

# **TESIS DE GRADO**

**Universidad Católica de Salta**

“Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes  
con intento de suicidio”



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA  
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

“Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes  
con intento de suicidio”

Alumno: Rogelio Damián Aguirre

Director: Lic. Humberto Eusebio Pineda

2020

## **Autoridades**

Rector de la Universidad Católica de Salta

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica

Mg. Constanza Diedrich

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias

Lic. María Medina Bouquet

Secretaria Académica

Abg. Adriana Ibareuren

Jefa del Departamento de Psicología

Lic. Sonia Guijarro Cárdenas

## Agradecimientos

Finalizar la presente investigación ha implicado para mí un gran esfuerzo, un gran aprendizaje, un viaje vertiginoso y muy grato a la vez. Me encuentro absolutamente agradecido con aquellos que pudieron enseñarme no solo mediante la transmisión de conceptos, sino fundamentalmente con su deseo por el psicoanálisis, con sus vidas dedicadas al legado de Freud y Lacan. Con aquellos que hicieron camino conmigo a lo largo de esta carrera que escogí.

A su vez, agradezco a todos quienes con una palabra de aliento, con una sonrisa, con su amor me animaron en la concreción de esta investigación a pesar de representar para mí un enorme desafío.

Por último, dedico este trabajo a la memoria de mi abuelo paterno quien le encomendó a mi tía la misión de posibilitarme cursar la carrera, llegar hasta aquí. Y a la memoria de mi abuela materna quien siempre me despertaba para ir a clases, preocupada porque no llegara tarde. Quisiera decirle que aunque quizás tarde, lo logré, llegué.

## Resumen

¿Qué puede aportar el psicoanálisis lacaniano a la clínica? Y específicamente a la clínica con pacientes que han realizado intentos de suicidio. Es esta pregunta la que me ha llevado a realizar el presente trabajo final en el que he podido constatar los efectos que el psicoanálisis tiene en la vida de las personas, especialmente en la vida de aquellos que sufren y que se ven enfrentados con lo insoportable.

He buscado responder esta pregunta utilizando la construcción y el análisis de casos desde la lógica del psicoanálisis lacaniano. Teniendo como ejes en esta tarea conceptos fundamentales como deseo del analista, transferencia, entre otros.

Y he podido construir una hipótesis sobre los efectos terapéuticos presentes en cada caso y su lógica de producción sin perder de vista una premisa fundamental del psicoanálisis que es siempre tener en cuenta que se trata de “caso por caso”.

## **Abstract**

What can Lacanian psychoanalysis bring to the clinic? And specifically to the clinic with patients who have made suicide attempts. It is this question that has led me to carry out the present final work in which I have been able to verify the effects that psychoanalysis has on people's lives, especially on the lives of those who suffer and who are faced with the unbearable.

I have sought to answer this question using the construction and analysis of cases from the logic of Lacanian psychoanalysis. Having as axes in this task fundamental concepts such as desire of the analyst, transference, among others.

And I have been able to construct a hypothesis about the therapeutic effects present in each case and its production logic without losing sight of a fundamental premise of psychoanalysis, which is to always bear in mind that it is a "case by case" approach.

## Índice

Introducción .....	9
Planteamiento del Problema .....	10
Preguntas de investigación .....	10
Objetivos .....	10
Consecuencias de la Investigación .....	11
Deficiencias en el Conocimiento .....	12
Marco Teórico .....	17
Capítulo 1: La orientación lacaniana .....	17
Capítulo 2: El Padecimiento subjetivo y la castración, lo real y la angustia... 21	21
El padecimiento subjetivo y la castración .....	21
Lo real y la angustia .....	22
Capítulo 3: El suicidio desde el psicoanálisis lacaniano .....	25
Capítulo 4: La intervención psicoanalítica, el deseo del analista y la transferencia.....	37
La intervención analítica .....	37
El deseo del analista .....	37
La transferencia.....	38
Capítulo 5: Los Efectos Terapéuticos .....	40
Metodología .....	44
Nivel y tipo de investigación.....	44
Diseño de investigación .....	44
Conceptos centrales .....	44
Participantes .....	45
Contexto y periodo.....	45
Técnica de Recolección de Datos .....	46

La construcción de casos en el psicoanálisis lacaniano .....	46
Procedimiento de Recolección de Datos.....	50
Coreografía de análisis .....	50
Resultados de la investigación .....	52
- <u>Entrevista N° 1 Participante LC .....</u>	<u>52</u>
Entrevista N° 2 Participante LC .....	56
Entrevista N° 3 Participante LC .....	58
Entrevista N° 4 Participante I .....	60
Entrevista N° 5 Participante I .....	63
Entrevista N° 6 Participante I .....	65
Entrevista N° 7 Participante I .....	70
Análisis de los datos.....	71
Caso N.....	71
Caso C.....	75
Caso M.....	79
Conclusiones .....	84
Referencias Bibliográficas .....	89
Apéndices.....	94
Hoja de evaluación.....	95



## Introducción

La presente investigación se centró en conocer los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes con intento de suicidio. Los objetivos principales fueron describirlos y explicar su lógica de producción.

Para cumplir con tal fin utilicé la construcción y análisis de casos desde la lógica psicoanalítica, tomando como ejes conceptos propios de la perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana tal como lo realizó Rubistein et al. en su investigación presentada en el año 2012. Los casos fueron aportados por dos practicantes del psicoanálisis que llevan a cabo su práctica en el servicio de psiquiatría y psicología del Hospital San Bernardo, ubicado en la Ciudad de Salta Capital.

Por otro lado, analicé cada caso de manera individual y posteriormente indagué acerca de las similitudes y diferencias que se pudieron ubicar entre ellos. Las similitudes hicieron referencia a lo estructural de los casos en los que se presentan intentos de suicidio y las diferencias se relacionaron con la singularidad de cada paciente.

Por último, tal y como procedieran en la investigación titulada “Los efectos terapéuticos de las intervenciones psicoanalíticas en el ámbito institucional” de Rubistein et al., las conclusiones que obtuve del análisis de los casos consistieron en descripciones de las características de los efectos terapéuticos analizados y en hipótesis que buscaron explicar su lógica de producción.

## **Planteamiento del Problema**

¿Cuáles son los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes con intento de suicidio, de entre 18 y 40 años, asistidos por practicantes del psicoanálisis del servicio de psiquiatría y psicología del Hospital San Bernardo, ubicado en la Ciudad de Salta Capital, en el año 2019?

## **Preguntas de investigación**

¿De qué manera pueden describirse los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes con intento de suicidio?

¿Cuál es la lógica de la producción de los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes con intento de suicidio?

## **Objetivos**

### General

- Describir los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes con intento de suicidio.

### Específicos

- Conocer cuáles son las características del dispositivo de urgencias del Hospital San Bernardo.
- Entender cómo se define un intento de suicidio y cuáles son sus características desde el psicoanálisis lacaniano.
- Desarrollar qué es la intervención psicoanalítica.
- Comprender que son los efectos terapéuticos y cuáles son sus particularidades desde el psicoanálisis lacaniano.

## **Consecuencias de la Investigación**

Para la realización de la presente investigación consideré lo establecido por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (F.e.P.R.A), aprobado en 1999 y modificado en 2013.

Consideré importante cuidar en la investigación lo establecido en las normas deontológicas. Específicamente lo señalado en el artículo 2, en sus incisos 2.1, 2.5 y 2.6. En el primer inciso se hace referencia al secreto profesional como medio para asegurar la confidencialidad de los conocimientos adquiridos en la práctica profesional. En el segundo inciso se dispone que cuando los profesionales de la psicología comparten información confidencial en el marco de una actividad el deber de guardar el secreto profesional se extiende a los profesionales involucrados. Y en el tercer inciso se establece que los psicólogos deberán garantizar la confidencialidad mediante el adecuado manejo de sus registros.

Por esto, las medidas que dispuse para cuidar lo establecido en el artículo 2 fueron: modificar en las entrevistas, en los casos y en el informe de la investigación todos aquellos datos que podrían permitir la identificación de los pacientes asistidos por las practicantes del psicoanálisis, almacenar los datos digitalizados obtenidos en las entrevistas a las expertas, en las bitácoras de campo y de análisis, y en todo registro que pueda realizar durante la investigación bajo seguridad criptográfica. Por último, almacenar los registros en soporte físico (papel) de estos datos de manera adecuada para evitar el acceso a los mismos por parte de personas ajenas a la investigación.

### **Deficiencias en el Conocimiento**

El primer antecedente es el proyecto de investigación P017 denominado “Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales” aprobado por UBACYT para ser realizado entre los años 2008-2010. Sus resultados fueron publicados en el libro titulado “La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones” por Rubinstein et al. en el año 2012.

El objetivo general de ésta investigación fue conocer las modalidades de los efectos terapéuticos de las intervenciones psicoanalíticas en pacientes tratados en ámbitos institucionales y la lógica de producción de estos efectos.

Su hipótesis general fue que los efectos terapéuticos que conllevan movimientos subjetivos pueden ser producidos por el encuentro con un analista y relacionados con su intervención analítica.

La Metodología utilizada fue el estudio de casos contruidos, leídos y analizados desde la lógica psicoanalítica. Es decir, a partir de los conceptos propios del psicoanálisis, como posición subjetiva, goce, síntoma, entre otros. Considero que éste punto fue un gran aporte para la realización de mi investigación. Porque que a partir de lo expuesto en la investigación de Rubinstein et al. construí y analicé los casos escogidos; buscando la lógica de cada caso y teniendo en cuenta las variables de la investigación como ejes del proceso.

Tomé como otro aporte el hecho de que también se trabajaron casos de otros analistas, los cuales se construyeron a partir del relato de los mismos y sin tener contacto directo con los pacientes.

Del Marco Teórico tomé como aportes lo expuesto sobre que es un efecto terapéutico y que se considera terapéutico en psicoanálisis, aunque solo los capítulos en los que se hace referencia a este tema desde la perspectiva del psicoanálisis lacaniano.

En cuanto a las similitudes y diferencias entre la investigación de Rubinstein et al. y la investigación que realicé, encontramos que se trata de la misma temática en general y el mismo objetivo en particular, que es el de localizar dichos efectos y explicar su lógica de producción. Pero aunque entre los casos tomados por Rubinstein et al. se encuentran algunos correspondientes a pacientes con intento de suicidio, su investigación no se centró específicamente en este fenómeno clínico. Y mi investigación

si lo hizo. Es decir que solo indagué acerca de los efectos terapéuticos en casos de pacientes que realizaron intentos de suicidio. Otra diferencia es que la investigación de Rubistein et al. fue llevada a cabo en Buenos Aires y yo realicé mi investigación en el contexto de la Ciudad de Salta Capital.

El segundo antecedente es el trabajo de titulación “Los efectos terapéuticos de las intervenciones de orientación psicoanalítica, en pacientes de las áreas de Oncología Clínica, Cirugía y Quimioterapia Ambulatoria del hospital ‘Sociedad de Lucha contra el Cáncer’ S.O.L.C.A. de Guayaquil, durante el año 2013” de Serrano Vargas Juan José.

El tema que se plantea el autor en esta investigación es la manera en que las intervenciones de orientación psicoanalítica y su apropiado manejo teórico y técnico influyen en el surgimiento o producción de efectos terapéuticos en pacientes con cáncer.

Las metodologías que empleó fueron: el análisis de libros y artículos de autores de la orientación psicoanalítica, la exégesis de algunos textos de Freud y Lacan y el análisis de casos.

El aporte que tomé de esta investigación fue la bibliografía acerca de la orientación psicoanalítica que utilizó para la confección del marco teórico.

Con respecto a las similitudes y diferencias entre la investigación de Serrano Vargas y la mía es que aunque en ambas se indaga sobre los efectos terapéuticos de las intervenciones realizadas desde el psicoanálisis, en la primera se tiene en cuenta además el manejo que los practicantes del psicoanálisis tienen sobre conceptos relacionados y sobre las técnicas específicas utilizadas desde la perspectiva psicoanalítica. Y en mi investigación solo me centré en ubicar en cada caso los efectos terapéuticos y su lógica de producción relacionada con el encuentro con un analista y su intervención analítica, como lo propone Rubistein et al. Otra diferencia es que los casos analizados por Serrano Vargas corresponden a pacientes oncológicos, mientras que yo analicé solo casos de pacientes que realizaron intentos de suicidio. Por último, al igual que en el primer antecedente el contexto y el año varían.

El tercer antecedente es la investigación denominada “Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos”, llevada a cabo por Karla Valeria Piguave Holguín en

Guayaquil, Ecuador, en el contexto de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA). La misma fue presentada como trabajo de titulación en el año 2013.

El objetivo de éste estudio fue constatar la existencia de efectos terapéuticos rápidos, conocer su modalidad de presentación y si fueron considerados negativos o positivos por los pacientes.

La investigación es aplicada y fue realizada mediante la aplicación de la teoría psicoanalítica a la clínica con pacientes oncológicos internados en SOLCA y el uso de casos donde se buscó constatar efectos terapéuticos.

El instrumento utilizado fue la entrevista operativa propuesta por Fernando Ulloa.

Por último, se constataron efectos terapéuticos en los casos presentados mediante la respuesta de los pacientes a la presencia del psicólogo.

Y se llegó a las conclusiones de que la producción de efectos terapéuticos está vinculada a la habilidad del psicólogo para manejar su relación con la institución y los pacientes. Y que el sistema de control de la institución influye en el malestar de los pacientes.

En cuanto a las similitudes y diferencias entre la investigación de Karla Valeria Piguave Holguín y la investigación que llevé a cabo podemos hacer referencia a que en ambas la temática gira alrededor de los efectos terapéuticos, el marco teórico de referencia es psicoanalítico, se eligió la utilización de casos como medio para investigar estos efectos y la utilización de entrevistas como instrumento de recolección de datos. Por otro lado, difieren en el contexto de realización (Ecuador y Argentina), además del año (2012 y 2020). Y en la muestra utilizada, ya que mientras que Piguave Holguín eligió como participantes a pacientes oncológicos que cursaron una internación en una institución hospitalaria, yo escogí como participantes a practicantes del psicoanálisis pertenecientes al servicio de psiquiatría y psicología de una institución hospitalaria que brindaron tratamiento a pacientes con intentos de suicidio. A su vez el tipo de entrevistas que utilicé no fue operativa. Por último, Piguave Holguín se enfoca en la relación que propone entre los efectos terapéuticos y la capacidad del psicólogo para relacionarse con la institución y los pacientes, mientras que yo me enfoqué en lo

propuesto en la hipótesis general de la investigación de Rubistein et al., de que el encuentro con un analista y su intervención analítica producen efectos terapéuticos.

El cuarto antecedente es la investigación realizada por Rojo et al. en el periodo 2012-2014 denominada “Análisis de las urgencias subjetivas que ingresan como intentos de suicidio al Sistema de Emergencias 911 de Salta”.

El problema que se investigó fue: ¿Cuáles son las características de las personas que son atendidas por el SE 911 por intento de suicidio? Y ¿cuáles son las intervenciones posibles desde un encuadre psicoanalítico en un ámbito prehospitalario?

El objetivo planteado fue caracterizar, en cuanto a sexo, edad, y otros descriptores a las personas atendidas por el SE 911 que llevaron a cabo un intento de suicidio. También se buscó explorar que intervenciones se podían realizar ante estos casos desde el psicoanálisis como marco teórico de referencia, en un ámbito prehospitalario. Es decir en un contexto que no corresponde a una institución hospitalaria, ni de internación.

El tipo de investigación fue mixto, ya que por un lado se ubicó en una modalidad cualitativa, dentro de un paradigma interpretativo-comprensivo, utilizando un diseño de estudio de caso, en un nivel descriptivo. Y por otro lado también se ubicó en una modalidad cuantitativa con la finalidad de recolectar datos que permitieran ampliar el conocimiento sobre el tema investigado.

Por otro lado, es importante destacar que el grupo de los individuos mencionados, personas que realizaron un intento de suicidio y fueron atendidos por el SE 911, fueron considerados como un caso.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron entrevistas individuales estructuradas y abiertas, y la encuesta, mediante la aplicación de un cuestionario.

Tomé de esta investigación como aporte la consideración acerca de las circunstancias del intento de suicidio y de la modalidad escogida (ahorcamiento, cortes, etc.). Ya que consideré que podrían contribuir a fundamentar la interpretación de un intento de suicidio como pasaje al acto o acting out.

Por último, tomé como aporte la consideración expuesta en Rojo et al. sobre que es insuficiente concebir solamente como un intento de suicidio a toda autolesión que implique un riesgo de muerte. Es decir interpretar esas acciones como tentativas suicidas siguiendo solo un criterio objetivo, médico. Porque se deja de lado al sujeto y su particularidad. Y que solo cuando aparece el sujeto de la urgencia es posible localizar su posición frente a la acción que realizó. Tomé esta consideración ya que en mi investigación el practicante del psicoanálisis fue quien interpretó lo ocurrido como un intento de suicidio a partir del discurso del paciente, en el que pudo ubicarse su posición frente a lo realizado.

En cuanto a las similitudes entre mi investigación y la investigación de Rojo et al. en ambas se utilizó el diseño de estudio de caso y se investigó en un nivel descriptivo. Aunque en mi investigación también investigué en un nivel explicativo.

Por último, se diferencian en el enfoque, ya que en Rojo et al. se utilizó un enfoque mixto y en mi investigación utilicé un enfoque cualitativo. También difieren en que en Rojo et al. se realizó un análisis estadístico en parte y en mi investigación el análisis de los datos se llevó a cabo a partir de la construcción y análisis de casos desde la lógica psicoanalítica.



## Marco Teórico

### Capítulo 1: La orientación lacaniana

En el primer capítulo del presente marco teórico definiré la perspectiva teórica desde la cual realicé mi investigación acerca de los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes con intento de suicidio.

La perspectiva teórica desde la cual realicé mi investigación fue el psicoanálisis lacaniano. A continuación ahondaré en las características de ésta teoría.

Laurent (2006) define al psicoanálisis como “(...) una práctica de la palabra” (p. 1). Esto podría vislumbrarse en el hecho de que en el psicoanálisis lacaniano no se hace uso de test psicométricos, ni proyectivos. El material con el que “se trabaja”, por así decirlo, es la palabra, el discurso del analizante. En el cual expresa lo que le hace sufrir y su síntoma (Laurent, 2006). También con estas palabras se dirige, en ocasiones, una demanda al analista.

Con respecto a ésta King (2018) señala que la demanda dirigida al analista, respaldada por el síntoma, tiene el efecto de restaurar el estado simbólico del síntoma. <sup>1</sup>

Se puede agregar que “(...) el psicoanálisis no es una técnica, sino un discurso que anima a cada uno a producir su singularidad, su excepción” (Laurent, 2006, p. 2). Afirmamos esto porque no se busca una homogenización de los pacientes.

Hemos definido que es el psicoanálisis lacaniano a continuación haremos referencia a sus características.

La primera característica que mencionaremos es que en un análisis encontramos un analizante y un analista. “El analista puntúa los decires del analizante (...)” (Laurent, 2006, p. 1), interviene frente a lo que dice el paciente y busca ubicar la posición que

<sup>1</sup> The demand addressed to the analyst, supported by the symptom, has the effect of restoring the symptom's symbolic status.

toma él (el paciente) frente a sus propios dichos. También, según Seynhaeve (2019) el analista pone su cuerpo en juego. La interpretación analítica es en sí misma **un nudo de lalangue y el cuerpo del analista.** 2

Una segunda característica se relaciona con la formación del analista que “(...) no puede reducirse a las normas de formación de la universidad (...)” (Laurent, 2006, p. 2). No existe dentro del ámbito académico ninguna institución que pueda expedir el título de analista, que pueda brindar un certificado que acredite a alguien como tal.

Entonces cabe preguntarnos cómo es que alguien se convierte en un analista, cómo es que se forma, en que consiste esta formación. Laurent (2006) habla de un “(...) trípode: seminarios de formación teórica (para-universitarios), la prosecución por el candidato psicoanalista de un psicoanálisis hasta el final (de ahí los efectos de formación), la transmisión pragmática de la práctica en las supervisiones (conversaciones entre pares sobre la práctica)” (p.3). Es relevante destacar que este llevar su análisis hasta el fin es de suma importancia ya que es así que el analista deviene tal. Y da testimonio de esto en el Pase, el dispositivo dispuesto por Lacan para que los analistas dieran cuenta de su propia experiencia en análisis. Al respecto señala Laurent (2006) que “el psicoanalista es aquel que afirma haber obtenido de la experiencia aquello que podía esperar de ella y, por lo tanto, afirma haber franqueado un ‘pase’ (...)” (p. 3).

Pero no todos los que practican el psicoanálisis han pasado por el dispositivo del Pase, han finalizado su propio análisis. Entonces podemos preguntarnos al igual que Santana (2018) quien autoriza a practicar el psicoanálisis. Y también podemos tomar la referencia que cita de Lacan como una respuesta, son ellos mismos quienes se autorizan (como se citó en Santana, 2018, párr. 9). En relación a esto Santana (2018) agrega que:

autorizarse a sí mismo implica que no hay garantía, que una se autoriza a sí misma arriesgándose. Pero a este riesgo no le falta cálculo, un cálculo que surge de la premisa de que la Escuela garantiza que un psicoanalista surge de su formación. (párr. 12)

A su vez Santana (2018), haciendo referencia a su propia experiencia, distingue que esa autorización de sí misma para practicar el psicoanálisis en un primer momento

2 The analyst brings his body into play. The analytic interpretation is in itself **a knotting of lalangue and the body of the analyst.**

fue íntima y en un segundo momento fue expuesta públicamente. Este segundo tiempo es en el que se denomina como AP ante la Escuela.

En este punto podemos preguntarnos que es un AP. En relación a esto Santana (2018) afirma que:

un AP, es alguien que dice: ¡soy analista! y la Escuela le responde: muy bien, lo escribiremos en el anuario. Al escribir AP después del nombre propio en el anuario (...), no se escribe que él o ella es analista, sino que afirma ser analista. Entonces, al "yo soy psicoanalista", la Escuela responde: "tú lo has dicho". Este es el nivel que se conoce formalmente como el autorizarse a sí mismo. (párr. 16)

Por último, es importante distinguir que quienes todavía no han expuesto públicamente su propia autorización ante la Escuela, siendo inscriptos en el anuario, pueden ser considerados y nombrados como practicantes del psicoanálisis.

Una tercera característica es que en las sesiones el analista "(...) autoriza a tomar distancia de los hábitos, de las normas, de las reglas a las que el psicoanalizante se somete fuera de la sesión" (Laurent, 2006, p. 1). La única regla que deberá seguir será la denominada regla fundamental establecida por Freud. Que consiste en que "(...) debe comunicar todo cuanto atrape en su observación de sí atajando las objeciones lógicas y afectivas que querrían moverlo a seleccionar (...)" (Freud, 1991, p. 115). Como contrapartida el analista ocupa un lugar desde el cual "(...) sostiene el cuestionamiento, la abertura, el enigma, en el sujeto que viene a su encuentro" (Laurent, 2006, p. 1). Podemos agregar que "(...) el analista es aquel que no es asignable a ningún lugar que no sea el de la pregunta sobre el deseo" (Laurent, 2006, p. 1). No le ofrece al paciente directivas acerca de cómo solucionar su sufrimiento, sus problemas, acerca de cómo debe vivir su vida, ni lo aconseja.

La cuarta característica es que "no existe una cura estándar ni un protocolo general que regiría la cura psicoanalítica" (Laurent, 2006, p. 2). No hay protocolos a seguir, como si los hay en algunas terapias tales como EMDR o en la terapia cognitiva conductual. Ni existe un modelo de cura para todos los pacientes sin importar sus particularidades. Es más, podría decirse que cada cura, cada análisis es único, diferente.

En relación a esto Laurent (2006) menciona que “Freud tomó la metáfora del ajedrez para indicar que sólo había reglas o para el inicio o para el final de la partida” (p. 2). Momentos equiparables al inicio y al final de un análisis. Pero debemos entender la palabra “reglas” como equivalente a principios, a partir de los cuales nos orientamos en la clínica y no como estándares o pasos.

Por último, una quinta característica se relaciona con el tiempo. Acerca de la duración de la cura, del tiempo que lleva, el mismo es variable (Laurent, 2006). “(...) Se prolonga hasta que el analizante esté lo suficientemente satisfecho de la experiencia que ha hecho como para dejar al analista” (Laurent, 2006, p. 2). Lacan (s.f.) agregaría que “un análisis no ha de ser llevado demasiado lejos. Cuando el analizante piensa que es feliz de vivir, es suficiente” (p. 12).

## Capítulo 2: El Padecimiento subjetivo y la castración, lo real y la angustia

En este capítulo definiré padecimiento subjetivo y castración, lo real y la angustia.

### El padecimiento subjetivo y la castración

Di Pinto (2016) afirma que:

(...) el padecimiento psíquico se manifiesta de manera privilegiada ante tres cuestiones que son: el amor, el sexo y la muerte, ya que es allí donde el sujeto se ve confrontado a lo real. El amor, el sexo y la muerte actualizan la castración, en tanto no hay una respuesta predeterminada que el sujeto pueda dar, y es allí donde se ve compelido a tomar la palabra. (párr. 8)

De estas afirmaciones podríamos inferir que el padecimiento subjetivo es una manifestación psíquica frente a lo real, la castración, frente a aquello ante lo cual no hay una respuesta predeterminada.

De esta manera el padecimiento psíquico se relaciona con las estrategias que el paciente elabora ante lo real, ante la castración. Las cuales “(...) le posibilitan a un sujeto transitar por la vida (...)”. Ya que “cuando dicha estrategia deja de funcionar, aparece el malestar, la angustia, o bien lo que era ‘habitual y natural’ deja de serlo” (Di Pinto, 2016, párr. 9). Y en estos casos “(...) la estrategia que le posibilitaba al sujeto transitar los encuentros con lo real ha dejado de funcionar y por efecto de ello es que se padece psíquicamente” (Di Pinto, 2016, párr. 13). Estas estrategias pueden ser diversas y son particulares y propias de cada paciente, tales como un síntoma o una inhibición que le permitan enfrentarse a lo real y a la castración, aun a pesar de generarle malestar.

Con respecto a las causas del padecimiento subjetivo, el mismo también es causado “(...) por la posición que un sujeto tiene ante la castración” (Di Pinto, 2016, párr. 11). Para comprender esta afirmación es necesario definir la castración para Lacan.

Balliache (s.f.) señala que “(...) el lenguaje no da cuenta del todo de la necesidad de un ser vivo. Acceder al lenguaje trae consigo la pérdida de algo. Hay una imposibilidad de decirlo todo. A esto se le ha llamado la castración estructural” (párr. 4).

Entonces, a partir de ésta definición podríamos interpretar que el sufrimiento subjetivo es causado por la posición del sujeto ante aquello que le exige una respuesta, pero que no le brinda una guía para elaborarla. Y ante lo cual debe responder solo.

En síntesis podríamos decir que en la propuesta de Di Pinto las causas del padecimiento subjetivo serían dos: que la estrategia ante lo real deje de funcionar y la posición del sujeto ante la castración.

Por último, otra autora que teoriza acerca del padecimiento subjetivo es Brousse. Ella propone que:

El sufrimiento revela un punto de insoportable, ese punto donde vacila el soporte tomado en el Otro, ordenado por el sentido paternal y donde se rasga el velo del fantasma, es decir, de la realidad. El sufrimiento es pérdida de sentido, pérdida de la pacificación operada por el nombre. (Brousse, 2002, p.2)

Se podría decir que Brousse relaciona el padecimiento subjetivo con la presencia de ese Otro barrado, el cual no puede ser tomado como punto de referencia por el sujeto para hacer frente al encuentro con lo real y con la castración.

### **Lo real y la angustia**

En referencia al concepto de real, Miller (2011) señala que en la última enseñanza de Lacan éste “(...) apunta a la noción de un real que no sería ni significante ni significado, que sería algo distinto del sentido y distinto del saber” (p.15). Esta es una definición negativa de lo real, ya que define lo que no es.

Por otro lado, Lacan (2010) señala que “lo real hay que buscarlo más allá del sueño, en lo que el sueño ha recubierto, envuelto, escondido, tras la falta de representación (...)” (p. 68). Esta cita se relaciona con el párrafo anterior y puede llevarnos a conceptualizar a lo real como aquello que se encuentra más allá del significante, aquello que no puede ser completamente nombrado.

Por otro lado, con respecto a cómo se presenta lo real, Lacan (2010) señala que en los orígenes de la experiencia analítica lo real se presentó bajo la forma del trauma. Agrega que “(...) en el seno mismo de los procesos primarios, se conserva la insistencia

del trauma en no dejarse olvidar por nosotros. El trauma reaparece en ellos, en efecto, y muchas veces a cara descubierta” (Lacan, 2010, p. 63). De esta manera podríamos considerar que Lacan señala que lo real ya estaba presente en las curas dirigidas por Freud, solamente que con otro nombre, nombrado como “trauma”. Ya se hacía presente insistiendo. Y lo real aún se hace presente en las curas psicoanalíticas y confronta al paciente como lo afirma Miller (2011) cuando menciona que Lacan señaló que:

(...) allí donde el analizante busca la verdad, el algoritmo lo conduce a encontrar lo real, y que la decepción de la verdad es correlativa de un acceso a lo real, donde ciertamente se trata menos de que él encuentra lo real que de que lo real lo alcanza a él. (p.16)

Esto se podría vislumbrar por ejemplo en la muerte, ya que frente a ésta el paciente se confronta con lo real, con eso que aparece y se escabulle al mismo tiempo. Como lo indica Lacan (2010) cuando dice que “(...) de un encuentro esencial se trata en lo descubierto por el psicoanálisis de una cita siempre reiterada con un real que se escabulle (pp. 61-62). A este encuentro Lacan (2010) lo conceptualiza y propone la palabra *tyche*, la cual traduce como “(...) el encuentro con lo real” (p. 62).

Posteriormente Lacan (2010) ubica lo real en relación al fantasma cuando afirma que “ahora tenemos que detectar el lugar de lo real, que va del trauma al fantasma, en tanto que el fantasma nunca es sino la pantalla que disimula algo absolutamente primero, determinante en la función de la repetición (...)” (p. 68). Esto quiere decir que lo real se encuentra en relación al fantasma a partir de que éste último vela lo real.

Por último, encontramos otro concepto relacionado con lo real que es la angustia. A continuación la definiremos.

Seldes (2004) refiere que la angustia es “(...) señalada por Lacan como una excepción entre los afectos. Es el afecto que no engaña (...)” (p. 2). A su vez plantea que es “(...) el sujeto quien transmite ese estado afectivo, displacentero (...)” (Seldes, 2004, p. 2).

En cuanto a la proposición de que es un afecto que no engaña Seldes (2004) afirma que esto es así “(...) porque pone a los parlêtres frente a lo real” (p. 3). Entonces la angustia y lo real se encuentran relacionados, de tal modo que Lacan afirma que la

angustia se constituye en síntoma que señala el acontecimiento de lo real (como se citó en Fleischer, 2004, p. 2).

Por otro lado, Seldes (2004) señala que “en Lacan encontramos la definición de la angustia en un apólogo: es la espera de que algo sucederá” (p. 2). Y agrega que “la espera de la angustia no es de tranquilidad, es el tiempo de la inminencia. Es la presencia del sin límite” (Seldes, 2004, p. 3).

Por último, afirma que “la angustia como señal, indica que hay un acto para realizar, mejor que sea el bueno, pero es el acto el que produce el alivio” (Seldes, 2004, p.3). En relación a esto Lacan (2007) asevera “(...) que la angustia no es la señal de una falta, sino de algo que es preciso concebir en un nivel redoblado como la carencia del apoyo que aporta la falta” (p. 64). Agrega que:

Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima (...). (Lacan, 2007, p. 64)

Lacan (2007) también señala que “(...) de lo real, pues, del modo irreductible bajo el cual dicho real se presenta en la experiencia, de eso es la angustia señal” (p. 174).

En conclusión podríamos definir fundamentalmente a la angustia como un afecto displacentero, que se diferencia de otros. Pero también como una espera con las particularidades mencionadas y como una señal de la falta de la falta, de su obturación, y como una señal de lo real.



### Capítulo 3: El suicidio desde el psicoanálisis lacaniano

En éste capítulo desarrollaré algunos de los aportes que el psicoanálisis lacaniano realizó acerca del suicidio.

Lacan señala que la clínica del acto cuestiona el postulado de que el sujeto busca su propio bien (como se citó en Miller, 2012). Miller (2012) agrega: “en el punto en que estoy, esto alcanza para indicar que hay algo en el sujeto susceptible de no trabajar para su bien. Susceptible de no trabajar para lo útil, sino que trabaja, por el contrario, para la destrucción” (párr. 21). Un ejemplo donde puede encontrarse esta tendencia a trabajar para la propia destrucción es el acto suicida.

En relación a él se puede afirmar que “de este acto suicida, Lacan hace el modelo del acto. (...) Piensa el acto a partir del suicidio, y hace de eso el paradigma del acto propiamente dicho” (Miller, 2012, párr. 20).

Es así que el suicidio y el acto en el psicoanálisis lacaniano quedan vinculados. Esto implica que para poder ahondar en la temática del suicidio es preciso hacerlo también en el concepto de acto. Lo cual hare a continuación.

Para Miller (2012) “(...) todo acto verdadero, en el sentido de Lacan es, digámoslo, un ‘suicidio del sujeto’; podemos ponerlo entre comillas para indicar que él puede renacer de ese acto, pero renace de modo diferente” (párr. 22). Y esto es una característica fundamental de un acto como lo señala Miller (2012) cuando afirma que:

es eso lo que constituye un acto, en sentido propio: es que el sujeto no es el mismo antes que después. Es lo que justifica el término de mutación, y aquí yo lo fuerzo hasta el fondo, hasta ese término de suicidio. (párr. 22)

A su vez, “(...) el concepto del acto en Lacan, es un concepto, hay que decirlo, homologado, ante todo, a la pulsión de muerte” (Miller, 2012, párr. 24). Podría decirse que equivalente en cuanto a su fin y sus características. Y también relacionado con el goce, ya que “Lacan llama acto a aquello que apunta al corazón del ser: el goce” (Miller, 2012, párr. 30).

Asimismo Miller (2012) agrega que “(...) en el corazón de cualquier acto, hablando propiamente, para nosotros es el pasaje al acto, el que está ahí como

paradigma” (párr. 31). Y que también “(...) hay un ¡no! Un no proferido al Otro” (Miller, 2012, párr. 32). Además señala que para Lacan “(...) el único acto que podría ser exitoso es el suicidio, al precio de no querer saber nada más de nada, es decir, separarse efectivamente de lo que llamaba los equívocos de la palabra, como de la dialéctica del reconocimiento (...)” (Miller, 2012, párr. 39).

Otra característica del acto que señala Miller (2012) es que:

(...) el acto es como tal indiferente a su futuro –por ello el suicidio es su paradigma-, como tal está fuera de sentido, indiferente a lo que vendrá después. En el fondo un acto es sin después, un acto es en sí. Lo que viene después ya es otro el que lo realiza (...) (párr. 49)

Una vez definido que es un acto y cuáles son sus características desde el psicoanálisis lacaniano ya podemos hacer alusión al concepto de acto suicida.

Muñoz (2009) indica que “Freud explica el suicidio como identificación con el objeto al que se desea eliminar. Lacan habla de identificación del sujeto con el objeto *a* en el fantasma” (p. 142). A su vez Muñoz (2009) indica que junto con el crimen son formas de acto irreversibles que modifican el estatuto del sujeto. Este no será el mismo antes y después.

Para Miller (2012) el acto suicida:

(...) ilustra la disyunción total que puede operarse en el organismo, en los intereses del viviente o en su sobrevivencia, en su bienestar, en su homeostasis por un lado, y en otra cosa que lo habita, que lo carcome y que ocasionalmente lo destruye. (párr. 24)

Miller (2012) también realiza una distinción entre “(...) el suicidio del acting-out, el suicidio que es llamado al Otro, y que, digamos, salvo equivocación, es fallido. Y el suicidio que es separación del Otro” (párr. 58). Éste último se encuentra del lado del pasaje al acto donde “(...) no hay más espectador. Hay desaparición de esta escena y digamos que el sujeto está eventualmente muerto” (Miller, 2012, párr. 35).

Por otro lado, Muñoz (2009) señala que “reconocemos un suicidio consciente (un tipo de pasaje al acto de propósito consciente) y un tipo de pasaje al acto suicida tolerado inconscientemente pero no reconocido por la consciencia, consentimiento

inconsciente que aguarda una ocasión oportuna para abrirse paso (...)” (p. 184). Agrega que también podría tratarse “(...) de un acting out fallido que conduce involuntariamente a la muerte” (Muñoz, 2009, p. 184).

A partir de lo expuesto en el párrafo anterior considero importante señalar que implica la determinación suicida y mencionar algunas características de los acting out fallidos.

Muñoz (2009) refiere que la determinación suicida implica la “(...) decisión de poner término a la propia vida” (p. 184). Y que “los medios elegidos para tal fin pueden ser más o menos efectivos, lo que puede llevar a un acto suicida fallido” (Muñoz, 2009, p. 184).

Y con respecto a las mostraciones fallidas Muñoz (2009) indica que en estos casos el sujeto no muere por su determinación suicida. Que no es una tentativa suicida tampoco. Que la escena del suicidio es dirigida al Otro. Y que es una acción sacrificial inconsciente. Aunque aclara que “de todos modos Freud no deja de ver allí, en ese aparente fallo, una sobredeterminación inconsciente: en última instancia en ese error también discernimos la ejecución de un propósito inconsciente de muerte” (Muñoz, 2009, p. 185).

Por otro lado, considero importante dedicar algunos párrafos a los intentos de suicidio y al suicidio en las psicosis debido a que uno de los casos analizados corresponde a ese tipo clínico.

En principio podemos decir que en la psicosis los pasajes al acto suicida cumplen una función de límite en relación con el goce. Con respecto a esto Muñoz (2009) indica que:

(...) ante lo intolerable del goce infinitizado el sujeto psicótico, llegado a cierta coyuntura dramática, debe cortar con él. En ocasiones, hacerlo puede implicar detener su vida biológica vía pasaje al acto suicida, por no contar con recursos menos extremos para limitarlo. (p. 234).

Así mismo añade que “(...) el suicidio psicótico es un límite que lo real del cuerpo, el cuerpo biológico, ofrenda en lugar de la falta del límite simbólico (...)” (Muñoz, 2009, p. 234).

De esta manera podemos afirmar que “el pasaje al acto es una operación sobre el goce en exceso, una extracción de un goce en más, insoportable, en su encarnadura en el objeto *a* en tanto real corporal (...)” (Muñoz, 2009, p. 235).

A continuación haré referencia brevemente a los intentos de suicidio y al suicidio en la melancolía y en la esquizofrenia.

Muñoz (2009) indica que el suicidio en la melancolía “(...) además de tratarse de un acto que excluye al sujeto –como todo pasaje al acto- consiste en una realización que disuelve la formación narcisista del yo: *i(a)*” (p. 143). Ya que “en la melancolía se trata de maltratar y atravesar su propia imagen para alcanzar el objeto velado por ella (...)” (Muñoz, 2009, p. 143). Esto se relaciona con que en este tipo clínico “(...) el pasaje al acto suicida (...) apunta a cortar la vida biológica como único recurso para eliminar el goce intolerable, atacando su narcisismo y atravesando la propia imagen – barrera que separa del *a*- para alcanzar el cuerpo real” (Muñoz, 2009, p. 236).

Por otro lado, “(...) en la esquizofrenia el pasaje al acto suicida sigue a fenómenos de desintegración corporal (...)” (Muñoz, 2009, p. 236)

Para finalizar este apartado sobre los fenómenos mencionados en las psicosis estimo que es relevante diferenciar su función en este tipo clínico y en la neurosis.

Muñoz (2009) señala que “en términos generales puede aceptarse que el pasaje al acto en las psicosis resuelve el exceso de goce y, en las neurosis, lo real de la angustia” (Muñoz, 2009, p. 240). A su vez refiere que “en la neurosis el pasaje al acto se diferencia de los tipos psicóticos porque apunta a romper la escena en la medida en que agujerea al Otro, causa la barradura del Otro en cuanto que lo angustia” (Muñoz, 2009, p. 237).

Hemos mencionado dos conceptos importantes relacionados con el tema desarrollado en este capítulo. Ellos son: el pasaje al acto y el acting out. Considero que debido a su relevancia es necesario ahondar más en ellos, en su definición y características.

Partiremos de la conceptualización del pasaje al acto para posteriormente mencionar distintos aspectos del mismo.

Muñoz (2009) lo define como “(...) una desestabilización-disolución del sujeto, que ya no puede sostenerse como historia en una escena y pasa a lo real por el quiebre del sostén que el fantasma le aseguraba (...)” (p. 239). También refiere que Lacan “(...) lo presenta en el Seminario 10 como respuesta ante la angustia: Angustia → Pasaje al acto” (Muñoz, 2009, p. 233). A su vez Muñoz (2009) especifica que “(...) es una respuesta real al único afecto que no engaña (...)” (p. 233).

Por otro lado, la angustia no es solamente ante lo que responde el pasaje al acto sino que es su causa. Como lo indica Muñoz (2009) al señalar que Lacan “(...) localizará la angustia como la causa de los fenómenos de pasaje al acto (...)” (p. 60). Aunque Muñoz (2009) aclara que “(...) esto no significa que todo afecto de angustia conduzca a él, sólo quiere decir lo contrario, que siempre que hay pasaje al acto habrá habido angustia” (p. 233).

Paralelamente “(...) la fuerza que se pone en juego en el pasaje al acto toma su potencia de la angustia, que puede empujar a un sujeto a buscar el fin de su vida biológica” (Muñoz, 2009, p. 123). Y esto no es todo lo que esta respuesta real toma de este afecto sino que también “(...) le roba a la angustia su certeza pero la dirección que le imprime es descontrolada, imprevisible, incalculable” (Muñoz, 2009, p. 123).

En cuanto a las características del pasaje al acto, éste posee un aspecto resolutivo que “(...) vale para la angustia, apunta a resolver-salir de la situación causante de angustia pasando a lo real” (Muñoz, 2009, p. 237). Aunque “el tratamiento por lo real resuelve la dificultad, situación o estado mortificante y angustioso por la vía de la abrupta exclusión del sujeto de la escena que lo sostenía y la correlativa destitución del Otro” (Muñoz, 2009, p. 241).

También posee un rasgo de impulsividad que se manifiesta bajo la forma de “(...) la ruptura repentina de la continuidad, no sólo en la conducta sino también en la subjetividad. Consiste en un cambio en la temporalidad del sujeto, algo del orden de una urgencia que sobreviene, se impone y precipita como acción” (Muñoz, 2009, p. 232). Es así que “(...) el tiempo del pasaje al acto corresponde a ‘la urgencia del momento de concluir’” (Muñoz, 2009, p. 97)

Una tercera característica es la relación que establece quien realiza un pasaje al acto con el saber. Podemos decir que “en el pasaje al acto es un no querer saber nada en absoluto, sin concesión” (Muñoz, 2009, p. 126).

Y la característica anterior podría relacionarse con una cuarta característica que consiste en “(...) su dimensión de quiebre o ruptura con el Otro” (P. Muñoz, 2009, p. 127). Ya que para Muñoz (2009):

en el pasaje al acto se trata de desentenderse del Otro, dejarse caer del Otro. En los usos objetivo y subjetivo del genitivo: hay caída del sujeto del campo del Otro y caída del Otro, su barradura. El sujeto destituye al Otro, pero pagando con su identificación al objeto, vale decir destituyéndose a sí mismo. (p. 198-199)

Desde los párrafos en los que definí que es el pasaje al acto hasta los párrafos que hacen referencia a sus características mencioné su estructura. Pero es sumamente importante hacer alusión, con más detalle, a la misma. Lo haré a continuación.

Podemos afirmar que su estructura guarda una relación con la estructura del fantasma. Ya que “en el Seminario 10 Lacan liga el pasaje al acto con la noción de sujeto vía la estructura del fantasma (...)” (Muñoz, 2009, p. 133). Y debido a que en él sucede una “(...) reducción súbita, veloz, del sujeto a lo que es como  $a$  (...) leída por Lacan como brusca barradura del sujeto en el fantasma, como si en el sujeto fuera reforzada su tachadura:  $(\$ \diamond a) \rightarrow (\diamond a)$ ” (Muñoz, 2009, p. 137). Esto implica un *dejar caer*, del lado del sujeto. Que en la fórmula del fantasma, en el pasaje al acto, aparece borrado al máximo por la barra (como se citó en Muñoz, 2009, p. 137). Muñoz (2009) indica que “semejante caída de toda su determinación simbólica, de todo lo que tiene de histórico, deja confrontado al sujeto al otro termino del fantasma, a lo que él es como puro  $a$ ” (p. 137). Además Muñoz (2009) haciendo alusión a una expresión que Lacan utiliza: *laissez tomber*, señala “(...) el dejar caer del Otro, como momento primero, anterior lógicamente al dejarse caer propio del sujeto vuelto  $a$ ” (p. 215)

A su vez el pasaje al acto involucra una “(...) ruptura de la escena del fantasma, un salto al vacío por la ventana fantasmática a través de la cual el sujeto hasta ese instante concebía el mundo” (Muñoz, 2009, p. 138).

Una vez delimitada la estructura es necesario mencionar cuales son las condiciones del pasaje al acto. El mismo tiene dos condiciones: el embarazo y la emoción.

Lacan afirma que el embarazo implica un no saber qué hacer con uno mismo que lleva a buscar parapeto, es la experiencia de la barra (como se citó en Muñoz, 2009, p. 140). Muñoz (2009) afirma que “una situación embarazosa es estar ‘em-barrado’, enlodado... en la barra, barrado, puestos como sujetos bajo la barra es una dimensión intensa de la división subjetiva (...)” (p. 140). Y esta división, en este caso, es “(...) como una división contra sí mismo. Pues no encuentra tras qué parapetarse (...)” (Muñoz, 2009, p. 140). Situación que puede relacionarse con un “(...) sujeto a punto de caer, desfallecer” (Muñoz, 2009, p. 140).

Entonces como lo habíamos adelantado esta es la primera condición del pasaje al acto. Así lo señala Muñoz (2009) cuando afirma que “(...) la situación de embarazo es un momento pre-pasaje al acto (...)” (p. 140).

La segunda condición es la emoción que puede definirse como “(...) un estado de agitación de la motilidad que no se sabe hacia dónde va. Irrumpe y conmueve al sujeto, que se encuentra en un estado de invasión, sujeto invadido por la pulsión. No sabe adónde va pero gobierna sus acciones” (Muñoz, 2009, p. 141).

De esta manera “embarazo y emoción determinan entonces el pasaje al acto como una abrupta salida de la escena (...)” (Muñoz, 2009, p. 141).

Por último, Muñoz (2009) afirma que:

la propuesta de Lacan resalta que en el paso de embarazo y emoción a pasaje al acto hay un quebranto; en los primeros el sujeto aún se mantiene en su dimensión simbólica, en el segundo hay desaparición de la dimensión subjetiva –expresada en esa barradura extrema del sujeto- y queda confrontado a lo que es como objeto, real. (p. 142)

A continuación haré referencia a los intentos de suicidio por pasaje al acto.

En primer lugar es importante señalar que no todos los pasajes al acto son suicidas. Y a partir de ésta aclaración caracterizar a aquellos que sí lo son.

Muñoz (2009) refiere que “el pasaje al acto suicida realiza el rechazo del sujeto desentendiéndose de la escena” (p. 141). Y que Lacan explica esta situación a partir de la identificación absoluta del sujeto con el  $a$  al que se reduce (como se citó en Muñoz, 2009, p. 141). Muñoz (2009) agrega que “(...) lo real del objeto se encarna” (p. 141).

A su vez Muñoz (2009) añade que:

en el intento suicida hay un no querer decir. Freud demuestra que lo que se rechaza decir pasa al acto. Por lo tanto, el suicidio es un rechazo de saber y una puesta de lado del Otro. El sujeto identificado al *a*, ya no es representado por un significante para otro significante, está excluido del lugar del Otro. (p. 145).

Para finalizar este apartado mencionaré la diferencia entre un pasaje al acto y un acto.

Muñoz (2009) señala que el Acto implica un cambio en la posición del sujeto. Refiere que Lacan indica que inaugura un antes y un después, el sujeto no es el mismo. Y distingue que el pasaje al acto no implica un cambio en la posición del sujeto, ni en su posición respecto a su deseo, más bien se aleja de él, no se apropia de él. Entonces podríamos decir que ésta es la diferencia entre acto y pasaje al acto, tomando como ejes la posición subjetiva y el deseo.

En este nuevo apartado definiré que es el acting out y cuáles son sus características.

Según Muñoz (2009) es un tipo de acción que presenta tres características: es inmotivada, es una acción o situación repetida y se presenta enmarcada en una escena. Y es una acción que rompe con los patrones de conducta establecidos. A su vez es “(...) una transferencia pues es una conducta que se da a descifrar a otro, que se da a oír a otro que se ha vuelto sordo (...)” (Muñoz, 2009, p. 158). Muñoz (2009) agregará que Lacan afirma que es algo en la conducta que se muestra y que todo acting out tiene un acento demostrativo (como se citó en Muñoz, 2009, p. 158).

A partir de estas definiciones cabe preguntarnos qué es lo que se muestra en un acting out.

Muñoz (2009) responde que se muestra “(...) un deseo desconocido, más aún (...) la causa de ese deseo, del objeto que opera en tanto caído de la cadena significante y que causa el deseo precisamente por estar excluido de la articulación significante” (p. 161). Y aclara que “(...) para Lacan (...) es una mostración velada, velada porque el



objeto *a* no es especularizable, entonces solo puede ser mostrado en el acting out de modo lateral, sesgado” (Muñoz, 2009, p. 158).

Con respecto a las características del acting out, la principal es su carácter de exhibición que “(...) exalta su orientación, su disposición hacia Otro, al que se le muestra su causa” (Muñoz, 2009, p. 158).

En cuanto a la estructura del acting out podemos decir, haciendo referencia al fantasma, que en él “(...) el golpe de barradura se produce a nivel del *a*, por lo que el sujeto –elemento simbólico que como tal permanentemente se desplaza- queda sin el anclaje, el soporte real que es el objeto:  $(\$ \diamond a) \rightarrow (\$ \diamond )$ ” (Muñoz, 2009, p. 158). Pero esta no es la única consecuencia de la mencionada barradura, sino que también al no poder cumplir el objeto “(...) su función de causa de deseo, el sujeto se ve llevado a realizar este tipo de escenificaciones, mostrando ese objeto –habitualmente excluido de la escena- por medio de esas acciones extrañas, inesperadas, sentidas como ajenas, que constituyen el acting out” (P. Muñoz, 2009, p. 159). REVISAR

Una vez definida la estructura del acting out es importante mencionar cuáles son sus condiciones. Las mismas son: el impedimento y la turbación.

Muñoz (2009) señala que el impedimento implica el enlentecimiento de la acción debido a la reducción del movimiento. Indica que “(...) en el acting out el sujeto está tan impedido que no puede demandar ayuda para no arriesgar la imagen narcisista, se trata de preservar una imagen, de preservar al yo de verse despreciado ante la mirada de los otros” (P. Muñoz, 2009, p. 162).

La otra condición del acting out es “(...) la turbación (émoi), punto de máximo movimiento (...)” (Muñoz, 2009, p. 162). Muñoz (2009) señala que “se trata de un punto de desestabilización importante ligada a una pérdida de potencia sorpresiva como respuesta a la angustia. El turbado hace, hay acción pero desorientada (...)” (162-163). Ya que el sujeto, en este estado, “está al borde del desmayo, un estado de perplejidad como cuando se deja de contar con un recurso de un instante a otro” (Muñoz, 2009, p. 163). Debido a todo esto es que la turbación es “(...) un estado pre-acting out (...)” (Muñoz, 2009, p. 163).

Por último, haré referencia a los intentos de suicidio por acting out.

Blanco (s.f.) se pregunta que lleva a que un acting out tome la forma de un intento de suicidio. Y para responder esta cuestión parte de lo señalado por Lacan cuando “(...) propone que lo primero que se ofrece para poner a prueba el deseo del Otro, es la dimensión de la propia falta, que a modo de advertencia (...) articula como ‘puedes perderme’” (Blanco, s.f., p. 1166). En relación a esto Blanco (s.f.) señala que:

este “fantasma de la propia muerte”, es fundamental a la hora de leer los intentos de suicidio como acting out, en tanto lo que se escenifica ante el Otro en estos casos es la desaparición propia. Con ella, el sujeto constata qué lugar ocupa en este deseo del Otro. (p. 1166)

Finalmente después de definir y caracterizar al pasaje al acto y al acting out considero oportuno establecer las diferencias que pueden encontrarse entre ambos tipos de acciones.

Podemos partir de lo señalado por Muñoz (2009) que toma la propuesta de Lacan en el Seminario 10 de distinguirlas a partir de la conexión entre  $A$  y  $a$  que se establece tanto en el pasaje al acto como en al acting out.

En primer lugar afirma que Lacan “(...) define el acting out como la mostración del objeto al Otro (...)” (Muñoz, 2009, p. 165). Y agrega que “Lacan advierte que el acting out implica una relación entre  $a$  y  $A$  que mantiene todavía al sujeto en un lazo” (Muñoz, 2009, p. 166).

Por el contrario, el pasaje al acto “(...) consiste en un movimiento que vehiculiza la angustia en tanto el sujeto identificado al  $a$  se deja caer del Otro (...)” (Muñoz, 2009, p. 166). A diferencia de lo que sucede en el acting out en el que “(...) el sujeto lucha por recuperar su posición subjetiva en la dimensión del Otro, mostrándole el  $a$  en una escena” (Muñoz, 2009, p. 166).

Muñoz (2009) añade que:

se trata de dos posiciones subjetivas contrapuestas en relación con el objeto y el  $A$  en el fantasma. El acting out es la aparición del  $a$  en la escena del Otro, con sus efectos de perturbación y desorganización; el pasaje al acto es el sujeto con el objeto fuera de la escena. (p. 166)

En relación al objeto *a*, afirma Muñoz (2009) que el pasaje al acto muestra su cara real y el acting out lo muestra en una escena que opera como un velamiento imaginario de su dimensión real.

Por otro lado, podemos establecer una diferencia entre pasaje al acto y acting out tomando como ejes la escena y el mundo.

Con respecto a este punto Muñoz (2009) señala que “(...) el acting out es una entrada intempestiva en la escena de algo del mundo (...) y el pasaje al acto es una salida impulsiva de la escena al mundo” (p. 166). Agrega que “si en el acting out lo real del mundo es puesto en una escena de acuerdo con las leyes del significante (...) en el pasaje al acto se trata de la caída desde la escena a lo real del mundo” (Muñoz, 2009, p. 166-167).

Otro eje que podemos considerar para establecer una diferencia es el tiempo.

En relación a este eje podemos afirmar que la presentación clínica del acting out “(...) supone un sostenimiento, una duración en el transcurso de determinado lapso, mientras que en el pasaje al acto se trata no de la perduración de una escena sino de su ruptura, se presenta entonces como algo abrupto, veloz y drástico” (Muñoz, 2009, p. 194).

Un quinto eje que podemos contemplar es la relación del pasaje al acto y el acting out con el fantasma.

Según Muñoz (2009) el pasaje al acto es un atravesamiento del fantasma. Realizado de manera salvaje, ya que no dice nada de éste. A diferencia del acting out en el que no hay un atravesamiento sino que el sujeto se encuentra fuertemente instalado en el fantasma.

Por último, para establecer otra diferencia entre los tipos de acción mencionados consideraremos dos ejes más, que son: la mostración y la realización.

Muñoz (2009) refiere que cuando Lacan define al acting out como mostración acentúa el elemento escópico que le es propio, el registro imaginario involucrado. Porque para convocar la mirada se precisa poner un objeto en una escena.

Con respecto al pasaje al acto Muñoz (2009) afirma que “se trata de realización: de tratar lo real por lo real (p. 241). Agrega que “(...) se lo trata por medio de su exclusión radical de la escena, pasándolo a lo real del mundo” (Muñoz, 2009, p. 241).

## **Capítulo 4: La intervención psicoanalítica, el deseo del analista y la transferencia**

En este capítulo desarrollaré que es la intervención psicoanalítica, el deseo del analista y la transferencia.

### **La intervención analítica**

Rubistein (2012a) señala que “no se considera como analítico un enunciado o una intervención predeterminada sino que lo analítico será relativo a la posición que ocupe el analista en la transferencia, y a los efectos de ‘transmutación interna’ que la misma produzca” (p. 47). Agrega que “es desde el lugar que el analista está llamado a encarnar que sus intervenciones valen, tomando lugar en un discurso. No importan tanto los enunciados como el lugar desde el cual se pronuncian” (Rubistein, 2009, p. 5).

Esta posición que ocupa el analista, este lugar que está llamado a encarnar según Rubistein tienen que ver con el deseo del analista. Es desde éste, desde el deseo del analista, que el psicoanalista va a poder escuchar de una manera particular e intervenir de una manera particular. Una manera propia del psicoanálisis.

Ahora cabe preguntarnos: ¿qué es el deseo del analista?

### **El deseo del analista**

Se podría concebir a éste deseo como “(...) una función esencial” (Lacan, 2010, p. 243). Además Lacan (2003a) afirma que “(...) es el deseo del analista el que en último término opera en el psicoanálisis” (p. 833). Entonces es una función esencial que opera en una cura psicoanalítica.

A su vez se vincula con el deseo del paciente, y la afirmación de este vínculo se encuentra detrás del amor de transferencia (Lacan, 2010).

En cuanto a su origen, el deseo del analista emerge del propio análisis como lo señala Lacan (2010) cuando afirma que “(...) el análisis didáctico no puede servir para otra cosa como no sea llevarlo a ese punto que en mí álgebra designo como el deseo del analista (p.18).

Por último, Rubistein (2009) especifica el lugar de esta función, como denomina Lacan al deseo del analista, en una cura psicoanalítica cuando afirma que: el analista se orienta por el deseo del analista, que toma como punto de partida la singularidad de las soluciones subjetivas con las que cada sujeto ha respondido al encuentro con lo real del goce y de la castración y, sin ideal previo, siguiendo de cerca las posiciones subjetivas del enfermo, aprovechando el potencial de cada sujeto, operando desde el lugar de semblante de “objeto a” y haciendo valer su versatilidad, articulando la falta en el lugar del Otro y operando con el vacío, se manifiesta en la interpretación y se localiza en el acto analítico, para conmover las fijaciones libidinales, y contribuir a crear las condiciones de un arreglo menos sufriente con el goce, un saber-hacer. (p. 3)

Por último, en párrafos anteriores cito una definición de lo que se considera analítico según Rubistein. Y en la misma se menciona un concepto que es importante definir. Este concepto es la transferencia.

### **La transferencia**

Con respecto a este concepto Harari (s.f.) afirma que Lacan en su Seminario 11 destaca que “la transferencia no es creada en su totalidad por la situación analítica. Más bien, es necesario que estén dadas ciertas posibilidades para que ésta se despliegue en el análisis” (párr. 3). Quizás por esto los pacientes no concurren a cualquier analista para iniciar un análisis. También destaca que “la transferencia incluye al analista y al analizante, pero supone una disparidad entre uno y otro. En otras palabras, la relación entre ambos se conjuga en un plano no simétrico y no recíproco” (Harari, s.f., párr. 4). A su vez destaca que “La transferencia no es repetición. No obstante la transferencia conduce a ella” (Harari, s.f., párr. 5). Y que “el deseo es el pivote en el cual se estructura la transferencia” (Harari, s.f., párr. 7). Por último, Theodoridis (2018) señala que en la transferencia el analizado transfiere el conocimiento al analista, él supone que el Otro sabe y podrá responderle con un S2 que le daría sentido a su enigmático S1. 3

Por otro lado, Lacan (2010) señala que “(...) la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (p. 152). Pero “(...) en tanto ella es sexualidad” (Lacan, 2010, p.181). Agrega que “la transferencia es un fenómeno esencial, ligado al deseo como fenómeno nodal del ser humano (...)” (Lacan, 2010, p. 239).

3 The analysand transfers knowledge to the analyst, he supposes that the Other know and will be able to answer him by an S2 which would give meaning to his enigmatic S1.

Pero ¿qué es necesario para que se establezca la transferencia en un análisis? Lacan (2010) indica que “en cuanto hay, en algún lugar, el sujeto que se supone saber (...) hay transferencia” (p. 240). Añade que “cada vez que esta función pueda ser encarnada para el sujeto por quienquiera que fuese, analista o no, de la definición que acabo de darles se desprende que la transferencia queda desde entonces ya fundada” (Lacan, 2010, p. 241). Y esto tiene una relación relevante con lo afirmado por Lacan, que la transferencia está ligada al deseo. Ya que “en la medida en que se supone que el analista sabe, se supone también que irá al encuentro del deseo inconsciente” (Lacan, 2010, p. 243). Y se le supone saber al analista “(...) por el mero hecho de ser sujeto del deseo” (Lacan, 2010, p. 261).

En cuanto al efecto que tiene esta puesta en acto en la dirección de la cura consiste en que “(...) la transferencia estructura todas las relaciones particulares con ese otro que es el analista (...)” (Lacan, 2010, p. 130). Otro efecto de la transferencia “(...) es el amor. Es evidente que, como todo amor sólo se ubica, como indica Freud, en el campo del narcisismo. Amar es, esencialmente, querer ser amado” (Lacan, 2010, p. 261). Por último, en relación a esto Lacan (2010) aclara que la:

(...) transferencia no es, por naturaleza, la sombra de algo vivido antes. Por el contrario, en tanto está sujeto al deseo del analista, el sujeto desea engañarlo acerca de esa sujeción haciéndose amar por él, proponiendo motu proprio esa falsedad esencial que es el amor. El efecto de transferencia es ese efecto de engaño que se repite en el aquí y ahora. (p. 261)

## Capítulo 5: Los Efectos Terapéuticos

En este último capítulo del marco teórico, es preciso desarrollar como son concebidos los efectos terapéuticos en el psicoanálisis de orientación lacaniana para evitar su confusión con los efectos terapéuticos tal y como se los conoce en relación a una medicación, un tratamiento, una técnica en el ámbito de la medicina.

Podemos partir de la afirmación de Guilañá (2006) de que encontrarse con un analista produce efectos. Podemos preguntarnos: ¿qué tipo de efectos?, ¿cuáles son sus características? y ¿cuál es la lógica de su producción? Seguramente estas preguntas podrán ser contestadas de acuerdo a cada caso. Pero a pesar de esto es posible hacer referencia a algunas características generales de los efectos terapéuticos en psicoanálisis.

Comencemos por definir que es un efecto terapéutico. D'Angelo (2006) hace referencia a los efectos terapéuticos rápidos como aquellos relacionados con la reducción del goce que se presenta en el síntoma del sujeto. A partir de este concepto se hace necesario definir que es el goce en psicoanálisis.

Naparstek (2016) afirma que Lacan “(...) llama goce a una idea freudiana que, finalmente, va a estar ligada a lo que, en Freud, es la pulsión de muerte” (párr. 7). A su vez señala tomando lo dicho por Lacan que “(...) el lugar del goce es el cuerpo” (Naparstek, 2016, párr. 20). Que “el goce es la relación del ser parlante con su cuerpo” (Naparstek, 2016, párr. 20). Y que “la idea de Lacan es que el goce es la consecuencia del encuentro entre el significante y un cuerpo (...)” (Naparstek, 2016, párr. 20).

Por otro lado, Miller señala que el efecto terapéutico es colocar al sujeto en la medida de poder soportar lo real (como se citó en Pérez, 2005, p. 2). Rubistein (2012b) agregará que:

el reposicionamiento del sujeto no será independiente de la orientación de la cura y de la posibilidad de hacer operar esa castración real en su interior, dando lugar a la caída de la fijeza de algunos significantes amo y a modificaciones en la relación del sujeto con su goce y con su deseo. (p. 82).



Cabe destacar que en ninguna de estas dos definiciones se menciona la intención, la búsqueda de sanar al paciente.

Con respecto a esto Lacan (2003b) señaló que Freud indicó a los analistas que deberían examinar en su experiencia el influjo del furor curandis. Y que si el analista admite “(...) el sanar como beneficio por añadidura de la cura psicoanalítica, se defiende de todo abuso del deseo de sanar (...)” (Lacan, 2003b, p. 312). En relación a esto Iuale y Bachmann (2012) afirman que:

para Lacan es preciso ubicar los criterios terapéuticos del psicoanálisis, sin perder de vista la orientación freudiana: para Freud la posición ética que soporta el lugar que el analista toma en la cura, implica la exclusión del deseo de sanar en términos de furor curandis, es decir, que el analista se extravía si su persona está solamente interesada en producir la desaparición de lo disruptivo. (p. 117)

Y evitar esto es importante debido a que “el psicoanálisis no cura al modo de la medicina, pero produce efectos” (Rubistein, 2012b, p. 81). Y alguno de esos efectos que produce son “terapéuticos”.

Pero ¿qué se considera terapéutico desde el psicoanálisis lacaniano?

Rubistein (2012b) señala que “lo terapéutico para el psicoanálisis pasa por hacer posible una reducción del sufrimiento sabiendo de lo imposible de su eliminación” (p. 78). Y aclara que “la cura psicoanalítica no es curación porque hay un incurable” (Rubistein, 2012b, p. 78). Agregaré que:

lo incurable late en el seno de la cura psicoanalítica, por eso no es una terapia. Lo incurable es la pérdida de goce propia del ser hablante, un agujero en lo real, castración real, imposibilidad de escribir la relación sexual, efecto del lenguaje que empuja a la repetición en busca de la recuperación de algo del goce perdido. Esa castración va en una doble dirección: no hay goce todo para el sujeto y el Otro está castrado, afectado por una falta. (Rubistein, 2012b, p. 81).

A su vez Rubistein (2012b) indica que las estructuras clínicas son soluciones al encuentro con lo real de la castración y del goce. Y que “la angustia y el síntoma son estructurales” (Rubistein, 2012b, p. 78). Es decir que aquello que para otros discursos

aparece como algo sobre lo que hay que intervenir para eliminar en pos de restaurar un estado anterior de salud, el psicoanálisis lo concibe como una “solución” del sujeto frente al encuentro con lo real. Una solución que aunque implique en ocasiones una mortificación cumple una función importante para el paciente. De esta manera “no se trata, entonces de recuperar un bienestar perdido porque eso no es más que un mito. No hay adaptación, no hay armonía natural, todo arreglo con el goce es sintomático y, por ende, tiene un resto” (Rubistein, 2012b, p. 79).

También es relevante agregar que en relación a lo incurable Rubistein (2012b) afirma que “(...) confrontarse con un real no es hacer su apología” (p. 79). Y que “la responsabilidad del analista es contribuir a su reducción” (Rubistein, 2012b, p. 79). Esto se encuentra en consonancia con lo señalado por Lacan acerca de aunque los efectos beneficiosos de un análisis sean breves, son un respiro para el sujeto y que esto es mejor que no hacer nada (como se citó en Rubistein, 2012b, p. 79).

Por otro lado, es importante indicar que la vía por la que se produce la reducción del sufrimiento mencionada es una vía particular como lo refiere al decir que “lo terapéutico del psicoanálisis es efecto entonces de esa operación sobre el goce producida por la vía de la palabra que ‘resitúa a la gente en su deseo’ (...)” (Rubistein, 2012b, p. 80). Agrega que “lo terapéutico en psicoanálisis no se produce como consecuencia del ‘querer curar’ (...) sino como efecto de un trabajo subjetivo que tiene como correlato el deseo del analista y su peculiar modo de intervención, de operar sobre la economía libidinal” (Rubistein, 2012b, p. 80).

Entonces lo terapéutico tienen relación con aquello que dice y hace el psicoanalista, desde el deseo del analista. E implica la puesta en juego de la posición, del deseo, del goce, de la economía libidinal del paciente. Se podría agregar lo afirmado por Iuale y Bachmann (2012) sobre que las “particularidades de la demanda, posición respecto al deseo, modalidad de goce, transferencia y deseo del analista constituyen puntos de pivote sin los cuales es imposible delimitar lo propio de los efectos terapéuticos en psicoanálisis” (p. 118).

Con respecto a lo que dice y hace el analista:

(...) puede pensarse que la acción analítica implica operar sobre los recursos del sujeto para enfrentarse a lo real del trauma, a lo imposible de curar para encontrar una solución menos sufriente. Se trata

de apuntar a un cambio en la posición del sujeto, en sus modalidades de defensa y en su arreglo singular con las condiciones de su goce (Rubistein, 2012b, p. 81).

Una vez definido que es lo terapéutico para el psicoanálisis es necesario ampliar la postura de Lacan sobre este tema.

En primer lugar ya fue citada la postura de Lacan acerca del sanar como beneficio por añadidura en una cura psicoanalítica. Pero es importante mencionar su insistencia “(...) en no reducir el psicoanálisis a una psicoterapia (...)” (Rubistein, 2012b, p. 79). Con respecto a estas afirmaciones Rubistein (2012b) dirá que dieron lugar, incluso entre los analistas, a sostener que el psicoanálisis no curaba. Y agrega que Lacan se ocupó de este malentendido en el Seminario 10 aseverando que la justificación y el deber de los analistas son el de mejorar la posición del sujeto (como se citó en Rubistein, 2012b, p. 80).

Por último, para Lacan el éxito terapéutico radica en lograr la modificación del nudo libidinal (como se citó en Iuale y Bachmann, 2012, p. 118). Sobre este concepto Iuale y Bachmann señalan que Lacan se refiere a deseos que se entraman con la pulsión, que no están sueltos (como se citó en Iuale y Bachmann, 2012, p. 118). A este entramado nombran nudo libidinal (Iuale y Bachmann, 2012, p. 118).

Ahora bien, cabe cuestionarnos ¿cómo se logra modificar el nudo libidinal?

Iuale y Bachmann (2012) responden a esta pregunta cuando afirman acerca de los efectos terapéuticos que:

su variabilidad en cuanto a los modos de presentación por más amplia que sea, se reducen a un núcleo central, al nudo que se establece entre analizante y analista. De este anudamiento surge la posibilidad de modificar el nudo libidinal. (p. 120)

## Metodología

### Nivel y tipo de investigación

El nivel de la presente investigación fue descriptivo y explicativo, ya que expliqué la lógica de producción de los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica, a partir del conocimiento de sus características en cada uno de los casos.

El enfoque que utilicé fue cualitativo, ya que no busqué medir, cuantificar, los datos que obtuve por medio de los instrumentos de recolección escogidos (que no se encontraban estandarizados); sino que a partir de los mismos, los datos, busqué dar cuenta de un fenómeno de índole subjetiva y de su lógica de producción. A su vez el proceso de investigación no presentó etapas correlativas u ordenadas de una manera rígida, sino que éstas etapas (inmersión en el campo, recolección de datos, análisis de datos, etc.) se superpusieron.

### Diseño de investigación

El Diseño de investigación que utilicé fue el de casos múltiples entrelazados, en el cual analicé cada caso de manera individual en una primera instancia y en una segunda instancia procedí a analizar las similitudes y diferencias entre ellos. Cabe aclarar que los casos fueron construidos y analizados según lo propuesto y realizado por Rubistein et al. en su investigación acerca de los efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en el ámbito institucional.

### Conceptos centrales

**Padecimiento subjetivo:** Di Pinto (2016) señala que “(...) el padecimiento psíquico se manifiesta de manera privilegiada ante tres cuestiones que son: el amor, el sexo y la muerte, ya que es allí donde el sujeto se ve confrontado a lo real. El amor, el sexo y la muerte actualizan la castración, en tanto no hay una respuesta predeterminada que el sujeto pueda dar, y es allí donde se ve compelido a tomar la palabra” (párr. 8). De estas afirmaciones podríamos inferir que el padecimiento subjetivo es una manifestación psíquica frente a lo real, la castración, frente a aquello ante lo cual no hay una respuesta predeterminada.

**Intervención analítica:** Rubistein (2012a) señala que “no se considera como analítico un enunciado o una intervención predeterminada sino que lo analítico será relativo a la posición que ocupe el analista en la transferencia, y a los efectos de “transmutación interna” que la misma produzca (p. 47).

**Efectos terapéuticos:** Miller señala que el efecto terapéutico es colocar al sujeto en la medida de poder soportar lo real (como se citó en Pérez, 2005, p. 2).

**Intento de suicidio:** Respuesta ante la angustia que implicó que quien la llevó a cabo montó una escenificación de su propia muerte dirigida al Otro o que implicó la posibilidad de que terminara con su propia vida biológica.

### **Participantes**

Utilicé una muestra de expertos conformada por dos participantes practicantes del psicoanálisis que asisten a los pacientes que son llevados al servicio de psiquiatría y psicología del Hospital San Bernardo, de Salta Capital, a raíz de un intento de suicidio.

### **Contexto y periodo**

Los casos aportados por las practicantes del psicoanálisis que participaron de la investigación, recibieron tratamiento en el contexto del Hospital San Bernardo, ubicado en la Capital de la Provincia de Salta, en el año 2019. Es importante mencionar que los pacientes con intento de suicidio son derivados a ésta institución hospitalaria. Algunos de ellos son trasladados hasta el nosocomio por ambulancias del SAMEC y otros son transportados por personas allegadas. Una vez que los pacientes se encuentran en las instalaciones del hospital se da aviso a las practicantes del psicoanálisis que pertenecen al servicio de psiquiatría y psicología. Se realizan entrevistas y se evalúa si es necesario solicitar una internación. Posteriormente algunos pacientes prosiguen un tratamiento en la institución.

Por otro lado, debemos resaltar que estos casos derivados al hospital son urgencias subjetivas.

En relación a éstas Seldes (2008) afirma que: “la urgencia subjetiva es, como el trauma, lo que agujerea el funcionamiento, es el agujero que contacta con lo real” (párr. 5).

### **Técnica de Recolección de Datos**

Los instrumentos que utilicé fueron la entrevista semiestructurada realizada en modalidad online, por medio de herramientas tecnológicas y la construcción de casos desde el psicoanálisis lacaniano.

Por otro lado, la entrevista contó con una guía de temáticas relevantes que fueron propuestas para ser tratadas, aunque con un orden flexible, y estuvo abierta a la recolección de datos que no fueron contemplados inicialmente pero que fueron importantes para la investigación. Anexo la guía mencionada en el apartado Apéndice.

Y con respecto al uso que hice de la construcción de casos desde el psicoanálisis lacaniano el mismo se fundamentó en los principios que señalaré a continuación, teniendo en cuenta las características inherentes a este instrumento.

### **La construcción de casos en el psicoanálisis lacaniano**

Rubistein (2012a) señala que “(...) la construcción del caso se ordena con los mismos principios que rigen la práctica y que atraviesan el relato para su transmisión” (p. 36). Agrega que “el ordenamiento que se hace en la construcción escrita no está desgajado del modo en que se dirige la cura” (Rubistein, 2012a, p. 36). Es decir que aquellos principios que se contemplan en la dirección de la cura, son los mismos que se deberán contemplar para construir un caso, independientemente del uso que se hará del mismo. A su vez debemos tener en cuenta lo propuesto por Berenguer que señala que:

las neurosis, las psicosis y las perversiones son construcciones, son modos de respuesta del sujeto frente al encuentro con lo real. Y la construcción hecha por el analista para la transmisión o la investigación no puede sino seguir las líneas de la construcción del sujeto, orientarse por lo real (como se citó en Rubistein, 2012a, p. 37).

De esta manera para construir un caso debemos orientarnos por lo real, por aquello que el paciente construye para confrontarlo. Como lo señala Rubistein (2012a)

cuando afirma que “se trata de construir el caso siguiendo las construcciones propias del sujeto, buscando el modo en que cada uno ha construido sus respuestas frente al encuentro con lo real” (p. 40). Y agrega que este modo “hay que leerlo en los dichos, en los síntomas, en las construcciones fantasmáticas con las que el sujeto ha respondido al encuentro con lo real” (Rubistein, 2012a, p. 40).

Cabe destacar que esta orientación por lo real corresponde a la segunda enseñanza de Lacan en la cual “(...) se pone el acento en reconocer en lo real del nudo un modo de funcionamiento del sujeto frente al encuentro con lo real e intentar nombrarlo” (Rubistein, 2012a, p. 42).

En relación a esto Rubistein (2012a) afirma que en la construcción de casos “(...) lo que hacemos es poner palabras que nombran algo de este real, sabiendo que siempre va a haber un agujero entre lo simbólico y lo real que nombra” (p. 43). A su vez Berenguer afirma que Lacan utiliza la teoría para nombrar (como se citó en Rubistein, 2012a, p. 43). “Y esto es lo que está presente en nuestro uso de la teoría para construir casos, en definitiva lo que hacemos es poner palabras que nombran algo de este real (...)” (Rubistein, 2012a, p.43). Es más podemos decir que “(...) la construcción del relato del caso no es independiente de las articulaciones teóricas que orientan al analista. Son los conceptos mismos los que van a ordenar la presentación” (Rubistein, 2012a, p. 42). También “la teoría contribuye a ordenar el relato de un modo que permita cernir las soluciones particulares y singulares del sujeto” (Rubistein, 2012a, p. 42).

De esta manera “la construcción del caso se inscribe entonces en conceptos generales, pero no puede perder lo singular. Puede decirse que hay siempre una tensión inevitable entre las particularidades del caso y las regularidades de la estructura” (Rubistein, 2012a, p.43).

Por otro lado, debemos especificar que consideraciones es necesario realizar cuando los casos son utilizados en el marco de una investigación, ya que ese será el uso que hare de los mismos en esta ocasión.

Con respecto a esto, es importante destacar que “el caso en la investigación requerirá responder al problema que se quiera estudiar” (Rubistein, 2012a, p. 40). Y el objetivo planteado “(...) dará al caso un sesgo particular, acentuará algunos de sus detalles, omitirá otros” (Rubistein, 2012a, p. 40). También los objetivos influirán en

“(...) la elección del caso o de los casos que formarán parte de la investigación” (Rubistein, 2012a, p. 42).

En cuanto a los casos escogidos para la realización de mi investigación, los mismos no corresponderán a pacientes asistidos por mí. Sino que al igual que lo hizo Rubistein (2012c) trabajaré “(...) a partir de casos relatados por el analista que realizó la intervención (...)” (p. 28).

Con respecto al trabajo con los datos recolectados, primeramente seguiré la consideración realizada por Azaretto de que hay que diferenciar entre el material clínico en bruto y el caso que implica recortes según lo que quiera destacarse (como se citó en Rubistein, 2012c, p. 26).

Por otro lado, es importante aclarar que el recorte no lo realizaré de manera arbitraria sobre el material clínico, ya que éste “(...) está afectado por los conceptos teóricos que ordenan la investigación (...)” (Rubistein, 2012c, p. 26).

Sobre la utilidad de la construcción de casos Rubistein (2012c) afirma que “(...) el armado del caso permite poner de relieve ciertas líneas lógicas para su lectura (...)” (p. 26). Aunque hay que tener en cuenta que esto “(...) no es independiente del analista que lo relata y de las condiciones transferenciales en las que se produce” (Rubistein, 2012c, p. 26). Ya que como lo señala “no hay construcción fuera de transferencia, es decir, que el recorte del caso seguramente dará cuenta de cómo los dichos del sujeto, está en relación a lo que ha sido la posición del analista, y sus intervenciones” (Rubistein, 2012a, p.45).

Podemos agregar sobre las utilidad de la construcción de casos, que el mismo “(...) pone de relieve una estructura lógica que deja ver el lugar que el sujeto ha tomado, las determinaciones que lo movieron, los traumas con los que se enfrentó, las respuestas halladas y sus fracasos” (Rubistein, 2012c, p. 26).

A su vez en esta estructura lógica ubicaré un tiempo 1 en el cual buscaré especificar “(...) las condiciones del padecimiento subjetivo (...) tanto en su formulación explícita como en la enunciación que se desprende de la lectura del material” (Rubistein, 2012c, p. 28). A continuación ubicaré un tiempo 2 “(...) que puede ser un ciclo en un tratamiento en curso o una conclusión del tratamiento, en el que se ubicaron los efectos terapéuticos producidos” (Rubistein, 2012c, p. 28).



Por otro lado, un aspecto importante en relación a la construcción de casos es el tema de la objetividad y la subjetividad. Sobre esto Rubistein (2012a) señala que:

decir que la construcción no es objetiva es decir que no se trata de tomar datos sobre un objeto estudiado por un observador neutro. Se trata de que sea la subjetividad del paciente la que está en juego, de ubicar su posición en el relato. (p.46)

Entonces “(...) se trata de una lectura que toma como base el decir del analizante, manteniendo la fidelidad al texto y a la subjetividad del paciente” (Rubistein, 2012a, p.46).

Por otro lado, hicimos referencia a que el caso tiene una estructura, en el encontramos líneas lógicas, una lógica subjetiva. Es decir que el caso tiene una forma específica. Con respecto a esto Rubistein (2012) señala que “no se trata de presentar el relato como una acumulación de datos inconexos. Los datos toman su lugar en la lógica subjetiva de la que hay que dar cuenta y en función de las coordenadas que ordenan el caso” (Rubistein, 2012a, p.47). Y a partir de esto:

el relato debe permitir al lector ubicar el sustento de las afirmaciones del analista en su construcción, tiene que permitir captar el núcleo del caso teniendo en cuenta el tema de la investigación, dar cuenta de los puntos nodales, de los más real de la experiencia. (Rubistein, 2012a, p.47)

A su vez, esta forma específica implica una trama específica del relato. La cual según Rubistein (2012a) debe poner en juego aquello que representó para el sujeto confrontarse con lo real, las respuestas-solución del sujeto frente a este encuentro (con lo real), los momentos y condiciones en las cuales esas soluciones que el sujeto construyó frente a lo real fracasaron y los cambios, movimientos, producto de las respuestas del sujeto frente a las intervenciones del analista.

Por último, la estructura a la que hicimos referencia incluye citas. Esto es fundamental, ya que “(...) las citas tienen un lugar importante en el armado de un caso por constituir la sustancia que oficia de pegamento a su estructura” (Sinatra, 2012, p. 69). Con las citas “(...) se ‘viste’ un caso clínico: se hace saber cómo interviene un analista, (...) la particularidad del discurso del paciente a través de sus dichos, (...) los

sustentos teóricos (...) que avalan el modo de intervención que se ha elegido en ese caso” (Sinatra, 2012, p. 69). Entonces según Sinatra (2012) tenemos tres tipos de citas: las que se refieren al analista, las que se refieren al paciente y las que se refieren a los referentes teórico-clínicos, más conocidas como citas de autoridad.

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

A partir de la aprobación de mi proyecto de Trabajo Integrador Final inicié las gestiones administrativas correspondientes, tanto en el hospital como en la universidad, para poder acceder al servicio de psiquiatría y psicología del nosocomio escogido para coordinar con las participantes días y horarios de las entrevistas presenciales. Pero a partir de la situación sanitaria producida por la pandemia tuve que replantearme la modalidad de las entrevistas debido a que por cuestiones de seguridad no se me permitió ingresar a la institución hospitalaria.

Una vez aprobado el cambio de la modalidad de las entrevistas de presencial a online me contacté con las participantes. Coordinamos la frecuencia, los medios informativos que utilizaríamos y definimos las fechas en las que iniciarían las entrevistas.

Las mismas, las entrevistas, fueron realizadas por jitsi meet y whatsapp. De acuerdo a las posibilidades de cada una de las participantes. Y la duración de las entrevistas fue variable debido a la complejidad de la situación sanitaria actual y a cuestiones personales de salud.

### **Coreografía de análisis**

Posteriormente a la realización de cada entrevista el material proporcionado por las participantes fue transcrito y leído en varias ocasiones en pos de ubicar las manifestaciones clínicas vinculadas a los conceptos que guiaron la presente investigación. Para esto también fue necesaria la relectura y revisión del marco teórico. Como resultado de este proceso y de las consultas realizadas al director de la presente tesis pude ubicar cuatro ejes fundamentales, relacionados con los conceptos mencionados y con los tiempos propuestos en la investigación de Rubistein et al. Los

mismos son: el real en juego en cada caso, la estrategia de cada paciente frente al encuentro con este real y las condiciones en las que falló esta estrategia, las intervenciones psicoanalíticas realizadas por las participantes y los efectos terapéuticos producidos.

Es importante señalar que realicé de forma simultánea la construcción y el análisis de los casos. Ya que ubicar los ejes mencionados en cada caso implicó a la vez establecer una relación entre ellos. Por ejemplo: era imposible ubicar una estrategia de un paciente ante lo real sin antes haber ubicado lo real en juego.

A la vez fue en base a esta articulación entre los ejes que pude construir las hipótesis correspondientes tanto a los efectos terapéuticos producidos como a su lógica de producción. Porque para localizar los efectos terapéuticos en cada caso antes tuve que localizar el real en juego, lo insostenible para cada paciente, su estrategia ante esto, las condiciones en las que falló y las intervenciones de las participantes que permitieron a cada sujeto construir una nueva estrategia menos sufrida que les permitiera lidiar con lo real traumático.

Una vez que construí y analicé los casos, que construí las hipótesis mencionadas, que elaboré el informe de investigación, todo este material fue puesto a disposición del director de la investigación y de las participantes para su auditoría. Proceso que apuntó a lograr la dependencia interna y que fue inspirado en lo realizado por Rubistein et al. en su investigación. En la cual buscó confrontar “(...) la lectura hecha por el analista con la lectura hecha por el equipo a fin de buscar alguna consistencia en la elaboración” (Rubistein, 2012d, p. 307).

## Resultados de la investigación

### Entrevista N° 1 Participante LC

#### Caso N

**Alumno:** Le pido me relate el caso que escogió para aportar a la investigación.

**LC:** Desde el pasillo que conduce al Servicio de Emergencia del Hospital, sólo se escuchan gritos persistentes, sostenidos, casi como un aullido prolongado.

El primer encuentro es con la médica de guardia quien despliega su propia urgencia diciendo: “¿Se va al Ragone? Solo grita y llora desde que se despertó. Parece una CH y nos está volviendo locos a todos. “Su interconsulta reza: Intoxicación medicamentosa. Intento de Suicidio.

N, mujer joven ingresó inconsciente al servicio de guardia del hospital y permaneció así durante varias horas. Su madre es quién dirá: “Se tomó todo lo que encontró... es culpa de él, por qué tenía que dejarla?”

Con la referencia a “el” alude a la actual pareja de su hija; “un inmigrante venezolano, gente de otro lado, pero que le hacía bien. Se cansó”

N solo grita, llora, no habla y su mirada permanece perdida y fija en un punto, su cuerpo se sacude por espasmos. No accede a la palabra, parece no tener registro de la presencia del otro.

La intervención apunta a otra vía: sostengo de manera suave el brazo que tiembla y golpea la cama, durante unos minutos. Paulatinamente N. mira su brazo, recorre con su mirada el cuerpo y posteriormente me mira, los gritos cesan para dar lugar a la sorpresa. Fija su mirada en mi rostro.

Nuevamente la nombro

Mira su propio cuerpo, se toca los brazos, lleva las manos hacia el rostro.

N. señala una lapicera y unas hojas en mi mano. Se las entrego y comienza a hacer trazos: un espiral,... esbozos de rasgos, hasta construir dos rostros.

Nada dirá acerca de ellos.

Concluidos los dibujos, se duerme profundamente. Los síntomas en el cuerpo cesan.

Solicito permanencia de la paciente por 24 horas en la institución.

En las entrevistas familiares, la madre de N. da cuenta de la angustia que esta hija despierta en ella desde temprana edad. “Siempre supe que era rara... no sé cómo explicarlo... solo lo siento así”. “Callada y explosiva”.... “siempre me sentí extraña para ella y ella alejada pero pegada a mi... es todo raro”.

Expresa que N. no tuvo intentos de suicidio previos pero sí momentos de mutismo y aislamiento con posterioridad a situaciones a las que caracteriza de traumáticas en el contexto familiar.

En relación a estos momentos señala que la paciente suele dibujar en el transcurso de los mismos y consulta la posibilidad de traer lápices de colores a lo cual se accede.

En referencia a la presente internación dirá que sólo la encontró tirada al lado de la cama con blisters de medicación al lado; psicofármacos prescritos por su médico psiquiatra tratante.

Una llamada de la pareja de N, la advirtió acerca de la finalización de la relación amorosa en virtud a los “celos y reclamos asfixiantes por parte de N”.

Durante la internación, N. continúa dibujando en silencio, con la presencia intermitente de la practicante del psicoanálisis. Presencia que por momentos habilita la mirada, por momentos la sustrae o alguna frase breve, se la nombra, se alude a su dibujo.

Colorea los dibujos realizados en guardia y elabora durante la noche uno nuevo, consistente en una figura femenina con cabeza de reptil.

Finalizado el mismo me lo entrega, lo recibo y ante un gesto de grata sorpresa de la practicante interviniente (gesto con las manos), dirá: “sí, ... si yo dibujo pienso mejor.... Ahora puedo hablar”

Intervengo habilitando/alojando la palabra: entonces hablemos.

N. dirá que conoció un hombre que “la sacó de su mundo, y le dio la mano para vivir en El mundo”. Refiere que siente que “se pierde” en sus pensamientos o que en ocasiones los “nervios” son tan intensos que la ahogan y no le permiten “sacar su voz”. Queda perdida en su cabeza y ajena en su cuerpo explicará.

Sobre los pensamientos dirá que “son como víboras que aparecen sin control y se enredan en su cabeza hasta ocuparla toda”. En esta ocasión esos pensamientos se presentan desde la certeza de que “su pareja regresará a su país para poder encontrar una mujer que le dé un hijo”, certeza que precipita su pasaje al acto. “Lo llame, no atendió y pensé que se fue. Sentí que me caía sin tocar el piso”

Finaliza la internación con el dibujo de un rostro con la parte superior del torso sobre el que precisará: “los ojos gritan, la boca calla”. Entrega el dibujo a la practicante con la aceptación de la indicación de iniciar un tratamiento.

Las primeras sesiones transitan el amor y lo que denomina ‘la traición’ por parte de la pareja; pareja que con posterioridad a la internación, le pide se distancien para bien de ella en tanto no puede tolerar el peso de ser el centro de su vida.

“Mi bien... mi bien replica de manera irónica... ¿Que sabe el que nunca fue traicionado? “

La puntuación del significante traición por parte de la practicante, provoca un silencio prolongado y espasmos en el cuerpo, hasta que al ser nombrada N. relatará que” La traición vino de lado de su padre, quien envió hombres a su casa a robar dinero a su madre. En ese episodio N, su madre y su hermana fueron sexualmente abusadas.

“Ahí me perdí... mi padre, .... mi asesino de alma...”

A la siguiente sesión trae un dibujo de su autoría sobre el cual dirá: “lo hice para mostrar como las palabras se me desarmaban y me invadían” “No lo podía explicar de otra forma” “Tampoco tenía voz”. Refiere temor a la sensación de angustia que experimento y a la posibilidad de volver a sentirla

Intervengo: hoy las palabras te permiten tener voz.

Asiente, sonrío

N. comienza a traer a sesión dibujos de su autoría a la vez que comienza a hablar de planes que van desde dedicarse a la pintura hasta convertirse en cantante; consigue un trabajo y comienza a pagarse clases de canto.

En algunas oportunidades solicita que escuchemos en sesión algún “demo” grabado en sus clases y comienza a componer canciones breves.

Es en una de estas sesiones que dirá casi al pasar: “ahora sé que necesito sacar mi voz...”.

## Entrevista N° 2 Participante LC

### Caso C

**Alumno:** Le pido que me relate el segundo caso que escogió para aportar a la investigación.

**LC:** “Solo me quería desconectar”. La intervención en el contexto de la urgencia subjetiva se orienta por el significante desconectar, a lo cual C dirá: “parar”... “cortar”... “no quise pedir otra sesión, algo me empujo, fue más fuerte y lo hice... busqué pastillas de mi vieja y me las tome.... “

C ingresa a servicio de emergencia del Hospital General traída por una ambulancia del SAMEC. La ausencia laboral motivo la intervención de un compañera quien ante la falta de respuesta telefónica, la encuentra en su domicilio.

Transcurridas unas entrevistas breves en la guardia y tras 24 horas de internación, C. expresará: “en realidad creo que yo no quería parar... creo que sentí que querían que pare, que no sea yo... no lo pude soportar...”

Solicita iniciar tratamiento en el Hospital.

C es una mujer joven con una experiencia previa de análisis, centrada en dos temas: su “quilombo” de vida y la relación con su madre, vivida como un estrago. En esta nueva apuesta con el psicoanálisis, y para “poder entender porque las cosas la joden tanto hasta lastimarse y porque no puede parar” pide continuar con ese proceso interrumpido. En las primeras sesiones se enfoca en una relación de pareja que sostiene desde hace muy poco.

La suya ha sido una sexualidad desordenada y una “fiesta continua desde piba” dirá. Su afán: agradar para que no la dejen, con el perfil de “una chica con onda”, “sin límites ni dudas para disfrutar todo lo que la vida le presenta”, con cuentas de Facebook e Instagram en las que incesantemente sube fotografías provocativas y textos invitadores que, como lo dice posteriormente, “invitaban al mal entendido”. La facilidad para “besarse y estar” con parejas circunstanciales coincidía con un noviazgo en el que mantenía una posición de sumisión, incluso en las escenas sexuales en las que se prestaba al dolor físico y la humillación, dispuesta siempre a agradar al otro. Posición que velaba un gusto particular por el dolor físico y aún moral. La infidelidad del novio la autorizará a dejarlo. “yo daba y soportaba todo dirá”



El inicio de la relación actual sigue la línea de su "quilombo": conoce a un hombre, 16 años mayor que ella, padre de unos amigos.

La consigna inicial es "sin compromiso"; él todavía vive con su mujer y ella cree que esta relación no prosperará. Pero avanza a escondidas y con una modalidad que será su carácter central: él indaga, indaga sobre cómo ha vivido ella hasta ahora, quiere saber más y cada vez con más detalle.

En esta indagatoria, un evento para ella sin importancia precipita nuevas acusaciones: su peluquero la piropea y un día la besa. A ella le gusta el beso y le corresponde. Su pareja le pide detalles, quiere saber más; ella cede, los da y se renuevan las acusaciones de engaño y desconfianza que la angustian. "El siempre hace ver que es mi culpa". Un beso que será argumento para renovadas acusaciones, ante lo cual la practicante interviene: "es sólo un beso, un "gustito"

Se mueve con miedo para no traicionarse. Cuanto más miedo tiene, más miente y se enreda en las mentiras hasta que él las descubre y la escena se tiñe, cada vez, del sello estragante. En esas escenas se trata de una intimidación "intimidada" a ser dicha desde el peso de una voz que hace eco de la voz del superyó y su efecto en una "servidumbre voluntaria".

En el análisis y en ocasión del relato de una nueva escena en la cual la pareja indaga detalles intervengo: Siempre dispuesta a responder. Casi con sorpresa, encuentra un nexo entre su pareja y su madre: Para ésta nada es suficiente.

C trata de satisfacerla y la respuesta siempre es: "falta algo más". Un rasgo se repite en su madre, en su pareja, en su jefa: "con una mano me soban, con la otra me cachetean". "Cada vez es más claro: quedo en sus manos y es algo que ya no quiero. Antes, con mis mentiras e historias lo arreglaba. Ahora ya no me cierra, no es lo que quiero, pero me da pánico quedar fuera".

Intervengo: algo distinto. Corto sesión.

Habla con su pareja, sin llantos, sin rogarle, puede hacerse escuchar. A él le salen las lágrimas y le responde: "Okey, lo hagamos a tu manera, pero no me falles". Y ella da otro paso: "Yo me ocuparé de mi camino y vos del tuyo, y si la cosa funciona, podremos armar un camino juntos".

Esta vez no es la acusada, es escuchada y recibe una declaración: “Soy muy desconfiado. Déjame trabajar en mí, no quiero verte triste porque sí quiero estar con vos”.

Algo más descubre en el análisis: su gusto por el dolor que le trae un beneficio, y lo ve en su relación: “Sufro, hasta ahora era mi pago para ganarme las cosas. ¿Por qué con dolor? Porque no me es insoportable, gozo de eso. También en lo sexual. Pero ahora es mi elección, ya no es para satisfacer los deseos del otro. Incluso ahora empiezo a comprender cómo funciona mi cuerpo”.

En este caso, mis intervenciones apuntan en un primer momento a una en el marco de la urgencia subjetiva y posteriormente a la separación (S1 //a) y a la posibilidad del pasaje del estrago al síntoma. La estrategia: descompletar al Otro acusador, bajar el peso de la posición fiscalizadora del superyó y el imperativo de goce. Desde las marcas primeras de los dichos maternos, alimento de un superyó que avasalla, se acentúa un circuito pulsional mortificante en el que el goce del cuerpo, en una conjunción de dolor y humillación, es sostén fantasmático del erotismo. De allí que una mujer acceda al lugar de partenaire “masoquista”. Esto nos confirma que, a nivel sexual, la relación pasa por el goce del cuerpo y por el goce de la lengua. Si hay lo imposible de la relación sexual con el Otro, el lazo vendrá por la vía del amor. En un análisis en transferencia, el analista, sostenido en el deseo del analista, acompaña al parlêtre al encuentro de una relación diferente con el partenaire, allí donde el sinsentido del goce en el estrago ceda lugar al síntoma como otro modo de goce del cuerpo.

### **Entrevista N° 3 Participante LC**

#### **Caso C**

**A:** Con respecto al intento de suicidio ¿Cuál fue el acontecimiento, el hecho que da marco a éste? ¿Qué paso?

¿Por qué C interpreta lo que hace alguien, lo que pasó, como que no quieren que sea ella?

¿Cuándo intervino diciéndole a la paciente “algo distinto” y cortó la sesión apuntó a la apertura por parte de la paciente a una forma distinta de hacer lazo o apuntó al goce?

¿Cuándo dice que paga para ganarse las cosas (sufriendo) a que hace referencia?  
¿Qué paga con su sufrimiento?

¿Qué significa para la paciente “me da pánico quedar fuera”? ¿Perder el lazo?

**LC:** Con respeto a como ingresa ella. Ella sale de una sesión de análisis. Había comenzado, llevaba un tiempo con una analista. En donde hay una intervención, no la puede precisar muy bien. Se va desplegando a lo largo del tratamiento. Donde lo que puede decir es que sintió que la analista la interpelaba en su ser como su mamá. Algo de eso se presentó. Mi hipótesis fue que allí esta analista entra en el mismo lugar que la madre, la jefa, en esto que se reitera. Y para ella se hace algo insoportable. En un lugar algo tambalea. Sale de sesión, pasa por la casa de la madre, busca toda esta medicación. Va a su casa y consume, las consume allí.

Ella va responsabilizándose, va construyendo también un síntoma analítico en función a esa responsabilización. Pero también hay algún tipo de rectificación subjetiva, de modificación en la posición. Lo que se puede ver ahí es la posición que adopta con el partenaire. Eso fue interesante porque este partenaire sale de esa serie.

Este “quedar fuera” me parece que tiene que ver de este tipo si de lazo, pero de un lazo muy particular, lazo que repite su historia con la madre. Y que lo va repitiendo en cada uno de los personajes que la rodean. Inclusive ese lazo estragante está presente con las parejas. Esto de tener que dar todo ahí. Si por supuesto este todo su núcleo de goce. A eso apunta también el análisis, de ir haciendo una reducción de eso en un primer momento del sentido y después tratando de apuntar un poquito más a lo real. Pero se trata justamente de eso, de ir haciendo esa reducción de goce. Acá por lo menos llegamos a un punto donde ella se interroga acerca de esto con lo que goza. Y si varía también esta posición de objeto al preguntarse también no ser un objeto con un goce totalmente opaco para él y para el otro. Sino también cuando dice “ahora entiendo cómo funciona también mi cuerpo”.

## Entrevista N° 4 Participante I

### Caso M

**Alumno:** Le pido que me relate el caso que escogió para aportar a la investigación.

**I:** Esta mujer aproximadamente es de mediana edad. Es una derivación que viene por la licenciada X. Recuerdo como algo significativo como fue que ella... que... como fue el pedido de turno. Porque eh... yo me manejo aquí en el hospital con... que me pidan turnos por mensaje. Me pareció muy particular su pedido de turno, en tanto que se presenta como con un lenguaje confuso. Como diciendo una cosa que no... bueno. Dice que era paciente de la licenciada X y que necesitaba un turno pero posteriormente me solicita una historia clínica, resumen de... Está siendo atendida también por un psiquiatra que trabaja acá, el Dr. X. Entonces a través mío me resumen de la historia clínica. Toda una cuestión así medio particular. Entonces decido darle día, la hora. Me pareció muy particular esa modalidad, ya desde el turno. Que me puse tres puntitos a atender en relación a eso. Incluso a los primeros turnos que le di no asistió. Me cambiaba de apellido. Me decía licenciada... no se tal otro apellido. Me pareció muy particular eso y yo referí como una resistencia a querer venir a la sesión. Quizás a una transferencia negativa quizás. Y ahí ya hago como una hipótesis diagnóstica de un síntoma de identificación histérica a la locura. Son 5 sesiones las que tuve con ella.

En la primera sesión ella plantea como su síntoma más significativo para ella que es el pánico, el temblor en el cuerpo, estas sensaciones del cuerpo, falta de aire. Entonces le pregunto que, por la época, por el tiempo en que nota esa molestia. Y hace referencia a hacia 2 años atrás... ahí lo podemos asociar porque aparece en ese tiempo la muerte del padre. Un padre muy significativo, parece muy presente. Por esta situación aparece esto. Otro síntoma que ella tenía era como muy presente a lo largo de... incluso de su infancia, refiere ella, es la depresión. Ella lo llama así depresión. Y ahí aparece eso de los varios intentos de suicidio que tuvo a lo largo de su vida. Creo que tuvo 3, creo que me dijo en alguna. Tres así como más... Y uno de ellos que creo que es el que ella... que me parece que. Que a partir de eso consulta la con la licenciada X. Fue hace mucho años y tuvo por situación una separación de su marido. Fue un intento medicamentoso. Ahí en esta segunda sesión como que abrimos muchas cuestiones de su historia, la relación con su marido, tiene dos hijas, parece como que en algún momento como la infidelidad de él que empezó a plantearse la cuestión de la separación y su

dificultad me parece para ese corte. Esas fueron las dos primeras sesiones. En esas dos primeras sesiones yo percibo algo como particular también que hizo que tenga que pensar... La particularidad con esta paciente que me hacía que esté atenta de otra manera para la tercer sesión es que éstas dos primeras había algo... sobre todo me parece que en la primer sesión había algo de... de un decir, no sé si de su cuerpo, no sé si será como lo pulsional, no sé cómo conceptualizar esto. Yo te lo describo. Que hacía que también aparezca un decir como pesado para mí, era como... no sé si te diría como muy metonímico. Entonces muy difícil de ir viendo algunos detalles, ella es muy insiste quizás en decir y a la vez no decía mucho. Así como un decir monótono, muy adhesivo, como pegajoso. Pero que hacía que en la tercer sesión yo dije: bueno, acá yo tengo que hacer algo diferente. Entonces me puse en una actitud como más presente, incluso mi cuerpo no era tanto de escucha, te diría como tranquila o complaciente, sino como más activa de ir puntuando algunas cosas. En la tercera sesión me pasó eso que ella viene con una queja diciendo: esto de recordar me hace mal, yo sigo igual siendo depresiva, con los síntomas de pánico. Entonces mi idea fue con cierto tacto y a la vez tratando de ver si podía implicarla en sus intentos de suicidio. En algún sentido de decir: a ver ¿Qué tendrá que ver Ud. en esto del pánico, en esto de la depresión? Y fuimos abriendo... Esa tercera sesión fue bastante interesante porque algo paso.

Este decir suyo me sonaba a un decir que tenía que ver con su goce mortificante. Entonces mi vocación fue de que hablemos un poquito más ahondando e implicándose en esto de su relación con su marido, en esto de su relación con su padre. A ver que había de ella en eso, en esto... incluso no sé si fue en esta sesión o en la siguiente que dije: bueno es momento de que me... de que diga algo más en relación a esto de que “tome las pastillas para terminar con ese momento”. A ver que había de ella, que pensaba, que esperaba de esa situación. Entonces como confrontar con su situación y ella iba respondiendo. Y a la vez yo iba como matizando con otros datos históricos, porque también apareció una cuestión ahí de lo gratificante de la infancia por ejemplo. Aparecieron muchos recuerdos en relación a su papá. Recuerda un regalo del padre en relación a una muñeca de trapo. La presencia del padre también cuando ella aprende a andar en bicicleta. Que le decía al padre: “no me soltes, no me soltes papá, no me soltes”. Cuando yo le planteo esta cuestión de que cosas hoy le resultan lindas en su vida y una de ellas es andar en bicicleta. Ahora tengo presente de que la depresión, su decir tiene que ver quizás con una identificación a esa posición el lugar de la depresión porque a la vez dice “hay días que son lindos”, ella trabaja, tiene un negocio en su casa ,

de venta. Actualmente estaba en pareja, pero el viviendo en otro lado. Me parece que también hay momentos gratificantes en ese sentido.

**A:** ¿Qué relación tenía con el ex esposo?

**I:** Parece que una relación bastante agresiva, violenta. Que había al parecer muchos insultos. Al parecer era como... no la dejaba hacer muchas cosas. Una familia así tradicional. Acá hay un mención a la ex suegra. Ella (la paciente) tenía una relación muy conflictiva con su mamá y al parecer este papá (de la paciente) que ella siempre lo... ella lo quería mucho siempre estuvo cerca de él y el padre cerca de ella. Tenía otra familia (el padre). Al parecer era bastante complicada esa pareja parental (sus padres). Y uno podría pensar una repetición de esta relación bastante conflictiva con su madre y con su marido, incluso señala de la conflictividad... no recuerdo cual era el problema con la suegra. Pero parece que era bastante conflictiva la convivencia de ellos, a nivel de insultos.

**A:** ¿Qué función cumplía el padre para ella, en su vida antes de morir?

**I:** La función, que acá lo dice era: "seguridad". Dice: "perdí la seguridad que él me daba". Esa relación hija padre, en algún punto se parece a la relación hombre mujer porque este padre en sus últimos tiempos estuvo muy enfermo y era ella que estaba al nivel de la enfermera, de cuidados. De las pastillas, de bañarlo.

**A:** ¿Cómo fue el intento de suicidio con medicamentos?

**I:** Yo te decía que el más significativo (de los intentos) fue en la separación. Creo que después tuvo uno similar y es ahí donde... y empieza con la licenciada X. Ella siempre tuvo como el acompañamiento psiquiátrico de pánico y de depresión y tenía sus medicamentos. Y eso es lo que consumió cuando intentó suicidarse.

**A:** ¿Cuándo fue el primer intento de suicidio?

**I:** Como en su infancia, en su adolescencia. Ella siempre señala la depresión de toda la vida, incluso en su infancia y lo asocia a esto de la mala situación con su madre. Eran situaciones de muchos gritos, de estar insultando al padre. Y ella lo vivía desde ese lado. De tomar partido en la conflictiva, como que su papá era el que no había que tratar mal y la mamá era la mala. Al parecer debe haber sido una infancia de muchos gritos, de muchas situaciones pulsionales, fuertes para un niño, para una niña.

El que tengo datos es el segundo que fue por esta separación del marido cuando se revela la infidelidad y ahí empieza la cuestión de, de la posibilidad de separarse que parece que fue un proceso largo también porque había dos hijitas. Con todo, me parece que ese matrimonio, esa familia siempre estuvo signada por esa cuestión de ella depresiva, de no tener ganas de levantarse de... llorar, de pensar mucho en no vivir “de pensar mucho en hacerme daño” (paciente).

### **Entrevista N° 5 Participante I**

#### **Caso M**

**I:** Esto que te voy a decir son datos que obtuve con ayuda de la licenciada X que fue la analista anterior a mí de esta paciente.

Lo que más o menos pudimos ver con la Lic. X es que al parecer fueron como 3 intentos de suicidio significativos. Del primer intento no tenemos muchos datos, ella lo que recuerda es que al parecer fue un... por un corte de venas. Y al parecer implicó una internación en el Ragone. Y de muy joven. Yo calculo que debe haber sido por alguna situación con la madre porque la Lic. X me trae estos datos que yo no los tenía. Yo en realidad tuve poquitas sesiones. Yo te había dicho 5, pero me parece que fueron menos. La Lic. X vio un poquito más la relación con la madre, de esta paciente. Que era una madre bastante particular, medio perversa. Entonces esto de la madre me plante por ejemplo una situación que me parece significativa. Donde cuando ella se separa de su primer marido, de sus hijas y demás; ella al parecer vuelve a la casa de la madre y ahí emprende una librería. Incluso se pone a vender empanadas porque eso es lo que me señala la Lic. X ella veía que se trataba de una mujer con muchos recursos, pero con esta cuestión como depresiva. Ella no puede ver ese costado suyo. Y siempre esta cuestión como uno puede decir productiva esta como al servicio del otro. En este caso esta librería, esta venta de empanadas era porque parece que sostenía otra pareja. Después del marido ella conoce otra pareja. Esta otra pareja también como que, ella en lugar de objeto teta. De dar, de dar, de dar. Lo que te quería contar era esto de la madre que en algún momento ella se va a vivir ahí y emprende su negocio, la madre le pide que le devuelva ese espacio la librería, como que cierre la librería porque ella quería alquilarla. Entonces la madre... bueno, ella concede esa cuestión y después la madre le pide que le ayude en hacer ella el negocio. Es decir como que la anula, la sustituye, una cosa muy particular.

Después te quería comentar que el segundo intento de suicidio tiene que ver con la separación del marido. Y al parecer tiene que ver con esto de las pastillas que ella ya tenía una cuestión depresiva. El tercero es con la separación de esta otra pareja que creo que era remisero. Ella había sacado un préstamo que supuestamente pagaban a medias, pero el nunca terminaba de pagar. Así que no solo la estafa sino que cuando la deja esta cuestión de la soledad, esta cuestión de ese vacío es ahí donde ella hace el tercer intento de suicidio y empieza la Lic. X a atenderla, con pastillas.

La Lic. X dice que sobre todo lo que trabaja es esta cuestión del lugar de objeto, del lugar del Otro para con ella. De bastón, quizás de sustituir ese vacío que dejó el padre con su muerte.

Después que la deja esta tercer pareja o en este tercer intento ella conoce otra pareja y con la Lic. X como que trabajaron eso y como que logró cierta estabilidad en ese momento.

**A:** Ahora quisiera preguntarle ¿por qué fue derivada la paciente a Ud.? Y ¿qué intervenciones realizó con ella? ¿Cuáles fueron sus efectos?

**I:** Porque la Lic. X se iba del servicio, se iba a ir a vivir a España y vino pandemia y ella es de riesgo...

De implicancia subjetiva, en sus intentos, en su depresión, en su pánico... Íbamos en ese camino, con cuidado y a la vez decididamente... Preguntando sobre lo q recordaba de ella en esos síntomas...

Porque ella esperaba q yo alivie eso "mágicamente", el efecto q pude obtener, es a nivel de gesto, mirada, de insight, te diría, de darse cuenta q algo allí de ella...

No se pudo continuar por lo de pandemia en parte, por su cierre también quizás.

**A:** ¿La paciente comentó sueños? ¿Hubieron lapsus, asociaciones? Y hacia el final de las sesiones ¿cuál era la relación con su madre, con sus partenaires?

**I:** Las asociaciones aparecieron y en relación a su padre, de la madre nada q recuerde, de la última pareja como cierta distancia... Más q lapsus, como posible construcción del síntoma, no sé cómo lo diría... Cuando menciona lo de andar en bici con el padre, "no me sueltes". Cómo asociado a su pánico...

**A:** ¿El pánico aparece antes o después de los intentos de suicidio?



**I:** Yo lo ubique contemporáneo a muerte de padre, o sea, posterior a intento, quizás mutando el síntoma.

**A:** Por último, ¿que recuerda en relación a la última pareja de la paciente? Y ¿que se trabajó en la última sesión que usted recuerde?

**I:** Me decía X que en principio era un conocido, amigo, de hacer trámites se conocieron, lo q recuerdo es q, quizás por intervenciones de X, no ya ese vínculo fuerte con las anteriores, cada uno en su casa, con sus espacios...

**A:** ¿Recuerda que se trabajó en la última sesión con usted?

**I:** No recuerdo bien

**A:** O ¿por qué dejó de asistir la paciente?

**I:** Creo que fue eso de la implicancia, que fue en 2 sesiones contiguas.

Ojalá se pueda continuar postpandemia... Calculo es posible un regreso

Si bien por lo pronto se sostiene con psiquiatría, lo q obtuvo con la implicancia es otra posición, otro ver. Que quizás resuene.

## **Entrevista N° 6 Participante I**

### **Caso M**

**A:** Le pido que pueda precisar más sobre la modalidad del primer intento de suicidio.

¿Qué dijo la paciente sobre su intento de suicidio? ¿Qué sucedió después de ese primer intento?

También quisiera preguntarle lo anterior pero con respecto al segundo intento de suicidio.

En el marco del segundo intento de suicidio Ud. me dijo que lloraba, se hacía presente esta cuestión depresiva. ¿Con que la relacionaba la paciente? ¿Ante que lloraba? ¿Las ideas suicidas aparecían ante qué?

También quisiera preguntarle las circunstancias y modalidad con respecto al tercer intento de suicidio.

Le pediría si puede ampliar las intervenciones de la Lic. X, si tiene la posibilidad de conseguir esos datos. Me interesa que se trabajó en relación a hacer lazo con otros. Si se trabajó el analista como objeto a, causa de deseo. Y como fue la transferencia, como se estableció.

También quería preguntarle si después de que inicio tratamiento con X tuvo otros intentos de suicidio. Y si iniciando tratamiento con Ud. tuvo otros intentos de suicidio.

**I:** Mi posición de analista no se enfocó en la categoría intento de suicidio y eso tiene un sentido. Quizás no haber indagado de más en los 3 intentos. Mi hipótesis en un principio y creo que después lo fui confirmando es que se trata de una estructura histérica. Y que los intentos no eran pasajes al acto. Mi hipótesis era que al tratarse de una mostración al Otro de cierto mensaje que no se puede decir, pero que en realidad está el Otro. Lo que yo pensaba como estrategia era de no reproducir ese acting out, de no ponerme yo en el lugar de ese Otro que mira esa cuestión del drama depresivo. Entonces quizás por eso no indague mucho. Uno deja que la persona asocie, que hable, que diga lo que más o menos le va surgiendo a partir de la asociación libre.

Te quería comentar del primer intento, me lo trae la Lic. X, que al parecer se trata en una situación de adolescencia que yo más o menos ubico entre los 16 y 18 años, porque el segundo intento fue cuando ella estaba casada y con sus hijitas chiquitas y ella tenía 23 años. Al parecer este primer intento tiene una relación con el estrago materno. Porque la madre siempre... a mí me sorprende en un momento de las asociaciones libres que yo le pregunto, porque ella me dice “yo soy depresiva”. Me sorprende esa frase, que me suena como yo soy drogadicto. Como a veces la identificación al síntoma se vuelve un tapón, se vuelve una solución de vida. Que es una solución donde el sujeto no se responsabiliza. Por eso mis intervenciones apuntan a esto de la implicancia, en su síntoma, en su depresión, en su pánico, en sus intentos. Una implicancia, no esta cuestión acting de la mostración “yo estoy muy mal y yo lloro”. De todas maneras me sorprendió esa certidumbre que no es una certeza. Certidumbre histérica, más que una certeza melancólica, psicótica. Y que esta depresión creo que si tiene que ver con esta lengua perversa materna. Esto me sorprendía “yo soy depresiva”. Entonces le planteo ¿Y desde siempre? O ¿desde cuándo Ud. piensa esto que Ud. es depresiva? Y me planteo esto que desde siempre. Yo le digo ¿desde niña también? Ella insiste que sí. Pero ahí se abre toda una novela familiar en relación al padre. Ella como que lo quiere

cubrir al padre en esta doble vida, en esta doble familia que el tenía. Porque lo cubre en el sentido de que no lo juzga como lo juzgaba la madre. Sino es como que trata de omitir eso para ella. De quedarse con la imagen de ese padre que era padre. Que le regalaba una muñeca de trapo, que la hamacaba en la hamaca, que le hizo una hamaca en un árbol, que la acompañó a aprender a andar en bicicleta.

Estábamos en el primer intento, creo que por construcción tiene que ver con una madre estragante y en esta cuestión de lenguaje perverso de la madre que quizás es ubicar como esta niña se fue estructurando en ese seno materno.

Vamos al segundo intento de suicidio. Se da por esta cuestión medicamentosa. Ella ya estaba ubicada y creo que en referencia a ese primer intento al parecer tiene como un paso por el Ragone, me parece que ahí ya se construye esta cuestión de la identificación a la locura, pero a partir de una histeria. No a partir de una psicosis. Y esto como solución, como la adicción. Ella me parece que se ubica en ese lugar como de la loca depresiva. Por eso yo lo asocio más al acting que al pasaje.

El segundo intento se da en una situación de conflictividad con el marido. Que al parecer siempre han tenido una relación difícil. Al parecer se trataba de un marido muy tradicional, una familia muy tradicional. Cada quien en ese rol de ama de casa. Aunque ella siempre era más o menos la proveedora. Porque también hay en este segundo intento una conflictividad, había una ex suegra que vivía con ellos y que hacía como quizás una repetición de su familia de origen. Como una vida cotidiana bastante agitada en cuanto a insultos, en cuanto a malestar, en el medio de una infidelidad por parte del marido que ella se entera. Incluso ella se entera de esta infidelidad y parece que poco a poco esa infidelidad va decantando en una separación. Y en esa circunstancia es que se da este segundo intento con medicamentos. En ese momento vivía con sus dos hijitas, la suegra y el marido. Y ahí también, posterior a ese intento ella conoce a este otro hombre. Y ahí como que hay un juego de la comunidad histérica. Ella se va a vivir después de la separación se va a vivir con la madre y las hijas que eran chiquitas se quedan viviendo con el padre. Este intento se da en la casa, cuando ella tenía 23 años, en ese momento estaba... ella toma la medicación, no estaba el marido. Estaban las hijas chiquitas y estaba la suegra. Pero el marido al tiempo, al rato llegaba digamos.

El tercer intento es a consecuencia de la separación y también toda la situación conflictiva con esta tercera pareja que empieza en esa otra separación con el marido.

Como una venganza histórica. Fue casi contemporánea a la separación (la nueva relación). Aparece este hombre y esta nueva relación suya. Esta relación parece que de muchos años, mucho tiempo. Este hombre al parecer en un momento se dedica a ser remisero y ella en esta cuestión de sostener, sostiene al padre, sostener estas parejas, sostener, sostenerse ella digamos en estos lazos así neuróticos repetitivos. Empieza a pagar una cuota de un auto que supuestamente iba a ser a medias, pero en definitiva lo termina sosteniendo ella. X me señala esto que era una mujer que ella misma no se daba cuenta quizás su decir, su mostración pasaba por este “soy depresiva”, “no puedo nada”. Y en realidad también como que ni ella lo veía que era una persona que sostenía económicamente, materialmente a estos otros, a ella misma, a su madre en definitiva también. Lo termina sosteniendo después de esta cuestión de que la hace cerrar su librería y después la hace que la ayude a la madre a poner su propio negocio. Al parecer es algo compartido con la madre.

En el tercer intento de suicidio donde la Lic. X empezó sus intervenciones. Al parecer ese intento fue más grave de lo habitual en un acting. Al parecer estuvo varios días internada en clínica médica. Yo sigo sosteniendo que son acting y que quizás el exceso, el plus de lo habitual tiene que ver con este exceso de lo materno del estrago materno. Es una mujer, uno podría decir que de niña ha estado viviendo, su cuerpo soportando o sabiendo esta cosa de como un extremo, de un exceso de voz, esas palabras... Una niña que creció con esa lengua perversa. Entonces el tercer intento se da en esa circunstancia de conflictividad con esta pareja, de una estafa, también una separación, también la cuestión del dinero, estafada. Eso fue como hace 2 años me dijo X. Creo que estaba con la hija, en ese momento como que pasajera la hija vivía con ella también en la casa de la madre. Si vos me preguntas por que fue la situación, fue por una cuestión así de saber que con este hombre no había, no daba para más digamos.

Vos me preguntas por este llorar. Ella dice como que hay... como que refiere que siempre le pasa esta cuestión, o esta sensación o situación de querer llorar. De no tener ganas. Este llanto cuando ella lo dice en sesión yo después lo asocio... porque ella me refiere como que esto siempre ha estado, de llorar, de no tener ganas. Como una cosa del siempre. Como una cosa del constante. Después yo viendo el caso lo refiero a otra situación, porque ella en sesión me dice “sigo igual sin ganas de nada”. Como que me decía “yo vengo acá pero en realidad no tengo ganas y me pasa de que lloro y lloro”.

Después yo me doy cuenta de que al parecer ella dice bueno siempre me pasa como diciendo no se debe a nada, pero me parece que ahí hay como un velo. Y el velo es que en ese momento ella estaba cursando la cuarta separación que es de este otro hombre. Que con X habían trabajado... creo que la intervención de X fue la forma de hacer lazo con el otro de otra manera. X me parece que hizo como... y por su transferencia también, me parece que hizo ese trabajo. Como sacarla un poco... o hacerla ver que ella repetía este lugar de objeto, que daba todo. Y que no está bueno ese lugar suyo quizás le hizo ver eso. Y entonces ella empieza esta otra relación, que vendría a ser la cuarta significativa. Y que me parece que esas fueron las intervenciones de X. De movilizar esa cosa de la certidumbre de "soy depresiva". Movilizar algo y le hizo el derecho bueno... de... Se dio de conocer... por eso me parece que tuvo cierta estabilidad en ese momento. Hasta el presente creo que no hubo otro intento de suicidio. Pero conmigo aparece esta cuestión de llorar y me parece que eso se ubicó porque con esta pareja está cursando una separación. Que habían convivido un tiempo y al parecer no funcionó mucho y estaban como una separación un distanciamiento algo así. Y eso un poco lo vela como sentido de su llorar.

En este caso con esta mujer me pareció de que yo me tenía que activar de otra manera. Esta persona se va a enredar en su delirio histérico pero melancólico si yo le doy mucho margen y va a sostener eso. Entonces es como que me puse en otro lugar, mas como del acto analítico, que de la atención flotante. Es como que dije no acá tengo que... Con ella aplique esto del suave forzamiento. Esta persona me inspiró esto de seamos serios, vamos al punto. Significo introducirla a ella que te pasa con la depresión, que te pasa con el pánico, que hay ahí de vos. ¿Qué hay ahí de vos en esos intentos? Con el mayor cuidado. Ella tenía esta cuestión histérica de querer responsabilizar de su depresión al Otro. Al gran Otro, a su madre, no sé. Hay algo que no es de palabra de que yo note que ella si se implicó. Te podría decir que ella en un momento dijo "ah, sí". No sé. En esto del pánico ah si yo extraño a mi papa, no lo quiero decir, no lo quiero ver. Mejor que el otro, que usted como psicóloga venga y me sugiera a que yo voy a estar bien. Es como que en un momento ella se da cuenta digamos de que hay algo de ella en estas cuestiones.

## Entrevista N° 7 Participante I

### Caso M

**A:** ¿Qué me puede comentar en relación al sufrimiento subjetivo de la paciente?

**I:** Lo que yo entiendo como su sufrimiento subjetivo de la paciente. Yo lo entiendo a esto de lo identificatorio de ella con su depresión. Es decir “no tengo ganas”, “mis ganas de llorar”, “nada cambia”. Yo a eso... con su síntoma depresivo le diría es su padecimiento. Su posición frente a la castración era un poco taponeado por su síntoma depresivo y después hubo un movimiento en ese síntoma depresivo me parece que paso al pánico que fue pasando el tiempo. Como que mutó el síntoma de la depresión al pánico. Este pánico del temblor, este pánico del cuerpo. Que yo ahí veo más una cuestión histérica, por eso ¿no? que es el cuerpo que dice lo que ella no quiere asumir o pensar, o simbolizar o implicarse. Mi intervención, mi dirección era esto de la implicancia. De que no busque que el otro le alivie su depresión, la pastilla para su pánico. Sino que vamos viendo si hay algo de esto en vos. Si bien yo sé que en la depresión hay algo de lo estragante de su madre, toda una vida con esta madre y su decir, y esa palabra pesada sobre ella. Hay una parte de ella también en su depresión que hubiese sido interesante al menos ver. Me parece que esta mujer si pudo ver que si hay algo de ella en esta depresión y ese pánico. Me parece que pudo abrir el inconsciente en algún momento de la sesión, nada más que se suspendió y no pudimos verificar eso. Me parece que quedo abierta esa posibilidad, esa pregunta, para justamente trabajar en otra posición frente a su sufrimiento subjetivo de implicancia y no tanto de esperar que el otro me resuelva la falta.

**A:** ¿Cuáles fueron sus intervenciones en relación a ese sufrimiento?

Mis intervenciones. Yo le preguntaba muchas cosas, como que la ponía a trabajar para que no se vaya por lo mortificante de sus dichos depresivos, que a veces son delirantes. Como una queja infinita podría ser, sino como que mi posición... Lo real de mi acto...

Fue en el conjunto de distintas cosas, una escucha distinta me parece. Unas preguntas distintas que uno le hace a la persona y rebalsan el simbólico. Me parece que fue el conjunto de esas cosas que terminaron con el darse cuenta que hay algo de ella, con la implicancia digamos. Ese vendría a ser como mi intervención.

## Análisis de los datos

### Caso N

N es una paciente mujer joven que ingresó inconsciente al servicio de guardia de un hospital. Fue trasladada hasta dicho lugar a raíz de un intento de suicidio por medio de la ingesta de su propia medicación psiquiátrica. Permanece inconsciente durante varias horas y al despertar solo grita y llora. Su cuerpo es sacudido por espasmos, no habla y aparentemente, según la practicante, no tiene registro de quienes la rodean, de los otros.

Es importante ubicar en este tiempo 1 las coordenadas del padecimiento subjetivo, especialmente aquella relacionada con el real en juego, la posición de N con respecto a este, la estrategia que le permitía hacer frente al tyché y las condiciones en las cuales ésta falla.

Durante las entrevistas con la practicante del psicoanálisis, llevadas a cabo en un momento posterior a su llegada al nosocomio, la paciente manifiesta que siente que “se pierde” en sus pensamientos o que en ocasiones los “nervios” son tan intensos que la ahogan y no le permiten “sacar su voz”. Que queda perdida en su cabeza y ajena en su cuerpo. Y que para ella sus pensamientos “son como víboras que aparecen sin control y se enredan en su cabeza hasta ocuparla toda”. Los enunciados de N nos permiten ubicar al goce que retorna en el cuerpo como lo real en juego. Goce que invade su cuerpo fragmentándolo. Significante que aparece como real y del cual no puede servirse para intentar enlazar algo de este goce infinitizado, insoportable. Posibilitado por el vacío de significación dejado por la forclusión del Nombre del Padre. Detalle que nos remite a una estructura psicótica, esquizofrénica que como se verá posteriormente también posee una dimensión paranoica.

En cuanto a la estrategia de N para lidiar con lo insoportable, lo real, encontramos en primer lugar el amor. Al respecto Dessal (2002) afirma que en la psicosis:

el goce del Otro, por no reducirse al resto del deseo, se confunde con un amor supremo, un amor que si bien es capaz de significar la

invasión mortificante del goce, no consigue eliminarlo, con lo que seguirá la inevitable precipitación en el odio. (párr. 7)

Es así que N a partir de una relación de pareja que establece, con sus particularidades en este tipo clínico, logra significar parte de ese goce ilimitado haciéndolo un poco más soportable. Esto puede verse en la consideración de N de su pareja como un hombre que “la sacó de su mundo, y le dio la mano para vivir en El mundo”.

En cuanto a las particularidades del amor en la psicosis Miller et al. (2008) señala que “en la psicosis, el amor está inseparablemente ligado a la figura del ideal del yo del sujeto, que cobra una fuerza tan grande que acaba por sustituir al otro real, reducido a una figura ideal” (p. 10).

En segundo lugar encontramos la certeza delirante como otra estrategia. Certeza que tiene como temática la partida de su pareja para encontrar una mujer que le dé un hijo. Considero que este delirio también le permite a la paciente darle un sentido al goce que la invade logrando un efecto similar al suscitado por la primera estrategia mencionada.

Por último, es importante ubicar las condiciones en las cuales las estrategias de N fallan. Estimo que las mismas se localizan alrededor de un hecho relacionado con su delirio. Ante la certeza mencionada la paciente dice: “lo llamé, no atendió y pensé que se fue”. Lo indiscutible de la partida de su pareja, de la separación implicada es lo que deja a N sin la estrategia del amor y lo que ésta le permitía. Localizándola frente al vacío de significación y como consecuencia frente a la invasión mortificante de goce. Es ante esto que recurre como último recurso al intento de suicidio realizado por pasaje al acto. Que le permite como señala Muñoz (2009) resolver un exceso de goce. Por último, es importante mencionar que la practicante señala la certeza como aquello que precipita el pasaje al acto.

En un tiempo 2 localizamos las intervenciones psicoanalíticas llevadas a cabo por la practicante y los efectos terapéuticos que se produjeron.

En un primer momento, en que N solo gritaba y lloraba y no se encontraba del lado de la palabra, según la practicante, ésta interviene sosteniendo de manera suave su brazo que tiembla y golpea la cama durante unos minutos. La reacción de la paciente



consiste en mirar su brazo, recorrer con su mirada el cuerpo y mirar a la practicante. El efecto logrado es que los gritos cesan y dan lugar a la sorpresa. N mira fijamente el rostro de la practicante del psicoanálisis. Esta última la nombra nuevamente. N mira su cuerpo, toca sus brazos, lleva sus manos hacia el rostro. Señala una lapicera y unas hojas en manos de la practicante. Esta se las entrega y comienza a hacer trazos: un espiral... esbozos de rasgos, hasta construir dos rostros. Ante esta escena podría interpretarse que ya no se trata de N sola frente al goce. Es la practicante del psicoanálisis un Otro que aparece, que se encarna, que ofrece su presencia sin exigirle hablar, sin demandarle nada. Que tan solo está y la nombra. Creo que esto se puede ver en el cese de los gritos equivalente a cierto acotamiento de goce que le permite a N empezar a dejar de estar “ajena” en su cuerpo. También se puede ver en el requerimiento del material para dibujar por parte de la paciente a la practicante. Quizás esto pueda interpretarse como un tipo de demanda al Otro. Con el que se ha establecido un lazo. Pero no cualquier lazo, sino uno ubicado en el marco del discurso psicoanalítico. Discurso que posibilitó un tratamiento de goce. Es el lazo establecido con la practicante que le permite lidiar con esa invasión mortificante de goce mencionada. Otra intervención que considero que apunta a hacer lazo es aquella que realiza la practicante después de que N le entrega un dibujo suyo el cual fue recibido con sorpresa por la practicante. Y ante lo cual N dice “sí, si yo dibujo pienso mejor... Ahora puedo hablar”. Y la practicante interviene habilitando/alojando la palabra: entonces hablemos. Esto concuerda con lo señalado en un artículo de la EOL (2015) en el cual se afirma con respecto a la Transferencia que “(...) se trata de que el sujeto se dirija, encuentre la posibilidad de dirigirse a Otro para construir un nuevo modo de lazo o bien para producir uno” (párr. 3). Otra intervención que realiza la practicante durante la internación de N es que mientras la paciente dibuja y colorea con material llevado por su madre la presencia de la practicante es intermitente. Interpreto esto como algo llevado a cabo en pos de evitar ocupar el lugar de Otro gozador.

Por otro lado, otra intervención psicoanalítica consistió en aludir a los dibujos de N, en alojarlos, recibirlos. Interpreto esto como una búsqueda de la practicante por causar el trabajo de la paciente en relación a una invención que según su madre ya estaba presente como intento de metabolización de goce anteriormente en la vida de N. Esto se puede ver cuando la practicante señala que su madre (de N) dice que “(...) N. no tuvo intentos de suicidio previos pero sí momentos de mutismo y aislamiento con posterioridad a situaciones a las que caracteriza de traumáticas en el contexto familiar.

En relación a estos momentos señala que la paciente suele dibujar en el transcurso de los mismos (...). A su vez los efectos de ésta invención se pueden ver cuando N después de concluir los primeros dibujos en la guardia se duerme profundamente. Y cuando entrega un dibujo a la practicante y dice: “sí, si yo dibujo pienso mejor... Ahora puedo hablar”. Y cuando refiriéndose a un dibujo realizado en el transcurso del tratamiento fuera de la guardia y de la internación dice: “lo hice para mostrar como las palabras se me desarmaban y me invadían” “No lo podía explicar de otra forma” “Tampoco tenía voz”. Posteriormente a esto N refiere temor a la sensación de angustia que experimento y a la posibilidad de volver a sentirla. Ante lo cual la practicante interviene: “hoy las palabras te permiten tener voz”. La paciente asiente, sonrío. Es esta intervención la que pone en evidencia el discurso psicoanalítico como tratamiento posible del goce en juego. Lo que concuerda con lo afirmado por Tarrab (2001) cuando dice que “con el discurso analítico Lacan aspira a dar un tratamiento posible de lo real del goce, en tanto entra en el aparato discursivo, en tanto el discurso lo captura” (párr. 77).

## Caso C

### Lo real en juego, estrategia y falla

C es una mujer joven que es llevada al servicio de emergencias del hospital por una ambulancia; debido a que realizó un intento de suicidio mediante la ingesta de medicamentos de su madre. Con respecto a este intento dirá “sólo me quería desconectar”. La practicante recorta el significante “desconectar”. Y la paciente agrega: “parar” y “cortar”. También dirá: “no quise pedir otra sesión, algo me empujó, fue más fuerte y lo hice (...)”. Es en estos dichos donde se puede ubicar la posición de la paciente frente al intento realizado. El mismo fue un pasaje al acto ya que mediante este intento salió abruptamente de una escena angustiante.

En cuanto a las circunstancias de la mencionada tentativa de suicidio relata a la practicante del psicoanálisis actual que se encontraba en una sesión con su anterior practicante del psicoanálisis, que hubo una intervención de parte de ella y que sintió que ésta la interpelaba en su ser como su mamá. Es relevante mencionar que la practicante actual señala que la paciente vive la relación con su madre como un estrago. Salió del consultorio, se dirigió a la casa de su madre, recogió medicación de ésta e ingirió una cantidad desmedida. A partir de este relato podemos ubicar el real en juego, lo insostenible para C, que es lo real del estrago.

Sobre el estrago Tendlarz (2011) señala que:

desde la posición de no-toda la mujer vehiculiza en la maternidad algo de su goce suplementario. Freud abordó esta cuestión en términos del "odio de la madre", con la ambigüedad que comporta el genitivo: hacia la madre y de la madre al hijo, fuente del sentimiento de persecución en la niña. Lacan encara primero este resto de "pasión mala" en términos de "insaciabilidad", "voracidad materna", "Deseo Materno" (voluntad sin ley), y finalmente, junto a la teorización acerca del goce, en términos de "estrago" (...). (párr. 30)

En relación a esto la practicante construye la hipótesis de que la intervención de la anterior practicante del psicoanálisis de C la ubica frente a lo insostenible, porque constituye para ella la repetición de este lazo signada por la “insaciabilidad”, la coloca ante esa “voluntad sin ley”. Lazo que, según la practicante, repite también con sus

partenaires. Mencionaré esto en los párrafos que continúan. Es así que la anterior practicante queda ubicada en la serie junto a la madre de la paciente como lo señala la practicante actual.

Por otro lado, como lo mencioné en el párrafo anterior la paciente repite este lazo estragante con sus partenaires. En sesión con la practicante actual habla de una relación de pareja reciente en la cual, según la Lic. LC, sostenía una posición de sumisión, estaba dispuesta siempre a agradar al otro. Agradar aun a costa de prestarse a escenas sexuales que incluían dolor físico y humillación.

Y en cuanto a ésta posición la Lic. LC afirmará que velaba un gusto por el dolor físico y moral.

Así mismo este fin buscado en su relación: agradar al otro, pareciese que a cualquier precio, es algo que se repite continuamente, y no solo en este lazo, según la Lic. LC. Testimonio de esto son sus dichos en relación a su sexualidad, la cual era una “fiesta continua desde piba”. Mediante la cual buscaba agradar para que no la dejen. Ubieto (2010) dirá relacionando el estrago materno con el estrago que puede ser un hombre para una mujer que “cuando el marido hereda esas malas relaciones se da aquí otra forma del estrago, pues entonces no habrá límites a las concesiones que una mujer puede hacer por un hombre” (párr. 11). De esta manera este partenaire es quien pasa a ocupar el lugar de su madre, repite con él el lazo estragante. Consiente y busca satisfacer una demanda ilimitada e imposible de colmar. Posteriormente la paciente termina la relación a partir de una infidelidad por parte de su novio.

A continuación la paciente inicia otra relación de pareja. En la cual la consigna inicial es "sin compromiso". Se trata de un hombre que aún vive con su mujer y con respecto a la cual la paciente no cree que se mantenga en el tiempo. Quizás como un intento de evitar la repetición del lazo estragante. Pero como nos enseña la teoría y nos confirma la clínica siempre hay algo que se repite una y otra vez, aun a pesar del mismo sujeto. Y esta repetición por parte de C inicia en esta nueva relación a partir de que ella besa a su peluquero, quien la piropeaba. Su partenaire, quien ya indagaba en su forma de vida y quería saber detalles sobre la misma, siempre quería saber más, no actúa diferente frente a este hecho. Es decir le pide detalles. Ante lo cual la paciente cede, le da detalles. Lo que provoca que su partenaire la acuse de engañarlo y que manifieste que desconfía de ella. Esto según la practicante la angustia. Pero considero que la

angustia no es ante las acusaciones en sí, sino ante repetición del lazo estragante. Porque al ceder busca agradar a su partenaire no consiguiéndolo, recibiendo en su lugar acusaciones. Y no logra agradarle porque se hace presente este sin límite en este nuevo lazo. Ningún detalle es suficiente, él siempre quiere saber más.

Por otro lado, a partir de ese beso la paciente empieza a actuar con miedo. Y ante el aumento de éste miente cada vez más, lo cual la lleva a enredarse y ser descubierta por su partenaire. Lo cual provoca que éste la acuse y le pida más detalles.

Una vez ubicado el real en juego es importante ubicar la estrategia de C ante él y las condiciones en que ésta falla.

Considero que la estrategia que utiliza la paciente frente a lo real del estrago consiste en responder a la demanda ilimitada, a esa voluntad sin ley, buscando satisfacerla desde una posición de sumisión, desde una “servidumbre voluntaria”. Esto puede verse en su afán por agradar al primer partenaire mencionado cediendo a prácticas sexuales humillantes y dolorosas y en la búsqueda de satisfacer la voluntad de saber siempre más de su actual partenaire, dándole detalles, exponiendo su intimidad sin límites.

A la vez interpreto que las condiciones en que falla esta estrategia tienen relación con la infidelidad del primer partenaire nombrado. Ya que aunque en palabras de C ella “(...) daba y soportaba todo (...)” pareciese que la demanda del Otro encarnado por su pareja nunca fue satisfecha del todo por ella. También relaciono esta falla con las acusaciones renovadas por parte de su pareja actual aunque la paciente haya cedido en brindar detalles sobre el incidente con su peluquero en pos de satisfacer su voluntad de querer saber más. Esta siempre queda insatisfecha ya que no hay detalles que puedan colmarla.

### **Las intervenciones**

Como mencione en el marco teórico el encuentro con un analista tiene efectos. Y para dar cuenta de esto es necesario ahondar en las intervenciones de la practicante actual. La misma ante el relato de la situación suscitada a partir del hecho del beso por parte de la paciente interviene diciéndole: “es sólo un beso, un gustito”. Intervención que apunta a descompletar a este Otro acusador (estrategia de la practicante) que la

señala y le pide exponer su intimidad, dar detalles, saber más, sin límites. Un sin límite, que según la Lic. LC, se relaciona con una posición fiscalizadora del Super Yo y que pone en juego un imperativo de goce. Goce que consiste en este caso en su gusto por el dolor moral. Gusto por ponerse en una posición de “servidumbre voluntaria”, de sumisión como en su relación anterior.

Otra intervención de la practicante ante un nuevo relato de pedido de detalles por parte de su partenaire es: “siempre dispuesta a responder”. Ante lo cual, según la practicante del psicoanálisis, C encuentra un nexo entre su pareja y su madre. Para la cual nada es suficiente. A pesar de que la paciente busca satisfacerla su madre responde: “falta algo más”. Esto sucede también con sus partenaires y su jefa. Los cuales junto a la madre, según la practicante, repiten un rasgo. Al respecto C dirá: “con una mano me soban, con la otra me cachetean”. “Cada vez es más claro: quedo en sus manos y es algo que ya no quiero. Antes, con mis mentiras e historias lo arreglaba. Ahora ya no me cierra, no es lo que quiero, pero me da pánico quedar fuera”. Ante esto la practicante interviene: algo distinto. Y corta sesión. Considero que estas intervenciones de la practicante apuntaron a la posición de C ante la demanda ilimitada del Otro. Es ella quien elige responder, buscar agradar, satisfacer.

También considero que la primera intervención mencionada en el párrafo anterior apuntó al goce de C, que posibilitaba la repetición de este tipo de lazo. Ya que buscar agradar a otros implicaba para ella ser humillada, prestarse al dolor físico y/o moral.

## Caso M

### De la relación que no hay

M es una mujer de mediana edad que inicia un primer tratamiento con la Lic. X a raíz de un intento de suicidio en el marco de la **separación de su tercera pareja significativa**. Anteriormente la paciente llevó a cabo **dos intentos de suicidio**. Uno en su adolescencia y otro en su juventud. El que la lleva a consultar con la Lic. X sería el tercero.

Considero importante ubicar las circunstancias de los tres intentos, ya que esto nos permitirá ubicar lo real en juego teniendo en cuenta que un **intento de suicidio** puede conceptualizarse como una **respuesta ante la angustia**. Afecto que es señal de lo real.

El primer intento de la paciente, según la Lic. I, se puede relacionar con el **estrango materno**. Con una situación con la madre no especificada. Quien durante la infancia de M solía proferir muchos gritos e insultos contra su padre. De manera reiterada. Y en medio de este conflicto se encontraba la paciente tomando partido por su padre. Por otro lado, una de las consecuencias de éste intento fue la internación de M en un hospital neuropsiquiátrico durante un periodo de tiempo. La practicante I refiere que es a partir de este suceso que la paciente construye una **identificación a la locura, se posiciona como la “loca depresiva”**. Por último, testimonia este real en juego una situación ocurrida después de una separación de M quien se va a vivir a la casa de su madre y abre una librería, un emprendimiento. Posteriormente su progenitora le pide que cierre este negocio para alquilar el lugar. Finalmente este hecho no ocurre (no lo alquila) y le pide a la paciente que le ayude a armar un negocio juntas. Considero que esto evidencia un lazo estragante en el cual M se encuentra a merced del deseo caprichoso de la madre.

El segundo intento lo lleva a cabo M cuando se encontraba atravesando una **separación de su ex marido**. Con quien convivía junto a sus dos hijas menores y a su suegra. Es importante destacar el lazo establecido con este marido y con su suegra. Con él sostenía una relación agresiva, violenta, con muchos insultos, con prohibiciones

por parte de él para hacer cosas. Y con ella tenía una relación conflictiva en la cual había muchos insultos cotidianamente.

Por otro lado, es importante señalar el motivo de la separación de la pareja. La paciente se entera de una infidelidad por parte de su esposo y comienza a considerar separarse, lo cual, según la Lic. I, significo para ella un proceso largo antes de que se concrete esto. De este relato puede desprenderse que **el real en juego se ubica en relación al lazo que establece la paciente con su partenaire y sus dificultades para hacer un corte en este**. En otras palabras podríamos remitirlo al **agujero de la no relación sexual** que implica la imposibilidad de lazos armoniosos, de una garantía sobre estos lazos. Debido a que hay goces en juego. Al respecto Ayerza (s.f.) afirma que la frase de Lacan no hay relación sexual significa que “(...) no hay garantía universal de una relación sexual armoniosa con la propia pareja” (párr. 20). A su vez Soler (s.f.) agrega que ésta frase de Lacan formula lo puesto en evidencia por Freud de que “(...) los goces corporales no unen, y que esto también sucede dentro de una pareja adulta” (párr. 3). Y que “(...) este cuerpo que cada uno tiene y que necesita para gozar, no tiene nada para hacer lazo social, y no tiene otro compañero que los objetos de la pulsión (...)” (Soler, s.f., párr. 3).

Por último, considero que este intento fue un pasaje al acto basándome en los dichos de la paciente con respecto a él: “tomé las pastillas para terminar con ese momento”. Dichos que denotan su posición en esa respuesta que da a la angustia, buscando caer de la escena insoportable, buscando no saber nada de eso.

El tercer intento de suicidio se da durante la **separación de su tercera pareja significativa** de muchos años. Con la cual, según la practicante I, sostenía una situación conflictiva debido a un préstamo asumido por ambos, pero pagado finalmente por ella. El termina dejándola y como señala la Lic. I es en el marco de la **soledad y el vacío** que ella lleva a cabo el intento de suicidio. Una vez más se corta un lazo, una vez más aparece la angustia ante esto insoportable ante lo cual la paciente responde con una tentativa suicida. Considero que el **real en juego** es nuevamente **la no relación sexual** que se verifica una y otra vez, tras cada separación de M.

Es relevante señalar que casi contemporáneo al tercer intento el padre de M muere. Padre, según la practicante I, muy significativo, por quien tomaba partido en las discusiones. Testimonio de su importancia y función es lo que dirá la paciente frente



a su fallecimiento: “**perdí la seguridad que él me daba**”. La Lic. I señala que eran cercanos, ella estaba para él y él estaba para ella. Ante este hecho M empieza a tener ataques de pánico. Que según la Lic. I se podrían interpretar en relación al lazo de M con su padre, al lazo perdido a raíz de su muerte. Un lazo basado en el amor que como dijo Lacan “(...) crea la ilusión de una relación sexual” (Ayerza, s.f., párr. 43).

Es así que podemos ubicar que el real en juego en este caso es el agujero de la no relación sexual.

### ***Depresión y donación***

En una sesión M se refiere a ella misma diciendo “soy depresiva”. Lo cual la Lic. I interpreta como una identificación construida desde su adolescencia a partir de una internación en un hospital neuropsiquiátrico. Identificación que constituye una posición y que se puede ubicar en dichos como: “no puedo nada”, “no tengo ganas”, “mis ganas de llorar”. Esto coincide con la concepción que tiene Berenguer (2006) acerca de la depresión: “(...) la depresión, en términos psicoanalíticos, es una queja (...). Por nuestra parte, podemos relacionar dicha queja con una cierta posición subjetiva, posición del sujeto respecto a su deseo y su goce, así como respecto al saber inconsciente” (párr. 3). Es así que la posición de M se relaciona con un no querer saber con respecto a sus separaciones, con respecto al lazo con su madre, con respecto al lazo perdido con su padre. Esa es la función que cumple. Esto puede verse cuando la paciente manifiesta en sesión ganas de llorar todo el tiempo sin atribuirle una causa, refiriéndose a que es algo que le pasa siempre. Mientras cursaba una nueva separación con una cuarta pareja. De esta manera considera la causa de su llanto, de su no tener ganas, a su depresión que vela los lazos conflictivos y estragantes sostenidos con su madre, su ex suegra, su ex esposo, que vela la pérdida del lazo con su padre, con sus partenaires. A su vez esta estrategia falla porque a pesar de los esfuerzos de M por no saber, lo insoportable se hace presente y causa angustia.

Otra estrategia ante lo real que puede ubicarse es su posición de “objeto teta, bastón” señalado por la Lic. I. Que consiste en donarse continuamente a los otros, en poner sus recursos a su servicio. En **dar todo**. Que puede estar relacionado con el lazo estragante sostenido con la madre, con su posición en él. Esta estrategia puede verse en lo señalado por la practicante I, que la librería que la paciente abre en la casa de su madre, además de una venta de empanadas tenían como objetivo **sostener a su**

**tercera pareja**, en que **durante su matrimonio ella era la proveedora** y en que **cierra su emprendimiento para iniciar uno compartido con la madre**. También esta estrategia falla porque no le garantiza a M un lazo, no hace existir la relación sexual. Esto lo evidencia la separación de su ex esposo a partir de una infidelidad y la separación de su tercer pareja quien la deja.

### *Un amor diferente*

M llevo a cabo tratamiento con dos practicantes del psicoanálisis, con la Lic. X y con la Lic. I. La primera, según la practicante I, realizó intervenciones apuntando a que M pudiera establecer otra forma de lazo, apuntando a su lugar de objeto que se dona sin límites y al lugar del Otro para con ella. Todo esto fundamentalmente a partir de la transferencia. La cual estimo le permitió a la paciente un encuentro con otro tipo de amor, con un Otro diferente, que le permitía dejar de ocupar un lugar de objeto para ocupar otro lugar.

Por otro lado, en relación a este Otro encarnado por la practicante Recalcati (2004) habla de una rectificación del Otro y señala que ésta:

significa encarnar como analista un Otro diferente de aquello real que el sujeto ha encontrado en su historia (...). Se trata ante todo de decir “sí” al sujeto, en consecuencia encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no callarse, no obturar, no sofocar, no atormentar. Esta nueva configuración del Otro permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible con el Otro. (párr. 24)

A su vez, la practicante I señala que la Lic. X buscó movilizar la certidumbre “soy depresiva”. Probablemente apuntando a esta posición desde la cual M no quería saber nada de lo que le causaba sufrimiento, la angustiaba.

### *Empezar a saber*

La Lic. I realizó intervenciones apuntando a la implicación subjetiva de la paciente en sus síntomas, en sus intentos de suicidio. No dio margen a la queja de M que le permitía no cuestionarse, no preguntarse sobre lo que le pasaba a ella, sobre lo

insoponable. Le realizó reiteradamente preguntas sobre que había de ella en lo que relataba, en lo que se quejaba. Apuntando a ubicar su posición con respecto a eso.

## **Conclusiones**

### **Efectos terapéuticos en el Caso N**

El efecto terapéutico producido en el Caso N consiste en un acotamiento del goce infinitizado expresado en el cese de los gritos, el llanto y los espasmos en el cuerpo de N. En que la paciente empieza a mirar su propio cuerpo, a tocarlo. A ser menos “ajena” en él. También interpreto que la lógica de producción de este efecto terapéutico se basa en el lazo establecido con el Otro en el marco del discurso psicoanalítico, encarnado por la practicante, en que ésta causa el trabajo de N en relación a su invención, dibujar, y en que el discurso analítico le permitió a la paciente tratar el goce por medio de la palabra. Le permitió “sacar su voz”. Lo cual dio lugar a una suplencia que consiste en convertirse en cantante. Lo cual implicó para N iniciar la grabación de demos que lleva a sesión, comenzar a componer canciones breves, conseguir un trabajo que le permite pagarse clases de canto.

Para finalizar considero pertinente definir que es una suplencia en las psicosis y que función cumple. Borsoi (2009) dirá que “una suplencia exitosa es un intento de cura, al decir de Freud, es lo que impide todo el desorden y lo que va a religar los elementos dispersos (...)” (párr. 11). Y afirma que “la construcción de una suplencia puede ubicar y moderar el goce invasor y arrebatador” (Borsoi, 2009, párr. 11).

### **Efectos terapéuticos en el Caso C**

Los efectos terapéuticos producidos en el Caso C, según la practicante, fueron efectos terapéuticos de responsabilización subjetiva y de rectificación subjetiva con respecto a su posición frente a la demanda ilimitada del Otro. Esto puede verse en los dichos de C: “Cada vez es más claro: quedo en sus manos y es algo que ya no quiero. Antes, con mis mentiras e historias lo arreglaba. Ahora ya no me cierra, no es lo que quiero, pero me da pánico quedar fuera”. Dichos que reflejan una responsabilización, una elección. También puede verse en la charla que relata haber tenido con su pareja actual en la cual no llora, no le ruega y puede hacerse escuchar. Abandona esa posición de sumisión que en otro momento marco sus relaciones de pareja. Igualmente puede verse en el intento frustrado de su partenaire de ponerle una condición, ante la cual C

responde: “Yo me ocuparé de mi camino y vos del tuyo, y si la cosa funciona, podremos armar un camino juntos”. Estableciendo un corte, un límite, ante esa demanda.

A su vez, es importante destacar que los efectos terapéuticos de responsabilización y rectificación subjetiva también afectaron su posición frente a su goce. Lo cual puede observarse cuando C dice: “Sufro, hasta ahora era mi pago para ganarme las cosas. ¿Por qué con dolor? Porque no me es insoportable, gozo de eso. También en lo sexual. Pero ahora es mi elección, ya no es para satisfacer los deseos del otro. Incluso ahora empiezo a comprender cómo funciona mi cuerpo”.

Por otro lado, considero que estos efectos se basan en las interpretaciones de la practicante realizadas desde un lugar que no implicó una demanda dirigida hacia la paciente. Un lugar que según Laurent (2006) no es otro que el del vacío, del enigma, del cuestionamiento del deseo y el goce de C. Interpretaciones que también apuntaron a ubicar la posición de C frente a su deseo y goce. Sin recurrir al sentido, sino yendo más allá del sentido. A su vez considero que los mencionados efectos también se basan en las intervenciones de la practicante que apuntaron a descompletar al Otro, a agujerearlo, para que pierda consistencia y con él el Super Yo fiscalizador y su imperativo de goce.

Por último, considero necesario definir en que consiste la rectificación subjetiva mencionada en este caso y que entendemos en psicoanálisis por Otro.

Miller (1997) afirma que “lo que Lacan llamaba rectificación subjetiva es pasar del hecho de quejarse de los otros para quejarse de sí mismo” (p. 69-70). En relación a esto agrega que “(...) el acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja (...)” (Miller, 1997, p. 70). A su vez señala que “(...) Lacan llamaba rectificación subjetiva cuando en el análisis el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que ocurre. La paradoja es que el lugar de la responsabilidad del sujeto es el mismo del inconsciente” (Miller, 1997, p. 70).

En cuanto a que entendemos por Otro en psicoanálisis considero pertinente hacer referencia específicamente al Otro primordial. Molleda (2016) señala que la madre es el Otro primordial. Y también indica que:

(...) el niño se apoya en la relación con la madre (y la madre tiene que sostenerlo, claro) para 1) entrar en el orden simbólico, 2) para introducirse en la dialéctica humana del amor y del deseo, 3) para

constituirse como sujeto separado, 4) para hacerse un cuerpo. (Molleda, 2016, párr. 1)

### **Efectos terapéuticos en el Caso M**

Los efectos terapéuticos producidos en el Caso M fueron quizás breves. Por un lado, como lo señala la practicante I la paciente en un primer momento pudo establecer con su cuarta pareja un lazo diferente, ya que cada uno vivía en su casa y tenía sus espacios. Lo que podría implicar un límite en ese lazo. Esto puede relacionarse con la posibilidad de la paciente de establecer otro tipo de lazo a partir de la transferencia con la Lic. X. A su vez, la paciente menciona la separación de esta cuarta pareja en sesión. M se dirige a un Otro, en el marco de la transferencia. Puede buscar poner en palabras lo insoportable en lugar de responder ante esto que la angustia con un intento de suicidio. Esto puede verse reflejado en el hecho de que aun a pesar de esta separación M no ha realizado otras tentativas suicidas.

Por otro lado, hacia el final del segundo tratamiento la practicante I señala que M empieza a implicarse en su padecimiento. Esto se puede ubicar cuando habla de su pánico y dice: “yo extraño a mi papá, no lo quiero decir, no lo quiero ver”. Lo cual implica otro paso del no querer saber a poner en palabras algo de lo insoportable. Que quizás de esta manera pueda hacerse un poco menos insoportable.

### **Los efectos terapéuticos en los tres casos**

Considero como una constante en los casos analizados la referencia al Otro. Ya sea el Otro que demanda sin límites en un lazo estragante, el Otro diferente encarnado por una practicante con el que se hace lazo en un tratamiento o el Otro encarnado por un partenaire con el que se pierde un lazo. Interpreto esto como un eje fundamental en los casos de pacientes con intento de suicidio basándome en lo señalado por Pablo Muñoz con relación al suicidio y a los intentos de suicidio ya sean por pasaje al acto o por acting out. En ambos casos aparece el Otro, del que no se quiere saber nada, con el que se rompe como en el pasaje al acto o frente al cual se escenifica la propia muerte como un llamado a éste.

A su vez interpreto que otra constante es la transferencia, este lazo nuevo con las practicantes por parte de las pacientes. Que permitió la producción de los efectos terapéuticos durante los tratamientos. Vale señalar que el lazo transferencial fue sostenido desde el deseo del analista. Lo cual considero explica sus efectos.

Por otro lado, es importante señalar aquello que interpreto hace a la singularidad de cada caso.

El Caso N gira entorno a la invasión de goce en el cuerpo de la paciente, al arreglo, invención, por medio del dibujo que la misma ya había construido antes del encuentro con la practicante, al uso del amor por parte de ella como un intento de significar ese goce que retorna en lo real, al despliegue del trabajo en relación a esa invención en tratamiento y a la suplencia que construye finalmente, también en tratamiento, en transferencia.

Considero que este caso constituye una enseñanza acerca del “tratamiento” que un paciente psicótico puede hacer de la invasión mortificante de goce aun antes del encuentro con una practicante del psicoanálisis y de lo que posibilita este encuentro en relación a sus recursos para hacer frente a lo real.

El Caso C testimonia sobre los efectos del estrago materno en los lazos que establece una mujer, sobre el papel del goce como motor de la repetición y sobre el encuentro con una practicante como posibilitador del establecimiento de un límite en esos lazos, de responsabilizarse de la propia posición y de cambiarla.

Por último, el Caso M nos enseña sobre como una paciente se enfrenta a lo insoportable de la relación sexual que no existe. Y como éste se hace presente no solo en las relaciones con sus partenaires sino con otros con quienes hace lazo. También testimonia sobre la depresión en la neurosis como una queja relacionada con una posición subjetiva, más que como una patología que debe ser medicalizada. Y sobre los ataques de pánico como crisis de angustia ante lo insoportable de lo real, afecto al que se le debe dar un marco por medio de la palabra del paciente, más que acallararlo con pastillas.

Luego de exponer las hipótesis sobre los efectos terapéuticos presentes en cada caso y sobre su lógica de producción es momento de concluir. Y lo hare mencionado la enseñanza que extraigo de mi investigación, del recorrido que implicó.

En primer lugar resalto la importancia del deseo del analista en la clínica, posición particular y esencial para la dirección de la cura. Que posibilitó la producción de los efectos terapéuticos mencionados y sostuvo las intervenciones analíticas que apuntaron a la restitución del lazo con el Otro y a la restitución de la cadena significativa en cada uno de los casos analizados.

A su vez subrayo lo fundamental de la transferencia como artificio que posibilitó la restitución del lazo. Artificio sin el cual no es posible una cura psicoanalítica, ni un tratamiento desde ésta perspectiva.

Por otro lado, señalo el valor crucial de la formación del analista consistente en el trípode freudiano del propio análisis, la supervisión y el estudio de la teoría. Ya que del propio análisis surge el deseo del analista. Y los otros dos ejes le permiten orientarse en la clínica.

Por último, atesoro el recorrido que realicé ya que mediante él constaté que el psicoanálisis tiene efectos, que está a la altura de la época y que puede responder a la presentación clínica analizada en la cual el lazo está destruido. Y aprendí que los efectos terapéuticos consisten en pasar de no querer saber nada a empezar a saber, un saber inconsciente; y en posibilitar que los sujetos se posicionen de tal manera que les permita soportar lo insoportable.



## Referencias Bibliográficas

- Ayerza, J. (s.f.). No hay relación sexual. Recuperado de <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Amor-deseo-goce/565/No-hay-relacin-sexual>
- Balliache, A. (s.f.). De la falta en el Otro S(A) a la inconsistencia del Otro S(A). Recuperado de <http://www.nel-amp.org/index.php?file=Carteles/Boletin-de-carteles/020/Productos-de-carteles/De-la-falta-en-el-Otro-S.html>
- Berenguer, E. (2006, Febrero). "Depresión" y rectificación subjetiva: efectos terapéuticos, ¿rápidos o breves? *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/540/dossier-depresion/depresion-y-rectificacion-subjetiva-efectos-terapeuticos-rapidos-o-breves>
- Blanco, J. M. (2015). Adolescencia y acting out: el intento de suicidio. En Dr. A. Viguera (Presidencia). Conferencia llevada a cabo en el V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata, La Plata, Argentina.
- Borsoi, P. (2009, Noviembre). ¿Cuál el lugar para el síntoma psicótico en el diagnóstico estructural de Lacan? *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/411/variedades/cual-el-lugar-para-el-sintoma-psicotico-en-el-diagnostico-estructural-de-lacan>
- Brousse, M. H. (2002, Mayo). ¿De qué sufrimos? *Virtualia*. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/715/destacados/de-que-sufrimos>
- D'Angelo, L. (2006). Terapias breves versus efectos terapéuticos rápidos. En A. R. Najles. (Ed.), *Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona* (pp. 34-41). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Dessal, G. (2002, Marzo). Sobre una degradación particular de la vida erótica. *NODUS*. Recuperado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=9&rev=1&pub=1>

- Di Pinto, C. (6 de Octubre de 2016). Estrategias ante lo real. *Diario Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-311077-2016-10-06.html>
- EOL, (2015). Hacer lazo. Psicoanálisis en la Red. Recuperado de [http://eol.org.ar/template.asp?Sec=la\\_escuela&SubSec=el\\_psico&File=Destacados/15-06-13\\_Jornadas-La-Red.html](http://eol.org.ar/template.asp?Sec=la_escuela&SubSec=el_psico&File=Destacados/15-06-13_Jornadas-La-Red.html)
- Fleischer, D. (2004, Agosto). Angustias actuales. *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/631/jornadas-anales-de-la-eol/angustias-actuales>
- Freud, S. (1991). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 111-119). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912)
- Guilañá, E. (2006). La Conversación: Apertura. En A. R. Najles. (Ed.), *Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona* (pp. 63-65). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Harari, C. (s.f.). La paradoja de la transferencia como momento de apertura y de cierre del inconsciente. Recuperado de: <http://www.nel-amp.org/index.php?file=Carteles/Boletin-de-carteles/016/La-paradoja-de-la-transferencia-como-momento.html>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. P. (2014). Metodología de la Investigación. 6ta Edición. México: McGraw-Hill.
- Iuale, L., y Bachmann, R. (2012). Sigmund Freud y Jacques Lacan: Una lectura sobre los efectos terapéuticos. En J. C. Esquivel. (Ed.), *La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones* (pp. 107-121). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.
- King, P. (2018). Counter Transference, “The First Name of the Real” (Contratransferencia, “El primer nombre de lo real”). Recuperado de <http://nlscongress2018.com/index.php/en/2018/06/25/counter-transference-the-first-name-of-the-real-by-pamela-king/>
- Lacan, J. (s.f.). Conferencias y charlas en universidades norteamericanas. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.26%20%20%20%20CONFEREN>

CIAS%20Y%20CHARLAS%20EN%20UNIVERSIDADES%20NORTEAMERICANAS,%201975.pdf

- Lacan, J. (2003a). *Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina, S.A.
- Lacan, J. (2003b). *Escritos 1*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina, S.A.
- Lacan, J. (2007). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 10: La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2010). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laurent, E. (2006). Principios rectores del acto psicoanalítico. En E. Laurent (Presidencia), *El Nombre del padre. Prescindir de él, usarlo*. Conferencia llevada a cabo en el V Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, Roma, Italia.
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J. A. (2008). *El amor en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J. A. (2011). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J. A. (2012). Jacques Lacan: Observaciones sobre su concepto de pasaje al acto. Recuperado de <http://nel-medellin.org/miller-jacques-alain-jacques-lacan-observaciones-sobre-su-concepto-de-pasaje-al-acto/>
- Molleda, E. (2016). La madre como Otro primordial. Recuperado de <http://mujeres.jornadaselp.com/episteme/la-madre-como-otro-primordial/>
- Naparstek, F. (2016, Agosto). Nuevos cuerpos, nuevos goces. *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/6/cuerpos/nuevos-cuerpos-nuevos-goces>
- Pérez, J. F. (2005, Julio). La pregunta por la eficacia terapéutica en psicoanálisis. *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/567/xiv->

encuentro-internacional-del-campo-freudiano/la-pregunta-por-la-eficacia-terapeutica-en-psicoanalisis

Pontificia Universidad Javeriana (s.f.). Normas APA. Recuperado de [https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/normas\\_apa\\_revisada\\_y\\_actualizada\\_mayo\\_2019.pdf](https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/normas_apa_revisada_y_actualizada_mayo_2019.pdf)

Recalcati, M. (2004, Agosto). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/627/aportes/la-cuestion-preliminar-en-la-epoca-del-otro-que-no-existe>

Rubistein, A. (2009, Noviembre). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/414/variedades/el-deseo-del-analista-saber-hacer-con-lo-que-hay>

Rubistein, A. (2012a). La construcción del caso. Psicoanálisis e investigación. En J. C. Esquivel. (Ed.), *La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones* (pp. 35-52). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Rubistein, A. (2012b). ¿A qué llamar terapéutico en psicoanálisis? En J. C. Esquivel. (Ed.), *La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones* (pp. 77-86). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Rubistein, A. (2012c). Efectos de la intervención analítica en instituciones. El proyecto. En J. C. Esquivel. (Ed.), *La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones* (pp. 17-32). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Rubistein, A. (2012d). Algunos resultados de la lectura de casos. En J. C. Esquivel. (Ed.), *La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones* (pp. 293-312). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Santana, A. (2018, Agosto). ¿Cómo habito la Escuela como AP? "antes y después". *Glifos*. Recuperado de <http://nel-mexico.org/index.php?sec=GLIFOS&file=GLIFOS/010/Noches-de-Escuela/Como-habito-la-Escuela-como-AP.html>

- Seldes, R. (2004, Agosto). La angustia y la certeza. *Virtualia*. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/633/jornadas-anales-de-la-eol/la-angustia-y-la-certeza>
- Seldes, R. (2008, Noviembre). La urgencia del psicoanálisis aplicado. *Virtualia*. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/432/seminario-de-psicoanalisis-aplicado/la-urgencia-del-psicoanalisis-aplicado>
- Seynhaeve, B. (2019). Interpretation: From Truth to Event (Interpretación: de la verdad al evento). Recuperado de <http://www.amp-nls.org/page/gb/43/home>
- Sinatra, E. (2012). Una cuestión preliminar a la construcción del caso: el empleo de las citas. En J. C. Esquivel. (Ed.), *La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones* (pp. 67-73). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.
- Soler, C. (s.f.). El malestar sexual a cielo abierto. Recuperado de <https://forofarp.org/beta/wp-content/uploads/2019/04/ENTREVISTA-COLETTE-definitiva.pdf>
- Tarrab, M. (2001, Julio). Un lazo social inédito. *Virtualia*. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/764/destacados/un-lazo-social-inedito>
- Tendlarz, S. E. (2011). Lo que una madre transmite como mujer. Recuperado de <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/varite/edicion/Sobre-mujeres-madres-y-ninos/320/Lo-que-una-madre-transmite-como-mujer>
- Theodoridis, E. (2018). From the Transferential Unconscious to the Real Unconscious (Del inconsciente transferencial al inconsciente real). Recuperado de <http://nlscongress2018.com/index.php/en/2018/06/25/from-the-transferential-unconscious-to-the-real-unconscious-by-epaminondas-theodoridis/>
- Ubieto, J. R. (2010). Crónica: Madre y Mujer. Recuperado de [https://elp.org.es/cronica\\_madre\\_y\\_mujer\\_amanda\\_goya\\_madrid/](https://elp.org.es/cronica_madre_y_mujer_amanda_goya_madrid/)

## Apéndices

### Guía de entrevista

- ¿Por qué el paciente fue llevado al dispositivo de urgencias?
- ¿Cuál fue la modalidad del intento de suicidio (ahorcamiento, cortes, etc.)?
- ¿Cuáles fueron las circunstancias del intento de suicidio (lo hizo solo o acompañado, lugar)?
- ¿Realizo otros intentos con anterioridad? ¿modalidad y circunstancias?
- ¿Qué intervenciones realizó usted? ¿Por qué?
- ¿Se produjeron modificaciones en el paciente a partir de sus intervenciones? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles?
- ¿Se produjeron formaciones del inconsciente (asociaciones, sueños, recuerdos, etc.) en el paciente a partir de sus intervenciones? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles?

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA  
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

“Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en pacientes  
con intento de suicidio”

Alumno: Rogelio Damián Aguirre

**DNI 31093250**

Director: Lic. Humberto Eusebio Pineda

**DNI 20247600**

---

**EVALUACION**

- Decisión:
  
- Tribunal evaluador:
  
- Jurado:
  
  
- Jurado:
  
  
- Jurado:
  
  
- Lugar y Fecha: