sueño significa, “sólo que éste no sabe que lo sabe”.² Así sucede con todas las formaciones del inconsciente (lapsus, olvidos, síntomas, chistes, etcétera), no sólo con los sueños.

Si es un saber, necesariamente se trata de un *logos*, de algo que, aunque difiere de la lógica de la racionalidad, tiene una lógica, es un producto del lenguaje, no es un contenido abstracto, ni metafísico, ni de sensaciones in-materiales mágicamente inexplicables. Es un saber, es un discurso, es material y su materialidad es la palabra, el significante, hablando concretamente desde Lacan, y, más específicamente, tiene la materialidad de la letra. Es decir, el inconsciente es algo que se escribe, por lo tanto, se puede leer.

Jean Allouch, en un seminario que impartió en San Miguel Allende, hace algunos años, decía que cuando se le pide a un sujeto que diga todo lo que se le ocurra, es como pedirle que diga *lo que sea que le caiga en la cabeza* (hablaba con gusto de la expresión mexicana *me cayó el veinte*, enfatizando la cuestión del caer), y justamente por eso el sujeto *se resiste*; porque lo que le cae en la cabeza pega duro y duele, podría aplastarlo, o por lo menos sorprenderlo.

² Sigmund Freud, “Sexta conferencia, premisas y técnica de la interpretación”, *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis* (1915-1916), p. 92.

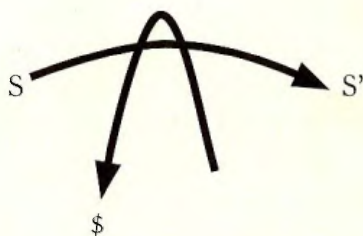
Si las palabras caen y lastiman o sorprenden o hacen reír o llorar, si el sujeto que toma la decisión de hablar *sin censura* acepta que ahí hay un riesgo, porque no sabe qué es lo que le pueda caer encima: confeti de colores, una cubetada de agua fría o un piano..., lo primero que se hace evidente es que el sujeto no es el amo de las palabras, que no son suyas, que vienen de otro lado y le caen, las dice y después se pregunta *¿de dónde salió eso?*

En estos términos, el individuo está sujetado al significante. Este último es un término que Lacan toma de Saussure, y le da la vuelta: para este lingüista el signo está formado por dos elementos: significado y significante, separados entre sí por una barra, pero unidos en una relación de correspondencia.

Significado

Significante

Para Lacan, el significante se encadena a otro significante, y a otro y a otro, hasta que aparece un corte, una puntuación, y hasta ese momento, retroactivamente, tiene lugar el significado. Y en este lugar de significado, en ese sitio producido por un punto en la cadena significante, se ubica el sujeto. Así lo grafica Lacan:³



S = Significante 1
 S' = Significante 2
 \$ = Sujeto

³ Jacques Lacan, "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano", *Escritos 2*, vol. 2, Siglo XXI Editores, México, 1987, p. 784.

El efecto de la puntuación en la significación y, por lo tanto, en el sujeto se puede mostrar en el viejo chiste de los tiempos del matrimonio:

- 1 ¿Cómo amaneciste, viejo?
- 2 ¡Cómo amaneciste viejo!
- 3 ¡Cómo! ¿Amaneciste, viejo?

En varios de sus seminarios, Lacan define al significante como *lo que representa al sujeto para otro significante*. Esta proposición, nos da, a su vez, la definición de sujeto: *lo que es representado por un significante para otro significante*. En el chiste anterior es posible captar que lo que nos dice quién es alguien depende del sitio que ocupa dentro de una frase.

El significante marca al sujeto, lo divide y lo representa, pero no para otro sujeto, sino para otro significante, lo cual produce una concepción de comunicación muy particular, en donde lo que prima es el malentendido (y dicen, incluso, que decir malentendido es ya mucho decir). Por ejemplo, alguien es *mujer* si no es *hombre*, es *hija* para una *madre* y un *padre*, puede ser *madre*, en tanto haya alguien que se diga su *hijo*, esto es aparentemente claro, pero por ejemplo, si alguien le dice que sean *amigos*, es necesario acudir a otros significantes para saber en qué lugar queda ubicada. ¿*sólo amigos*?, ¿*mejor amigos*?, ¿*por lo menos amigos*?

¿De dónde vienen, entonces, estos significantes que caen y significan al sujeto, y lo hacen hablar sin saber lo que está diciendo? De *otro* lugar, al que Lacan ha llamado el Otro. El Otro es el tesoro de los significantes, es el lugar de la lengua, que es la estructura, y puede ser encarnado en distintos personajes o instancias a lo largo de la vida, sin embargo, es importante dejar claro, el Otro no es alguien, es un lugar en la estructura subjetiva, que en este sentido en el que se incluye *sine qua non* al Otro, es una estructura social.

Lacan dice que el sujeto se constituye *en* el Otro, esto nos habla de una cuestión tanto espacial, como temporal, no hay un sujeto sin otro sujeto anterior a él. No hay *yo* sin *tú*, como no hay *tú* sin *yo*. Pero, fundamentalmente, no hay *ni yo*, *ni tú*, sin una instancia que ordene el espacio en

donde éstos se reconozcan como distintos y se confundan en su semejanza, es decir, entre uno y otro hay un Otro ⁴

Entonces, ¿cómo abordar la cuestión de este sujeto dividido, cuyo ser es tan ambiguo, ya que sólo puede ser representado y nunca definido de manera absoluta? No es sólo desde el *yo*, pues lo primero que se debe tomar en cuenta es que el *yo* no es el sujeto.

El *yo* es una instancia psíquica sin la cual no podríamos hablar de sujeto, ni podríamos hablar de otro, ya que la primera diferencia que se establece, que también está en la lengua, es entre *yo* y otro; es decir, para que alguien pueda decirse *yo*, hace falta que al mismo tiempo pueda decir *tú*. Y precisamente, en estos dos significantes, *yo* y *tú* se puede encontrar la característica que define al significante, no en relación a un significado, sino a otro significante: un significante se define porque no es otro significante, lo único que hace posible decir *yo*, y lo que lo define, es que no es tú, y al mismo tiempo que tampoco es él, ellos, ustedes, etcétera. Y en esta posibilidad se incluye la suposición de que al decir *yo*, cada uno sabe a quién se refiere. Es la misma suposición que hace que cuando alguien se mira en el espejo pueda decir ese-esa soy yo

Dice Lacan “Fue ese abismo abierto al pensamiento de que un pensamiento se dé a entender en el abismo, el que provocó desde el principio la resistencia al análisis” ⁵ Y también: “No se trata de saber si hablo de mí mismo de manera conforme con lo que soy, sino si cuando hablo de mí, soy el mismo que aquél del que hablo” ⁶

Ahí hay un abismo, es muy obvio, *yo* hablando de *mí*, ya somos dos. Peor si acaso no estoy hablándole a alguien, porque entonces soy *yo* hablándome de *mí*. Es obvio, pero es muy raro, afecta, asusta.

En el espejo se muestra también este abismo ¿Cómo *me veo*? ¿Cómo sé que esa de ahí enfrente soy *yo*? Sólo lo sé porque hace muchos años, alguien me dijo *esa eres tú*, y yo crédula y obediente, me *conformé*; pero siempre

⁴ Véase *infra* “Neurosis, psicosis y perversión. Introducción a la clínica freudiana”, de Leticia Flores, para una mayor elaboración alrededor del Otro en la estructura psíquica

⁵ Jacques Lacan, “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud”, *Escritos 2*, vol 1, *op cit*, p 503

⁶ *Ibid*, p 497

cabe la duda. Cada vez que me miro en el espejo algo extraño se asoma invisiblemente por ahí, entre la imagen, mi nombre y mi cuerpo, *¿de verdad esa soy yo? ¿Así soy? ¿Así me veo? ¿Así me ven? ¿Pero si no soy yo la que me veo sino ella, la de enfrente, la que me está viendo a mí?*

La originalidad del tratamiento analítico, dice Lacan, “es haber percibido, desde su origen y de entrada, la relación problemática del sujeto consigo mismo”.⁷ Lacan empieza definiendo el *estadio del espejo* como una “experiencia que nos opone a toda filosofía derivada directamente del *cogito*”.⁸

Cogito ergo sum

Pienso, luego existo.

Conozco, luego soy.

Lacan lee a Freud: *La interpretación de los sueños* (1900), *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) y *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905), y subraya que estos textos postulan al inconsciente no como lo no consciente, sino como un sistema de pensamiento que tiene su propia lógica, una lógica distinta de la de la vigilia y la consciencia. Teniendo en cuenta esta tercera revolución copernicana⁹ que, en palabras de Freud, es el descubrimiento del inconsciente porque sacó al hombre, por tercera vez, de su centro, en esta ocasión, ubicado ahí desde Descartes, es decir, la consciencia como centro y certeza: *de lo único que no puedo dudar es de que dudo, luego pienso, luego soy, es decir, soy porque sé que soy un ser consciente*, Lacan propone darle la vuelta al *cogito* cartesiano, quedando así:

⁷ Jacques Lacan, “El estadio del espejo como formador de la función del yo [*je*] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, *Escritos*, vol. 1, Siglo XXI Editores, México, 1987, p. 53.

⁸ *Ibid.*, p. 86.

⁹ La primera fue la de Copérnico, que sacó a la Tierra del centro del Universo; la segunda la de Darwin, al quitar al ser humano del centro de la creación.

[...] pienso donde no soy, luego soy donde no pienso. [...] Lo que hay que decir es: no soy, allí donde soy el juguete de mi pensamiento; pienso en lo que soy, allí donde no pienso pensar.¹⁰

Allí, en ese lugar donde no pienso pensar, donde *el pensamiento se da a entender*, aparece el inconsciente, en cualquiera de sus formas: *lapsus*, actos fallidos, olvidos, síntomas, sueños y chistes. Ahí *soy*, en el abismo que se abre entre *yo*, *me* y *mí*, entre la imagen, el cuerpo y el nombre, sin ser ninguno de esos tres... *soy*.

Si esta experiencia nos opone a toda filosofía derivada de este *cogito* es porque de lo que se trata en ella no es del conocimiento, sino del desconocimiento. Aunque siendo más rigurosos debemos decir que se trata de una paradoja. Estamos constituidos por una paradoja: al conocernos nos desconocemos. Desconocemos lo que nos constituye como seres que conocen y se conocen. El conocernos es una ilusión, pero no por eso es despreciable, de ninguna manera, es la única posibilidad que tenemos de movernos de manera más o menos *normal* entre nuestros congéneres. Pero no deja de ser una ilusión, específicamente una ilusión óptica, incluso mágica, los magos las usan todo el tiempo, pero no necesitamos ser magos para hacer uso de la ilusión, por ejemplo, para acercarnos a un desconocido por cuya imagen nos vemos capturados en un momento dado, no es mala táctica el clásico “¿Nos conocemos?”

¿Qué es el *yo*?

¿Se trata del *yo* como pronombre personal, el singular de la primera persona, la palabra *yo*?, ¿A qué nos referimos cuando decimos *yo*?, ¿Qué implica poder decir *yo*?, ¿Qué se incluye en esta palabra y qué se queda afuera?, ¿Afuera de dónde?, ¿Afuera de quién?

La instancia psíquica llamada por Freud el *Yo* en francés se dice *moi*. El texto del *Estadio del espejo* de Lacan propone trabajar sobre el *Je*. La diferencia es sutil y, de entrada, muy difícil de captar para los hispanohablantes, quienes aunque tenemos el *mí*, por ejemplo, no le decimos *mí* al *yo*. Cada vez que alguien dice *yo*, algo del *Yo* está implicado, pero al mismo tiempo algo que no es del *Yo* se deja oír... ocultándose. Dice Lacan

¹⁰ Jacques Lacan, “La instancia de la letra...”, *op. cit.*, p. 498.

que en los momentos de resistencia, que, como dijo Freud, parte del *yo*, se capta la función fundamental de esta instancia. el desconocimiento, *de eso yo no sé nada*.

La *experiencia* (subrayo la palabra) llamada *estadio del espejo*, introducida como tal por Henri Wallon, es un fenómeno observable que consiste en lo siguiente

Entre los seis y los dieciocho meses, el niño –antes de que pueda decir *yo*– se mira en un espejo y, por primera vez “se reconoce” Las señales que dan cuenta de este *reconocimiento* son muy claras: el infante se le queda mirando a la imagen, se toca la cabeza y ve que la imagen hace lo mismo, se ríe Es un instante de *júbilo*, dice Lacan Es justamente el *júbilo* lo que marca la diferencia radical entre el humano y sus compañeros changos, por ejemplo, quienes se alejan ante la “*manidad*” de la imagen Para un chimpancé, se reconozca o no, esa imagen está vacía, no le dice nada. Al humanito, en cambio, el espejo lo trastorna ¿Qué es lo que ve ahí?, ¿por qué se pone tan contento?, ¿De qué se ríe?

En esta experiencia hay un dato fundamental –que funda y se va a los fundamentos– y es un gesto (esto no lo dice Lacan en este texto sino en uno posterior *Observación sobre el informe de Daniel Lagache*¹¹). El cachorro humano es sostenido por alguien, suele ser la madre, en el momento de ver la imagen en el espejo se voltea para atrás a mirar a *ese/esa/eso* que lo sostiene. Es un solo momento, una *instantánea*, dice Lacan, en el que ve al otro, a quien conoce, y se ve a él en el espejo, ratifica que el *otro* está ahí, entonces él también está ahí *Ese de ahí está aquí, por lo tanto eso otro que está a su lado y que nunca antes he visto ¡Soy yo!*

Lo que ocurre es entonces una identificación. La imagen del espejo, esa primera imagen, será una *imago*,¹² el infante se identifica con ésta y en ese momento se constituye el *yo*

¹¹ Jacques Lacan, “Observación sobre el informe de Daniel Lagache ‘Psicoanálisis y estructura de la personalidad’”, *Escritos 2, op. cit.*, p. 658

¹² *Imago*, en el *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis, es “Prototipo inconsciente de personajes que orienta electivamente la forma en que el sujeto aprehende a los demás [] Más que una imagen (es) un esquema imaginario adquirido, un *clisé* estático a través del cual el sujeto se enfrenta a otro [] No debe entenderse como un reflejo de lo real, ni

Dice Lacan que se debe entender el momento como una identificación: la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen. La *imago* es la “matriz simbólica en la que el yo se precipita en una forma primordial”. Lo que se funda en este momento es el llamado *yo ideal*, “tronco de las identificaciones secundarias”¹³

Este *yo ideal*, llamado así por Freud en *Introducción del narcisismo*, es ese precipitado de todas las expectativas parentales, creado gracias a que los padres han renunciado a una parte de sus propios narcisismos y creen recuperar en esa maravilla del universo llamada también *His Majesty The Baby*

A partir de este momento, dice Lacan, el sujeto tendrá que resolver (o no, diríamos, para ser justos) “su discordancia con respecto a su propia realidad”.¹⁴ Para Lacan, el *yo ideal* está constituido así, a partir de la imagen de otro, que, por la magia de la identificación y el desconocimiento será nuestra tarjeta de presentación. En su notación algebraica, a esta instancia la escribe así: $i(a)$, si la traducimos se leería *imagen en función del otro (autre)*

Esta experiencia, que será un prototipo y un molde para el sujeto y su estar en el mundo, está sellada con las siguientes marcas, que así nos dejan marcados, independientemente de las variaciones de cada experiencia, desde el punto de vista estructural, es decir, está en los cimientos de la constitución subjetiva.

Marcas de la experiencia

1. *La imagen del espejo aparece como una totalidad, es una imagen unitaria, completa, organizada.*

A la edad en la que ocurre, dicha unidad y organización en el cuerpo del infante no existe, no hay todavía coordinación motriz, hay muy poco con-

siquiera más o menos deformado, es por ello que la imagen de un padre terrible puede muy bien corresponder a un padre real débil”

¹³ Jacques Lacan, “El estadio del espejo”, *op cit*, p 87

¹⁴ *Idem*

trol de los movimientos, si se puede hablar de una *vivencia* corporal del niño lo que hay es desorden y fragmentación.

La forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, le es dada desde afuera, es más constituyente que constituida [...] la coagula y la invierte en oposición a la turbulencia de movimientos con que se experimenta a sí mismo animándola. La imagen simboliza la permanencia mental del yo y prefigura su destinación enajenadora. La imagen especular parece ser el umbral del mundo visible. Establece una relación del organismo con su realidad. Pero esta relación está alterada en el hombre por cierta dehiscencia (apertura) del organismo en su seno, por una Discordia Primordial.¹⁵

Toda idea de “armonía” surge de esta ilusión especular. Entonces, la imagen especular, con respecto a la “realidad” del cuerpo está adelantada: no es un momento del “desarrollo” fisiológico, cronológicamente está antes, de hecho se podría decir que a partir de este momento se desencadenarán todas las posibilidades de una “maduración”; coagulada: pase lo que pase, esta imagen de unidad y totalidad quedará grabada para el sujeto; e invertida: en primer lugar está invertida literalmente, el espejo nos muestra al revés de como somos, mi derecha es su izquierda y viceversa, esta inversión óptica determina la forma en la cual nos miraremos a nosotros mismos, ya no nada más en un sentido visual, sino en todo lo que la mirada puede significar, de entrada, nos vemos al revés de como nos ven. Es más, nos conocemos por primera vez de manera invertida.

Es por esto, en principio que dice Lacan: “Esta forma sitúa la instancia del yo en una línea de ficción”.¹⁶ Pero si, además, consideramos que la imagen especular parece ser “el umbral del mundo visible”¹⁷ las consecuencias son apabullantes: debemos pensar que no nos es posible ver salvo lo que está situado en una línea de ficción.

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ *Idem.*

1) El yo se estructura en una identificación con otro.

El otro tiene dos vertientes, la primera es el otro que tengo ahí enfrente, el cual resultará ser *yo*, en la inversión discursiva: *ese que está ahí soy yo*. En esta misma vertiente se encuentran los otros que son mis semejantes, no son yo, pero bien podrían serlo: *los nenes*. El fenómeno del *transitivismo* es una clara muestra de esta situación: un niño ve que otro se cae y llora, un niño le pega a otro y dice “me pegaron”, un niño tiene un dulce en la mano y llega otro quien sin ningún escrúpulo se lo arrebató. Inútiles esfuerzos harán los educadores tratando de introducir las ideas de propiedad privada o la de compartir, en ese momento la lógica es *yo es otro*. Diría el niño, si pudiera: *¿pues cómo estuvo? Ese de ahí soy yo, ¿no me dijeron que así estaba la cosa?*

2) “Entre el niño y su semejante existe un espejo inestable.”¹⁸

La segunda vertiente del otro es lo que establece la diferencia —sin la cual no existe posibilidad de semejanza—, es decir, el otro que sostiene al infante en el encuentro con el espejo. Este personaje es quien habrá hecho posible la distinción entre *Yo* y *No-Yo*, esta circunstancia tan simple, en apariencia, de que *si no soy tú, soy yo*.

[...] El sistema del yo no puede ni siquiera concebirse sin el sistema —si así puede decirse— del otro. El yo es referencial al otro. El yo se constituye en relación al otro. Le es correlativo. El nivel en que es vivido el otro sitúa el nivel exacto en el que, literalmente, el yo existe para el sujeto.¹⁹

En términos de la Chica Palacio: *una nunca sabe lo que quiere hasta que se lo ve puesto a otra*.

La relación del ego con el otro, la relación del sujeto con ese otro mismo, (*ese otro él mismo*) con ese semejante en relación con el cual se ha

¹⁸ Jacques Lacan, *Seminario 1, Los escritos técnicos de Freud, op. cit.*, p. 252.

¹⁹ Jacques Lacan, “El estadio del espejo...”, *op. cit.*, p. 85.

constituido de entrada, en una estructura esencial de la constitución humana.²⁰

- 3) “El ser humano sólo ve su forma realizada, total, *el espejismo de sí mismo*, fuera de sí mismo”²¹

Esto suena muy obvio, sólo que si uno se detiene un momento a pensarlo, las consecuencias de esta breve afirmación son brutales. Nunca podremos vernos, en este caso, conocernos como forma total, salvo como un reflejo que nos llega de afuera, de otro lugar. Podemos vernos en partes y hay partes que ningún espejo podrá reflejar.

El *yo*, diría Lacan, se funda en una alienación, *soy por otro, no soy dueño de mí mismo, mi posibilidad de ser yo está allá afuera y en otro*.

- 4) Como consecuencia inmediata de esta alienación, la relación con el otro (con el otro que en principio soy yo para mí mismo) estará teñida, desde el origen, de agresividad. El otro, a nivel de lo especular (en el registro del imaginario, cuyo eje es el espejo) siempre será un rival. *Odio al otro porque me posee, y si me posee, yo quiero destruirlo.*

Esa niña, de la cual hablé hace un momento, quien no es especialmente feroz, se dedicaba muy tranquilamente –en un jardín de la campiña donde se había refugiado, a una edad en que apenas caminaba– a darle en la cabeza con una piedra bien grande a un vecinito compañero de juegos con el cual precisamente, realizaba sus primeras identificaciones. El gesto de Caín, para realizarse del modo más espontáneo, hasta diría del modo más triunfante, no requiere gran culpabilidad. Ella no experimentaba ningún sentimiento de culpa. “Yo romper cabeza a Francisco”. Lo decía con seguridad y tranquilidad. No por ello le auguró el porvenir de una criminal. Sólo manifestaba la estructura más fundamental del ser humano en el plano imaginario: destruir a quien es la sede de la enajenación.²²

²⁰ *Ibid*, p. 88

²¹ Jacques Lacan, *Seminario 1*, *op. cit.*, p. 213

²² *Ibid*, p. 255

En otras palabras, la pelea constante contra el otro es constitutiva de la construcción del *yo*, y no se trata de cualquier otro, sino, precisamente, el otro más cercano, el semejante, el que le devuelve al sujeto su propia imagen, gracias a lo cual se constituye ese yo, ese que será llamado *yo mismo*, que es, por su origen, siempre un *otro-mismo*.

El yo es una armadura, una fortaleza frágil. La única identidad posible es una "identidad ortopédica", como un aparato ortopédico que alguien necesita para sostener o corregir alguna parte de su cuerpo que, por sí sola, no funciona. Así, el *yo* tiene esa función de armar y detener lo que, de otra manera, se desmoronaría. Pero, por eso mismo, la llamada identidad (quién soy) está siempre amenazada, aunque esto, precisamente, el yo lo desconoce. De ahí su rigidez, una rigidez necesaria, inevitable, la rigidez del aparato ortopédico sin el cual el sujeto no se sostiene, ya lo dice la canción. *Yo soy quien soy y no me parezco a nadie*. "El drama", lo llama Lacan, "de la insuficiencia a la anticipación".²³ La imagen del espejo le da al sujeto por constituirse la posibilidad de parecer suficientemente sujeto, pero, al mismo tiempo, retroactivamente, queda un resto de insuficiencia contra lo cual estará en lucha permanente. Las pulsiones, el deseo, todo lo que viene *de adentro del organismo* y no sólo lo de *afuera* es percibido como ajeno al *yo*. Y todo lo ajeno, lo diferente, lo pone en riesgo.

El yo se constituye en "una identificación primaria que estructura al sujeto como rivalizando consigo mismo"²⁴

La forma más patente del desconocimiento en el cual se constituye este aparato ortopédico llamado *yo*, sin el cual no andaríamos, es lo que Freud llamó la *Verneinung*, *La negación*²⁵. En dicho texto, Freud lo explica con relatos de pacientes que dicen aproximadamente así. *Tuve un sueño con una mujer, no sé quién es, sólo sé que no era mi madre, No lo digo por agredirte, pero fíjate que* — en otras palabras, *antes de que se te vaya a ocurrir pensar ese pensamiento que yo no pienso que estoy pensando, me adelanto y te digo que no es así (con lo cual, por supuesto sin saberlo, me delato)*; o la forma más clásica de defenderse de un lapsus *yo no quise decir eso, quién sabe de dónde salió*. Jus-

²³ Jacques Lacan, "El estadio del espejo", *op. cit.*, p. 90

²⁴ Jacques Lacan, "La agresividad en psicoanálisis", *Escritos I*, p. 109

²⁵ Sigmund Freud, *La negación* (1925), p. 253

tamente, la pregunta pertinente ahí es *¿y quién sabe?* Diría Freud, el sujeto sabe, pero no sabe que sabe. Y ese no saber de un saber que lo habita al sujeto no le sabe bien. Eso que sabe lo que el *yo* desconoce es el inconsciente, al que Lacan llama *el discurso del Otro*, precisamente por su relación de ajeno con respecto al *yo*.

Gracias a la ilusión de *autonomía* y *autosuficiencia*, estos rasgos que pretenden definir al sujeto, es decir, gracias al desconocimiento, el *yo* se protege de la fragmentación, a costa de la verdad del sujeto. El *yo*, dice Lacan, está estructurado como un síntoma.

No es más que un síntoma privilegiado en el interior del sujeto. Es el síntoma humano por excelencia, la enfermedad mental del hombre.²⁶

El absurdo fundamental del comportamiento interhumano sólo puede comprenderse en función de ese sistema [...] llamado yo humano, a saber, esa serie de defensas, negaciones, barreras, inhibiciones, fantasmas fundamentales que orientan y dirigen al sujeto.²⁷

Claro que la pregunta ineludible, entonces, es ¿hacia dónde lo dirigen? Y es la pregunta en donde se situará lo que Lacan ha llamado *la dirección de la cura*. Es decir, esta afirmación llevará al cuestionamiento de la clínica psicoanalítica.

- 5) Cuando se habla de la experiencia del espejo, no solamente como un momento, sino como la forma que tendrá en adelante el yo y, a partir de ésta, el estilo de las relaciones interhumanas, no es indiferente, subraya Lacan, que se trate de una presentación óptica. Cabe aclarar que, la experiencia de un niño ciego, pensando en un caso extremo, no por ser singular y distinta, excluye este pasaje por el espejo, ya que de lo que se trata básicamente en este punto es de que el espejo está sostenido y orientado por Otro, *el espejo del Gran Otro*, lo llamará Lacan en un seminario posterior, la mirada del Otro.

²⁶ Jacques Lacan, *Seminario 1...*, *op. cit.*, pp. 31-32.

²⁷ *Ibid.*, p. 34.

El espejo, lo sabemos aunque preferiríamos no saberlo, es el lugar de las ilusiones, literalmente de los espejismos. El infante que se enfrenta por primera vez a esa imagen, no tendría manera de reconocer que eso de ahí no es un espejismo, sino que eso es el reflejo de lo que él es, salvo porque hay otra instancia, situada más allá del espejo, que sabe y se lo puede hacer saber.

En otras palabras, si el origen de la constitución del *yo* no puede remitirse a un proceso de maduración orgánica, ya que, como hemos visto, la forma se adelanta a lo "real" del organismo, entonces ¿qué permite que esta experiencia fundante tenga lugar? Precisamente la cuestión del lugar: "Para que la ilusión se produzca, para que se constituya, ante el ojo que mira, un mundo donde lo imaginario pueda incluir lo real y, a la vez, formularlo; donde lo real pueda incluir y, a la vez, situar lo imaginario, es preciso cumplir con una condición: el ojo debe ocupar cierta posición".²⁸

La posición del ojo, dentro del marco delimitado por el espejo, representa el lugar del sujeto. Para que el sujeto tenga lugar o para dar lugar al sujeto, no alcanza con la imagen. La posición en la que el sujeto se sitúe, para que pueda ver, o no, esa ilusión que lo conformará como un ser distinto y a la vez semejante a los otros, está dada por la palabra del Otro. Es aquí en donde el Otro se escribe con mayúscula, a diferencia del otro que quedará siempre situado como ese rival de ahí enfrente que hace al mismo tiempo que *yo sea yo porque no soy tú* y que haga imposible que *yo sea yo porque sin ti no soy nada*.

La inclinación del espejo, dice Lacan, está dirigida por la voz del Otro. La voz, en este caso, la palabra, no forman parte del esquema óptico. Es lo que queda fuera y sin embargo es lo que ordena toda la situación. La ordena inevitablemente de esta manera invertida: *ese eres tú*. Entre lo imaginario y lo real, dice Lacan en este momento, se introduce lo simbólico. Lo simbólico se refiere a todo el campo del lenguaje. Es básicamente palabra, pero es desde el origen el orden y la ley, es decir todo lo referente a la ley. La ley que coloca al sujeto en determinada posición. La ley que no puede tener existencia salvo por la palabra, sea o no verbalizada como tal; ley de prohibición del incesto que no sería posible si no hay una

²⁸ *Ibid.*, p. 129.

designación de lugares *tú eres mi hijo* implica *yo soy tu madre* y necesariamente *él es tu padre*, designación que sería impensable sin los trazos elementales que hacen posible decir *hijo, madre, padre*, y que permanecen inscritos en el cuerpo a pesar de ausencias, tiempos y distancias

El cachorro humano mirando jubiloso su imagen en el espejo está en ese instante siendo ubicado como alguien distinto y por lo tanto, en posibilidad de ser amado por otro. Esto puede no ocurrir, y cuando ocurre tiene todas las variantes imaginables, es decir, un infante puede tener un lugar como alguien distinto para ser odiado, o puede tener un lugar de objeto, o hasta de monstruo, pero sólo se puede tener lugar en el mundo si tenemos primero lugar en la palabra del Otro. Lo que no sabemos es qué lugar. Una mamá puede decirle al bebé que mira el espejo: “ese cachetoncito lindo corazoncito de melón *eres tú*”, alguna otra podría decirle “ese escuincle baboso que vino a estropearme la vida igual que tu padre *eres tú*”, o “ese, la única razón por la que yo sigo viva *eres tú*”, pero alguna otra puede no decirle nada, alguna otra puede estar tan angustiada ante *eso* que se le presenta ahí enfrente como un ser venido de otro planeta, que se quede muda y ni siquiera lo nombre.

En el hombre no puede establecerse ninguna relación imaginaria, verdaderamente eficaz y completa, si no es mediante la intervención de otra dimensión [] ¿Cuál es mi deseo? ¿Cuál es mi posición en la estructuración imaginaria? Esta posición sólo puede concebirse en la medida en que haya un guía que esté más allá de lo imaginario, a nivel del plano simbólico, del intercambio legal, que sólo puede encarnarse a través del intercambio verbal entre los seres humanos. Ese guía que dirige al sujeto es el Ideal del yo [], es el otro en tanto hablante, el otro en tanto tiene conmigo una relación simbólica [] El intercambio simbólico es lo que vincula entre sí a los seres humanos, o sea la palabra, y en tanto tal permite identificar al sujeto ²⁹

En este sentido, tenemos que el *yo* se constituye en lo imaginario como yo ideal, gracias a Otro hablante que orienta el espejo de acuerdo con otra instancia, situada en lo simbólico y que es llamada Ideal del *yo*.

²⁹ *Ibid*, p. 215

Lacan define al Ideal del yo como “Las marcas de respuesta que fueron poderosas a hacer de su grito llamada”³⁰ En otras palabras, en el origen hay un grito, será necesario que un Otro reciba ese grito y lo convierta en llamado y después lo devuelva hecho palabra. *Tienes hambre, ¿verdad?*

Esta sería la quinta de las que he llamado marcas que deja al pasaje por el espejo y su producto, el yo, constituido como un espejismo, más estrictamente, como la afortunada articulación de espejismos en la que solemos encontrarnos tan confiados y seguros, porque no sabemos que entre *ese de ahí* y *soy yo* se requiere un conglomerado de malabarismos tan complejo.

Antes de terminar, mencionaré algunos fragmentos de dos casos (tomados del seminario de Lacan) en los que se muestra el caos que resulta cuando esta ficción llamada yo, no se produce

Uno es el caso Dick de Melanie Klein:

“Un muchacho de 4 años con un nivel de desarrollo entre los 15 y 18 meses”, se dice que a este niño todo le era indiferente, “Dick no juega o lo hace como si todo fuese invisible”, le da igual, por ejemplo entrar al consultorio mientras quien lo acompaña se queda afuera, no presenta ningún indicio de ansiedad, ni en sus formas veladas de explosión o bien retracción, timidez, etcétera “Aquí está el niño como si no pasara nada Mira a Melanie Klein como si mirara un mueble” Dice Lacan que a Dick “todo le es igualmente real, igualmente indiferente”

En resumen, lo que le pasa a este niño es que no dirige ningún llamado. Un animal doméstico dirige llamados Dick no está fuera del lenguaje, hay palabras, pero no habla, es decir, no le habla a otro y, dirá Lacan en otro lugar, no se habla más que para otro, así le estemos hablando a las paredes La palabra no le ha llegado, el lenguaje no se ha enlazado a su sistema imaginario Para él lo real y lo imaginario son equivalentes. Dick toma un tren de juguete y lo mueve. Melanie Klein va y le dice “Dick tren pequeñito, tren grande papá-tren” El niño se pone a jugar con su trenecito y dice “station” M Klein dice La estación es

³⁰ Jacques Lacan, “Observación sobre el informe de Daniel Lagache”, *Escritos 2, op cit*, página 658

mamá, Dick entrar en mamá. Y, dice Lacan, a partir de esto todo se desencadena, lo primero que hace Dick es llamar a su niñera con quien había entrado y había dejado partir como si nada. “¿Qué ha hecho Melanie Klein?” Tan sólo aportar la verbalización. Ha simbolizado una relación efectiva: la de un ser, nombrado, con otro ser. Ha enchapado la simbolización del mito edípico, para llamarlo por su nombre. Esto que ella ha hecho lo llama “haber abierto las puertas de su inconsciente”. Sobre esto, dice Lacan, que es “una manifestación sensacional de la fórmula que siempre repito: el inconsciente es el discurso del Otro”.

Este es un caso donde esta fórmula es absolutamente evidente. No hay en el sujeto ningún tipo de inconsciente. Es el discurso de Melanie Klein el que injerta brutalmente, en la inercia yoica inicial del niño, las primeras simbolizaciones de la situación edípica”.³¹ y ³²

El otro caso que se presenta en este seminario de Lacan es de Rosine Lefort, el caso Roberto:

Hijo de padre desconocido y madre paranoica quien lo descuidaba al grado de olvidar alimentarlo, a los 11 meses es abandonado por ella e inicia una serie de internamientos en hospitales, residencias, etcétera (25 en total), hasta llegar a la institución donde Lefort inicia su tratamiento. Roberto tenía gran incoordinación motriz, no hablaba, sólo gritaba, aullaba y pronunciaba todo el tiempo ¡el lobo! Sufría crisis convulsivas y violentas frente a objetos como el orinal, particularmente el vaciado del orinal, los alimentos, en especial el biberón al que no podía acercarse, las puertas, los cambios de habitación y los otros niños a quienes llegó a atacar, intentando estrangular a alguno, por ejemplo. En una ocasión intentó cortarse el pene con unas tijeras de plástico. En una sesión, bebió un poco de leche, la tiró al suelo, luego tiró arena (equivalente de caca), llenó el biberón con arena y agua, agregó todo esto al orinal, y encima puso el muñeco de goma y el biberón. Me confió todo. En ese momento fue a abrir la puerta, y volvió con el rostro convulsionado de miedo. Cogió el biberón y lo rompió, ensañándose con él hasta reducirlo a ínfimos pedacitos. Después los recogió cuidadosamente y los hundió en la arena del orinal. Se llevó el orinal.

³¹ Jacques Lacan, *Seminario I...*, *op. cit.*, p. 137.

³² Para el desarrollo del Edipo véase *infra*, el apartado “El complejo de Edipo: un descubrimiento freudiano”, de José Luis González Fernández.

Un poco de arena cayó al suelo desencadenando un pánico inverosímil. Se vio obligado a recoger hasta la más mínima pizca, como si fuese un pedazo de sí mismo, y aullaba: ¡El lobo! ¡El lobo! No pudo permanecer en la colectividad, no pudo soportar que ningún niño se acercara a su orinal. Debieron acostarlo en un estado de tensión intensa que sólo cedió, de manera espectacular, después de una irrupción diarreica, que extendió por todas partes con sus manos, en su cama y sobre las paredes. Esta escena era tan patética, vivida con tal angustia, que yo estaba muy inquieta, y empecé a comprender la idea que él tenía de sí mismo.

La precisó al día siguiente, cuando debí frustrarlo, corrió a la ventana, la abrió, gritó ¡El lobo! ¡El lobo!, y viendo su imagen en el vidrio, la golpeó, gritando ¡El lobo! ¡El lobo! [...] Roberto no era más que una serie de objetos por los que entraba en contacto con la vida cotidiana, símbolos de los contenidos de su cuerpo.

¿Qué es “¡El lobo!”? Dice Lacan: Es esencialmente la palabra reducida a su médula. No es ni él ni nadie, es evidentemente. ¡El lobo! en tanto que él dice esta palabra, pero, ¡El lobo! es cualquier cosa en tanto puede ser nombrada. Ven aquí ustedes el estado nodal de la palabra. El yo es aquí completamente caótico, la palabra está detenida. Pero sólo a partir de ¡El lobo! Podrá ocupar su lugar y construirse.³³

La realidad tal cual no es nada si no es *imaginarizada* y *significantizada* gracias a la intervención del Otro, en este sentido la realidad es una ficción, pero, por esto mismo, toda ficción dejará un resto sin simbolizar, algo inimaginable, un resto de real, que es eso que aparece en las pesadillas, en los cuentos de horror, en la violencia, en las psicosis.

Dice Hume que el niño percibe el mundo tal como es, sin añadir a las cosas más de lo que simplemente percibe. Nada más equivocado, “el mundo tal como es” es un caos sin sentido, desorganizado, roto y violento.

No hay posibilidad de situarse como un sujeto en un mundo salvo por la palabra; y la palabra es siempre un injerto, un elemento extraño y distinto a lo real, que ordena y crea precisamente la diferencia entre lo real, lo simbólico y lo imaginario. Ubica al sujeto y le da la capacidad de ser *yo* en oposición a un *tú*, y a diferencia de cualquier *él*. La inversión que

³³ *Idem.*

presenta el espejo es solamente una parte de la reversibilidad en la cual se produce el lenguaje, porque *yo soy tú para ti, y tú eres yo al nombrarte, y yo no puedo ser tú, y tú no puedes ser yo, pero siempre cabrá la duda*. De todas maneras, mientras quepa la duda, será porque hay lugar para el sujeto

Felipe tiene un problema y decide ir a pedir consejo a sus amigos

Mafalda le dice *Si yo fuera tú, haría tal y tal*

Susanita le dice. *Yo en tu lugar*

Y Miguelito *Yo que tú.*

Al final dice Felipe *Total, que no llegué a saber lo que haría yo que yo, en mi lugar, si yo fuera yo*

Bibliografía

- LACAN, Jacques, *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*, en *Escritos*, vol 1, Siglo XXI Editores, México, 1987.
- , *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*.
- , *La agresividad en psicoanálisis*
- , “Observación sobre el informe de Daniel Lagache ‘Psicoanálisis y estructura de la personalidad’”, *Escritos*, vol 2, Siglo XXI Editores, México, 1987
- , *Seminario 1 Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona, Paidós, 1985.
- , “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, vol 2
- FREUD, Sigmund, *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, vols. IV-V, Buenos Aires, Amorrortu, 1976
- , “Sexta Conferencia, Premisas y técnica de la interpretación”, *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1915-1916)*, vol. XV.
- , *La negación*, vol XIX
- LIEBERMAN, Marina, *Entre la angustia y la risa*, Cuadernos del Tipi, número 10, UAM-X, México, 2005

El complejo de Edipo: un descubrimiento freudiano

José Luis González Fernández

La visión trágica de Freud relampaguea en muchas de sus páginas. Relampaguea y desaparece. Después de entreabrir ciertos abismos y mostrarnos conflictos insolubles, se retira a la prudente reserva del hombre de ciencia. La ironía recubre la herida. Esas reticencias —hechas tanto de modestia de sabio como de desdén a los hombres— tal vez explican las sucesivas deformaciones y mutilaciones que ha sufrido su pensamiento. Muchos de sus herederos, especialmente en los Estados Unidos, olvidan su crítica a la civilización y reducen su enseñanza a un método de adaptación de los enfermos a la vida social.

OCTAVIO PAZ¹

I. Introducción

Este resumen, cuya publicación se hace en un libro conjunto, es un extracto de otro texto más amplio que he venido trabajando desde hace tiempo y que versa sobre el mismo tema. De ahí las dificultades para lograr una síntesis adecuada a sus fines. Su origen parte de las conferencias o “apoyos” dados a lo largo de 14 años a los alumnos de la licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, y es a ellos a quienes ahora está dirigido.

Un ensayo que pretenda tratar con exhaustividad el Edipo requiere de un estudio que comprenda su epistemología, el abordaje detallado sobre temas diversos como la interpretación de los sueños, la técnica analítica de Freud, la teoría general del psicoanálisis, el autoanálisis de Freud, entre otros, lo cual haría necesario plantear prácticamente un compendio y una

¹ Octavio Paz, “Un más allá erótico. Sade”, en *Obras completas*, FCE, México, 1994, p. 52.

historia del psicoanálisis en general. Sin embargo, nuestro propósito ahora es lograr en los alumnos una mayor comprensión de los procesos psíquicos y en lo particular de la problemática del Edipo, ya que éste constituye una pieza fundamental en la teoría y técnica analítica, además de ser una herramienta clave para la discusión en el seminario modular.

II. Algunas consideraciones referidas al Edipo en el orden cultural

En su libro *Psicoanalizar*,² Leclaire discute el caso de un sujeto en análisis. En el consultorio trabaja con una fantasía obsesiva, la de no poder comprar una pintura y el reclamo que el analizando hace por los gravosos costos que su análisis le generan. Leclaire reflexiona y afirma que bien podría tal reclamo ser una fantasía como parte de un conflicto edípico referido a través de la transferencia, y anota que es evidente que, aun antes de comenzar el análisis, el paciente sabía, como lo sabe todo el mundo en la actualidad, que había vivido una situación edípica —pero dejemos hablar al paciente— señala.³

Es verdad que en la actualidad el Edipo ya no es ninguna sorpresa para el analizado, y la sorpresa tiene en sí misma un papel fundamental en el análisis. Tampoco es algo de moda como para que todos quieran tener uno —como lo afirma Peter Gay—,⁴ y aún peor, precisamente a raíz de su difusión y socialización, en el consultorio puede convertirse en una resistencia.⁵

Pero este hecho (popularización, socialización, culturización o difusión) no es motivo suficiente para obviar o desconocer la problemática edípica como tal. “Dejar hablar al paciente” como sugiere Leclaire, no es algo nuevo, es parte esencial en la técnica y la teoría analítica desde sus orígenes, ya que en la técnica freudiana el esquematismo interpretativo queda

² Serge Leclaire, *Psicoanalizar*, Siglo XXI Editores, México, 1980, p. 8.

³ *Idem.*

⁴ Peter Gay, “Freud”, en *Una vida de nuestro tiempo*, Paidós, Buenos Aires, 1989, p. 505.

⁵ Leclaire señala que esta forma de interpretar como resistencial, es parte del esquematismo interpretativo.

de lado gracias a la escucha como regla fundamental, y así el Edipo, pese al “conocimiento” que sobre el tema tenga el paciente, siempre entrará en escena.

Señalar algo que “todo el mundo sabe”, implica sin duda, la trascendencia de la teoría freudiana en la cultura. Apegados a la interpretación freudiana, la cultura, como expresión de lo reprimido, finalmente como un síntoma, lleva al deseo a un sometimiento, a un control que lo hace perder su especificidad y por lo tanto, a convertirse en un factor resistencial cuando el sujeto entra a análisis, y tal es el caso del Edipo. Paradójicamente, esta trascendencia del psicoanálisis en la cultura, no es un evento que deba enorgullecer al psicoanálisis, no es un triunfo, sino algo que debe ser considerado con especial atención en el trabajo analítico, dada la característica resistencial que contiene. Freud trascendió el orden cultural en su trabajo y descubrió el inconsciente, inventó el psicoanálisis y desarrolló una teoría.

Su objetivo, no era integrarse a la cultura, sino subvertirla. El orden *transcultural* al que llega el psicoanálisis, no implica una oposición a la cultura, sino una actitud crítica respecto a ella, una crítica necesariamente incluyente, y el analista, deberá valerse de intervenciones y propuestas inteligentes no esquematizadas por la *aculturación*. Estará obligado entonces a profundizar y evitar que esos términos pierdan la especificidad que les corresponde en el área de lo psíquico, en el área de su oficio.

Si cada vez hay menos interés por el Edipo, no es porque no hayan visto esta montaña, sino que precisamente por haberla visto prefieren darle la espalda.⁶

III. El Edipo en la cultura

El primer acercamiento que hace el alumno de psicología sobre el tema del Edipo, tiene que ver con los referentes culturales de su entorno, por ello es necesario hacer una revisión somera de algunos de esos referentes.

⁶ Jacques Lacan, *La relación de Objeto*, Seminario 4, Buenos Aires, Paidós, 1996, página. 206.

A partir de la idea de la transculturización y pérdida de especificidad, el doctor José Perrés Hamauí, maestro, compañero y amigo, en sus conferencias de apoyo en la UAM, intentaba hacer un estudio referencial de las formas en las cuales Edipo se insertaba en la cultura. Su intención era partir de lo general y coloquial para llegar a través de su lógica discursiva y epistemológica, a la especificidad. Haremos una revisión somera de algunos de esos referentes, para posteriormente abordar el Edipo de manera específica y puntual.

El Edipo en las artes: es representado en la obra plástica, en la pintura, en el teatro, cine, y como lo dijo José Perrés, en la ópera,⁷ operetas y zarzuelas.⁸ En el teatro y el cine son numerosas las obras que lo integran, unas vulgarizando al psicoanálisis y otras dándole un tratamiento más formal. Películas como *Edipo Alcalde*, *Historias de Nueva York*, de Woody Allen; puestas en escena como *Equus* de Peter Shaffer, las tragedias griegas, etcétera,⁹ o en la pintura y escultura como en cualquier *Madonna*, etcétera. Por otro lado, corrientes como el surrealismo por ejemplo, constituyen espacios donde se utiliza el valor artístico de las imágenes simbólicas, fuente en unos casos y derivaciones en otros, del descubrimiento freudiano.

El Edipo en la mitología Para hablar esto, es necesario definir como un recurso metodológico, lo que es un mito y su diferencia en torno a lo mi-

⁷ José Perrés, *Freud y la ópera*, FCE, México, 1985

⁸ El doctor Guillermo Delahanty, a quien agradezco el comentario, señala que en los estudios realizados sobre las obras de Mahler (Theodor Reik, Kohut), referentes a la escucha de la música, no es viable encontrar un conflicto edípico en el material propiamente musical, es decir, en la estructura armónica. En cambio, en la esfera literaria y escénica, como en la ópera, es más fácil hallar el contenido de un conflicto edípico en la representación, hay una narrativa factible de interpretación, pero tal vez no en la música de manera directa. Quizá un conflicto del compositor lo lance a un tipo de fraseo musical, sin embargo, aún esto es indiscifrable.

⁹ Las tragedias, las madonnas, etcétera, son tratadas aquí no como una lectura histórica de la inserción del Edipo freudiano en la cultura, sino haciendo una lectura retrospectiva desde el presente con un sesgo psicoanalítico, lo que denota que la problemática expresada en la obra, y bautizada por Freud como Edipo, antecede a su teorización.

tológico, ya que en este rubro, la transdisciplinaredad se entreteje con áreas como la sociología, la historia, el psicoanálisis, la religión, la etnología, la política, etcétera

El mito, podemos pensarlo en función de la cualidad que le representemos, según sea ésta relacionada al entendimiento o al sentimiento, sin dejar de tomar en cuenta el valor que tiene como una forma de perpetuar tradiciones y culturas, pero que especialmente se producen en la transición, en el cambio llevado a cabo en la cultura ¹⁰ Del lado del entendimiento, Platón, en *Geórgicas*,¹¹ opone el mito, a la verdad o al relato verdadero, pero al mismo tiempo, le reconoce cierta verdad que en determinados casos, es la única verdad a la que puede aspirar el discurso humano. Por otro lado, para las teorías naturalistas alemanas del siglo XIX, el mito es el producto de una actitud contemplativa o teórica que luego dará lugar a la ciencia como tal ¹² En cuanto a la cualidad del sentimiento, Cassirer señala que el sustrato del mito no está en la razón, sino en el sentimiento, y que no sigue las reglas lógicas, mientras que la interpretación sociológica de Durkheim y Lévy-Bruhl, traslada al mito de la naturaleza a la sociedad constituyéndose en una “proyección” de la vida social del hombre que le refleja las características fundamentales ¹³

Entre el mito y lo mitológico, habrá diferencias esenciales. Lo mitológico, aunque relacionado con el mito, se referirá a la forma de representación de lo que no es terrenal, es decir, de lo divino. El mito habla de lo real y lo posible, pero lo posible no es sólo lo pensable, sino tanto lo imaginable como lo inimaginable. Para el pensamiento mítico son posibles lo uno y su contrario. La contradicción está perfectamente asumida en el pensamiento mítico, hasta el punto que, a veces, se diría que es el motor de los acontecimientos. En el relato mítico —como en la vida— lo imprevisible, lo impensable, lo inesperado, está siempre dispuesto a asaltarnos.

En la referencia al Edipo mitológico, es interesante observar cómo Freud realiza escasos señalamientos a la mitología griega, y cuando lo hace, pre-

¹⁰ Luis Barjau, *El hombre del mito*, INAH, México, 1988, pp. 19-28

¹¹ Platón, *Geórgicas*, Porrúa, México, 1974, p. 807

¹² Nicola Abbagnano, *Diccionario de Filosofía*, 2a ed., FCE, México, 1974, p. 808

¹³ *Idem*

tende un sentido diferente al de la interpretación que hizo de la obra de Sófocles, quizá, porque al estudiar el *Edipo*, su marco de referencia era la clínica del espectador, es decir, su argumentación giraba en torno a las reacciones de éstos frente a la representación de obras como *Hamlet*, u otras, pero no de Gea ni Urano, ni de Cronos o Zeus. La mitología griega le servía de modelo explicativo de las fantasías derivadas de las amenazas y angustia de castración, por ejemplo: *Cronos devorando a sus hijos*, lo cual brindaba una visión universal como base para su argumentación sobre el “asesinato del padre”.

Reseñaremos ahora un fragmento de la mitología griega que ilustrará cómo Edipo está contenido en ella. Todo se inicia a partir del *caos*; la madre Gea (la Tierra) surgirá y autoengendrará a Urano (el Cielo), quien la envuelve en su manto, conteniéndola y produciendo de esta unión hijos deformes. Son los gigantes de cien manos, gigantes con muchas manos y 100 o 500 cabezas, que al ser rechazados por el padre, son enviados al Hades (el Averno). La siguiente camada tampoco fue aceptada; nacieron los Cíclopes, quienes tuvieron el mismo destino.

En otro intento más, nacieron los Titanes, quienes ya tenían una diferenciación sexual. Había tanto mujeres, como hombres. Uno de estos titanes, Cronos, impuso límite a la duración del imperio de Urano, por lo que fue conocido como el Dios del tiempo, y decidió cortar el lazo que unía y envolvía a Gea, separándose así definitivamente el Cielo de la Tierra, y la Tierra del Cielo. Fue la propia madre Gea, desesperada por el fin de sus hijos, quien incitó a Cronos: le dio una hoz dentada para que cuando Urano la tuviera “sexualmente” hiciera un corte, Gea recogió la sangre y los genitales cortados a Urano, y los lanzó al Mediterráneo y de su espuma surgió Afrodita. De esta manera se inaugura el imperio de Cronos.¹⁴

Urano advirtió a Cronos que correría con la misma suerte que él, que sus hijos le harían algo similar, y por eso Cronos se une a su hermana Rea, y a sus propios hijos los devora uno a uno en cuanto nacían. Pero cuando nació Zeus, su madre otra vez, pero ahora Rea, harta de no poder criar a sus hijos, se fue a parirlo a Creta con las Ninfas, a quienes pidió

¹⁴ Nos recuerda lo que Freud escribe sobre el mito del asesinato del padre como fundador de la cultura.

que lo escondieran. A partir de ese momento, engañado, Cronos devoraba las piedras que Rea le daba envueltas como si fuera el producto recién parido.

Zeus creció y se asoció con su hermana Escancia, quien mandó vino descompuesto para Cronos, y al beberlo, vomitó y vomitó, devolviendo a sus hijos devorados. Fue tal la vergüenza que sintió Cronos ante esta situación, que se retiró y así comenzó el gran imperio de Zeus, el Dios que se unió ya con mortales y otras Diosas, dejando (en principio) a un lado a la familia.

La mitología griega, o el mito de los orígenes, dan cuenta de la problemática que será nombrada por Freud más tarde, como edípica. El incesto consumado, los castigos, las culpas y amenazas, la castración, el deseo por desplazar al padre, etcétera. Sin embargo, cualquier lectura que se haga sobre la mitología griega, no tendrá ese elemento narrativo que corresponde a la literatura y en concreto a las tragedias griegas como el *Edipo Rey* de Sófocles.

El Edipo en la literatura. Aquí es quizá donde mayor número de referentes podemos encontrar; sería imposible hablar de todas las obras que han expresado los conflictos psicológicos de inspiración edípica. El *Edipo Rey* de Sófocles, *Hamlet* de Shakespeare, por señalar los clásicos, giran en torno a la explicación de fenómenos psíquicos propiamente dichos.

A propósito de *Edipo Rey*, suele decirse enfáticamente, que es la fuente de donde surgió la teorización freudiana. Sin embargo, aunque Freud toma como modelo explicativo a Sófocles, no estructuró ni basó su teoría en función de ella. El estudio que hizo Freud de *Hamlet* le dio numerosas pistas a seguir sobre el tema, pero reconoce en el *Edipo Rey* de Sófocles un mejor modelo en el que encontró una forma mítica, narrativa y referencial para expresar la problemática del sujeto, y de ella inspiró su nombre: Edipo, hijo de Layo y Yocasta.

Sobre base idéntica a la de *Edipo Rey* se halla construida otra de las grandes creaciones trágicas: el *Hamlet* shakesperiano. Pero la distinta forma de tratar una misma materia nos muestra la diferencia espiritual de ambos periodos de civilización, tan distantes uno de otro, y el progreso que a través de los siglos

va efectuando la represión en la vida espiritual de la Humanidad. En Edipo Rey queda exteriorizada y realizada, como en el sueño, la infantil fantasía optativa, base de la tragedia. Por lo contrario, en Hamlet permanece dicha fantasía reprimida, y sólo por los efectos coactivos que de ella emanan nos enteramos de su existencia, situación análoga a la de la neurosis¹⁵

Es decir, en *Hamlet*, el estudio del “Edipo”, es accesible a través de una labor “interpretativa”, pero en *Edipo Rey* de Sófocles,¹⁶ se plantea una forma narrativa y absolutamente directa.

Recordemos algo de *Edipo Rey* de Sófocles¹⁷

Respondió el oráculo divino a Layo, rey de Tebas que no debía tener hijos, aunque tanto lo anhelaba, si llegaba a tenerlos, un hijo nacido de Yocasta sería su asesino. Layo repudió a Yocasta, pero tiempo después, emborrachándola, la atrajo nuevamente, y 9 meses después les nació un hijo. Pero para evadir el destino, mandaron que fuera arrojado a la montaña de Cicerón, con unos ganchos atravesados en los pies, como se suele hacer con los carneros o las piezas de caza.

La orden fue cumplida. Pero el pastor encargado de hacerlo, tuvo piedad del infante y lo regaló a otro pastor. De Corinto era el pastor y regaló la criatura a Pólipo, rey de su ciudad, el cual, sin hijos hacía tiempo, anhelaba tenerlos. Lo crió como suyo con gran amor y, en recuerdo de su aventura le puso el nombre de Edipo, o sea, “pies hinchados”. Acaso el nombre mismo movió su propia curiosidad y la ajena. Un día oyó decir que no era hijo de Pólipo, sino que había sido recogido por sus padres adoptivos, esto lo turbó de manera que no quedó tranquilo hasta no ir a Delfos a consultar el oráculo. Nada le respondió al punto preguntado. En cambio, le anunció que mataría a su padre y se uniría con su propia madre.

¹⁵ Sigmund Freud, “La interpretación de los sueños, Sueño de la muerte de personas queridas”, *Obras completas*, tomo I, Biblioteca Nueva, Madrid, 1981, pp. 508-509.

¹⁶ El tema, que provenía de una leyenda, fue tratado también por los otros dos trágicos. Lo hicieron Eurípides y Esquilo, en la trilogía *Layo, Edipo y Siete contra Tebas*, Porrúa, Colección “Sepan cuantos”, México.

¹⁷ Sófocles, *Las siete tragedias*, Porrúa, Colección “Sepan cuantos”, México, 1975.

Para evitar ambas monstruosas ocurrencias huyó de Corinto y vagó a la Ventura. Llegaba cerca de Tebas cuando en un camino se encontró con el rey Layo y por altercado de cesión de paso, hubo una lucha que terminó con la muerte de este rey. Siguió su camino el joven y en él topó con la Esfinge, la venció en la solución de sus enigmas y la mató. Librada Tebas de este monstruo, hizo rey a Edipo y lo movió a casarse con la reina viuda Yocasta. Cumpliéndose así el oráculo en todo. De esa unión surgieron dos varones: Eteocles y Polinice, y dos mujeres: Antígona e Ismenea.

No tardó en correr el rumor de haberse realizado la profecía y el rey hizo por saber la verdad, descubriéndola al fin. Él, desesperado, se sacó los ojos, por su parte su mujer y madre, se colgó de una viga de su cámara nupcial.

La versión de su vida posterior varía en las leyendas. Como se ve, el argumento no fue modificado por Sófocles. La leyenda, conocida, trivial, que corría en el vulgo, fue elevada a la categoría de la más bella creación de arte dramático por Sófocles.

IV. El Edipo del psicoanálisis

Aquí abordaremos los elementos que integran de manera general la noción del Edipo como estructura, para que en capítulos posteriores, hagamos una revisión de su dinámica en el proceso como tal.

El Edipo positivo: se le llama así a los afectos y manifestaciones contenidas en lo que coloquialmente se maneja como el “amor” hacia el progenitor de sexo diferente y los “sentimientos agresivos” al del mismo sexo.¹⁸

¹⁸ El Edipo positivo, negativo y completo, puede estudiarse en términos de identificaciones en Freud, “El Yo y el Ello”, *Obras Completas*, tomo III, capítulo III, *op. cit.*, 1981, pp. 2713. Y abordando la ambivalencia en el capítulo del libro sobre el presidente Wilson, en Sigmund Freud, *T. W. Wilson: un estudio psicoanalítico*, Letra viva, Buenos Aires, 1973.

El Edipo negativo: bajo los mismos términos pero, a diferencia del positivo, los papeles están invertidos; el “amor” se dirige hacia el progenitor del mismo sexo y los “sentimientos agresivos” hacia el de sexo diferente.

El Edipo completo: se le considera así al hecho de haberse integrado tanto el Edipo positivo como el negativo. Éste, por cierto, es el Edipo en sí, lleno de ambivalencias y posiciones tanto activas como pasivas.

El Edipo transgeneracional: el que está comprendido más allá del propio Edipo, se refiere al Edipo de nuestros padres, al de los padres de nuestros padres y de cómo fue vivido por ellos, y al nuestro trascendido, es decir, cuando se actúe como “Edipo de los padres de nuestros hijos”.

El Edipo ampliado:¹⁹ Como el transgeneracional, se refiere al Edipo de los padres y el de los padres de ellos, es decir, desde un punto de vista del sujeto, que apunta a su historia genealógica.

El Edipo propiamente dicho o la “Etapa edípica”: periodo comprendido entre la fase fálica y el inicio del periodo de latencia, donde se produce la percepción de la diferencia de sexos y los efectos de la amenaza de castración, es decir, la etapa de la vivencia de la angustia de castración y el paso ulterior al periodo de latencia.

El Edipo fase: topológicamente subdividido a partir de la etapa edípica en el periodo previo o fase pre-edípica y la posterior, o posedípica.

Edipo proceso: constituye el movimiento de origen-desarrollo-culminación, de lo edípico, considerando las fases pre-edípica y posedípica con todos los elementos que le dan forma.

¹⁹ Óscar Masotta, *Ensayos lacanianos*, Anagrama, Barcelona, 1976, p. 161.

Complejo de Edipo: a decir de Freud, el término fue aportado por Jung²⁰ y define la dinámica y la culminación de todo el proceso edípico, en el que todos los elementos heterogéneos que participan y que actúan entre sí, es decir, los modos expuestos arriba, incluyendo lo transgeneracional y al Edipo ampliado, lo que dará lugar al Edipo estructura.

El Edipo estructura: contiene a todos los descritos, es el que finalmente da cuenta de la interrelación de aquel Edipo transgeneracional, lo social, la educación, etcétera, es decir, lo estructural entendido dentro de un sistema de relaciones, en donde cualquier elemento que lo comprende al ser modificado, producirá un efecto o cambio desde una perspectiva sincrónica o diacrónica: en el momento, o a través del tiempo. Podríamos llamarlo simplemente “complejo”, sin embargo, la idea de estructura da cuenta de un sistema y como tal, de su funcionamiento.

V. Algunos antecedentes de la teoría del Edipo

De las teorías del trauma y la seducción

Sin pretender hacer epistemología de la teoría del Edipo, haremos un recorrido por los textos freudianos para encontrar cómo Freud fue construyendo la teoría, y de qué manera su núcleo estará constituido no sólo por sus descubrimientos sobre la sexualidad infantil, sino también por la evolución de la teoría de la seducción, la teoría del trauma, la fantasía, su propio autoanálisis, la interpretación de los sueños y la constante evolución de la técnica, relacionada con la práctica, y los descubrimientos derivados de dicha práctica, en una retroalimentación constante.

²⁰ Jung define un complejo como un grupo de ideas asociadas o tendencias de respuesta que comparten un tono emotivo común y que poseen raíces psicógenas comunes. Es éste uno de los conceptos centrales del sistema junguiano, al que denomina *Komplexe Psychologie*. Véase P. Janet, J. C. Flügel *et al*, *La psicología profunda*, capítulo IV, 1a. ed. en castellano, Paidós, Buenos Aires, 1966, pp. 78-79.

Todavía a principios de 1897, las teorías del trauma y la seducción, predominaban en la concepción psicoanalítica, el registro de las vivencias y experiencias traumáticas en los niños, ocupaban un lugar predominante en la concepción del desarrollo de las futuras neurosis

Freud observó, aunque con dudas, que en muchos de los casos trabajados hasta entonces, los “pacientes” referían escenas de seducción protagonizadas por algún adulto cercano. el padre, la madre o quizá algún otro personaje, pero importante para el niño. En términos generales, la seducción producía cierto nivel de excitación que, ante una inmadurez psicosexual inherente al niño, tendría como consecuencia una serie de efectos traumáticos que darían lugar a determinada neurosis, y el tipo de neurosis dependería del momento en el que dicha seducción se presentara. En el manuscrito “K”,²¹ anexo a una carta a su amigo Fliess en enero de 1896, Freud presenta un esquema de la historia natural de una psiconeurosis

El curso clínico de la neurosis defensiva es, en general, siempre uno y el mismo

Una experiencia sexual (o una serie de experiencias) que es prematura y traumática y que debe ser reprimida. La represión de esta experiencia en alguna ocasión ulterior que suscite su rememoración y la consiguiente formación de un síntoma primario

Una fase de defensa eficaz que se asemeja al estado de salud normal, salvo por la existencia del síntoma primario, una fase en la cual retornan las ideas reprimidas, formándose síntomas nuevos durante la lucha entre aquellas y el Yo, que constituyen la enfermedad propiamente dicha.²²

Freud presenta su teoría de los traumas infantiles en tres artículos publicados en 1896: “La herencia y la etiología de las neurosis”,²³ “Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa”²⁴ (los dos terminados en

²¹ Sigmund Freud, “Correspondencia con Fliess. Manuscrito K. Carta 39 del 1 de enero de 1896”, en *Obras completas*, tomo III, *op. cit.*, pp. 3534-3535

²² *Idem*

²³ En *Obras completas*, tomo I, *op. cit.*, pp. 277-285

²⁴ *Ibidem*, pp. 286-298

febrero de 1896), y “La etiología de la histeria”²⁵ (presentado como conferencia en abril y para publicación en mayo del mismo año) Los tres artículos desarrollan las ideas expuestas en el *Manuscrito K*,²⁶ y en el *Proyecto de una psicología para neurólogos*,²⁷ el cual estaba escribiendo, sugieren la participación del trauma en la formación de las neurosis; en la histeria, como resultado de una vivencia pasiva, y en las obsesiones, de una vivencia activa a partir de la agresividad infantil. En los dos últimos artículos, Freud expone la idea de la relación entre el trauma y la edad del niño como factor determinante de la neurosis a desarrollar.

Durante este periodo, trabajaba ya con la interpretación de los sueños, pero otro importante suceso va desarrollándose y dará finalmente con lo que podríamos considerar la invención del psicoanálisis, es decir, el llamado “autoanálisis” de Freud. A partir de la correspondencia con su amigo Fliess, Freud analiza y confronta sus ideas, vinculadas con las propias experiencias infantiles. Descubre en sus propias motivaciones inconscientes, los orígenes de sueños y fantasías y de ahí, no precisamente por extensión, sino aplicando ya la teoría psicoanalítica que utilizaba con sus pacientes, en una suerte de retroalimentación, detecta y delimita la problemática de ambas partes, estableciendo modelos y determinando universales en el acontecer psíquico, tal es el caso del Edipo.

La fantasía

Su autoanálisis y la interpretación de los sueños, lo orillan a delimitar la importancia de la seducción y el trauma, a favor no ya de un hecho real vivido, sino abriendo el campo al concepto de la fantasía. En varias cartas a Fliess durante la primavera de 1897, introduce esta noción en su teoría de las neurosis. Observa que el análisis de los enfermos neuróticos revela fantasías reprimidas y sugiere entonces que éstas se inspiran en experiencias

²⁵ *Ibidem*, pp 299-315

²⁶ Sigmund Freud, *Manuscrito K*, *op cit*

²⁷ En *Obras completas*, tomo I, *op cit*, pp 209-276

sexuales infantiles y que se construyen con la intención de bloquear el recuerdo de tales experiencias.²⁸

Habiendo confrontado las fantasías de sus pacientes con ideas reprimidas que no eran un recuerdo directo de las verdaderas experiencias de los pacientes, Freud propuso una explicación que se ajustaba a su teoría en curso. Llegó a la conclusión de que las fantasías eran reelaboraciones imaginarias de las experiencias sexuales infantiles y por analogía, con la formación de síntomas,²⁹ sugirió que tal reelaboración respondía a los intereses de la represión. Afirmó entonces, que las fantasías reprimidas son formuladas al igual que los síntomas, es decir, como una formación de compromiso entre el recuerdo patógeno y el yo represor.

Aparentemente, la teoría de la fantasía ponía en tela de juicio a la teoría de la seducción y a la teoría de los traumas. El eje central consistía en tratar de definir con claridad, si el material proveniente del análisis, lo que los pacientes hablaban con Freud eran recuerdos o fantasías. En una carta del 28 de abril de 1897,³⁰ justamente al inicio de la confrontación teórica de la seducción con la fantasía, y a propósito de un sueño propio relacionado con su amigo Fliess, le escribe que: “[...] yo mismo todavía estoy muy en duda en todo lo referente a las figuras paternas [...]”,³¹ y entonces se refiere a lo dicho por una paciente esa misma mañana: “su padre, un hombre tan noble y respetable en apariencia, solía acostarla regularmente en su cama entre los ocho y los doce años, practicando con ella eyaculación externa [...] cosas similares y aún peores debían haber ocurrido en su más temprana infancia”. Había elementos lo suficientemente contundentes para considerar en sus pacientes ambas cosas, en ocasiones podía ser un recuerdo, pero en la mayoría de los casos, se trataba de una fantasía que aún siéndolo, tenía la misma fuerza e intensidad de un hecho real, y esta es una conclusión fundante para la teoría psicoanalítica. Si la fantasía produ-

²⁸ Freud, Sigmund, “Correspondencia a Fliess. Manuscrito L. Carta 61. 2 de mayo de 1897”, en *Obras completas*, tomo III, *op. cit.*, pp. 3566-3568.

²⁹ Véase esquema de la historia natural de la neurosis en *Manuscrito “K”*, *op. cit.*

³⁰ Sigmund Freud, “Correspondencia con Fliess. Carta 60. 28 de abril de 1897”, en *Obras completas*, tomo III, *op. cit.*, pp. 3563-3565.

³¹ Es decir, al papel de los padres como seductores.

cía en lo psíquico, los mismos efectos que un hecho real, podía entonces sustituir en determinados casos, lo que hasta entonces se consideraba como un hecho de seducción verdadero. *La fantasía como una vía de satisfacción alternativa de un deseo frente a la presión de un principio de Realidad que intenta imponer en el sujeto las condiciones de una socialización, un deseo que, habiendo renunciado a su satisfacción en el mundo de lo real, encuentra en el reino de la fantasía una restitución.*

Al mencionar en su correspondencia las fantasías neuróticas, el recuerdo pasa entonces a un segundo plano, ya que Freud discute el papel de los “impulsos” sexuales en las neurosis, y dice: “[...] las estructuras psíquicas que en la histeria son objeto de la represión no son, en realidad, los recuerdos [...] sino impulsos derivados de las escenas primarias (esto es, de las experiencias sexuales patógenas)”,³² y evidentemente a cargo de las fantasías. Este nuevo acento en los impulsos, surgió en gran medida a partir de una consideración de la distinción entre la etiopatogénesis (origen) de las perversiones y el de las neurosis.

Fantasía y perversión

Para las perversiones, consideraba que el factor clave era la persistencia de impulsos anormales y que se manifestaban de manera polimorfa, desencadenados a partir de la experiencia infantil, y predominando en ellos cierto nivel de placer. Por otro lado, en los casos en que se desarrolla la neurosis, la represión se dirigía principalmente contra dichos impulsos anormales y no simplemente contra el recuerdo del suceso traumático. La disyuntiva entre recuerdo y fantasía, daba cuenta de la gestación imperiosa en su teoría, de la noción de deseo, aunque desde nuestro punto de vista, también la discusión que planteaba sobre los impulsos, tenía como propósito, recuperar una parte importante de la teoría de la seducción en la etiología de las neurosis, pero ahora a partir de las fantasías, y por otro lado, de la experiencia perversa. Queda claro al final de la obra freudiana que, como una constante epistemológica, las teorías “superadas” nunca quedan fuera

³² Sigmund Freud, “Carta 61...”, tomo III, *op. cit.*, p. 3565.

de la teoría general, sino que se integran a lo nuevo y se ponen en práctica bajo nuevas condiciones

Asevera que los impulsos perversos (rasgos, diríamos), son fáciles de distinguir en los enfermos neuróticos, y supone que tales impulsos se deben a alguna experiencia sexual inusitada en la infancia³³ Esto implica que, aun si se ponen en duda las historias vivenciales de seducción infantil relatadas por los pacientes, la presencia de los impulsos (rasgos) perversos, indicaría que sí debe haber ocurrido un suceso como el referido, aunque ya no necesariamente como real, sino compuesto por la fantasía y el deseo “Los impulsos hostiles contra los padres [el deseo de que mueran] constituyen también elementos integrantes de las neurosis. Parecería que este deseo de muerte se dirige en los hijos contra el padre y en las hijas contra la madre”.³⁴

Freud relaciona estos deseos de muerte con los celos sexuales y con un deseo de acercamiento sexual con el padre sobreviviente. El único ejemplo de impulsos infantiles de este tipo referidos por él, se relacionan con el deseo de muerte del padre del mismo sexo

Ya no creo en mi neurótica

Freud siguió sustentando la teoría de la seducción durante los siguientes meses, pero en una carta dirigida a Fliess en septiembre de 1897, le dice “Ya no creo en mi neurótica”³⁵ Con esta famosa frase, da a entender una renuncia a las concepciones anteriores basadas en el trauma y la seducción, e inaugura una nueva tendencia del psicoanálisis que parte de la fantasía y el deseo. En dicha carta, puntualiza las razones

³³ Recordemos que la teoría de la evolución libidinal la desarrolla más tarde, donde tomará en cuenta las pulsiones parciales y la satisfacción etapa por etapa

³⁴ Sigmund Freud, “Correspondencia con Fliess. Manuscrito ‘N’ Carta 64. 31 de mayo de 1897”, en *Obras completas*, tomo III, *op. cit.*, pp. 3573-3575

³⁵ Sigmund Freud, “Correspondencia con Fliess. Carta 69. 21 de septiembre de 1897”, en *Obras completas*, tomo III, *op. cit.*, p. 3578

- 1 Los continuos desengaños por no poder concluir el análisis, las deserciones y la imposibilidad de explicarse los resultados parciales de una manera más profunda
- 2 La poca probabilidad de que los actos perversos cometidos contra niños posean un carácter general, es decir, que tantos padres fueran culpables de abusar sexualmente de sus hijos
- 3 La innegable comprobación de que es imposible distinguir la verdad frente a una ficción afectivamente cargada, es decir, entre las ideas reprimidas surgidas a partir del análisis
- 4 La consideración de que ni aun en la psicosis más profundas, los recuerdos inconscientes logran superar la resistencia, por lo que los secretos de las experiencias infantiles no pueden ser descifrados.

Al enumerar los motivos, hace una referencia indirecta a su autoanálisis, declara que no podía aceptar la insinuación de que “todos los casos obligaban a atribuir actos perversos al padre, sin excluir al mío”.³⁶ La mención de su padre indica que había descubierto ideas reprimidas que había conectado en otros casos con abuso paterno. El hecho de que no encontrara tales pruebas de abuso en su propio caso lo ayudó a convencerse de que la teoría de la seducción era insostenible como tal. Descubrió en cambio, recuerdos de episodios sexuales menos dramáticos, que involucraban a la mujer que había sido su niñera. No da muchos detalles en este sentido, sólo que “ella era mi maestra en cosas sexuales”.³⁷ Sin embargo, las experiencias con su niñera no podían explicar los sentimientos hostiles en contra de su padre, y no podía descubrir un suceso inusitado cualquiera que hubiese podido inducir tales sentimientos. Recordaba solamente, haber visto desnuda a su madre en una ocasión, a la edad de dos años aproximadamente (lo que podría indicar ese recuerdo en sí mismo, otra fantasía). En ausencia de cualquier otra explicación, llegaba a la conclusión de que esto debe haber servido para suscitar impulsos sexuales y generar los celos contra su padre. Tal escena parecía más bien trivial, por lo tanto especuló que la atracción sexual infantil por la propia madre y los celos contra el padre probablemente

³⁶ *Idem*

³⁷ *Idem*

te constituyeran un fenómeno universal. Veamos la siguiente cita de Freud, por significativa e ilustrativa del proceso de teorización del Edipo:

También en mí comprobé el amor por la madre y los celos contra el padre, al punto que los considero ahora como fenómeno general de la temprana infancia [...] Si es así se comprende perfectamente el apasionante hechizo del Edipo rey, a pesar de todas las objeciones radicales contra la idea del destino inexorable que el asunto presupone [...] El mito griego retoma una compulsión del destino que todos respetamos porque percibimos su existencia en nosotros mismos: Cada uno de los espectadores fue una vez, en germen y en su fantasía, un Edipo semejante, y ante la realización onírica trasladada aquí a la realidad todos retrocedemos horrorizados, dominados por el pleno impacto de toda la represión que separa nuestro estado infantil de nuestro estado actual.³⁸

En cuanto a la técnica, recordemos que cada modificación teórica y los avances en su autoanálisis, producen al mismo tiempo una evolución en la técnica. Freud llega a la conclusión de que la técnica de la presión sobre la frente, es decir, el procedimiento mediante el cual colocaba su mano en la frente de la paciente, alentaba la narración de historias de seducción. El surgimiento del método de la asociación libre, fue resultado y factor, que permitió a Freud reconocer las historias como fantasías. En su "autobiografía" escribe:

Antes de adentrarme más en el estudio de la sexualidad infantil he de reconocer un error. Al que sucumbí durante algún tiempo, y que hubiese podido serme fatal. Bajo la presión del procedimiento técnico que entonces usaba, reproducían la mayoría de mis pacientes escenas de su infancia cuyo contenido era su corrupción sexual por un adulto [...] supuse haber hallado en estos sucesos de corrupción sexual durante la infancia las fuentes de las neurosis posteriores [...] Cuando luego me vi forzado a reconocer que tales escenas de corrupción no habían sucedido realmente nunca, siendo tan sólo fantasías imaginadas por mis pacientes, a los que quizá se las había sugerido yo mismo, quedé perplejo por algún tiempo.³⁹

³⁸ Sigmund Freud, "Correspondencia con Fliess. Carta 71. 15 de octubre de 1897", en *Obras completas*, tomo III, *op. cit.*, p. 3584.

³⁹ Sigmund Freud, "Autobiografía", en *Obras completas*, tomo I, *op. cit.*, p. 2776

Cabría suponer que los desengaños terapéuticos, la dificultad para comprobar las historias de seducción, la evolución de la técnica, el trabajo que Freud venía realizando sobre la importancia de los sueños y el desafío planteado por el descubrimiento de las fantasías, habrían generado un efecto acumulativo para el cambio, y a modo de catalizador, el autoanálisis de Freud, emprendido tiempo atrás.

El autoanálisis le revela impulsos e ideas reprimidas comparables con las encontradas en los análisis de enfermos neuróticos. Descubrió en particular, la existencia de impulsos hostiles dirigidos contra el propio padre, los cuales había considerado como prueba de que alguna experiencia traumática debía haber ocurrido en la niñez. Sin embargo no lograba recordar tales experiencias, y tampoco pensaba que realmente habían tenido lugar. Las conversaciones con su madre, en las que trató de descubrir los sucesos que están detrás del material reprimido revelado por el autoanálisis al parecer fortalecieron la idea de que las seducciones del tipo que había planteado para sus pacientes nunca habían ocurrido en su propio caso.

Al reconocer los impulsos edípicos como fenómenos normales, y al desplazar la importancia de las seducciones a una serie de vivencias sexuales menos espectaculares, Freud sugiere ahora que el origen de la psiconeurosis conlleva una interacción entre las experiencias sexuales por un lado, y los impulsos sexuales infantiles normales por el otro. Las viejas historias de seducción que sus pacientes exteriorizaban en el análisis, pasan a ser fantasías, y son percibidas como algo más que una reelaboración de los sucesos reales, son más bien un embellecimiento erótico de los sucesos. Freud sostiene entonces que las fantasías son simplemente manifestaciones psíquicas de tales impulsos sexuales patológicamente intensos.⁴⁰

Hubieron de pasar varios años para que Freud encontrara la respuesta que integrara la discusión y lo que en apariencia ocurría con tanta frecuencia. Como hemos dicho, la importancia de su autoanálisis y de los sueños

⁴⁰ El nuevo acento en los impulsos y en las fantasías como derivados de ellos, no sólo lleva a la conformación de la Teoría del Edipo, sino que incluso lo llevan a una nueva definición de los síntomas neuróticos, éstos ahora reflejan deseos, no necesariamente traumas. "El retorno de lo reprimido" se considera ahora como un esfuerzo por sancionar fantasías reprimidas y por satisfacer impulsos infantiles.

como una manifestación de la dinámica del conflicto psíquico, trajo a escena el papel de la fantasía y el deseo como parte integrante y fundamental del mismo.

VI. El deseo en el Edipo

Para ubicar a los padres como objeto de deseo en el Edipo, es necesario considerar brevemente cómo se origina esta relación. Cuando el bebé nace, no está constituido todavía su *yo* definitivo,⁴¹ por lo tanto tampoco el objeto. Existen diversas posturas que plantean desde un *yo* temprano, hasta un *yo* primordial, sin embargo, y para todos, el objeto completo de deseo, aún no está conformado. Para que ello ocurra deberá darse un proceso cuyo resultante será el *yo* propiamente dicho y una pérdida concomitante.⁴² El ser humano es una especie del reino animal que nace con un desarrollo neurológico en ciernes. Su maduración, a diferencia de otros mamíferos, se realiza después de su nacimiento, y es por ello que la cría humana dependerá absolutamente de una madre o de una función que lo soporte para sobrevivir los primeros meses de su vida. En el niño recién nacido no hay una distinción entre mundo interno y el externo, las necesidades básicas deben estar cubiertas por la madre, el bebé vive su mundo en una relación de estricta dependencia con ella, es el momento de la diada, el momento de un solo objeto "el bebé y su madre". Progresivamente, aunque Freud se refiere a momentos para análisis ya que el suceso ocurre en un instante,⁴³

⁴¹ Para mayor información sobre la génesis del *Yo*, recomendamos lo escrito por Freud en "Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico" (1911), en *Obras completas*, tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, 1984, pp. 228-229. "Las pulsiones y sus destinos", del año 1915, p. 130. "La negación", del año 1925, p. 253 y del año 1930, *El malestar en la cultura*, p. 68, en *Obras Completas, op. cit.*, 1984.

⁴² Freud señala en varias de sus obras, que más que un proceso, debe hablarse de momentos en la constitución del *Yo*, pero que se producen de manera simultánea, aunque para una comprensión teórica, es necesario plantearlo en forma separada y con la apariencia de un proceso.

⁴³ Sigmund Freud, "Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico", *Obras completas*, Amorrortu, *op. cit.*, p. 224, nota 8.

ante la ausencia y necesidad del alimento, a diferencia nuevamente de otros animales que buscarán su sustento, el bebé humano desarrolla en su lugar, el primer acto psíquico propiamente dicho. La alucinación primaria⁴⁴ que consiste en representarse la imagen del objeto nutricio ausente por el momento (pecho, biberón), y a manera de alucinación “alimentarse” de él. Podemos observarlo cuando al bebé, tranquilo, dormitando, realiza movimientos de succión con su boquita sin objeto alguno en ella. Piera Aulagnier⁴⁵ afirma que si hay una ruptura en el equilibrio de la relación con la madre, lo que *a posteriori* se designará como sufrimiento, la psique responde con el único elemento del que dispone; la alucinación que niegue ese estado de falta. Hasta estos momentos, el niño desconocía la necesidad, solamente “conoce” el estado que la psique deseará reencontrar, de ahí la búsqueda de quietud y de un estado de no deseo que constituyen el propósito ignorado aunque siempre operante del deseo.

Hablamos de un cuerpo y de la necesidad de satisfacer las necesidades fisiológicas nutricionales, y la alucinación no le quitará el hambre real. Aquí podemos decir que lo psíquico está apuntalado en lo biológico.

El bebé volverá al llanto y establecerá una demanda. Identificará al pecho como un objeto ajeno, extraño, separado de él, “ingrato”, al cual le depositará todos los sentimientos agresivos y malos. Se inaugura entonces un mundo exterior donde es depositado todo lo malo y nocivo, y un mundo interior donde estará lo bueno y positivo, pero el primer objeto, ese objeto mítico de origen, de unidad, de fusión y complemento, ha desaparecido.

Al constituirse la otredad se produce una pérdida, algo falta, algo que jamás podrá ser recuperado ya, que era parte de un momento previo al *yo* y que le pertenecía antes de constituirse y entra en escena el deseo, el deseo por recuperar un objeto perdido, no simbolizable como tal.

Es importante aclararlo, donde puede interpretarse la falta o ausencia, surge el deseo por la búsqueda de un objeto perdido, un objeto que le pertenecía, una “otra mitad” perdida al romperse la fusión de la diada hijo-

⁴⁴ *Idem*

⁴⁵ Piera Aulagnier, *La violencia de la interpretación*, Amorionu, Buenos Aires, 1975, páginas 40-42

madre, algo que le pertenecía al sujeto pero que es inalcanzable ya, algo que es a-material, un *Das-Ding*,⁴⁶ o un “complejo del prójimo o semejante”⁴⁷ que marcará el deseo y la búsqueda eterna por re-encontrarlo.

Ahora bien, es la madre, como figura, la que le dará la protección, el afecto, el cuidado, al bebé. Constituye el primer personaje que el niño identificará en su completud a un objeto relacionado con el objeto perdido original. Ese deseo es el que constituye, entonces, el deseo por la madre, deseo que jamás podrá satisfacer en plenitud por múltiples razones, entre las cuales citamos cuatro: la primera, porque el objeto perdido al que apunta recuperar no existe ya; la segunda, porque existe en el ámbito social algo que es parte constitutiva del principio de realidad: la ley de la prohibición del incesto y la tercera, como veremos más adelante, el peso de la función padre y su corte. Lo sexual, entonces, no será genitalidad, sino “erogeneidad”, “narcisismo primario”, en tanto afectos y sensaciones, “misiones imposibles” en el intento de recuperar un objeto inexistente y de la falta.

Instaurado ya un deseo de naturaleza edípica, un principio de realidad lo “confronta” y obliga a que paradójicamente en función de ese mismo placer se produzca una represión del deseo. De ahí la cuarta razón, ya que de obtenerse la satisfacción de ese deseo, el sufrimiento, angustia y “castigo” concomitante pesarán más que lo que pudiera haber obtenido de placer. El deseo es reprimido frente al resultado que se derivaría de su satisfacción, es decir, la satisfacción de ese deseo, acarrearía aún más displacer para el yo que placer.

VI. La figura de los padres

Cuando hablamos de los padres en el Edipo, es importante aclarar que no importa el individuo como tal, sino el papel que desempeña en el proceso edípico del niño. La escuela francesa tiene establecidos criterios importan-

⁴⁶ Jacques Lacan, *Seminario La Ética: IV sesión, Das Ding*, Paidós, Buenos Aires, 1990.

⁴⁷ El complejo de semejante en Freud nos remite a la “cosa”, a la razón del objeto perdido y a su búsqueda; para ello, véase Sigmund Freud, “Proyecto de una psicología para neurólogos”, *Obras completas*, tomo I, Amorrortu, *op. cit.*, pp. 336-342.

tes que clarifican esta diferencia, y para ello asumen la idea de Función como la correspondiente al lugar que ocupan los padres.

A lo largo de toda la obra freudiana, el concepto de función no está presente y aunque no a la manera francesa, cuyo tema no está a discusión aquí, Freud fijará las reglas que cada rol debe desempeñar y que finalmente desarrolla, en el Edipo.

Debemos entender la función en su acepción más simple, es decir, que desde la perspectiva de los padres constituye cada uno de los usos del lenguaje para representar la realidad, expresar los sentimientos del hablante, incitar la actuación del oyente o referirse metalingüísticamente a sí mismo, o bien, como la relación que los elementos de una estructura gramatical mantienen entre sí.⁴⁸ En términos prácticos, se debe entender que la función podrá ser desarrollada no necesariamente por la madre o el padre mismo, sino que puede ser ejercida por cualquier otro adulto cercano; quizá la abuelita, la hermana, la tía, o en el caso del padre, por el abuelito, hermano, etcétera. Incluso el padre y la madre misma pueden representar en forma alternada ambas funciones.

En términos generales y sólo como un señalamiento, diremos que la función madre (no entendida desde el género ni desde la figura como tal), erogeniza al niño, es propiciatoria de la instauración de la falta inicial, de su deseo. Pero también es la función responsable de darle acceso a la función padre en el corte necesario que el niño deberá experimentar en relación con ella. La función padre, más allá de lo imaginario, consistirá en producir ese corte: la separación del niño de sus ligas simbióticas con la madre, y de ahí, a través de ser portador de la representación de la ley y lo prohibido, instaurar el no retorno y certificar la falta,⁴⁹ certificar al niño como un sujeto deseante, pero bajo nuevos horizontes.

⁴⁸ *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*, Ediciones de la RAL, Madrid, 1990.

⁴⁹ Véase capítulo precedente.

VII. El Edipo, su proceso y resolución

La castración

Freud escribe:

Quando el niño concentra su interés sobre los genitales, se expresan manejos manuales y no tarda en darse cuenta de que los mayores no están conformes con aquella conducta. Más o menos precisa, más o menos brutal, surge la amenaza de privarle de aquella parte tan estimada de su cuerpo. Esta amenaza parte casi siempre de alguna de las mujeres que rodean habitualmente al niño, las cuales intentan muchas veces robustecer su autoridad asegurando que el castigo será llevado a cabo por el médico o por el padre.⁵⁰

En algunos casos llevan a cabo por sí misma, una atenuación simbólica en su amenaza anunciando no ya la mutilación del órgano genital, sino la de la mano, activamente pecadora, o con otro tipo de sentencias y amenazas, particularmente dirigidas hacia la niña. En otras ocasiones, el niño no es amenazado por jugar con el pene, sino por mojar todas las noches la cama. Sus mayores se conducen entonces como si esta incontinencia nocturna fuese consecuencia y testimonio de los juguetes con el órgano genital y probablemente tienen razón. Pero esas amenazas son vistas por el niño como imposibles, como poco representables en su dimensión real, sin embargo, hay un momento fundamental: cuando los niños se dan cuenta de la diferencia sexual, de la diferencia sexual anatómica y de hecho inaugura la fase fálica. El varoncito, al reconocer en la niña una diferencia que antes no le parecía significativa, le da un nuevo sentido y un nuevo valor, es decir, resignifica aquellas amenazas emitidas cuando evidenciaba alguna inquietud sexual. Es entonces que surge la fantasía de la castración.⁵¹

⁵⁰ Sigmund Freud, "La disolución del complejo de Edipo", *Obras completas*, tomo III, Biblioteca Nueva, *op. cit.*, p. 2748

⁵¹ Literalmente la castración como tal no es discernible por el niño o la niña, en su lugar sería mejor hablar de "amenaza", "angustia" o "castración simbólica", que como se verá, se refieren a un complejo donde la castración constituye un aforismo

Los dichos comunes como “déjate ahí que se te va a caer” o un simple “vas a ver cuando llegue tu papá” son resignificados ahora sí como una amenaza de castración real, que en el caso de la niña dejó de ser amenaza para convertirse en realidad. A partir de entonces, la posibilidad de una herida narcisista como esa, acompañada de una angustia (de castración) hace que el niño transite de una posición activa de amor y deseo hacia la madre (Edipo positivo), a una posición pasiva y de sometimiento a la norma o ley representada por el padre.⁵² Como consecuencia de ello obtendremos primero un proceso de identificación con la madre y un sometimiento al padre (Edipo negativo), y posteriormente una introyección e identificación con el esquema de valores del padre que dará como resultado un cambio de objeto. El niño “interpreta” esto como una promesa que el padre le brinda de “aceptar” someterse a su ley, es decir, la promesa de gozar de otros objetos, mas nunca del que pertenece al padre.

Esa identificación con el padre y sus valores, acompañados de una renuncia del objeto primario de satisfacción, a decir de Freud, son las condiciones que determinan la estructuración del *superyó* en el niño y la consecuente disolución o Sepultamiento del Edipo. *Superyó* que perpetúa la prohibición del incesto y garantiza al *yo* contra el retorno de las cargas de objeto libidinosas. Las tendencias libidinosas correspondientes al complejo de Edipo quedan en parte desexualizadas y sublimadas, y en parte inhibidas en cuanto a su fin y transformadas en ternura. Este proceso desde la perspectiva del niño, ha salvado los genitales, apartando de ellos la fuerza “real” de la amenaza de castración, pero, por otra parte, los ha paralizado, despojándolos de su función. Con él empieza el periodo de latencia que interrumpe, aparentemente, la evolución sexual del niño.

Freud afirma que, mientras que el niño en la fase fálica y a consecuencia de la angustia de castración culmina o sepulta el Edipo, constituyéndose el *superyó*, en la niña el proceso apenas comienza. Mientras que en el niño el cambio debe hacerse de objeto, en la niña deberá producirse un doble cambio, de objeto y de zona erógena.

En la niña ocurren algunas variaciones. También el sexo femenino desarrolla un complejo de Edipo, un *superyó* y un periodo de latencia. Además

⁵² Véase *supra*, nota 34

pueden serle atribuidos un complejo de castración y una organización fálica, pero no bajo los mismos lineamientos. La diferencia anatómica ha de manifestarse en variantes del desarrollo psíquico. El primer objeto de amor de la niña también es la madre (Edipo negativo) y como zona erógena genital primaria es el clítoris. La niña transmutará objeto de género femenino por objeto de género masculino, además de cambiar de clítoris a vagina en lo que se refiere a zona erógena.⁵³

El clítoris de la niña se comporta al principio igual que en el caso del pene del niño, posee las mismas inervaciones y por tanto sensaciones durante esta etapa pregenital; pero cuando ella vivencia la diferencia sexual anatómica, encuentra pequeño el suyo y siente este hecho como una desventaja que ya desde lo social, y esto es importante, en ese constante bombardeo de una sociedad androgénica y en el poder, se le venía imponiendo. Durante algún tiempo se consuela con la esperanza de que crezca, hay una negación y una fantasía, pero progresivamente la “esperanza” se diluye. La niña no parece atribuir esta castración a todas las mujeres, sino que les atribuye, de completo acuerdo con la fase fálica, un genital masculino completo, pero va desarrollándose en ella una identificación negativa con la madre, es decir, a ella, semejante en constitución anatómica a su madre, la responsabiliza de esta situación de aparente carencia.

La niña asume la castración, pero se enfrenta a ella de forma defensiva y propiciando la búsqueda de su feminidad,⁵⁴ mientras que el niño teme la posibilidad de su cumplimiento. Sin embargo, se debe insistir en el hecho de que la castración no implica en la mujer un sometimiento, una abnegación o una renuncia a lo que el pene puede brindarle en esta sociedad, sino una sustitución o cambio de proyecto.⁵⁵

⁵³ Este cambio implica un desplazamiento que suma en la mujer adulta la sensibilidad de ambas zonas, sin embargo, inaugura la vaginal.

⁵⁴ Marie Langer, “El analista del año 2000”, *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, núm. 1, Buenos Aires, 2004, p. 171.

⁵⁵ En este sentido, Marie Langer me decía comentando la envidia del pene: “no hay que ser feminista a ultranza; pero claro que las mujeres tenemos envidia del pene, pero no es a ese ‘colgajo’ que tienen ustedes entre las piernas, sino a las oportunidades que en esta sociedad tiene quien lo porta [y en tono gracioso y de reto decía]: por eso las mujeres podemos ser más creativas”. Cierta referencia hace de ello en el artículo citado ahí. *Ibid.*, p. 171.

Para simbolizar dicha castración, la niña pasa por una posición pasiva también, cambiando así el objeto edípico de deseo al padre (Edipo positivo) y manteniendo la esperanza de que algún día ella recuperará lo perdido, realiza la llamada ecuación simbólica, donde el deseo por un pene será transformado por el deseo de un hijo. Su Complejo de Edipo culmina en el deseo, retenido durante mucho tiempo, de recibir del padre, como regalo, un niño, tener de él un hijo, será finalmente la culminación de la “esperanza” de que algo le creciera a ella también. El Complejo de Edipo es abandonado luego lentamente, porque este deseo no llega jamás a cumplirse.

La ecuación pene-hijo concluye así con un proceso, pero éste no termina como en el niño con la estructuración del *superyó*, ya que el hijo que desea tiene como padre al propio progenitor de la niña. Para Freud, y sí que causa polémica, en la niña no se termina de estructurar el *superyó*, pero analicémoslo, la premisa a discutir no sería ésta, no se trata de asumir posturas feministas o misóginas, lo que debemos considerar es si realmente en el varón se produce un sepultamiento, si verdaderamente es ahí donde se “acaba” de estructurar el *superyó*, lo cual definitivamente no es así, ya que el “nuevo” objeto del varoncito, siempre tendrá un referente con el originario como aquí se ha dicho, y por lo tanto, con la madre también.

Un resumen de lo expuesto por Massota sirve de colofón, y esquemáticamente se encierran en cuatro axiomas o advertencias fundamentales:⁵⁶

Primera: los determinantes empíricos de la castración, que consisten en hechos observables en las conductas del niño o en ciertas conductas ejercidas hacia él, tal es el caso del toqueteo de sus genitales, las amenazas que recibe, la percepción de la diferencia anatómica de sexos, lo que dará como resultado una fantasía de seducción.

Segunda: un axioma de estructura lo refiere a una articulación de base que enuncia de la siguiente manera: “Si la madre no tiene falo, entonces el sujeto infantil no es el falo de su madre, lo que significa el derrumbe del narcisismo infantil”,⁵⁷ lo que dará acceso a la búsqueda de una nueva sexualidad, es decir, que el sujeto pueda darse o no una historia de sujeto

⁵⁶ Óscar Masotta, *Ensayos lacanianos...*, op. cit., pp. 157-203.

⁵⁷ *Ibid*, p. 176.

sexuado, es aquí donde el agente de la castración, a saber, la función padre, decide y sella la estructura

El tercer axioma reafirma que lo que está en juego en el complejo de castración es el pene, y ningún otro tipo de pérdidas.

Cuarto que el *superyó* no es la función padre, sino su producto “Y hasta me atrevería a decir que la relación entre ambos es inversamente proporcional: a la fortaleza de uno corresponde la improbabilidad de la otra”⁵⁸

VIII. El ombligo de Edipo. La organización de la personalidad: las estructuras

Como hemos observado, en la constitución del Edipo, en su proceso, y en la estructuración que de él se origina, intervienen numerosos factores, a saber, la búsqueda de un objeto para re-encontrarlo, una función madre que erogeniza el cuerpo del niño y da origen al significante del padre o da lugar a la intervención de la función padre en el corte; de ahí, la angustia de castración que lleva en su proceso la ecuación. amenaza-diferenciación anatómica-resignificación de la amenaza. De la manera en la que se conformen o estructuren todos estos elementos, será que el sujeto acceda a la sexualidad neurótica, perversa o psicótica. Esto afirmaba Freud insistentemente durante casi toda su obra, hasta que la importancia de impulsos agresivos y la teorización en *Pulsiones de vida y pulsiones de muerte*, agregaron elementos para la determinación de la organización, cuyo tema será tratado en otro momento

En el caso de la neurosis, hablamos de una madre que a partir de su propio Edipo propicia la ecuación pene = hijo, madre deseante que da un lugar predeterminado al hijo en la estructura, pero que al mismo tiempo, en tanto castrada simbólicamente, brinda el acceso a una función padre que en el pacto que realiza con el hijo, éste sea un sujeto deseante y sexuado que perpetuará la ley de prohibición del incesto

⁵⁸ *Ibid*, p 177

Ante otras situaciones, la madre, no habiendo simbolizado la castración (o mejor dicho, negándola o quizá renegándola), mantiene el deseo del pene de manera literal en la ecuación pene = hijo, de forma tal que se convierte en una ecuación pene = hijo = pene, imposibilitando el acceso a una función padre que realice la separación, dando lugar a un sujeto que renegará la castración, ya que siendo él El Pene (con mayúsculas) de mamá, en la disolución del Edipo su herida no sería narcisista como en el neurótico, sino de muerte, refugiándose entonces en el fetiche y en las demás derivaciones perversas

En la psicosis, la función padre aparece en escena no como de corte, sino como de anulación del deseo. El padre es El Pene, y no puede haber otros ya que resignificaría una castración que reniega, es, la de este padre, una función no amenazante sino violenta que impide la separación del niño con la madre manteniéndolo en una simbiosis con ella, y obligando por otro lado, a que la representación de la ley a perpetuar sea repudiada,⁵⁹ vacía, ausente, ya que no se trata aquí, como en la neurosis, de que al niño se le prohíba el incesto y que así pueda desear a otra mujer. En este caso, la función padre actúa para matar el deseo, para hacer del sujeto, un sujeto no deseante que lo amenace en su trono.

Esta visión esquematizada del origen de las estructuras neurótica, psicótica y perversa a partir del Edipo, debe entenderse como un modelo para la comprensión de las mismas. Esto no quiere decir que necesariamente el padre del psicótico debe ser un perverso, o que la madre de éste sería una histérica. Aquí como modelo, debemos tratar de comprender el punto de vista del sujeto, es decir, el del hijo, cómo él o ella viven la experiencia en la relación con sus padres y las funciones

⁵⁹ Sin ser aquí el lugar para su discusión, una de las aportaciones más importantes de Jaques Lacan a la comprensión de la psicosis, se refiere al concepto de *forclusión* (palabra francesa traducida y asociada al término freudiano repudio, por Laplanche-Pontalis, en su *Diccionario de psicoanálisis*)

IX. Algunas premisas finales que a manera de resumen constituyen el Edipo

Premisa 1. Para hablar del Edipo, tenemos que hacerlo como un todo, considerando todos los elementos que lo componen, es decir, en su carácter de proceso, estructura, fase y desde luego, a partir de una perspectiva transgeneracional.

Premisa 2. Hablar del deseo edípico, debe considerar como referencia inicial, la búsqueda de un objeto perdido para re-encontrarlo, objeto que en la infancia, queda representado por la madre o quien lleve a cabo su función en primera instancia.

Premisa 3. Las creencias infantiles previas a la genitalidad, hacen suponer que no hay una diferencia anatómica en lo sexual, todos tienen un órgano prominente sensible, lo que llamaremos pene, clítoris u órgano sensible propiamente dicho.

Premisa 4. Desde la perspectiva freudiana, cuando hablamos de angustia de castración, lo que está en juego es la pérdida simbólica del pene, no de alguna otra cosa, falta o carencia.

Premisa 5. Las prácticas autoeróticas y aquellas relacionadas con la sexualidad infantil (juegos), que están relacionadas con ese órgano sensible, se ven amenazadas por prohibiciones verbales (en el mejor de los casos) que apuntan a suponer la posible pérdida de dicho órgano en caso de persistir con dichas prácticas.

Premisa 6. En la fase fálica, las amenazas verbales se convierten en amenazas con posibilidad de ser reales frente a la comprobación visual de la diferencia sexual anatómica. En respuesta, los infantes niegan la posible castración y surge la fantasía de la existencia de un pene que algún día crecerá.

Premisa 7. La angustia de castración se acrecenta, la madre está castrada. Aquí el camino de la niña y el niño se bifurcan.

Premisa 8. El niño asume la posición pasiva frente a la amenaza paterna y cede el objeto, elige en un acto de preservación narcisista, salvar su pene y se identifica con los valores paternos.

Premisa 9. La niña al saberse castrada como la madre, le adjudica a ésta la responsabilidad del hecho, surge el deseo de poseer un pene, el cual encontraría su resolución en la ecuación pene-hijo, cambia el deseo de un pene por el del hijo pero de su padre, cambiando así también el objeto (de madre a padre) y la zona erógena (de clítoris a vagina).

Premisa 10. Sólo a partir de la angustia de castración en un caso, y a la simbolización o asunción de la castración en el otro, es que el sujeto se hace sexuado, queda “habilitado” para encontrar un objeto diferente al de los padres.

Bibliografía

- ABBAGNANO, Incola, *Diccionario de Filosofía*, FCE, 2a. ed., México, 1974.
- AULAGNIER, Piera, *La violencia de la interpretación*, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- BARJAU, Luis, *El hombre del Mito*, INAH, Colección Divulgación, México, 1988.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua*, Ediciones de la RAL, Madrid, 1990.
- EURÍPIDES y ESQUILO, *Layo, Edipo y Siete contra Tebas*, Porrúa, colección “Sepan Cuantos”, México.
- FREUD, Sigmund, *Obras completas*, t. I, Biblioteca Nueva, 4a. ed., Madrid, 1981.
- , *Autobiografía*, t. I.
- , *Correspondencia con Fliess. Carta 39. Manuscrito K. 1 de enero de 1896*, t. III, Biblioteca Nueva, Madrid.
- , *Correspondencia con Fliess. Carta 60. 28 de abril de 1897*, t. III, Biblioteca Nueva, Madrid.

- FREUD, Sigmund, *Correspondencia con Fliess. Carta 61 Manuscrito L. 2 de mayo de 1897*, t III, Biblioteca Nueva, Madrid.
- , *Correspondencia con Fliess Carta 61, 2 de mayo de 1897*, t III, Biblioteca Nueva, Madrid
- , *Correspondencia con Fliess. Carta 64 Manuscrito "N". 31 de mayo 1897*, t III, Biblioteca Nueva, Madrid.
- , *Correspondencia con Fliess. Carta 69. 21 de septiembre de 1897*, t III, Biblioteca Nueva, Madrid.
- , *Correspondencia con Fliess. Carta 71 15 de octubre de 1897*, t III, Biblioteca Nueva, Madrid.
- , *La disolución del Complejo de Edipo*, t III.
- , en *La etiología de la histeria*, t. I.
- , en *La herencia y la etiología de las neurosis*, t. I.
- , *La interpretación de los sueños Sueño de la muerte de personas queridas*, t. I
- , *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, t I
- , *Proyecto de una psicología para neurólogos*, t. I
- , *El Yo y el Ello*, t III
- , *Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1984
- , *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*, t XII
- , *Las pulsiones y destinos de pulsión*, 1915, t XIV
- , *La negación*, 1925, t XIX
- , *El malestar en la cultura*, 1930, t. XXI
- , *T. W. Wilson un estudio psicológico*, Editorial Letra viva, Buenos Aires 1973
- GAY, Peter, *Freud. Una vida de nuestro tiempo*, Paidós, Buenos Aires, 1989
- P JANET, J. C. Flugel, et al., *La Psicología Profunda*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- LACAN, Jaques, *Seminario La Ética IV sesión. Das Ding*, Paidós, Buenos Aires, 1990
- , *La relación de Objeto*, Paidós, Buenos Aires, 1996
- LANGER, Marie, "El analista del año 2000", *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, t LXI, núm. 1, Buenos Aires, 2004

- LAPLANCHE-PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Buenos Aires, 1988
- LECLAIRE, Serge, *Psicoanalizar*, Siglo XXI Editores, 4a ed , México, 1980.
- MASOTTA, Óscar, *Ensayos lacanianos*, Anagrama, Barcelona, 1976
- PAZ, Octavio, "Un más allá erótico: Sade", *Obras completas*, t. 10, FCE, México, 1994
- PERRÉS, José, *Freud y la ópera*, FCE, México, 1985
- , *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, Breviarios de la investigación, núm 12, UAM-X, México, 1988.
- PLATÓN, *Geórgicas*, Porrúa, México, 1974
- SÓFOCLES, *Las siete tragedias*, Introducción de Ángel María Garibay, Porrúa, Colección "Sepan cuantos", México, 1975.

Neurosis, psicosis y perversión

Introducción a la clínica freudiana

Leticia Flores

El estudio de los fenómenos psicopatológicos ha tenido una larga y accidentada historia. Es sólo a partir del siglo XIX cuando surge propiamente el campo de la psiquiatría, el cual instituye un saber que aspira a construir un conocimiento válido y formal sobre dichos fenómenos. Sin embargo, esta disciplina se ocupó principalmente por ordenar y clasificar todas las manifestaciones psicopatológicas con el intento de abordar y hacer más comprensible la complejidad de un problema tan enigmático y tan poco transparente. Si bien la psiquiatría logró un reconocimiento y un lugar en el campo de la ciencia, su aportación no ha dejado de tener grandes limitaciones. Gracias a ella se han logrado realizar diagnósticos cada vez más precisos y distinguir las diversas enfermedades entre sí. No obstante, el interés por construir un saber sobre los motivos que las causan ha sido de alguna manera dejado de lado.

Sigmund Freud desde los inicios de su práctica, a fines del siglo XIX, se interesó por entender los procesos puestos en juego en las manifestaciones psicopatológicas, más que sobre las conductas en sí. Evitó reducir la patología a una cuestión puramente descriptiva o con fines clasificatorios, lo cual impedía pensar por sí sola en una dirección de la cura posible para cada caso.

Observar los procesos más que las conductas, implica colocar la mirada en la estructura que determina y ordena esas conductas. Penetrar en los procesos anímicos, los principios explicativos, los supuestos que permiten construir el edificio conceptual del aparato psíquico y así comprender el juego de fuerzas que en él actúan en su articulación lógica, fue el reto en el cual Freud apostó su trabajo clínico. De acuerdo con sus postulados, todos y cada uno de los síntomas tienen un sentido, un motivo y un propósito. Aun las conductas “insignificantes” tales como el olvido o el *lapsus* pueden verse como indicios que dan cuenta de procesos anímicos inconscientes. Sin embargo, el interés por otorgarle un lugar central reside principalmente en considerar al sufrimiento psíquico que éstos conllevan. Patología, cuya raíz etimológica *pathos* nos remite a la condición de sufrimiento y al sentimiento de vida contrariada, es un término que orienta de inicio el camino a seguir en el polémico y complejo estudio de la “salud mental”. Pensamos por ello que tanto la descripción fenomenológica como los estudios que remiten a las funciones biológicas, genéticas o hereditarias no permiten otorgar un sentido ni explicar procesos propios de los fenómenos psicopatológicos y por lo tanto impiden, como anteriormente lo señalamos, pensar una dirección de la cura posible.

Desde el punto de vista freudiano, el sujeto es un sujeto dividido, en conflicto consigo mismo. Lejos de ser un ser unitario cuya conducta es guiada por la voluntad y la razón como sostiene la psicología tradicional, el síntoma —junto con las acciones sintomáticas o los sueños— es la muestra de que en el sujeto se juegan procesos mucho más complejos y sobre todo, muchas veces opuestos. Esta oposición produce con frecuencia un conflicto interno, el cual puede llevar a diversos estados, produciendo angustia y sufrimiento, pero ante todo estas manifestaciones derrumban la ilusión de aquella concepción unitaria del sujeto. En realidad el campo de la psicopatología, es decir, del *pathos*, es la muestra ineludible de que en la vida psíquica confluyen y participan también los procesos inconscientes, la vida de fantasía, la pulsión de muerte, el *superyó*, etcétera.

Los síntomas dejan de ser disparatados e irracionales como suelen interpretarse en el terreno de la psiquiatría y se vuelven plenos de sentido. Por lo general pertenecen a la historia misma del sujeto que los padece y conservan todo su valor afectivo a pesar del paso del tiempo, incluso a pesar de no tener conciencia o recuerdo de ellos.

Los celos, los rituales más extraños, incluso algunas enfermedades orgánicas, pueden estar organizadas de acuerdo con una trama ligada a vivencias del pasado, de un pasado que suele remontarse a la vida infantil del sujeto. Recordemos que durante los primeros años de vida, el niño se encuentra en un estado de total dependencia con respecto a sus progenitores debido a su condición de completa indefensión. Esta condición será determinante para el proceso que lo convertirá en un ser propiamente humano un ser social, un ser de lenguaje, perteneciente a un grupo familiar y a una cultura. Por eso, siguiendo a Levi Strauss, podemos decir que el sujeto es tal en la medida en que la dimensión simbólica lo define y determina. Si hay algo que define esta dimensión es el hecho de estar regulada por leyes: leyes del lenguaje, leyes de las relaciones sociales (las que regulan el lazo social), leyes que delimitan el campo de lo prohibido y el campo de lo permitido. El sujeto no sería tal sin esa ley y sin esa prohibición. Es en ese campo donde se aloja el deseo, que como sabemos, es por naturaleza propia, siempre insatisfecho. Por lo tanto, la dimensión simbólica también está ligada inevitablemente a la condición humana de la falta. Por eso, hablar de estructura, de estructuras clínicas más precisamente, es hacer referencia directa a lo simbólico, lo cual está ligado al campo fundamental del lenguaje, tal como lo explica Marina Lieberman en su trabajo "El *yo* y el desconocimiento"

Abordar la clínica desde el punto de vista estructural implica necesariamente colocarse en un lugar diferente al de la clasificación de los síntomas o a la descripción detallada y minuciosa de las manifestaciones conductuales. Colocando la dirección de la cura en el pivote de nuestro trabajo, es inevitable pensar la clínica y la psicopatología desde la estructura, por lo tanto, desde el campo del deseo y de la falta.

La clínica freudiana está inexorablemente ligada con la castración. No es posible comprender ninguna manifestación psicopatológica, es decir, ni la neurosis, ni la psicosis, ni la perversión, si no contamos con una referencia permanente a ella. La castración es un término poco comprendido y poco prestigioso. En su sentido más popular, se le asocia con la mutilación. Nada más alejado de la posición freudiana. Para definir y aclarar este concepto sería útil recurrir a los tres órdenes o dimensiones propuestos por Lacan en los que aborda el campo de la subjetividad: real, simbólico e imaginario.

La complejidad del sujeto exige pensarlo no sólo desde el plano imaginario, conformado a través del juego de imágenes en las que nos constituimos. También es necesario incluir el orden real, que Lacan define como aquello que está siempre en su lugar, o como sostendría Freud, no lo que es encontrado, sino lo reencontrado y que *ex-iste* al sujeto, fuera de él, expulsado de su experiencia o de su realidad. “Si es cierto que lo real es lo reencontrado, y que con respecto a un sujeto histórico, el objeto del deseo es por esencia el objeto perdido, ese real (el objeto perdido) se definirá precisamente como lo imposible”.¹ Esta referencia nos permite pensar que junto a lo simbólico y lo imaginario aparece otra dimensión que se refiere a aquello que escapa a estos registros y que puede constatarse en experiencias tales como la angustia o la repetición, es decir, en la compulsión a repetir una vivencia imposible, exiliada por así decir de su vida real, pero que puede irrumpir ahí bajo el rostro de la angustia, del silencio o de la alucinación por ejemplo. “Si lo real por lo común se calla, es porque se mantiene más allá de lo simbólico que lo ha hecho callar. Lo simbólico vehiculizado por los significantes permite al sujeto expulsar del campo de su representación la realidad, eso real ya ahí”.²

Asimismo, sin la dimensión simbólica, en el abordaje de la subjetividad quedarían omitidos los procesos y los juegos de fuerzas que estructuran la vida anímica. El deseo y la castración en su dimensión simbólica, por ejemplo, serían parte fundamental de la condición humana que nos define y determina como propiamente humanos.

Partimos de la idea de que lo que se pone en juego para todo sujeto es la necesidad de mantenerse en la ilusión de completud, de que el ser humano es un ser al que nada le falta. Cuando sostenemos, por ejemplo, la tesis de que el hombre es el centro del Universo, o defendemos la idea que el ser humano es un ser racional, dichas tesis forman parte de una creencia que está en la base de la ilusión del sujeto como ser unitario, indivisible, dueño de sí y en plena armonía consigo mismo. Es lo que durante siglos muchos filósofos sostuvieron al afirmar, tal como Sócrates lo hizo,

¹ P. Kaufmann, *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano*, Paidós, Buenos Aires, 1996, p. 421.

² R. Chemama, *Diccionario del psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988, p. 374.

que la tendencia del ser humano se encamina hacia la búsqueda de la felicidad a través del Bien. Sin embargo, la realidad humana muestra que en la búsqueda de esta felicidad, el hombre yerra fácilmente. Pareciera que el “Destino” conduce a muchos por caminos sinuosos, por opciones fallidas, por proyectos dolorosos, por el fracaso, por la enfermedad, por el sufrimiento o por el suicidio como lo muestra el trabajo que en este volumen presenta Leticia Paz.

Ese “Destino” es la posibilidad de reconocer lo que en el psicoanálisis se llama castración. La psicopatología es quizás la muestra más evidente y viva de esa condición. Sin embargo, cada sujeto busca *estrategias* para enfrentar su “Destino”. Podría incluso afirmarse que lo que constituye la base de la nosografía freudiana, la neurosis, la psicosis y la perversión, se estructura como estrategias particulares, singulares para evadir la realidad de la castración en lo que ésta se experimenta como insoportable.

Recordemos que en un inicio, Sigmund Freud sostenía que la condición del síntoma era el resultado de una vivencia traumática que el sujeto había experimentado y que había permanecido excluida de la conciencia o del recuerdo. Incluso llegó a afirmar que en la raíz de toda enfermedad se anudaba una experiencia de seducción sufrida, fuera pasiva o activamente, por parte de un adulto. En el caso de la histeria, se habría tratado de un trauma vivido de manera pasiva; en el del obsesivo, de manera activa. Este fue quizás el primer intento de Freud de hacer una clínica diferencial; sin embargo, pronto abandonó esta teoría al descubrir el papel fundamental del deseo y de la fantasía. En aquellos casos donde pudo haber una agresión real por parte de un tercero, Freud antepone el efecto de la fantasía en la constitución subjetiva y en las producciones del inconsciente, incluyendo, por supuesto, al síntoma. Sobre este descubrimiento, José Luis González muestra, en el capítulo sobre “El complejo de Edipo...”, sus importantes consecuencias.

Aunque los pacientes pudieran relatar con insistencia y vehemente creencia el recuerdo de haber sido seducidos por un adulto, esas escenas no habrían tenido lugar en la realidad. Habrían sido producidas como efecto de una fantasía y un deseo, un intenso deseo capaz de vencer cualquier prueba de la realidad. Por eso Freud le dará a la seducción, junto a la castración y a la escena primaria, el estatuto de protofantasías, es decir,

fantasías originarias, fundantes, que tal como lo afirma Masotta, no sólo significan algo relativo al tiempo pasado, a algo arcaico, sino también algo constitutivo de la estructura del sujeto. Dicha estructura, insistimos, está marcada por la falta. La razón de ello se debe a que somos sujetos regidos por el lenguaje, por el significante. El significante siempre se desliza, se tropieza, sus sentidos se multiplican, se produce el malentendido, el sinsentido e inevitablemente todo ello nos arroja hacia el encuentro contingente con la pérdida. A eso Lacan le llama Otro. Otro con mayúscula y por lo tanto lejano y distinto a la idea de otro, del prójimo, el vecino, la imagen especular, la imagen que captura y engaña... El Otro significa estar capturado desde El Origen en un orden Otro, anterior y exterior a nosotros mismos. Un orden del que dependemos y al cual estamos sometidos; otro que puede comprenderse como una instancia Otra que se hace en el interior de la palabra. En ese sentido es incorrecto pensar que el niño aprende a hablar. El niño en todo caso es aprehendido por Otro orden, por el orden del lenguaje que lo antecede y determina en gran medida en su devenir histórico. Es pues, en relación con ese Otro que el sujeto se estructura y se enfrenta con la condición fundante de la castración.

La castración se introduce en la estructura del sujeto por la cuestión del Falo. Cuando este concepto se asocia con el órgano sexual masculino, evidentemente es la dimensión imaginaria la que predomina en el análisis. En ese sentido, puede pensarse en mutilación, en quienes lo tienen y a quienes les falta, en la amenaza de cortarlo, de perderlo o en la angustia de no tenerlo. Esta dimensión, aunque puede desempeñar algún papel, no parece ser central. De hecho Freud en su trabajo sobre la organización genital infantil se descoloca de esa concepción predominantemente imaginaria. De tal manera que en dicho trabajo afirma: "El carácter principal de esta *organización genital infantil* es, al mismo tiempo, su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que, para ambos sexos, sólo desempeña un papel *un genital*, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del *falo*"³ Esta definición puede prestarse a diversas lecturas. Quizás ello ha provocado interpreta-

³ Sigmund Freud, "La organización genital infantil", *Obras completas*, tomo XIX, Amorrortu, Buenos Aires, 1989, p. 146

ciones ambiguas. Sin embargo, siguiendo al mismo Freud, habría que recordar que *premisa universal del falo* nos remite a una de las teorías sexuales infantiles, según la cual se cree que los niños, tanto varones como mujeres, tienen pene. Parafraseando a Óscar Masotta diríamos que los niños, inicialmente mantienen la *loca creencia* de que todos poseen el mismo órgano sexual, ignorando de ese modo, o más exactamente, desmintiendo la diferencia entre los sexos. En ese sentido, el concepto de Falo remite a la realidad psíquica que mantiene al niño en la posición de renegar la verdad sobre la diferencia sexual.

La castración sería por lo tanto, la confrontación de la premisa, el Falo, con la diferencia de los sexos. La premisa sin la cual no puede comprenderse la castración es el *falo*, es decir, esa loca creencia de que todos tienen un mismo órgano genital, el masculino. Recordemos a Hans, el caso analizado por Freud, en el cual puede apreciarse este proceso. Inicialmente Juanito intenta confirmar esa premisa universal del pene, interrogando a sus padres, investigando y observando cuanta especie animal se le presenta. Cuando nace su hermana Hanna, Juanito sigue sosteniendo esa absurda hipótesis, incluso cuando la observación directa de los genitales de la hermana le muestra otra cosa. Juanito entonces asevera con firmeza acerca de lo que ve: es muy pequeño, pero ya le crecerá. Aun viendo la realidad objetiva, es decir, la diferencia, él la niega. Finalmente, el niño descubre la diferencia cuyo efecto será determinante dejando esa marca indeleble con la cual tendremos que arreglárnosla en el futuro. Desgraciadamente esta empresa resulta con frecuencia infructuosa y el resultado que se logra es la producción de síntomas que, aunque logran sortear o evadir la realidad de la castración, genera un costo que se paga con el malestar y el sufrimiento.

Evidentemente desde el plano imaginario no hay falta alguna, a nadie le falta nada. Es desde lo simbólico, desde el inconsciente, que esta falta nos constituye como sujetos. Ello implica precisar que el Otro del que ya hemos hablado entraña la falta como tal, es lo que en el algoritmo creado por Lacan se conoce como Otro tachado.

El Otro del lenguaje, de la ley, también es Otro que está en falta, que muestra una falla que puede resultar insoportable para un sujeto que como hemos dicho, está dividido.

El concepto de Otro tiene en la obra freudiana su eje fundamental en el concepto mismo de inconsciente, éste implica considerar también la falta. El inconsciente freudiano nos muestra –y sobre esto Masotta hace un extenso análisis– que hay un saber que no podemos aprehender. Esta cuestión del saber tiene su origen, míticamente hablando, en el relato bíblico del *Génesis*, pero también se ilustra ejemplarmente en el mito de Edipo Rey.⁴ Edipo quiere saber y al consultar el oráculo, huye aterrorizado de su tierra. El destino, inexorable, lo alcanza en una ruta. Ahí mata a su padre. Luego, después de vencer a la Esfinge, se casa con su madre. En ese momento Edipo, dice Lacan, alcanza la felicidad. La desgracia se abate sobre Tebas, y Edipo, inexorablemente quiere liberarse de los males que aquejan a Tebas; para ello debe investigar. Cuando logra saber, la luz que le queda para contemplar ya no es de este mundo y se arranca los ojos. En todo esto hay un destino fatal, una ley inmutable e inviolable. La existencia de otro que determina el deseo y el destino se hace evidente.

Ninguna manifestación patológica es ajena a esta realidad. El neurótico nada quiere saber, y para ello recurre a una conocida estrategia: la represión. El destino del perverso, atrapado igualmente en la dialéctica edípica, opta por la desmentida. Finalmente el psicótico excluye de la conciencia, como dirá Freud, tanto la representación inconsciente como el afecto a ella ligando dando pie así a esa estrategia que Lacan llamará forclusión.

La neurosis

Sigmund Freud sostiene la idea de que la neurosis y sus diferentes expresiones clínicas son el resultado de un conflicto. Cuando insiste en su naturaleza sexual, no hace más que proponer la participación de la pulsión como central.

Hablar de pulsión nos lleva a involucrar tanto cantidades de excitación o investiduras, como los contenidos de representación inconscientes que

⁴ Sobre la cuestión del inconsciente y su relación con el saber véase el artículo de M. Lieberman y sobre el relato del mito de Edipo, el de José Luis González en esta misma obra.

pueden estar a ellas ligadas. El conflicto residiría en la expresión de un cierto fracaso de la represión frente a esas fuerzas pulsionales. Las representaciones inconscientes, o bien, lo reprimido, entra en una oposición inconciliable con los intereses del yo –que atienden las exigencias de la realidad– dando como resultado una formación de compromiso. El síntoma se produce entonces como efecto de un “acuerdo” donde ambas partes han logrado alcanzar sus propósitos, pero al precio de sacrificar en gran parte sus propios intereses. Las representaciones inconscientes logran abrirse paso hacia la conciencia, pero de forma irreconocible, tomando otro rostro que resulta inofensivo para las exigencias del yo. El funcionamiento inconsciente, sobre todo la participación de aquellos mecanismos que conocemos como condensación y desplazamiento, hace posible el disfraz que permite hacer irreconocible lo reprimido. El yo, por su parte, descuida el servicio que le presta a la realidad exterior. De esta manera, el síntoma se mostrará no sólo como enigmático, sino como inútil y absurdo. Un ritual, un dolor físico o la angustia hacia situaciones que generalmente no son susceptibles de provocar miedo alguno, por ejemplo, se nos presentan como ajenos a la realidad objetiva, como manifestaciones irracionales y carentes de sentido. El mérito de Freud fue poder abrir el camino para descifrar ese contenido enigmático y descubrir la trama sobre la cual el síntoma se pudo formar. Fue también el de otorgar a las experiencias infantiles un lugar central en la construcción de una historia y de un destino para cada sujeto. Y más aún, el haber logrado evitar caer en la trampa de permanecer en una dimensión puramente imaginaria, ya que la naturaleza de los objetos con los que el niño se relaciona es fundamentalmente fantasmática.

Siguiendo el planteamiento de Freud, hay dos factores que tendrían una participación determinante en la “elección de la neurosis”: la regresión y la fijación. Aunque se trata de nociones en sí problemáticas, ellas nos exigen centrar el problema alrededor del Complejo de Edipo. Recordemos que la tesis medular en la comprensión de las neurosis se centra en afirmar que el Complejo de Edipo es el complejo nuclear de las neurosis.

El sujeto que padece alguna de las formas clínicas de la neurosis –histeria de conversión, histeria de angustia o neurosis obsesiva– se encuentra *atrapado* en la dialéctica edípica. Ello implica pensar en su fracaso o en sus fallas, en la imposibilidad de superarlo, lo cual equivale a un fracaso de lo

que significa el Edipo, la operación normativa que es la simbolización de la castración, misma que es posible significar transitando a través del Edipo hacia la ley del Padre. Desde este punto de vista, la posibilidad de una intervención efectiva o eficaz de la palabra del padre o del padre simbólico falla, lo cual provoca una incapacidad de integrar las leyes de la cultura y de insertarse en ella.

En *Las conferencias de introducción al psicoanálisis* Freud dice

La tarea del hijo consiste en desprender de su madre sus deseos libidinales para volver a ponerlos en un objeto real ajeno, en reconciliarse con el padre si le guarda cierta hostilidad o en emanciparse de su tiranía cuando, por reacción contra su rebelión infantil, se ha convertido en su esclavo sumiso. Estas tareas se imponen a todos y cada uno y debe observarse que su cumplimiento rara vez se logra de una manera ideal. Los neuróticos fracasan totalmente en estas tareas, permaneciendo el hijo toda su vida inclinado bajo el peso de la autoridad del padre y siendo incapaz de volver a colocar su libido en un objeto sexual ajeno.⁵

El Edipo es entonces sepultado, nunca superado ni resuelto, como efecto de la represión. Se reprime para evitar enfrentar la angustia de castración. El Edipo permite de alguna manera simbolizar la falta, vía la función del padre, haciendo esa función de corte, de separación en relación a la madre y asumiendo esa exigencia como una ley a la que también el Padre tendría que someterse, de lo contrario implicaría un fracaso de esta función.

Cuando el Padre en su función falla, cuando la operación simbólica de límite o de corte fracasa, el sujeto se enfrenta a la falta y a la impotencia o prepotencia del Padre y para no saber de ella, para no enfrentarse a ella, el sujeto no la reconoce reprimiéndola. La represión entonces en cierto sentido logra evadir la falla, pero al mismo tiempo fracasa en su intento, pues "lo reprimido" siempre retorna, pero ahora como síntoma, y se hace perenne, como dolor corporal, como sufrimiento en la actividad del pensar o como fobias a objetos, situaciones o personas.

⁵ Sigmund Freud, "Conferencias de introducción al psicoanálisis", *Obras completas*, tomo XVI, *op cit*, p. 307

Son estas formas las que determinarán las diversas estructuras neuróticas condenando al sujeto a permanecer en un conflicto cuyo origen se remonta a la primera infancia y más precisamente a un escenario edípico. Por ello se afirma que toda neurosis es una neurosis infantil.

Histeria de conversión

Esta forma clínica, no sólo es de la que más se ha escrito, sino quizás de la que más testimonios históricos existen. En la Antigüedad se afirmaba que los síntomas histéricos debían su origen a movimientos del *hystero*, es decir del útero, por lo tanto se pensaba que era una enfermedad de origen orgánico y además exclusivamente femenina. Después de un oscuro y largo periodo de cuatro siglos donde estos síntomas eran el signo de un pacto con el Mal, en el siglo XIX vuelven a surgir las tesis organicistas de la Antigüedad. Desde que Charcot presenta los primeros casos de hombres histéricos hasta la actualidad, muchas ideas han cambiado. Sin embargo, es frecuente calificar a quienes sufren estos síntomas como histéricas, utilizando el género femenino, a pesar de que ello nada tiene que ver con la creencia antigua. Si se habla de histérica o de obsesivo, esto se debe más a la posición sexuada al interior de la cual estas manifestaciones se organizan que al sexo de quien las padece. No se trata pues, de un problema de género, sino en todo caso a cómo cada quien, hombre o mujer, asume su propia identidad sexual.

Los síntomas que ocupan quizás el primer plano del escenario histérico son corporales. Sin embargo, lo que nos muestran las tesis psicoanalíticas es que aquellos poco tienen que ver con desórdenes físicos o con las leyes de la anatomía, más bien muestran una íntima relación con los contenidos de representación inconsciente, que se “metaforizan” en un sufrimiento corporal, es decir, que la suma de excitación se transfiere, a una parte del cuerpo que, por *sustitución*, permite la expresión de esa excitación. Como ya hemos mencionado, los contenidos de representación inconsciente buscan a toda costa una descarga, y su modo de burlar la censura que impone el *yo*, en el caso de la histeria, es a través de una *conversión* de las cargas pulsionales en dolor corporal. Es así como se traduce lo insoportable de la castración. O bien,

dicho de otra manera, *la falta* se muestra tomando como vía de expresión el mismo cuerpo y afectando los modos de relación con el otro. Esa falta, recordemos, situándola con apoyo de la fórmula freudiana, se encuentra organizada en torno al núcleo edípico, es decir, en relación con los demás elementos que en él se ponen en juego: la relación dual con la madre, la función paterna y el falo. En el caso de la histeria, la falta de la que se trata es la del padre, es decir, la de puesta de límite frente al goce materno.⁶ Todo el sufrimiento histérico podría comprenderse como un intento de evitar, de no confrontar, de no saber y al mismo tiempo de encubrir esa falta.

Los trastornos de la histeria tienen como sede órganos —los ojos, los intestinos, la musculatura, etcétera— y sus síntomas se manifiestan como perturbaciones de la motricidad, dolores corporales o, por el contrario, como anestias locales. Asimismo encontramos trastornos de los sentidos, pues es común observar sorderas, afonías, incluso cegueras cuya génesis insistimos, no obedecen a causa orgánica alguna. Es particularmente común encontrar trastornos a nivel de la genitalidad, frigidez, impotencia, etcétera, como una parte anestesiada, mientras que el resto del cuerpo se encuentra muy erotizado. Esto se observa en los modos de hablar, de moverse y de expresarse en general. Quizás los síntomas que más destacan son los que tienen que ver con las relaciones que se establecen con los otros. Ahí podemos observar, en la histérica, una gama de conductas muy particulares que afectan sus vínculos, su vida amorosa, etcétera.

En sus relaciones de pareja evita el encuentro sexual a pesar de mostrar un interés especial por él. Las relaciones con los hombres o con las mujeres, según sea el caso, son relaciones donde finalmente muestra su condición sexual, su condición de falta, a pesar de ser lo que más evita confrontar. Entra con mucha facilidad al juego erótico, se deja seducir y/o amar, pero siempre evitando la relación sexual. Seduce pero evita cristalizar la relación sexual en un encuentro sexual. En caso de que éste se logre, suele fracasar

⁶ Recordemos que Nasio, en su libro *El dolor de la histeria* habla de tres estados o posiciones del yo histérico —yo insatisfecho, yo histerizador y yo tristeza—, los cuales le permiten resguardarse de un peligro esencial: el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Evidentemente este término permite referirse al retorno de un estado de plena satisfacción, que, aunque imposible, la histérica lo presiente como una amenaza realizable.

mediante la insatisfacción. Más aún, construye escenarios para estar siempre insatisfecha, es decir, para evidenciar, muy a su pesar, esa falta de la que nada, paradójicamente, quiere saber. Sus relaciones suelen estar marcadas por la decepción y el fracaso de una pareja que suele ser idealizada, otorgándole un lugar que en la realidad es muy difícil de alcanzar. Evita, rehuye o complica la relación sexual.

La relación con las mujeres suele ser complicada y siempre atravesada, al igual que en sus relaciones amorosas, por un tipo central de preguntas: ¿qué quiere una mujer?, ¿qué es una mujer?, las cuales interrogan en el fondo la propia identidad sexual, lo que es ser mujer en sus vínculos con otras mujeres y con los hombres. Freud llegó a pensar que Dora, su joven paciente, estaría interesada sexualmente en la amiga de sus padres, la señora K, que tenía un interés de tipo homosexual hacia ella, cuando en realidad lo que buscaba era encontrar un sentido a su propia identidad en función de dicha pregunta. Y también así interrogaba lo que podía significar para un hombre una mujer. De ahí que las relaciones con los y las otras sean complejas, ambiguas, teñidas de rivalidad, celos, etcétera.

Si la histérica padece trastornos a nivel de su sexualidad y de su identidad, originados como lo decíamos anteriormente, por la trama edípica en la que se encuentra atrapada, encontrará actividades que le permitan encubrir sus fallas. Sustituye la realidad por un mundo de fantasía y sueño. Se convierte en heroína o en protagonista central de historias que ella misma crea o imagina. La mitomanía y la fabulación suelen acompañar estas actividades.

Aunque los trastornos de tipo alimentario pueden obedecer a diversas causas, como lo advertimos en los trabajos dedicados a este tema por parte de Patricia Sánchez y de Lluvia Cruz, es común ver aparecer en la historia un comportamiento peculiar, donde su identidad y su imagen corporal se ponen en juego y producen desórdenes en este campo. Aquí también se juega la identificación con los otros y con los ideales estéticos prevalientes.

La necesidad de seducir, ser mirada, ser el centro de las situaciones, en la realidad o en la fantasía, responde a la necesidad de que el Otro le otorgue un lugar que se encuentra vulnerable. Esa vulnerabilidad está determinada por la castración de la cual ella nada quiere saber. La capacidad para sugestionarse es un rasgo que muestra esa necesidad de afirmarse a

través del Otro y de su mirada. El histrionismo también tiene un lugar muy importante en la vida de la histérica. Su forma de vestir, moverse, hablar y gesticular, muestran esa necesidad de hacerse notar con el objetivo de que el Otro —imaginario— le confirme a partir de su mirada que ella está completa, que nada le falta. Estas manifestaciones muchas veces afectan las funciones *yoicas*. Su inteligencia, voluntad, capacidad de juicio y memoria, se ven mermadas y atrofiadas.

Siguiendo la tesis freudiana, el punto de fijación en el que la libido sufre un retroceso, una regresión, en el caso de la histérica, es el de la organización edípica, y desde ahí puede constatararse un innegable apego al padre, un padre que por cierto muestra un rostro paradójico, de ser idealizado, pero al mismo tiempo un padre que falla y que intenta reivindicar. Podría decirse que si hay algún reclamo a través de toda esta variedad de síntomas, es el de no haber puesto límite al goce materno.

La bella indiferencia, rasgo que también Freud resalta, nos indica que la represión ha logrado controlar la angustia y así el monto afectivo se transforma como dolor corporal, lo cual permite mantener el recuerdo doloroso lejos de la conciencia, aunque vivo y actual en el síntoma. Por eso Freud decía que la histérica padece de reminiscencias, es decir, sus recuerdos están plagados de lagunas lo que dificulta que pueda recordar el pasado y así reconstruir una cadena histórica que aparece rota y discontinua. Ello evidentemente mantiene al síntoma como incomprensible y carente de sentido e inútil, pero vigente.

Neurosis obsesiva

Obsesión es una palabra propia del discurso religioso y cuya raíz latina *obsideo*, significa ocupar un lugar. Significa tanto la acción de un sujeto que se obsesiona como el estado de un sujeto que está obsesionado. Desde el punto de vista psicoanalítico, este estado responde, al igual que la histeria, a una trama infantil e inconsciente sobre la que se tejen la gama de síntomas tan particulares y perturbadores del obsesivo. Puesto que se trata de una neurosis, Freud ubica el origen de este padecimiento, al igual que la histeria, en el Edipo. Al leer el célebre caso del *Hombre de las ratas*,

un caso de neurosis obsesiva, encontramos una serie de hipótesis de las que se desprenden los conceptos mayores que dan cuenta de cómo se estructura este padecimiento. la represión, la formación reactiva, la ambivalencia, la agresividad, el complejo paterno, son algunos de los más sobresalientes. Sin embargo, no es difícil acordar que entre todos, la cuestión del Padre está omnipresente a lo largo de todo el historial. En ese sentido, suscribimos plenamente la tesis de Masotta⁷ cuando dice que la trama del obsesivo no se puede entender más que orientando nuestra reflexión hacia el padre, pero insistiendo en que más que observar conductas, debemos de considerar lo que con Lacan conocemos como *función paterna*. Así, las preguntas se concentran en el problema de la prohibición y —siguiendo a Freud en lo que trabaja en *Tótem y tabú*—, y su íntima relación con la cuestión del deseo. Este historial muestra, entre otras cosas, la dificultad del paciente de asumir su propio deseo, en eso reside en resumidas cuentas su padecer. Si como lo sostiene Masotta, “la prohibición paterna constituye la ligazón del sujeto con el deseo”,⁸ cuando esta función de límite o de prohibición, falla, inevitablemente tiene efectos en la posición subjetiva que el sujeto toma frente a sí mismo, a su deseo y frente al goce materno del cual es necesario que todo sujeto renuncie. Si el padre es un padre “muerto”, la posibilidad que el sujeto tiene de asumir su deseo se ve alienada.

El camino que las representaciones inconscientes tomarán será diverso también al de la histeria. Aquí el síntoma se manifestará principalmente a través de la actividad de pensar. La investidura pulsional (el afecto), explica Freud, se divorcia del contenido de representación inconsciente y, a través de un enlace falso, se coloca en otra representación que la conciencia admite, pero cuyo origen es incapaz de reconocer. El obsesivo se ve conminado a realizar actos —como efecto de esa sobreinvestidura— de los que él mismo no puede explicar ni dar una razón, pero tampoco sustraerse. Actos que afectan su vida interior pero que también llegan a trastocar sus relaciones con los otros.

⁷ Nos referimos a su trabajo “Consideraciones sobre el padre en el Hombre de las ratas”, publicado en *Los casos de Sigmund Freud, el Hombre de las ratas*, vol. 3, Nueva Visión, Buenos Aires, 1986.

⁸ *Ibid*, p. 17

Ser obsesivo, como decía Lacan, es entonces estar atrapado en un mecanismo, en un engranaje más y más exigente cada vez y del que el sujeto no se puede liberar. Los síntomas obsesivos no son tan estridentes como los de la histeria, más bien tienen un carácter silencioso, privado, secreto. Los autorreproches, las censuras y las prohibiciones ocupan gran parte de su vida, lo cual genera inevitablemente un gran malestar. Freud centra el conjunto de síntomas alrededor de tres grandes registros: los pensamientos, los impulsos y los actos.

Los pensamientos, dice, suelen aparecerle al obsesivo como disparatados, indiferentes y necios. La duda, por ejemplo, en el historial ya mencionado, aparece ligada a una deuda que había contraído y que a causa de aquella parece imposible pagar. La duda —renuncia voluntaria al acto que se prolonga en una empresa indefinida— lo margina de la posibilidad de elegir, de optar, de decidir, lo cual muestra finalmente la alienación de su deseo. Algunas de las temáticas que ocupan los pensamientos del obsesivo son:

Problemas metafísicos: busca respuestas absolutas, totales, imposibles. El trabajo intelectual es intenso y ello mantiene en una inhibición al deseo y a la pulsión.

Temas morales: observa de forma estricta las normas éticas y morales, mismas que provienen de su interior, de esa instancia que conocemos como *superyó*. Al mismo tiempo duda de su observancia y eso produce con frecuencia angustia.

Pureza: se extiende desde lo psíquico a lo corporal. Purificación, limpieza y pureza hay que entenderlos como significantes enmarcados en la historia del sujeto.

Protección frente a peligros externos: el obsesivo teme ser el autor de crímenes que se han cometido o bien teme hacer daño a personas cercanas y amadas.

Orden y simetría: el obsesivo ordena el mundo exterior como un intento de poner orden en un mundo interno que le resulta caótico.

Los impulsos pueden resultarle insoportables, suelen ser de naturaleza agresiva. De ellos intenta huir a partir de prohibiciones o renunciaciones o bien con acciones de tipo precautorio, alejando de sí los objetos con los cuales

podría hacer(se) daño, por ejemplo. Ello toma su sentido a partir de la ambivalencia de sentimientos en los que el obsesivo se ve atrapado. Mejor dicho, en ese odio inconsciente, y por lo tanto intramitable, irreconciliable con sus sentimientos amorosos.

Los actos, por último, consisten en ceremoniales y tareas insolubles. De nuevo, lo podemos encontrar en el *Hombre de las ratas*, ante el hecho de tener que cumplir un juramento imposible: pagar, al teniente A, las 3 80 coronas.

Con lo visto hasta ahora podemos afirmar que el obsesivo es quien mejor muestra la división subjetiva que tanto empeño a veces ponemos para no querer reconocer. Incluso podríamos constatarlo al ver la forma como el obsesivo se comporta en relación a sus propios síntomas, forma por demás llamativa, pues se obstina en sostener que éstos nada tienen que ver con él. Como si afirmara —y así lo puede expresar— que esos síntomas que padece (a pesar de él mismo), él mismo, es decir, su *yo*, nada tiene que ver con ellos. Manera curiosa en la que el *yo* se presenta como escindido y ajeno a ese padecer.

Hemos ya dicho que la formación reactiva ocupa un lugar importante en el trabajo que Freud hace en torno a esta neurosis. La formación reactiva es una estrategia mediante la cual ciertos contenidos o ciertos rasgos son sustituidos en la conciencia por reacciones opuestas o contrarias a las originales. El pudor o la pureza podrían entenderse, por ejemplo, como formaciones reactivas frente a contenidos totalmente diversos tales como la inmoralidad o la impudicia.

El aislamiento es otro mecanismo central de escisión que en el obsesivo es muy frecuente observar. Aquí el afecto queda aislado de la representación, queda escindido, de tal manera que el sujeto vive los síntomas como ajenos, como algo que no le pertenece y que nada tiene que ver con su ser.

La anulación es otra defensa presente en los síntomas obsesivos. Se trata de un mecanismo mediante el cual el sujeto sustrae el valor que realmente tiene un objeto, es decir, anula el afecto por medio de una acción previa, como por ejemplo mediante un ritual. Otras defensas no menos importantes son la intelectualización, la racionalización y el desplazamiento.

Freud observa que el obsesivo, como modo de defensa, realiza una regresión desde la posición fálica a una organización más “primitiva”, es

decir, a la organización sádico-anal, de ahí que muestre una serie de rasgos propios de ella, tales como el ser ordenado, ahorrativo y pertinaz

Asimismo, es importante señalar la participación que tiene aquí el *superyó*, pues se muestra particularmente severo y cruel. Es bajo su dominio que el sujeto se somete a una serie de exigencias frente a las cuales se muestra inevitablemente servil e impotente. De ahí quizás también sea posible entender su tendencia a la agresividad y a la crueldad, incluso con aquellos a quien más ama. Recordemos de nuevo el *Hombre de las ratas* y su incomprensible temor a hacerles daño a su padre y a su amada. Insistimos en el papel central que el padre desempeña. Si bien en la histeria el padre es ese objeto amado pero que falla para poner un límite al goce materno, el padre para el obsesivo es el blanco de una gran ambivalencia, donde el odio suele permanecer mudo al precio de la escisión y el sufrimiento.

Histeria de angustia

El trabajo psicoanalítico sobre la fobia está íntimamente ligado al de la angustia. En la fobia, la angustia no sólo está en el origen del síntoma como en muchas neurosis, sino que se convierte ella misma en el síntoma central.

Como lo recuerdan Laplanche y Pontalis, la histeria de angustia fue aislada por Freud más tarde que las otras psiconeurosis. Anteriormente, las fobias eran asociadas a la neurosis obsesiva o a la neurosis de angustia como neurosis actual, siendo ésta de origen sexual y sin poseer realmente un mecanismo psíquico que le permitiera colocarla dentro del campo propiamente psicoanalítico. Sin embargo, el descubrimiento de las fantasías inconscientes le permite a Freud acercarse de una forma distinta a la fobia. En 1897 escribe a Fliess: "Todos los síntomas de angustia (fobias) están derivados así de unas fantasías"⁹

La fantasía sería esta deformación por la cual el recuerdo inconsciente se pierde. Así, los síntomas de angustia derivarían de fantasmas reprimidos.

⁹ Sigmund Freud, "Fragmentos de la correspondencia con Fliess", *Obras completas*, tomo I, Amorrortu, Buenos Aires, 1989, p. 294

La angustia sería entonces, consecuencia de la represión. Tal es la primera teoría de la angustia que vendrá a ser reemplazada en *Inhibición, síntoma y angustia* por la idea inversa. la angustia aparece ahí como señal de alarma que pone en marcha a la represión.

Es con el historial de Juanito en 1908, cuando Freud delimita en un trabajo escrito la histeria de angustia, inscribiéndola en el campo del análisis y marcando similitudes y diferencias en relación con la histeria de conversión. Si bien en ambas la acción de la represión separa la libido de la representación, en la histeria de conversión la libido es convertida por medio de la innervación corporal, mientras que en la histeria de angustia, ella es liberada bajo la forma de angustia.

El proceso sería el siguiente cuando la libido se sustrae del contenido de representación inconsciente, las cantidades de excitación pueden quedar "flotando" y de esta manera quedar sin colocarse en ninguna otra representación (ahí la angustia se presenta como difusa, flotante.) y más tarde su destino puede sufrir un desplazamiento hacia un objeto externo. Cuando esto sucede, se estructura la fobia. Entonces se dice que las cargas de excitación sustraídas sufren un desplazamiento desde la representación inconsciente hasta colocarse en un objeto o en una situación externa.

La fobia se nos presenta como un miedo intenso puesto en un objeto, lugar o situación, al verse el sujeto expuesto a ella, le produce una intensa angustia. La fobia se caracteriza sobre todo por el empleo de una acción que tiende a evitar aquello que produce angustia y por contener asimismo un miedo irracional. La "elección" del objeto no es azarosa sino que se encuentra íntimamente ligada a la trama, a las fantasías inconscientes y determinada por ellas.

Existen muchos tipos de fobias y éstas pueden ser igualmente pasajeras, sobre todo en caso de los niños. Las más comunes suelen aparecer vinculadas a animales, desde lobos, caballos, serpientes, arañas, hasta ratas, gusanos, etcétera. Sin embargo, no es exclusiva de los pequeños. Los adolescentes pueden también padecerlas. Un ejemplo de ello es la erentofobia, es decir, el miedo intenso a ruborizarse o sentir angustia frente a la posibilidad de que eso les suceda.

Es frecuente encontrar en los adultos otro tipo de fobias entre las cuales las más comunes son la agorafobia (miedo a los espacios abiertos o públicos),

la claustrofobia (miedo a los espacios cerrados), los miedos vinculados a los medios de transporte como el avión o el tren, mismos que pueden ser de una intensidad variable, desde simples olvidos o retrasos para tomar el medio de transporte hasta una incapacidad total para abordarlos

Otras fobias comunes son miedo a la enfermedad, al contacto, a la comida o a determinados alimentos, a la soledad, a los abismos, a la fealdad, a la vejez, a despedir mal olor, a los exámenes, a las alturas, a los hombres, a las mujeres, etcétera. En las fobias también aparecen alteraciones físicas, por ejemplo, transpiración excesiva, pulso rápido, piel sonrojada.

El objeto contrafóbico aparece como medida de aseguramiento, como forma de cerrar el mundo y controlar el espacio. Funciona como marco, como límite, como equilibrio, contar ladrillos, ventanas, dejar abiertas las puertas, son algunos ejemplos. A veces encontramos fobias con un componente obsesivo; un buen ejemplo sería la fobia de fenestración, la cual se caracteriza por la presencia de una idea intrusa que va acompañada de angustia e implica un miedo a tener el deseo de tirarse a un lugar vacío. El sujeto siente vértigo, intenta escapar, se sujeta de algo o alguien o se desmaya. La fobia a las armas cortantes es otro ejemplo del parentesco que se observa entre la obsesión y la fobia. El miedo a cometer un acto homicida, el miedo de algunas madres a cometer infanticidio o el miedo a agredir y por lo cual mantienen en un lugar protegido y fuera de su alcance tijeras, cuchillos y armas punzocortantes.

Otras fobias del mismo tipo son la fobia al contacto, a estar sucio, oler mal. Como rasgos de carácter, el fóbico se encuentra en constante estado de alerta hacia el mundo en general. Para ello se provee de objetos imaginarios: un paraguas, una prenda, etcétera, que toman la función de asegurador y que fantasmáticamente cumple una función. Asimismo, muestra una actitud de huida permanente, ya sea pasivamente, por ejemplo manifestando timidez o duda pero también de manera activa, pudiéndose apoyar por igual de un objeto contrafóbico, protector frente a la angustia.

Retomemos el famoso caso de Juanito y su fobia a los caballos, misma que es antecedida por un estado de angustia "flotante", un día amanece llorando tras soñar que su madre estaba lejos y porque los paseos al parque con la nana lo hacen llorar. Más tarde expresará su temor de que un caballo lo muerda. Ahí hace su aparición la fobia, el caballo vendría a ocupar

el lugar donde esa angustia podía efectivamente depositarse. Ahora bien, el concepto de fantasma al cual era asociada la fobia nos lleva, de nueva cuenta, a la cuestión del padre.

Freud interpreta el sentido de la elección del caballo como objeto de la fobia, este animal posee muchos rasgos propios del padre. Sin embargo, es posible encontrar el valor múltiple dado al caballo y a todas las partes a él asociadas. Había también elementos que simbolizaban a la madre, tales como la carreta, la carga, que muerde, que cae.

La referencia al Edipo no se deja esperar, de eso se trata. Notemos que no es sino después del análisis de Juanito que Freud considerará al Edipo como complejo nuclear de las neurosis. Si Juanito era el Falo para la madre, ambos colocados en una complicidad dejaban fuera del juego al padre. Cuando la crisis se produce en Juanito, la angustia viene de esa relación con ella. El nacimiento de la hermana contribuye a ello, pues es desalojado de ese lugar de completud con la madre y por otro lado, experimenta sensaciones con su *hace-pipí* y descubre que es muy chiquito. Juanito tendrá que pasar por una estructura de dos, a una estructura de tres, digamos, de ser el falo para la madre a la castración, a la ley paterna, la prohibición del incesto. Pasaje que posibilita el padre a través de su función. Todo parece indicar que el padre de Juanito fallaba ahí: era un padre gentil, que escuchaba, con una paciencia envidiable, preocupado por su hijo, pero que en algún lado falla. No había por qué tenerle miedo, pues no afrontaba a esa madre que para él connotaba algo terrible. Precisamente cuando Juanito fantasea con el instalador que ha venido y con sus tenazas “me ha quitado primero el trasero y después me ha dado otro, y después el hace-pipí”¹⁰ revela haber superado la angustia de castración (siendo el instalador el que funge como agente de la castración), que aunado a la otra fantasía donde Juanito confiesa el deseo de casarse con su madre y tener muchos hijos, muestra haber encontrado una posible salida del conflicto, pues en lugar de matar al padre, le da el lugar de abuelo, “le concede la misma dicha que ansía para sí”.¹¹

¹⁰ Sigmund Freud, “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, *Obras completas*, tomo X, *op. cit.*, p. 82.

¹¹ *Ibid.*, p. 80.

Perversión

La perversión es una estructura clínica que si bien se organiza igual que la neurosis, en torno a la dialéctica edípica, posee una lógica distinta así como manifestaciones muy diversas. Freud sostenía que la perversión era el negativo de las neurosis para señalar justamente este parentesco y esta diferencia.

Si la perversión tiene su origen en la trama edípica, la salida que encuentra no es la represión, sino la renegación. La renegación es un proceso por el que todo sujeto atraviesa en el camino hacia la construcción de su propia identidad y hacia el reconocimiento de la diferencia, este no es un dato natural. Reconocer al otro como otro, requiere un trabajo psíquico, un proceso que implica renuncia y pérdida, es decir, que implica enfrentar la falta. El perverso es alguien que se las arregla de una manera muy singular con ella. Pero veamos el proceso de nuevo, paso por paso.

En un primer momento, el niño, todo niño, desmiente la diferencia sexual, es decir, no reconoce lo que la realidad objetiva puede mostrarle. Para él, todos sin excepción poseen el mismo órgano genital. En un segundo tiempo, el niño termina por reconocer eso que la realidad material insiste en mostrar. Ese tiempo es el de la castración, es decir, es el momento en que el niño reconoce la diferencia sexual con el dolor o la amenaza que ello le puede representar. El perverso atraviesa igual que todo niño estos dos momentos, pero en su caso, y con ayuda de ese mecanismo que Freud advirtió casi al final de su vida y que llamó escisión del yo, puede "optar" por conservar los dos tiempos de manera simultánea. El perverso entonces, mantiene las dos hipótesis como verdaderas, gracias a una escisión del yo, parte de él acepta que hay una diferencia sexual pero otra no la admite. Desmiente entonces la diferencia sexual, manteniéndose en esa posición que Manonni describió bajo la afortunada frase "ya lo sé, pero aun así". Ya sé que la humanidad está marcada por la diferencia sexual, pero aun así ella no existe. Lo que el perverso no quiere saber es que la madre, la madre fálica, es una madre castrada, una madre a la que la palabra del padre ha impuesto un límite a su goce. Lo que el perverso vive desmintiendo es la castración de la madre.

Como puede apreciarse, la teoría psicoanalítica se aleja radicalmente de la tesis propuesta desde la psiquiatría de que la perversión tiene que ver con una desviación de una sexualidad que obviamente, según ella, tendría una orientación natural

En este punto Freud es muy claro desde sus primeros trabajos sobre el tema. A pesar de haber titulado el primero de sus tres ensayos sobre teoría sexual: *Las perversiones sexuales*, en este trabajo no hizo sino demostrar detalladamente sus ideas a las cuales permaneció convencido. Estas ideas sostenían que si algo había de perverso en el sentido tradicional del término, eso era ni más ni menos que la pulsión misma. Y la pulsión es algo constitutivo y estructural de todo sujeto, sea perverso o no. La pulsión, en virtud de no tener un objeto preciso y fijo como lo sería para el caso del instinto o de la necesidad, es por naturaleza perversa. La pulsión está a la deriva, y el objeto que la colma es tan lábil y variable como objetos puede haber. La perversión en sentido freudiano no puede estar más alejada de la concepción psiquiátrica que ingenuamente cree que el ser humano tiene un objeto predeterminado por la Naturaleza y que cuando se desvía de ello entonces se puede hablar de un acto perverso. El fetichismo, el sadismo, el voyerismo, el masoquismo y toda la serie de “desviaciones” sexuales no son tales, es decir, no se desvían de ningún sitio, porque desgraciadamente no existe una orientación natural y previa. Estas manifestaciones, en todo caso, son caminos, *destinos* de la pulsión, organizados alrededor de la falta.

Lo que sucede en la perversión desde esta mirada es una solución de compromiso frente al conflicto que pone en juego el enfrentamiento de la diferencia sexual, es decir la castración, con la realidad objetiva. El perverso opta por mantener las dos proposiciones como verdaderas, ambas admitidas por el inconsciente (recordemos la escisión del yo como condición previa), lo cual implica tanto el reconocimiento de la castración como su desmentida.

La razón de todo este proceso, que obviamente tiene su precio, es recuperar el goce prohibido —por la prohibición del incesto— pero a través de un objeto de goce, con el cual no hace otra cosa que renegar la falta, tapanla, a diferencia del neurótico que la remarca, la acentúa a fuerza de reprimirla.

La perversión a través de sus múltiples variantes, un objeto, es decir, un fetiche que puede ser el brillo de la nariz o un calcetín, un velo, una prenda cualquiera, o una mirada, un cuerpo sufriente, etcétera, intenta

encubrir aquello de lo que nada quiere saber y que le provee la garantía última para el goce.

Psicosis

La psicosis es la tercera estructura clínica que se propone desde la teoría psicoanalítica, es una estructura donde la trama edípica no ha tenido lugar. Mientras que el neurótico y el perverso de alguna manera experimentan un límite frente al goce de la madre, aunque de ello se defienden, el psicótico no experimenta ese límite sino más bien se encuentra a él sometido.

El psicótico permanece atrapado en un lugar que le impide acceder al orden simbólico, al mundo de la ley por no haber podido efectuar la sustitución —mediante la función paterna— del lugar de goce donde encontró la satisfacción pero al mismo tiempo inevitablemente mortífero. La función paterna, que precisamente lo que hace es efectuar un corte poniéndole límite a ese goce fálico de la madre, fracasa radicalmente y el sujeto desfallece quedando atrapado en él.

Por eso Freud decía que la psicosis es una estructura donde el sujeto ha quedado fijado en una organización muy primitiva. Podemos entender que el sujeto queda atrapado en el deseo de la madre, quedando sujeto a su deseo y, ante la imposibilidad de ser otra cosa que el objeto del deseo de la madre, el psicótico no puede tener acceso al orden simbólico, es decir, al mundo de la ley, de ese otro orden que le otorga un lugar en el mundo de la cultura.

Desde muy temprano, en su trabajo clínico Freud descubrió que la manera del psicótico para defenderse de la representación inconsciente intolerable era mucho más drástica en este tipo de padecimiento, ya que en la psicosis el sujeto *excluye* de la conciencia no sólo la representación inconsciente sino también el afecto o la cantidad de excitación a ella ligada y se comporta como si la representación nunca hubiera existido. Es este mecanismo el que Lacan desarrollará bajo el término de forclusión.

Alrededor de 1924, Freud sostendría que la psicosis consiste en un conflicto entre el *ello* y la realidad exterior, mientras que la neurosis más bien pondría en juego un conflicto entre el *ello* y el *yo*. Lo cierto es que en la

La paranoia es una estructura que tiene su origen en el narcisismo primario, en el cual el sujeto se encuentra fijado. Debido a que en este estadio el sujeto toma como objeto de amor a su *yo*, el sujeto ama lo que sería una parte de sí mismo y con lo cual se identifica. Por eso, decía Freud, en su delirio el sujeto se defiende de ese deseo de tipo homosexual negándolo y proyectándolo hacia el exterior. “yo no lo amo a él, él me ama, él me odia, él la ama a ella, él me persigue...”. Mediante el delirio el sujeto intenta reconstruir una realidad fragmentada e insoportable, intenta retrotraer la libido de nuevo a los objetos, aunque lo hace ya de manera resquebrajada.

Si consideramos el núcleo del delirio de Schreber, en él se mostraba conminado a transformarse en mujer y procrear hijos con Dios. Si hemos de reconstruir el sentido de este delirio, es posible encontrar tanto el elemento del padre, el “complejo paterno” como Freud lo sugirió, así como un empuje hacia la mujer. Todo ello nos conduce a lo que podría considerarse el conflicto central en la paranoia, un conflicto que interroga al ser en su fundamento mismo, en su génesis; es decir, que remite a la cuestión de la procreación y a las preguntas centrales. ¿qué es ser padre?, ¿qué es ser madre?, ¿qué es ser?

La esquizofrenia se refiere, tal como su nombre lo indica, a una escisión de las funciones psíquicas y tiene su base en una regresión a una organización todavía más primitiva de la sexualidad que la paranoia, es decir, se anclaría a la fase del autoerotismo. Antiguamente llamada demencia precoz, incluso parafrenia, se distingue de la paranoia, no sólo por su relación con una localización diferente de la fijación predisponente, sino también por el mecanismo que está en la base de la formación de los síntomas. Cuando el esquizofrénico se dice que toma las palabras como cosas, ello se debe a una sobreinvestidura de las representaciones palabra y de las representaciones cosa. Recordemos que en sus trabajos de metapsicología, Freud distingue entre representación palabra (*Wortvorstellung*) y representación cosa (*Sachvorstellung*). Esta última es la que caracteriza al inconsciente y se constituye de la percepción visual de los objetos por parte del niño y por otro lado, la representación palabra corresponde al campo verbal que pertenece más bien al preconscious. La sobreinvestidura de las representaciones palabra y representaciones cosa estaría en el origen de los desórdenes en el

La paranoia es una estructura que tiene su origen en el narcisismo primario, en el cual el sujeto se encuentra fijado. Debido a que en este estadio el sujeto toma como objeto de amor a su yo, el sujeto ama lo que sería una parte de sí mismo y con lo cual se identifica. Por eso, decía Freud, en su delirio el sujeto se defiende de ese deseo de tipo homosexual negándolo y proyectándolo hacia el exterior. "yo no lo amo a él, él me ama, él me odia, él la ama a ella, él me persigue...". Mediante el delirio el sujeto intenta reconstruir una realidad fragmentada e insoportable, intenta retrotraer la libido de nuevo a los objetos, aunque lo hace ya de manera resquebrajada.

Si consideramos el núcleo del delirio de Schreber, en él se mostraba conminado a transformarse en mujer y procrear hijos con Dios. Si hemos de reconstruir el sentido de este delirio, es posible encontrar tanto el elemento del padre, el "complejo paterno" como Freud lo sugirió, así como un empuje hacia la mujer. Todo ello nos conduce a lo que podría considerarse el conflicto central en la paranoia, un conflicto que interroga al ser en su fundamento mismo, en su génesis, es decir, que remite a la cuestión de la procreación y a las preguntas centrales: ¿qué es ser padre?, ¿qué es ser madre?, ¿qué es ser?

La esquizofrenia se refiere, tal como su nombre lo indica, a una escisión de las funciones psíquicas y tiene su base en una regresión a una organización todavía más primitiva de la sexualidad que la paranoia, es decir, se anclaría a la fase del autoerotismo. Antiguamente llamada demencia precoz, incluso parafrenia, se distingue de la paranoia, no sólo por su relación con una localización diferente de la fijación predisponente, sino también por el mecanismo que está en la base de la formación de los síntomas. Cuando el esquizofrénico se dice que toma las palabras como cosas, ello se debe a una sobreinvestidura de las representaciones palabra y de las representaciones cosa. Recordemos que en sus trabajos de metapsicología, Freud distingue entre representación palabra (*Wortvorstellung*) y representación cosa (*Sachvorstellung*). Esta última es la que caracteriza al inconsciente y se constituye de la percepción visual de los objetos por parte del niño y por otro lado, la representación palabra corresponde al campo verbal que pertenece más bien al preconscious. La sobreinvestidura de las representaciones palabra y representaciones cosa estaría en el origen de los desórdenes en el

campo del lenguaje (neologismos, bizarrerías, desorganización sintáctica y carácter rebuscado del lenguaje) y del visual (alucinaciones). Al igual que en la paranoia, en la esquizofrenia se retira la libido de los objetos y se coloca en el *yo*

La psicosis maníaco-depresiva se presenta por accesos de manía a los cuales se suceden períodos de melancolía, entre los cuales puede haber, o no, intervalos de estabilidad. Sobre todo, este cuadro se ha prestado a ser el blanco de explicaciones organogénéticas, a la ausencia de ciertas sustancias que el organismo produce tales como el litio, a factores hereditarios, etcétera. Sin embargo, Freud intentó explicarla con ayuda de los referentes teóricos psicoanalíticos y aunque lo hizo en 1915, dejó sentadas las bases para pensar la participación central del *superyó* en este tipo de psicosis.

Freud explica que el melancólico dirige sobre sí mismo reproches por una culpa inconsciente, una culpa muda que atormenta y destruye al sujeto. En la manía, el síntoma se muestra principalmente a través de la fuga de ideas, es decir, un pensamiento acelerado y desorganizado. Se muestra igualmente distraído y sus acciones no logran aquello que originalmente se habían propuesto. Aparecen también insomnios, ausencia de fatiga, agitación, etcétera. Algunos afirman que la manía es sólo una defensa frente al estado melancólico.

A manera de conclusión

En este artículo nos hemos propuesto presentar una visión general y diferenciada de las estructuras clínicas desde la perspectiva psicoanalítica. Por ello las ideas aquí expuestas son apenas una introducción al complejo campo de la psicopatología. Muchos conceptos quedan sin el desarrollo que merecen. Sin embargo, el carácter mismo de este libro y el propósito de este artículo nos impiden ahondar en ellos.

El propósito de este trabajo es el de brindar una visión general, ver el campo de la psicopatología —parafraseando a E. Guinsberg— como podríamos apreciar un paisaje desde lo lejos, sin detenernos a analizar sus detalles. Ese paisaje es el que en el momento actual se propone en el módulo *Conflicto psíquico, salud mental y sociedad*, de manera tal que el lector pueda

conocer e introducirse en los aspectos que ahí se trabajan y las ideas que a través de los textos que en él se sugieren permitan orientarse en el amplio abanico de posibilidades que presenta el sufrimiento humano.

Bibliografía

- CHEMAMA, Ronald, *Diccionario de psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
- FREUD, Sigmund, *Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1984.
- , “Fragmentos de la correspondencia con Fliess”, tomo I, 1989.
- , “Carácter y erotismo anal”, tomo IX, 1908.
- , “Sobre las teorías sexuales infantiles”, tomo IX, 1908.
- , “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, tomo X, 1909.
- , *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*, tomo X, 1909.
- , *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*, tomo XII, 1909.
- , “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, tomo XVI, 1916-1917.
- , “La organización genital infantil”, tomo XIX, 1923.
- KAUFMANN, P., *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano*, Paidós, Buenos Aires, 1996.
- LACAN, Jacques, *Le Seminaire, livre III, Les Psychoses*, Seuil, París, 1981.
- MASOTTA, Óscar, *Lecciones de introducción al psicoanálisis*, Gedisa, Barcelona, 1996.
- , “Consideraciones sobre el padre en el Hombre de las ratas”, *Los casos de Sigmund Freud. El Hombre de las ratas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1986.
- NASIO, J. D., *El dolor de la histeria*, Paidós, Buenos Aires, 1991.
- SÓFOCLES, *Edipo Rey*, Porrúa, México.

Cuerpo-fronteras

Metapsicología de la insatisfacción en la bulimia*

Lluvia Marcela Cruz Gutiérrez

La estructura inicial de este trabajo corresponde a la necesidad permanente de reflexionar metapsicológicamente, la particularidad del trabajo clínico, en esta ocasión frente a la problemática del cuerpo: anorexia, bulimia y padecimientos psicósomáticos.¹ Es decir, es un ejercicio de investigación clínico-

* Trabajo entregado en junio de 2003 al Comité Científico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, para ser presentado en el *XLIII Congreso Nacional de Psicoanálisis "El Cuerpo y el Psicoanálisis"*, llevado a cabo del 4 al 6 de diciembre de 2003 en Veracruz, México. He efectuado algunas correcciones y aclaraciones para su publicación actual.

¹ "Para comprender esto tenemos que entrar en el terreno de las vicisitudes del objeto de amor, el objeto de amor siempre es secundario, ¿secundario a qué? *Al objeto de la pulsión*. Perdón por ser tan abstracto pero es metapsicología. O sea en *la situación clínica* no vemos objetos de amor, ni objetos de la pulsión, hay un fenómeno (*la transferencia*), ese es el trabajo que se hace después, digamos, es un trabajo ya terminado el asunto. Es un trabajo que se puede hacer ya que nos cortaron, ya que se acabó el amor podemos hacer este trabajo, mientras está el amor ahí, esto se está jugando, no hay teorización posible de la situación analítica sino hasta después del proceso; sí, la teorización viene después, *el fenómeno clínico es lo que motiva la teorización*. Pero ¿por qué digo que el objeto de amor es secundario al objeto de la pulsión? Porque *metapsicológicamente* es fundamental hacer la diferencia entre lo que se llama objeto de amor y objeto de la pulsión". Fragmento de la conferencia *Transferencia y resistencia* impartida por el doctor Alfredo Valencia en el curso *Introducción a la metapsicología de la transferencia*, febrero de 2005. Las cursivas son mías.

psicoanalítico y no se consideró como propósito de origen, la exposición de un texto académico en donde se planteara de forma sintética y didáctica una serie de conceptos y temas de la psicopatología psicoanalítica

Sin embargo, gran parte de los conceptos tratados en esta ocasión forman parte de los contenidos y lecturas revisados por mí y mis alumnos en los módulos de *Desarrollo y Socialización I y II* de la licenciatura en psicología, al abordar cuestiones de estructuración psíquica, del cuerpo y organización de la sexualidad, en donde la intención ha sido estudiar la propuesta psicoanalítica directamente desde los textos y planteamientos freudianos. Es claro que no es tarea fácil y hay que hacer un esfuerzo para eludir la simplificación de *la cosa freudiana*² Además que ello ha inspirado investigaciones modulares alrededor de la sintomatología y problemáticas psicósomáticas en los niños y niñas, que han sido seleccionados como estudio de caso de dichos trabajos. Por ello, he llegado, incluso, a compartir este trabajo en su versión original con los alumnos.

Por otra parte, el mismo Freud nos advirtió de la necesidad permanente de pensar la metapsicología ante la labor clínica y no considerarla como algo que se pueda presentar acabada como conceptos o como un saber *a priori*. Por ello iniciaré diciendo que uno de los fundamentos de la propuesta de la teoría psicoanalítica se ubica en el cuerpo. Se expresa en la concepción freudiana de la economía psíquica y el trabajo representacional, la organización sexual, el apuntalamiento pulsional, el deseo, el registro de la castración, el devenir psicopatológico y como circunstancia a analizar en la transferencia para que figure la cura en un proceso psicoanalítico.

Mi intención es reflexionar en torno a la conformación del cuerpo a partir de algunos términos como fronteras somatopsíquicas que Freud analiza con la propuesta del esquema sexual³ de su *Manuscrito G*. Ahí delimi-

² Claro está que esto no se reduce a las dificultades ya señaladas por el mismo Freud, cuando de enseñar la teoría psicoanalítica se trata, sobre todo en las universidades. Además, porque estas dificultades se repiten, incluso, en toda escuela o asociación en donde se plantea la formación de psicoanalistas.

³ Presente en el *Manuscrito G*, de las *Obras completas* de Freud, al parecer ahora, ante la necesidad de una mayor reflexión sobre lo psicósomático, este artículo ha captado mucho la atención.

ta que se trata de un cuerpo erótico —y no ya de carne—⁴ que se constituye con las fronteras somatopsíquicas, que son la extensión de las proyecciones del yo. Y a partir de estos planteamientos hacer algunos apuntes alrededor de la formación del síntoma, en particular del síntoma bulímico en su raíz corporal erótica.

Freud planteó, desde su propuesta psicoanalítica, en el *Proyecto de psicología para neurólogos*,⁵ la hipótesis de que todo deseo inconsciente deberá ser rastreado en su soporte de zona erótica. Discute por ejemplo, cómo la energía y la sensación (Q) se convierten en imagen, en representación. Proceso que puede advenir en el soñar o a partir de la tensión displacentera (*dolor*). El deseo inconsciente se engancha por asociación simultánea con las múltiples huellas mnémicas (huella de vivencia de satisfacción) y representaciones de la sensación corporal que constituyen las fronteras somatopsíquicas de las zonas eróticas o cuerpo, diferenciándolo de la carne. En ello será fundamental la *acción específica*⁶ de la madre para la metáfora corporal, constituida desde la (*huella*) de vivencia de satisfacción. Sin representaciones no hay fronteras somatopsíquicas, no hay metáfora que medie con la carne, no habría expectativa de satisfacción o de (re)encuentro con el objeto.

El párrafo anterior introduce y sintetiza temas freudianos de su psicoanálisis de conceptos frontera, muchas veces incomprendidos, poco estudiados y de cierta tradición polémica. No he pretendido agotar el estudio de las hipótesis psicoanalíticas, presentes en el *Proyecto de psicología para neurólogos*, ni todo lo que este escrito ha representado para la teoría psicoanalítica;⁷

⁴ Hay que destacar que hablo de *carne* y no de organismo. La carne aún pertenece al orden de la naturaleza, por el contrario, decir *organismo* sería hablar desde el orden de civilización de los conocimientos culturales biológicos.

⁵ Cfr. Capítulo 7.

⁶ *Acción específica* es un concepto que da cuenta de cómo la madre desde el Otro psíquico hace metáfora desde su falta de la descarga energética de la carne del bebé. Para Freud, el llanto es mera descarga, no comunica nada, no hay intencionalidad alguna, el displacer es, para la madre, así en principio, el alivio de la tensión que primero sería registrado en la madre. La (*huella*) de vivencia de satisfacción sería el resultado de la investidura desde el Otro psíquico de la madre, y que con su llenado facilita, vía el cuerpo, su descarga.

⁷ El estudio del *Proyecto de psicología para neurólogos*, dada su complejidad y por el lenguaje con que fue escrito merecería atención exclusiva. Por ello cada vez se hacen más esfuerzos para discutirlo y estudiarlo en diferentes foros.

lo he citado sólo para evidenciar que desde entonces Freud ya planteaba la ubicación fronteriza de la disciplina que creó, al decir que la energía o sensación (Q) se llega a transformar en representación; en ese momento establece que no se ocupará de la naturaleza de la carne, ni del organismo llamado así por la biología (conocimientos resultado del orden de civilización).

El psicoanálisis hablará de cuerpo, cuerpo erógeno o zonas erógenas, que representará *la diferencia⁸ que resulta de la transformación de la energía o sensación (Q)⁹ a una imagen o representación psíquica. De ahí que el cuerpo o zonas erógenas son representaciones (concepto límite) o fronteras somatopsíquicas entre la energía y lo psíquico, es decir, se organiza con las representaciones de la pulsión (concepto límite) u objeto de la necesidad, que se presentarán como investiduras o devendrán las elecciones de objeto (Gegenstand) o el que aparece allí, hechas desde cada zona erógena. La elección de objeto de amor será el resultado del objeto de la pulsión o necesidad investido y luego resignado, como el alimento o la leche, en el cual se buscará una satisfacción que ya fue (huella de vivencia de satisfacción), y un objeto (originario) que se perdió, que fue. El objeto Gegenstand o el que aparece allí (el alimento, las heces-ano, la piel, la mirada, la moneda, etcétera) presenta una doble discrepancia, no ofrece ni la vivencia de satisfacción que ya fue, ni el Objeto que ya fue y se perdió; hay castración, Falta. El objeto de la necesidad o de la pulsión, alimento o leche, por ejemplo, aparecen como imagen o representación pulsional o de la necesidad, no son el objeto perdido autor del ahuecado de la huella. La diferencia o representación del objeto (de acuerdo con cada zona erógena) es la forma en que se puede dar cuenta: es por el ahuecado de la huella que dejó y, su investidura psíquica permitirá la descarga a través del cuerpo. De ahí que Freud dijera que el cuerpo es el soporte del deseo inconsciente.*

⁸ El aparato psíquico sería una diferencia. Esto puede entenderse a la manera de una expresión matemática en donde $6 \div 2 = 3$, la diferencia sería 3. Es decir, la diferencia de la acción específica desde el Otro psíquico materno, será la representación del aparato psíquico y sus posibilidades de simbolización.

⁹ Se refiere al estímulo sensorial externo. Aunque claro, la discusión es muchísimo más compleja.

Es importante anotar que decir elección de objeto no equivale a decir *relación de objeto*. Porque además de que el *Gegenstand* presenta discrepancias con el objeto que hizo huella mnémica y que se perdió, no ofrece la vivencia de satisfacción; también se debe considerar que desde antes de la *identificación primaria* con la madre a través de la pérdida o resignificación de objeto de la necesidad, como base soporte está la *identificación directa* con el padre primordial y su ley. No hay dualidad posible, no hay relación de objeto.¹⁰ El objeto de la pulsión o de la necesidad sólo llegará a escenificar mas no puede duplicar o repetir el objeto originario que hizo huella y que se perdió. *El objeto está allí para contener la angustia –desborde de sensaciones– y aliviar el dolor o las tensiones*. De otra manera, la angustia no se alivia y la tensión será displacentera porque la madre no viene a aliviar la angustia, no hay diferencia porque equivale a permanecer en el hambre –displacer–, hay angustia porque no hay diferencia, es permanecer sólo con la cantidad de energía pulsional sin posibilidad de descarga. Sólo mediante su derivado o *quantum* de investidura de un objeto de la necesidad, será posible la descarga. El objeto de la necesidad sería la sustantivización de investidura pulsional.

Es probable que en el síntoma bulímico, por ejemplo, el objeto de la necesidad en tanto representación de la zona erógena (como resultado del resignado en un primer momento del objeto erótico madre,¹¹ puede decirse objeto originario también) no permita la descarga (llenado de huella) que alivie la tensión (el hambre) y que permitiría contar con un objeto pulsional que defienda al *yo* ante al fondo angustioso, quizá en parte por

¹⁰ Jacques Lacan en su seminario *IV La relación de objeto*, analiza este tema con amplitud. Hasta donde he entendido leerá en Freud que no hay relación de objeto, el *Gegenstand* se presenta como objeto recorte frente a un fondo de angustia. Pensar que Freud hablara de relación de objeto es un tropiezo o desvío de la teoría psicoanalítica.

¹¹ Recuérdese que gracias a la represión y a la Ley del padre primordial habría varios objetos resignados: primero el objeto de la madre erótica (de orden natural), su pérdida o resignado da posibilidad al objeto de la necesidad o de la pulsión que es el que se asocia con cada zona erógena y, por último, el resignado o pérdida del objeto de la necesidad a un objeto de amor, que siempre será secundario. El único objeto que asumimos sin pérdida o resignificación, es la figura del padre primordial y su ley, que es a través de la identificación directa.

dementar que el objeto originario no se ha perdido y se persista en buscar en el objeto de la necesidad una satisfacción y objeto que ya no son. Falla en la bulimia el recorrido de diferencia simbólica del objeto de la necesidad como soporte representacional que permitiría la descarga placentera a través de la zona erógena, que equivaldría a registrar al objeto de la necesidad como el que responde y protege de la angustia, y que además permitiría la identificación del *yo* con un rasgo del objeto resignado que es elevado al ideal del *yo* que ahora actuará como formación de compromiso al retardar la descarga. Todo ello estará dictaminado por el No de la ley del padre primordial del *superyó*. Sin embargo, en la bulimia al parecer no se alcanza ni la descarga en la representación del objeto de la necesidad ni la identificación con el rasgo del objeto, ni el retardo del ideal del *yo* y el dictaminado del No del *superyó* se hará ante el objeto insatisfactor —hostil o malo— dejando al *yo* a merced de la culpa inconsciente que no tendrá otro remedio que el *yo* la proyecte a la extensión del cuerpo.¹² Situándose entonces muy cerca de la melancolía, es posible entonces que se haya dado inicio a la problemática psicósomática de la bulimia.

Circunstancia tal que acerca a esta problemática con la figura psicopatológica de la melancolía. Y precisamente Freud en el *Manuscrito G* discute la condición melancólica con cuadros anoréxicos desde entonces, recuérdese que la bulimia sigue siendo considerada como una de las figuras de la anorexia. Por ello es oportuno destacar algunas ideas que a continuación presento

El esquema sexual

Freud, junto al *Proyecto de psicología* (1895), expone en el *Manuscrito G* (1895) el esquema sexual al cuestionarse la producción de peculiaridades de los melancólicos. Se pregunta cuáles son los vínculos de la anestesia corporal como causa de la melancolía y qué promueve, a su vez, la anestesia. Y esto cobra sentido ya que es la representación pulsional de la zona

¹² La otra forma en que se llega a identificar *la culpa inconsciente* es cuando es escenificada *en el acto*

erógena lo que llega a mediar entre la carne y lo psíquico, y entonces se podrá pensar cómo el cuerpo expresa a través de la descarga el deseo inconsciente; aquí con la anestesia, algo no ha alcanzado a configurarse, la mezcla pulsional o la representación corporal erógena que soporte la descarga ¿Qué sucederá ahora? Sin representación o mezcla pulsional, tal vez el *yo* ahora proyecte, por desunión (no se ligó el objeto de la pulsión o de la necesidad) y culpa inconsciente (ante la ausencia de objeto de la necesidad que satisfaga y medie con la angustia Prevalece la añoranza del objeto originario y su satisfacción), hacia el cuerpo en forma (auto)destructiva Enumera casos en que observa estos procesos ¹³

- a) En las mujeres *psíquicamente menesterosas que presentan una añoranza o melancolía combinada con anestesia* ¹⁴
- b) En la masturbación neurasténica como causa de melancolía.
- c) *La melancolía combinada con angustia grave.*
- d) *Un tipo extremo de melancolía periódica o cíclica hereditaria*

Como idea de fondo está el hecho de que la melancolía se presenta en principio por la añoranza del objeto perdido, y que será la representación de esa ausencia lo que permita la elaboración del duelo. Habría que aclarar, en cuanto al proceso melancólico, ideal en cuanto al *yo*, *ideal del yo* y el *superyó*.

Freud en *El yo y el ello* se plantea que el *superyó*¹⁵ no critica al *ello* sino al *yo*, prohíbe la realización del deseo y promueve la toma de conciencia del *yo* En 1914 o 1915 Freud llega a distinguir entre el *superyó* y el *ideal del yo*. El *yo* tiene dos derivados Primero, el *ideal del yo* resulta de la pérdida del narcisismo primario, antes el *yo* era ideal, era omnipotente como resultado del ideal inconsciente parental, que es ambivalente, y se traduce en la pregunta, ¿qué quiere de mí? El ideal de otro proyectado introduce el “sí” al objeto, quizá porque el *yo* ideal y su pérdida sólo se podrá recuperar

¹³ Mismos que, por cierto, también he podido observar en el trabajo clínico

¹⁴ Cursivas mías

¹⁵ Habría que recordar que en *El yo y el ello*, Freud usa de manera indistinta el término *superyó* e *ideal del yo*, aunque una lectura cuidadosa permite ubicar diferencias importantes

mediante la apetencia –sí– omnipotente del objeto; el *superyó* portará el “No” de la prohibición de esa apetencia.

La pérdida del objeto ocurre con el primer tiempo de identificación, que es con un rasgo (sedimento de la investidura).

El *ello* apetece al objeto (de la zona erógena), pero el *yo* que reprime (con la medida del Ideal narcisista inconsciente) hace una formación de compromiso frente al *yo* y le dice al identificarse con el rasgo “no te preocupes, no tienes al objeto pero me tienes en el *yo*, el *yo* es tan parecido al objeto”.

Es decir, la investidura que se retrotrae deja una huella y desde ahí elige a un objeto amoroso (*ideal del yo*), desde la fantasmática que lo proyecta a una persona por ejemplo. Pero en la melancolía, metapsicológicamente el sujeto es culpable, ¿de qué? El *superyó*, en tanto juez portador del No de la prohibición, ha dictaminado la culpa del *yo* por el anhelo omnipotente por el objeto originario y la (huella) de vivencia de satisfacción.

Algo sucedió en el fenómeno proyectivo que construyó al ideal del *yo*, que advino un hijo mal portado que pugna por retornar; *añoranza* por el objeto que hizo el ahuecado. Vale decir, que *el yo desmiente*: “*yo sí tengo al objeto*”, no hubo represión y por lo tanto falla el proceso proyectivo con el objeto. No hubo objeto de la necesidad que se prestase como proyectado (parcialidad).

De esta forma se desengaña la falta, la castración y tratar de eludir el ataque del *superyó* es difícil, éste avasalla al *yo*, al cuerpo. Para Freud falla la defensa primaria, el diferimiento, el retardo de la descarga, la constitución de la *diferencia (desmentida originaria)*: *se anhela lo que no soy, hay pegazón*.

De ahí el duelo patológico de la melancolía, al querer permanecer en la completad (con el objeto originario) por identificación, desarraiga la ilusión con el reencuentro con el objeto de amor. De esta forma el *superyó* ataca al ideal del *yo*, al *yo* al proyectar la culpa inconsciente a su extensión, es decir al cuerpo como totalidad. El *yo* sabe por qué es culpable, habla el juicio crítico del *superyó*, no la voz del *yo*: se pone el ideal a su servicio.

El *superyó* mata al *yo* y éste le ofrece el ideal como víctima propiciatoria. En la melancolía de la bulimia, se ofrece al cuerpo (anestesia) para su destrucción y la satisfacción parcial del objeto de la necesidad, el alimento. Éste es repelido por el *superyó* como objeto hostil por insatisfactor, no hay posibilidad de proyectarlo, de diferenciación narcisista.

Así, las vicisitudes en este proceso llevarán al individuo a diferentes destinos psicopatológicos entre ellos las neurosis alimentarias, paralelas a la melancolía, como la anorexia nervosa, con su sexualidad no desarrollada y la pérdida del apetito y de la libido. Es pertinente anotar que la bulimia puede aparecer en la clínica en cuadros de anorexia nervosa como episodios bulímicos, obesidad, depresión o como una entidad separada, además de las condiciones que enumera y enlista Freud. Por ello la inquietud en profundizar y abrir algunas reflexiones metapsicológicas, desde lo corporal y sus fronteras somatopsíquicas, cómo se construye en forma más específica el síntoma bulímico.¹⁶

Frontera somatopsíquica

Así, con el esquema sexual planteará que en la organización del cuerpo, ahora cuerpo erógeno para el psicoanálisis, se establecen en su origen fronteras la somatopsíquica y la frontera del *yo*.

Más tarde, en 1905, Freud formula el concepto de pulsión (*Trieb*) como el *límite representacional* entre lo psíquico y lo somático, como la delegación energética de la investidura en el psiquismo de una excitación somática de origen interno,¹⁷ es decir, la investidura –asunto pulsional– es del orden

¹⁶ Cfr, Feinstein, Sh, Sorosky, A (comp), *Trastornos en la alimentación*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1988, p 12 “En la actualidad, la bulimia, al igual que la anorexia, se tornaron términos de uso doméstico Sin embargo, la variedad de vocablos diferentes utilizados en la literatura profana y profesional para describir el síndrome bulímico lleva a confusión bulimarexia, síndrome del comedor compulsivo y personas delgadas-gordas El término bulimia de peso normal se utiliza ahora ampliamente como una manera de diferenciar el síndrome primario del subtipo bulímico de anorexia nerviosa”

¹⁷ Es importante aclarar que la pulsión es un concepto metapsicológico argumentado por el psicoanálisis freudiano y, como se ha mencionado, habría que distinguirlo de los términos instinto pero también del de *energía* Esta última en el animal, se traduce, por ejemplo, en matar, pero en el humano, en tanto aquel que desea hablar de la representación de la pulsión, anuncia la prohibición, y en este caso se trata de un asesinato precisamente porque hay representación Es decir, cuando Freud hace referencia a lo *filogenético* del *ello* a lo largo de la *historia*, habría que explicitar que lo hace en el *terreno de la filogénesis de la representación en el ello*

de la *zona erógena*, en donde el objeto fantasmático liga con la zona erógena. Por ejemplo, el pecho devendría *el rasgo* identificatorio: el troquelado boca-pecho sostendría el *ideal del yo*. Rasgo boca-pecho unario que a su vez depende de la identificación directa o primera con el padre ideal que no depende de una identificación por pérdida o resignificación.

En *El yo y el ello* Freud afirma que el cuerpo es visto como “un objeto otro”, establece la idea de que el cuerpo en su origen se compromete o liga con (en) lo (por) otro. Es a partir de las zonas erógenas desde donde se configura el objeto (desde la parcialidad), las identificaciones y la elección de objeto; en donde el objeto de la necesidad (objeto de la pulsión) se resignificará. Gracias a la represión, éste se erige en el *yo* como ideal identificatorio y/o como elección de objeto amoroso. Recuérdese que antes del objeto de la necesidad lo que se reprimió fue el objeto erótico materno. El cuerpo del psicoanálisis es el cuerpo erógeno, irreductible a la carne. Es hacer cuerpo respecto a eso otro que es la carne.

En su esquema sexual, Freud distingue dos fronteras: la somatopsíquica y la del *yo*, y cuatro cuadrantes (el manto, la cosa respectiva en cada complejo, el complejo del prójimo y el devenido del otro).

El grupo sexual psíquico (Ps. S.)

El umbral de las fronteras es el agrupamiento de las representaciones psíquicas que tramitan la sensación o tensión y la distancia con el cuerpo de la madre. Son el otro con respecto a la carne y constituyen la imagen narcisista del cuerpo y pauta de identificación para el *yo*.

En dado caso que no se ligue la pulsión a la representación que carece de la acción específica por parte del objeto y de un borde-frontera, no hay forma de proyectar o representar la ausencia del objeto mismo, se corre el riesgo de que surja el dolor (seudo pulsión), a pesar de que notifica en un primer momento del cuerpo, y se dificulte la apropiación del cuerpo por parte del *yo*.

Se da la vivencia de herida sangrante, agujero “doliente”. No hay posibilidad de duelo de la ausencia del objeto para lograr su representación, la distancia de la representación y la sensación se disminuye en forma signi-

ficativa. Plantea el antecedente del masoquismo primario en la manera en que se articulará el dolor con el cuerpo y su inscripción en la representación narcisista de éste, de ahí la emergencia de la desmentida de la ausencia del objeto y la imposibilidad de la representación psíquica: aparece la idea de mismidad o de ser uno con la madre, objeto originario que nunca existió. No hay fantasma que testifique la distancia entre los cuerpos y la vía de la satisfacción pulsional. Sólo queda registrada la materialidad del dolor corporal. Del mismo modo, si no se liga la pulsión a la representación por la ausencia del objeto y la investidura, se presenta el narcisismo como replegue en el dolor. Asimismo, se altera la investidura libidinal dentro del *yo*, que construyen o desconstruyen la imagen narcisista del cuerpo. Surge el síntoma como consecuencia, dirá Freud, del despojo de excitación o investidura del grupo de representaciones y se desvía como tensión hacia el plano orgánico, ahí surge la angustia por la ausencia del objeto o angustia melancólica.

Otra consecuencia de la desinvestidura del grupo de representaciones es la anestesia en tanto sensación voluptuosa en el órgano terminal. El falso enlace con las representaciones está de fondo en la anorexia nervosa y en la bulimia. También de la melancolía en la medida en que el grupo sexual psíquico se debilita por la ausencia de voluptuosidad, muy común en las mujeres.

Se dificulta la investidura de grupo sexual psíquico, umbral psicossomático y por el contrario, se permanece en la añoranza o investidura del cuerpo del otro, o la imposibilidad de sustraerse a la mirada del objeto. “La *angustia* nace como reacción frente al *peligro* de la pérdida del objeto, una reacción así, es el duelo [...] [pero] ‘Cuándo la separación del objeto provoca angustia, cuándo duelo y cuándo quizá sólo dolor?’”¹⁸

Freud intuye que al principio el lactante se angustia frente a la pérdida del objeto y en ese momento surge el dolor. No diferencia la ausencia temporal de la duradera. La angustia del *yo* surge por la pérdida de percepción del objeto. Sólo las ausencias y el consuelo repetido permite el discernimiento a través de la simbolización del juego. “La ausencia es lo que es displacentero y la simbolización hace presente el placer de la representación. El

¹⁸ Sigmund Freud, “Duelo y Melancolía”, *Obras completas*, tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1988, p. 158

acto en sí, también como hecho psíquico, como acontecimiento, contiene el logro de una representación como triunfo sobre la ausencia".¹⁹ Sólo así se conservará la investidura en el grupo sexual psíquico de las representaciones que garanticen la frontera somatopsíquica y la integridad del *yo*.

Sin embargo, todo ello dependerá del tipo de proyección y/o de huella de vivencia de satisfacción que la madre logre proporcionar para que esto sea posible. Se ha visto que cuando no hay respuesta al llamado del lactante, en la fantasía puede surgir la idea de abandono y/o destrucción por parte del objeto (hostil), produciendo fantasías paranoides y de culpa. Y el *dolor psíquico* se hace presente ante la *pérdida del objeto*, como hemorragia interna por donde se escapa la excitación, no hay soporte de zona erógena para la descarga del deseo inconsciente.

Frontera del yo

Conforme las representaciones median la distancia con las sensaciones corporales, el *yo* adviene por identificación con las representaciones, facilitado desde la defensa primaria del retardo o diferimiento de la descarga; insaturación de la dimensión temporal del *yo*. De ahí que el *yo* es de lleno una instancia de frontera. Entre el adentro y el afuera, el inconsciente y la toma de conciencia, el cuerpo y no cuerpo; es la oportunidad para que el *yo* se apropie del cuerpo, ya no es uno con el objeto, una extensión o una propiedad de éste. Y esto sólo es posible cuando en primera instancia el objeto sexual (materno) es resignificado en objeto de la necesidad, que luego bajo la represión propiamente dicha, devendrá en objeto de amor.

Objeto sexual

Como se ha dicho, el objeto sexual es el punto de partida de la sexualidad en tanto inaugura el otro, el cuerpo del otro (complejo del prójimo o de percepción). Hace la diferencia entre el cuerpo otro (o manto, predicado)

¹⁹ Mirta Casas de Pereda, *En el camino de la simbolización*, Paidós, Buenos Aires, 1999, p. 60.

y lo inasible de la carne o resto incognoscible: el cuerpo erógeno surge de la castración de la mismidad con el otro o de la ambigüedad frente al cuerpo del otro, para dar lugar a la pulsión, y la angustia, al sustraerse de la mirada del objeto originario. Algo que en el proceso melancólico no ocurre, no se sustrae a la mirada del objeto, no tramita su diferenciación, su ausencia y distancia.

El cuerpo erógeno

Freud plantea varias hipótesis, y a pesar de que habla de la melancolía, se conjetura desde aquí que el aparato psíquico se estructura a manera de un proceso melancólico, es decir, que a partir de la presencia y ausencia de la madre se promueve el trabajo representacional. Con ello traza las líneas para analizar la construcción del aparato psíquico, las fronteras somatopsíquicas y las vicisitudes de la clínica.

El *yo*, el aparato psíquico, la sexualidad, se inauguran a partir del Otro, del Otro psíquico o el inconsciente originario materno. La acción específica de la madre rescata al bebé de la indefensión, de la situación displacentera o de dolor, pero en realidad se rescata a ella de la experiencia displacentera en tanto se inscriba la ley del padre primordial o se ubique en Falta. Desde aquí la madre inauguraría un devenir psíquico en el infante en tanto:

- a) invista o no, desde el ideal narcisista originario, para que la pulsión de muerte promueva en el *yo repetición* cuyo apronte de angustia lleve a la simbolización a partir de la huella de vivencia de satisfacción que introduce la *inhibición o defensa primaria* que inaugura el *yo*, en su dimensión temporal al diferir o retardar la descarga.
- b) que el displacer o el dolor de la *ausencia* de objeto aparezca como evidencia o no de la *pérdida del objeto originario* que causa deriva o vivencia de satisfacción,
- c) *compulsión a la repetición de lo inconsciente originario*, de lo no representado, que aparecerá como compulsión a la repetición en la producción psíquica en la repetición sintomática del *yo* como efecto de la no liga-

dura ante *la pérdida de objeto* que hizo huella o, en la alternativa de la *Diferencia expresada en la sustitución metafórica* de la huella mnémica²⁰ y de lo originario inconsciente, de la representación de eso otro carne (frontera somatopsíquica), de la ligadura simbólica del objeto de la necesidad o pulsional y del objeto fantasmático de la zona erógena

El dolor como borde del agujero doliente (idea presente en el *Manuscrito G*), que da la noticia primera del cuerpo propio, promueve el llamado o grito de dolor de lo Otro. La madre reconoce el llamado desde el trabajo psíquico del organismo propio o de su Falta, para leer la descarga corporal del bebé desde su Falta, ahí ella ejerce la acción específica: lee lo corporal, hace metáfora, en el proyectado de objeto de la necesidad o liga de objeto específico de la zona erógena. Gracias a la respuesta materna se estructuran las dos fronteras: la del *yo* y la frontera somatopsíquica. Sólo así será posible que la madre con su deseo reconozca al bebé como su objeto de deseo. Deseo que abre la vía a la deriva pulsional hacia el objeto. Desde este momento el cuerpo erógeno tiene en la pulsión su constituyente inseparable.

La propuesta a considerar en esta ocasión es que, en un inicio, la acción específica de la madre queda registrada en la sensorialidad del organismo a manera de engranes y pictogramas (lo que Piera Auglanier llamó como proceso originario, en su texto de *La violencia de la interpretación*). Todavía no se llega a diferenciar con ello espacios de adentro y afuera, ni tampoco límites y formaciones imaginarias fragmentadas del cuerpo. Se trata más bien de inscripciones puntuales de lo sentido en la carne, pero que aún desconocen la dualidad que las determina.

Anterior a las representaciones freudianas, la peculiaridad de las inscripciones o pictogramas es que no son susceptibles a la represión. Precisamente porque serán lo que de inicio marcan la frontera somato-psíquica (mencionada por Freud), y no son reprimibles e irreductibles todavía a lo psíquico en el sentido freudiano. Constituyen el primer borde entre el organismo y el aparato psíquico.

²⁰ Este proceso de sustitución metafórica Freud lo problematizó a través del análisis del juego del carrito *Fort Da* en *Más allá del principio del placer*, en donde además plantea cómo la pulsión de muerte interviene en esta conformación simbólica.

La propuesta temprana del dualismo carne-psique inicial aparece coherente con la noción de frontera somato-psíquica propuesta por Freud²¹ Habrá que mencionar entonces, que en la conformación de la frontera somatopsíquica que da origen al cuerpo erógeno psicoanalítico, las inscripciones puntuales de lo sentido, la carne o pictogramas no son reprimibles y son previas a la huella de vivencia de satisfacción original

Así, la fuerza del displacer retenida produce imagen psíquica, representación –cerca o lejos– de la sensación corporal, lo que dependerá de las defensas originales, originadas por el proyectado del Ideal narcisista materno o investidura de las huellas mnémicas Sólo con la acción específica de la madre se apuntala la pulsión como representación en lo psíquico de la sensación corporal (Q) (causa de la representación). se hace y ubica en la frontera somatopsíquica al sustituir el elemento sensorial con representaciones Expresión de la castración, trazo del sujeto deseante: cuerpo erógeno que se hace con respecto a ese otro, que es la carne

De ahí se desprende que los destinos psicopatológicos resultantes dependan en cómo la madre desde su narcisismo (que puede ser de vida o muerte) organice su deseo de tal forma que llegue a configurar un cuerpo erógeno Imaginado desde su falta o, por el contrario, se quede con dificultades en la *diferencia* o en el proyectado del *yo* al cuerpo como su extensión en su dimensión representacional, que promueva descarga del deseo inconsciente como efecto de la identificación con el rasgo del objeto de la necesidad y que sea sólo eso, pura carne sin deseo, en donde el *superyó* con su dictaminado ataque al *yo*-cuerpo y a su ideal, debido a la culpa inconsciente por la añoranza melancólica del objeto originario.

El síntoma bulímico

*Ante todo, para el psicoanálisis el síntoma es en principio indeterminado hasta que se analice en su particularidad No hay saber.*²²

²¹ Octavio Chamizo, "Cuerpo y ética", *Espectros del psicoanálisis*, La Tinta en el Diván, México, 1998, pp 1-31

²² Afirmación presente desde la primera versión de este trabajo

El síntoma se devela a través de sus diferentes estratos en la construcción del psiquismo; dice algo a otro sin ser dicho: "Así se comprende que el yo intente, además, cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, aprovechando toda oportunidad para ligarlo de algún modo a sí e incorporarlo a su organización mediante tales lazos".²³

Se trata de reducir la ajenidad, lo extraño inconsciente originario²⁴ del síntoma. Aquello inconsciente originario que no ha alcanzado representatividad y que se expresa como compulsión a la repetición en la repetición del síntoma. Dicho de otra forma, se instaura la desmentida al tratar de reducir al Otro (inconsciente) al Mismo, al *yo* como totalidad frente a cualquier otro.

Freud, dirá: "Crean, entonces, un sustituto para la satisfacción frustrada, lo hacen por medio de una *regresión de la libido*²⁵ a épocas anteriores, a la que va indisolublemente ligado el retroceso a estadios anteriores del desarrollo en la elección de objeto o en la organización".²⁶

Regresión del *yo* por la culpa inconsciente al no cumplirse el proyectado en el objeto de la necesidad que sería la representación pulsional sustitutiva o diferencia frente al objeto originario. El *yo* y su proyección a la extensión del cuerpo es destructivo, la pulsión de muerte se torna autodestructiva porque no se mezcló durante el proceso de sustitución metafórica o de diferenciado. No se proyecta, se queda adentro, ahora, el *superyó* como el ello por la culpa, se encuentran ligados en la destructividad de la pulsión de muerte porque el *yo* pacta con el *superyó*.

²³ Sigmund Freud, "Inhibición, síntoma y angustia", *Obras completas*, tomo XX, Amorrortu, Buenos Aires, 1988, p. 94.

²⁴ Recuérdese que en la obra de Freud se pueden distinguir dos ideas importantes del inconsciente: el sexual infantil reprimido y lo inconsciente originario, que es descriptivo, que no resulta de la represión. Es aquel que es originario, que hace huella pero que no alcanza representatividad y que sin embargo impulsa la compulsión a la repetición en toda la producción psíquica, ya sea un síntoma, la transferencia o presente en la repetición del proceso simbólico descrito en el juego del carrito del *Fort Da*.

²⁵ Cursivas mías.

²⁶ Freud, citado por Chamizo, *op. cit.*, p. 29; *cfr.* Sigmund Freud, "Conferencias de introducción al psicoanálisis", *Obras completas*, tomo XVI, *op. cit.*, p. 333.

El *fenómeno regresivo* surge porque al no haber mezcla de la pulsión de muerte, el amor (supuestamente esperado con la identificación con el rasgo del objeto o libido narcisista que retorna al *yo*), se convierte en odio, en destrucción. El *yo* ideal es insusceptible de proyección para reconocer al objeto de amor y se estropea el proceso identificatorio con el rasgo que sostendría el ideal del *yo*. El *superyó* sólo destruye al *yo*-cuerpo y a su ideal, y permanece la añoranza o anhelo de completud: el *yo* desmiente.

El *yo* no sabe que es *yo* por la identificación con el ideal; el *yo* es su propio ideal, equivale a decir, “yo soy el deseo del Otro” es un modelo identificatorio sin pérdida de objeto originario. El ataque del *superyó* al ideal o si el ideal ataca al *yo*, el destino pulsional es vuelta sobre el *yo* propio, no hay objeto en el cual proyectar el amor.

Sustitución regresiva que aparece entre el fantasma y el cuerpo, entre la pulsión y lo Otro (que abre). Busca cerrar con los dichos corporales, lo Otro que abre la simbolización, la representación del cuerpo como herencia del don, de la caricia con el encuentro con el objeto de la necesidad.

El síntoma buscaría reducir la diferencia radical con el objeto originario y la representación o frontera somatopsíquica; intenta acercarse a los dichos-sensaciones corporales. Ser uno con el Otro.

¿Pero qué se intentaría suplir o sustituir en el síntoma bulímico? Si se opta por considerar al síntoma bulímico dentro de los estados melancólicos y de duelo patológico,²⁷ en la medida que surge con la finalidad de erradicar cualquier percepción de la ausencia del objeto, se desmiente la representación pulsional u objeto de la necesidad de actuación como defensa frente a un trasfondo de angustia.

Se pretende, por el contrario, reencontrar o investir un objeto que nunca hubo. En realidad, en el origen –diría Freud– sólo queda el resto restado del objeto, sólo huella, vivencia de satisfacción. Su representación es lo único posible.

Para Freud no hay *relación* de objeto, ya que desde el inicio está un tercero, la ley del padre primordial cuya identificación directa media la investidura del Otro psíquico materno que hará huella; identificación directa paterna que soporta la identificación primaria.

²⁷ Se puede ampliar el tema del duelo patológico en el artículo de Leticia Paz.

Quizá esto es desmentido y se intenta sustituir en la condición sintomática bulímica con la desinvestidura representacional de los *rasgos* que resultan de la identificación secundaria por la represión (cuya medida es el ideal narcisista inconsciente) ejercida por el yo, y que son el resignado del objeto de la necesidad, por ello se orientaría a comprometer las fronteras somatopsíquicas, dando lugar a la angustia y a la vivencia de dolor.

Es un intento de reducir al Otro a la materialidad de la comida y a su control a través del vómito. Es una ilusión de la presencia sensorial del objeto, que le permita intentar reconstruir las fronteras del yo, pero falla. No puede registrar el adentro-afuera, conciente e inconsciente, un cuerpo y no cuerpo, y frontera somatopsíquica, para poder investir el grupo sexual psíquico de las representaciones e intentar conformar una imagen narcisista del cuerpo. Su añoranza melancólica y su desmentida, lo alejan de esta posibilidad de la representación de la *diferencia*. La función materna y su acción específica de huella de vivencia de satisfacción ha fallado al no nombrar a la descarga energética desde su falta, desde su proyectado, desde su ideal narcisista.

Existe la posibilidad de la culpa por la fantasía que la falla materna se lea como una vivencia de haber destruido o devorado al objeto, la única forma de recuperarlo es con la materialidad del alimento, como regresión oral. Pero dicho dolor, instalado en la materialidad corporal, no logra obturar el borde, la hemorragia. No hay representatividad. De ahí la necesidad compulsiva de repetir el síntoma una y otra vez, para garantizarse la presencia del objeto que nunca estuvo. Así niega al objeto de la necesidad o de la pulsión y se instaura en el control del objeto para escapar de las ansiedades paranoides: se perpetúa así, la pérdida del objeto.

Vaciamiento, hemorragia dolorosa ante la imposibilidad de las fronteras somatopsíquicas del cuerpo, otorgadas por la identificación directa con la ley del padre primordial, vía investidura inconsciente parental, en tanto obstáculo entre el objeto sexual materno y el infante, que garantizará con la castración la emergencia, por resignificación, del objeto de la necesidad y la vivencia de satisfacción, sólo posible desde la Falta de la madre. La frontera somatopsíquica se organizará sólo con la erogenidad corporal zonal, que posibilita la elección de objeto (desde la parcialidad) y la identificación simbólica del yo. La bulimia parecería repeler esa posibilidad.

Bibliografía

- CASAS DE PEREDA, Mirta, *En el camino de la simbolización*, Paidós, Buenos Aires, 1999.
- CHAMIZO, Octavio, “Cuerpo y ética”, *Espectros del psicoanálisis*, La Tinta en el Diván, México, 1998, pp 1-31
- , *Apuntes del Seminario de psicopatologías narcisistas*, 2000-2002.
- DESPRATS PEGUINOT, Catherine, *La psicopatología de la vida sexual*, Amorrortu, Buenos Aires, 1994.
- FREUD, Sigmund, “Manuscrito G”, *Obras completas*, tomo I, Amorrortu, Buenos Aires, 1988
- , “Proyecto de psicología para neurólogos” (1950) (1895), *Obras completas*, tomo I, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
- , “Duelo y Melancolía” (1917) (1915), *Obras completas*, tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
- , “El yo y el ello” (1923-1925), *Obras completas*, tomo XIX, Amorrortu, Buenos Aires, 1988
- , “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) (1925), *Obras completas*, tomo XX, Amorrortu, Buenos Aires, 1988
- FEINSTEIN, Sh., Sorosky, A. (comp), *Trastornos en la alimentación*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1988
- VALENCIA MEJÍA, Alfredo, *Apuntes del Seminario de la obra de Freud*, 2003-2005

Reflexiones sobre la anorexia

Patricia Sánchez Bringas

Introducción

La anorexia y la bulimia han cobrado un interés creciente para nuestra sociedad; escuchamos mucho sobre estos padecimientos y nos encontramos con gran cantidad de artículos y publicaciones que nos hablan de ello. Sin embargo, de manera paradójica, son relativamente escasos los libros que trabajan este tema.

Se dice que la anorexia y la bulimia son las enfermedades de los tiempos modernos, provocadas por las exigencias e ideales estéticos de la esbeltez, la moda, la publicidad, el consumismo, incluso como una expresión de las relaciones de dominio entre hombres y mujeres. Si así fuera, deberíamos entender a la anorexia nerviosa como resultado de la vanidad o la presión social y cultural sobre la imagen del cuerpo femenino. Sin embargo, podemos pensar que la cultura está objetalizada, el ideal social que se tiene es de completud, bonanza y progreso a partir de una economía de mercado donde el valor de intercambio se dirige a cubrir el orden de la necesidad y no responde al orden del amor. Freud, en *El malestar en la cultura* (1930), nos habla de la yuxtaposición entre necesidad, demanda y deseo, donde el sujeto es depuesto a objeto, teniendo un valor de intercambio.

Si bien es cierto que los llamados trastornos del comportamiento alimentario se presentan con mayor frecuencia entre las mujeres (se dice que de cada diez mujeres hay un hombre con este tipo de padecimientos), ninguna de estas explicaciones permite saber por qué muchas mujeres no llegan a tenerlo

Alimentación y nutrición

Creo importante señalar qué es la alimentación, y qué la nutrición, para introducirnos a las alteraciones de las mismas. La alimentación responde a una necesidad de tipo fisiológico, la nutrición no, esta última se entiende como el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con los diferentes insumos que ingiere¹ La alimentación está relacionada con los diferentes afectos del sujeto que atraviesan la cultura, como la economía, los contextos sociales, los estados de ánimo, la disponibilidad de alimento, etcétera

En muchas ocasiones la alimentación y la nutrición se entienden como sinónimos, pero si hacemos la diferencia, los procesos fisiológicos son análogos entre un individuo y otro, en la nutrición puede haber desórdenes o alteraciones, pero éstas responden a la parte orgánica del sujeto, en cambio, en la alimentación podemos observar diferencias sutiles o muy marcadas; incluso dentro de una misma familia, entre los miembros que la constituyen, se pueden dar contrastes pues hay un vínculo entre la comida y el afecto que empieza a establecerse desde las primeras etapas de la vida. La alimentación deja de ser una mera necesidad instintiva para cargarse de placer o displacer, así la experiencia de satisfacción o de hambre puede modelar la expresión del conflicto

Hablar de la alimentación de los humanos rebasa los límites de lo orgánico como sistema, así como los aspectos social o cultural pensados como causas únicas y específicas; la presencia de la subjetividad vinculada con lo anterior nos posibilita entender al sujeto como un ser constituido por

¹ R G Álvarez *et al.*, "¿Qué es la obesidad? una aproximación para comprenderla", *Psicología y ciencia social*, 1996, pp 2-4

diferentes miradas. Siempre presente un *otro*, pues nacemos con tal desamparo que nuestra existencia depende de ese *otro*, a quien el infante demandará a través de su llanto, de sus gritos, de sus risas, etcétera, la satisfacción de sus necesidades.

Ese Otro es un ser que se manifestará, verbal y físicamente, un ser inserto en un sistema simbólico, generando que el niño acceda a expresar en significantes todas sus necesidades, lo que le permitirá incorporarse al código lingüístico para que pueda poner en palabras aquello que pertenece al orden de las necesidades, que tenga la posibilidad de pedir, de demandar. Pero considero importante señalar que no toda necesidad puede ser convertida en demanda.

Entre la demanda y la necesidad se situará el deseo, el cual nos mostrará el lado de la no satisfacción. Específicamente, la presencia del orden significativo va a atravesar las funciones biológicas, de tal suerte que se advertirán alteradas y, precisamente la anorexia se presenta como la alteración de la función alimentaria.

Las patologías alimentarias fueron identificadas y denominadas como trastornos de la conducta alimentaria (TCA) hasta hace poco más de tres décadas, pero esto no quiere decir que no hayan existido antes.

Acercamiento histórico

Usted me escribió aconsejándome que le pida a Dios que me haga comer. Y yo le contesto, Padre mío, y se lo digo en nombre de Dios, que de todos los modos posibles yo me obligo a ingerir algún alimento una o dos veces por día, y le ruego constantemente a Dios y lo seguiré haciendo, que me otorgue la gracia en el tema de la comida, para que yo pueda vivir como sus otras criaturas.

Catalina de Siena, *Carta a su confesor*

La anorexia no es propia o exclusiva de nuestro siglo, tiene una larga historia. No olvidemos que los griegos tenían la idea del alma separada del cuerpo, la cual se fue construyendo sobre un fundamento moral.

Ya en la Edad Media se han encontrado registros de verdaderas anoréxicas, muchas de ellas santas, místicas y creyentes, tales como Catalina de Siena, Santa Clara de Asís, Hadewijch (mística flamenca del siglo XIII) etcétera. Su íntimo vínculo con Dios les permitía tener la voluntad y el dominio para renunciar a los placeres de la carne incluyendo, claro, la comida.

Catharina Benincasa (registro de 1373 o 1374) era una mujer joven que se entregaba a las prácticas religiosas, incluyendo en éstas la alimentación; ella murió a causa de la anorexia, y la difusión de su vida en el ámbito católico genera muchos seguidores de su práctica alimenticia.

Rudolph M. Bell, en su libro *Holy Anorexia*,² hace un estudio sobre las mujeres que dedicaban su vida a Dios, a la religión, y que presentaban alteraciones en el comportamiento alimenticio. Bell, profesor de historia de Rutgers University, ha revisado escritos autobiográficos de más de 261 italianas, todas religiosas, y que consideró fueron anoréxicas. En la antigüedad, la anorexia se entendía como un don divino por quienes la padecían, ellas eran admiradas y vistas como modelos a seguir. Sin embargo, con el paso del tiempo el ayuno dejó de tener esa connotación, la mirada médica poco a poco fue modificándolo y las santas pasaron a ser histéricas o anoréxicas.

Es un hecho que con el paso del tiempo, la autoinanición se ha ido considerando como una conducta fuera de lo "normal", como síntoma, en algunas ocasiones difícil de entender. Pero detengámonos en algunos conceptos: el término anorexia significa "ausencia de hambre", esto puede responder a diferentes causas orgánicas (metabólicas), o psíquicas (depresión). A la anorexia entendida exclusivamente como un síntoma orgánico se le designa anorexia secundaria. Ahora bien, la anorexia nerviosa se concibe como un síndrome donde se destaca como síntoma principal una negación consciente a comer, y se le designa como anorexia primaria. Se busca conscientemente ser delgado, mantenerse así y, en la mayoría de los casos se presenta una alteración de la imagen corporal. Algo característico de la

² R. M. Bell, *Holy Anorexia*, Chicago-London, University of Chicago Press, citado en R. Van Deth y W. Vandereycken (1194), "Continuity and discontinuity in the history of a self-starvation", *Eating Disorders Review*, 2(1), 1985, pp. 47-54.

anorexia nerviosa es la negación de hambre, no la ausencia de la misma. Así, la anorexia temporal se da conjuntamente con otras enfermedades, es decir que es un síntoma que puede estar en la gastritis, colitis, depresión e inclusive en la esquizofrenia. La anorexia nerviosa es básicamente entendida como un proceso psicopatológico,³ el cual no nos remitirá a una categoría ni a una estructura específica, el TCA entiende a la anorexia como una conducta manifiesta, si ésta se piensa como síntoma, se pone en el orden simbólico, lo que tendrá que esclarecerse para entender el sentido que tiene para la persona que lo padece.

La anorexia nerviosa fue designada por primera vez por Richard Morton en 1689 y se le nombraba *phthisis nerviosa*, era concebida como una entidad clínica independiente y la pérdida de peso se le atribuía a estados de ansiedad y tristeza. Transcurrieron 200 años sin registros o estudios significativos y volvió a tener presencia en el ambiente médico hasta la segunda mitad del siglo XIX.

A finales del siglo XX se han propuesto diferentes criterios para clasificar la anorexia. Por ejemplo la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) dice que, para que se considere anorexia nerviosa se necesita que la pérdida de peso resulte en la mujer, autoinducida mediante la evitación de "comidas grasas", y en el hombre se observe una pérdida de deseo y potencial sexual (equiparable a la amenorrea en las mujeres). Por otro lado, excluye el diagnóstico de anorexia si se han dado "atracones" de forma regular.

En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-IV) los criterios son

- a) Peso corporal 15% por debajo del peso establecido conforme a la edad y talla, así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal
- b) Temor intenso a ganar peso o acumular grasa aun sin tener sobrepeso
- c) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal
- d) Ausencia de al menos tres ciclos menstruales

³ G. Álvarez, R. *et al*, "Variables psicológicas asociadas a la obesidad: algunos avances de investigación", *Psicología y ciencia social*, 6(2), 1998, pp. 50-58

Con respecto a las características que plantea Thomas,⁴ nos dice:

- 1) La edad de inicio es generalmente la pubertad.
- 2) Los pacientes son predominantemente mujeres.
- 3) La reducción en la ingesta de alimentos está psíquicamente determinada.
- 4) Cuando aparecen vómitos espontáneos o autoinducidos se establece un diagnóstico de anorexia-bulímica
- 5) Amenorrea, cuyo origen es psíquico y aparece antes, o lo que es más frecuente después del comienzo de la pérdida de peso
- 6) Estreñimiento, el cual puede servir como excusa para el consumo de laxantes y/o diuréticos
- 7) Emaciación, con los consecuentes efectos metabólicos de la desnutrición, que en casos severos puede conducir a la muerte.

Como podemos observar, los estudios epidemiológicos nos permiten conocer con exactitud la caracterización de la anorexia. Mucha de la información que circula actualmente gira alrededor de los datos que éstos nos muestran

Dejar de comer, provocarse el vómito, tomar laxantes, distorsionar la autopercepción o bien, tener “atracones”, preocuparse excesivamente por el peso, conocer el valor calórico de todos los alimentos, etcétera, son manifestaciones que invariablemente se presentan y nos permiten reconocer que se trata del “mal de nuestro siglo”

Por otro lado, habría que ser muy cautelosos con todo este asunto, hablar de anorexia, enumerar sus características y luego entonces nombrarla como “enfermedad” que puede ser clasificada o encasillada dentro de alguna categoría diagnóstica, trae consigo efectos más bien negativos: enseña a quienes la padecen a reconocerse a sí mismas, a ser reconocidas por los médicos y la sociedad bajo ese mismo nombre.

Desde esta misma postura, con una fuerte demanda social, igualmente se observa la anorexia como algo que se debería exorcizar. La “clínica de la mirada”, aquella que se enfoca exclusivamente en las manifestaciones

⁴ R. G. Álvarez *et al.*, “¿Qué es la obesidad?” *op cit*, pp 2-4

sintomáticas, tiende a sofocar, eliminar o erradicar el síntoma. Esto no puede traer más que dos efectos, ambos profundamente nocivos. La paciente se aferra con mayor fuerza a su síntoma o bien, se somete a la voluntad del médico o especialista quedándose en el lugar de puro objeto. La “clínica de la escucha” por el contrario, se interesa sobre todo en los procesos y las causas que originan el síntoma.

La escucha

La gente feliz no tiene historia. En el desconcierto, la tristeza, cuando uno se siente quebrantado o desposeído de sí mismo, experimenta la necesidad de narrarse.

Simone de Beauvoir

Una postura distinta plantea lo que podríamos llamar una *clínica de la escucha*, escuchar, permitir entonces que la anoréxica hable, ponga palabras que puedan tener un lugar, que hable en lugar de *actuar*, puede hacer que se inscriba ahí algo inédito, que permitirá a su vez insertar su padecer en su propia historia, es esta construcción lo que consentirá en todo caso decidir si se trata de una histeria, de una obsesión o de alguna otra estructura. Esta posición parte de la idea, como se mencionó anteriormente, de que la anorexia y la bulimia no son entidades clínicas en sí mismas, sino que se debe considerarlas como síntomas, es decir, como la manifestación de representaciones que al no poder decirse o re-conocerse, surgen entonces como una formación de compromiso, como algo cifrado que habría que descifrar. Las coordenadas con las que podemos emprender esta aventura las sugiere el mismo síntoma: alimentarse, eliminar, vaciarse, desaparecer, todo en relación con un cuerpo que imperiosamente tiene que adelgazar, tiene que eliminar la carne hasta llegar a los puros huesos y a una imagen de ese cuerpo que no logra nunca la perfección, el ideal, y que al hacerlo se aproxima más y más a la muerte; el ser mujer, el ser una joven adolescente, por lo general, son todos ellos signos que no pueden más que invitar a preguntarse, a investigar, a escuchar.

Todo síntoma es como una metáfora que dice algo —aunque su sentido oculto nos resulte desconocido—, no es casual que el acto de alimentarse sirva de metáfora para expresar tantas cosas. “ser devorado por la mirada”, “quedarse en ayunas”, “sentir un vacío”, “no tragar a algo o a alguien”, etcétera, son algunas de las expresiones que presta el lenguaje para decir “otra cosa”

¿Qué dicen la anorexia o la bulimia con sus extraños y enigmáticos actos? La investigación psicoanalítica ve estos trastornos como un síntoma que puede desarrollarse en diversos cuadros psicopatológicos o en diferentes estructuras clínicas, a su vez, la estructura clínica se comprende como un proceso, como algo que se construye y se va escribiendo en las estructuras histéricas y obsesivas, aunque el síntoma se aproxima más a la histeria.⁵

Como síntoma, los TCA tienen un valor simbólico que ha de ser descifrado para lograr acceder a la significación que tienen para el sujeto que los padece. Y entendamos el síntoma como un mensaje cifrado que revela y encubre ciertos deseos, angustias y conflictos de la persona cuyo sentido es inconsciente. Siendo así, las asociaciones verbales del sujeto son las que abren el camino a la expresión de aquello que ha sido reprimido. La clínica de la mirada propia del modelo médico, es sustituida por la clínica de la escucha para que ponga en *palabras* lo que se manifiesta como *acto*. En los TCA el sujeto y su palabra aparecen borrados a favor de los actos (ingesta de alimentos, vómitos, etcétera).

La clínica de la mirada se centra en los actos y se propone modificar los efectos o bien el sujeto insiste en su síntoma para afirmarse y exigir ser reconocido como tal, o bien se reduce a ser *objeto* de los deseos e intenciones de los otros. La escucha abre la posibilidad de interrogar y dejar hablar al ser y su propio deseo, es justamente eso lo que se pone en juego en los TCA: una problemática subjetiva que se manifiesta de manera simbólica.

Desde un enfoque más social o cultural, habría que observar los “ideales sociales” vinculados con el lugar de lo femenino en nuestra cultura. Las exigencias culturales conducen a la renuncia, al sacrificio, a la alienación y ello se paga al precio de una neurosis.

⁵ Hay que diferenciar cuando aparece la negativa a alimentarse como parte de un cuadro depresivo

Los TCA nos permiten apreciar los conflictos inducidos por los modelos de identidad femenina, de una imagen corporal, ideal dominante en la cultura occidental, la anorexia es como una construcción social, tiene una larga historia y se le ha asociado –en oposición al alma– con la carne, el placer y el mal, las dietas en ese sentido no representan una exigencia cultural reciente, se les asocia a lo largo de la historia y desde los griegos con la moderación y el autodomínio, desde la Edad Media el sentido del ayuno ha sido el de la purificación espiritual, el dominio de la carne y el sacrificio. La gula es uno de los siete pecados capitales. La oposición maniquea entre cuerpo y alma tiene una larga historia y sigue teniendo muchos adeptos. A la anoréxica se le asocia con la fuerza espiritual y la bulímica vive cada episodio de voracidad como un acto de debilidad espiritual.

Es hasta el final de la era victoriana en que se rechaza el alimento en aras de un ideal estético ya no se aspira a la perfección del alma, sino a poseer una imagen del cuerpo ideal, por lo que se desarrollan numerosas técnicas para lograr una transformación física, desde las dietas hasta las intervenciones quirúrgicas. Esto exige pensar en lo que trata Michel Foucault sobre el control de los cuerpos como una poderosa estrategia de formalización, que busca la producción de cuerpos dóciles, capaces de autocontrol y al servicio de las normas sociales y de las relaciones de dominio y subordinación imperantes. La representación del cuerpo no sólo modela sino construye un cuerpo, un cuerpo dócil moldeándose a partir de una *mirada* vigilante que cada quien llega a interiorizar; las prácticas normativas de la feminidad en nuestra cultura, producen las disciplinas de la dieta y el ejercicio preparando al cuerpo femenino para la docilidad y la obediencia.

Puede apreciarse entonces una paradoja: la anoréxica “controla” su cuerpo, pero a su vez es “controlada” por ese control. El modelo estético de delgadez dominante en nuestra cultura, representa una solución de compromiso entre exigencias contradictorias, el cuerpo se convierte en metáfora de la exigencia pulsional, la compulsión por adelgazar da cuenta de una angustia ante el cuerpo que desea, es un cuerpo que no tiene control y no puede controlar. El cuerpo nos confronta con nuestra identidad –que se dice es una construcción social– y con las contradicciones y huecos de ésta. El cuerpo del infante es observado por el adulto como aquel que en un futuro será un humano en plenitud, para ese niño no hay diferencia del

cuerpo de la madre y del suyo, posteriormente, la vivencia del cuerpo nos permite separar lo interno-externo, pero hay un tercer paso, aquel que nos deja sentir el cuerpo como objeto, como algo que temporalmente estará apartado del "sí mismo", este dualismo cuerpo-mente es una etapa imprescindible para movernos del centro; sin embargo, si nos mantenemos en este intervalo, el cuerpo estará subordinado a la mente

La comprensión de los TCA no se agota con la referencia a los efectos subjetivos de los ideales estéticos, éstos desempeñan un papel importante pero no nos permiten entender por qué no todas las mujeres sufren su impacto de la misma manera. Los trastornos denuncian no sólo un malestar social, sino también un malestar interno manifiesto a través del síntoma, la expresión de un conflicto pone en juego el mismo ser del sujeto

El alimento trasciende el plano de la necesidad, tiene en todo caso una intensa carga o contenido erótico. Los TCA son la prueba más patente de ello, pues ponen de manifiesto que el cuerpo es un escenario en el que se desarrolla el drama del sujeto: sólo se puede reconocer en los significantes propios de un orden simbólico, que no puede constituirlo como humano sin alienarlo, se despliegan en el cuerpo de una manera multidimensional como síntoma, se aproximan a la conversión histérica que remite a otras escenas aunque en la anorexia el cuerpo se ve comprometido en su dimensión real de *patología psicósomática de alto riesgo*

El síntoma interviene sobre su cuerpo y por eso se considera una *patología del acto se hace lo que no se puede decir* Como diría Lacan, nos encontramos no frente a cuerpos hablantes, sino a sujetos hablados por el cuerpo. Lo que está en juego desde el punto de vista del *sentido* no es el organismo biológico sino la subjetividad alienada en él, por eso no es importante hablar sino escuchar, o bien, dejar que la palabra tome su lugar.

Para comprender las anorexias y bulimias es imprescindible investigar su compromiso con la esfera familiar. Si el síntoma revela y encubre el enfrentamiento del sujeto que lo padece con unas coordenadas existenciales que despiertan angustia y son difíciles de aceptar, cumple también una función similar para sus padres o al menos alguno de ellos. El cuerpo de la hija bulímica puede encarnar el objeto de un duelo imposible de la madre, de ahí la frecuente complicidad de los padres con un síntoma que pretenden reducir, pero que inconscientemente contribuyen a perpetuar.

La angustia específica de la adolescencia se refiere no sólo a la reedición del conflicto edípico con su correlato en la castración, sino también a los procesos relacionados con la transformación de la propia imagen, se pierde una parte de sí mismo y luego entonces, se confronta uno con la idea de unidad imaginaria. Ello trae cuatro dimensiones de significación: Ruptura del vínculo con la madre, pérdida del yo corporal, pérdida de la completud imaginaria –de la que se podía disponer en la infancia– y culminación de la diferenciación entre el *yo* actual y el *yo* ideal (dentro de lo que cabe).

El conflicto adolescente con los padres constituye un signo del proceso de diferenciación que es esencial en la reestructuración del sujeto. Por eso Lacan habla de la alienación y la separación como momentos fundantes en la génesis del sujeto deseante, la nueva identidad que se configura en la adolescencia implica más bien una destrucción de las primeras identificaciones.

La función del doble es restaurar el narcisismo herido. El doble se significa en la imagen especular, en el reflejo del propio cuerpo. El cuerpo es el referente del proceso de simbolización cuyo fracaso se traduce en una disociación entre el sujeto y su cuerpo, como sucede con los TCA. Silvia Fendrik⁶ dice que no es casual que el alimento y el cuerpo, en tanto forman parte de un circuito en el que hay incorporación, expulsión, rechazo, aceptación, se transformen en símbolos. Un símbolo es lo que permite establecer un nexo entre lo que está presente y lo que está ausente, o sea, *re-presentar*, simbolizar en lugar de transformar esa ausencia en signo de alguna significación fija, o multiplicando imágenes omnipotentes donde quiera que uno se encuentre. Un símbolo a diferencia de un signo, dice, expresa, sugiere, pero fundamentalmente hace presente la existencia de una red de conexiones condensadas y apretadamente anudadas pero que posibilitan reconstruir dicha red a partir de un solo símbolo.

La anorexia no es una respuesta y sí una pregunta: ¿qué es ser una mujer? Buscando esta respuesta las jóvenes se indigestan con imágenes que pretenden mostrarles lo que son y lo que desean ser; en ellas el cuerpo se hará símbolo, en sus entrañas permanece la imagen de una madre hambrienta que lo devora todo, de una madre ajena al deseo. La mirada de la

⁶ Silvia Fendrik, *Santa Anorexia. Viaje al país de nunca comer*, Ediciones Corregidor, Buenos Aires, 1997.

madre es aquella que nos aprueba o rechaza, que nos cuestiona, o nos ampara, que nos separa o nos incluye, y en ocasiones nos funde. Ser mirado es ser reconocido, aceptado o tal vez juzgado.

¿Qué sucede con la función madre en la anorexia? La función se vuelve sobreprotectora e inaccesible, situación contradictoria que genera disociaciones, ya que elimina o disminuye en grados máximos la actividad espontánea, aquella que permite se acceda a los aspectos más autónomos de la persona. Dicha sobreprotección va a prescribir el modo y la forma que necesitan sus fantasmas. El ser accesible conlleva la posibilidad de ver al otro como un ser diferente, separado, o sea que proporciona la autonomía en oposición a lo que genera el ser inaccesible, quienes cumplen a partir de lo que *pre-ven* o les angustia.

La sobreprotección implica la sumisión del sujeto sobreprotegido, no es raro que la madre actúe en torno a la apariencia, a lo que se ve, a lo que parece, se va por lo externo, lo que es suyo, elemental, *el cuerpo*. La ternura se sustituye por la vigilancia extrema, y ¿acaso no es en la adolescencia donde se resignifican los fantasmas de la infancia, los cuales aún actúan no sólo para ella, sino también para la misma madre?

Son vastos los fantasmas maternos que pueden removerse, la niña comienza a ser mujer a un precio muy alto, ante la amenaza de dejar de ser precisa para la madre, para la madre real, para la madre introyectada, reviviendo antiguas sobreprotecciones, reviviendo y cargando el erotismo, proyección del propio deseo de la hija.

Muchos son los fantasmas maternos que pueden movilizarse entonces y ello lleva a considerar que, probablemente en la madre existen conflictos de identidad, de su identidad femenina. Pugnas internas que, merced a las leyes del inconsciente, condensan y desplazan en la hija ese propio cuerpo insatisfecho, indeseable, que se arrastra en el curso vital y que, aparentemente resignado y silencioso, transmite su existencia a la hija, a una patética venganza a no se sabe quién.⁷

⁷ N. Caparrós e I. Sanfeliú, *Hacia un modelo psicoanalítico de la anorexia nerviosa. La anorexia, una locura del cuerpo*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1997.

Bibliografía

- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA, *Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales (DSM-III-R)*, Masson Editores, Barcelona, 1987.
- , *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, Masson Editores, Barcelona, 1994.
- ÁLVAREZ, R. G. *et al*, “¿Qué es la obesidad? una aproximación para comprenderla”, *Psicología y ciencia social*, 1996.
- , “Aspectos psicosociales de la alimentación”, *Psicología y ciencia social*, 2(1), pp. 50-58
- , “Variables psicológicas asociadas a la obesidad: algunos avances de investigación”, *Psicología y ciencia social*, 6 (2), 1998, pp 50-80.
- BELL, R. M., *Holy anorexia*, Chicago-London, University of Chicago Press, citado en R. Van Deth y W Vandereycken (1994), “Continuity and discontinuity in the history of a self-starvation”, *Eating Disorders Review*, 2(1), 1985, pp 47-54
- CAPARRÓS, N. y Sanfeliú I, *Hacia un modelo psicoanalítico de la anorexia nerviosa La anorexia, una locura del cuerpo*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1997
- FENDRIK, Silvia, *Santa Anorexia. Viaje al país de nunca comer*, Ediciones Corregidor, Buenos Aires, 1997.
- , *El país de nunca comer. Historia ilustrada de la anorexia*, Libros del zorzal, Buenos Aires, 2000
- HEIKER Marcelo y Miller Cecilia, *Anorexia-bulimia. deseo de nada*, Buenos Aires, México, Paidós, 1998.
- TORO, Josep, *Anorexia*, Ariel, España, 1990
- , *El cuerpo como delito, anorexia y bulimia*, Ariel, Barcelona, 1996
- UNIKEL, C, *Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología clínica*, México, 1998.

Algunas líneas de investigación en torno del suicidio y su tentativa

Alma Leticia Paz Zarza

En la discusión sobre el tema de las estructuras y su relación con el sufrimiento (*pathos*) que generalmente vamos teniendo en los grupos del octavo módulo, se abre paso a la reflexión en torno al tema del suicidio. Una forma didáctica de guiar el tema será ir revisando y reflexionando las aportaciones que han producido algunos campos del conocimiento en torno a la problemática del suicidio y su tentativa.

La dificultad que implica seguir los diferentes puntos de vista y formas de teorizar el suicidio, ha hecho que a éste algunas veces se le asocie con exceso de alcohol o drogas, con enfermedades terminales y también, con situaciones de vida donde el sujeto se percibe atrapado y sale por la puerta falsa del suicidio.

La pregunta que se genera en torno al suicidio es ¿qué impele a un sujeto a atentar contra su vida? Hay otras que giran sobre el mismo tema ¿cómo conceptualizar el intento de suicidio en la neurosis y en la psicosis?, ¿puede considerarse el suicidio como un síntoma? Pero además, ¿cuál es la diferencia entre el intento y acto?, ¿cuáles fuerzas se han concatenado para que un sujeto pueda tramar su muerte? y ¿si este evento es conciente o inconsciente?, ¿cómo y qué se organiza en la trama familiar para que uno de sus integrantes haga un intento o llegue al acto?, ¿cómo ha sido teorizado este problema desde la psiquiatría?

Como vemos, las preguntas que van apareciendo en torno al tema del suicidio tienen referentes históricos que es importante conocer al iniciar su análisis. En este trabajo no pretendo dar respuesta a todas ellas, pero sí abrir el panorama actual de las diferentes aportaciones que nos permitan avanzar en el tema (el cual tiene muchas aristas), pero sobre todo, pretendo no dar respuestas simplistas

Primero daré un panorama de esta cuestión, desde la psiquiatría, después presentaré un reporte de investigación desde la sociología, para así adentrarme en algunos puntos desarrollados desde el psicoanálisis. Al final abriré algunas reflexiones pertinentes para el análisis del suicidio y su tentativa.

Desde la psiquiatría

El suicidio actualmente ha tomado mayor interés por el aumento con que se está presentando, a esto refiere la nota periodística del 29 de agosto de 2000 en *El Financiero* “El Suicidio es una de las tres causas principales de deceso entre las personas de 15 a 35 años, destacó José Ma Bertolote, coordinador del Departamento de Salud Mental de la OMS”.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio está referido como una problemática propia del campo de la psiquiatría, como el lugar del saber que podría hacerse cargo, puesto que su lugar hegemónico en el área de salud permite que desde la medicina se marquen las delimitaciones entre lo normal y lo patológico, además de generar teorizaciones a partir de las cuales han emprendido programas de atención. Tal es el caso del tratamiento y diagnóstico de los pacientes con intentos de suicidio, o de los que en su historial cuentan con familiares que se han suicidado, a partir de estos casos se han hecho estudios para abordar la problemática.

La clasificación que tiene la psiquiatría para el suicidio va asociada a la conducta autolítica, así, “las principales cuestiones en la práctica clínica son la evaluación del riesgo de suicidio y el manejo de la conducta autolítica”¹ Esta última se refiere a la autolesión en general.

¹ Oxford Psiquiatría, *Oxford Core Text*, Marban Libros, Madrid, 2000, p. 242

Para el manejo del suicidio consumado se propone la atención a los familiares y amigos que “necesiten ayuda para afrontar los sentimientos de pérdida, ira o culpa”.² Esto es realmente novedoso e importante para prevenir futuras repeticiones de esta conducta pues probablemente los sentimientos de la familia del suicida sean los mismos que llevaron al fatal desenlace “Así tenemos que en general el gesto autolítico se realiza habitualmente mediante sobredosis de fármacos, pero también mediante heridas, laceraciones y otros métodos más peligrosos como precipitaciones, armas de fuego y ahogamientos”³

El término de gesto autolítico supone una actividad de tipo impulsivo, más que un comportamiento o conducta constante; tal vez en esto radica su peligrosidad, pues aunque no contempla la intención de quitarse la vida, los daños pueden llegar a ser de gravedad. Puede señalarse que el gesto autolítico aparece también en suicidios fallidos, así como en las tentativas de realizarlo.

La psiquiatría ha encontrado algunas de las causas del suicidio, que apuntan a un tipo de trastorno,⁴ aunque también se reconoce la intervención de causas sociales como, por ejemplo, vivir solo, falta de apoyo familiar o de otros, acontecimientos estresantes. Las causas médicas son trastorno depresivo, abuso de alcohol, consumo de drogas, esquizofrenia, trastorno de personalidad, enfermedades físicas dolorosas, crónicas y epilepsia.

También los grupos pueden tener un papel importante, entre ellos, las familias “desintegradas” están asociadas al intento de suicidio en los adolescentes. Los grupos de profesionales, donde cabe destacar el de médicos, también representan un porcentaje alto de suicidios, tal como lo encontramos en diversos estudios, entre ellos, el que menciona lo siguiente:

² *Ibid*, p 248

³ *Ibid*, p 244

⁴ En psiquiatría, las entidades que aparecen en las clasificaciones son conocidas por trastornos más que enfermedades. Se utiliza este término porque sólo en una pequeña parte de los problemas psiquiátricos se logra identificar una patología física, por lo tanto, el término enfermedad, de la forma en la que se usa en la medicina general (significa la presencia de una patología física) no es estrictamente apropiado. Oxford, *op cit*, p 47

[] la tasa de suicidios en los médicos es más alta que en la población en general por causas que se suponen por varios factores como el fácil acceso a fármacos, mayor tasa de adicción al alcohol y otras drogas, exceso de elementos estresantes en el trabajo diario, resistencia a buscar tratamiento a un trastorno depresivo y elección de la profesión por parte de personalidad predispuesta ⁵

En el DSM-IV el suicidio se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto hipomaniaco) [] Estos episodios sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos ⁶

La práctica clínica desde la psiquiatría, generalmente se basa en las clasificaciones del DMS-IV en donde, por ejemplo, el episodio depresivo mayor, que es el que nos ocupa en este momento, se define así:

[] las características de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas ⁷

Así, lo particular del episodio depresivo mayor se ubica en relación con el tiempo, día con día se presentan los síntomas anteriores, que pueden ir en aumento o en descenso. Aunque también es variable, puede transcurrir

⁵ *Ibid*, pp 243-244

⁶ DSM-IV-TR, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, 2002, p 387

⁷ *Ibid*, p 391

sólo en unos cuantos días; uno de los indicadores que se presentan con más frecuencia es el retiro voluntario de la vida social, que puede ir desde el retraimiento hasta el encierro

La evaluación del episodio depresivo es difícil, porque muchas veces se presentan los mismos síntomas en presencia de un diagnóstico de enfermedad física, como cáncer, diabetes, accidentes vasculares, cerebrales, entre otras. Sin embargo, para diferenciarlo se debe tener en cuenta que

[] un episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica. Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos dos meses, generalmente se considera resultado de un duelo, a menos que esté asociado a un deterioro funcional importante o incluya preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor⁸

El criterio diferencial para la evaluación del episodio depresivo mayor es con el duelo, sin embargo, al presentarse los mismos síntomas en enfermedades físicas, podemos conjeturar que está presente el riesgo de suicidio. Algunas de las características descriptivas y de trastornos asociados al episodio depresivo mayor se presentan a menudo en sujetos

[] con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobia, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor [] La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias⁹

Como vemos, el espectro que rodea al suicidio es muy amplio, porque también se añaden las siguientes causas:

⁸ *Ibid*, p. 394

⁹ *Idem*

Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p.ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto¹⁰

La tensión psicosocial, puede ser un desencadenante del episodio, pero se debe tener en cuenta que la duración de este episodio no puede ser tan exacta pues el tiempo es una categoría donde la fragilidad o la fortaleza de subjetividad se expresan.

Desde la sociología

Uno de los sociólogos más importantes en el desarrollo de las ciencias sociales es Emilio Durkheim (1858-1917), quien realizó estudios en diferentes países de Europa, buscando algunas determinantes en el suicidio, él llegó a proponer que

[] el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de la sociedad religiosa, de la doméstica y de la sociedad política. Y por consiguiente, el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de los que forma parte el individuo¹¹

El suicidio no sólo ha sido estudiado por la psiquiatría, sino también por la sociología pues sus efectos alcanzan a una población muy amplia, ya sea a través del intento o del consumado. Muchas de las condiciones que señala la medicina como la desintegración familiar, la política, etcétera, fueron señaladas también desde la sociología. Durante los últimos años del siglo pasado movimientos sociales y guerras tuvieron como consecuencia cambios importantes en la historia y geografía mundial. Los efectos tanto en la salud física como en la mental tuvieron un deterioro importante como lo reporta un diario de México

¹⁰ *Idem*

¹¹ Emile Durkheim, *El Suicidio*, FCE, México, 2000, pp 175-176

[...] se considera que la profunda crisis económica y los cambios políticos y sociales experimentados por los lituanos desde la recuperación de su independencia en 1991, ha contribuido decididamente al repunte del número de suicidios.¹²

En este punto la reflexión sobre la dificultad que encaran los seres humanos ante situaciones, donde sus creencias, ya sean religiosas, familiares, sociales o de cualquier tipo, se ven amenazadas por cambios bruscos donde no alcanzan a ser elaboradas, nos muestran la vulnerabilidad, pero también las heridas narcisistas, así como lo menciona el artículo del diario arriba citado.

Desde el psicoanálisis

La advertencia de Freud, en *El malestar en la cultura*, adquiere un valor actual y preponderante al interior de la cuestión del suicidio; él planteó tres fuentes del malestar: “la hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y, la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres en la familia, el Estado y la sociedad”.¹³

Pertenecer a una cultura implica un gran esfuerzo, tanto en lo físico como en lo psíquico, los procesos de sujeción a los que cada sujeto se ve obligado le producen malestar y contrariedades. La hiperpotencia de la naturaleza que le arrebató la siempre frágil infraestructura de su hábitat, le muestra su fragilidad corporal. Las fallas e insuficiencias de las normas reguladoras de los vínculos que sujetan y dan forma a las instituciones como son la familia, el Estado y la sociedad, hacen que el sujeto se perciba en constante amenaza en su subjetividad.

Para el sujeto, el deseo de vivir va a la par del enfrentamiento constante de una cultura que trata de resolver sus contradicciones internas, sin obtener resultados en el corto o mediano plazo y que, sin embargo, se

¹² *El Financiero...*, *op. cit.*

¹³ Sigmund Freud, “El malestar en la cultura” (1930), *Obras completas*, tomo X, Amorrortu, Buenos Aires, p. 85.

convierte en su *modus vivendi*. Así, los momentos de crisis en los cuales no es capaz de sostener el deseo de sujetarse a la vida, tal vez por la indignidad, la vergüenza o el dolor, cobran tanta fuerza que los vínculos contráidos e impuestos dejan de tener vigencia.

¿Cómo mantener vigentes los vínculos que una vez fueron estructurantes? y ¿cómo dejan de serlo? Son preguntas que se ubican en el terreno del suicidio y su tentativa. El psicoanálisis, a sabiendas del malestar que produce la vida en una cultura, apuesta a desentrañar, a descifrar las fallas y vicisitudes del sujeto, sosteniendo una postura ética del deseo.

El problema que nos ocupa nos remite a las formas estructurantes que le permitan o no hacer frente a estas vicisitudes, así como encontrar las fallas de la estructura que lo sujeta.

Uno de los indicios que Freud dejó en su obra, es nuestro punto de partida. "Los impulsos suicidas de nuestros neuróticos resultan ser por regla general, unos autocastigos dirigidos a otros".¹⁴ De esta cita inferimos que en realidad el neurótico se castiga por su deseo de muerte dirigido a otros. Pero ¿por qué hay tal confusión o falla de identidad yoica?, ¿por qué tal castigo a su deseo, que hace que ponga en riesgo su vida, expresándose esto en el cuerpo real?

Veamos entonces, qué lecturas podemos hacer desde el psicoanálisis y qué posibles condiciones han sido elaboradas.

En tanto la motricidad y el actuar está a cargo del yo, los impulsos suicidas pueden estar en alguno de los procesos yoicos, así como el autocastigo que compromete al cuerpo. Podemos suponer que la instancia superyoica está comprometida con su fuerza sancionadora. Al interrogarnos por el deseo de muerte, que no puede ser tramitado por la vía del lenguaje o del síntoma a manera de solución sustitutiva, sino que la descarga impulsiva recae en lo real del cuerpo, suponemos que estamos en un momento constitucional.

Los datos anteriores nos encaminan a un momento en donde está comprometido el ser en su nivel más arcaico, cuando las operaciones estructurantes se llevan a cabo y las exigencias de la vida pulsional pudieron hacer sentir al yo, indefenso, en riesgo de muerte.

¹⁴ Sigmund Freud, "Tótem y tabú", nota 59 (1983), *Obras completas*, tomo XIII, *op. cit.*, p. 155

Lo que podemos conjeturar hasta aquí es que cuando se presenta el suicidio o su tentativa, se ha operado un proceso regresivo propiciado por la influencia del *superyó*, pues el autocastigo sólo puede llegar desde las restricciones impuestas por el exterior y asumidas por el *yo*. Pero también que hubo algunas fallas en la constitución del *ideal del yo*, que es con el que se mide el *yo*, así como las identificaciones.

En el artículo de *Duelo y melancolía*, de 1914, Freud hizo elaboraciones que nos pueden auxiliar para aclarar algunos aspectos y operaciones que dan cuenta del suicidio y su tentativa. En su esclarecimiento encontró que en la melancolía se presentan fallas en procesos del *yo* que vienen desde el narcisismo y sus identificaciones.

Al inicio del artículo va describiendo en qué consiste el duelo, para diferenciarlo de la melancolía; sin embargo, llega a un punto en que concreta la operación del duelo y se hace la siguiente pregunta: ¿en qué consiste el trabajo que el duelo opera?

El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuncia, universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya asoma. Esa renuncia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Lo normal, es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que ésta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura, entretanto, la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico.¹⁵

Freud describe el trabajo psíquico del duelo normal y del patológico; en el primero la renuncia al objeto se lleva a cabo, mientras que en el segundo se retiene al objeto a condición del extrañamiento de la realidad. Pero algo realmente sorprendente en el proceso normal es que mientras se lleva a cabo el objeto continúa con existencia psíquica.

En la melancolía, el *yo* no puede procesar tal pérdida, tal vez porque algo no elaborado en otra época retorna, o bien, impele al *yo* a una regresión. Aunque en la melancolía también hay una pérdida como en el duelo,

¹⁵ Sigmund Freud, "Duelo y melancolía", *Obras completas*, vol. XIV, op. cit., p. 242.

es decir, por muerte real, “[...]en ocasiones puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor”.¹⁶

Si tenemos en cuenta, como se propone en *Tótem y tabú*, que el neurótico *se autocastiga por deseos de muerte dirigidos a otros*, este deseo de muerte también puede estar ligado a una pérdida real o imaginaria, pero sobre todo, el deseo de muerte dirigido a otros que lo han rechazado o no lo aman.

Mientras que en el duelo se ha perdido un objeto, en la melancolía “surge una pérdida del yo”.¹⁷ ¿Qué debe suceder para que esto se lleve a cabo? Freud reconstruye el proceso, el cual separaremos en enunciados para luego ir haciendo análisis y comentarios. “Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido en una persona determinada, por obra de una afrenta real o, a un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto”.¹⁸

Aquí es cuando puede aparecer el deseo de muerte dirigido a otro. “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”.¹⁹

Aunque el vínculo no se concretó, el sujeto se resiste a desplazar su libido, no soporta la negativa e insiste, pero la libido al no ser desplazada regresa al yo. “Pero ahí (*en el yo*) 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”.²⁰

¿Cuáles pueden ser los motivos del yo, para identificarse con este objeto? Que si bien se perdió, ya sea porque no cubrió sus expectativas o por rechazo, a final de cuentas hay otros, porque de no ser así, ¿de qué objeto se trata para el yo? “De esta 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 la identificación”.²¹

¹⁶ *Ibid.*, p. 243.

¹⁷ *Ibid.*, p. 245.

¹⁸ *Ibid.*, p. 246.

¹⁹ *Idem.*

²⁰ *Idem.*

²¹ *Ibid.*, p. 247.

Vaya contradicción, que provoca que una parte del *yo* critique a otra parte, aquella que se alteró por la identificación. Así, el sujeto y objeto forman parte del *yo* que se autocrítica y entra en estado melancólico. “Por lo tanto, la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra parte a la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo”.²²

El objeto por el que el *yo* entra en estado melancólico, no es otro que él mismo, es decir su imagen ideal, tal vez por eso, es que tal pérdida sea cuestión de vida o muerte. La regresión hasta la identificación narcisista, cuando la indefensión y la indiferenciación no han dado paso a un *yo* estructurado es riesgosa, pues aunque el sujeto busca un refugio, lo que se encuentra es una falla que sólo en la regresión se hace evidente.

Con el efecto regresivo en la melancolía la pérdida real o imaginada de aquel objeto con el cual se identificó en el narcisismo y del cual dependía el ser, se ha perdido nuevamente. ¿Se tratará de lo no tramitado, donde aparece lo ambivalente del vínculo o la identificación con un rasgo malo del objeto? “La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que capee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor”.²³

La ambivalencia en los vínculos amorosos revela el odio y el rechazo, pero también la instancia crítica que como una parte del *yo* se muestra intolerante ante el objeto perdido, porque lo percibe como ajeno. Freud aclara qué sucede en el fondo.

Así, la investidura de amor del melancólico en relación con su objeto ha experimentado un doble destino; en una parte ha regresado a la identificación, pero, en otra parte, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próximo de ese conflicto.²⁴

Tenemos, entonces, que el melancólico ante el menosprecio, el rechazo o el desengaño, ya sea externo o constitucional, no puede resignarse y percibe la situación de pérdida. Por medio de la regresión busca refugio

²² *Ibid.*, p. 248.

²³ *Idem.*

²⁴ *Ibid.*, p. 249.

en la identificación narcisista. Recordemos que la identificación es la etapa previa a la elección de objeto. Pero el conflicto de ambivalencia producido en esa etapa, aviva el odio ya que lo que está en marcha para el sujeto es que ha sido rechazado en su ser. El odio se dirige a ese objeto sustitutivo, lo denigra e insulta, pero también encuentra la satisfacción sádica.

Si tenemos en cuenta que la investidura de objeto le fue cancelada y no fue desplazada a otro objeto, sino que se deposita en el *yo*, el objeto denigrado resulta ser el *yo*, contra el cual se dirigirá el ataque sádico por el efecto del conflicto de ambivalencia “Sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por el cual la melancolía se vuelve tan interesante y peligrosa”²⁵

El sadismo evidenciado por Freud desde la melancolía como aquello que propugna en el suicidio, deja algunos cabos sueltos, como por ejemplo, ¿qué pasa en el narcisismo para que la identificación se mantenga como un polo de atracción investido? También queda confusa la satisfacción sádica, pues aunque el conflicto de ambivalencia haga evidente el odio al objeto, probablemente algo más tuvo efecto en el narcisismo. Sobre todo considerando el efecto que tendrá en la estructura el ideal del *yo*, como regulador de la relaciones con los otros.

Pasemos ahora a revisar el artículo de “Introducción al narcisismo” en donde Freud elaboró cuáles son los pasos en la constitución del *yo*

El desarrollo del *yo* consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del *yo* impuesto desde afuera, la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de ese ideal. Simultáneamente, el *yo* ha emitido las investiduras libidinosas de objeto. El *yo* se empobrece a favor de estas investiduras así como del ideal del *yo*, y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones de objeto y por el cumplimiento del ideal²⁶

Una primera observación de la cita es que Freud utiliza el concepto de desarrollo, el psicoanálisis no expresa precisamente procesos en donde el *yo*

²⁵ *Idem*

²⁶ Sigmund Freud, “Introducción del narcisismo”, *Obras completas*, tomo XIV, *op. cit.*, p. 96

por sí mismo alcance una cierta madurez, ya que las instancias psíquicas muestran una estructura particular para cada sujeto,²⁷ en las cuales, las fallas y determinaciones sólo se evidencian en los pasos siguientes y no tienen un modelo único como lo que se sugiere en el desarrollo. Pero sobre todo que es a partir de lo otro inconsciente, cuyo representante es el otro materno, como se llegará a ser sujeto, para lo cual el *yo* como instancia psíquica es el paso previo.

El narcisismo primario supone un momento a partir del cual el *infans*²⁸ se identifica, es decir asume una identidad, que por cierto no es poca cosa, pues en este proceso está en juego su ser, que se produce en el intercambio con otro. La imagen del cuerpo de este otro que Freud llama auxiliador es con la que el *infans* se identifica de manera narcisista.

Así, la carne primero pasa de ser un cuerpo fragmentado en vía de erotización a ser un cuerpo unificado por la imagen. La identificación narcisista pega al cuerpo por medio de la investidura que viene del otro auxiliador, que a su vez producirá o no zonas erógenas.

La dependencia e indefensión de este momento muestra al *infans* teniendo que ser sostenido por otro, mientras que él, simplemente se agarra a la vida de aquel que lo sostiene a su deseo. Mas hemos de tener en cuenta todas las vicisitudes de aquellos que ocupan el lugar del otro auxiliador, que en no pocas ocasiones transitan por situaciones conflictivas por ocupar "ese lugar", y lo llevan a cabo con poca precisión y momentos ambivalentes, de tal manera que su soporte deja huellas de sus propios conflictos, en el pequeño que sostienen.

Ya desde aquí se deja entrever el drama edípico,²⁹ que se pone en marcha, ante el cual los involucrados tendrán que producir sus estrategias para salir, o por lo menos darle algún trámite, como por ejemplo la identificación. La complejidad a la que me refiero no es solamente la del Edipo, sino a la forma en que lo psíquico se echa a andar, pues con la identificación

²⁷ Leticia Flores presenta, en esta misma obra, un análisis más detallado de las estructuras en "Neurosis, psicosis y perversión "

²⁸ El *infans* no es un sinónimo de niño, ubica el momento anterior a la adquisición del lenguaje

²⁹ José Luis González presenta, en este mismo texto, un artículo dedicado al *Edipo*

como primer lazo afectivo que tiene efecto en el cuerpo se abren dimensiones complejas. El cuerpo que entra en procesos estructurantes lo hace por efecto de la identificación, la cual supone el paso de lo real a lo imaginario, que da cuenta en lo psíquico de un proceso representacional y simbólico.

Vale decir, como Freud lo plantea, que el *infans* requiere de un ideal que sea impuesto desde fuera, para que dé forma al *yo* y desplace sobre él, las investiduras que antes sólo estaban en el *yo*-cuerpo. Así, en la imagen del ideal del *yo* confluyen la investidura depositada sobre el cuerpo y el ideal, para transmutarse en la imagen del ideal del *yo*, desde donde se representa, no sólo él, sino también el otro; así, el *yo* asume una dimensión espacio temporal.

De esta manera, vemos cómo en la instauración del ideal del *yo* confluyen varios procesos simultáneamente; sin embargo, cada uno va tomando su lugar en las operaciones psíquicas, a partir de las cuales el *yo* se va estructurando. La identificación narcisista con el ideal del *yo*, presupone también un lazo afectivo de tipo amoroso. Desde aquí podemos entrever cómo el amor viene a ser un fenómeno que ocurre a nivel de lo imaginario, puesto que la función imaginaria del *yo* se inaugura por la vía del amor, que en sí mismo conlleva su par antitético que es el odio.³⁰

El ideal del *yo* es el regulador en las relaciones con los otros, porque con su advenimiento, se introduce la ley de prohibición del incesto y parricidio, a partir de la cual se impone la exigencia a su cumplimiento en todas las relaciones incluyendo las familiares. El ideal del *yo* como instancia crítica, hará modificaciones a las relaciones entre los cuerpos, las miradas y la sexualidad en general. La castración, como medio para acceder a ser sujeto deseante exige y obliga a renunciar al cuerpo de la madre.

La regresión que sucede en la melancolía tiene aquí una posible vía de respuesta, por los efectos del amor como lazo afectivo.

Se ama a lo que posee el mérito que falta al *yo* para alcanzar el ideal. Este remedio tiene particular importancia para el neurótico que por sus excesivas

³⁰ En el capítulo "El *yo* y el desconocimiento" de Marina Lieberman, de esta misma obra, se puede encontrar una mejor explicación de los procesos *yoicos*.

investiduras de objeto se ha empobrecido en su yo y no está en condiciones de cumplir su ideal. Busca entonces desde su derroche de libido en los objetos, el camino de regreso al narcisismo, escogiendo de acuerdo con el tipo narcisista un ideal sexual que posee los méritos inalcanzables para él.³¹

Como el amor es un fenómeno de lo imaginario, cuando Freud dice “se ama aquello” también está diciendo que el sujeto mira en el otro, y tiene la creencia de que mediante el amor puede alcanzar el cumplimiento del ideal; el camino que toma en esta elección es regresar hasta la forma narcisista. Porque en esta vía ya ha incursionado, pudiera decirse que se vuelve a elegir a sí mismo y que a la ley le da la vuelta, no la enfrenta.

Sin embargo, el ideal le exige el cumplimiento y desprecia al yo por su elección, el yo así se empobrece, pero ¿cómo aparece la culpa?

La insatisfacción por el incumplimiento de ese ideal libera libido homosexual, que se muda en conciencia de culpa (angustia social). La conciencia de culpa fue originariamente angustia frente al castigo por parte de los padres; mejor dicho: frente a la pérdida de su amor; después los padres son remplazados por la multitud indeterminada de los compañeros.³²

En el suicidio y su tentativa muestra también un yo que inicialmente percibe la insatisfacción por no cumplir con las exigencias del ideal del yo; la liberación de libido homosexual no nos autoriza a ubicar tal situación en una estructura perversa, sino más bien a preguntarnos a qué se refiere Freud con este comentario.

Una vía posible es que algo del Edipo y de la instauración de la castración como efecto de la ley está implicado porque, como después dice, *la conciencia de culpa tiene en su origen el castigo del desamor de los padres*, que como soporte del ideal también alcanzan a la sexualidad y al cuerpo. También puede ser que estén comprometidas operaciones paranoicas, donde también se libera libido homosexual.

Llegando a este punto podemos tener un panorama general de la complejidad que signa al suicidio y su tentativa. El conflicto de ambivalencia

³¹ Sigmund Freud, “Introducción al narcisismo...”, *op. cit.*, p. 97.

³² *Ibid.*, p. 98.

puede ser precisamente el disparador, ya que los procesos que hasta ahora hemos revisado, tanto del narcisismo como de la melancolía apuntan operaciones a nivel de lo imaginario, los cuales tienen también que pasar por lo simbólico, ¿qué hace que los sujetos ante el incumplimiento del ideal incursionen necesariamente por la pérdida del yo, y no que hagan operar otros procedimientos? Como la formación sustitutiva, el síntoma, el duelo.

La pérdida del yo que alcanza la melancolía a diferencia del duelo, presupone un cierto aumento en la impulsividad, en el actuar inconsciente, como procesos no ligados y, en la energía psíquica libre, como en las épocas más arcaicas.

En la melancolía se vive una multitud de batallas parciales por el objeto, en ellas se enfrenta el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal. A estas batallas parciales no podemos situarlas en otro sistema que el inconsciente, reino de las huellas mnémicas de cosa a diferencia de las investiduras de palabra ³³

La representación cosa y la representación palabra como Freud lo enunció, nos lleva a dos momentos de la estructuración del aparato psíquico, que si bien son constitucionales, no por eso dejan de hacer intervenir al contexto familiar, o mejor dicho al drama edípico. Veamos de manera sucinta algunos puntos.

El momento de la huella *mnémica* de cosa señala aquel tiempo previo a la investidura que parte del yo auxiliar, que tuvo lugar en la carne, para que adviniera cuerpo.

La cosa del mundo, lo innombrable, lo no ligado: está más cercano al puro inconsciente. De esta posición que tiene el recién nacido, la investidura lo saca, tal vez no todo, unos más que otros según sea la investidura depositada, pero lo importante es que en este pasaje hay un resto que, como el inconsciente originario seguirá pulsando.

No se sabe con exactitud de este momento en sí, sólo a través de sus efectos sin embargo; la palabra tiene la fuerza de ligar al *infans* al sistema

³³ Sigmund Freud, "Duelo y melancolía", *op. cit.*, p. 254

simbólico del lenguaje, en tanto descarga corporal, soporte del deseo inconsciente que inviste, a partir del cual entra en la dialéctica del deseo ³⁴

Cuando por efecto del conflicto de ambivalencia, el odio pugna por desatar la libido de objeto, empuja por medio de la regresión hasta niveles donde la representación palabra no lo alcance o se desligue de la conciencia. La batalla es a vida o muerte, en la cual, la fuerza inconsciente del yo y la del ideal del yo se concatenan, el efecto pacificador y mediador de la representación palabra que engendra el sistema simbólico del lenguaje se colapsa. El suicidio o su tentativa pueden ocurrir, el camino está allanado.

Sin embargo, el psicoanálisis advertido de los riesgos, insiste en que el sostenimiento de una posición de deseo en el analista podrá, en la relación transferencial, restablecer las ligas, los lazos que sostienen de manera simbólica al sujeto con su deseo.

Tenemos entonces que aunque el yo se perciba como aquel objeto perdido del narcisismo en la melancolía

La relación con el objeto no es en ella simple, la complica el conflicto de ambivalencia. Esta es o bien constitucional, es decir, es inherente a todo vínculo de amor de este yo, o nace precisamente por las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto. Por eso la melancolía puede surgir en una gama más vasta de ocasiones que el duelo, que por regla general sólo es desencadenado por pérdida real, por muerte del objeto ³⁵

De esta forma, la melancolía no parte necesariamente de un duelo, es decir, que no requiere de la muerte del objeto, sino que se presenta como consecuencia de la dificultad del yo, como la que encontramos en el suicidio y su tentativa, cuando por efecto del conflicto de ambivalencia, la identificación narcisista con los rasgos malos del objeto y la culpa inconsciente puesta en acto, pueden en algún momento suscitar la satisfacción sádica en el cuerpo.

En los dos artículos que hemos revisado encontramos que las dificultades previas del yo a este suceder de la pérdida del objeto en el duelo patológico, las podemos ubicar en los orígenes del yo, en aquellos procesos

³⁴ Una elaboración más amplia sobre el cuerpo se encuentra en "Cuerpo-fronteras", de Lluvia Cruz, en esta misma obra.

³⁵ Sigmund Freud, "Duelo y melancolía", *op. cit.*, p. 253.

que dieron pie a su constitución, como son la represión originaria, en la cual suponemos que hubo fallas en la inscripción inconsciente de la madre, pues las fallas del ideal que encontramos en el narcisismo del sujeto que enfrenta el intento de suicidio apuntan a procesos en lo originario.

Suponemos que en cuanto al proceso que lleva a configurar la diferencia radical, ésta tuvo fallas constitucionales, que se revelan en el intento de suicidio, pues ni la melancolía como duelo patológico puede del todo dar cuenta del proceso de autoaniquilación, tal vez algunos aspectos de la represión originaria no se hayan llevado a cabo del todo, pero esta cuestión se debe indagar junto con otras.

Así, considero que, en cuanto al objeto perdido en la melancolía, la pérdida del *yo* como objeto sugiere que no hubo representación, y al no haber tal, lo que deja es un vacío ante lo cual surge la angustia, pues si no hay representación del *yo* como efecto de la represión originaria, tampoco habrá representación espacio temporal de éste, y no necesariamente se está hablando de psicosis.

Pero además, como el suicidio o su tentativa se puede presentar en las diferentes estructuras —como lo encontramos en los casos clínicos freudianos como son: “Dora”, “La joven homosexual” y en “Scheber”—, habrá que dimensionar las diferencias en cada estructura e indagar qué procesos se presentaron en cada uno.

Así, es necesario incluir un análisis más exhaustivo del desarrollo del *yo*, sobre todo en lo que se refiere al manejo de la temporalidad, la diferenciación, la simbolización, en los cuales interviene de manera decisiva la desmentida, pues la dificultad que se observa en el suicidio y su tentativa en el *yo* revelan dificultades en estas operaciones.

Al seguir los planteamientos propuestos como líneas de investigación en torno al suicidio, desde el psicoanálisis surgieron preguntas como ¿cuáles son los efectos de la desmentida en los procesos originarios?, ¿son problemas de traducción de la inscripción de lo originario los que obstaculizan a la represión originaria?, ¿cómo incluir las propuestas de Myrta Casas, relacionadas con la desmentida estructural y sus efectos en los procesos de simbolización y de diferenciación? Estas preguntas nos muestran lo inacabo del tema pero también indicios por dónde continuar desde el psicoanálisis.

En cuanto a las propuestas de la psiquiatría podemos decir que, desde su lugar hegemónico, al ubicar al suicidio y su tentativa dentro del cuadro de depresión, señalar a los procesos melancólicos como los causantes de dicho trastorno es contradictorio pues deja la investigación justo en el punto en el que el psicoanálisis lo inicia, tal vez lo que no termina de plantearse es ¿qué representa para la psiquiatría el estado melancólico, más allá de las pérdidas? Porque, aunque lo señalé, no es capaz de proponer acciones que contengan la avalancha de agresiones orquestadas desde los estados que la sustenta. En tanto no toma en cuenta la subjetividad y la fuerza de la estructuración psíquica desde lo otro, sólo se defiende de su propia ignorancia, detrás de la imagen omnipotente de la ciencia.

En cuanto a lo social, podemos plantear que las dificultades del sujeto para sostener su deseo se presentan en un contexto donde las regulaciones y normas entre lo individual y lo social están en constante lucha. Así, el malestar por la relación con los otros deja de ser abstracto para tomar forma en las instituciones y organizaciones que delimitan dichas relaciones. Tomemos en cuenta lo que dijo Freud: “toda cultura descansa en la compulsión al trabajo y en la renuncia de lo pulsional [...] Este fortalecimiento del superyó es un patrimonio de la cultura, de supremo valor”.³⁶

Podemos ahora abrir el panorama de la cultura, donde los ideales descansan en exigencias a partir de las cuales se espera un beneficio social; no podemos dejar de señalar que el supremo valor actualmente tiene beneficiarios, y que no son precisamente todos aquellos que invierten su fuerza de trabajo, sino los menos, aquellos que detentan el poder y el dinero. Las condiciones de vida cotidiana en la última mitad del siglo pasado, y el inicio de éste, los cambios que se ha producido de manera acelerada, han dejando de tomar en cuenta aspectos para su regulación. Tal vez por eso lo que encontramos es un

Ajuste estructural: Fórmula tecnocrática propia de los economistas neoliberales para designar un conjunto de políticas encaminadas a que los habitantes de los países pobres dejen de comer, educarse, tratar sus enfermedades y afrontar

³⁶ Sigmund Freud, “El porvenir de una ilusión”, *Obras completas*, tomo XXI, *op. cit.*, páginas 10-11.

sus problemas vitales, a cambio de cancelar cumplida y rápidamente al sistema financiero internacional los préstamos contraídos por gobiernos corruptos y que, en muchos casos ni siquiera llegaron a países endeudados sino que se “enredaron” en las marañas de dicho sistema, especialmente en sus paraísos fiscales. Los planes de ajustes estructurales realizados en más de cien países del mundo en los últimos veinte años no sólo han constituido un verdadero genocidio económico y social, sino que han implicado el traspaso de millones de dólares del mundo pobre hacia los países imperialistas.³⁷

El ajuste estructural en lo social tiene efectos en la subjetividad de cada individuo y en la intersubjetividad. Al inicio de este artículo se menciona que los cambios que sucedieron en Lituania tendrán como uno de los efectos el aumento de suicidios, y ya en *El malestar en la cultura* Freud mencionó que una de las fuentes es la relación con los otros y las instituciones. Cuando los gobiernos y sus planes económicos no tienen en cuenta la subjetividad y hacen ajustes estructurales como los que menciona la cita, el sujeto puede entrar en situaciones melancólicas.

La pérdida del *yo*, por no poder defenderse de los ataques de la estructura social, promueve la autodenigración. Cuando se pierde la dignidad por haber sido objeto de agresiones que terminan con la aniquilación del hábitat, con la pérdida del espacio de trabajo que permitía la sobrevivencia, se presentan situaciones donde el sujeto vive lo inalcanzable del ideal impuesto, la identificación con el sadismo cultural puede encaminar a la melancolía. La ambivalencia surge al querer mantener las normas, pero también poder salirse de ellas, en tanto impiden que el sujeto logre salir de situaciones de miseria.

Las vicisitudes de los tiempos actuales hacen que el sujeto de la cultura esté expuesto desde muy temprana edad al abandono, a los ajustes de la dinámica familiar y a la violencia, tanto exterior como interior. Además, dejan al sujeto con muy pocas alternativas y en manos de formas de comunicación, donde la ausencia del otro se evidencia.

³⁷ Renán Vega, *Guía lingüística del nuevo desorden mundial*, Pensamiento Crítico, Bogotá, 2004, p. 9

La compulsión al trabajo como forma de la renuncia pulsional, en la actualidad, ha sido utilizada por el sistema económico, ya que actualmente el trabajo es el medio de obtener dinero, pero la renuncia pulsional requiere de otros elementos más creativos o sutiles, pues el mismo sistema económico se encarga de enajenar y alienar con mayor fuerza las aspiraciones de deseo del sujeto. El consumo como fuente de placer deja al sujeto en un vacío que pretende saldar muchas veces en el intento de suicidio

Matar o darse muerte, suicidarse o suicidar al sistema, muestra el enigmático trasfondo en el que la vida cotidiana se enfrenta, al incorporar la dimensión donde el suicidio y su tentativa están como una constante, la vida en sociedad se convierte en una amenaza para el sujeto y para la cultura.

Lo que encontramos es que las condiciones de vida son cada vez más difíciles de sostener, sean las psíquicas, económicas o políticas. Porque ante la situación de globalización, los intereses de las naciones poco valen, es decir, las leyes que rigen al interior de cada una de estas entidades geopolíticas, se tienen que regir por condiciones impuestas desde instancias como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, entre otras.

Los ideales impuestos desde fuera ahora giran en torno a una imagen a la que cada vez es más difícil de acceder, pues proponen la anorexia, la bulimia, el narcotráfico, la perversión, y formas que tarde o temprano conducen al sujeto a su autodenigración o a su autoaniquilamiento.

El desconocimiento propio del sujeto y la dependencia prolongada lo exponen a ser sometido y enajenado de su producción, es decir, de su subjetividad. Las salidas como las de los niños de la calle, las adicciones, el alcoholismo, la prostitución, la pederastia, dejan un camino por recorrer e investigar pues el sujeto se encuentra en la búsqueda constante de un lugar en el deseo del otro. Porque el suicidio de manera lenta pero constante, no deja de exhibir formas de autoaniquilamiento, así como intereses que obtienen ganancias y que desmienten dichas situaciones porque les conviene.

La discusión en torno al suicidio y sus intentos es amplia e inacabada porque muestra la polémica de lo social y de la subjetividad, pero también expone un enigma sobre los dos grandes temores de los humanos: la castración y la muerte. La salud mental y su articulación con la cultura y lo social también ponen en evidencia el conflicto psíquico

Bibliografía

- CASAS DE P., Myrta, *El camino de la simbolización*, Paidós, Argentina, 1999.
- DURKHEIM, Emile, *El suicidio*, FCE, México, 2000.
- DSM-IV-TR, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, España, 2002.
- El Financiero*, martes 29 de agosto de 2000.
- FREUD, Sigmund, "Introducción al narcisismo", *Obras completas*, tomo XIV [trad. José Etcheverry], Amorrortu, Buenos Aires, 1997.
- , "Duelo y melancolía", *Obras completas*, tomo XIV [trad. José Etcheverry], Amorrortu, Buenos Aires, 1997.
- , "El malestar en la cultura", *Obras completas*, tomo X [trad. José Etcheverry], Amorrortu, Buenos Aires, 1997.
- , "El porvenir de una ilusión", *Obras completas*, tomo XXI [trad. José Etcheverry], Amorrortu, Buenos Aires, 1997.
- OXFORD PSIQUIATRÍA, *Oxford Core Text*, Marban Libros, Madrid, 2000.
- VEGA, Rénan, *Guía lingüística del nuevo desorden mundial*, Pensamiento Crítico, Bogotá, 2004.

La entrevista clínica

Guía con algunas claves para el trabajo de campo

Alejandro Montes de Oca Villa Toro

Una de las herramientas fundamentales en el ámbito profesional del psicólogo es la entrevista, y dentro de este campo, la clínica se distingue por ciertas especificidades que conviene precisar cuidadosamente. Ahora bien, la cuestión es ¿cómo se aborda a un entrevistado en una conversación de este tipo?, ¿hay una consigna? Si bien la escucha es primordial, ¿qué características específicas tiene ésta en una entrevista clínica? Aún más, ¿cómo se registra el material obtenido en ella?, y luego, ¿cómo lo trabajamos para nuestra investigación?, ¿se interroga a la persona que se entrevista?, y si es así ¿de qué manera se hace? Y a todo esto, ¿cómo hay que ubicarse frente al entrevistado, cuál es el encuadre? Como se percibe, son muchas las dudas que suelen surgir entre los estudiantes y varios los aspectos a considerar para responder adecuadamente; por lo tanto, en el presente capítulo se intentará ir clarificando, de un modo didáctico, todas las dudas arriba planteadas.

¡Escucha! ¿Qué quieres que escuche? Pues lo que busco que se observe es que pareciera que sólo hubiera que decir verbalmente aquello que se quiere indicar, para que se proceda tal como se señala. Pero, ¿es esto así? No necesitamos demasiada perspicacia para darnos cuenta de que las cosas no son tan sencillas. Uno de los reclamos que con frecuencia son mencionados, principalmente por boca de las mujeres —por algo será—, es el de

que sus parejas no las escuchan. Y se suele resaltar como rara, y apreciable cualidad, en algunas personas, que saben escuchar, se suele oír en ocasiones. “es que me sabe escuchar”, circunstancia que siempre se valora y suele cimentar amistades. Es claro, entonces, que media una gran distancia entre el acto de oír y el de escuchar. ¿Pero es ésta la única diferencia para el psicólogo? Si sabemos que la práctica del psicólogo se centra principalmente en la escucha, la atención a aquello que se nos confía, ¿es todo?, ¿lo principal del asunto que concierne a esta práctica, está en no olvidar aquello que se nos dice como psicólogos? Me parece que no. Elvira Salce titula un artículo sobre este tema para la revista *Palabras* “Una dimensión de la práctica del psicólogo. la escucha” Y si de lo que se trata es de dimensionar la práctica de la escucha, es evidente que se hace necesario resaltar su espesor, especificar su estructura y precisar sus elementos.

La escucha entonces, no es algo que se produzca naturalmente, en ningún plano del diálogo entre personas. Y si esto es así en cualquier circunstancia, para el psicólogo la dimensión de la escucha deberá ser considerada con mayor detenimiento y atención, ya que para este profesional la entrevista resulta ser una de sus principales herramientas técnicas, y “la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas”¹ ¿Pero de qué técnica se habla, no es de la entrevista de lo que este apartado promete tratar? En efecto, y precisamente de un especial tipo de entrevista: la entrevista clínica. ¿Entonces por qué se habla de la dimensión de la escucha y no de la dimensión de la entrevista?

Porque es la escucha, tal como aquí pretendemos desarrollarla, la que sustenta y determina el carácter clínico de una entrevista, y es la conceptualización de la escucha, la que nos permitirá articular justamente, la teoría y la investigación en el módulo.

A un psicólogo no se acude a charlar, por mucho que se le pretenda, aunque si consultamos el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española se nos hace saber que el entrevistar consiste en “tener una conversación con una o varias personas para un fin determinado [.] para tratar o resolver un negocio” Sabido es que las personas sujetas a una

¹ José Bleger, “La entrevista psicológica”, *Temas de psicología. Entrevista y grupos*, Nueva visión, Buenos Aires, 1978, p. 9

entrevista clínica buscan tener algo así como una plática con el psicólogo, para conocer su opinión y recibir consejos de éste, *resolver sus problemas*, o en circunstancias más sofisticadas, recibir del psicólogo algo, a lo que suele nombrársele de diversas maneras *evaluación, diagnóstico* o simplemente, *devolución*. Pero el psicólogo, puesto en situación de lo que llamamos *entrevista clínica*, está fundamentalmente para escuchar. ¿Y solamente para esto? ¡Ah! Es que no hemos dimensionado aún la escucha de la que se trata en la entrevista clínica.

En el módulo se nos dice que “el taller de entrevista clínica pretende brindar al estudiante un marco conceptual que le permita ejercer esta práctica privilegiada en el campo de la psicología, que le posibilite escuchar y articular el discurso de lo singular de un sujeto con un marco teórico referencial con el cual sustente su análisis”² Es por eso que hemos aludido a un cierto espesor en la escucha, que desde nuestra perspectiva habría que empezar a entender a partir de la consideración de que el discurso no es lineal.

Lo primero que deberemos atender si queremos adiestrarnos en la escucha, es la consideración de que el discurso de los entrevistados no es lineal. Lo que durante la entrevista nos “cuentan”, en realidad está tejido por una compleja trama que no es apreciable a primera vista, pero que nos acercará a la comprensión del espesor de la escucha. “Se trata de *re-construir* las tramas que entretejen el padecimiento de un sujeto”³

Por esta razón, en la entrevista clínica no se trataría de memorizar ni tampoco grabar la entrevista, ya que no habríamos avanzado nada con ello, pues de lo que se trata fundamentalmente, es de que la escucha, en el dispositivo de la entrevista, dé lugar a un espacio en donde sea posible la *re-construcción* de los diferentes hilos que tejen la trama, así, a través de ella, se entreverá un dolor en el discurso, por el cual, el sujeto intenta dar cuenta de su padecer en la entrevista. Pero atención, la entrevista como tal, no es la que permite el surgimiento de ese espacio para el sujeto, sino eso que hemos privilegiado ahora, es decir, la escucha. ¿Cómo es eso?

² Leticia Flores *et al* , *Conflicto psíquico, salud mental y sociedad*, UAM-X, México, 2002, p 20

³ *Idem*

De entrada debemos señalar que la entrevista clínica es un dispositivo ordenado desde la teoría psicoanalítica, de lo que se trata es de hacer surgir otro discurso, que dé lugar a que surja la verdad del sujeto entrevistado, su verdad. En este sentido es que no consiste en un espacio organizado a partir de una serie de preguntas, sino que este dispositivo ha de permitir “en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular”,⁴ permitiendo que diga lo que no sabe, tal y como ya Marina Lieberman lo ha desarrollado en su trabajo

Es por la escucha que el psicólogo debe desarrollar y hacer posible la *re-construcción* de las historias desgarradas por la represión, que por esto mismo provocan la ininteligibilidad de su propia historia para el sujeto, y que le llevan a decir; “no sé qué me pasa, pero me sucede que .” Como si su historia sólo fuera expresable por retazos, que él se esfuerza por hacer comprensible y coherente para sí mismo, pero en donde el control sobre lo que *le sucede*, se le escapa, de tal forma que no entiende lo que le pasa. Por eso acude a un psicólogo, para que éste le diga qué le está pasando, qué es lo que está provocando sus acciones, esas formas de conducirse frente a las disyuntivas de su vida y que él no puede comprender y modificar, pero que le provocan un sentimiento de “vida contrariada”, que le hace sufrir y lo mete en problemas. Y sin embargo, frente a esta demanda que se le dirige al psicólogo para que le diga al entrevistado, qué es lo que le pasa, que le aconseje o le oriente, la primera obligación de aquél, es la de no caer en la tentación de responder a esta demanda de auxilio, en cualquier forma que ésta se presente, y por el contrario, sostener su escucha ¿Pero sólo eso? Entonces, ¿sólo estamos para escuchar, sin hacer nada?

Es en realidad mucho el sostener esta escucha frente a alguien que demanda de nosotros comprensión y ayuda, ya que en realidad si cedemos a su demanda y le decimos qué hacer, no le ayudamos a entender qué le pasa, por el contrario, obturamos la posibilidad de que se pregunte y siga hablando, además de que con seguridad mucha gente antes ya le ha dicho lo que debe hacer y eso no le ayuda en gran cosa. Lo que debemos preservar es un espacio de escucha, que precisamente permita, como hemos dicho, que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su

⁴ José Bleger, *op cit*, p. 10

particular estructura psicológica, según las redes que tejen su decir, y que se encuentran sobredeterminadas. Ya que sólo de esta manera, confrontando la estructura que el entrevistado despliega en su discurso con el marco teórico a partir del cual escuchamos, es que nos será posible avanzar en la *re-construcción* de la trama de su padecimiento.

Se percibe que no sólo se trata de una suerte de escucha pasiva, pero ¿cómo podemos permanecer impávidos frente a su sufrimiento y demanda de ayuda? Ciertamente éste puede resultar un problema arduo, pero sin duda no el mayor, ya que el punto de vista del psicólogo no puede ser el de un consejero solidario; resulta claro que adoptar esta posición además de arrogante resultaría inútil, ¿cuánta gente antes del psicólogo habrá intentado *ayudarle* con consejos e *indicándole* el camino correcto? Además, como si el psicólogo pudiera saber lo que le conviene, ¿cuánta prepotencia e ignorancia habría en una posición que pretendiera tal cosa? Y no es un problema de orden “moral”, ya que nuestro verdadero problema es muy distinto, y tiene que ver con algo que se potencia en un espacio de escucha preservado en el sentido que lo hemos señalado. Esto resulta inquietante ya que sólo de esta forma es que podemos apuntar a escuchar lo que el entrevistado no sabe qué dice en lo que dice, y dar lugar, al surgimiento de lo inconsciente en su discurso, solamente así, sosteniendo este particular dispositivo es que podemos pretender escuchar lo latente, en lo puesto de manifiesto en su narración.

Y todo esto es lo que constituye la principal dificultad de la entrevista clínica, y merece una consideración especial. Freud la llamó transferencia. Veamos qué es lo que él nos dice al respecto:

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse [] Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativas libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca y, es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento ⁵

⁵ Sigmund Freud, “Sobre la dinámica de la transferencia”, *Obras completas*, tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, pp 97-98

Como podemos comprender, esta circunstancia en la entrevista sí que puede ser un problema, pero a la vez una gran herramienta, ya que si de amor se trata éste tendrá que ver con toda la historia de encuentros y desencuentros, de celos y discordias, así como del dolor, la dicha, la angustia y las inseguridades de nuestro entrevistado y, si como nos advierte Freud, estas representaciones-expectativa se volcarán sobre nosotros, ésta podrá constituirse en una ocasión privilegiada, como ninguna otra, para rastrear el conflicto psíquico de nuestros entrevistados. Entonces ¿por qué es un problema? Por el hecho de que esto mismo nos colocará en una situación muy comprometida, ya que será sobre nuestra persona que se volcará esa necesidad de amor insatisfecha y si no estamos suficientemente prevenidos y preparados, fácilmente podríamos caer víctimas del encanto que toda demanda de amor supone. Lo que ahora hará más claro el porqué no debemos ceder, en ningún sentido, a las demandas que el entrevistado pudiera dirigirnos, ya que toda demanda de auxilio o consejo sería en el fondo una demanda de amor y si respondiéramos a ésta, es evidente que nuestra capacidad de escucha y discernimiento estarían definitivamente bloqueados. ¿Qué debemos hacer entonces? No hay de qué preocuparse, si bien la transferencia es nuestra mayor dificultad, es también nuestra principal herramienta. ¿Cómo?

Hay que estar advertidos que el entrevistado “quiere actuar sus pasiones sin atender a la situación objetiva, [pero el psicólogo] quiere constreñirlo a insertar esas mociones de sentimiento en la trama [...] de su biografía, subordinarlas al abordaje cognitivo y discernirlas por su valor psíquico”,⁶ lo que es de la mayor importancia, ya que es en esta suerte de reinserción subjetiva en lo que nos cuenta, que descansa la posibilidad de que sea en la entrevista, en donde se dé cuenta de la estructura del padecimiento del sujeto, y sólo así, es que es posible concebir el que sea a través del material recabado en la entrevista factible el *re-construir* el entramado de su conflicto, y por la comprensión de éste, alcanzar el discernimiento de la estructura psíquica que constituye al entrevistado.

Si atendemos a una escucha que no ceda ante las demandas que se nos dirijan, el sujeto en entrevista desplegará en la estructura de su discurso

⁶ *Ibid*, p 105

su propia estructura psíquica, pues como ha sido explicado por Leticia Flores, hablar de “estructuras clínicas [.] es hacer referencia directa a lo simbólico, lo cual está ligado al campo fundamental del lenguaje” Pero ¿cómo podremos diferenciar y orientarnos en esto que progresivamente va volviéndose más complejo?

El referente esencial es la teoría psicoanalítica. Es claro que sin una teoría que apunte a comprender la ensambladura lógica del aparato psíquico, el material de las entrevistas sería indiscernible, ya que precisamente “la productividad de la neurosis [consiste] en la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento, las más de las veces inconscientes, a las que puede darse el nombre de *transferencias*, [que] son reediciones, recreaciones de las mociones [de deseo] y fantasías [así como] toda una serie de vivencias psíquicas anteriores [que no son] revividas como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona”⁷ del entrevistador, por lo que es precisamente el material discursivo aportado en la entrevista el que deberemos confrontar con las nociones teóricas, lo que nos permitirá comprender lo esencial de las estructuras psíquicas, claro está que no es sencillo ni es algo que pueda darse esquemáticamente, ya que siempre el relato de las dificultades y sufrimientos de una persona será tremendamente embrollado y no resulta fácil de escuchar, pero solamente así podremos avanzar en la comprensión de cómo es que “el síntoma escenifica una historia, metaforiza una trama familiar con sus conflictos, sus fantasmas y temores, expresa las modalidades defensivas del sujeto en su acceso a la palabra, muestra la imposibilidad del decir, la impotencia del nombrar, de identificar el significado de las emociones y experiencias con los otros”.⁸ Por ello se hace necesario acercarnos, como psicólogos, a esa dimensión del sufrimiento de ese otro, nuestro semejante, es donde la escucha adquiere todo su relieve. Por eso ahora intentamos bosquejar, lo más esquemáticamente posible, los elementos fundamentales de lo que entiendo por escucha, en el marco de una entrevista clínica, orientada psicoanalíticamente.

⁷ Sigmund Freud, “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, *Obras completas*, tomo VII, *op cit*, p 101

⁸ Leticia Flores *et al*, “Conflicto psíquico”, *op cit*, p 8

- 1 Lo que comúnmente se entiende como la *consigna* de la entrevista deberá ser, en este caso, neutra y lo menos directiva posible. ¿Qué significa esto? Que la circunstancia o pregunta que dé comienzo a la entrevista tendrá que ser lo más abierta posible. Por lo que hemos dicho arriba no se trata de que sea el entrevistador el que determine la estructura de la entrevista, con sus preguntas o presunciones, aun cuando éstas estuviesen aparentemente guiadas por la teoría. Insisto, es el entrevistado quien debe imponerle al material de la entrevista su propia estructura. Esto es así porque si dejamos lo más abierta posible la entrevista, será el inconsciente de nuestro entrevistado, quien —sin que él se dé cuenta y tampoco nosotros en una primera instancia— determinará la forma en que los diversos temas irán estructurando el discurso en la entrevista. En este sentido es que la forma más conveniente de suscitar el habla en nuestro entrevistado será sencillamente pidiéndole, de la manera más llana posible, que nos hable de él. Seamos más precisos, la manera en que nos parece más aconsejable iniciar la entrevista es a través de insinuaciones del tipo: ¡hábleme de usted! o ¡cuénteme acerca de usted! Cualquier frase de este tipo será igualmente útil a condición de no sugerirle al entrevistado un tema en específico del que querríamos que nos hablara, se trata de intimarlo a hablar de lo que a él se le ocurra.
- 2 El entrevistador por su parte deberá esforzarse por mantener una escucha *libremente flotante*. ¿Qué es esto? De lo que se trataría es de que el entrevistador fuese capaz de sostener una escucha que atendiese por igual a todo lo dicho por el entrevistado, es decir, que el entrevistador deberá suspender todo juicio sobre lo que se le confía, no deberá emitir ninguna forma de valoración sobre lo que escucha, ni deberá privilegiar un elemento sobre otro, sino que en la medida de lo posible su escucha deberá de atender, por un lado, a las recurrencias de su discurso, y por otro, a las inconsistencias que éste presente. ¿Qué sería esto? Veamos, la escucha que pretendemos más que atender a los temas o peripecias narradas deberá atender, como ya dijimos, a las recurrencias en el discurso, a aquello que se nos impone por su carácter repetitivo, ya sea que esta repetición atienda a alguna desgracia que pareciera perseguirlo, o signarlo con una suerte

de destino, o que la repetición se dé a través de un significante que tendría entonces el carácter de articulador de su discurso. Por otro lado, esta escucha deberá atender también a las inconsistencias discursivas, es decir, a los momentos en que éste presentara algún tipo de inconcordancia, la más flagrante sería la de los *lapsus*, cuando se dice una cosa por otra, pero no sólo puede haber inconcordancias de género, de tiempo o gramaticales, pues serán estas mismas las que nos permitirán vislumbrar ciertas formas inadvertidas por el entrevistado, de determinación inconsciente en su discurso. Es obvio que si no mantenemos una escucha parejamente flotante, no podremos escuchar las dos series de elementos señalados; si nos enganchamos afectivamente en lo que nos cuenta, lo anterior nos será inaudible. Y todo esto hace inoperante el uso de grabadoras, es este tipo particular de escucha la que el psicólogo debe sostener, como sujeto conformado también por su inconsciente, y esto no puede ser sustituido por ningún tipo de registro electrónico.

- 3 El registro entonces del material de la entrevista deberá hacerse una vez concluida ésta. No es posible desde esta escucha, el tomar notas y mucho menos el pretender ir escribiendo todo lo que se nos dice durante la entrevista. El registro por escrito deberá hacerse después de terminada la entrevista, es claro, nos parece, que no es posible el ir escribiendo y sostener al mismo tiempo una atención parejamente flotante como la hemos señalado. Por otra parte, es obvio también que habrá olvidos por parte del entrevistador, pero de eso se trata. Ya que el principal instrumento de una escucha de este tipo es el propio inconsciente, cosa que presupondría para una escucha psicoanalítica, el propio análisis, pero aun en el caso de ser estudiantes, los huecos generados por nuestros olvidos serán indicativos, si atendemos a ellos, de elementos importantes en la estructura del material de la entrevista y también deberán estar sujetos al análisis e interpretación.
- 4 ¿Qué tipo de intervenciones se puede tener durante el desarrollo de la entrevista? En este punto es importante subrayar que el hablar de entrevista abierta y de que durante ésta es el entrevistado quien debe señalar el rumbo y determinar la estructura del material de la misma, en ningún sentido equivale a que el entrevistador deba ser únicamen-

te un observador pasivo. Todo lo contrario, su escucha, en los términos en que la hemos definido, debe colocarlo en una situación privilegiada para intervenir en cualquier momento. Pero, ¿en qué sentido? Sus intervenciones, que serán tan abundantes como sea necesario, deberán darse en el sentido que señalen las propias insistencias discursivas e inconsistencias del entrevistado. Es importante volver a insistir que no deben ser los prejuicios teóricos o personales del entrevistador los que deben guiar sus intervenciones, lo cual equivaldría a que por la puerta trasera termina éste por imponer su propia estructura a la entrevista, por el contrario, una escucha parejamente atenta y flotante deberá permitirle captar todas las rupturas, inconsistencias, *lapses* o insistencias que no habrá que dejar pasar, ya que es en esos lugares en donde la determinación inconsciente del discurso se hace más evidente. Entonces, es necesario aclarar que en ningún sentido se pretende una observación pasiva por parte del entrevistador, todo lo contrario; sin embargo, sus preguntas y puntualizaciones deberán hacerse, apoyándose en el propio material aportado por el entrevistado y desde un marco teórico consistentemente construido, a partir de lo que su atención flotante le posibilite escuchar de la estructura discursiva del entrevistado.

- 5 Las cuestiones relativas al encuadre son secundarias. Es importante señalar que las condiciones de mobiliario, tiempo y lugar no son prioritarias, ya que el dispositivo consiste fundamentalmente en la escucha, que es la que determina el tipo y forma del diálogo que se establecerá. Esto es importante ya que no se trata de una plática o cuestionario; el tipo de diálogo en que consiste el dispositivo de entrevista clínica se sostiene por una estructura disimétrica, en donde el lugar del entrevistador está marcado por la escucha y el del entrevistado por el habla, esto es lo esencial del dispositivo. Estas posiciones disimétricas son las que se debe sostener en una entrevista clínica de orientación psicoanalítica, el entrevistador deberá sostener la escucha a partir de lo que hemos definido como atención flotante y correlativamente deberá intimar al entrevistado a ocupar el lugar del habla desde donde a él se le ocurra. Insisto, lo esencial del dispositivo es la estructura disimétrica del diálogo clínico, no otra cosa, por lo cual,

lo que será necesario sostener son estos lugares disimétricos de escucha y habla. Por otro lado, se recomienda que la entrevista se realice cara a cara, sin la interposición de ningún tipo de mueble y que la duración de la entrevista medie entre 45 y 60 minutos, esto se le hará saber al entrevistado al inicio así como el uso que se hará del material de la entrevista.

6. La ética del psicólogo. Este punto es fundamental, ya que la entrevista clínica debe sustentarse en un estricto compromiso ético con el entrevistado. Durante una entrevista clínica el entrevistado confía al entrevistador partes de su vida que lo comprometen profundamente, deposita en él, más incluso de lo que él mismo supone, por lo cual se hace evidente que el entrevistador deberá hacer un manejo escrupuloso de todo el material que se le ha confiado. No solamente tiene esto que ver con la cuestión del anonimato del entrevistado, es este quizás el punto menos importante ya que un nombre propio no proporciona las coordenadas del sujeto, las que sí se despliegan en la historia contada, y es por lo tanto esto lo que compromete la ética del entrevistador, en un doble sentido. Por una parte, el trabajo de interpretación clínica que posteriormente lleve a cabo no podrá ser objeto de ninguna forma de devolución al entrevistado, cualquier tipo de revelación respecto de la dinámica inconsciente de su discurso podría perturbarlo en tanto que no existirían las condiciones de un seguimiento terapéutico; en este sentido, las entrevistas no deberán prolongarse más del número de veces pactadas de antemano, aun cuando por la transferencia generada durante éstas el entrevistado así lo solicite. Por el otro lado, el material de la entrevista tendrá un manejo exclusivamente académico y este propósito deberá comunicarse al entrevistado oportunamente, en ningún sentido son admisibles ningún tipo de *mentiras piadosas*, y deberá hacerse saber el valor que cobra su colaboración en la formación como psicólogo de quien lo interroga y ninguna otra cosa más se le puede ofrecer al cuestionado.
7. El último aspecto a considerar en torno a la entrevista clínica es la interpretación del material obtenido. Es este el momento de aplicación de los conocimientos teóricos obtenidos, momento de cruce de la teoría y la práctica, lugar privilegiado del trabajo modular. ¿Cómo habrá de

realizarse este trabajo? Será necesario en principio, el someter la transcripción de todo el material obtenido a sucesivas relecturas, habrá que reeditar el esfuerzo de escucha en cada una de estas lecturas, buscando en todo momento el captar los contenidos latentes en el discurso del entrevistado. Este es un trabajo en donde la experiencia aporta la mayor parte y sin embargo, debemos tratar de identificar los elementos fundamentales de cada estructura psíquica, en la estructura del discurso que analizamos, como única forma de orientarnos en la maraña de cosas que se nos cuentan, y así, poder realizar una lectura teórica del material de las entrevistas, una reconstrucción del padecimiento del sujeto desde una aproximación psicoanalítica. El trabajo de supervisión con el docente responsable de conducir el taller es indispensable, deberá proveerse el tiempo necesario para al menos dar lugar a una lectura completa del material de las entrevistas de cada alumno, con el propósito de supervisar su escucha, sus puntos sordos y señalarle sus omisiones y errores, no existe otro camino para formar la escucha clínica en la perspectiva abierta por el psicoanálisis, que la supervisión.

Y aunque es indispensable remarcar que el presente módulo sólo nos proporciona una primera aproximación al trabajo clínico, sí hemos de orientar a nuestros alumnos en la escucha clínica de una entrevista de corte psicoanalítico, el tiempo necesario para trabajar personal y puntualmente con ellos su escucha, es indispensable y esencial, lo cual supondrá un trabajo detenido con el material de sus entrevistas.

Por último, es conveniente señalar que lo escrito en este apartado recoge la experiencia académica y clínica del autor, por lo que todo lo señalado es susceptible de discutirse, pero me parece que podrá ser de utilidad para introducir a los alumnos al arduo trabajo que toda entrevista clínica supone.

Bibliografía

BLEGER, José, "La entrevista psicológica", *Temas de psicología. Entrevista y grupos*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1978.

- ETCHEGOYEN, Horacio, *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu, Buenos Aires, 1991
- PROGRAMA DEL MÓDULO 8, *Conflicto psíquico, salud mental y sociedad*, UAM-X, México, 2002.
- FREUD, Sigmund, “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, *Obras completas*, tomo VII, Amorrortu, Buenos Aires.
- , “Sobre la dinámica de la transferencia”, *Obras completas*, t. XII, Amorrortu, Buenos Aires
- , *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*.
- , *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*
- , *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)*
- , *Obras completas*, tomos VII y XII, Amorrortu, Buenos Aires, 1976
- PASTERNAK, Marcelo, “El método experimental y el método clínico en Psicología”, y “El método psicoanalítico”, *Psicología ideología y ciencia*, Siglo XXI Editores, México, 1975.
- RADOSH CORKIDI, Silvia, “La transferencia, ¿cómo juega?”, *Tramas Subjetividad y Procesos Sociales*, núms 18-19, UAM-X, México, 2002
- SALCE V, Elvira, “Una dimensión de la práctica del psicólogo la escucha”, *Palabras*, Universidad Regiomontana, México

El sujeto y el campo de la salud mental, número uno de la Colección Docencia y Metodología de la DCSH, de la UAM-Xochimilco, terminó de imprimirse el 13 de mayo de 2009, en los talleres de Tinta Negra Editores, Segunda Calzada de Altamirano, número 6, colonia Hank González, C P 09700, Delegación Iztapalapa, Tel 4199-6988, [treditores@yahoo.com.mx]

la coordinadora

Alma Leticia Paz Zarza es licenciada en psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Profesora-investigadora en el Departamento de Educación y Comunicación de la DCSH en esta misma unidad.

Maestra en teoría psicoanalítica por el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos.

Cuenta con una especialidad como terapeuta psicodramatista por la Escuela Europea de Psicodrama Clásico en México.



EL SUJETO Y EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL ES UNA COMPILACIÓN que adquiere consistencia y continuidad a partir de un problema eje específico; ya sea que hablemos de los trastornos psíquicos, de la salud mental o del conflicto psíquico, habremos de afirmar que en sus manifestaciones o sintomatología, encontraremos las condiciones históricas, familiares y sociales en la vida y la estructuración del sujeto, enmarcados dentro de los referentes simbólicos de la cultura.

De la misma manera, se consideran tanto la locura, la marginalidad, la exclusión social, y el propio conflicto psíquico, como aspectos que siempre se articulan para el *pathos* o sufrimiento mental. En otras palabras, en la medida en que el hombre es un ser social, los procesos que se ponen en juego para la constitución del sujeto y la subjetividad se articulan en las redes sociales, resultado de una trama histórica, y es en ese devenir donde la dimensión del conflicto psíquico tiene lugar.

Esperamos que los textos incluidos en este volumen, abordados desde esta visión psicosocial, resulten de gran ayuda para los estudiantes, investigadores y lectores interesados en estos temas.

ISBN 978-607-477-006-3



9 786074 770063