

Fros entre el amor y el deseo

Año I. No. 1



Centro de Estudios
Psicoanalíticos
Mexicano, A. C.



**PUBLICACIÓN
DE
CEPSIMAC**

Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicano, A. C.

C E P S I M A C

Directorío

Directora General

Psicoanalista Dra. Dolores Aldana Villavicencio

Coordinación Docente

Psicoanalistas:

Rosa Ma. Chelala Torres
Mario Díaz Contreras

Coordinación Red Clínica

Psicoanalista Guadalupe Chávez López

Coordinación Clínica

Psicoanalista Victoria Fenik Socolsky

Coordinación Administrativa

Psicoanalista Ma. Guadalupe Aldana E.

Coordinación Interinstitucional

Psicoanalistas:

Marcela Miranda Aldana
Gerardo González Chauvet

Coordinación Difusión Académica

Psicoanalista Ma. Guadalupe Ortiz Oropeza

Coordinación Editorial

Psicoanalista Claudia Caballero Corona

ÍNDICE

Editorial	3
Entre anhelos, murmullos y sufrimiento llegamos a un análisis	4
¿Quién tiene la Razón?	8
La relación de la adolescente con su madre	11
Entrevista con la Dra. Dolores Aldana V.	18
De "El" a Elías	22
Cuando los niños enferman	24
El suicidio en los adolescentes	28
Hacia un Encuentro Interdisciplinario: Patología y Clínica	33
La Esfinge	46
Un poco de humor	48

EDITORIAL

Dolores Aldana Villavicencio



El nacimiento y presentación de esta publicación es el producto del esfuerzo de varios psicoanalistas, miembros de CEPsimac y de otros colegas por hacer llegar al conocimiento del público en general, los temas centrales que nos ocupan, que a final de cuentas nos interesan a todos y que remiten a la dimensión del amor y el deseo que en su articulación a lo pasional, al sufrimiento, impiden el placer, el encuentro y alguna supuesta armonía que ellos: el amor y el deseo parecían prometer.

Que el ser humano se constituye en las redes del amor, y que las palabras son los hilos que conforman esas redes amorosas surgidas de una función materna que nos abraza y nos dice tú eres... Que una dimensión de deseo y deseos surge ante **las modalidades de** la falta de ese amor primario que mueve a la búsqueda de amores “adultos” pareciera una lógica impecable y cuyo desenlace se esperaría feliz.

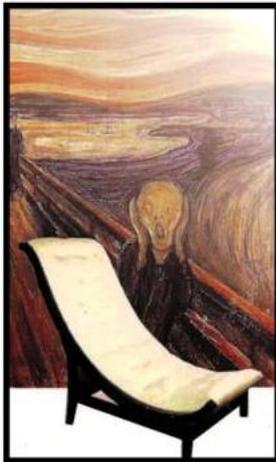
¿Por qué la realidad se nos muestra **tan** diferente? Odios, desilusiones, rivalidades, celos, suicidios, crímenes pasionales, daño al otro o al propio cuerpo (enfermedades) ¿Cuál es el sentido de todo esto?

¿Cómo se nos perdió el camino que amor y deseo parecían ofrecer y se trastocó en dolor?

¿Cómo **corregirlo** y hacer la diferencia? Estos son algunos de los temas **que ocupan a los psicoanalistas**; profesionales comprometidos con su ética y con sus metas que apuntan a hacer la diferencia, y que **desean** hacer llegar de modo sencillo, coloquial, a **quien** espere **lograr** una vida más armónica con los otros y consigo mismo.

Entre anhelos, murmullos y sufrimiento llegamos a un análisis

Letjicia Hernández Valderrama



¿ Hay en los murmullos una respuesta existencial? Los murmullos que como voces interiores que casi siempre uno utiliza para preguntarse ¿qué me pasa? ¿por qué no puedo cambiar u olvidar? ¿por qué a mí? ¿qué estoy haciendo mal? ¿por qué no encuentro motivaciones en la vida? ¿por qué me siento tan solo... tan vacío? ¿por qué no puedo olvidar? ¿por qué me ha dejado? ¿por qué nadie me ama como yo amo? Múltiples cuestionamientos que entre llantos y suspiros el sujeto se debate amargamente, otras veces se debate como prisionero de los recuerdos, ahogado en dolor y sufrimiento, anhelando un destino diferente.

Nos encontramos con historias de pasiones, unas vividas, otras soñadas, anheladas, coartadas, rotas, deshechas. Sujetos atravesados por el sufrimiento, en búsqueda de saber y de poder ser diferente. El ser desnudo y abatido en sus abismos, quiere escuchar y él mismo puede revelar en un análisis aquello que conforma su magnificencia: la sed de absoluto anhelo de salvación, de cambiar la historia, de búsqueda de felicidad.

¿Dónde están los recuerdos cuando no son conscientes? ¿Qué ha hecho la memoria, del olvido? Hay marcas, huellas que aparecen disfrazadas en los síntomas, donde el olvido ha procurado resguardar al sujeto de situaciones intolerables a la conciencia.

El sujeto necesita primero reconocer ante sí mismo, que hay algo que no marcha y que es necesario buscar ayuda, poner un límite a su dolor de vivir, reconocer que solo no ha podido salir de su conflictiva. Observando que las situaciones no cambian en esencia a pesar de múltiples intentos, y que es imprescindible buscar nuevas opciones. Saber que hay algo más que culpar al otro por el destino, es preguntarse de qué manera se contribuye a hacer caminos o a volverlos a andar, tropezando infinitas veces. Teniendo como resultado un goce doloroso que atrapa consumiéndolo al ser del sujeto.

En los estilos de vida, en los atajos, en los mitos que la gente toma o inventa como formas de entender y explicarse la realidad; primero intenta formular preguntas que buscan la respuesta fuera de ellos, pidiendo consejos a gente cercana o buscando en lectura de cartas, de líneas de la mano, del café o del cigarro, pero no se atreven a pensar en un psicoanálisis, tal vez por desconocimiento o por considerar que un extraño *más loco que él*, no podrá ayudarlo. Su condición es la de no saber con quién hacer el desciframiento de su pasado ni saber hacia dónde en el futuro.

¿Hay memoria del olvido? Sólo el inconsciente tiene la respuesta, el trabajo analítico converge con el de un explorador que abre caminos por las veredas del recuerdo para llegar al inconsciente y con ello, poder trazar con la paciencia de un artesano una vereda que se convierta en un nuevo camino menos accidentado y pedregoso para el sujeto; aceptando el riesgo de ser feliz y poder compartirlo.

Algunas veces solemos escuchar entre murmullos: *"necesita un análisis con urgencia o ir a un psicólogo"*, otras ocasiones le es sugerido personalmente o le presionan a hacerlo. Así poco a poco el sujeto tiene que tomar una decisión, empieza por pedir informes, encontrar a alguien que de una buena referencia. Luego surge la inquietud, o debería decir el momento de las preferencias: que sea hombre por..., o que sea mujer por... Algunas veces se piensa en el sexo del analista, porque piensa que le será más fácil hablar con uno que con otro, o que hay cosas que no se atrevería a decir si fuera de determinado sexo. Otras veces se escucha: *¡Qué no me quede muy lejos! de preferencia, que esté cerca de mi casa o de mi trabajo*, etc. Un sujeto dice: *"sí el analista estuviera a dos cuadras de mi casa, te aseguro que sí iría; otro: yo vivo en el norte, y ellos están en el sur.... un especialista cobra caro"*... en fin un sinnúmero de problemas o de pretextos se presentan como resistencias para aquel que resiste e insiste en pagar con su vida el precio de no dedicarse un tiempo a saber sobre sí mismo.

Después el factor del dinero o el costo de la sesión figura como otro obstáculo de entrada y quizá el más frecuente. Hay una tendencia casi generalizada a afirmar es *"un gasto más, y yo no puedo pagarlo"*, *tengo otras cosas más importantes por el momento*; *"me sentiría culpable gastándome el dinero ahí sabiendo que hay otras necesidades"*. Efectivamente ir a un análisis es un gasto pero: ¿acaso no es un gasto que vale la pena? Se paga para uno mismo, se paga para encontrar respuestas, formas alternativas de ver y entender lo que nos sucede, ¡Es una inversión en sí mismo!, por encontrarse con ese deseo que está perdido y que le impide al sujeto luchar y ser feliz, manteniéndolo en un goce mortífero. Se le paga al psicoanalista, por su tiempo, por su

escucha atenta, porque es a través de sus intervenciones en forma de: interpretaciones, puntuaciones, señalamientos, cuestionamientos, etc., como va conduciendo en lo que podemos llamar “cura” de la “lo-cura” de seguir en lo mismo.

Son estas intervenciones del analista como pregunta, como silencio, como puntuación, lo que poco a poco va posibilitando la implicación del sujeto en aquello que hasta entonces sólo podía considerar que venía del exterior. Diría que en un principio el síntoma no es portador de sentido consciente para el sujeto, es a través de las entrevistas que se va determinando su implicación.

Entrar en análisis es cuestión de valor, es estar dispuesto a enfrentar el dolor, el sufrimiento, la angustia, es aventurarse a la escucha sobre sí. Es como subirse a una locomotora, partiendo de certezas, -uno sabe de las vías, los vagones, etc.-, pero donde no hay ruta pre-fijada, se sabe donde inicia, pero no donde llega y menos aún las estaciones por las que transitará o se detendrá, a veces entre brumas recordando noches largas y llenas de neblina que matizan al recuerdo de tantas y tantas cosas; pasando por túneles con luz y otros sin ella, donde el nervio se agudiza y la angustia hace sus efectos, llenando a menudo las mejillas de caudalosos ríos salados, que por años se han guardado, y donde acaso su sal ha hecho llagas en el alma. Llevando en el pecho el soplo de un minúsculo clamor de amor.

Fijar senderos, llegar a metas, inventar nuevos caminos, atreverse a romper certezas para darse la oportunidad de crear una historia diferente. Ser autor de la propia vida no propiciar el dominio de otra, no la sujeción sin responsabilidad. Se dice historias de sujeción, donde el relato actualiza y dibuja las escenas, los rostros, los rasgos de fiereza, frialdad, enojo e indiferencia que hacen surcos lacerando la existencia. Donde el juego del tiempo es distinto; ahí parece que no pasa el tiempo, es presente y es pasado. No se nota mucho la diferencia si es de día o es de noche, es otra la dimensión del tiempo, es como si se mezclaran. Es vivir los recuerdos como sueños llenos de murmullos tan actuales, recordar, y hasta escuchar los golpazos en la puerta y sentir como se eriza la piel, el corazón agitado, las reacciones aturridas e inciertas en la renovada densidad oscura del presente, y sentir que se sufre, pero al hacerlo, curiosamente se encuentran respuestas que comprometen a querer cambiar.

A veces es oscuro el presente y al salir de ahí, es sentir que se encuentra una luz que estaba apagada, que no se sabe en qué momento se apagó, o quién lo hizo y tras el trabajo de las sesiones descubrir que uno tuvo que ver con esa

oscuridad, que si no apagó la luz, dejó que la apagaran y que sólo uno puede volver a encenderla. Saber que tener las intenciones de cambiar no basta, que decirlo es fácil y hacerlo cuesta mucho.

Hablar de lo que nos ha marcado, pensar que las marcas son rastros del tiempo, tiempo lleno de trazos, sobre el pergamino de nuestra vida. Historias de amor y desamor que conducen a la soledad, pero que si nos han dejado huella es porque hay un camino, de ida, pero también otro de regreso, que nos llevará a reencuentros con aquello que vuelve, que insiste y retorna, Freud lo llamó "*el eterno retorno de lo reprimido*".

Entrar o estar en análisis pasa por muchos momentos, desde el sufrimiento, el tormento, el deseo de saber, conocer dónde se yerra; hasta los intentos voluntarios y de buena fe que el sujeto hace, a veces tras un carraspeo en la luz tenue del consultorio ya en el diván, que se dirige al analista en busca de respuestas, hace preguntas: *¿Cómo debo hacerle? ¿Qué será lo mejor?* El analizante cree que el analista tiene el saber y la verdad, *¡la solución!* Hay un brillo de esperanza cuando tras sus intervenciones le devuelve algo, que el sujeto interpreta y encuentra una respuesta, que lo lleva a confrontarse consigo mismo. Es entonces cuando aprende a escucharse como nunca ha hecho, a pensar y reflexionar, romper certezas, para encontrarse con nuevas verdades, quizá a medias, pero donde hay que aceptar responsabilidades, aceptar los costos, pagar.

Un saber que no se sabe que se sabe, que se lleva dentro, que al encuentro con él, no se puede seguir igual, nos convertimos en arqueólogos de nuestra historia, la reconstruimos en la búsqueda del amor y la felicidad, es fortalecer un presente que sabemos nos compromete ante este nuevo saber que encuentra su fuente en el inconsciente y que sólo a través del encuentro con el deseo el sujeto se moviliza y se puede hacer cargo de su destino, ¡trazando un nuevo camino!

¿Cómo se llega a un psicoanálisis? ¿Es un dolor intolerable? ¿Es un deseo que moviliza la búsqueda de un saber que no se ha encontrado y que se reconoce la necesidad de Otro?

Es realmente un camino difícil de transitar, porque hay que luchar contra eso que está en el inconsciente y que el trabajo de la represión ha cuidado de tenerlo ahí. Es entre anhelos, murmullos, dolor y sufrimiento como logramos hacer de la vida ¡una nueva historia!



¿Quién tiene la Razón?

El análisis del AMOR en la pareja

Dolores Aldana Villavicencio

Juan y Juana* llegan al consultorio con una pregunta *¿quién tiene la razón?* y una demanda: *dígame que es mi razón la verdadera.* Juana quería divorciarse, “sin culpa” por eso requería saber que sus razones la liberaban de, “no sabía” bien, cual culpa. Juan, desesperado ante la eminente pérdida de la pareja quería convencerla de que los motivos que Juana aducía para decidir separarse, eran a todas luces falsos: *una infidelidad*, su razón era: la falsedad de las pruebas de infidelidad que ella mostraba. Planteados, según ellos, los puntos referenciales de la situación, explica ella todas las circunstancias que le hacen suponer que él realmente le fue infiel con la “¡puta esa!” dice ella llena de ira.

Varias reuniones sirvieron para pasar de las coordenadas de ataque-defensa a otras que se iban lentamente esbozando en el discurso, como pinceladas en una tela donde un panorama distinto comenzaba a dibujarse.

En un momento en que hay un alto, un momento de tregua a causa de que la angustia de él, al enfrentar el deseo incommovible de ella de “desecharlo” de su vida, hace que él rompa en llanto silencioso al tiempo que en un susurro exclama: *no es esto lo que yo esperaba cuando me casé;* y por primera vez ella concuerda con él y como un eco dice *tampoco es lo que yo esperaba.*

¿Qué esperaban? ¿Qué querían? Es la pregunta obvia para relanzar el discurso por otra vía más allá de lo aparente, a lo real del sufrimiento, a su modo de goce.

Como siempre ella toma la palabra y dice: *Cuando lo conocí, me impresionó su estatura,* (realmente Juan es muy alto). ¿Será esa la estatura impresa en su deseo inconsciente y que le pareció re-encontrarlo en Juan? ¿Cuál es la estatura que afectó de tal modo su elección de pareja?... ¿La estatura? Se le pregunta para investigar que significación tendrá este término en su deseo inconsciente.

* Nombres ficticios

Juana como sin oír la pregunta y justo en tanto que sí pudo escucharla aclara: *“mi padre era un hombre todo amor, me quería tanto que se hubiera arrancado el corazón por mí...”* Con lo cual mostraba la supuesta “estatura del amor paterno” por ella; Juana después de este decir que la emociona hasta las lágrimas, al tiempo que narra esto, parece haberse olvidado de Juan.

A su vez Juan, silencioso, metido en sus propios pensamientos parece no prestar oídos a lo dicho por ella. A él, le interrogo: Dijiste que *No era lo que esperabas?* Dice, *... no, o no sé... a mí, lo que me enamoró es que era una mujer de palabra. ¿Cómo una mujer de palabra?* Se le cuestiona, él responde: *Hablábamos mucho de novios, ella me decía muchas cosas, me decía que me quería... me decía que tendríamos un futuro juntos... mi madre, yo no existía para ella, mi hermano sí; a mí me decía ¡quítate y no me molestes!... en ese momento llora desconsolado.... añadiendo “fui hijo de la soledad...”*

Las coordenadas iban cambiando, él en busca de la palabra que al llevarle un mensaje de amor le indicara que era llamado a, tener un lugar en la vida y en el deseo de la primigenia mujer, la que da el ser vía la palabra que entreteje el amor al deseo que nombre a un padre. Así, él tenía su razón, buscaba la mujer de palabra. Su padre, en la posición de macho golpeador, ante la imagen de este hijo buscador de la madre, o sea de su palabra y de su lugar en la vida del deseo, furioso ante la posición del hijo lo amenazaba de dicho y de hecho, (golpes), las frases principales eran *¡Ya deja de joder o te hago hombre a punta de golpes! ¡te quiero machito y no niña tras las enaguas de tu madre!*

Juana, ante la figura de un padre ideal ante el cual se imaginaba colocada incestuosamente como “la querida” del padre, y aceptando imaginariamente ese lugar negado a la madre tanto por que esta *“no se sentía mujer que valiera”* porque el padre *“le había hecho el favor”* de casarse con ella, ya que no llegó virgen al matrimonio y eso era una vergüenza; la madre, como mujer, era un ser desvalorizado. En cambio la posición imaginaria a la que Juana se imaginaba elevada, alcanzaba la estatura del Dios padre al tiempo que la rebajaba el sentimiento de culpa de imaginarse “ser la querida del padre”, y desplazando a la madre.

Cada uno de la pareja pudo ir identificando que la razón de su unión iba más allá de los argumentos, “razonables” que creían haber tenido para unir sus vidas. Fueron encontrando las razones del deseo, del cuál antes de ahora no sabían que existían y descubrieron que sí urgía un divorcio, pero era uno muy particular, en la propia vida y en la historia de cada uno.

Un divorcio con algo mucho menos tangible que el otro frente a mí, en relación a algo mucho más sutil que el aire, algo que sólo alcanza la densidad de un fantasma, un deseo inconsciente, que movió a ambos a localizarse y elegirse como co-actores de un guión a escenificar y que en dicha escenificación, realidad y fantasía habían quedado confundidos.

Ella logró divorciarse de la imagen ideal de “la querida del padre” y del padre que le parecía mostrarle dimensiones gigantescas de amor. El padre logró tomar su dimensión humana al surgir en la historia que *el gran amor del padre*, era en realidad el amor del hombre por una amante secreta, de cuya existencia la paciente sí tuvo conocimiento desde pequeña pero, a ese saber lo mantuvo en el margen del olvido para sostener su deseo-ficción de ser ella la elegida por el inmenso amor del padre; localizó ahí el primer dolor del desengaño y la “traición”. También sostuvo su decisión de separarse de Juan, quien en su búsqueda desesperada por la mujer de palabra, la había metido en “*una jaula de oro*” decía ella, en referencia a los celos de él.

Juan en una estructuración que se fue perfilando cada vez más melancólica, se deprimía por momentos y en otros, ante la expectativa de “Recuperarla” parecía animarse. Inició lo que nunca fue un análisis, pues no buscó cuestionarse la causa de la repetición de su sufrimiento, que siempre parecía tomar la forma de “ser desechado” por alguien... Su pregunta y su pedido era *dígame que ella no tiene razón en “desechame” y ¿Cómo la retengo?* Juan terminó “desechando” lo que hubiera podido ser una posibilidad de diferencia en su sufrimiento. Juan, no accedió a un análisis.

¿Quién tenía la razón? Ambos, la propia razón inconsciente, definida e introducida desde su historia los llevó a este entrecruzamiento sufriente de sus vidas y en el intento de resignificar algo de su historia, repetían el sufrimiento. Repetición en que lo único de altura fue el dolor y la palabra, faltaba...

Juana, vía su historia con el padre, pudo abrirse brecha a un camino diferente y logró sustituir padre por hombre, o sea de “*estatura media*” según sus propias palabras al final del análisis.

Juan... sentía que “*el destino*” siempre “*le daba la espalda*”. ¿Será que como un acto de revanchismo especular, cuando la vida le ofrece alguna oportunidad de diferencia ahora él se sentía obligado a devolver lo mismo? ¿a dar la espalda?

Trabajo analítico con el vínculo de pareja: que va de la ilusión a la desilusión, de la razón ilusoria del maravilloso tú y yo a la sin razón de o tú o yo; razón

más allá de la conciencia y su lógica razonable. Ratio, del inconsciente que promueve el ilusorio encuentro de dos y su contra cara, el odio ante la razón del otro que fragmenta una fantasía y un fantasma de complementariedad, falla que obliga a la búsqueda de un tercero al que se demanda... ¿Qué? ¿Qué dé razón a uno o al otro? o ¿qué promueva el descubrimiento de una nueva razón? qué lleve mas allá del amor y su exigencia de plenitud, al campo del deseo que permitiendo a uno y al otro saberse en falta poder emprender la conquista de..... ¿?



La relación de la adolescente con su madre

Cecilia Pieck de la Torre

Las dificultades que se presentan en la adolescencia entre madre e hija suelen llegar a manifestarse a través de diversos síntomas. Hay chicas que desde muy temprano en la adolescencia padecen gastritis, incluso desde los diez años; o inhibición, timidez, una gran incapacidad para tomar decisiones, aún las menos importantes. También pueden sufrir de jaquecas o problemas para dormir. En ocasiones, las madres reportan compulsión para comer y un aumento de peso, o por el contrario, adelgazamiento y negativa a comer una infinidad de cosas que antes comían de buen grado. Incluso desde los nueve años las niñas se someten a sí mismas a la privación de alimentos que consideran que les engordan o se encierran en el baño para vomitar; hay niñas de esta edad, que empiezan a tener una excesiva preocupación por su cuerpo y en general por su aspecto físico. Todo lo cual, nos hace cuestionarnos el umbral de inicio de la adolescencia que, aunque siempre haya sido flexible, oscilaba entre los 12 y 13 años más o menos; mientras que ahora algunos de los rasgos considerados típicos de la adolescencia se han instalado más temprano en las niñas.

En la adolescencia hay un aumento de la socialización en general, que implica por parte de las chicas una demanda de más libertad y autonomía en sus movimientos. Se inicia la adhesión a un grupo que puede estar constituido por compañeros de la escuela o por chicos que comparten una determinada forma de vestir y de presentarse, como los *darks*, los *emos*, etc. En este caso, la identificación parece pasar por una oposición a "la sociedad", trasladando a la "sociedad" la dificultad de hacer reconocer ante sus padres sus preocupaciones, pensamientos y anhelos. Entonces adoptan toda una forma de presentarse, que puede incluir perforaciones, tatuajes, y en ocasiones también lesiones superficiales de la piel o hasta quemaduras. Sin embargo estas conductas, aunque sean adoptadas por varias chicas no dejan de tener una significación particular. Por ejemplo, una perforación en la lengua, en el caso de dos adolescentes, produjo una sensación de poder de las hijas; de poder sobre su cuerpo y parece haber constituido un recurso para afirmar frente a la madre una autonomía pedida con palabras y no escuchada por ella. En ambos casos ella mantenía una permanente exigencia hacia la hija respecto al orden de su cuarto, a su alimentación, a sus amigos, etc. En síntesis había una insatisfacción inagotable en la madre en relación a su hija. Por otra parte, las lesiones también pueden asociarse a trastornos de alimentación como la bulimia y la anorexia.

Pero ¿cómo se llega a estas dificultades entre la madre y la hija? ¿Porqué es tan difícil para algunas madres reconocer que sus hijas ya crecieron? En este punto, es necesario darnos cuenta de que las identificaciones corren en dos direcciones: es decir no solamente de la hija hacia la madre sino también de ésta hacia la hija. Es en la infancia cuando se gesta la modalidad de relación a partir de la cual más tarde se consolidará la identidad sexual de las chicas y su acceso a la autonomía propia de la juventud; esto supuestamente, pues vemos que los jóvenes de 24 a 28 años en la actualidad todavía en muchos casos se asumen como adolescentes, en una relación de dependencia con sus padres. Entonces, según la forma en que se transitan estas etapas previas de identificación, pueden aparecer en la adolescencia algunos de estos síntomas que se ubican en el cuerpo y en la conducta.

Esa ligazón tan fuerte que existe entre madre e hija tiene su origen, en los primeros días de la vida. El amor a la madre es el amor más primitivo que todo ser humano experimenta. Tanto los niños como las niñas, son primeramente cuidados y alimentados por ella. La condición de absoluto desamparo en que nacen, en contraste con el resto de las especies animales le da a la madre un

carácter de omnipotencia, porque puede satisfacer el hambre, aliviar del frío y cualquier incomodidad que sienta su hijo. Y no sólo las necesidades físicas, pues esa fragilidad biológica con la que nace el niño implica también una sensibilidad enorme a todos los estímulos del medio: por ejemplo, ruidos súbitos, impactos, movimientos bruscos, son cosas que lo ponen de inmediato en un estado de angustia inmanejable por él mismo. Es la madre la que filtra todas esas cosas que suceden a su alrededor y que él no entiende.¹

De hecho tampoco entiende qué pasa dentro de su cuerpo o en la superficie de su cuerpo; es la madre la que va enseñándole por qué llora. Y se lo enseñará de acuerdo a sus propias experiencias, de tal modo que habrá quien interprete predominantemente el llanto como una señal de hambre; otra madre que se preocupe especialmente porque su hijo no tenga frío, o no esté sucio, etc., es decir, se pone en juego la capacidad de la madre para satisfacer esas necesidades, pero también para exigirle al bebé una conducta más madura, conforme va creciendo. Sucede entonces que algunas madres posterguen estas exigencias con el deseo de gozar a su bebé, o por miedos que provengan de su propia posición respecto a la maternidad y a sus fantasías. Así habrá niños y niñas que aprendan a hablar antes o después, que controlen esfínteres o no lo hagan a los tres años, o que recurran al chupón y a la mamila, más allá también de los tres o cuatro años. En estos pequeños signos se manifiesta el lugar que el niño ocupa en la madre respecto a su propia vida y a la vida con su pareja.

Cuando en la madre hay dificultades para aceptar que su hija está creciendo, éstas pueden recrudecerse en la adolescencia. En el mejor de los casos, tras algunas fricciones la hija logra afirmar sus deseos y su incipiente autonomía. Pero también puede suceder, cuando esa ligazón entre la madre y la hija es demasiado estrecha, que surjan trastornos de angustia como suele ser el asma; de agresividad reprimida, como puede ser la anorexia, en que la agresividad se vuelca contra el sujeto mismo que la padece. Igualmente la bulimia puede ser un recurso ante la insatisfacción de la madre respecto a todo lo que su hija no es y que, a su criterio, debería de ser. Y es que el lugar de omnipotencia y de admiración que suele tener la hija por su madre hasta cierta edad, se pierde cuando la hija adquiere autonomía.

En la lactancia la satisfacción del hambre se vincula directamente con el amor de la madre. La presencia misma de la madre en el plano amoroso no está garantizada, aun cuando satisfaga puntualmente todas las necesidades físicas.

¹ Véase D. Winnicott, *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1994, p. e. el cap. 8 "El lugar en que vivimos", p. 139.

El niño siente cuando su madre está en otra cosa mientras lo alimenta, por ejemplo, si está pensativa o triste, o enojada. Cuando la madre no le habla y sólo lo toma en los brazos casi automáticamente o cuando por el contrario le habla, lo acaricia, lo mima, se ríe con él, etc.

Dentro de los factores que afectan a la madre, tanto en su ánimo como en sus posibilidades de tiempo y de concentración, está el padre. Y no sólo indirectamente sino directamente. Su voz es identificada muy pronto por el bebé. Lacan hace algunos comentarios sobre la construcción del registro simbólico en esos primeros meses, donde vemos involucradas la presencia del padre y de la madre, en el modo de entender el mundo que el niño va adquiriendo. Primeramente el niño, al darse cuenta de que su llanto llama a la madre, registra su presencia cuando la ve, pero también cuando ella no está. Es decir, cuando la madre no está junto al bebé, éste anticipa su presencia cuando experimenta alguna necesidad. El registro de esta presencia, así como de la del padre, forman los fundamentos del orden simbólico que le permitirán al niño, al terminar la lactancia, reconocer su propia imagen en el espejo; y más adelante orientarse en el tiempo y en el espacio, utilizar la primera persona gramatical para expresarse y para actuar, es decir, el yo. En la construcción del yo intervienen en primer término las identificaciones.

Las primeras identificaciones se establecen muy tempranamente y conforme por lo tanto, al modelo del amamantamiento. Según Freud, en el momento del destete el niño pierde el objeto de amor que constituye el pecho y por extensión, la madre. Freud formula así la función del objeto perdido², que será el motor de las identificaciones. A través de ellas, el niño recupera algo del objeto, se apropia de algún rasgo. El objeto se erige en el yo y el yo se transforma parcialmente conforme al modelo del objeto perdido. Es así como el niño empieza a parecerse o a desear parecerse en algo a la madre.

Según Freud, la identificación con la madre es de enamoramiento, por el hecho de ser ella la primera fuente del placer, inclusive del placer sexual que despierta con los cuidados del cuerpo. El padre en cambio, se erige en el yo, como modelo, como ideal del yo y como instancia encargada de hacer que se cumpla ese yo ideal proveniente de la madre y en el que se deposita tanta energía (libido) amor³. El yo cede tanta de esa libido al yo ideal, que siempre resulta inferior a ese ideal. De ahí que la niña tratará de acercarse a ese yo ideal y, según las exigencias que sus padres tengan para sí mismos, se exigirá menos o más a sí misma y experimentará más o menos sentimientos de culpa. Sin embargo, también puede haber otras circunstancias en que surja un

² Este objeto perdido será mítico en Freud, pero necesario para pensar la castración.

³ Freud Sigmund, 'La identificación', en "Psicología de las masas y análisis del yo", *Obras Completas*, vol. XVIII, p. 99.

sentimiento de culpa muy intenso en alguien en cuyo medio impere un gran desorden y arbitrariedad. Es decir, estas condiciones preexistentes no son necesariamente determinantes.

Tanto el superyó como el yo ideal tienen una gran parte de inconsciente. En algunos casos, el sentimiento de culpa mismo no es registrado por la conciencia y el enfermo se niega a sanar, por ejemplo negando que está enfermo (que es lo que Freud llama reacción terapéutica negativa) para no renunciar al castigo que constituye su padecimiento. Según Freud, cuanto mayor es la exigencia del ideal, más grave es la manifestación de la neurosis, sin sentimiento de culpa aparente⁴. Es posible que esto tenga relación con la negativa de las anoréxicas y las bulímicas a reconocer la urgencia de ser atendidas y con la aparente indiferencia respecto a su problema.

Las primeras identificaciones constituyen el primer esbozo del yo como una instancia dividida. Una vez establecidas esas dos identificaciones que forman las bases de la constitución del yo, alrededor de los seis meses y hasta el año y medio se puede observar que el niño, al mirarse en el espejo, se reconoce y esto le causa un gran júbilo. El niño se encuentra acompañado de un adulto, ya sea sostenido en sus brazos o en una andadera, mira al adulto reflejado y volteo a verlo. Éste le confirma que ése que está ahí, en efecto, es él. Jacques Lacan plantea⁵ que esta es una identificación fundadora del yo y que constituirá el tronco de las futuras identificaciones. Es una identificación que establece el niño con su propia imagen corporal reconocida y sostenida por la mirada del Otro que lo acompaña.

Esta identificación es de enorme importancia para considerar la problemática que se despliega en el no reconocimiento de las dimensiones del cuerpo propio, que parece estar presente en la anorexia y la bulimia. Y no solamente en esta problemática sino en otras dificultades de reconocimiento de la propia imagen, que suelen ponerse en juego cuando las dimensiones del cuerpo y del rostro cambian de una manera notable durante la adolescencia y producen extrañeza o vergüenza. Las adolescentes no solamente cambian de estatura y les cambian los rasgos, sino que además su cuerpo se transforma visiblemente. Y la mirada con la que se observan a sí mismas no viene de su interior, sino precisamente de Otro que en un principio fueron los padres y que en cierta forma pueden seguir siéndolo, tal como en el estadio del espejo.

⁴ Freud Sigmund, "El Yo y el Ello", en *Obras Completas*, vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 2000, pp. 50-51.

⁵ Jacques Lacan, *Escritos 1*. "El estadio del espejo como formador de la función del yo, tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". Siglo XXI, México, 1990, pp. 86-93.

La imagen misma de su cuerpo completo, en el estadio del espejo, es una imagen exterior al niño; la ve allá, en el espejo. Se puede decir que el niño se aliena en esa imagen desde el cuerpo que experimenta con todas sus sensaciones, su cenestesia, etc. No es una imagen que sólo se mire, sino que, al mirarla el niño, produce efectos de maduración en él: le organiza el espacio que lo rodea, lo orienta dentro de ese espacio asignándole un lugar desde el que puede asumir un yo con el cual expresarse y tener acceso al deseo. Al mismo tiempo, el encuentro con esa imagen le permite identificar como propias todas las sensaciones provenientes de su cuerpo, sea por un estímulo interno o por un estímulo proveniente del exterior de su cuerpo.

Cuando parece no haber dolor ante alguna lastimadura en el cuerpo, no es que no haya sensibilidad sino que puede haber en ese momento una falla en el reconocimiento del yo que afecte el reconocimiento de las sensaciones corporales. Se presenta una especie de desapropiación del cuerpo, duele, pero ¿dónde duele? ¿a quién le duele? Es algo que en momentos de indiferenciación el chico no puede localizar en él.

Muchos casos de angustia en la adolescencia o en la infancia tardía, que se manifiestan por ejemplo, con asma, ponen de relieve una dificultad de establecer una frontera entre la madre y la hija. Esa angustia se transmite de una a la otra al modo de los vasos comunicantes: la madre teme que su hija sufra y ante el menor signo de dificultad para su hija, entra en un estado de angustia que la invade también a ella.

Los síntomas neuróticos localizables o detectables en el consultorio en las adolescentes, van a estar entramados con el paso por las etapas de la sexualidad infantil y van a tener relación con la identidad y la definición de la sexualidad. En la anorexia y la bulimia muchos autores observan una dificultad de identificación, particularmente con la madre⁶. Contrariamente a la creencia de que la hija se niega a aceptar a la madre como modelo de identificación, se encuentra en juego el amor a la madre pero por la vía de lo que ésta hubiera deseado ser. Es por eso que muchas veces la madre no se reconoce en la hija y le causa incluso una gran extrañeza toda la conducta que despliega. La hija toma el yo ideal de la madre e intenta sujetarse lo más fielmente posible a él. La madre puede incluso haber olvidado todos los anhelos de su propia adolescencia y haber terminado por sujetarse a las exigencias que la vida actual le plantea, de tal manera que en verdad parezca venir de otra parte todo eso que la hija le presenta a la vista.

⁶ Incluso en casos de varones anoréxicos, cf. Kestenberg y Kestenberg, *La faim et le corps*, Paris, PUF, 1972, caso de Antoine, pp. 64-80.

Aun cuando la adolescente se encuentre abiertamente en lucha por afirmar sus diferencias con respecto a su madre, tiene todavía una gran necesidad del amor materno y de su reconocimiento. Amor y reconocimiento que la madre no siempre se encuentra en condiciones de dar. La identificación muchas veces silenciada o inconsciente, de los padres hacia los hijos, constituye un factor muy importante en la dinámica entre la madre y la hija, y en el despliegue de síntomas neuróticos en las adolescentes.

Muchos de los síntomas que se manifiestan en la adolescencia en la actualidad tienen relación con el cuerpo: trastornos en la alimentación, o en algo que, no por ser compartido socialmente -como una moda- se reduce a lo social: los tatuajes, las lastimaduras, las perforaciones. Sucede lo mismo con el abandono de los estudios, que cada vez se presenta con más frecuencia. Aunque también puede presentarse el problema contrario; chicas que suelen ser muy estudiosas, responsables y comprensivas con sus madres, y paradójicamente sufren con frecuencia por autorreproches o por incapacidad de tomar la más mínima decisión. En estos casos puede haber por ejemplo gran angustia ante las situaciones de prueba, o presentarse dolores de cabeza o gastritis.

Por otra parte, los problemas de alimentación no sólo se refieren a la anorexia o la bulimia. La obesidad en la adolescencia puede ser consecuencia de una dificultad en la relación con la madre, que al producir una gran tensión en la hija, la lleve a comer compulsivamente. Hay casos de obesidad donde la tensión entre la madre y la hija está más encubierta. Es decir, donde más bien las expectativas maternas son tomadas por la hija de tal modo que las hace propias y se presiona a sí misma de una forma inmanejable para ella.

Cuando en la entrevista con el médico acerca de la obesidad o de la inapetencia y bajo peso, se presenta la madre con su hija, el médico puede ubicar la presencia de angustia en la madre, la apatía o aparente despreocupación de la hija, o por el contrario, la ansiedad en ella, que se manifiesta en las lastimaduras, en la onicofagia, en el jugueteo con el pelo o con los dedos, etc. El síntoma físico siempre es descrito con palabras que hablan de lo que el síntoma es en el plano personal, en la vida familiar. Y es ahí donde podemos ubicar que hay algo que resolver en cuanto a la modificación de la relación de la madre con esa hija que ya no es una niña y que empieza a manifestarse como un ser distinto, como una mujer distinta a su madre.

Entrevista con la Dra. Dolores Aldana V

Claudia Caballero Corona

La Doctora Dolores Aldana Villavicencio es fundadora del *Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicano A.C.* Su formación inicial fue como psicóloga formada en la UNAM, posteriormente se recibe de médico en la ELHM. Se titula en maestría psicoanalítica.

Posteriormente realiza su formación como psicoanalista en el Círculo Psicoanalítico Mexicano. Estudia diplomado en la historia de la filosofía y otro en filosofía en la IBERO. Actualmente prepara su maestría en filosofía por la Universidad Iberoamericana.

Directora General de esta Institución y es también docente coordinadora de diversos seminarios desde 1985, respetada y estimada entre quienes hemos tenido el privilegio de asistir a sus seminarios y nos beneficiamos con la riqueza y rigor conceptual en su estilo de enseñanza, así como con su agudeza y experiencia clínica. Ante el interés personal acerca del surgimiento y trayectoria de *CEPSIMAC* la Dra. Aldana accedió a brindarnos la siguiente entrevista.

CC – Dra. Aldana, ¿cómo surge CEPSIMAC?

DAV --Por los años 80's una compañera, la Dra. Rosa Ma. Zúñiga y yo, planteábamos en nuestra *alma mater*, ámbito del *Círculo Psicoanalítico*, la necesidad de un espacio para la realización de la profesión psicoanalítica, la respuesta de la Institución fue que no tenía en sus planes programas de expansión por lo que la posibilidad era adherirnos como miembros activos a lo ya constituido.

Ante éste obstáculo consideramos la oportunidad de construir un nuevo espacio para el desarrollo de nuestras expectativas, se invitó a colaborar a varios psicoanalistas de diversas procedencias para construir este proyecto autónomo, con lo cual se funda este espacio de *CEPSIMAC*, el cual desde su inicio se diferencia de la ortodoxia freudiana del Círculo, asumiendo un estudio del psicoanálisis desde el eje Freud-Lacan y asumiendo que la lectura que Lacan realizó de la obra freudiana fue desde el paradigma Real, Imaginario, Simbólico que desplaza el paradigma freudiano y lo renueva en la teoría y la praxis que Lacan presenta.

CC -- ¿Doctora, cuáles considera que son las características que distinguen a CEPSIMAC?

DAV --Se ha buscado estar atentos a las necesidades de formación, ofertando desde el principio una orientación cuidadosa y congruente desde los discursos de Sigmund Freud y Jacques Lacan, lo cual por supuesto no impide que un psicoanalista ya formado pueda interrogar otros discursos, lo cual no es lo mismo que un eclecticismo delirante. Además, *CEPSIMAC* se ha desmarcado de un modo de promover el psicoanálisis limitado antes a una élite alta en lo económico, generando condiciones para dar cabida al deseo de formación psicoanalítica de aquellos que tuviesen limitaciones en este sentido; asimismo, psicoanalistas egresados asumen algunas horas para atender la demanda de análisis, de personas de bajos recursos; todo esto sin ignorar la realidad de los requerimientos económicos necesarios para sostener nuestro Centro.

CC--¿Cuáles han sido las dificultades más importantes en la dirección y el desarrollo de CEPSIMAC?

DAV —Las luchas imaginarias y narcisistas en las relaciones y en el espacio del saber, y el poder ¿no es acaso lo propio de los vínculos humanos?

CC -- ¿Cómo enfrentar estas dificultades?

DAV — Con la búsqueda de la conciliación y tratar de impedir el discurso del absoluto, sin caer, como comentaba, en la solución delirante de un eclecticismo; tratando de situarnos en el “entre”, o sea en el espacio de la pregunta y de la conciliación en la diferencia.

CC -- ¿Nos puede comentar acerca de su encuentro con el psicoanálisis?

DAV —Tuve desde la infancia un deseo por el saber, por la historia del origen, por la filosofía, aunque no la nombrara así todavía. Tenía interés por los otros, por los vínculos y sus incongruencias, las luchas de poder y saber, entre los sujetos, y los diversos estilos de poder y en ellos los intentos, de la destrucción de lo diferente.

Adentrarme a diferentes espacios de saber -medicina, psicología, filosofía, el psicoanálisis- me hacen percatarme de que hay una lucha de saberes, una lucha contra los otros discursos. Yo encuentro que estos saberes se entretienen, pero al mismo tiempo se delimitan, no se confunden.

El psicoanálisis, brinda una respuesta teórica a la pregunta por esa dimensión de lo humano que la filosofía por siglos llamó "lo irrazonable" sólo porque la luz de la razón, concepto que desde Platón hasta la modernidad fue el eje explicativo del ser, conocer y del bien actuar (ética), razón que no podría dar respuesta a la "sin razón humana" y prefería condenarla, reprimirla, negarla.

El psicoanálisis muestra que en otra dimensión más allá de la conciencia y la razón que en ella pretende dominar, hay la dimensión humana: donde amor y deseo se conjugan en las pasiones humanas. Región nuclear de la subjetividad humana (inconsciente) donde otra lógica y otra razón mueve a los seres humanos.

El psicoanálisis como terapéutica se propone como posibilidad de cambio: de la lógica de la rivalidad y del sufrimiento a la de la conciliación entre esos otros diferentes que son los semejantes. Abre a la posibilidad de la diferencia personal y vincular.

Freud, partió de dos hechos: la observación de los fenómenos clínicos, psicopatológicos y los fundamentos científicos y filosóficos de su época para lograr una teoría y una cura de ellos.

Lacan, parte del antecedente freudiano, de los hechos clínicos y de fundamentos epistémicos más amplios con los que Freud no contaba en su época por ejemplo: lingüística, estructuralismo, topología, lógica matemática entre otras por lo que puede presentar un nuevo paradigma con el cual reestructura la teoría y la clínica psicoanalítica.

CC – Dra. Aldana, con veinticinco años de desarrollo ¿cómo contempla a CEPSIMAC?

DAV – Veo todo lo que falta por construir, interrogantes teóricas, clínicas, organizativas. En la lógica socrática se avanza por lo que se sabe que falta, el campo de la falta nos conduce al deseo de seguir. No parto del tiempo lineal, de un falso imaginario que lleva de un menos a un más. Es el tiempo que hace corte, que retorna al inicio como una constante pregunta por la construcción del futuro en la diferencia.

CC --- *Cómo ve ese futuro de CEPSIMAC?*

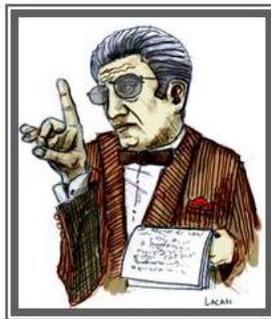
DAV – Con gente pensante, que compartan un deseo de saber y no con los que asumen que “ya tienen el saber”.

El tiempo de la entrevista se ha agotado, la Dra. Aldana continúa con su agenda, seminarios, pacientes, estudios, gestiones diversas. Los argumentos, los datos, las anécdotas, nos brindan un fugaz panorama de la historia de CEPSIMAC.



Ah qué Lacan...ción

El siguiente fragmento corresponde a las palabras de Philippe Soler, tomado del excelente documental: *Jacques Lacan, reinventar el psicoanálisis* (60 minutos) Con guion escrito por Elisabeth Roudinesco y que pueden disfrutar en el sitio de **Guba**, muy recomendable.



Eliminar espacio anterior

Lacan aparece en la tribuna como un grabado de Durero, como un santo, como un mago; caballero y predicador de otro tiempo, Lacan es la lentitud puntuada, el suspiro, la pasión tortuosa, la grandeza, la anécdota, el argot, la burla, el insulto, el trueno intermitente, el puntillismo interminable, el tedio profundo, la palabra espiritual, lo sublime.

Está el Lacan místico, Lacan humorista, Lacan ancestral, Lacan don Juan, el Lacan Satán, malicioso, generoso, vanidoso, Lacan burlón, gruñón, aullador, susurrante, resoplador, seductor.

Hay un Lacan puro y un Lacan pañuelo, hay un Lacan abrumador y un Lacan verdadero; lo sorprendente es que todo eso da como resultado, la nervadura exacta de una alegre sabiduría.



De “Eli” a Elías

Leticia Montoya Valencia

En el trabajo psicoanalítico con niños mucho se indaga sobre los factores familiares que pueden ser causa de la expresión de los síntomas que presentan en cada caso. Ahora les comparto el caso de Eli, un niño que pudo iniciar la construcción de su identidad masculina.

Eli es un niño de siete años que acudió a la consulta acompañado de su mamá, quien informó que el motivo de la consulta es por dificultades en la escuela. La madre comentó que el niño fue producto de un embarazo complicado, durante ese tiempo ella se sintió sola, ya que el padre del niño se ausentó y regresó cuando ella tenía siete meses de embarazo; al final de éste, el niño presentó sufrimiento fetal durante dos días y le practicaron una cesárea.

La madre recordó los datos del nacimiento y desarrollo del niño, sin embargo cuando le pregunté a qué edad el niño empezó a hablar, dijo no recordar, suponía que fue al año y medio aproximadamente, y al preguntarle acerca de las primeras palabras del niño dijo: “no recuerdo nada sobre eso”.

En esa primera entrevista le pregunté al niño:

“¿Sabes porque estas aquí?” A lo que él respondió:

“Sí”, porque no soy **constante** en la escuela.

“¿No eres qué?” le pregunté

“No soy **constante**” contestó.

“¿Qué es eso de constante?”

Y respondió: “No termino mi trabajo, me distraigo, platico y saco punta”.

Le pregunté “¿Los niños no hacen lo mismo?” Sólo se rió.

La madre intervino y dijo: “Me mandan recados **constantes** de la escuela como *hoy no se apuró...estuvo platicando, etc.*, además es muy flojo, pierde las cosas... no es **constante**”.

Le pregunté al niño “¿dónde está tu papá?”

La madre contesta por él: “Sólo le puedo decir que él es muy estricto”.

Con ese acto de la madre entendí el asunto de no recordar cuándo Elías comenzó a hablar de pequeño, pues la madre al parecer, no se lo permitía, ella hablaba siempre por él. Le dije que era necesario entrevistarme con el padre y ella respondió: “Él no puede venir porque tiene mucho trabajo, casi no convive con nosotros...” Insistí diciendo: ¿Podría usted dejar que él decida si quiere o no venir a entrevistarse conmigo? ella no respondió.

Las sesiones individuales iniciaron con Eli, a quien yo nombraba por su nombre **Elías**, para definir su género masculino y aunque el niño me hacía hincapié en que lo llamara “Eli”, yo insistía en llamarlo **Elías**. El niño vestía siempre ropa y zapatos deportivos (pants y tenis) de colores llamativos como rojo, naranja, amarillo; llevaba el pelo algo largo (como de príncipe), en cada sesión mostraba objetos personales que llevaba de casa como peluches, juguetes y revistas propios del gusto de las niñas. Elías tenía actitudes femeninas al hablar, al caminar y en ciertos movimientos, por lo que observé que tenía dificultad en aceptar su condición masculina.

En entrevistas individuales con los padres me informaron que el nacimiento de Elías no fue planeado por ninguno de los dos, que la madre se decepcionó cuando supo que era niño, pues ella quería una niña, el padre por su parte, mencionó que nunca había querido al niño, pues consideraba que la madre se embarazó para retenerlo y eso le hacía distanciarse tanto del niño como de la madre, en venganza.

Por todo esto, entendí lo que pasaba con Elías y con su **inconstancia**, razón por la cual el niño tenía que amoldarse a los rasgos y conductas de niña que su madre le pedía para ser aceptado. Así se los informé a los padres, con quienes también tuve que trabajar.

En una sesión Elías comentó:

“Ayer cuando iba a la escuela, mi papá y yo chocamos, aquí me golpeé (señaló la parte derecha de su cabeza) y me desmayé, fue de mi lado el choque”. Más que hablar del accidente comencé a notar que a Elías algo le chocaba de su imagen femenina y que los encuentros con su padre ya no eran indiferentes, eran de rivalidad.

Le pregunté “¿Y cómo estas?”

“Bien, no me pasó nada” respondió.

Le dije “Pareciera que eres un niño muy fuerte”.

Respondió inmediatamente “No qué va, soy medio femenino”.

¿Medio femenino?

“Sí, porque me gustan las muñecas”.

Entonces ¿a quienes les gustan la muñecas son medio femeninos?

Respondió reflexivo: "No sé".

Le dije: "creo que a los hombres les gustan las muñecas de carne y hueso". Se rió, al tiempo que se mostró confundido y dijo:

"Por cierto, a causa del golpe se me olvidó mi nombre, sólo sabía que empezaba con "Ei", pero luego me acordé que me llamaba Elías.

Se le olvidó su nombre y empezó a reconocer que era un "Él" y no una Ella, pasó de "Eli" a Elías, encontró el nombre de su propia identidad. A partir de esa sesión con la participación del padre en apoyo de su identificación con lo masculino, Elías empezó a cambiar sus gestos, su forma de vestir, de caminar, de hablar, etc.

En una ocasión la madre de Elías se molestó cuando le pedí al niño que le devolviera a ella una pulsera de flores color rosa que le había comprado justo cuando se dirigían a la consulta. Le dije a Elías que eso no le correspondía, que él era un niño y que debían comprarle cosas propias de niño y no de niña. La madre me informó telefónicamente que ya no llevaría a Elías a sus sesiones, por ese incidente. Yo hablé con el padre y él aceptó llevar a su hijo a la consulta.

Así, con una mayor participación del padre, Elías estrechó más su relación con él. En algún momento le pidió que lo llevara a cortarse el cabello y que le comprara unos pantalones y chaleco tipo militar. Poco a poco, paso de ser "Eli" a Elías y comenzó a ser **constante** en su devenir como hombre, que su padre le autorizaba. La duración del tratamiento fue de aproximadamente un año.



Cuando los Niños Enferman

Victoria Fenik Socolsky

El cuerpo *conversa*, con el lenguaje, eso nos vuelve humanos, palabras que nombran a lo orgánico. En el caso de un niño recién nacido o muy pequeño, ese cuerpo conversa a través de la madre y de los adultos. Las palabras de los adultos designan qué quiere el niño,

por qué motivo llora, qué pide, todas estas ideas son interpretaciones que hará la madre sobre su hijo. Ese cuerpo pequeño es recibido en el mundo adulto y en particular por la madre para proporcionar satisfacciones; la madre sonríe, el padre, los abuelos y los tíos, la gente en la calle le sonríen y, este bebé y niño cree que es causa de esa alegría, su cuerpo es fuente de placer y satisfacción para su entorno. Las sonrisas evidencian las fantasías, que producen actos y comportamientos en cada persona.

Pensemos la situación cuando un recién nacido o un niño pequeño se enferma, desde el inicio su cuerpo no causa más sonrisas, ya no se espera a nivel de la fantasía algo satisfactorio, al contrario, su cuerpo ahora produce angustia, miedo, tristeza, enojo, incluso en ciertos casos abandono. Ese pequeño cuerpo que provocaba fantasías ahora se transforma en un reducto del dolor y del trastorno, los adultos creen apropiarse del cuerpo enfermo e intentan “todo tipo de tratamientos para curar ese cuerpo lesionado”.

Ya no se espera demasiado, cada adulto se sume en una serie de reacciones diferentes y afectos contradictorios; madres que ante un caso grave deciden “darle todos los gustos”, madres y padres que quieren proporcionar “todo lo que el niño pida” o padres que “se encuentran muy ocupados frente a la enfermedad del hijo”; hermanos celosos porque el tiempo de los padres o de la madre es dedicado al hijo enfermo para llevarlo a médicos y someterlo a tratamientos.

Alguna madre, confiesa que ella se dedicó al cuerpo del hijo y ahora después de muchos años quiere dedicarse a sus emociones. Las palabras de alegría hacia ese niño van a ser reemplazadas por nombre de órganos que no funcionan, de nombres de medicamentos y tratamientos, de nombres de médicos que comienzan a poblar la vida familiar. El cuerpo enfermo se convierte en algo ajeno para el niño, empieza a creer que le pertenece a los padres, a los médicos, a las enfermeras, entrega su cuerpo a la gente que le rodea.

Dentro de estas enfermedades encontramos fenómenos psicossomáticos: eczemas, cólicos, diabetes, trastornos en la alimentación, trastornos en el sueño, infecciones repetitivas, asma, entre otras. ¿Qué es un fenómeno psicossomático?, es un jeroglífico que se instala en el cuerpo y que no tiene un sentido determinado, de allí lo complicado de modificarlos. Podríamos decir que los fenómenos psicossomáticos plantean una conversación inapropiada, un mal encuentro entre el cuerpo y el lenguaje.

No todo síntoma del cuerpo enfermo representará lo mismo. Existen dolencias y enfermedades no psicósomáticas que sí tienen una relación de sentido con alguna situación. Por ejemplo ante la muerte de uno de los padres, un bebé desarrolla altas temperaturas y vómitos, se trata de un caso en el que el duelo de uno de los progenitores se muestra de esta manera en el cuerpo de ese bebé de tres meses. El trabajo psicoanalítico con la madre posibilitó una desaparición de dichos síntomas, sin embargo en el caso del espasmo de sollozo en un niño de casi un año de edad no se alcanza a comprender ese jeroglífico que irrumpe y produce desmayos en él. Sus padres no alcanzan a descifrar cuándo aparece el espasmo, ni se lo puede ligar a alguna situación específica. Incluso pareciera que estos fenómenos aparecen de un modo imprevisto y sin explicación alguna. Sin embargo ese jeroglífico que aparece allí de una manera aislada produce tristeza y dolor.

El cuerpo de ese recién nacido o del niño pequeño pierde el encanto que despertaba, el entusiasmo y alegría, adquiriendo ahora un lugar incómodo para el bebé/niño, nadie escuchará las conquistas y logros en ese momento de la vida, difícil camino para las fantasías. Su cuerpo pequeño comienza a ser atendido a través de señales que permiten medir por ejemplo, si hoy vómito con que frecuencia. Si acaso dijera una nueva palabra, si mostrase una nueva conquista motriz, no habrá quien escuche y diga algo al respecto. El centro de la atención será ese fenómeno que genera angustia y malestar en todo el entorno familiar. Lo único que se espera de ese niño es un cambio del cuerpo enfermo; reducto en el que quedará atrapado a lo largo de su historia.

Encontramos frases como las siguientes en el tratamiento de los adultos “yo siempre fui alérgico” si a esta persona se le pregunta “¿desde cuándo?”, responderá “desde siempre”. Hay un siempre en el fenómeno psicósomático que apunta a un tiempo que no ha transcurrido, algo detenido allí, un jeroglífico indescifrable, que se instaló desde siempre en la vida de esa persona; también en el caso de los niños pequeños habrá quién le comunique “que fue así desde bebé”.

Habrá que realizar una distinción entre lo que vulgarmente nombramos como “somatizaciones” y “fenómenos psicósomáticos”. Por ejemplo hay muchas madres que dicen: “*me quiere manipular*” ante un acceso de asma, pensando equivocadamente, que las emociones son controlables y por lo tanto el niño debe dominarlas. Otra madre manifiesta “*cada vez que mi marido y yo peleamos, a él* (refiriéndose a su hijo de cuatro años), *le salen manchas rojas en la cara, quiere llamar la atención*”; este ejemplo similar al anterior muestra una serie de interpretaciones que son bastante frecuentes en nuestra cultura.

Creer que todo afecto termina desatando afecciones orgánicas muchas veces es una interpretación equivocada.

Tomaré un caso de un niño de un año con diarrea e infecciones repetitivas de garganta. Las mismas se presentan a partir que su madre inicia un trabajo y deja al niño al cuidado de una enfermera. El niño se muestra tranquilo, aunque presenta cierta inquietud en el sueño, aun en vacaciones y con la presencia de la madre los síntomas persisten. No hay posibilidad de relacionar estos síntomas con elementos que le otorguen un sentido, aún cuando se intente ligarlo a la separación de su madre. El niño pequeño no encuentra a quién mostrarle qué significa este dolor físico y mental, nadie que se alegre por su existencia, en su lugar encuentra la angustia y preocupación del adulto lo que lo deja sin entender diversos aspectos de su cuerpo, digamos que se queda fuera de la conversación, del encuentro que planteábamos.

En ciertos casos realizando entrevistas con los padres, ciertos síntomas desaparecen, sin embargo en otros como en el que se describe, aparecen elementos que no adquieren mayor significación por lo cual los fenómenos en el cuerpo presentan cierta resistencia a su curación. No es un motivo en todos los casos de niños pequeños, que el hecho de que la madre trabaje desencadene diarrea e infecciones de garganta, por lo tanto nos dispondremos a realizar un trabajo clínico muy complejo ante ciertas situaciones.

Cada síntoma orgánico es diferente en cada individuo, desde el psicoanálisis trabajamos con cada caso, puesto que es distinto y requiere un trabajo particular y especial con cada familia, con los padres, o quién de ellos quiera y desee asistir al trabajo psicoanalítico. Lamentablemente en muchos casos con fenómenos psicósomáticos los padres cuando son enviados por el médico con un psicoanalista lo viven como un abandono de él, porque quisieran encontrar todas las respuestas en la medicina. Por el contrario cuando se aborda dichos síntomas desde diversos enfoques por ejemplo médico y psicoanalítico se obtendrán resultados más positivos y a veces en un tiempo más breve al que se logrará en un abordaje exclusivamente médico.

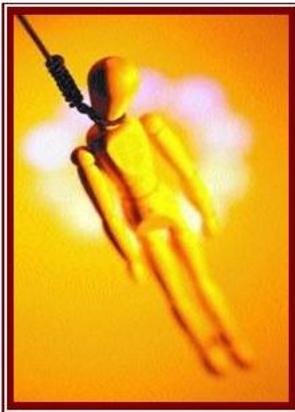
Bibliografía:

- Patrick Monribot ¿Qué Curación del Cuerpo en Análisis? Freudiana Nº 37, 2003.
- Miller Jacques Alain: Algunas reflexiones sobre el Fenómeno Psicósomático-Matemas II Ed. Manantial.
- Andrea Cucagna , Usos Posibles del Dispositivo Analítico, revista Virtualia Nº 9, 2004.

El suicidio

en los adolescentes¹

Mónica Morales Barrera



¿ Por qué hablar de suicidios en los adolescentes? Desde los datos duros que arroja la estadística, llama la atención que en últimas fechas, no sólo en nuestro país, sino sobre todo en países altamente industrializados, ha habido un incremento de suicidios entre niños y jóvenes². Si bien la globalización y los desarrollos tecnológicos característicos de nuestra sociedad moderna no son causal para que este fenómeno crezca, si han tenido ciertos impactos en la forma de vida de la humanidad y particularmente en los jóvenes. Paradójicamente la tecnología permite disfrutar y hacer más eficientes algunos aspectos de nuestra vida, pero también fomenta el aislamiento y promueve la soledad. Sabemos de antemano, cuántas horas puede pasar un joven frente al Internet o chateando con un desconocido.

No es posible explicar de manera universal los motivos que llevan a los jóvenes y niños a quitarse la vida. Se ha dicho con mucha frecuencia que los conflictos con los padres, el abandono, el maltrato infantil, la angustia por el futuro, son factores que propiciarían un desenlace de muerte. No obstante, los factores externos, si bien son coadyuvantes y favorecedores del suicidio, no son suficientes para explicar un fenómeno, que en realidad, tiene su núcleo en procesos de orden del psiquismo humano. Es sorprendente observar cómo ciertas personas pueden llegar a la autodestrucción, no porque tengan problemas, sino por haber alcanzado el éxito, en una especie de denegación del triunfo, ante la culpabilidad de ser. Por otra parte, pasmosamente, la adolescencia es uno de los períodos de la existencia que con mayor frecuencia aparecen manifestaciones suicidas, se convierte en un tiempo proclive al pasaje al acto.

¹ Sus raíces etimológicas provienen de *su*, que significa "a sí", y *caedes*: "muerte"; es decir, la muerte dada a sí mismo. 29

² Cf. Dolto, Françoise. *La causa de los adolescentes* Seix Barral. 1990

Antes de introducimos en lo que sucede propiamente en el pensamiento adolescente es necesario detenernos brevemente en cómo el sujeto concibe la muerte en su subjetividad. *La muerte, es un imposible*. Desde el punto de vista freudiano no hay representación de la muerte en el inconsciente. De ella, tan sólo tenemos imágenes culturales que se han ido construyendo a través de la historia y que nos muestran, curiosamente, *otro mundo*: El Hades de la mitología griega, el reino de los cielos para la religión cristiana; en algunas iglesias –como el Convento de Actopan– el interior está recubierto por una extensa iconografía que muestra, imágenes de las Postrimerías, el Juicio Final, el Apocalipsis, el Génesis y el Infierno. Por otra parte, la idea de muerte para cada uno de nosotros es *inaprensible*, como dice Freud en uno de sus ensayos *De guerra y Muerte* escrito unos 6 meses después del estallido de La Primera Guerra Mundial: “*la muerte propia no se puede concebir... En el fondo, nadie cree en su propia muerte o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad*”³.

Desde una dimensión temporal, las representaciones que nos hacemos de la muerte son distintas en cada uno de los momentos de la vida; cuando se es niño se concibe como algo “reversible”. A un pequeño se le puede decir: “tu abuelita murió... y él contestará: sí, pero cuando va a volver”...; en el ámbito lúdico juegan a la guerra, disfrutan viendo como un dinosaurio se come a la gente en *Jurassic Park*; más aún, hoy en día, esta reversibilidad de la muerte es fácilmente observable en algunos juegos de computadora donde se mata y se reviven personajes. Para el adulto mayor, al verse cada vez más cerca de la muerte, se hacen más frecuentes las reflexiones sobre la vida.

En la pubertad, la muerte se concibe como algo real y como un proceso *irreversible*. Empero, durante esta época, la idea de la muerte ocupa un lugar muy peculiar; podemos decir que lo típico en la adolescencia es *la fantasía suicida*. La particularidad de esta fantasía es que *ocurre sin conciencia de desaparición*, predomina lo imaginario sobre lo real de la muerte. Es típico que en estas reflexiones se incluya *la mirada de un Otro* a quien se ofrenda la vida, es decir, fantasía de morir y observar como otros se compadecen y lo valoran a partir de su desaparición. Quién no ha pensado alguna vez, en los asistentes a su funeral, ¿quién me llorará? De estas primeras apreciaciones podemos inferir, *una fuerte carga imaginaria en las manifestaciones suicidas*.

En verdad, esta fantasía de muerte aparece latente en todo ser humano, lo mórbido, lo patológico, es propiamente la planeación y el pasaje al acto. La frontera entre ambas es de extrema sutileza, su consumación depende de las

³Freud, S. *De guerra y muerte*. Temas de actualidad. II. Nuestra actitud hacia la muerte (1915) Vol. XIV p. 290

historias de vida, y desde el punto de vista psicoanalítico, de las incidencias de una instancia psíquica llamada *superyó*. Para no ocuparnos de conceptos técnicos, diremos tan solo que el *superyó* es una especie de dictador que actúa en contra de nosotros mismos, y a pesar nuestro. Es aquel que le dice a la anoréxica “estás gorda, tienes que bajar”... es el que le dice al melancólico “eres una basura, mereces morir”, o al esquizofrénico que le dice “mátate”. La impiedad del *superyó* es una muestra de que la ley no funciona como reguladora, mediadora, sino que actúa impositiva, dictatorialmente... es un efecto de un desarreglo de la ley.

Así también, es conveniente hablar de “manifestaciones suicidas y no de suicidio” para abarcar así, un conjunto de expresiones sintomáticas y no solamente la autoagresión con pérdida de vida. Aquí incluimos las amenazas de suicidio, quien amenaza tiene la intención de angustiar al otro: “Si te vas me mato”. En el intento sin desenlace de muerte hay un riesgo calculado inconscientemente para ser salvados, esto de ninguna manera es propositivo. Por otra parte existen actos inconscientes que ocurren en forma de accidentes, variedad de torpezas que no son producto del azar sino que pueden leerse desde el campo del deseo inconsciente. Es preciso advertir que en muchos de los llamados accidentes de jóvenes, preexiste una cierta complicidad del medio familiar pues los estimulan a la conducta autoagresiva, ¿cuántas veces no hemos escuchado hablar de accidentes de coche, donde el padre ha regalado uno a su hijo preparatoriano?

¿Qué es lo que sucede en el pensamiento adolescente?

Podemos afirmar que esta época en la vida de un adolescente es la de mayor fragilidad subjetiva puesto que el joven está transformándose, está dejando de ser niño y está atravesando por constantes duelos referidos a la pérdida del cuerpo infantil, a la declinación de los padres ideales. Son tiempos en los que el sujeto debe tomar a su cargo su propia palabra, lo que implica que él ya no está en calidad de objeto de goce de los padres. Crecer duele, hay que cumplir con exigencias del orden cultural, tomar la palabra no es fácil, hacerse responsable es lo más difícil que puede existir. Ahora bien, en el momento en que el adolescente debe hacerse cargo de su propia palabra, de sus deseos, para diferenciarse de la de los padres... y no puede realizar este cambio de posición subjetiva porque su historia particular de vida no se lo permite, la tendencia es refugiarse en la fantasía. Así, la resistencia a salir de la pasividad infantil, lleva al adolescente a sobreinvertir la fantasía suicida.

Precisamente una de las características del mundo adolescente es *la omnipotencia de pensamiento...* todo es realizable, el imaginario se exagera, y la palabra tiene menor peso. Cualquier problema, que para un adulto puede ser nimio, sin importancia, el adolescente lo magnifica. Esto, subrayamos, no está dentro del orden patológico, pero sí debiera ser un estado transitorio. En esta época se potencia el narcisismo sobre lo real de la muerte y aparecen, por tanto, *las conductas de riesgo*; al superar la prueba, el narcisismo se refuerza y dice: "Soy más fuerte que el Otro". Así también, las identificaciones imaginarias abundan... Aquel que muere queriendo parecerse a tal o cual cantante de rock... las historias de amor tipo "Romeo y Julieta" se revelan. Recordemos precisamente que Fray Lorenzo⁴ dirigiéndose a Romeo le dice: *¡Por vida de mi padre San Francisco! ¡Qué pronto olvidaste a Rosalía, en quien cifrabas antes tu cariño! El amor de los jóvenes nace de los ojos y no del corazón.* Cuando las pasiones se exageran pueden encontrar la muerte.

En el ámbito de la sexualidad pubertaria sobreviene la irrupción de la excitación sexual aunada al sentimiento de culpa y vergüenza. Es una falacia que el púber reciba con "pompa y circunstancia" estas nuevas sensaciones corporales puesto que las desconoce, más bien le producen desconcierto. Frente a los nuevos empujes pulsionales y los desarrollos de afecto que conlleva, hay menor posibilidad de transformación vía la palabra. Particularizando en jóvenes violadas o víctimas de incesto, no es raro observar en ellas extrema culpabilidad y vergüenza, puesto que se liga con una "fantasía edípica inconsciente" propia de la pubertad, que es la "fantasía de violación"⁵ lo cual puede llevar a la joven a terminar con su vida. Así, el aumento de la excitación sexual durante la adolescencia, ligado a la culpa, incrementa el *conflicto con el superyó*.

Con respecto a los padres podemos abordar dos problemáticas opuestas.

Sucede que a veces los padres esperan demasiado de sus hijos para satisfacer sus propias expectativas. Dependiendo de las interrelaciones familiares, algunos adolescentes sienten que dichas metas son inalcanzables, o bien no obedecen a su propia elección. Así el incumplimiento de los ideales, crea un sentimiento de frustración e inferioridad. La distancia entre los logros y lo que se aspira desde el ideal produce *desgarros narcisistas frente a los cuales la fantasía suicida resulta atractiva*. Un hecho social, que ilustra el suicidio como efecto del incumplimiento de los ideales, sucede en Japón. Su desencadenamiento es sin duda la angustia de estos adolescentes ante los fracasos escola-

⁴ Shakespeare, William. *Romeo y Julieta* Edit. Porrúa. p. 243.

⁵ Cf. Dolto Françoise. *Sexualidad femenina* 1984 Paidós.

res. La sociedad japonesa se distingue por las fuertes tensiones, por la competitividad, sumados a la tradición del país en la glorificación de la muerte con honor, aunado a la dependencia emocional que ata al muchacho japonés a su ambiente familiar.

- b. La otra cara de la moneda, es el de los hijos no deseados. Sabemos, en primera instancia, que para poder vivir es necesario que un Otro, en este caso la madre, solicite nuestra presencia en el mundo. ¿Qué pasa con respecto a este Otro, para que el chico o la chica se sientan compulsivamente inclinados hacia la muerte? El joven se ve confrontado, o le es revelado intempestivamente lo que es para ese Otro, entonces, se produce una angustia incontrolable, donde la palabra ha devenido imposible, y que lo conmina hacia un camino sin retorno. Podríamos sintetizarlo en esta frase: el Otro dice: "tú no eres nada para mí", con lo que el sujeto es expulsado de su deseo y abandonado a su propia suerte. Un muchacho de trece años se ahorcó para aliviar a sus padres, que tenían problemas económicos por una boca más que alimentar"⁶.

El pasaje al acto es demanda de amor, pedido de reconocimiento que nunca llegó. Se sitúa del lado de lo irrecuperable, irreversible, franquea toda escena y aparece este acto impulsivo donde lo típico consiste en la defenestración⁷. Demanda hecha por un sujeto que no puede vivirse como un desecho a evacuar. Es el triunfo del odio y el sadismo sobre sí mismo. El suicida se ofrece a los designios del Otro, por la vía del conflicto con el superyó dictatorial. Se identifica a ese objeto de deshecho, dejándose caer por su propio peso. El suicidio, es el precio que el sujeto paga por sostener inconscientemente lo que nunca fue para este Otro.

Hemos de enfatizar que el suicidio siempre está dedicado a un Otro. Este Otro en el que tanto hemos insistido, no es propiamente una persona, sino que es un lugar que puede ser ocupado por diversas instancias, sea Dios, madre, padre, hermano, ideal, universidad, conocimiento, etc., vemos a jóvenes "alienados, capturados, aprisionados en un ideal", que están dispuestos a morir en nombre de una "buena causa". Dentro de la alienación esto es lo más radical, puesto que el sujeto es imputado a pagar con su propia vida. También observamos pactos de muerte, genocidios, muertes todas ellas ofrecidas a ese Otro que se vive como omnipotente. Siguiendo esta misma lógica, exceptuando a la eutanasia⁸, desde hace mucho se sabe que el sujeto con

⁶ Dolto Françoise. *La causa de los adolescentes* Seix Barral 1990. p. 114.

⁷ Acto que consiste en arrojar algo por una ventana

⁸ Etimología: Eu = bien; tanatos (morir) morir sin sufrimientos.

propósitos suicidas vuelca sobre sí mismo el impulso de matar a otro, es decir, que en el suicidio se perpetra un doble asesinato. No debe extrañarnos estos anhelos de muerte hacia otros, pues todo ser vivo rebosa de tales deseos, aun los dirigidos hacia personas a quienes se ama. Tomemos como ejemplo la película de *La sociedad de los poetas muertos*, donde uno de los personajes adolescentes (Niell) se suicida defendiendo su aspiración de ser actor contraponiéndose al deseo del padre de que éste fuera médico.

Para finalizar diremos que lo que no se da cuenta el potencial suicida es que está atrapado en un juego ciego donde se niega a sí mismo en favor de un Otro Consistente... todopoderoso... sin fallas, a quien ofrenda la vida en su terquedad pasional de mantenerlo en esta posición. Precisamente lo que no quiere ver, o está imposibilitado a reconocer, es que este Otro es inconsistente, inexistente en su soberanía, que la madrecita santa del 10 de mayo no existe, que no hay amores únicos, que no hay Dios ni todo bondad ni todo maldad, que los ideales sirven para seguirlos no para instalarse en ellos, que ni la sociedad, ni la educación dan garantías de un mejor futuro. Que bien hizo Galileo en no ofrendar su vida en el supuesto nombre de una ética del conocimiento. El veredicto final es que todos estamos solos y desamparados en la vida y que debemos hacer una apuesta hacia el vínculo social y al deseo.



Hacia un Encuentro Interdisciplinario: **Patología y Clínica**

Francisco Landa Reyes

Un encuentro es posible entre el campo médico y el campo de la psicología clínica orientada psicoanalíticamente. La propuesta de este texto toma como punto de partida la consideración de que la interdisciplina no puede plantearse como la concurrencia de distintas intervenciones que suman y superponen sus métodos en busca de aumentar la efectividad; por el contrario, toda operación conjunta de saberes diferentes debe partir de una discusión que se pregunte ante todo por la coincidencia de los fines (ética), proseguir por un tejido fino de las articulaciones posibles a nivel conceptual entre ambas disciplinas (teoría), para -sólo por último, y sólo si es posible- arribar a la aplicación conjunta de métodos y procedimientos. Aquí se ensaya en este tenor un abordaje de algunos aspectos que, desde mi práctica como psicoanalista en la escucha del sufrimiento corporal -en ocasiones ligado a enfermedades

terminales-, me parecen ineludibles para plantear una posible confluencia interdisciplinaria entre médicos y psicoclínicos. La hipótesis propuesta es que no es posible plantear una cura del dolor del enfermo y una preparación para su muerte sin contar con los elementos de una escucha de su voz y de las voces que hablan a través de su padecimiento, pero asimismo una escucha de la voz del *pathos* de curar que nos habita a quienes incursionamos en este campo.

1. De la clínica de la mirada y la clínica de la escucha

En la Grecia antigua, no era poco común que un médico recibiera a un extranjero enfermo. El no compartir la misma lengua implicaba una dificultad insalvable. En tales casos, el médico debía ensayar “otra” medicina: aquella que tuviera como fuente de los datos a considerar solamente la observación cuidadosa de los signos del cuerpo. No se contaba con la más valiosa herramienta para la formulación de un diagnóstico: el relato del paciente. Atender a un extranjero representaba un reto para la sagacidad del médico, para su capacidad de observación rigurosa y para su pensamiento inductivo. Pero también representaba una pérdida.

Medicina de extranjeros y de ciudadanos se practicaban de manera diferenciada. ¿Qué podemos pensar a partir de esto? Les propongo una idea: Que el dolor habla y es fundamental escucharlo.

El filósofo E. Nicol propone una traducción interesante para nuestro sufijo “*logos*, *logía*”, que tan acostumbrados estamos a pensar como “tratado, estudio”: Él nos dice: *logos es la voz*. Les propongo que me concedan en esta lectura la libertad de traducir el *logos* presente en patología así, como “la voz...” la voz de *pathos* (que luego traduciremos también).

El dolor, les decía, habla, y la medicina de ciudadanos, la medicina “completa”, por decirlo así, no puede prescindir de la escucha de la voz de aquel que sufre, que reporta el dolor.

Digamos como primer argumento que simplemente porque el prescindir de los elementos contextuales sobre la vida del paciente, la forma del dolor, los datos de frecuencia de los síntomas, que sólo nos pueden ser asequibles mediante el discurso del paciente o de alguien de los suyos.

Pero hay otro argumento que considero más pesado, más determinante. Tiene que ver con definición de *pathos*. Esta palabra remite a un interesante campo semántico en nuestro idioma, que incluye: pasión, pasividad, padecimiento. A primera vista resulta extraño pensar que las tres palabras tienen algo en común, pero un pequeño análisis nos revela su parentesco: tanto aquel que es

aquejado por una enfermedad como aquel que es presa de alguna pasión tienen en común justamente, encontrarse en una posición pasiva ante un agente externo que lo ha raptado. Tomados por el amor, por ese hermoso ser que *se nos ha metido por los ojos*; tomados por el virus, la infección, la discapacidad que se nos ha impuesto sin así haberlo elegido...

El ser pasivo, el ser pático, es habitado por la pasión como algo que, aunque pueda apropiarse, le viene de fuera, y se le ha impuesto limitada su autonomía y su poder de decisión y acción. La única potencia que le es accesible es la de dejarse cambiar, modificar su forma a partir de la acción del agente pático.

“Debemos contar con pathos. Debemos también aprender a sacar provecho de él. Sacar provecho de él significa transformarlo en experiencia, o sea, no sólo considerar pathos como un estado transitorio, sino también como algo que acrecienta o enriquece el pensamiento (...) Cuando eso sucede, pathos se transforma en patología, o sea, un discurso sobre el sufrimiento, las pasiones, la pasividad.”ⁱⁱ

El único medio que tiene una persona para enfrentarse a una situación en la que ha sido arrollado por una pasión o por una enfermedad es pues, si no tiene los elementos para evadir la acción del elemento que se apodera de él, al menos la elaboración experiencial, *donde “Experiencia aquí adquiere el sentido preciso de enriquecimiento, o sea, la experiencia es la posibilidad de pensar aquello que aún no ha sido pensado.”ⁱⁱⁱ “Experiencia es la memoria reflexiva”^{iv}*

Vemos aquí perfilarse lo que les he anunciado como la diferencia entre la clínica de la mirada y la clínica de la escucha. Clínica (de kliné, inclinarse -hacia aquel que está herido, postrado o dolido-), es una palabra que nos habla de un gesto, de una postura que ilustra un deseo de acercarse al lugar del que sufre. Si inclinados hacia el que sufre lo observamos cuidadosamente, y tras un detallado análisis de lo observado, le entregamos un tratamiento en silencio, hacemos clínica de la mirada. Clínica basada en evidencias. Si en contraparte recibimos un relato de cómo el sufriente vive su enfermedad, su padecer (su pasión), y si dejamos que se despliegue la voz del dolor, estamos haciendo clínica de la escucha.

Ambas, hay que aclararlo, deberían ser pensadas como indisociables, al menos en el campo médico (el psicoterapéutico impone otras condiciones). Y aunque pareciera que la clínica de la mirada es la imprescindible, como la medicina de extranjeros griega lo muestra (se

puede curar el cuerpo aún sin hablar con el paciente), la propuesta de este texto es que sin el complemento de la clínica de la escucha no es una clínica completa. ¿Porqué? Ante todo por una razón fundamental: Si practicamos solo la clínica de la mirada, estamos dejando a un lado la dimensión de la relación pática del ser humano con lo que lo aqueja, y lo más importante: estamos olvidando la importancia crucial que tiene la conversión del pathos en experiencia para poder sanar.

La enfermedad terminal es un ejemplo claro de esto. El paciente que tiene gran probabilidad de morir en corto tiempo, de una enfermedad ante la cual la medicina no cuenta con una cura, se enfrenta a un impasse: el agente pático amenaza con borrar completamente su existencia. Si permitimos que la voz del dolor hable, que el paciente elabore, recree, signifique, en último caso dé sentido (incluso un sentido epopéyico, mítico o místico) a su relación con el agente invasor, estaremos al mismo tiempo generando la posibilidad de que pathos se transforme en experiencia. El sujeto que elabora su experiencia pática, al enriquecerse con la elaboración experiencial, ejerce la potencia implícita en la pasividad: cambiar, dejarse cambiar.

Quizá el moribundo no pueda sanar, ni le sea posible manifestar su potencia activa moviéndose, cambiando su entorno, ni su propio cuerpo. Pero mediante la elaboración discursiva de su padecer, podrá quizá antes de morir, y a partir de su enriquecimiento al enfrentar su estado, llegar a convertirse en otro, cambiar y enriquecer su ser a partir de esta experiencia.

Pero me parece que lo mismo vale para cualquier enfermo, quizá incluso aún más para el que es aquejado por un padecimiento crónico: ¿Cómo podría dejar de empeorar, de recaer, incluso de aparentemente “provocarse él mismo el mal”?, quien no puede acceder a una historización, a una experienciación de su pathos -incluido recordemos lo que esta palabra implica de pasión-, ¿de relación amorosa con su enfermedad?

Para concluir este primer avance hemos de consignar una cosa más: si hablamos de una clínica de la escucha, y cuando nos referimos a ella decimos que el pathos puede devenir experiencia, no podemos soslayar que hay una condición: que alguien pueda escuchar la voz del dolor:

“ Pathos se convierte en una prueba, y como tal, sólo a condición de que sea oída por un médico, porta en sí misma el poder de la cura. Eso nos muestra inmediatamente la posición del terapeuta. Pathos nada puede enseñar, por lo contrario, conduce a la muerte si no es oído por aquel que está fuera, por aquel que (...) se inclina sobre el paciente y escucha esa voz única disponiéndose a tener así, junto con el paciente, una experiencia que pertenece a los dos”^v

2. Vocación de curar, *pathos* de curar

La relación entre *pathos* y experiencia no sólo es aplicable a la posibilidad del paciente de expresar una potencia, una virtud^{vi} y salir del estado pasivo al que la enfermedad lo reduce. Aquí les propongo pensar bajo la misma lógica la relación de los médicos y psicoclínicos con el *pathos* que nos define: la vocación de curar.

La palabra vocación significa llamado: Elegir una práctica, una profesión, es responder a un llamado que representa un pacto, un contrato de nuestro psiquismo con el grupo cultural al que pertenecemos. Seremos reconocidos e identificados a cambio de entregar nuestro quehacer a la comunidad para ocupar el lugar de una voz que se ha apagado^{vii}. Al responder a una vocación, nos hacemos portadores de ciertas voces de la historia, de las tradiciones, las cuales hacemos perdurar.

Pero responder a una vocación también implica un diálogo con otro tipo de voces, más íntimas, voces que hablan de la historia temprana de cada uno, de la infancia y la familia. Nos dice la pediatra y psicoanalista F. Dolto:

“La simpatía humana por los que sufren, origen de la elección de la carrera médica, es una sublimación que deriva directamente de la inquietud ante nuestro propio sufrimiento, sentido inconscientemente en el curso de nuestro desarrollo si estamos dotados de una sensibilidad que nos hace más vulnerables que a otros. Entre los medios de defensa empleados frente a este sufrimiento, uno de ellos y el más logrado es el interés por aliviar el sufrimiento de los otros. Pues este interés en su origen no puede desprenderse más que de la proyección sobre los otros de lo que se experimenta en sí mismo.”^{viii}

La vocación de curar el dolor es pues en gran parte determinada por nuestra propia historia y nuestra inclusión en una familia, una cultura. Y por nuestro enfrentamiento con el dolor y el trauma en los primeros años. De esta manera, dedicarse a la clínica es también un *pathos*: algo externo a nosotros, bajo la forma de una voz del destino se nos ha impuesto, nos ha modificado, y le hemos dejado hacer: hemos permitido que ese algo nos vaya transformando en *otros*: médicos, psicólogos, psicoanalistas. Cuando decimos que nos apasiona nuestra carrera, nos referimos quizá sin saberlo a esta rica relación con nuestra vocación, por la que nos dejamos llevar en una relación de amor-odio equiparable a las que establecemos con nuestras otras pasiones: a veces dejándonos habitar, a veces rebelándonos contra ellas.

La pregunta que quiero establecer a este respecto atañe a lo desarrollado en el apartado anterior: ¿En qué medida somos capaces de elaborar nuestro *ser*, tomados por el *pathos de curar* -y por nuestro propio dolor- para conformar una experiencia, generar un enriquecimiento?

Lo que hemos concluido en primer apartado, es que una persona puede estar habitada por un *pathos* y que nunca se dé una escucha del *logos*, de la voz de ese *pathos*. Uno puede estar habitado por una pasión y nunca llegar a formularla como experiencia, incluso ser llevado a la muerte por ella sin haber establecido una interlocución tomando la palabra como sujeto autónomo y deseante.

¿Cómo lograr que nuestro destino de “sanadores” no sea algo vivido pasivamente, dejándonos llevar por la inercia de una formación y de una práctica en donde el lugar de nuestro ser y de nuestra palabra -nuestra palabra sobre el dolor- queden acallados y eclipsados por los imperativos de efectividad, por las identificaciones imaginarias de status y supuesto-saber?

Sé que estoy abordando una temática compleja y delicada. Para transmitir con mayor claridad esta idea me detendré en un ejemplo, una situación común en la práctica hospitalaria. A un paciente se le ha detectado cáncer avanzado, y se le debe comunicar el diagnóstico. ¿Cómo decirselo, cómo comunicarle, con qué palabras, el hecho de que es presa de una enfermedad con un muy probable desenlace terminal? El médico se encontrará ante una situación incómoda, debe mostrar su rostro, poner su cuerpo frente al paciente y su familia, actuar con todo su ser frente al dolor de aquellos que esperan de él una palabra definitiva.

¿Qué hago aquí, cómo debo proceder?, pensará el joven practicante, y apelará en algún sitio de su pensamiento a alguna referencia deontológica y metodológica: que alguien por favor le indique el *procedimiento*, qué es lo adecuado en estos casos.

Desde nuestro punto de vista, la dificultad de dar la cara ante el dolor del otro, no es un asunto reducible a una deontología. Se trata en cambio de una pregunta ética, en el sentido que sigue: No se puede enfrentar el dolor del otro -como un profesional de la salud- si no se ha enfrentado la relación con el propio dolor,^{ix} si no se ha interpelado la propia vocación y se ha construido una experiencia a partir de ese *pathos* de curar. La virtud efectiva del clínico tiene que ver con aplicar la terapéutica correcta en el momento correcto (*kairós*).

Pero la virtud ética del clínico tiene que ver con saber desde dónde se toman las decisiones: con un conocimiento profundo del lugar, de la propia posición ante la vida y la muerte cuando se da la cara al dolor del otro.

“Nuestra vocación no nace del querer estar junto al que sufre, sino por el contrario, de saber que con nuestra intervención médica podemos mejorar su calidad de vida y muerte. Esta experiencia puede ser tan satisfactoria en cuanto a la realización personal, que es en sí misma la que ayuda a salvar los momentos personales más difíciles. En resumen, nos exponemos al dolor no como simples observadores, sino con la finalidad de aliviarlo. Hay que conocer cómo vamos a reaccionar nosotros mismos ante el dolor y ante distintas situaciones de conflicto. Tengo que resolver el modo como veo mi propia vida y enfrente mi propia muerte antes de poder acompañar efectivamente a otro...”^x

No se puede enfrentar el dolor del otro sin haber enfrentado el propio, construyendo de ésta gesta una experiencia, un saber, que puede ser más o menos teórico, pero sobre todo de carácter mito-poético epopéyico^{xi}. Si no hay un trabajo de experienciación del propio *pathos*, el dolor del otro, del paciente ante el cual nos inclinamos, puede convertirse en una amenaza ante la cual nuestro psiquismo intentará lógicamente una defensa, que puede manifestarse como una *asepsia comunicativa* (evitar hablar de ciertos temas), o como una *anestesia afectiva* (evitar el contacto consciente con los afectos empáticos). Es una reacción normal de la función del Yo preservar las funciones de percepción-conciencia y raciocinio de la confusión y la disolución: ante el peligro de perder el control al entrar en contacto con el dolor del otro, trataremos de permanecer en el campo imaginario de nuestra “función profesional” y de la “neutralidad”.

Pero ello sólo ocurre si el dolor del otro nos remite a una forma de relación sufriente, no elaborada como experiencia, vivida como impotencia, con nuestro propio dolor, con nuestro propio *pathos*, volveremos a esto en el último apartado.

Angustia, amor y muerte

Ante el dolor como manifestación fisiológica, la farmacología y la medicina cuentan medios de acción. Ante el dolor como sufrimiento psíquico, médicos y psicoclínicos debemos trabajar conjuntamente, pues se trata de un campo muy complejo.

El sufrimiento psíquico se muestra en una formación particular que conocemos como angustia. A diferencia de la ansiedad y de otros malestares, la angustia refiere a un estado parecido al pánico, a un miedo indiferenciado e inabrazable, que va más allá de las causas aparentes que en la realidad podrían causarlo. La angustia es un afecto que amenaza directamente al Yo como formación psíquica encargada de mantener la unidad imaginaria del sujeto y su identidad social. Nuestro Yo, que nos conforma pero que no equivale a todo lo que somos, siente angustia cuando se ve en peligro de mutilación de una de sus funciones (motilidad, pensamiento, utilización autónoma de los sentidos), o cuando de plano le amenaza la disolución total. La angustia también se presenta cuando el Yo se ve descalificado por las instancias morales, al efectuar alguna conducta vergonzosa, o al no responder a una expectativa, a un Ideal al que se creía identificado.

Ante la enfermedad grave, ante la inminencia de la muerte o de la devastación del cuerpo, la angustia sienta sus reales en el ámbito clínico. Al corresponder a estados de los que el Yo no puede dar cuenta, que no puede representar con palabras, al remitimos a un más allá de lo que creemos y sabemos ser como sujetos del lenguaje, el estado angustioso es un material difícil de identificar, de aprehender y de maniobrar. Además, suele manifestarse en una lógica de *contagio* particular: Un sujeto angustiado suele desencadenar la angustia de los que le rodean, ya sea porque se con-funden con la sensación de peligro pánico^{xii} que él está viviendo, o porque se sienten culpables de no poder responder a su dolor.

La angustia es pues un tema central si queremos abordar la clínica desde un punto de vista pato-lógico como el que venimos planteando. Hemos dicho que una clínica de la escucha, complementaria con la de la mirada, debe dar lugar a la aparición de la voz del dolor como elaboración experiencial, activa y virtuosa del sujeto ante la invasión de su existencia por un elemento exterior que lo avasalla. Hemos dicho también que el médico y el psicoclínico, para estar en condiciones de acercarse al dolor del paciente como algo más que técnicos de la salud del organismo, deben elaborar su propio pathos de curar, gestado en la relación con las propias vivencias de dolor. ¿Qué quiere decir esto? Que la angustia es el aspecto *negativo* a trabajar si se trata de la clínica del dolor y el sufrimiento psíquico.

¿A qué nos referimos con negatividad? Debe ponerse especial atención a que la angustia no es un estado "malo" que habría que evitar. No es ese el sentido de negatividad que quisiéramos transmitir. La angustia, por el contrario, es una reacción humana al riesgo de la disolución de las funciones yoicas del sujeto.

El asunto que nos plantea la angustia no es el de su eliminación o su evitación, sino el de qué pregunta nos representa. Y me parece que la pregunta, el enigma que nos deja la angustia es: ¿Qué somos más allá del Yo?

Desde mi punto de vista, el psicoanálisis como práctica y como teoría plantea la posibilidad de transitar ese enigma. Pero no sólo en esta disciplina es asequible su abordaje: la mayor parte de las tradiciones espirituales, míticas y religiosas con que contamos se acercan a su planteamiento desde otro punto de vista. Mi impresión es que quienes estamos habitados por el pathos de curar estamos en posibilidad de recurrir a alguna de las tradiciones que brindan tiempo y espacio para hacerse esta pregunta, que he descrito en términos puramente psicológicos ¿Qué soy allí donde dejo de existir como un yo unificado, autónomo y pensante?

Hemos dicho párrafos atrás, de manera muy apresurada que la voz del dolor, o *el dolor como voz* sólo aparece cuando hay alguien dispuesto a escucharlo. Y es que precisamente, al estar el dolor extremo siempre acompañado de la angustia como posibilidad, no es en absoluto fácil proponer su escucha. La angustia suele funcionar como un agujero negro que -como aquellos que en el universo engullen la materia- engulle el sentido que se intenta formar en torno a él. Por ello, una clínica de la escucha, sobre todo en los casos de enfermedad terminal, o de la clínica del cuerpo lastimado sólo podrá realizarse por médicos y psicoclínicos que hayan hecho una travesía por la pregunta sobre su propia angustia en relación con su Yo. Hay autores como Dolto que proponen que todo médico debería psicoanalizarse. Yo me restringiría a proponer un tránsito por ese cuestionamiento en algún espacio protegido que su grupo cultural le ofrezca. Y por lo que toca a los psicólogos clínicos, no dejaré de insistir en la necesidad, soslayada siempre en la formación universitaria, de que cursen una terapia profunda.

Por otra parte, en el último apartado hablaremos de los espacios que pueden ser pensados para la elaboración conjunta de la angustia en el ámbito hospitalario.

Pero antes de llegar a ese punto, debemos añadir algo más respecto a la escucha de la voz del dolor. Como se desprende de lo recién mencionado, no sólo es requerido que el tratante, -el *patólogo*, en el sentido que proponemos- cuente con un pasaje experiencial por su propia angustia.

Así como el que atiende el sufrimiento humano debe contar con un lugar de elaboración, sea un psicoanálisis, un espacio religioso, creativo o espiritual de

otro tipo, también la escucha del paciente por el médico o psicoclinico exige un encuadre particular.

La lógica del hospital impone sin embargo exigencias que es difícil eludir y que dificultan el sostenimiento de este tipo de espacios: Los médicos y psicólogos deben responder ante los pacientes, sus familiares, sus superiores y sus colegas y compañeros, y además *ante sus propios ideales* por un trabajo efectivo contra la enfermedad. Dentro de las múltiples demandas que debemos sumar a esta lista se encuentran por supuesto las directrices morales que exigen del médico una labor humanitaria y amable. En el marco de todo esto, sobre todo en los hospitales públicos, una sobresaturación de trabajo que orilla a la atención de cada paciente en los más breves minutos.

Todas estas expectativas, estas demandas cruzadas generan un campo tensional que dificulta la posibilidad de que aparezca una dimensión de escucha de la voz del dolor. Escucharla, hacer *pato-logía*, implica entrar y comprometerse en un espacio de hospitalidad y amor transferencial en el que el ser de ambos, tratante y paciente, participa en un enriquecimiento experiencial compartido que debe mantenerse tanto como sea posible al margen de las exigencias de curación efectiva. Se trata de un espacio de significación, de generación de sentido en el que los dos participantes dan forma a su pasaje por la angustia de enfrentar la muerte y la devastación, cada uno desde su lugar. En ese encuentro el médico no tendrá que hablar al paciente de su propia experiencia, más que en momentos privilegiados, si él lo decide. Pero podrá ofrecer -además de su saber-hacer propiamente terapéutico- una compañía que proporcione contención y posibilidad de elaborar el pasaje por la angustia. En este acompañamiento, *dar la cara* podrá representar quizá algo muy simple: tan solo la presencia silenciosa, la toma de la mano, la mirada solidaria. Se trata de un nivel de la cura diferente al que estamos acostumbrados a pensar: aquel que el filósofo M. Heidegger llamaba la *sorge*: curar en el sentido de *cuidar el ser*.^{xiv}

3. Posibles articulaciones, nuevos espacios

Establecer un campo común de referentes éticos, que preparen un posible *sentido común* para médicos y psicoclinicos del trabajo en hospitales resulta complejo y es necesariamente una tarea extensa, pues exige la mayor claridad posible. Hemos intentado a lo largo de este texto proponer también algunos conceptos -o algunas traducciones de conceptos- que puedan servir como referentes teóricos, como conceptos compartibles por ambas prácticas. En este último apartado presentaremos algunas propuestas para abordar la articulación interdisciplinaria en su otro nivel: el metodológico.

¿Qué trabajo pueden realizar juntos, proponiéndose conjuntar la clínica de la mirada y la clínica de la escucha, un psicoclínico y un médico?

Una primera propuesta consiste en revalorar el lugar de una inapreciable aportación de la tradición médica: la anamnesis. Este instrumento representa el lugar por antonomasia para la escucha de la voz del dolor. En mi experiencia de trabajo con un grupo de médicos, psicoanalistas y acompañantes terapéuticos, he constatado el valor de contar con un relato histórico del dolor que incluso abarque dos generaciones atrás del paciente identificado. Es sorprendente para el investigador, y llega a tener efectos incluso de remisión de enfermedades graves para los pacientes, descubrir que el *pathos* de las vías digestivas, respiratorias, de los órganos reproductores, etcétera, se ha enlazado como hiedra en el árbol familiar, aquejando de distintas formas a sus miembros. Acompañando a la trasmisión genética, o en gran parte de los casos sin que ésta exista, puede a partir de una escucha detallada hacerse patente la concomitancia de la aparición de una forma de enfermar con una forma de lo que los psicoanalistas llamamos *gozar*.^{xv}

Al hacer esta lectura se evidencia que los accidentes y enfermedades que han llevado al paciente al hospital, a veces al borde de la muerte, se encuentran muy enlazados con la manera en que éste sujeto, en su historia familiar se ha relacionado con el placer y con la *pulsión de muerte*, entendida como la tendencia a eliminar el deseo y su tensión. Existe pues una zona en la que aparentemente se contradice nuestro deseo "natural" de vivir, y, en la lógica de *pathos*, los seres humanos tendemos a lastimarnos y a enfermar como una forma de poner en acto, de mostrar algo en nuestra historia que no podemos expresar de otra manera: un *pathos* que no ha tenido voz, que no ha sido escuchado.

El efecto curativo de la historización de la enfermedad, que equivale a lo que hemos llamado la elaboración experiencial, de pronto aparece como mágico y provoca escepticismo en quienes buscan evidencias concretas. Pero se debe en esos casos a algo muy simple: ha habido un médico y/o un equipo tratante que han invitado a esa voz silenciosa, enquistada en un cuerpo, a hablar. Remitimos para este tema al trabajo ya citado de Fernández H, así como a la investigación que el Mtro. Alfredo Flores lleva a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México campus Iztacala.^{xvi}

¿Hasta dónde podemos pensar la colaboración entre el médico y el psicoclínico en la construcción de estos ejercicios de anamnesis ampliada y en su consecuente análisis? En esta área me parece que los ateneos clínicos en

los que cada tratante participa en términos de igualdad, son el mejor espacio para enriquecer la visión de cada uno de los ellos y acercarse a una visión *pato-lógica* integral del caso.

El aprendizaje de la jerga usada por otras disciplinas debe darse por supuesto en el estudio de textos o en cursos de capacitación, pero lo más importante no es convertirse en experto en campos distintos al nuestro. Lo más importante, me parece, es el encuentro humano en el que cada profesional trata de comunicar, de la manera más clara posible, con palabras simples y llanas, su apreciación de los elementos en juego en el desarrollo de un padecimiento en cierto paciente y su visión sobre el pronóstico y la terapéutica. De la misma manera, expresar claramente, sin temor a la descalificación narcisista, los límites de la propia comprensión.

Esto último es crucial: pues suele ser ahí donde el saber de los expertos hace silencio, donde resulta necesario acudir con el paciente a proseguir la tarea: retomar el hilo de esa voz de *pathos*, que seguramente tiene algo más que decir.

Como pueden darse cuenta, de esto último se desprende que la anamnesis se entiende aquí como una labor conjunta de los diversos profesionales involucrados en la atención del paciente, pero además del paciente mismo como investigador de su propia relación con su enfermedad.

De hecho, el centro mismo de esta construcción conjunta de un *sentido del padecimiento* es el paciente. De hecho, de darse el caso de discrepancias insalvables entre diversos especialistas en torno a qué tratamiento debe asignarse, es la voz del paciente la que, contando con la información suficiente, debe ser concluyente. En términos del psiquiatra brasileño J. Freire, se trata de una propuesta que privilegia una ética de la interlocución por sobre una ética asistencial, dejando ésta última para casos límite en los que el paciente no se encuentra en condiciones de decidir.^{xvii}

Además del trabajo de historización de la enfermedad, teniendo como eje la anamnesis médica, existen otras posibilidades de trabajo conjunto cuya aparición dependerá de los actores particulares en cada hospital, así como de las condiciones que imponga el contexto institucional. Pienso por ejemplo en espacios y dispositivos como talleres de historización de la vocación de curar, espacios de contención para el equipo tratante (en los que se hable de la implicación personal ante momentos críticos de los pacientes); o bien de formas más académicas como cursos especiales de medicina para psicólogos, de psicología para médicos, etcétera.

Las posibilidades que aquí se esbozan representan experiencias que son llevadas a cabo ya por algunos colegas en distintos centros hospitalarios.^{xviii} Desafortunadamente, este trabajo es realizado de manera aislada y desarticulada, y depende más de iniciativas y esfuerzos grupales que de estrategias institucionales. Sin embargo, creo que vale la pena tratar de poner en contacto estos intentos, de sostenerlos por lo que representan, de apostar por ellos. Una red médico-psicológica de formalización de la experiencia y de elaboración teórica interdisciplinaria espera ser puesta en marcha.

Las dificultades seguramente son grandes, pero quizá valga la pena perseverar en el intento. La posibilidad de que una clínica de la escucha recupere su lugar junto a la clínica de la mirada, de que el dolor de los enfermos pueda convertirse en una experiencia de curación, no podrá pensarse sino a condición de que nuestra voz, nuestras experiencias de trabajo sean escuchadas, más allá de que la lógica de nuestra formación o de nuestra práctica (clínica o académica) suela por su naturaleza excluir nuestra historia, nuestro pathos, y sobre todo nuestra voz, en aras de un privilegio del “desempeño de calidad”.

El trabajo con el sufrimiento extremo, con la muerte, y la cercanía con la angustia como manifestación límite de lo humano, nos deja sin embargo, ineludiblemente, una pregunta por nuestra vocación y por la posición que tomamos ante los otros a partir de nuestra propia finitud. Podemos permanecer en silencio ante esa pregunta. O podemos permitir que responda una voz.

ⁱ Platón, *Las leyes*.

ⁱⁱ Tosta, M. (1998) *O que é psicopatologia fundamental*. En *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental* Vol 1, # 1, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Brasil, p54.

ⁱⁱⁱ *Ibid*. Pag. 57.

^{iv} Garibay, R. Comunicación personal.

^v *Ibid*[Tosta, M.], op. cit, p. 55.

^{vi} En su origen, la palabra virtud deriva del latín *uir*, referene a la potencia viril. Ver Quignard, P. (2000) *Le sexe et l'effroi*. Gallimard, Francia.

^{vii} Cf. Aulagnier, P. (1977) *La violencia de la interpretación*. Amorrortu eds, Argentina (ver cap. 4 El contrato narcisista)

^{viii} Dolto, F. (1989) *Seminario de Psicoanálisis de Niños, Siglo XXI*, México. P.33

^{ix} Por supuesto aquí concebimos al dolor como un vivido por el sujeto psíquico como anticipación de su finitud y de su muerte.

^x Testimonios de Médicos que atienden pacientes terminales. Investigación parte de la materia *Intervención Psicológica a pacientes terminales*. UVM-Querétaro.

^{xi} Tosta, M. Op. Cit.

^{xii} La palabra pánico remite a “lo que está en todas partes”.

^{xiii} Recomendamos en este campo la lectura de Fernández, H. (1999) *La clínica del cuerpo lastimado: una e(ró)tica*. www.psiconefrelatos2

^{xiv} Heidegger, M. (1980) *Ser y Tiempo*. Fondo de Cultura Económica, México. Para este filósofo, el ser es un enigma abismal común a todos, cuyo cuidado compartimos los hablantes.

^{xv} Goce: En el deseo la pulsión y la necesidad deben pasar por el lenguaje y la Ley que regula los intercambios entre los seres humanos. En el goce, en cambio, se toma un camino corto, incluído el autoerótico, en el que la libido circula sin ser regulado su intercambio. Esto incluye formas de relación autodestructiva con el propio cuerpo –en zonas privilegiadas de circulación libidinal- donde el deseo muestra su forma límite: buscar su propia eliminación.

^{xvi} www.iztacala.mx.unam/investigacion.

^{xvii} A este respecto ver: Landa, F (1999) *Ética y teoría del sujeto en las prácticas de transformación subjetiva*. En: Jacobo, Z (comp) *El sujeto y su odisea*. UNAM, México, donde se discuten las tesis de Freire.

^{xviii} Ver Quiroz, F. (2003) *¿Puede llevarse a cabo una intervención psicoanalítica en un centro hospitalario?* Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicano, A.C. Inédito.

La esfinge

Gerardo Gorzález Chauvet



Esfinge: “Existe sobre la tierra un ser bípedo y cuadrúpedo, que tiene solo una voz, y es también trípode. Es el único que cambia su aspecto de cuantos seres se mueven por tierra, aire o mar. Pero, cuando anda apoyado en más pies, entonces su movilidad en sus miembros es mucho más débil.”

Edipo: -- “Escucha, aun cuando no quieras, musa de mal agüero de los muertos, mi voz, que es el fin de tu locura. Te has referido al hombre, que, cuando se arrastra por tierra, al principio, nace del vientre de la madre como indefenso cuadrúpedo y, al ser viejo, apoya su bastón como un tercer pie, cargando el cuello doblado por la vejez.”

Cierto es que Edipo resolvió, ante el reto de la esfinge, el enigma fundamental que habría de convertirlo en regío gobernante. De su antigua voz surgió la verdad en forma de respuesta: *-Te has referido al hombre, contesto.*

Para mal o para bien, el eco de tal acto reverbera en nuestras vidas. Antes de que un ser extraño, quimera nacida de los sueños, increpara al hombre con preguntas que exigen de una voz para dar respuesta; antes de que ello ocurriera, nada humano había en el mundo. Pero el enigma de las tres edades tiene más de una respuesta: Antes de la palabra, el ser humano es un ser entre otros, en la palabra, es un ser envuelto por punzantes cuestionamientos que lo atormentan, cuando su voz emerge para dar respuesta, el hombre finalmente se hace hombre. Sin embargo, nada de esto es tan simple.

Cierto es que el hombre se nombra hombre. ¿Sabemos lo que ello significa? ¿Comprendemos acaso las fuerzas que se esconden detrás de nuestras pasiones? Creemos con demasiada facilidad que basta con darle nombre al enigma para resolverlo. Todo hombre es cuestionado de continuo por la esfinge: *-Obvio, el enigma se refiere al hombre-*. ¿Acaso te conformas con tal respuesta? La victoria de Edipo ante la esfinge no está en que la respuesta sea correcta; es la emergencia de su voz lo que afirma verdad y destino.

UN POCO DE HUMOR

Conversación entre un hombre y su novia (psicóloga)

- El Vení para acá. Déjame besarte el cuello, así.
- Ella ¡Qué libidinoso estas hoy!
- El Es que me vuelves loco. ¡potra!
- Ella ¿Potra, te gusta copular con equinos?
¡sodomita!
- El ¡Pero no! Es una forma de decir Mami!
- Ella ¿Mami? ¿Acaso me estás usando para resolver
tu complejo de Edipo?
- El Quiero decir que me encantas, que sos Divina.
- Ella ¿Divina? Para que sepas, la idealización en la cama es un
Síntoma neurótico.
- El ¡Basta! ¡Me tenés hartado con tu caca mental!
- Ella ¿Caca? Fijado en la etapa anal, ¿he?
- El Si seguís con esto, ¡te juro que te cago a trompadas!
- Ella Sí, siempre sospeche que eras un sádico.
- El (Lloriqueando) ¡Basta te lo ruego!
¡No me vuelvas loco!
- Ella Hmm, masoquista! Muy típico.
- El (Agarrándola por el cuello) Me tenés podrido! ¡Te voy a matar!
- Ella Aggg... y... encima... ¡psicópata!... Aggg....
- El (Soltándola) ¡No me persigas más con todo ese palabrerío!
Por favor no me persigas más!
- Ella Entiendo... ¡paranóico!
- El ¡No! ¡No! ¡Andate! ¡Quiero estar solo!
¡Quiero estar solo!
- Ella ¡Pero eso es autoerotismo!
- El ¡Socorro... Policía! ¡Policíaaaa!
- Ella ¡Pero que fácil pasas a la homosexualidad!

BUZON

Conversando con el Psicoanalista

Este es un espacio para
ti, tus preguntas y
comentarios
serán respondidos

Dra. **Leticia Hernández Valderrama**
lhvalderrama@prodigy.net.mx
Dra. **Dolores Aldana Villavicencio**
cepsimac@prodigy.net.mx
Psic. **Cecilia Pieck de la Torre**
cpieck@gmail.com
Psic. **Claudia Caballero Corona**
cocabcla@hotmail.com
Psic. **Leticia Montoya Valencia**
leticiamontval@hotmail.com
Psic. **Victoria Fenik Socolsky**
victoriafenik@hotmail.com
Psic. **Mónica Morales Barrera**
monimb6@yahoo.com.mx
Psic. **Francisco Landa Reyes**
landaziz44@yahoo.com.mx
Psic. **Gerardo González Chauvet**
gonzalez_chauvet@yahoo.com.mx



CENTRO DE ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS MEXICANO, A. C.

www.psicoanalismexico.com.mx

FORMACIÓN EN PSICOANÁLISIS

Diplomado: Introducción al Psicoanálisis Freud-Lacan.

Dirigido a:

1. Toda persona que deseé aumentar su acervo cultural.
ó
2. A profesionistas como apoyo en sus propias actividades.
ó
3. Personas que deseen ser Psicoanalistas, como introducción a la Formación de Psicoanálisis.

Etapas de Formación:

- Dos años de Formación Teórica
- Tres años de Estructuras Clínicas y Teoría de la Clínica
- Trabajo Clínico en la Institución con supervisión de casos clínicos con pacientes en la Institución. Tiempo Abierto.

Horarios:

Sábados de 9:00 a 15:00 hrs.

ó

Miércoles de 16:00 a 21:00 hrs.

INSCRIPCIONES

ABIERTAS

PITÁGORAS #228, COL NARVARTE

CENTRO DE ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS MEXICANO, A. C.

**SEMINARIOS DE FORMACIÓN
CONTINUA PARA PSICOANALISTAS**

Dirigido a:

**Psicoanalistas de cualquier línea de formación interesados
en revisar la Clínica Psicoanalítica desde la Propuesta de
Jacques Lacan y Neo Lacanianos.**

**INSCRIPCIONES
ABIERTAS**

PITÁGORAS #228, COL NARVARTE

CENTRO DE ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS MEXICANO, A. C.

www.psicoanalismexico.com.mx

**SERVICIO DE RED CLÍNICA
PSICOTERAPIA – PSICOANALÍTICA**

Para: Niños, Adolescentes, Adultos y Pareja

Quando en la vida diaria nos enfrentamos a situaciones difíciles de solucionar como angustia, dolor, desamor, infelicidad, falta de ánimo, peleas constantes con la pareja, depresión: existe un espacio para buscar una solución y entender qué nos sucede.

CEPSIMAC OFRECE DESDE 1989
ATENCIÓN CON PSICOANALISTAS
PROFESIONALES

1ra.

Publicación

Mayo

INFORMES

De 9:00 a 20:00 horas

Teléfonos:

56-39-67-34

56-38-03-28

56-39-50-07

2010

PITÁGORAS #228, COL NARVARTE