



**LA CREENCIA RELIGIOSA EN LOS ESPACIOS DE PALABRA CON  
ORIENTACIÓN ANALÍTICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**AUTORES:**

**MARÍA JOSÉ ZOLLER ANDINA  
CARLOS HUGO CHIMBORAZO**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**PSIC. ANTONIO AGUIRRE F.**

**Guayaquil, Ecuador  
2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **María José Zöller Andina** y **Carlos Hugo Chimborazo**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicóloga Clínica**

**TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**Psic. Antonio Aguirre F.**

**REVISOR(ES)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

\_\_\_\_\_

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **María José Zöller Andina y Carlos Hugo Chimborazo Castillo**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación “**La creencia religiosa en los lugares de palabra con orientación analítica**” previa a la obtención del Título de **Psicólogo(a) Clínico(a)**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 2 del mes de mayo del año 2014**

**LA AUTORA**

**EL AUTOR**

---

**María José Zöller Andina**

---

**Carlos Hugo Chimborazo**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **María José Zöller Andina y Carlos Hugo Chimborazo Castillo**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: “**La creencia religiosa en los lugares de palabra con orientación analítica**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 2 del mes de mayo del año 2014**

**LA AUTORA**

---

**María José Zöller Andina**

**EL AUTOR**

---

**Carlos Hugo Chimborazo**

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, que con su acompañamiento, amor y cariño, han sido siempre el motor fundamental, en todos estos años de mi vida.

A mis compañeros de Carrera, que desde las aulas, han sido importantes en mi formación académica.

A mi compañera de tesis María José Zöllner por su paciencia, confianza, y principalmente por su amistad en estos años.

**Carlos Hugo Chimborazo Castillo**

A Dios, la inspiración.

A mis padres, el apoyo y la fortaleza.

A mis maestros, la sabiduría.

A mis compañeros, las experiencias.

A los que creen y a los que no, su existencia.

Y a la vida, las sorpresas.

**María José Zöllner Andina**

## **DEDICATORIA**

A mis abuelos Hugo Castillo y Rosa Catuta, que han sostenido durante toda su vida que la educación puede cambiar el mundo. A esas personas comprometidas con el saber y la verdad, es decir los imprescindibles.

**Carlos Hugo Chimborazo Castillo**

A mi madre, que ha sido mi soporte incondicional y me ha demostrado siempre su amor infinito. A ella, mi mayor admiración. A ella, mi más grande ejemplo de dedicación y constancia.

A mi padre, que a su manera me hizo concebir la vida como un continuo esfuerzo, y las metas logradas como la mejor satisfacción. Por su apoyo y cariño.

A ellos mi eterna gratitud.

**María José Zöller Andina**

# TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

**Psic. Antonio Aguirre F.**

TUTOR

---

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CALIFICACIÓN**

---

**Psic. Antonio Aguirre F.**

TUTOR



# Contenido

RESUMEN .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....	7
Algunas consideraciones sobre la religión.....	7
El ideal religioso y la constitución de la masa.....	7
El alma colectiva y sus características .....	10
El caudillo .....	12
Sugestión e identificación .....	14
La promesa.....	19
El discurso religioso y sus modalidades en la estructura del lenguaje.....	21
La certeza psicótica .....	21
El discurso cerrado de la religión y la función secretarial.....	30
Rasgos perversos en la neurosis .....	33
La vertiente religiosa en la neurosis .....	36
El verdadero despertar .....	44
Las verdades.....	44
La moral vs la función del analista .....	48
La labor analítica .....	51
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO .....	56
Método Exegético .....	57
Método de abducción.....	58
Introducción al método psicoanalítico .....	59
Psicoanálisis aplicado a la terapéutica .....	61
La singularidad.....	62
División Subjetiva.....	63
La práctica de la palabra .....	64
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	65
Análisis de lo desarrollado por medio de casos .....	66
Caso O.O.....	66

Caso W.M.....	70
Caso S.N. ....	72
Caso S.F. ....	73
Análisis de las técnicas utilizadas .....	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
TRABAJOS CITADOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
PIES DE PÁGINAS.....	89
ANEXOS .....	90

## RESUMEN

El trabajo a continuación es un breve análisis sobre la manifestación de la creencia religiosa en el discurso. Pretende aproximarse a la función que podría cumplir este fenómeno para el paciente y sus implicaciones psíquicas. No se trata de llegar a consideraciones filosóficas, paradigmas o interrogantes de orden religioso, sino a la creencia religiosa como recurso defensivo o de estabilización subjetiva, dependiendo de los casos.

A partir de bases teóricas extraídas desde la perspectiva psicoanalítica, se dilucidará de qué manera la creencia religiosa puede servir de soporte imaginario en algunas circunstancias, y cómo por otra parte puede ser causa de estancamiento u obstáculo en los espacios de escucha con orientación analítica.

El rol del clínico es otro punto clave. Éste se ve enfrentado a la demanda institucional por un lado, ya que el trabajo se situará también en la práctica con pacientes hospitalarios; y por otro lado tiene que vérselas con la demanda del propio sujeto. Es importante entonces saber ubicar la demanda, las posibilidades y limitaciones que se pueden presentar, y trabajar a partir de estas pautas.

A través de este desarrollo se tratará de evidenciar la relación que tiene el sujeto con su propia verdad, la singularidad en el decir, y la responsabilidad subjetiva en las elecciones hechas.

**Palabras Claves:** *creencia religiosa, identificación, sentido, goce, real, división subjetiva, angustia, estabilización, puntos de quiebre, cambio de escena.*

## INTRODUCCIÓN

El presente documento de investigación corresponde al trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo(a) Clínico.

Durante las prácticas clínicas realizadas en la institución hospitalaria S.O.L.C.A. (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) desde el 13 de Mayo del 2013 hasta finales del mes de Enero del 2014, se sostuvo un espacio de palabra y escucha para los pacientes que aceptaran el servicio de atención psicológica. Frente a los diagnósticos médicos, las urgencias hospitalarias y las dificultades de los tratamientos, la consigna se basó en mantener abierta la posibilidad de un espacio diferente al institucional, en donde los pacientes pudieran elaborar y subjetivar sus dificultades y malestares. Fue justamente en este punto en donde se logró ubicar en ciertos casos una especie de discurso cerrado en el que, si aparecían estas dificultades o malestares antes mencionados, eran automáticamente aplazados a un segundo lugar. Este discurso cerrado, llamado así por la facilidad con que escapa a un punto de quiebre en donde reaparezca la división subjetiva, se completa con sentido generalmente alrededor de *la creencia religiosa*. En muchos casos la creencia religiosa sirvió de estabilización para los pacientes, y contribuyó también con los tratamientos quirúrgicos o de quimioterapia. En otros casos en donde, a manera de contraste, aparecieron dificultades evidentes, el paciente pudo trabajar en torno a alguna temática en particular. Y si bien se acercaron a niveles de angustia, también se lograron descargas de alivio al poner en palabras su malestar. Por consiguiente, este trabajo está inspirado en lo que se reflejó

en la práctica hospitalaria, pero pretende extenderse a su vez a la práctica clínica con orientación psicoanalítica por fuera del dispositivo institucional. ¿Cuáles son las dificultades del discurso cerrado? ¿Cuándo cumple una función de soporte? ¿Cuándo orientar al sujeto a ir más allá de la creencia y cuándo no? Estas son algunas de las preguntas que son formuladas, sobre todo cuando el discurso y la palabra son el recurso principal para el clínico.

Por esto el tema a desarrollar es un análisis sobre la creencia religiosa manifiesta en el discurso, en relación a su función de estabilización subjetiva frente a la angustia o de obstáculo para la aproximación a lo real, dentro de los espacios de palabra y escucha clínica con orientación analítica.

La importancia del tema expuesto radica directamente en resaltar cuál es el rol del clínico frente a un mismo fenómeno, subrayando la necesidad de pertinencia frente a la pluralidad de casos y situaciones, en las que el profesional debiera responder de una manera acorde a lo manifiesto.

El tema declarado compete al papel del clínico dentro y fuera de una institución hospitalaria, confrontándolo con la demanda médica y la demanda del paciente. Se trata de esclarecer también las oportunidades y dificultades a las que podría exponerse en su práctica, considerando la recurrencia del tema religioso en el discurso y las modalidades de posicionarse frente a este.

Esta investigación pretende llegar a consideraciones sobre la subjetividad humana frente a un fenómeno en particular evidenciado en el discurso: la creencia religiosa. Sin duda entraña concepciones sobre las implicaciones psíquicas alrededor de este tema y sobre el rol del clínico como profesional dentro y fuera de una institución. La cuestión de la época está desde luego ya implícita, puesto que no se puede nunca excluir la situación y el tiempo actual en el que se desarrolla el tema investigativo, y tampoco obviar que la sintomatología y las demandas están dadas acorde a la época. Finalmente, es pertinente considerar también que el análisis de la creencia religiosa, su elección o su invalidez nos lleva a reconocer elecciones a las que se les suma el malestar propio del sujeto y su impacto en las múltiples relaciones interpersonales.

La propuesta de esta problemática responde a la pertinencia del clínico en su práctica. La elaboración de este tema contribuiría de forma académica en tanto que brinda una perspectiva diferente de un tema que es difícilmente considerado, y que más aún, puede pasar casi desapercibido en el momento de la escucha clínica si el profesional no tiene al menos conocimientos básicos de la temática referida. Esto por otra parte retoma los pilares fundamentales de la ética en este campo, y confronta al clínico a manifestarse con una postura definida luego de una crítica y cuestionamiento incluso de los propios principios, ya que muchas veces el clínico puede desviarse del rol que le compete.

La función de la creencia religiosa en el discurso, en sus múltiples variantes, como objeto de estudio, será desarrollado a partir del método propio del psicólogo: el método clínico. El trabajo

a realizar tiene una modalidad de investigación clínica como de investigación empírica sistemática. Como recalca el Dr. *Ricardo Bernardi en el Art. Investigación Clínica e Investigación empírica* (1996, Revista APU, pág. 43 - 60) estas dinámicas de indagación son un requerimiento esencial en el momento actual del psicoanálisis, ya que permiten responder a sus necesidades de crecimiento interno, así como a las exigencias del diálogo con la cultura y la sociedad actual.

Además, este tipo de investigación, complementará la etapa terapéutica, a través de la construcción de un marco teórico, que responderá desde conceptos, objetivos, hipótesis y modelos; un lenguaje teórico disciplinar que posibilite objetivamente, describir y responder comprensiblemente, ciertos aspectos de la realidad a estudiar.

Las entrevistas clínicas, como herramientas fundamentales, basadas en el recurso de la palabra, permiten captar la problemática desde la práctica, aterrizándola por supuesto en los conceptos teóricos que hacen. Esto sobre todo bajo el paradigma de lo singular, que plantea siempre la propuesta psicoanalítica al referirse sobre el malestar subjetivo y los modos de acomodo sintomáticos de los sujetos.

Por otra parte, la investigación como tal se basa en el método exegético, con el que se extrajo conceptos básicos para la construcción del marco teórico y del análisis de resultados, a través del análisis y desglose de textos pertinentes al tema, además de las entrevistas hechas para



evidenciar allí, a través de los recortes discursivos y de sus enunciados, la problemática planteada.

**OBJETIVO GENERAL:**

Analizar las funciones que podría cumplir la aparición de la creencia religiosa en el discurso del sujeto.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar de qué manera la creencia religiosa contribuye a la estabilidad subjetiva en algunos casos
- Definir la dificultad que se presenta cuando surge la creencia religiosa a modo de defensa y obstáculo para la puesta en palabras del malestar subjetivo, y mucho más del saber inconsciente en el caso del análisis.
- Determinar cuál es el rol del clínico frente al surgimiento de la creencia religiosa en el discurso del paciente dependiendo del caso.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Qué lugar ocupa la creencia religiosa en el malestar subjetivo?
- ¿Cuáles son las dificultades del discurso cerrado?
- ¿Cuándo la creencia religiosa cumple función de soporte?
- ¿Cuándo orientar al sujeto a ir más allá de la creencia?

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### Algunas consideraciones sobre la religión

**El ideal religioso y la constitución de la masa.** Freud en su texto *Psicología de las masas y análisis del Yo*, publicado en 1921, expone lo que a su parecer es la dialéctica que subyace al movimiento religioso, especialmente a la Iglesia como institución, y a sus numerosos seguidores. Para la elaboración de su tesis parte de la consideración de la Psicología desde una perspectiva siempre social, tal como llega a afirmar al principio de su texto (2008):

La psicología individual se concreta, ciertamente, al hombre aislado e investiga los caminos por los que el mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces y bajo determinadas condiciones excepcionales le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes. En la vida anímica individual aparece integrado siempre, efectivamente, <<el otro>>, como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado. (p. 2563)

Todas las relaciones del individuo pueden llegar a ser consideradas como fenómenos sociales. En medio de estas relaciones, el individuo puede presentarse bajo la influencia de una o varias personas que en efecto son considerados de extrema importancia, por algún u otro motivo, consciente o inconscientemente. Freud (2008) menciona entonces que al hablar de psicología social o colectiva se tiende a dejar estas relaciones en un segundo plano, considerando

simplemente la influencia que recae sobre el individuo “por un gran número de personas a las que le unen ciertos lazos, pero que fuera de esto pueden serle ajenas desde otros muchos puntos de vista”. (p. 2563) De esta manera la psicología colectiva llega a concebir al individuo como un miembro de una colectividad particular o *masa*.

Gustavo Le Bon, en su obra *Psicología de las multitudes* (tal como cita Freud, 2008) llega a caracterizar en los siguientes términos uno de los principales fenómenos que se da dentro de la colectividad:

El más singular de los fenómenos presentados por una masa psicológica es el siguiente: cualesquiera que sean los individuos que la componen y por diversos o semejantes que puedan ser su género de vida, sus ocupaciones, su carácter o su inteligencia, el solo hecho de hallarse transformados en una multitud les dota de una especie de alma colectiva. Este alma les hace sentir, pensar y obrar de una manera por completo distinta de como sentiría, pensaría y obraría cada uno de ellos aisladamente.

Ciertas ideas y ciertos sentimientos no surgen ni se transforman en actos, sino a los individuos constituidos en multitud. La masa psicológica es un ser provisional compuesto de elementos heterogéneos, soldados por un instante, exactamente como las células de un cuerpo vivo forman por su reunión un nuevo ser que muestra caracteres muy diferentes de los que cada una de tales células posee. (p. 2565)

A partir de la exposición de Le Bon, Freud se pregunta qué es lo que hace de enlace en esa unidad llamada *masa psicológica* para que un individuo difiera tanto dentro y fuera de ella.

Le Bon afirma que las características de la personalidad del individuo se borran dentro de la

multitud, y que lo *inconsciente social* surge como la transformación de lo heterogéneo de cada integrante en lo homogéneo de la totalidad de la masa construida. (2008, p. 2565)

El autor (como cita Freud, 2008) sustenta estas cualidades en tres causas particulares:

***Primera causa. Sentimiento de potencia invencible.***

La aparición de los caracteres peculiares a las multitudes se nos muestra determinada por diversas causas. La primera de ellas es que el individuo integrado en una multitud adquiere, por el solo hecho del número, un sentimiento de potencia invencible, merced al cual puede permitirse ceder a instintos que antes, como individuo aislado, hubiera refrenado forzosamente. Y se abandonará tanto más gustoso a tales instintos cuanto que por ser la multitud anónima, y, en consecuencia, irresponsable, desaparecerá par él el sentimiento de la responsabilidad, poderoso y constante freno de los impulsos individuales. (p. 2566)

***Segunda causa. El contagio mental.***

El contagio mental, interviene igualmente para determinar en las multitudes la manifestación de carácter especial y al mismo tiempo su orientación. El contagio es un fenómeno fácilmente comprobable, pero inexplicable aún y que ha de ser enlazado a los fenómenos de orden hipnótico (...) Dentro de una multitud, todo sentimiento y todo acto son contagiosos, hasta el punto de que el individuo sacrifica muy fácilmente su interés personal al interés colectivo, aptitud contraria a su naturaleza, y de la que el hombre sólo se hace susceptible cuando forma parte de una multitud. (p. 2566)

*Tercera causa. La sugestibilidad.*

Detenidas observaciones parecen demostrar que el individuo sumido algún tiempo en el seno de una multitud actica cae pronto, a consecuencia de los efluvios que de la misma emanan o por cualquier otra causa, aún ignorada, en un estado particular, muy semejante al estado de fascinación del hipnotizado (...) Tal es aproximadamente el estado del individuo integrado en una multitud. No tiene ya conciencia de sus actos. En él, como en el hipnotizado, quedan abolidas ciertas facultades y pueden ser llevadas otras a un grado extremo de exaltación. (p. 2567)

Freud reconoce en estas tres causas una continuidad, y subraya que las dos últimas, el contagio mental y la sugestibilidad, no son un mismo fenómeno, pero sí una extensión. La tesis de Le Bon señala que el contagio mental se da como un fenómeno de la efectividad de la sugestibilidad. Así pues, Freud (2008) llega a interpretar lo que precisaría de una mejor manera la diferenciación entre ambas. Atribuye el contagio mental a la acción recíproca ejercida entre los integrantes de la multitud, estableciendo la influencia de sugestión antes mencionada pero en relación a una identificación diferente. Así, partiendo de la relación que hace Le Bon con la situación del hipnotizado, el contagio mental se daría en forma recíproca entre los miembros. Pero Freud llega a preguntarse de dónde derivan los efectos de sugestión, y cuál sería entonces esa fuente distinta que se relacionaría directamente con la persona que ocuparía el lugar del hipnotizador para la masa. Esto último se retomará más adelante.

**El alma colectiva y sus características.** Le Bon (como cita Freud, 2008) describe

al alma colectiva con particularidades propias de la vida anímica de los niños y los hombres primitivos:

La multitud es impulsiva, versátil e irritable y se deja guiar casi exclusivamente por lo inconsciente. Los impulsos a los que obedece pueden ser, según las circunstancias, nobles o crueles, heroicos o cobardes, pero son siempre tan imperiosos, que la personalidad e incluso el instinto de conservación desaparecen ante ellos”. (p. 2568)

El alma colectiva está deseando contantemente una u otra cosa, y es intolerante frente a la espera de realización de su deseo. “Abriga un sentimiento de omnipotencia. La noción de lo imposible no existe para el individuo que forma parte de una multitud”. (Freud, 2008, pág. 2568)

Por otra parte, la multitud se muestra completamente crédula y la dimensión del sentido crítico queda anulada para ella. Por esto Freud (2008) comenta un poco más sobre la *masa*, afirmando que:

Piensa en imágenes que se enlazan unas a otras asociativamente, como en aquellos estados en los que el individuo da libre curso a su imaginación sin que ninguna instancia racional intervenga para juzgar hasta qué punto se adaptan a la realidad sus fantasías. Los sentimientos de la multitud son siempre simples y exaltados. De este modo, no conoce dudas ni incertidumbres”. (p. 2568)

Por esto llegan fácilmente a situaciones extremas y a todos los excesos que fueran posibles, sin dejarse frenar por argumentaciones lógicas o racionales. El alma colectiva instaura la fuerza y la conciencia de su poderío, mantiene un rol autoritario, pero también lo exige. “La multitud quiere ser dominada, subyugada y temer a su amo... Las multitudes abrigan en el fondo, irreductibles instintos conservadores, y como todos los primitivos, un respeto fetichista a las tradiciones y un horror inconsciente a las novedades susceptibles de modificar sus condiciones de existencia. (p. 2569)

La tendencia de la masa hacia lo primitivo radica en su fuerza y hasta brutalidad. Todas las inhibiciones individuales desaparecen y despiertan los instintos destructivos latentes hasta entonces, llegando incluso a la violencia y a los actos más crueles de los cuales muy difícilmente se dejarían llevar en una condición aislada. De esta manera la potencia del alma colectiva es fundamentalmente la potencia de los miembros de la masa. Sin embargo, esta potencia no sería nunca alcanzada si no fuese direccionada por alguna otra fuerza superior. En este punto la multitud se vuelve un manso rebaño, y busca en su necesidad a un amo que alimente su voluntad de poder. (Freud, 2008, p. 2570)

**El caudillo.** La masa en su necesidad de potencia llama a un amo, sin el cual estaría condenada a la extinción. Sin embargo, el amo debe a su vez estar dotado de ciertas cualidades que permitan el desarrollo de las potencialidades extravagantes de la masa.



El amo deberá encontrarse totalmente enganchado a una idea en particular, que le sirva de motor de acción.

Esta idea solo puede ser sostenida por una fe intensa, que logre transmitir a la multitud la misma fuerza de arranque para seguir en pos de la idea a la que se deben.

Además, la voluntad de poder y la facilidad de motivación son herramientas fundamentales para dirigir a la multitud. (Freud, 2008, p. 2570)

Le Bon (cita de Freud, 2008) añade a todo esto una cualidad más, el prestigio:

Una especie de fascinación que un individuo, una obra o una idea ejercen sobre nuestro espíritu. Esta fascinación paraliza todas nuestras facultades críticas y llena nuestra alma de asombro y de respeto. Los sentimientos entonces provocados son explicables, como todos los sentimientos, pero probablemente del mismo orden que la sugestión experimentada por un sujeto magnetizador. (p. 2570)

Para el autor (menciona Freud, 2008) este prestigio puede ser *adquirido* o *personal*. El primero se refiere a todo lo que lo nombra de acuerdo a su pertenencia, ya sea en una clase social, a su apellido, sus riquezas, su título, y más. El segundo es conferido a muy pocos, pero los dotados “se hacen obedecer cual si poseyeran un mágico talismán. De todos modos, y cualquiera

que sea su naturaleza, el prestigio depende siempre del éxito y desaparece ante el fracaso”.  
(p.2571)

**Sugestión e identificación.** Según el recorrido hasta ahora formulado queda claro que la sugestión marca el punto clave que sirve de sostén a la masa, dado que mediante ella los integrantes y miembros de la multitud se ven inmersos en el alma colectiva, suprimiendo sus inhibiciones personales. Así Le Bon menciona dos factores importantes en los fenómenos sociales: la sugestión recíproca y el prestigio del amo. (Freud, 2008, p. 2575) La primera entre los miembros, y la segunda en forma directa con la cualidad de hacer surgir la sugestión en la multitud, siendo ésta la verdadera manifestación del prestigio del caudillo.

Para aclarar más el tema de la sugestión en las dos direcciones antes mencionadas, Freud (2008) retoma el concepto de *libido*, “término perteneciente a la teoría de la afectividad. Designamos con él la energía –considerada como magnitud cuantitativa, aunque por ahora no censurable- de los instintos relacionados con todo aquello susceptible de ser comprendido bajo el concepto de amor”. (p. 2577) El término *amor* queda aquí ligado a la cópula sexual como fin último. Sin embargo el psicoanálisis ha resaltado la existencia de tendencias amorosas en circunstancias diferentes, tal como es el caso de los vínculos sociales, filiales, de amistad, o a ciertas ideas que acogen la humanidad en general, y que son totalmente aceptadas para la convivencia. La expresión de estas tendencias está destinada a otros fines, desviada del fin sexual de la cópula. Esto ha sido interpretado de manera errónea, pero es lo que, según Freud, en

realidad muchos otros autores han denominado como *El Eros*, de lo cual deriva a su vez el erotismo. Pues bien, es importante traer como acotación al término *libido*, puesto que dentro del establecimiento del alma colectiva hay todo un engranaje de relaciones amorosas de por medio.

Estas relaciones amorosas, que pueden reconocerse también como *lazos afectivos*, se encuentran ocultas bajo la sugestión, puesto que si los miembros de la masa pueden renunciar a sus propios deseos, podría decirse que sería para contribuir, *por amor*, al cumplimiento del deseo de la multitud, como un acto de verdadera entrega y aceptación. (Freud, 2008, p. 2577)

La libido interviene también en el proceso de identificación, término pertinente para ilustrar otras consideraciones sobre la dinámica de la masa. Freud (2008) definió a la identificación “como la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona, y desempeña un importante papel en la prehistoria del complejo de Edipo” (p. 2585) El niño en un primer momento llega a mostrar una inclinación al padre como el ideal a alcanzar, lo admira, quiere ser como él y hasta llegar a sustituirlo. Posteriormente es la madre quien ocupa el lugar del interés del niño, ubicándose como objeto de sus tendencias libidinosas. Hay entonces en el niño un interés sexual por la madre, y por otro lado una identificación al padre. Estas dos tendencias coinciden por algún tiempo sin ningún problema, hasta que después surge un conflicto: el niño percibe la presencia del padre como un obstáculo para alcanzar a su objeto de amor, la madre. La identificación al padre se vuelve hostil, pero por su tendencia ambivalente

podía manifestarse de manera totalmente opuesta; es decir, a través de la demostración amorosa o más bien podía anularse completamente. Según Freud (2008) esto “se comporta como una ramificación de la primera fase, la fase oral de la organización de la libido, durante la cual el sujeto se incorporaba al objeto ansiado y estimado, comiéndoselo, y al hacerlo así lo destruía”. (p. 2585) En el Edipo puede darse también una situación inversa, adoptando el sujeto una posición femenina en la que el interés no se dirija a la cuestión del *ser* sino más bien al *tener*, convertir al padre en objeto sexual e inclinarse por su elección. Según Freud (2008) la diferencia entre el *ser* y el *tener* radica en que “el factor interesado sea el sujeto o el objeto del yo. Por este motivo, la identificación es siempre posible antes de toda elección de objeto (...) Todo lo que comprobamos es que la identificación aspira a conformar el propio yo análogamente al otro tomado como modelo”. (p. 2585)

Por otra parte, Freud (2008) menciona también la conexión de la identificación con el síntoma neurótico. Expone pues que la identificación, independientemente de cualquier conexión libidinal, podría nacer de la analogía entre los *yoes* a partir de un rasgo común, y que la fuerza de esta identificación se incrementaría mientras más importante fuese esta comunidad. De esta manera se presume que la conexión que se establece a través del alma colectiva toma sus raíces en tal identificación, “basada en una amplia comunidad afectiva, y podemos suponer que esta comunidad reposa en la modalidad del enlace con el caudillo”. (p. 2587) Esto constituiría la organización libidinosa de la masa.

La identificación constituye un factor importante en el desarrollo afectivo de todo sujeto. Sabemos pues que desde los primeros momentos el niño establece una relación libidinal con su primer objeto de amor. Luego esta relación queda coartada a su fin sexual, con lo cual el sujeto logra establecer otras relaciones con sus padres y con todas las figuras secundarias a las que se abrirán camino a partir de ese momento. Estas modificaciones en la relación con sus padres traen consigo sentimientos de otra índole, a los que se podría denominar como “tiernos”, a pesar de que los sentimientos primitivos de orden sexual quedan reprimidos inconscientemente. (Freud, 2008, p. 2589)

En la pubertad se establecen nuevos vínculos “tiernos” hacia otras figuras, pero también se abre la vía a los *finés sexuales directos no coartados a su fin*, lo cual constituiría el *deseo sensual* como tal. Según el autor (2008) la vertiente tierna y la sensual podrían permanecer desligadas en algunos casos, mientras que lo más frecuente sería su convergencia. Así, “por la parte correspondiente a los instintos de ternura coartados a su fin puede medirse el grado de enamoramiento, en la oposición al de simple deseo sensual”. (p. 2589)

El enamoramiento, en su vertiente más pura, se ve dotado de características particulares. La “**superestimación sexual**” es una de ellas. Este fenómeno es la exaltación al objeto amado; todas sus cualidades son elevadas a su nivel máximo, mientras que sus defectos pueden llegar a pasar desapercibidos. (Freud, 2008, p. 2589) Freud afirma entonces (2008) que “dada una

represión o retención algo eficaz de las tendencias sexuales, surge la ilusión de que el objeto es amado también sensualmente a causa de sus excelencias psíquicas, cuando, por lo contrario, es la influencia del placer sensual lo que nos ha llevado a atribuirle tales excelencias”. (p. 2589) La idealización aquí presente se evidencia como un fenómeno en el que la libido narcisista se ve prolongada al objeto amado. Gran parte de las elecciones amorosas tienen como clave una base narcisista. El sujeto llega a percibir en el objeto amado parte de algún ideal no alcanzado por su propio *yo* o algún otro rasgo que lo remita a su propia existencia, cumpliendo así una cierta satisfacción inconsciente. La satisfacción cumple un papel importante en este proceso. Mientras más crece esta energía amorosa, el *yo* se vuelve más condescendiente, a la vez que la voluntad de entrega y sacrificio, “hasta apoderarse de todo el amor que el *yo* sentía por sí mismo (...) Puede decirse que el objeto ha devorado al *yo*”. (p. 2590) En el enamoramiento, el amante puede llegar a los más altos niveles de humildad y entrega, y en algunos casos extremos, en el que se suprimen por completo las tendencias sexuales, esto puede traer consigo una afectación al narcisismo, recurriendo a asumirse desvalorizado o inferior. Así, mientras más sea la descarga de la energía sensual (satisfacción) menor será la superestimación del objeto. Esta superestimación es el resultado del reemplazo del *ideal del yo* por el objeto amado. (Freud, 2008, p.2591)

Además del enamoramiento, Freud (2008) hace una relación entre la dinámica de la masa con el caudillo y la hipnosis. En el proceso hipnótico, el hipnotizador es siempre el único objeto de interés para el hipnotizado, y la fuerza de dominar su realidad se haya una vez más vinculada a los fines coartados a su fin. Esta relación jugaría un papel importante dentro del proceso de la

constitución de la masa como un individuo. (p. 2591)

**La promesa.** Freud en su texto *Psicología de las masas y análisis del yo* (2008), llega a encajar a la iglesia dentro de lo que él considera como *masa artificial*. Esta masa, tomando como ejemplo principal a la iglesia católica, se erige frente a su jefe máximo: Cristo. El establecimiento de los lazos afectivos se da a través de la dimensión del amor: Dios ama a todos sus hijos por igual, razón por la cual todos los miembros de la masa están a su vez relacionados entre sí como hermanos hijos de un mismo padre y miembros de una misma iglesia. He aquí parte del éxito de esta masa y la dificultad de su disolución. A través del amor al Padre y la relación igualitaria establecida entre la colectividad, los sentimientos egoístas y hostiles, propios de la condición humana, pueden llegar a ser impedidos de manifestación. De aquí el curioso altruismo y la bondad al prójimo. (p. 2578)

La dimensión del amor es la raíz principal, pero aparece también otro punto de sostén: la promesa. Habría que considerar a su vez el éxito de la religión en tanto que el hombre se abre a la perspectiva de una promesa: la vida eterna, la salvación, una mejor vida después de la muerte, etc. La vida gira sin duda alrededor de la dificultad estructural y la encrucijada de la insatisfacción del deseo. Ante esto la idea de la muerte es lo más real de la experiencia humana, es la nada. Lacan en algún otro momento hablará de la muerte como el verdadero despertar, pero ese es otro tema. En medio del malentendido y el infortunio de vivir, la oportunidad de otra vida constituye la continuación de la persistencia laberíntica del deseo.

La religión mantiene la neurosis, y no solo eso, la soporta. Si echamos un vistazo a los tres tiempos lógicos del Edipo, nos percataremos de la relación que tiene la religión con el establecimiento de la ley fundante. En un primer momento el hijo y la madre se toman como uno solo, se encarna una relación de complementariedad que brinda por un lado la experiencia de una satisfacción total, pero por otro lado se trata de una relación mortífera en la que corren el riesgo de quedar atrapados. En un segundo momento aparece un tercer actor: el padre, quien viene a cumplir la función de interdicción, dirigiéndose a la madre: “No reintegrarás tu producto”, y también al hijo: “No yacerás con tu madre”. En un tercer momento aparece el padre, no como interdictor, sino como posibilitador: “No tendrás a tu madre, pero tendrás a tantas otras mujeres en el mundo”. La religión cumple de alguna manera con los mismos tiempos. En un primer momento se encuentra el libre albedrío, el de la satisfacción plena. Posteriormente aparece la prohibición castradora, y los mandamientos son los lineamientos ejemplares. Finalmente la ley de Dios dice: “Cumplirás con lo establecido, y a cambio tendrás tu recompensa”. Este último tiempo, posibilitador, es el de la promesa.

La religión cumple así con la función neurotizante, despliega lo que en la teoría freudiana se denominó como *superyó*, implantando la castración y por ende la represión, ejes fundamentales para la sociedad.



**El discurso religioso y sus modalidades en la estructura del lenguaje.**

**La certeza psicótica.** El estudio de la psicosis pone en relieve que el psicótico se encuentra en una realidad particular. Es importante partir desde una aproximación a las nociones de “certeza psicótica” y “delirio” como una reconstrucción. El psicótico intenta construir un mundo diferente y una realidad que le concierne solo a él, aunque ésta carezca de significación. Tal como lo dice Lacan (1984), “¿a fin de cuentas, qué dice el sujeto sobre todo en cierto período de su delirio? Que hay significación. Cuál no sabe, pero ocupa el primer plano, se impone y para él es perfectamente comprensible” (p. 36) Así, el delirio y la certeza se articulan en un intento de reconstrucción. Pero para ir al punto clave de articulación, es necesario primero ahondar en la psicosis como tal. Ésta ha sido teorizada como el producto de la conocida forclusión, artificio sobre el cual Lacan dedicó gran parte de su tiempo en su seminario Las Psicosis en 1984. La forclusión podría ser conceptualizada, tal como indica Nasio (2005), como “la no llegada de algo que uno ha llamado, es una no inscripción ahí donde hubiera debido haberla”. (p. 300) Esta forclusión es la no inscripción del significante primordial: el Nombre del Padre, que como dice el autor (2005), es una metáfora que nombra, que da sentido al sin sentido de la existencia, y que permite el despliegue de asociaciones en una cadena de significantes evidenciada en el discurso, en la toma de la palabra, que nos sirve de intercambio con los otros semejantes. (p. 300)

Frente a esta no inscripción fundamental queda un vacío, un agujero totalmente sin velo, en donde aparecen una serie de formaciones heterogéneas que pueden tomar cualquier forma:

alucinaciones visuales, alucinaciones auditivas, despersonalización, etc. Estas formaciones heterogéneas llegan así a ocupar el hoyo que dejó la forclusión, toman lugar en ella.

Pero no hay que ir muy lejos. Lacan (como cita Julien, 2002) parte de la premisa de que el conocimiento es de por sí paranoico, y en eso se basa el Yo, ya que parte de un principio fundador de orden visual, en el que mediante la imagen de un otro el *infans* llega a reconocerse y a aproximarse a lo que puede llegar a ser en un momento posterior, a una imagen completa reflejada en el espejo. Este conocimiento paranoico instituye la famosa tríada imaginaria, que funda los sentimientos primordiales de celos y rivalidad que caracterizaran los vínculos sociales, a partir del deseo del otro por el objeto causa de deseo, al momento de que esa imagen en el espejo deja de presentarse solo para el *infans* y su mirada es atraída hacia un *otro*. (p. 16 -17)

Pero este conocimiento paranoico tiene un doble movimiento: inclusión y exclusión recíproca. El primero es la captura o fascinación en el otro, y el segundo es la exclusión del otro de forma simultánea. Por esto, al igual que los puercos espines de los que habló Schopenhauer, en las relaciones imaginarias está presente siempre un otro, pero hay un límite de alienación; es decir, ni muy cerca, ni muy lejos. (Julien, 2002, p. 18)

Parafraseando a Lacan (1984), en la psicosis hay una falla o un defecto en la relación imaginaria. Esta falla no permite una diferenciación entre el mundo interno y el mundo externo. (p. 362) Y en este punto, esquizofrenia y paranoia se articulan. Por un lado, la esquizofrenia

manifiesta este vaciamiento que se vive en el propio cuerpo, causada por la elisión en lo imaginario que se evidencia en la vivencia de fragmentación del cuerpo y en la enajenación frente al mismo: “me quitaron el estómago cuando la virgen María y Jehová bajaron y se llevaron a mi niña al limbo.”, “me quitaron las tripas y ya no pude volver a metérmelas.”, dice “A”, paciente del Instituto de Neurociencias a quien se hará referencia hasta el final de esta sección. Por otra parte, la paranoia se manifiesta en tanto el psicótico no puede diferenciar entre los límites de su cuerpo y el Otro que lo amenaza. Tomando como referencia a Lacan, el Real se desborda y atenta contra el psicótico, lo devora. (1984, p. 362) Por tanto, como subraya Philippe Julien (2002), “hay intrusión del significante: la cosa habla sola, automáticamente, según una sonoridad específica, y suscita en el sujeto la impresión de que lo interpela; la cosa habla para él (...) el discurso interno no se detiene.” (p. 55) En este sentido, “A” despliega su delirio paranoico al decir: “escucho voces, me amenazan siempre, quieren que me choque.”

Freud (2008), para hablar del delirio paranoico indicará que la persona delirante, atribuye gran poder e influencia a alguien que en algún momento ocupaba un lugar importante en su vida. (p.1506) Esta es proyectada hacia el exterior, pero convertida en su contrario. En otras palabras, el delirio persecutorio proclama un enunciado clave: “No le amo, le odio”, y a la vez, mediante el mecanismo de la proyección, la “percepción sentimental interior” es sustituida por una exterior, transformándose la frase “yo le odio” a “él me odia”, y por tanto “me persigue”. De esta manera se evidencia una transformación del afecto interno, proveniente ahora desde el exterior de forma deformada. (p. 1518)

El psicótico se inventa una realidad totalmente nueva, a diferencia de los neuróticos que se crean una realidad siempre parcial. Y como hay una confusión entre lo interior y lo exterior, todo llega desde afuera causando angustia. De esta forma Julien (2002) indica que en la psicosis hay una perplejidad: “lo que en el Otro está forcluido de lo simbólico, vuelve desde afuera en lo real. Allí donde en el Otro se revela un vacío, surge lo que se denomina fenómenos elementales, tan bien descritos por Clérambault con el nombre de automatismo mental.” (p. 54) Esta perplejidad es el vacío angustiante que toma lugar en el cuerpo mismo: “A” se levanta la blusa dejando al descubierto sus senos y su abdomen sin rasgos de alguna cicatriz o afectación previa, para mostrar que estaba “abierta desde la garganta hasta el ombligo”, que la habían “atravesado muchas veces cuando los que predicán gritan que hay que rezar el credo, el credo, el credo”.

Repite varias veces “el credo” y mira hacia un solo lugar sin moverse, luego se desespera y recorre el lugar con la mirada, aterrada, moviéndose y diciendo: “ahí vienen, por allá están”. Allí donde no hay un velo que cubra el vacío, solo está lo Real, solo está la discordancia entre los sexos. Con relación a esto Julien (2002) comenta que “la psicosis se declara así: *unas palabras se imponen* al sujeto como si procedieran del exterior con la forma de voces, como eco del pensamiento, enunciación de actos a cumplir, comentarios sobre ellos.” (p. 54)

¿Pero qué hay de cierto o falso en esto que el psicótico percibe? Lacan (1984) dice:

Lo que está en juego no es la realidad. El sujeto admite, por todos los rodeos explicativos verbalmente desarrollados que están a su alcance, que esos fenómenos son de un orden distinto a lo real, sabe bien que su realidad no está asegurada, incluso admite hasta cierto punto su irrealidad. (p.110)

Así como escribe Merleau Ponty (cita Lacan, 1984), “es muy fácil obtener como respuesta del sujeto la confesión de que lo que él oye, nadie más ha oído. Dice: *Sí, de acuerdo sólo yo lo oí.*” (p. 110) Pero hay algo más que se manifiesta y subyace como mantenimiento del delirio.

Aunque lo que está en juego en la psicosis no es la realidad, no hay que negar que todo esto no deja de ser una realidad para el psicótico. Por el contrario, todas las ideas delirantes son una certeza. Lacan (1984) comenta que “un sujeto normal se caracteriza precisamente por nunca tomar del todo en serio cierto número de realidades cuya existencia reconoce (..) Indudablemente para el sujeto normal la certeza es la cosa más inusitada.” (p. 109) Pero esto no se da en la psicosis. El autor (1984) aporta un poco más diciendo:

A diferencia del sujeto normal para quien la realidad está bien ubicada, él tiene una certeza: que lo que está en juego –desde la alucinación hasta la interpretación– le concierne. En él no está en juego la realidad, sino la certeza. Aun cuando se expresa en el sentido de que lo que experimenta no es del orden de la realidad, ello no afecta a su certeza, que es que le concierne. Esta certeza es radical. La índole misma del objeto de su certeza puede muy bien conservar una ambigüedad perfecta, en toda la escala que va de la benevolencia a la malevolencia. Pero significa para él algo inquebrantable. (p. 110)

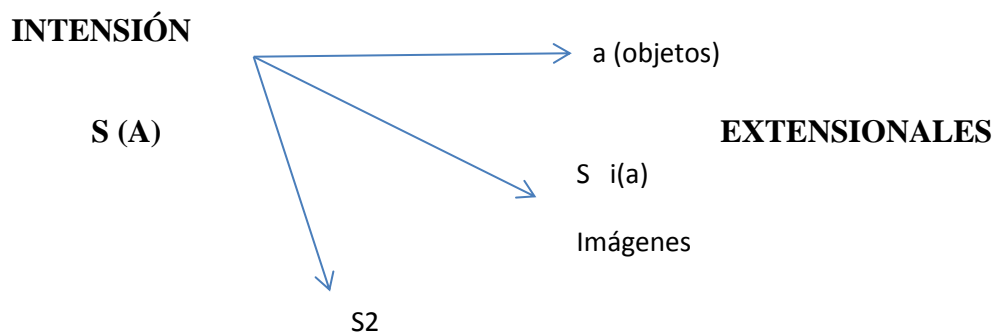
Así, “A” afirma que las voces le dicen “que lama las paredes porque ahí escupen los mocos las pacientes”, y aunque después de un momento dice: “no sé ni para qué mismo me piden eso”, ella continúa afirmando que de igual forma eso es lo que tiene que hacer porque las voces se lo piden; es decir que su certeza no se ve afectada de ninguna manera, lo que le dicen las voces le concierne solo a ella y a nadie más.

Esto es imprescindible resaltar, porque una clínica en donde el profesional se ubica como juez e instigador de la verdad o la mentira, es una clínica que no moviliza, sino que más bien petrifica. Muchos psicólogos y médicos se plantean la problemática de por qué el psicótico piensa que una alucinación es verdadera, sin saber que se aventuran a un callejón sin salida. En el caso del trabajo con el psicótico no se trata de averiguar lo que no encaja, ni de descubrir lo que sería la base de una creencia delirante, porque como repite Lacan (1984): “aparentemente nos contentaremos con hacer de secretarios del alienado. Pues bien, no sólo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse”. (p. 295 - 296) En este punto, René Lew (2002) dice que la labor con el alienado es la de dar rienda suelta a que hable de su delirio, y devolver al psicótico sus palabras en forma de eco. (p. 25) No se trataría de contradecir el delirio ni de aplacarlo tal como lo propone el discurso psiquiátrico, ya que las prácticas esperanzadoras en la cura de la locura, se han buscado desde siempre con el objetivo principal de mantener un orden social previamente establecido que no necesariamente está direccionado al beneficio del psicótico. Pinel (1804) nos da una idea sobre esto al referirse a la terapéutica psiquiátrica como “el arte de subyugar y

domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas” (p. 115). En este sentido, Michel Foucault (2007) no está tan lejos de la realidad cuando, bajo su tesis sobre el poder, propone a la terapéutica psiquiátrica como un forma de relación asimétrica o desigual que se ejerce entre el terapeuta y el paciente, siendo por su parte, el enfermo el que se encuentra en estricta dependencia con un poder que sabe de él, que inflige fuerza sobre él y de la cual no puede zafarse por, justamente, encontrarse en un estado de desecho social, de enfermo. (p.42) Por esto la clínica psicoanalítica propone un corte con la ciencia, la cual se maneja bajo el discurso del amo. Más bien hay que dirigirse en otra línea en donde el analista, adviniendo en el lugar del semblante, se brinda como instrumento del cual el sujeto se sirve para surgir en él. La verdadera labor psicoanalítica abre una brecha a la enunciación, hace una apertura a los decires, y no se empecina en categorizar o encasillar como se plantea mediante el DSM-V, sino que se indica todo lo contrario.

Para el autor René Lew la psicosis es un detenimiento. Según él se trata de una posición esférica, en tanto no existe un movimiento moebiano. (2010, p. 12 – 15) Cuando un interlocutor habla con otro, lo que se olvida es la relación de intercambio que hace que cada uno se aprehenda como uno, lo que significa poner en continuidad el intercambio. Entre dos, así no hablen en lenguas iguales y no se comprenda lo que se está diciendo, lo que se entiende es que se hablan el uno al otro. Esto no sucede en la posición psicótica, ya que no se trata de un discurso

que se encuentra en movimiento sobre una banda bilátera, sino que se da un corte que no permite que las dos caras (mundo interno – mundo externo) se junten y funcionen dialécticamente. La psicosis según el autor es una posición, un detenimiento en el modo particular de caminar sobre la estructura; es decir, algo deja de funcionar. Esta es la posición sin intercambio con los otros o el Otro, en donde hay un detenimiento en la función en extensión que corresponde a los objetos, dándose así una fijación delirante.



Por ende, para Lew (2002) salir del estado psicótico corresponde a instaurar relaciones ahí donde no existen, y el intento de dialectización entre la función en IntenSión (Lew diferencia la intención con C en tanto esta se refiere a una voluntad) y la extensión sería precisamente el delirio. Al respecto Freud (2008) había mencionado que:

El delirio es la proyección de una catástrofe interior; su mundo subjetivo se ha hundido desde que él le ha retirado su amor (...) Y el psicótico vuelve, en efecto, a construirlo, no precisamente con mayor magnificencia, pero al menos en forma que pueda volver a vivir



en él. Lo reconstruye con la labor de su delirio. El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción. (p. 1522)

El neurótico construye y deconstruye para luego reconstruir su realidad subjetiva, y esto continúa hasta el último día de su existencia. En el caso del psicótico no se da una dialéctica, pero la función del delirio, tal como lo dice Freud (según cita Julien, 2002), “es dar respuesta al *enigma*: una tentativa de curación, una reconstrucción, lo cual permite al psicótico reconstruir el universo. (p. 55)

Finalmente, la verdadera clínica de la psicosis reconoce el lugar de un sujeto en la enfermedad, y reconoce una significación en el delirio, la cual es válida para el alienado, pero debe serlo también para el analista. En este punto “significación” y “certeza” se configuran en un delirio que se formula como llamado y como respuesta al mismo tiempo, y es allí donde el deseo del analista, lejos de ser un poder perverso, facilita. Entonces “A” se explaya en su delirio, ¿y quiénes somos nosotros para decirle que sabemos más sobre eso que ella misma ha creado como intento de curación?

El delirio no es el único fenómeno a subrayar con relación a la psicosis. La construcción de una suplencia es otra vertiente cuando se trata de una psicosis no desencadenada. Lacan, tal como cita Jesús Escobar (2008), señaló en el seminario III que pudiese aparecer “una compensación imaginaria del Edipo ausente como suplencia de ese Nombre del Padre forcluido.

(1984, p.275). Este puede ser el origen de una clínica de las suplencias en la medida en que algo de un registro llega a reemplazar el lugar de otro”. (p. 5).

La clínica de los nudos propone la existencia de desencadenamientos o más bien desanudamientos, y por otra parte de la posibilidad de construcción o de un anudamiento que sirva de sostén al psicótico, aunque sea de manera muy precaria. La clínica puede poner de ejemplo al caso Schreber, en el que se ilustra el proceso psicótico del famoso funcionario, hasta llegar a un *acuerdo* y convertirse en “la mujer de Dios”, con lo que logró cierta estabilización y disminución de la angustia. Escobar (2008) dice entonces que:

Supone que es posible que otros elementos diferentes al significante del Nombre del Padre puedan actuar como punto de capitón, desestabilizando el descalabro imaginario para conformar un nuevo y peculiar orden de significantización. (...) De esta manera, la clínica de la suplencia en el caso de la psicosis indica que es posible compensar, suplir, los efectos de la forclusión del Nombre del Padre, aunque bajo un mismo registro en déficit. (p. 6).

**El discurso cerrado de la religión y la función secretarial.** Todo lo anterior mencionado lleva a poner en relieve la función verdadera de la metáfora delirante y de los remaches que hace el psicótico a manera de construcción o suplencia. No es curioso que se evidencie una recurrencia a la dimensión religiosa y a sus figuras más representativas en estos casos. El ser Dios, la mujer de Dios, el diablo, la virgen María, etc., es más común de lo que se cree. Y es

pues cierto que en estas representaciones se pone en juego una figura completa o superior, que da cuenta allí de la ausencia de la castración simbólica y la división subjetiva propia del neurótico. Se trata entonces de figuras omnipotentes y omnipresentes que pueden dar cierta consistencia al psicótico. Frente a la certeza del delirio o frente al anudamiento posible, la función del analista es siempre la del secretario: tomar nota. El cerramiento y la fragilidad sobre todo del psicótico, no permiten, ni se pretende, apuntar a la división subjetiva que no hay, como se realiza frente a una demanda neurótica de análisis.

De la misma manera que en la psicosis, el discurso religioso puede mantener parecida frigidéz. Siendo concreto, cerrado y fuerte, da una consistencia por estructura. Si bien la cuestión de la fe no va del lado del saber científico, y avanza más bien por los caminos de lo inexplicable, revela una fortaleza que solo la evidencia el creyente o la masa.

En la práctica clínica en S.O.L.C.A se logró dar cuenta de muchos casos en el que la creencia religiosa cumplía esta función de manera radical.

Al ofrecerse el servicio de Psicología, el paciente W.M. habla un poco sobre él y sobre su enfermedad:

Estoy bien. Hace cinco años me detectaron cáncer al estómago. Era un tumor de 18x8, grande. No podían operarme porque el tumor estaba conectado con muchos vasos, venas,

arterias, con la aorta sobre todo. Era demasiado complicado, así que la operación no se realizó. Luego me hicieron la quimioterapia, era la única opción que quedaba, y desapareció. Fue Dios.

Es a partir de esto que su discurso toma un tinte religioso hasta el final:

Yo soy evangélico. Tengo una hija que está en tercer año de Psicología. Me había dicho que en la universidad le habían dicho que Dios no hace nada, solo la persona misma. Yo le dije: *Lo tomas o lo dejas, está en ti*. Pero ella lo aceptó y cree mucho en Él. Mi hijo no creía, ateo a más no poder, él, la esposa, la suegra, el suegro, la cuñada. Cuando yo fui a Argentina, porque allá viven, me quedé como ocho meses, y todos se convirtieron.” –“¿Y usted..?” - “Yo me convertí hace doce. Era de todo: borracho, mujeriego como ningún otro, odiaba a mi mujer, le gritaba, la hacía llorar. Pero ahora para mí mi mujer se pone cada vez más hermosa. Ella se ha operado dos veces de corazón. Los doctores le dijeron que las operaciones no durarían mucho, pero no, ella está muy bien. La primera le duró como veinte años, y la segunda hasta ahora. Mire, fue mi consuegro el que me llevó a hacerme exámenes porque yo no. Ahí me detectaron todo, pero yo estoy sano. Yo digo que tenía cáncer, porque ya no tengo nada. Y es que Dios es lo más grande, es increíble por ejemplo como de dos pedacitos de espermatozoides crezca alguien, yo aún no lo entiendo, dos pedacitos de espermatozoides. O sin ir muy lejos, le cuento que yo me jubilé y no tenía cómo pagar mis cosas, pero Dios hizo que mi hija consiguiera un trabajo muy bien pagado y ella nos mantiene. Los hijos no están destinados a mantener a los padres, pero es Dios en ella que le dice: *Honra a tu padre y a tu madre*. El trabajo fue a través de Dios para que ella me ayudara a mí en esto que tenía, porque ya no tengo. En mi familia no hay dudas, es sí o no, mucho positivismo siempre para todo.

En este caso el discurso religioso cumple una función de consistencia imaginaria frente al diagnóstico de cáncer. El discurso es cerrado y no deja evidencias de puntos de quiebre o de división subjetiva, sin tratarse necesariamente de una psicosis. Sin embargo, el clínico queda aquí llamado a una función secretarial, puesto que la única demanda existente es la de ser testigos del testimonio religioso que este hombre da.

**Rasgos perversos en la neurosis.** Partir desde la sexualidad infantil para desplegar las diferencias entre perversión y rasgos perversos parece ser un punto clave, puesto que esta sexualidad por su misma particularidad determina al perverso polimorfo. Y por esto Freud (1987) indica: “Todos los psiconeuróticos son personas con inclinaciones perversas muy marcadas, pero reprimidas y devenidas inconscientes en el curso del desarrollo. Por eso sus fantasías inconscientes exhiben idéntico contenido que las acciones que se han documentado en los perversos”. (p. 45). Sin embargo Freud menciona en *Fetichismo* (2008) que si bien esta disposición está implicada de por sí en la sexualidad infantil, no se confunde con la perversión como tal. Por eso, siguiendo en esta línea, se delimita la perversión como un detenimiento o fijación a fines sexuales pregenitales, los cuales no se acentuarán en última instancia en la genitalidad en la primacía del falo, mientras que el rasgo perverso se configura como un heredero del polimorfismo infantil a partir de su articulación en el fantasma. (p.2994 - 2996)

Por otra parte, vemos que el objeto sexual en la perversión está construido en base a la renegación de la castración de la madre, y esto mediante una posición subjetiva mantenida con un fantasma consciente que lleva a actuar con relación a este fantasma. En cambio en la neurosis se trata de un intento de tomar distancia frente al fantasma. El neurótico se niega a sacrificar su castración imaginaria al goce del Otro, y el perverso más bien busca recuperar la función del objeto “a” a lo real, él se convierte en instrumento de goce del Otro. Neurosis entonces se traduce en:  $\$ \langle \rangle a$ , mientras que la perversión invierte la lógica:  $a \langle \rangle \$$ .

Al no querer el neurótico abandonar el fantasma del Otro para entregarle su castración de la cual podría gozar, Lacan vincula este fantasma del Otro con la perversión de la que parte toda neurosis. Esta misma perversión estaría ya presente en la sintomatología del sujeto, que se erige tanto como un ser pero al mismo tiempo gozante. Por otra parte, también se revela la paradoja de no querer saber nada sobre el goce que se halla en el síntoma. Esta es otra cara de la misma vertiente. (D'Amato et al., 1990, p. 97)

Según Berlinsky, Cabrera, Chamorro, Goroztiza, Kruger, Nepomiachi, Oleaga et al. (1990), “hablar de rasgo de perversión en la neurosis es la consecuencia ineludible del ‘no hay relación sexual’, pero esto a su vez nos interroga sobre la perversión como estructura y nos lleva a afirmar que así como el neurótico inventa un rasgo para poder hacer su elección de objeto, el perverso elige un objeto para poder hacer aparecer en él al goce, sin rasgo”. (p. 43) Y es que el neurótico al estar confrontado a la carencia del Otro, las significaciones siguientes que se hacen son significaciones fálicas que se muestran como sustitutos de la relación sexual imposible; estas significaciones intentan suplir la inconsistencia del Otro, y por tanto el fantasma neurótico siempre tiene algo de perverso, en tanto frente a la ausencia de la completitud, él hace el intento de formar una cierta suplencia donde acomodaría el rasgo perverso a manera de defensa. Y en este sentido en la perversión aparece la voluntad de goce, esta clase de imperativo o deber. Por eso Freud en *Tres ensayos para una teoría sexual* (2008) llega a decir que “la neurosis es el negativo de la perversión” (p. 1190) en tanto allí, donde el neurótico se detiene,

el perverso pasa al acto haciendo lo que solo ha quedado reprimido y fantaseado inconscientemente en el neurótico.

Con relación al fantasma, se dice que el perverso imagina ser el Otro para asegurar su goce, y que esto es lo que revela el neurótico al imaginar ser un perverso: él para asegurarse del Otro. Soñar con ser un perverso es soñar con la existencia de un partenaire cuyo deseo no causa angustia. La neurosis aparece en este sentido como la verdad de la perversión. Y es que la fijación a un punto de goce se presentaría también como un rasgo perverso, eso que en Freud sería la fijación de la pulsión a un representante psíquico al situarse la represión originaria. (E. T. Aristizábal, E. Mejía, O. A. Muñiz, L. F. Palacio, J.G.Uribe, 1990, pág. 92 - 94)

Algo también importante es el papel que juega el deseo en este tema. Para Lacan, tal como mencionan Atienza, Gracia, Julián y Ribés (1990), “deseo y ley son lo mismo, por lo que ambos tienen ese objeto en común. Si el deseo es la ley, el núcleo central de la ley es el deseo por la madre y por lo tanto lo que centra como deseo es la ley de ‘prohibición del incesto’” (p. 63) Así, el neurótico no puede acceder al deseo si no es por la ley, mientras que en el perverso se presenta una subversión de la ley. Por esto, el neurótico siempre se relaciona con el otro relacionándose con el deseo del otro: el histérico se crea para sí el deseo insatisfecho y el obsesivo se crea el deseo petrificado. Por contraste, el perverso no tiene esa relación con el deseo sino que más bien se juega algo diferente: mantiene una relación del goce con el falo, no del

deseo y con el otro. Pero es así como de alguna forma se relaciona y se diferencian los rasgos de la perversión. Se puede decir que los neuróticos tienen fantasmas perversos, pero no cumplen la misma función, ya que se colocan en el  $a$  de la fórmula, y por tanto no ponen en acto sus fantasías, pero esto sí calma de alguna manera la angustia. (Atienza et al., 1990, p. 153 - 154)

**La vertiente religiosa en la neurosis.** Lo real, como dice Lacan (1980), “es lo que no anda, lo que se pone en cruz ante este convoy más aún, lo que no cesa de repetirse para entorpecer esta marcha”. (p. 163)

Frente a este real, el neurótico se defiende constantemente, y está armado con el anudamiento del Nombre del Padre. Lo real para Lacan plantea también otra perspectiva, la de lo imposible, tal como lo ubica en el cuadrado modal. Lacan (1980) dice entonces:

He intentado puntualizar este real a definir en un segundo tiempo, en el de una modalidad lógica imposible. Supongamos, en efecto, que no haya nada imposible en lo real. ¡Bonita cara pondrían los científicos, y nosotros también! ¡Pero cuánto camino hubo que recorrer para darse cuenta de ello! Durante siglos se creyó que todo era posible. Bueno, no sé, tal vez haya algunos entre ustedes que hayan leído a Leibniz. Sólo salía del paso a través del «componible». Dios hizo como mejor pudo, era necesario que las cosas fueran posibles juntas. Lo que hay de combinado e incluso de artimaña (12) detrás de todo eso, no es imaginable. Tal vez el análisis nos introduzca a considerar el mundo como lo que es: imaginario. Esto sólo puede hacerse reduciendo la función llamada de representación, poniéndola allí donde está, o sea en el cuerpo. Hace mucho tiempo que sospechamos esto. En esto, incluso, consiste el idealismo filosófico. Pero, el idealismo filosófico ha llegado a ello, y en tanto que no había ciencia, sólo podría cerrarla, dejando una pequeña punta:



resignándose, esperaban los signos del más allá, del noúmeno como lo llamaban. (p. 163)

El discurso religioso propone un viraje a la lógica de lo imposible. Para éste, no hay nada que esté fuera del alcance, siempre existe una aproximación a lo posible. La cuestión de la fe es aquí su más grande instrumento. Lacan (1980) dice:

Sobre este asunto, la fe, la esperanza y la caridad, si (..) se formula por ejemplo como ésas tres preguntas de Kant: ¿qué puedo saber? ¿qué me está permitido esperar? (¡es verdaderamente el colmo!) y ¿qué debo hacer? Es, no obstante, muy curioso que hayamos llegado a ese punto. Por supuesto, no es que yo considere la fe, la esperanza y la caridad sean los primeros síntomas que haya que sentar en el banquillo de los acusados. No son malos síntomas, pero después de todo mantienen muy bien la neurosis universal es decir, que al fin de cuentas las cosas no andan tan mal, y que todos estamos sometidos al principio de realidad, o sea al fantasma. Pero al fin y al cabo la Iglesia está allí vigilando, y una racionalización delirante como la de Kant es, no obstante, aquello con que la Iglesia choca”. (p. 170)

La religión admite las esperanzas, y las sostiene. Lacan agregará entonces que “la verdadera religión no es loca, todas las esperanzas le sirven, si puedo decirlo; ella las santifica. Por supuesto, así se las permite. (p. 165)

Pero la lógica del psicoanálisis parte de la existencia de un punto de inconsistencia total: el vacío estructural, que de allí en adelante se constituye en un vacío operante, en el que el neurótico despliega sus más íntimas construcciones y relaciones con el mundo y con su propio inconsciente, siempre de manera fallida. El síntoma es la prueba de ello. Lacan (1980) dice

entonces que “el sentido del síntoma no es aquél con el que se lo nutre para su proliferación o extinción, el sentido del síntoma es lo real, lo real en la medida en que se pone en cruz para impedir que las cosas marchen en el sentido en que ellas dan cuenta de sí mismas de manera satisfactoria”. (p. 165) Es decir, el sentido logra cubrir algo de ese real, pero de alguna u otra manera algo puede ser sensible de fuga. El sentido como tal es engañoso.

Por esto Lacan (1980) resalta:

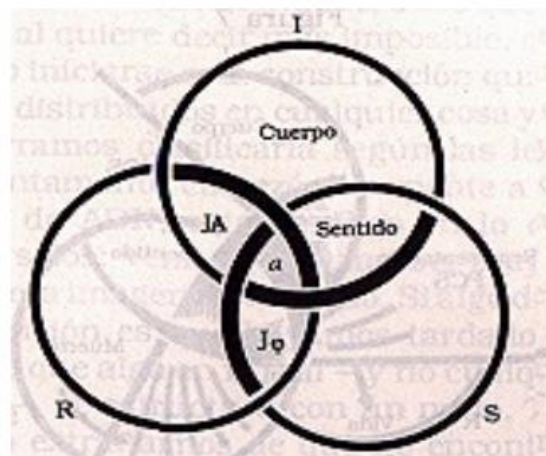
Como lo dijo Tostain- que la interpretación debe ser siempre el ready-made de Marcel Duchamp; para que por lo menos entiendan algo de eso, lo esencial del juego de palabras es que hacia allí tiene que apuntar nuestra interpretación para no ser la que alimenta al síntoma con sentido. Por consiguiente (...) el único exorcismo de que sea capaz el psicoanálisis; es que el desciframiento se reduce a lo que constituye la cifra, a lo que hace que el síntoma sea ante todo lo que no cesa de escribirse de lo real. (p. 171)

El sujeto acude siempre a la significación y a la producción de sentido, esto le sirve de barrera y de defensa frente a la división subjetiva de la que tanto quiere escabullirse a como dé lugar por la angustia emergente. Sobre esto Lacan (1980) agrega:

Con todo, es del malestar que en alguna parte Freud anota, del malestar en la cultura, de donde procede toda nuestra experiencia. Lo sorprendente es que el cuerpo contribuye a ese malestar de una manera con la que sabemos muy bien animar -animar si puedo decir- animar a los animales con nuestro miedo. ¿De qué tenemos miedo? Esto no quiere decir simplemente: ¿A partir de qué tenemos miedo? ¿De qué tenemos miedo nosotros? De

nuestro cuerpo. Es lo que manifiesta ese fenómeno curioso sobre el cual hice un seminario durante todo un año y que llamé angustia. La angustia es justamente algo que se sitúa en otra parte en nuestro cuerpo, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos asalta por reducirnos a nuestro cuerpo. Como no obstante es muy curioso que esta debilidad del parlêtre haya logrado llegar hasta allí, nos hemos dado cuenta de que la angustia no es el miedo a cualquier cosa con que el cuerpo pueda motivarse. Es un miedo del miedo. (p. 175)

Fig. 1



(Lacan, 1980, p. 159-186)

Esta angustia se vive, pues bien, en el cuerpo. En las prácticas en S.O.L.C.A se trabajó con pacientes que se veían afectados por una enfermedad cancerígena, algunos con un buen pronóstico, y otros con uno más nublado. En muchos de estos casos se encontraban pacientes sumamente deteriorados, habitados por un cuerpo ineficiente e impotente. No es curioso que en muchos de estos pacientes, la creencia en un ente superior les diera la consistencia imaginaria

que queda en esas circunstancias trastocada. Sobre esto Lacan dice: “Que al hombre le guste tanto mirar su imagen, pues bien, no hay más que decir: eso es así”. (p. 169). El discurso religioso dice que el hombre está hecho a imagen y semejanza de Dios, y es difícil desligar al narcisismo de este postulado.

Lacan (1980) menciona más al respecto, y además amplía la dimensión de lo que implica la imagen propia, para pasar también a la imagen de los otros semejantes:

Lo más asombroso es que eso ha permitido que se deslizara el mandamiento de Dios. Con todo, el hombre está más cerca de sí mismo en su ser que en su imagen en el espejo. Entonces nos preguntamos qué significa toda esta historia del mandamiento «Amarás a tu prójimo como a ti mismo» si no se funda en ese espejismo, que a pesar de todo es algo curioso; pero como ese espejismo es justamente lo que lleva a odiar, no a su prójimo, sino a su semejante, nos quedaríamos como en ayunas si no pensáramos, no obstante, que Dios debe saber lo que dice y que en cada uno hay algo que se ama más aún que a su imagen. (p. 169)

La imagen propia toma aquí un valor importante, puesto que podría pensarse también la apertura que tiene el discurso religioso para acoger las diferencias y los desperfectos. De hecho, Dios está abierto a esto en particular, a recoger al caído, a amar al pobre y al que está en desventaja, y a salvar al pecador.

Como ya se explicaba en la sección anterior sobre los rasgos perversos, el neurótico

pretende evadir la división subjetiva, tomar distancia de la castración aunque esté fundado en ella.

En muchos casos de pacientes con enfermedades o en situaciones poco venideras, la creencia religiosa puede servir de soporte imaginario. En el caso de las prácticas clínicas en S.O.L.C.A, por un lado se encontraba la demanda directa de la institución: mantener tranquilo al paciente para que contribuya con el proceso de quimioterapia, con la cirugía, con el tratamiento; controlar los niveles de angustia y evitar los estados depresivos para contrarrestar el debilitamiento inmunológico que estos factores puedan producir. Por otro lado, se encontraba la demanda del paciente mismo, siempre particular, en el caso de que existiera.

Dentro de la institución hospitalaria, el clínico puede encontrarse con varias dificultades:

- Falta de tiempo
- El deterioro del paciente. El instrumento del clínico es la palabra, y en muchos casos el habla del paciente está deteriorada. Algunos otros han pasado por el proceso de traqueotomía, o simplemente les han sido administradas drogas para disminuir el dolor corporal, afectando esto las habilidades mentales básicas para mantener una entrevista.

- Los procesos médicos, que por estar dentro de una institución hospitalaria, pueden interrumpir las sesiones.
- El estado de ánimo del paciente.
- La falta de privacidad y confidencialidad en el espacio de palabra, a veces por la presencia de otros pacientes internos en la misma área, a veces por los familiares.
- Las contingencias de la enfermedad misma.
- No hay una demanda por parte del paciente

Entre estas dificultades la última es la que más compete a este desarrollo. Se trata de pacientes que no admiten un trabajo clínico posible, puesto que manifiestan tan abiertamente una coraza religiosa, que no hay apertura para elaborar alguna problemática o malestar. En estos casos el paciente deja al clínico relegado al rol de testigo, como si de dar un testimonio de Dios se tratara. Él o ella están allí para escuchar “la gracia que Dios ha derramado” en ellos, y nada más.

Para el psicoanálisis, la angustia, como lo más verdadero debido a que se vive y se manifiesta como señal de alarma frente a lo que no concuerda, es posible de escape. (Freud, 2008, p. 2374 – 2375) El sentido, al que todo neurótico siempre acude, manifiesto en el discurso, puede agotarse. Ericka Hernández y Andrea Robles (2013) en su tesis mencionan que:

El acto analítico, es liberar la asociación, es decir la palabra, liberarla de lo que la constriñe, para que se despliegue libremente. Y entonces constatamos que la palabra liberada hace volver recuerdos, que pone en presente al pasado, y que dibuja a partir de allí un porvenir”. (p. 27)

Frente a esta liberación discursiva, el sujeto puede llegar a lo que se denomina como “otras escenas”. Para algunos pacientes la problemática vital gira entorno a la enfermedad actual, para otros hay algo que les afecta más allá de su padecimiento físico, y pueden avanzar a *otras escenas*, ya sea por la asociación de un significante que se repite y que conecta una escena con otra, o también por alguna *dificultad* que se presenta en algún relato en particular. Cuando se habla de *dificultad* es para referirse a este punto de real que puede escapar del sentido mantenido hasta ese momento en el relato; es decir, el sujeto habla de algo concreto, pero puede allí aparecer un equívoco, un silencio, el sujeto no encuentra un significante que se ajuste a esa situación que pudo ser traumática. En el encuentro con este obstáculo, el paciente se ve enfrentado a la elección de anular ese equívoco, de completar el sentido o de buscar otro significante que cubra ese vacío; pero también puede dirigirse a la vía del querer saber qué más subyace al dicho.

El clínico debe mantener una postura neutral ante la posición discursiva del paciente. En los casos en donde aparece la creencia religiosa como defensa y estabilización subjetiva, y sobre todo en casos donde este recurso contribuye con el proceso de tratamiento y a la recuperación del paciente, el clínico apunta de la misma manera como si de la dinámica con la suplencia psicótica

se tratara. De hecho, la posibilidad de trabajo es contribuir con esa consistencia imaginaria y estabilización, no como lo haría un cura o sacerdote, sino brindando el espacio de palabra o simplemente visitando al paciente regularmente para marcar, en medio de las contingencias vividas dentro de la institución hospitalaria, una presencia constante que propone una escucha diferente.

### **El verdadero despertar**

**Las verdades.** Para el psicoanálisis la verdad siempre es una verdad a medias. La verdad no se puede decir toda, puede medio decirse.

La verdad no es un derecho, porque si no sería ubicada del lado de lo que puede ser generalizado. Por el contrario, la verdad es parte siempre de lo irrepetible, de la singularidad.

La verdad del sujeto es la verdad del inconsciente, y es engañosa porque el inconsciente parte de una mentira y de una contradicción. El lenguaje y el discurso dan cuenta de esto. No es en vano que Freud habló en su tiempo de los sueños, los equívocos, los actos fallidos, los lapsus, etc., como actos logrados que dan cuenta del conflicto intrapsíquico al que estamos llamados a poner de relieve en esta sección. (2008, p. 931)



Sobre esto Lacan (1980) menciona:

El lenguaje sólo puede avanzar verdaderamente retorciéndose y enrollándose, contorneándose de una manera de la que después de todo no puedo decir que no esté dando el ejemplo. No hay que creer que si acepto el desafío, si marco en todo lo que nos concierne hasta qué punto dependemos de él, no hay que creer que yo lo haga con tanta alegría en el corazón. Me gustaría más que fuera menos tortuoso. Lo que me parece cómico es simplemente el hecho de que no se den cuenta de que no hay ningún otro medio de pensar, y que ciertos psicólogos en busca del pensamiento que no sería hablado implican en cierta medida que sería preferible el pensamiento puro, si me atrevo a decirlo. En lo cartesiano que he expuesto hace un momento, el pienso luego existo, sobre todo, hay un error profundo, y eso es lo que inquieta, es cuando imagina que el pensamiento constituye así, una extensión, si se puede decir. Pero es precisamente lo que demuestra que no hay otro pensamiento, si me puedo expresar así, puro, pensamiento no sometido a las contorsiones del lenguaje, sino justamente el pensamiento de la extensión. (p. 173)

Crear que el pensamiento puro existe es de por sí un error. Pero hay quienes quieren vivir engañados, y esto no deja de ser una elección. Justamente cuando se hacía referencia a los puntos de quiebre, dificultades u obstáculos discursivos, se subrayaba la elección del sujeto de alejarse o acercarse a la dimensión del saber. La creencia religiosa en su lugar contribuye a acoger al sujeto en una colectividad, o en una masa en el caso de la Iglesia. En ésta logra completar la marca de su división subjetiva. Allí donde ya no sabe o ya no puede, o donde se niega a saber, encuentra a Dios, a la fe, al destino, a la suerte, etc. Entra al mundo de posibilidades infinitas (puesto que el significado lleva siempre a otro significado al que el sujeto puede acogerse) ,que de alguna u otra manera le da un sentido a la existencia. Mientras el sujeto más se acoge a esta verdad colectiva o generalizada, más se aleja de su propia verdad. Sin embargo, aún en este intento de inflar sentido, la discordancia estructural no deja de entrecerarse en el discurso mismo. Mientras más se

avanza en el relato, más posibilidades de que alguna dificultad aparezca. Sin duda, cuando el sujeto se encuentra frente a esto, puede relatar un poco más y llegar otra vez a un punto de estabilización o no.

De esta forma, la labor analítica no apunta a la vía del sentido. Debido a que, tal como Lacan (1980) menciona:

Si se alimenta el síntoma, lo real, con sentido, no se hace sino darle continuidad de subsistencia. En cambio, en la medida en que algo se estrecha en lo simbólico con lo que he llamado juego de palabras, equívoco, el cual implica la abolición del sentido, todo lo que concierne al goce, y especialmente el goce fálico, también puede estrecharse, pues esto no impide que se den cuenta del sitio en estos diferentes campos del síntoma. (p. 176)

Esta última vertiente, la del goce, es la que direcciona al sujeto a su propia verdad, la de su modo de vivir y padecer.

Lacan (1980) continúa:

El síntoma es la irrupción de esa anomalía que es aquello en que consiste el goce fálico, en la medida en que se exhiba, florezca esa falta fundamental que califico como no relación sexual. En la medida en que la interpretación de la intervención analítica recaerá únicamente en el significante, en esa medida puede algo retroceder del campo del

síntoma. Aquí es en lo simbólico, lo simbólico en cuanto al lenguaje que lo soporta, que el saber inscripto de al lenguaje que constituye realmente el inconsciente, se elabora, se impone al síntoma, lo que no impide que el círculo marcado allí con la S corresponda a algo que, de ese saber, jamás será reducido, es decir, la *Urverdrängt* de Freud, lo que del inconsciente jamás será interpretado. (p. 176)

El autor (1980) además hace referencia a lo que él llama “el archifracaso cristiano”, en tanto que el cristianismo pretende formar un todo, cuando en realidad el sujeto está siempre enfrentado a vérselas con su verdad en la soledad de su goce:

Es el principio mismo de lo que hace un momento he llamado el archifracaso cristiano): en este goce del Otro, es donde se produce lo que muestra que así como el goce fálico está fuera del cuerpo, así el goce del Otro está fuera del lenguaje, fuera de lo simbólico, pues es a partir de allí, o sea, a partir del momento en que se capta -cómo decirlo- lo más vivo o lo más muerto que hay en el lenguaje, es decir, la letra; es únicamente a partir de allí que tenemos acceso a lo real. Todo el mundo sabe hasta qué punto es imposible este goce del Otro, e incluso contrariamente al mito que evoca Freud, o sea, que el Eros sería constituir uno. Justamente es por ello que uno se muere, porque en ningún caso dos cuerpos pueden constituir uno, por más que se los apriete; no he llegado al extremo de ponerlo en mi texto, pero lo mejor que puede hacerse en esos famosos abrazos, es decir «apriétame fuerte» ¡pero nunca se aprieta tan fuerte como para que el otro termine reventado! De manera que no hay ninguna especie de reducción al uno.

Es la broma más formidable. Si hay algo que constituye el uno, es a pesar de todo precisamente el sentido del elemento, el sentido de lo que depende de la muerte. Digo todo esto porque sin duda se hacen muchas confusiones a causa de cierta aura de lo que yo cuento, se hacen sin duda muchas confusiones sobre el tema del lenguaje: a mí no me parece de ningún modo que el lenguaje sea la panacea universal; no es porque el inconsciente esté estructurado como un lenguaje, es decir, lo mejor que él tiene, no es por eso que el inconsciente no dependerá estrechamente de al lenguaje, es decir, de lo que hace que toda al lenguaje sea una lengua muerta, aún cuando siga estando en uso. Es solamente a partir del momento en que algo se limpie de ella, que se podrá hallar un principio de identidad de sí mismo a sí mismo, y no es algo que se produce al nivel del Otro, sino al nivel de la lógica. Es en la medida en que se llega a reducir todo tipo de sentido que se llegará a esta sublime fórmula matemática de la identidad de sí mismo con sí mismo, y que se escribe  $x = x$  (p. 177)

**La moral vs la función del analista.** La palabra *moral* proviene del latín *mos-moris*, que se traduce en *costumbre* o *modo de hacer en sociedad*. (Sanabria, 2005, p. 26) La moral implica un conjunto de reglas y normas que dan cuenta de pautas a seguir para delimitar el bien del mal, lo que se espera y lo que no. Marca una serie de normas y valores.

La moral invita al cumplimiento de parámetros para vivir acorde a lo “aceptado”, acogiendo al individuo como parte de un grupo mayor: la sociedad. Esta consideración implica una generalización, un estatuto que hace referencia a un “TODOS”, bajo el imperativo “deber”. Frente al cumplimiento o no de este deber, aparece allí un juicio de valor, cualquiera que este fuera. En el caso de haber fallado ante el cumplimiento del ideal, la penalización es la conclusión, ya sea por parte de la sociedad o proveniente del mismo sujeto bajo la modalidad de culpabilidad. Para esto el *Súper Yo* cumple con todos los rigores de efectividad. Y la iglesia y la religiosidad marcan sus preceptos a partir de la moral. La conciencia de culpabilidad por los pecados cometidos, el arrepentimiento de corazón, el acto penitencial y la reconciliación divina, son un ejemplo claro de esto.

Para el psicoanálisis la cuestión de la moral compete a otras áreas. Como se sabe, la experiencia psicoanalítica parte de la desarmonía estructural, y por ende, ella misma es disarmónica. El inconsciente como tal parte de una contradicción y de la imposibilidad, y por

ende la relación del sujeto con esta falla estructural implica, no consideraciones morales, pero sí éticas en la propia labor, tal como lo dice Guyomard (1999):

El psicoanálisis es una práctica (..) y como toda práctica suscita la ética de una u otra manera (...) Esta cuestión es la de la ética *en* el psicoanálisis. No la de la ética *del* psicoanálisis (...) La ética, distinta de la moral, siempre codificada, concierne a los múltiples aspectos de la relación con las leyes, escritas o no escritas; concierne a la relación con la libertad, la desobediencia y la insumisión. Concierne a las razones de vivir y obedecer, a las carencias y las perversiones de la ley: abre la posibilidad y paradójicamente el derecho de hacer valer otro orden de valores contra el que se rechaza. En el análisis, la ética limita los abusos, examina el sentido de la técnica y preserva la dimensión de la verdad, tal como el psicoanálisis la asegura en la palabra, en oposición al saber. (p. 12 – 15)

El autor continúa explica a su vez la continuidad de la ética en el psicoanálisis con la ética del psicoanalista, en tanto que la presencia del analista es condición necesaria para la constitución de un análisis. Esta vertiente compromete al analista en su propia implicación y responsabilidad con su práctica, partiendo por supuesto desde el sometimiento a su propia castración, y su lugar a ocupar, como semblante, dentro del espacio analítico.

Sin embargo, la ética no funda una exclusividad para el analista; la fuerza de la ética incide también en el analizante. Aquí es importante retomar la dimensión de la culpa. Lacan (como menciona Guyomard, 1999) con relación a la ética espera que:

Atraviese la culpabilidad, y la libere. El deseo es un bien con respecto a la culpa (...) Lacan subordina la culpa al deseo: el deseo viene a responder a la legitimidad de la culpa. Lo único de lo que se puede ser culpable es de haber cedido en su deseo. De este modo el deseo es enfrentado a la culpa: la haría imposible". (p. 17)

Así, advierte la necesidad del sujeto de ir más allá de la culpa, para más bien engancharse con su deseo y con su responsabilidad como sujeto tachado y por ende, deseante. El autor menciona que:

La noción misma de *sujeto* implica la de responsabilidad. Se espera de un sujeto que responda por el sujeto que es y que ha sido. Esta respuesta no supone culpa, en cuanto no la supone a priori. (..) El sujeto pasa de una ética a otra. En función de la prevalencia de los intereses que él se da y que lo dominan. La acción implica una elección, un juicio, valores. Se pasa entonces de una ética a otra. Se oponen diferentes éticas, así como se opone la ética a la moral, al legalismo, al rechazo de la responsabilidad y a la coartada de la obediencia. La ética de la desobediencia hace surgir lo que denuncia: una ética de la obediencia. Ésta se cobija bajo las órdenes de la jerarquía para hacer olvidar que obedecer es también una elección, y que puede convertirse en una ética". (p. 21)

Esta responsabilidad del sujeto y su posibilidad de obediencia o desobediencia, llama al analista a una posición neutral, guiada por la demanda del analizante y la implicación en su malestar. Al respecto, Guyomard (1999) dice:

La ética está vacía; es siempre una ética de aquello que invoca o de aquello en cuyo nombre se ejerce. La ética es un debate, una decisión, una crisis. Si no,

tenemos la norma, la moral o la ley. La ética concierne al acto, al responsable, al que decide. (p. 22).

Por esto el psicoanálisis plantea una ética que gire en torno a una medida que abarque la posibilidad del infinito y la diversidad, en lugar de una totalidad: la medida del deseo. Ésta atraviesa la función del analista, reafirmando en cada acto analítico la relación de su práctica con su propia castración y con su singularidad, y atraviesa también el discurso del analizante en la emergencia de lo real de su experiencia y de la verdad suscitada.

**La labor analítica.** La experiencia analítica ha puesto de manifiesto que el impasse es estructural. Se trata del impasse con el que todo proceso de análisis llega a encontrarse como una resistencia irreductible, tal como Freud llegó a postularlo. (2008, p. 50 – 54) Es decir, con el complejo de castración como punto de partida, en tanto que no se encuentra del lado de lo contingente, sino más bien de lo necesario para la producción del sujeto.

A partir del complejo de castración Freud sostiene la existencia de un tropiezo, y Lacan sostiene la concepción freudiana al subrayar también la imposibilidad de concordancia entre los sexos: la relación sexual que no existe. Pero la cuestión del fin de análisis sin dudas planteó un desafío para la clínica. Es necesario resaltar que:

El fin de análisis no se sitúa a nivel de la relación sexual, que no la hay. La cuestión de final de análisis no tiene solución si ha de haber relación sexual. Solo puede ser resuelta a partir de su ausencia. Es un hecho que el psicoanálisis no hace que exista la relación sexual". (Miller, 1986, p. 109 – 110)

Y en ese sentido el complejo de castración toma su valor, dado que pone de manifiesto el vacío operante, la ausencia. Esto último es la clave del lazo intrínseco entre la concepción freudiana y la lacaniana, en tanto que justifica al fantasma como una construcción allí donde solo hay *nada*.

Sin embargo, se hace presente un giro que delimita incluso la técnica analítica. A partir de Freud y su concepto de castración y del penisneid, se evidencia el impasse al igual que el dilema del infinito. Esto porque, como menciona Miller (1986):

La ausencia del significante de la mujer da cuenta de la ilusión de infinito (...) la estructura diacrítica del lenguaje que hace que un significante valga sólo por otro significante, abre a la palabra como tal a una recurrencia sin fin. Evidentemente, si existiese el otro significante, el de la mujer, podría suponerse que esto se detendría." (p. 111)

Es de esta forma como Lacan da una vuelta, desde la interpretación freudiana, que avanza por el camino de la significación, hasta la dimensión del goce. La primera, la de la conjunción de la batería significante, despliega la posibilidad de la metáfora y la metonimia sin fin, dado que interpretar es partir de un significante para llegar al significado: leer, descifrar, entender. Este es



el sistema de la significación. Así, el obstáculo llega al percatarnos de que "un significante no se correlaciona a un sentido, sino a varios; y a su vez, varios sentidos pueden ser función del mismo significante." (Miller, 2009, p. 2) Lacan se da cuenta de este acontecimiento, de que hay siempre un *décalage* entre lo que se dice y lo que se quiere decir, y que ese desajuste es la raíz del inconsciente. Además, agrega que el inconsciente es de por sí interpretación, en tanto que cifra y a la vez da sentido, invita al sentido. Eso es el engaño fundamental, la trampa del inconsciente, puesta en escena en los sueños y en su llamado a la interpretación, en la cara simbólica del síntoma. Y por eso la pregunta es: ¿qué habría más allá? Miller (2009) lo indica perfectamente afirmando que:

La aparición de significantes implica un resto distinto del significado y, el efecto de significantización implica resto y el efecto de significación vela siempre este resto, y es menos un efecto que un producto, y ha tratado de ubicar el goce en este resto y por eso lo hace equivalente a un objeto. (p. 6)

Entonces lo que habría más allá es ese resto, el goce como tal, y frente a eso, si el inconsciente es interpretación, ¿para qué interpretar más? Además de que el goce escapa al sentido. De esta manera, Lacan apunta al objeto dado que revela el valor de goce para el sujeto, mientras que toda palabra y elucubración de sentido solo lo vela. Es justamente en el vacío que hay entre los significantes (S1-S2) en donde se aloja el goce por la pulsión, y en donde cabe pensar no en términos del significante para la significación (infinito) sino más bien en el significante para el goce (corte). No se trataría entonces de la interpretación sin fin, puesto que

solo produciría una opacidad en la verdad del sujeto, sino de ir en contra de esa continuidad, en no agregar el S2 en donde se sumerge el sujeto en un delirio neurótico, pero al fin y al cabo delirio. Así, en las sesiones analíticas se apunta a depurar y acotar el goce opaco del síntoma, después del S1 y antes de la ocurrencia del S2 que da sentido. Se trata de la sorpresa, de la perplejidad que podría movilizar una producción e iluminación sobre la formulación fantasmática y su atravesamiento.

El neurótico propiamente se defiende de algo, y esas defensas sin duda emergen frente al ascenso del goce, con lo cual deviene la modalidad sintomática puesta en juego sobre la dimensión del sentido que el sujeto busca para velarlo. Esta es la cara semántica del síntoma. Pero ahí no queda el asunto, el síntoma como satisfacción sustitutiva se compone también de una cara real, que es de goce. Sabemos pues, que este goce se infiltra en la cadena significativa a través de lo que Freud (2008, p. 234- 236) denominó como proceso primario, el cual consiste en la condensación y desplazamiento del goce en la cadena significativa, que son pasajes de esa escritura primigenia, del goce del cuerpo en un decir de ese goce. Esto para resaltar que las formaciones del inconsciente logran metaforizar y metonimizar una cara semántica, superpuesta a una cara gozante. La interpretación entonces apuntaría a esa cara semántica, que llevaría al sujeto a desvariar en el sentido, a desparramar el sentido a falta del significante de la mujer. Esto implica el reenvío constante de significantes para la producción de significado, que como ya se mencionó, falla, y por eso se reenvía. Mientras que apuntar al significante en contra de la continuidad de los S2, sería avanzar por la dimensión del goce, del sin- sentido. Por esto, Lacan

propone un viraje en la clínica, un alto a la función del analista como inyector de sentido, para más bien referirse a un analista que haga eco y resonancia de la letra sobre el cuerpo, y de la no relación sexual, tal como lo menciona Miller (1986), cuando da cuenta de cómo “en la palabra, el sujeto experimenta la desposesión de sí: de la “falla en ser” (\$) en particular la falla en ser representado por un significante. En cambio, con el fantasma tiene acceso a lo que le concede de ser el significante.” (p. 115)

Finalmente, es menester dar cuenta de que, como expresa Miller, (1986) “el sujeto del deseo es sin duda, nómada, pero no por ello deja de estar engarzado a un punto fijo, a una pica en torno a la cual va a la deriva, pero en círculo. (...) Este círculo se llama el fantasma.” (p. 114) Y en ese punto, solo vale un atravesamiento, el pase como la operación posible que articula el objeto de goce y sus implicaciones en la vida del sujeto. Por esto, tal como cita Miller (1986) “el pase es el nombre que da Lacan a la disyunción del sujeto y del objeto que se opera en la experiencia analítica, o sea, a la fractura, o atravesamiento, del fantasma.” (p. 115)

## CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

Es importante resaltar que toda labor psicoterapeuta, denota un ejercicio dinámico del uso de la palabra, como expresa Negro parafraseando a Lacan “*no hay sujeto antes del lenguaje*”. (2009, P. 6)

Por consiguiente el presente trabajo de investigación desde el marco teórico hasta la sistematización de los casos trabajados, buscó una lectura psicoanalítica de la creencia religiosa en el discurso de los pacientes derivados, permitiendo clarecer cómo el fenómeno religioso aparece en ciertos casos como discurso cerrado que sirve de función de estabilización subjetiva o por consiguiente como obstáculo para la aproximación a lo inconsciente.

Lo referente al marco metodológico, el presente trabajo se configuró a través de tres procesos: el primero referente a un **marco teórico** sustentado en la *teoría psicoanalítica*, el segundo a **métodos de análisis** (*método exegético, método de abducción, método de introducción psicoanalítico*) y el tercero al **desarrollo terapéutico de los casos** (psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, la singularidad, la división subjetiva y la práctica de la palabra).

Respecto al marco teórico con orientación psicoanalítica, podemos resaltar que esta construcción teórica tiene dos vertientes complementarias, una investigativa y otra de tratamiento. La hipótesis psicoanalítica apunta a que todo fenómeno psíquico tiene una causa, una razón, es decir un determinismo psíquico. Como expresa Rocío Santamaría citando a Freud en la revista Redalyc.org (2002):

El psicoanálisis asume, en este sentido, que todos los fenómenos psíquicos tienen una causa, una razón, de ahí la doctrina del determinismo psíquico. En la búsqueda de causas, Freud (1914) desarrolló los puntos de vista metapsicológicos, que intentan describir los procesos mentales desde sus diferentes aspectos. (p. 57)

Lo que conlleva al componente teórico, podemos comprender que el marco conceptual que usa el psicoanálisis se apoya de constructos teóricos existentes como el inconsciente, complejo edípico, represión, pulsión, etc. Este conjunto de teorías básicas psicoanalíticas que estructuran nuestra manera de observar e interpretar los hechos clínicos, conforman lo que Klimovsky define como **base empírica metodológica**. “Es decir un conjunto de teorías aceptadas por una comunidad científica, que ayuda a puntualizar fenómenos al momento de una investigación”. (1994, p. 39)

### **Método Exegético**

El método de interpretación exegético consiste en el estudio minucioso y la extracción metódica de una norma o enunciado. En el caso de nuestra investigación, conociendo la

multiplicidad de saberes que rodean nuestro tema, este método sirvió para analizar de manera sistemática, elementos textuales como libros, artículos, entrevistas video, etc, permitiéndonos un análisis detallado, además de una consistente base conceptual para la comprensión de la creencia religiosa en la escucha psicoanalítica.

### **Método de abducción**

Este método de interpretación, busca conjeturar por medio de observaciones fenomenológicas, la construcción de una hipótesis teórica, que favorezca la investigación científica, como expresa Fernando Soler: *“La abducción es el proceso de formar una hipótesis explicativa. Es la única operación lógica que introduce alguna idea nueva”*. (2012, p. 3)

Este método de cierta manera permitió indagar la hipótesis lacaniana del **triunfo de la religión**, ya como lo había expresado Miller J.A:

Freud, viejo optimista de las Luces, creía que la religión no era más que una ilusión que sería disipada en el futuro por el avance del espíritu científico. Lacan, en absoluto, pensaba, por el contrario, que la verdadera religión, la romana, al final de los tiempos engatusaría a todos, derramando sentido a raudales sobre ese real cada vez más insistente e insoportable que debemos a la ciencia.(2006, párr. 1)

El proceso de fe propio de la estructura religiosa, especialmente la cristiana, formula un ideal absoluto, que posibilita al creyente un acercamiento con lo divino, es decir una promesa de esperanza ahí donde falta sentido. Por consiguiente durante el trabajo clínico, en el espacio de atención mucho de los pacientes derivados en el hospital de S.O.L.C.A, traían como novedad un discurso de inquietud entre lo que acontecía su diagnóstico y lo que promovía su vida de fe, haciendo del trabajo clínico, en un espacio de sincretismo religioso donde expresaban una disyunción entre su vida espiritual y la realidad vital que acontecía.

Gracias a esta constante en los dispositivos de atención, se pudo plantear con interés, la investigación de la creencia religiosa en el discurso de los pacientes, buscando desde un primer momento es clarecer herramientas prácticas, para el acompañamiento psicoterapéutico.

### **Introducción al método psicoanalítico**

Miller J. A. en su libro *Introducción al método psicoanalítico*, sostiene que existe cierta tendencia de separar la dimensión ética y la dimensión técnica, al momento de hablar de la experiencia psicoanalítica; ya que por un lado se habla de ética al final del análisis, y por otra parte se habla de técnica al inicio del análisis. (1997, p. 5)

Por consiguiente el autor hace énfasis que toda cuestión técnica en sí es una cuestión ética, ya que todo el proceso analítico apunta a la categoría de sujeto. Como expresa: “La categoría de sujeto no es una categoría técnica. La categoría de sujeto, como tal, no puede ser colocada sino en la dimensión ética”. (1995, p. 5)

Respecto al trabajo clínico, es posible el método siempre y cuando el sujeto que nos visite, se encuentre en la demanda de ser admitido como paciente. Es decir la primera evaluación que existe en todo tratamiento, es la evaluación que se da el mismo paciente sobre su síntoma. Citando a Miller J.A:

En psicoanálisis, la primera evaluación es hecha por el paciente, es él el que primero avala su síntoma. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-evaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa auto-evaluación. (1997, p 7)

Es importante que para generar la evaluación del paciente, exista el proceso de entrevistas preliminares, que consiste en poder investigar la estructura clínica del paciente (neurosis, psicosis, perversión), esta operación que no tiene un número determinado de sesiones, se la emplea como diagnóstico preliminar, que permite ubicar la posición que toma el sujeto en relación a sus propios dichos. Es a partir de este proceso, que se puede dar inicio a un trabajo del inconsciente



### **Psicoanálisis aplicado a la terapéutica**

El psicoanálisis aplicado como el psicoanálisis puro, son muy diferentes a cualquier técnica de psicoterapia breve, a pesar de que ambas tienen como dispositivo el uso de la palabra, cada una apunta hacia vertientes diferentes. Por ejemplo Miller declara *que* “la psicoterapia se inscribe en el discurso del amo, ya que esta no se plantea la cuestión del goce” (2001, p. 15), el sujeto reclama una identificación y la psicoterapia privilegia la identificación al precio de reparar al fantasma.

Es necesario precisar que la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia depende de la respuesta del Otro: en la psicoterapia el Otro es el amo que asegura al sujeto una forma de identificación, mientras que lo que puede permitir un viraje de la terapia al análisis, es la existencia de Otro que no sepa, que no sea todo saber. (Hernández E. y Robles A.; 2013, p. 18)

En conclusión el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, tiene su punto de conjunción con el psicoanálisis aplicado, ya que los dos apuntan a la reducción del goce, no por las vías del sentido, sino por el atravesamiento del fantasma bajo la operación de la transferencia, respecto a la diferencia que pueda existir entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado reside en la posición del analizante respecto de su síntoma y de su fantasma, así como en la posición del analista, en lo que ha operado en el cómo deseo del analista.

### **La singularidad**

Todo trabajo psicoanalítico apunta a la singularidad, citando a Hernández E. y Robles A “la labor psicoanalítica apunta a ir detrás del malestar, es decir busca un deseo inconsciente distinto en cada sujeto”. (2013, p. 50)

Lo que respecta al malestar subjetivo, a pesar de mostrarse en la vida de los sujetos como un punto en común y una manifestación que se repite en las experiencias cotidianas, las causas en que se manifiestan nunca serán las mismas. Como expresa Hernández E. y Robles A:

En todos los casos, el malestar puede manifestarse externamente como algo común, algo que se repite en varias personas, por ejemplo: un malestar físico: un efecto psicósomático o un malestar psíquico: un desorden obsesivo compulsivo. A pesar de que estas características puedan ser similares, ni los motivos ni las formas de solución serán las mismas. (2013, p. 50)

Durante el trabajo clínico a pesar de manejar un criterio conceptual, y un marco teórico referencial, todo trabajo clínico se trabaja el uno por uno. Hernández E. y Robles A expresan:

Los principios trabajados por esta técnica se pueden aplicar en la mayoría de los casos, sin embargo, ningún caso será igual a otro; de ahí que se le otorgue el saber al paciente y no al operador del dispositivo.

Dentro de la praxis del dispositivo, no se direccionan las sesiones hacia el tema de la enfermedad, de lo que se trata es justamente de intentar salir de esa temática y trabajar con lo que la persona considere necesario, con aquello que realmente le está preocupando. Es importante considerar todos los aspectos singulares que la persona menciona en su discurso. (2013, p. 50)

### **División Subjetiva**

La división subjetiva se da en el campo del Otro, en esta división el sujeto se encuentra identificado a significantes amos que lo representan, tapando su vacío estructural.

Hernández E. y Robles A en el ámbito del trabajo analítico destacan lo siguiente, tomando como referencia a Vidal J. A :

En el trabajo analítico, se apunta a despegar al sujeto de esas identificaciones, tomar distancia y que pueda interrogarse sobre su deseo. Cuando la identificación vacila, el fantasma tambalea, el sujeto queda dividido en la manifestación de un saber inconsciente que surge en sus dichos. A medida que el sujeto habla, el inconsciente se va moviendo, esperando aparecer en cualquier momento. La intervención del psicólogo podrá llevar al paciente a reconstruir a través de la palabra, prestando especial atención a los momentos donde el decir se impone sobre lo dicho, ya que es donde se despliegan preguntas inéditas y donde se busca la división subjetiva para hacer surgir lo impensado de su situación.

La división subjetiva se manifiesta en el discurso como una contradicción de la que el sujeto es testigo, como una vacilación en el relato y hasta como un no saber que lo angustia, y es que, en esta dimensión se encuentra con el objeto divisor de sentido (Dupont). “La cadena significante, es de por sí, sentido y el sujeto dividido que surge de ella como efecto, es una forma del significado” (2013, p. 63)

### **La práctica de la palabra**

El trabajo psicoanalítico es una práctica dinámica de la palabra, durante este ejercicio es importante tomar como instrumento, el discurso que trae el sujeto; más que corroborar los hechos o situaciones que expresa el paciente, es importante ofertar importancia a lo que el sujeto dice.

Parafraseando a Hernández E. y Robles, es importante resaltar la necesidad de distinguir las modalidades discursivas que se dan en las sesiones analíticas, por ejemplo dentro del discurso se encuentran varias dimensiones siendo necesario realizar un pasaje de la dimensión del hecho a la del dicho. Es decir, se da importancia en lo que el sujeto dice y como lo dice, y no en lo que ocurrió concretamente. Hay que prestar mucha atención a los significantes que utiliza para nombrar las escenas. Miller y Barreda nos dicen algo de ello (tal como citan Hernández y Robles):

Ahora bien, cuando el sujeto relata, es importante destacar la importancia de las palabras que utiliza. Cuando hay significantes repetitivos, el operador los señala, dando paso a otras escenas o permitiendo que el sujeto pueda reconocer que hay un motivo por el cual se repiten. Tal como Miller menciona: “Hay que presentar al sujeto su propio dicho” (1997), y luego comprender que más allá del dicho está el decir. “El decir será la posición que tiene el sujeto en relación a ese dicho. Y en cuanto a las intervenciones que se hacen es necesario que el sujeto pueda considerar la posibilidad de que haya un cambio en su posición frente al dicho” (2013, p. 53)

### **CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS**

El presente trabajo de investigación, para su posible estructuración, tuvo como base conceptual el marco psicoanalítico, además de un profundo rigor metodológico (método exegético, método abductivo, método psicoanalítico). Todas estas variables investigativas, se complementaron con la experiencia terapéutica de los casos. Es imposible indagar una hipótesis investigativa si no logra conjugarse el saber teórico con una praxis específica.

Lo que respecta a la creencia religiosa, durante el dispositivo de atención, encontramos la constante, de que muchos de los pacientes derivados recreaban en su realidad sintomática una especie de credo religioso entre lo que les sucedía y lo que la divinidad religiosa tenía reservado para ellos en su plan de vida.

Este trabajo, más que puntuar un análisis filosófico del fenómeno religioso, buscó destacar la función de la creencia religiosa en las implicaciones psíquicas de los pacientes. De cierto modo el análisis puso de manifiesto la relación que tiene el sujeto con su propia verdad, la singularidad en el decir, y la responsabilidad subjetiva en las elecciones hechas.

### **Análisis de lo desarrollado por medio de casos**

Para mejor precisión de la investigación y un mejor análisis de resultados, a continuación se expondrán los informes de cuatro casos derivados, donde se adjuntará el respectivo comentario que hará énfasis del fenómeno religioso en la práctica clínica

**Caso O.O.** El paciente estaba internado en el tercer piso debido a la necesidad del tratamiento de quimioterapia después de la detección de un cáncer de lengua. Al ofrecérsele el servicio psicológico, manifestó su preocupación y deseo de saber cómo era el tratamiento: “Yo quisiera saber si esto es fuerte, me han dicho algo pero no sé, yo quisiera que me expliquen”. Inmediatamente, al preguntarle qué más le preocupaba, respondió: “Me preocupan mis hijos porque yo soy el que los mantiene, y ahora no puedo trabajar, eso es lo que me da coraje. Ahora lo que quiero es recuperar el tiempo perdido.” - “¿Y qué más ha perdido y quisiera recuperar, además de su trabajo?”- “Bueno, le voy a contar algo muy personal. Mi madre me dejó cuando yo tenía dos meses. Mi padre la engañó, eso es lo que a ella le dio coraje y se fue. Mi padre nunca me contó nada de ella, me decía que la busque, que era de buena familia. Cuando yo le preguntaba algo, él lo tomaba como broma”- “¿Y usted, cómo lo tomaba?” – “También como broma, yo era un muchacho. Pero ahora yo quisiera buscarla, saber quién era, para que mis hijos sepan” – “Para que sus hijos sepan.. ¿o usted?” – “Sí, yo quiero saber, saber de quién vengo y.... ¿por qué? Esa es la pregunta. Yo fui el fruto de eso, ¿y yo por qué tuve que pagar los platos rotos? Pero bueno, yo no le guardo remordimiento, solo quisiera saber.”

En la segunda entrevista comentó sobre la ingratitud de sus familiares: “Mis familiares se alejaron, eso me da remordimiento. Mis hijos no vienen, mis hermanos no me ayudan en nada ni me visitan, mi esposa vino ayer pero está enferma, y por eso yo le digo que vaya a la casa nomás, aparte de que mis hijos más pequeños la necesitan.” – “¿Y por quién más siente remordimiento?”- “Mi madre, sí le guardo un poco de remordimiento. Me dejó botado como una basura, ni los animales hacen eso con sus cachorros. Sabe, cuando yo tuve que participar en el ejército mi hija tenía dos meses, la misma edad cuando mi mamá me abandonó, pero yo tuve que ir para cumplir con mi deber” – “Usted fue para cumplir con su deber, pero ¿y su madre?”- “No puedo calificarla. Si fue un error eso queda en Dios” – “Un error..”-.

Para la tercera entrevista el paciente hizo referencia a su infancia pobre: “Éramos muy pobres. Yo trabajaba y me pagaba los estudios. Tuve que buscar la forma de superarme, de aprender, porque la vida es dura.”- “La vida, ¿qué ha sido duro en su vida?” – “La guerra fue muy dura, viví cosas que contarlas no son nada comparadas con lo que en verdad pasé. Yo ubico como dos tiempos del trauma. Luego de 19 años capto todo lo anterior.”- “¿Qué ha captado ahora?”- “El no ser reconocidos como los verdaderos combatientes del CENEP, hubo todo un problema con eso, pero ahora Correa nos va a dar lo que debimos recibir, como una mensualidad, salud, bonos..” - “No ser reconocido es el segundo tiempo, y el primero entonces...” – “La guerra.” – “¿Y qué fue lo más duro de la guerra?”- “La muerte, tener que matar para defenderse.”

Luego en la última entrevista el paciente expresó lo mal que estaba: “Estoy mal, ya ve como estoy solo. No sé qué he hecho para pasar por esto.”- “¿A qué se refiere con esto?”- “A estar enfermo y solo. Cuando uno está bien parece que la gente está ahí, pero luego uno se enferma y no te dan una mano. No sé qué he hecho para pasar por esto.” – “¿Qué piensa?”- “Creo que es porque yo castigaba a mis hijos, les pegaba, pero para corregirlos.” Finalmente mencionó lo importante que era la Psicología.

**Comentario:**

El paciente logra cambiar de escenas fácilmente. La primera entrevista comenzó con la preocupación que sentía y la necesidad de saber, que en ese momento se dirigía a la enfermedad y al tratamiento, pero que luego se trasladó a *otro saber*: “Yo quisiera saber, saber de quién vengo y.... ¿por qué? Esa es la pregunta. Yo fui el fruto de eso, ¿y yo por qué tuve que pagar los platos rotos?”

Los significantes “remordimiento”, “perdido”, “coraje”, “duro”, “reconocimiento”, se repiten a lo largo del discurso del sujeto, y a su vez se ubican como conectores entre las distintas escenas y sus relatos. El paciente fluctuó entre dudas (no sé cómo es esto, no sé por qué, no sé qué he hecho) y nuevas precisiones, como por ejemplo el paso de decir “Pero no le guardo remordimiento” a “Sí le guardo remordimiento a mi madre”.



Por otra parte, se pueden ubicar ciertas dificultades, por ejemplo al comentar: “Mi madre, sí le guardo un poco de remordimiento. Me dejó botado como una basura, ni los animales hacen eso con sus cachorros. Sabe, cuando yo tuve que participar en el ejército mi hija tenía dos meses, la misma edad cuando mi mamá me abandonó, pero yo tuve que ir para cumplir con mi deber” – “Usted fue para cumplir con su deber, pero ¿y su madre?”- “No puedo calificarla. Si fue un error eso queda en Dios.” “No puedo calificarla”, después de una pausa, es un punto en donde él no encuentra un significante que pueda describir el abandono de su madre. Llega a un punto de dificultad en el que no alcanza un significante que pueda encajar en esa parte de su relato, hay un punto de quiebre.

Esta es un entrevista en la que se evidencia un trabajo de producción del sujeto mucho más por el lado del sin sentido. El paciente no relata mucho sobre su enfermedad actual, como se pensaría o se esperaría generalmente dentro de la institución. El paciente pasa de una escena a otra hasta llegar finalmente a la pregunta ¿qué soy yo para el otro?. Llega un momento en el que recurre al sentido a través de la creencia religiosa, cuando dice: “No puedo calificarla. Si fue un error eso queda en Dios.” Aparece una dificultad, y el paciente intenta cerrar el sentido dejando eso para Dios. Se da entonces un salto brusco puesto que después de llegar a un punto de quiebre, después de acercarse más eso inaccesible para él, se cobija en una verdad colectiva que lo aleja de su propia verdad a manera de defensa. Sin embargo es notorio que el discurso siempre fluctúa entre esos juegos, es la dinámica de lo inconsciente. Y aun así, si el paciente continuara por la vía del sentido, en algún momento se vería sorprendido por el mal encuentro con lo Real.

**Caso W.M.**

Al ofrecérsele el servicio de Psicología, el paciente habla un poco sobre él y sobre su enfermedad: “Estoy bien. Hace cinco años me detectaron cáncer al estómago. Era un tumor de 18x8, grande. No podían operarme porque el tumor estaba conectado con muchos vasos, venas, arterias, con la aorta sobre todo. Era demasiado complicado, así que la operación no se realizó. Luego me hicieron la quimioterapia, era la única opción que quedaba, y desapareció. Fue Dios.” Es a partir de esto que su discurso toma un tinte religioso hasta el final. “Yo soy evangélico. Tengo una hija que está en tercer año de Psicología. Me había dicho que en la universidad le habían dicho que Dios no hace nada, solo la persona misma. Yo le dije: Lo tomas o lo dejas, está en ti. Pero ella lo aceptó y cree mucho en Él. Mi hijo no creía, ateo a más no poder, él, la esposa, la suegra, el suegro, la cuñada. Cuando yo fui a Argentina, porque allá viven, me quedé como ocho meses, y todos se convirtieron.” –“¿Y usted..?” - “Yo me convertí hace doce. Era de todo: borracho, mujeriego como ningún otro, odiaba a mi mujer, le gritaba, la hacía llorar. Pero ahora para mí mi mujer se pone cada vez más hermosa. Ella se ha operado dos veces de corazón. Los doctores le dijeron que las operaciones no durarían mucho, pero no, ella está muy bien. La primera le duró como veinte años, y la segunda hasta ahora. Mire, fue mi consuegro el que me llevó a hacerme exámenes porque yo no. Ahí me detectaron todo, pero yo estoy sano. Yo digo que tenía cáncer, porque ya no tengo nada. Y es que Dios es lo más grande, es increíble por ejemplo como de dos pedacitos de espermatozoides crezca alguien, yo aún no lo entiendo, dos

pedacitos de espermatozoides. O sin ir muy lejos, le cuento que yo me jubilé y no tenía cómo pagar mis cosas, pero Dios hizo que mi hija consiguiera un trabajo muy bien pagado y ella nos mantiene. Los hijos no están destinados a mantener a los padres, pero es Dios en ella que le dice: Honra a tu padre y a tu madre. El trabajo fue a través de Dios para que ella me ayudara a mí en esto que tenía, porque ya no tengo. En mi familia no hay dudas, es sí o no, mucho positivismo siempre para todo.”

**Comentario:**

Si bien el paciente recibe la oferta del servicio clínico, su discurso se muestra bastante cerrado por el aspecto religioso, y más que un espacio de palabra y elaboración, se trata de un espacio para dar testimonio. En esta situación el clínico queda inevitablemente en una función secretarial, dado que frente a un discurso tan completo y cerrado no hay apertura para el desarrollo de las dificultades del sujeto, lo cual lo llevaría a su propia división subjetiva. Así, el paciente pasa fácilmente de escenas sin ninguna intervención, pero todas las relaciones son en base a la religión. No se ubican dificultades, su relato es continuo y sin pausas. Por otra parte, en el único momento en el que se intervino para dar cuenta de su vida antes de ser evangélico, el paciente inmediatamente recubre todo con el cambio positivo que le trajo la conversión: “¿Y usted..?” - “Yo me convertí hace doce. Era de todo: borracho, mujeriego como ningún otro, odiaba a mi mujer, le gritaba, la hacía llorar. Pero ahora para mí mi mujer se pone cada vez más hermosa”. Finalmente el paciente cierra la entrevista con una certeza que no deja espacio para las dudas: En mi familia no hay dudas, es sí o no, mucho positivismo siempre para todo”.

**Caso S.N.**

La paciente ingresó al piso de quimioterapia por un cáncer de mama. Se encuentra tranquila: “Todo bien, estoy más tranquila. Todo mente positiva” – “Más tranquila”- “Al principio sí estaba mal porque yo decía ‘No, no es posible, el doctor está equivocado, el examen está mal’, pero luego todas las cosas se dieron de forma natural” – “Cuénteme de eso”- “Todo se dio bien, el seguro aprobó la operación. En mi trabajo decían que me iban a botar porque no podía faltar y no les convenía mi enfermedad, pero luego me operaron el lunes y ya eso cuenta porque si hubiese sido después quién sabe. Pero todo fue rápido, no se demoraron” – “¿Y qué más?” - “La herida está bien, ya me vi al espejo y está bonita la cicatriz. Luego el doctor dijo que está muy bien, que no sangra, y que incluso después podría ponerme un implante para la reconstrucción. ¡Y yo ni esperaba eso, imagínese! Todo ha salido bien. Yo le dije al doctor que si no me traería efectos negativos bueno, pero que sino yo no me preocupaba por quedarme sin chichi. Todo muy bien gracias a Dios”

**Comentario:**

Este es un ejemplo de entrevista cerrada; es decir, no hay posibilidad ni necesidad de elaborar más ampliamente una idea o algún malestar. La paciente se encontraba tranquila y estable. No se accedió a otras escenas, sino que el relato se mantuvo en un tema actual aunque

haciendo referencia a un proceso. Finalmente la paciente hace alusión a Dios y se finaliza la entrevista, puesto que no hubo nunca una dificultad, y tampoco era necesario llevar a la paciente hacia esa dimensión, la cual solo sería impertinente en ese momento además de desfavorable para el tratamiento por los posibles efectos de angustia.

### **Caso S.F.**

La paciente se encontraba internada en el tercer piso debido a la necesidad del tratamiento de quimioterapia, tras el diagnóstico de leucemia. Al ofrecérsele el servicio psicológico, manifestó su apertura al trabajo: “Claro, yo sí quisiera conversar, todo el mundo tiene problemas, sobretodo yo. Esta enfermedad es mi calvario, tengo que cargar con mi cruz. Pero yo prefiero que estar aquí antes que ellos” – “¿Ellos?” – “Mi familia, mi madre, mis hermanos, mis sobrinos. Por algo estoy aquí” Relató entonces la historia de la enfermedad, pero subrayó los problemas que había tenido con su ex pareja: “Yo he pasado por muchas cosas feas por él, nunca me ha apoyado. Uno piensa que se está con una persona para que sea su apoyo, pero no. Él me maltrataba psicológica y físicamente, hasta venía a SOLCA a insultarme, ni porque estaba enferma” – “¿Por qué otras cosas feas ha pasado?” – “Una vez vino a decirme que tenía herpes, antes que yo no tengo. Él venía y se burlaba de mí, pasaba abajo y decía que ya quería que me muriera de una vez para no estar gastando plata. ¡Pero él nunca ha dado dinero! Yo he sido siempre la que lo ha mantenido, por eso venía a pedirme plata, ¡imagínese, él haciéndose la víctima, cuando la víctima soy yo! Una vez me compré una moto, él se la cogió, la moto y todas mis cosas.

yo siempre le he dado todo. Él ha sido bien egoísta” – “Y usted le ha dado todo” – “Sí, yo creo que he sido muy inocente, él es mayor que yo, y los hombres mayores son más maliciosos” – “Inocente” – “Ese hombre me encerraba, me quitaba la billetera, la ropa, no me dejaba salir, decía que yo iba a salir con hombres. Antes él me violaba, yo no quería pero él me amenazaba y me obligaba a tener relaciones sexuales con él. Luego cuando me enfermé venía acá a pedirme dinero para irse a dónde usted sabe, esos lugares” – “¿Esos lugares?” – “Sí, esos lugares en donde están esas mujeres mala, porque me decía que yo era un esqueleto aguado, flaco y sin pelo, y que conmigo no podía hacer nada. ¿Cómo un ser humano puede hacer esas cosas, hasta sabiendo que estoy enferma?” – “Pero usted sí que me cuenta toda una novela” – “Sí, yo podría escribir un libro. Pero ya no tengo nada con él, le puse una boleta de auxilio, me cansé” – “Finalmente se cansó. ¿Cuándo se dio cuenta de que ya se había cansado?” – “Mire, yo quería mucho tener hijos, pero él solo quería que fuera un burro de carga, que lo mantenga. Un día no me venía la regla, yo creía que podía estar embarazada, me hice un examen y me dijeron que se veía algo, pero luego él me hizo tomar unas pastillas, no sabía qué era pero me las tomé, y luego al día siguiente me llegó la regla otra vez. El doctor me dijo que podía ser, como no podía ser” – “¿Y usted qué piensa?” – “Pienso que yo no quiero esa culpa” – “¿Culpa?” – “Sí, pero creo que por algo estoy aquí” – “¿Por qué?” – “No sé, pero espero que sea para algo bueno.

**Comentario:**

La paciente logra cambiar de escena fácilmente. Se trata de un entrevista abierta.

Se evidencia en su discurso una posición fantasmática que gira entorno a la “inocencia” y el “abuso”, en la que ella se afirma en todos sus actos como la víctima.

Por otra parte, se pueden ubicar ciertas dificultades, por ejemplo al comentar: “Mire, yo quería mucho tener hijos, pero él solo quería que fuera un burro de carga, que lo mantenga. Un día no me venía la regla, yo creía que podía estar embarazada, me hice un examen y me dijeron que se veía algo, pero luego él me hizo tomar unas pastillas, no sabía qué era pero me las tomé, y luego al día siguiente me llegó la regla otra vez. El doctor me dijo que podía ser, como no podía ser” Es justamente en este momento en donde tiene dificultad para continuar el relato de esta escena en particular, tiene dificultad para hablar. Además menciona “la culpa” a partir de este acontecimiento, y repite la frase que señala al principio: “Creo que por algo estoy aquí”, con la cual abre y cierra su discurso, llegando al mismo punto de cargar con su “cruz” esperando que la llegue a algo bueno. La paciente se inclina por la vía de la culpa, que no necesariamente es la responsabilización de sus actos.

### **Análisis de las técnicas utilizadas**

Cabe resaltar que el contexto en el que se realizaron las prácticas fue una institución hospitalaria, por lo que era limitado realizar un trabajo de psicoanálisis puro; sin embargo dentro de la institución, se ofertaba un espacio donde el sujeto a través de la palabra, pueda expresar algún malestar que afectara a su subjetividad.

En lo referente al trabajo clínico se encontró la dificultad de que la mayoría de los pacientes por lo general no solicitan el servicio de psicología, rompiendo la modalidad de trabajo analítico en que se pretende generar una demanda de análisis y el paciente acudiría por cuenta propia a las sesiones. En el hospital de S.O.L.C.A, el rol clínico se plantea de forma diferente, haciendo que el psicólogo acuda al paciente ofreciendo el espacio para hablar y el paciente puede aceptar o no el trabajo clínico. Existieron casos en que los pacientes, colaboraron con el trabajo pero no hubo siempre una continuidad por los ingresos y salidas hospitalarias, los procesos médicos o el debilitamiento físico del paciente.

Lo que respecta a la duración del servicio, este no es tan extenso como lo sería un psicoanálisis puro, sin embargo, tampoco hay un tiempo delimitado o previamente establecido. Existen casos en que los pacientes deben permanecer durante varios meses internados en el



hospital, convirtiéndose esto, muchas veces, en una ventaja, ya que permiten continuidad en el trabajo durante todo ese tiempo.

Por lo general cuando el hospital le da el alta, raros son los casos en los que el paciente acuda nuevamente al trabajo. Como expresa Laurent: “Una cura se prolonga hasta que el analizante este lo suficientemente satisfecho de la experiencia que ha hecho como para dejar al analista. Lo que se persigue no es la aplicación de una norma sino al acuerdo del sujeto consigo mismo”. (2006, p. 1)

Con relación a las condiciones ambientales, los pacientes se encuentran en salas compartidas por otros pacientes, familiares, enfermeras y médicos, por lo que en ciertas ocasiones se originan interrupciones que dificultan el trabajo clínico. Sin embargo, el ofertar un espacio de la palabra es un dispositivo que consolida y sostiene la terapéutica, ya que el lugar desde donde se escucha, busca otra forma de vínculo, es decir un lugar donde exista la posibilidad de un sujeto que pueda manifestar su inconsciente.

Reconociendo las limitaciones que pudieran existir en la técnica debido a las condiciones del hospital, es posible llevar a cabo algo del dispositivo de trabajo en algunos casos.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es importante reconocer que el fenómeno religioso abarca una dimensión muy extensa para poder ser analizado, por lo cual ese no ha sido el objetivo del presente trabajo. Sin embargo la investigación se ha focalizado en estudiar el fenómeno de la creencia religiosa desde el discurso cerrado que suele manifestarse en algunos casos como obstáculo al trabajo clínico que se desea acompañar. Por otro lado este mismo discurso en algunos pacientes hace de soporte, frente algunos diagnósticos médicos o en otros casos ayuda a contrarrestar la angustia en urgencias por las que se debe intervenir quirúrgicamente, por ejemplo.

Para analizar de mejor manera las conclusiones, se detallará a continuación desde los objetivos específicos de la investigación:

- 1. Identificar de qué manera la creencia religiosa contribuye a la estabilidad subjetiva en algunos casos.**

Como se expresó en el marco teórico, el discurso religioso pretende un viraje a la vía de lo imposible. Para éste, no hay nada que esté fuera del alcance, siempre existe una aproximación a lo posible. La cuestión de la fe es aquí su más grande instrumento. Lacan (1980) dice “sobre este asunto, la fe, la esperanza y la caridad no son malos síntomas, pero después de todo mantienen

muy bien la neurosis universal, es decir, que al fin de cuentas las cosas no andan tan mal, y que todos estamos sometidos al principio de realidad, o sea al fantasma". (p.12) La religión admite las esperanzas, y las sostiene.

El fenómeno religioso por la mirada universal de explicar el sentido existencial del sujeto, trata en lo posible de traducir lo incognoscible como sostiene Moritz:

La ilusión, que caracteriza el sentimiento religioso y que participa en la construcción de su mitología, está motivada por la necesidad del cumplimiento del deseo de encontrar las respuestas a los grandes enigmas de la vida. El deseo de saber es un producto de lo sensitivo-pulsional, que para ser comprendido requiere el empleo de la técnica del desciframiento. (2012, p. 4)

No cabe duda que la universalidad del discurso religioso, dificulta dar cuenta de la división subjetiva de la cual el neurótico no quiere saber; cumple una función de consistencia imaginaria frente a determinado tipos de diagnósticos clínicos.

El discurso religioso al ubicarse como discurso cerrado y fundamentalista busca promover esperanza en la vida del creyente, permitiendo al sujeto reconciliarse con su propio deseo; por ejemplo en los pacientes del hospital (S.O.L.C.A) diagnosticados con enfermedades terminales, que tenían que someterse a algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico, la creencia religiosa

hacia de soporte imaginario, evitando estados depresivos, niveles de angustia, llegando a contrarrestar el debilitamiento inmunológico propio de la enfermedad.

- 2. Definir la dificultad que se presenta cuando surge la creencia religiosa a modo de defensa y obstáculo para la puesta en palabras del malestar subjetivo, y mucho más del saber inconsciente en el caso del análisis.**

En la experiencia psicoanalítica se busca la implicación subjetiva del paciente por medio de la palabra, en este espacio se da la apertura para que el sujeto pueda hablar de aquello que molesta, confunde o aqueja. Durante el trabajo clínico el operador debe apuntar a hacer las veces de semblante que haga surgir aquello intolerable, desconocido en la conciencia del paciente, es decir, lo inconsciente. Cuando la creencia religiosa aparece en el discurso, se recurre a la defensa más usual del neurótico: el sentido, el significado. La dimensión de sentido tapona y cierra la apertura de pasar de una escena a otra dando paso a lo inesperado. Al ampliar la dimensión del sentido se abre un mundo entero de posibilidades a las que el sujeto se acoje como más le convenga, mientras que la dimensión de lo real apunta a sacar al sujeto de su área de confort para bordear ese punto irreductible de goce.

Es importante resaltar que toda creencia religiosa se sostiene de una verdad absoluta, totalitaria, una deidad que se revela paulatinamente en la vida del creyente, dándole sentido a su

existencia. Esta verdad absoluta que no se manifiesta completamente en sí contribuye a acoger al sujeto en una colectividad, o en una masa como en el caso de la Iglesia.

Cuando el sujeto se acoge a esta verdad religiosa, por medio de la masa o grupo colectivo, más se aleja de su propia verdad, es decir de su responsabilidad en el mundo. Sin embargo, aún en este intento de inflar sentido, la discordancia estructural no deja de entretenerse en el discurso mismo. Mientras más se avanza en el relato, más posibilidades de que alguna dificultad aparezca. Sin duda, cuando el sujeto se encuentra frente a esto, puede relatar un poco más y llegar otra vez a un punto de estabilización o no.

Citando a Hernández E. y Robles en la experiencia analítica “no se trata de que el paciente logre dialectizar la escena primaria, hay que recordar que el paciente no entra en análisis. De lo que se trata es que el paciente logre dialectizar sobre sus obstáculos”. (2013, p. 96)

### **3. Determinar cuál es el rol del clínico frente al surgimiento de la creencia religiosa en el discurso del paciente dependiendo del caso.**

El rol del clínico frente al surgimiento de la creencia religiosa en el discurso del paciente no debe apuntar hacia una reconciliación con la moral o a la aprobación de sentido. El clínico no debe tomar el papel de *cura*, ni tampoco el de *anticristo*.

La labor del operador es la de ubicarse como semblante, que permita interrogar el deseo del paciente a partir del malestar subjetivo que acontece, es decir el clínico procurará hacer surgir en el paciente, la necesidad de ahondar más allá de la culpa y la desesperación, posibilitando la conexión entre deseo y responsabilidad, mostrando en el paciente la condición de ser sujeto deseante.

Así Lacan menciona que (como dice Guyomard, 1999) “la noción de *sujeto* implica la de responsabilidad. Se espera que un sujeto responda por lo que es y ha sido. Esta respuesta no supone culpa, en cuanto no la supone a priori.” (p, 21) Esta responsabilidad del sujeto y su posibilidad de obediencia o desobediencia, llama al analista a una posición neutral guiada por la demanda del analizante y la implicación en su malestar. Si en algunos casos la creencia religiosa cumple una función de estabilidad para el sujeto, como puede suceder en determinadas condiciones médicas por ejemplo, previamente mencionadas, no es oportuno apuntar a la dimensión de lo real. Si el paciente en ese caso llega a un punto de sentido y cierra su relato, es momento de finalizar en ese punto de estabilización. Por el contrario, si se trata de una demanda diferente en la que el sujeto está “dispuesto” (aparentemente dispuesto, porque en realidad un neurótico nunca está verdaderamente dispuesto a poner en evidencia su castración, no del todo y no de entrada) a un trabajo de elaboración más complejo, es pertinente apuntar a esos puntos de desconexión, de cortocircuito con el otro y el Otro, a las dificultades y detenimientos.

Escobar (2008) resalta que “El psicoanálisis atiende, tanto en la psicosis como en la neurosis, a los inventos que el sujeto ha creado, para restaurar su relación con el mundo y los que

lo habitan, o, en su defecto, a lo no logrado y buscado de dichos intentos; intenta ayudar al sujeto a encontrar la manera adecuada sobre la base de su historia particular, evitando mantenerse en un diálogo de sordos que impida hacer de él un exiliado de la palabra”. (p. 12)

## BIBLIOGRAFÍA

- Aristizábal, E. M. (1990 b). Fantasma y rasgo perverso. En *Rasgos de perversión en las estructuras clínicas. Relatos presentados al sexto encuentro internacional* (págs. 92 - 94). Paris: Manantial.
- Atiensia, José. M. G. (1990). Rasgos de Perversión en la neurosis. En *Rasgos de perversión en las estructuras clínicas. Relatos presentados al sexto encuentro internacional* (pp. 153 - 155). Paris: Manantial.
- Barredo, C. (2012). *Propuesta de atención psicológica a madres del área de pediatría de Solca*. Guayaquil, UCSG
- Bernardi, R. (1996) Investigación empírica. *Revista Uruguaya de Psiconálisis* (pp. 84-85)
- Berlinsky, D, V. C. (1990 a). Rasgos de perversión en la clínica freudiana. En *Rasgos de perversión en las estructuras clínicas. Relatos presentados al sexto encuentro internacional* (pp. 40 - 58). Paris: Manantial.
- D'Amato, M. J. (1990). El Otro en las fantasías perversas del neurótico. En *Rasgos de perversión en las estructuras clínicas. Relatos presentados al sexto encuentro internacional* (pp. 95 - 97). Paris: Manantial.



Escobar, J. M. (Diciembre de 2008). *Hacia una clínica de las suplencias en la psicosis*.

Recuperado de Afectio Societatis N.- 9:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/5328/6581>

Foucault, M. (2007). *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultural Económica.

Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Mexico: Siglo Veintiuno.

Freud, S. (1987). *Fragmento de analisis de un caso de histeria*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008a). Psicología de las masas y análisis del Yo. En S. Freud, *Obras completas*. Tomo III (pp. 2563 - 2610). Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008b). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008c). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (2008d). *Tres ensayos para una teoría sexual*. En S. Freud, *Obras completas*. Tomo II (pp. 1169 - 1237). Buenos Aires: El Ateneo.

Guyomard, P. (1999). El deseo de la ética. (pp. 175). Paidós Ibérica.

Hernández, E y Robles, A (2013). Fundamentos teórico-técnicos de un dispositivo de atención de Psicoanálisis aplicado a la terapéutica en SOLCA. (pp. 119). Guayaquil: UCSG.

Julien, P. (2002). Psicosis. En P. Julien, *Psicosis, perversión, neurosis* (pp. 11 - 96). Buenos Aires: Amorrortu.

Klimovsky, G. (1994) Las desventuras del conocimiento científico. AZ editora. Buenos Aires.

Lacan, J. (1980). La tercera. En V. autores, *"Actas de la Escuela Freudiana de París* (pp. 159-186). Barcelona: Petrel.

Lacan, J. (1984 a). *Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1984 b). *Seminario X: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.

Lew, R. (2002). Psicosis y Autismo. *Psicosis y Autismo*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Miller, J. A. (1986). Otro Lacan. En J. A. Miller, *Matemas I* (pp. 115). Buenos Aires: Manantial.

Miller J. A. (1997) "Introducción al método psicoanalítico", Buenos Aires. Editorial Paidós.

Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia.

*Freudiana No.32*, 7-42.

Miller, J. A. (2009). Adiós al significante. En J. A. Miller, *Conferencias portenas*. Buenos Aires: Paidós.

Moritz María Cristina. (2012) Algunas ideas de Freud acerca de la religión. *Revista Pilquen* 15(8), 1-9.

Nasio, J. D. (2005 a). La forclusión y el nombre del padre. En N. Braustein, *La Reflexión De Los Conceptos De Freud En La Obra De Lacan* (pp. 295 - 323). México: Siglo XXI.

Nassio, J. D. (2005 b). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

Pinel, P. (1804). Ventajas que resultan del arte de gobernarlos locos para favorecer el efecto de los remedios. En *Tratado Médico-Filosófico de la enajenación del alma o manía* (pp. 115). Madrid: Imprenta Real.

Ramírez Escobar J. (s.f). Nudos y suplencias, una ruta posible para la psicosis. *Revista Otra escena* 1 (3), 43 – 60.

Riquelme, H. (2005). La medicina nacionalsocialista: ruptura de los cánones éticos en una perspectiva histórico social. *Polis: revista académica de la Universidad Bolivariana*, 1-21.

Roudinesco, É. (2009). *Nuestro lado oscuro*. Barcelona: Anagrama.

Sanabria, Jr. (2005). *La ética*. En *ética*. (pp. 17 - 28). México: Porrúa.

Sampson, A. (2010). *El lenguaje de la psicosis: el delirio*. Cali: Instituto de psicología - Universidad del Valle.

Soler, C. (2007). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

Soler F. (2012) *Razonamiento Inductivo en lógica clásica*. London Editorial

Velez, M. (23 de Noviembre de 2009). *Sobre la Localización Subjetiva*.

Recuperado el 1 de Julio de 2013, de Blog de Margarita Velez:

<http://margaritavelezmaya.blogspot.com/2009/11/sobre-la-localizacionsubjetiva>.

Vidal, J. A. (26 de Abril de 2006). *Desciframiento o perturbación*. Recuperado de El sigma:

<http://www.elsigma.com/introduccional-psicoanalisis/desciframiento-o-perturbacion/9792>

### PIE DE PÁGINA

<sup>1</sup> Acerca del método psicoanalítico de investigación (2002, Pág. 57)

<sup>2</sup> Libro Razonamiento Inductivo en lógica clásica.

<sup>3</sup> [http://www.cdelp.org/bibliotecas/actividad\\_bibben\\_archivo\\_ficha.asp?idactividad=53](http://www.cdelp.org/bibliotecas/actividad_bibben_archivo_ficha.asp?idactividad=53)

## ANEXOS

**Nombre:** V.V.

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 20 años

**Paciente de Quimioterapia**

### **Reseña de las entrevistas e intervenciones:**

La joven comenta que su preocupación es la caída de cabello. No hace referencia a nada más que le preocupe, así que se le pregunta un poco más sobre ella. Cuenta que tiene una hermana de seis años y habla de ella: “Ha bajado de notas, no rinde en la escuela. Yo la ayudaba siempre a hacer la tarea, pero ahora ella está mal, me extraña, y yo a ella. Vivo con mis abuelos, mi mamá trabaja hasta tarde, entonces yo me quedaba con ella” A partir de esto, la paciente logra pasar de escena fácilmente sin ninguna intervención: “Mi papá está enfermo, ahora tiene una gripe, está preocupado por mí, me llama. Antes no era así, la otra vez me pidió disculpas” – “Disculpas ¿Por qué?” – “Por estar alejado. Él nunca vivió con nosotros, llegaba a visitar, nos saludaba, daba plata, pero nunca había cariño, un abrazo. Ahora con la enfermedad nos hemos unido, bueno, él y yo. No tengo contacto con los hijos de mi papá con su otro compromiso. Una vez creo que los conocí, pero no sé qué habrá dicho o qué, pero nunca más supe de ellos, ni

nada” Se le pide a la joven que hable un poco más de eso. Ella entonces continua: “Cuando estaba mi mamá embarazada de mí, él se fue, desapareció y solo regresó después de tres meses. Yo nací gracias a mi abuelo que dio la plata, llevó a mi mamá al hospital y todo, nada por él”. Aquí, relaciona esto con la relación actual de la enfermedad: “Mi abuelo dice que si él no me dejó morir y me hizo nacer, no va a dejarme morir ahora tampoco. Él me apoya, no como mi papá que se ha echado siempre para atrás” – “¿Siempre? ¿Cuándo más?” – “Cuando yo me gradué estaba lloviendo muy fuerte, mis abuelos me habían hecho una fiesta, mi papá llegó bravo como siempre, yo le dije que se cambiara y que se quedara en la reunión, y él dijo ‘Tanta cosa para más de una graduación’. Eso a mí también me dolió. Yo había escrito un discurso, y en ese momento lo cambié todo, agradecí a mis abuelos y a mi mamá. Yo nada he tenido por él” – “Dijo ‘bravo’ como siempre” – “Sí, por ejemplo una vez llegó a la casa bravo, a mí no me gusta eso, hubo una pelea grande y yo me salí del cuarto, él me pegó porque yo había corregido a la bebe, y él no soporta que la toquen o se metan con ella. Yo fui donde mi abuela, y él se fue porque tenía miedo de que ella le pegara” – “Él no soporta que toquen a la bebe” – “No, y es que él sí la vio nacer a ella” – “¿Y la historia de su nacimiento quién se la contó?” – “Mis abuelos. Ellos me contaron también que mi mamá por resabiada se fue con él, y que ella no tenía donde dormir. Él no tenía plata, y ni colchón tenía, entonces mi mamá con una panza enorme tenía que dormir en el suelo. Por esto fue que mis tías se la llevaron a la casa de mis abuelos para que pudiera estar mejor. Por eso también yo estoy resentida. Mi mamá por el contrario es diferente.. Ella no sé.. ¿Cómo digo?” – “Como le salga” – “Es que mi mamá lo alcahuetea. Cuando él no daba plata decía que no, que era porque no le alcanzaba” – “Entonces su mamá no está resentida,

solo usted” – “Sí” – “¿Y cómo es eso?” La paciente lagrimea un poco y hace una pausa en su relato. “Le voy a ser sincera, yo aún no lo perdono. Pedir disculpas de la noche a la mañana, no sé, no va conmigo. Y es que no sé, son tantas cosas” – “Hábleme de algunas de esas tantas cosas la próxima vez”.

**Comentario:**

La paciente en un primer momento hace alusión a una preocupación sobre el tratamiento y sus efectos en el cambio físico (pérdida de cabello). Luego es a partir del comentario sobre su hermana, sus abuelos y su madre, que ella logra hablar sobre el “resentimiento” hacia su padre, significante que se repite a lo largo de la entrevista. Si bien en un principio logra pasar de escenas fácilmente, al continuar con su relato, se logran ubicar ciertas dificultades frente a las cuales sí se tuvo que intervenir para que pase a otra idea relacionada. Una dificultad específica es la que se ubica al tratar de nombrar la actitud de su madre hacia su papá: “Ella no sé.. ¿Cómo digo?” – “Como le salga” – “Es que mi mamá lo alcahuetea”. Aquí la joven se trabó en su discurso, hubo una pausa y sobre todo una manifiesta dificultad para encontrar la palabra que la describiera. Sin duda esto refleja la dificultad misma configurada desde la estructura del lenguaje: No hay relación sexual. Y aquí la pregunta es sobre la feminidad, y de cómo una mujer como su madre puede estar con un hombre como su padre. Además de que se evidencia en su discurso una posición respecto a la situación parental: Por eso también yo estoy resentida. Mi



mamá por el contrario es diferente..” Pareciera así que ella sí se resiente, por ella e incluso por todos los demás en nombre de la madre que solo “alcahuetea”. Esto de por sí podría dar cuenta del lugar que ella ocupa, y sobre todo en el que ella misma se afirma, repitiéndose la temática del rechazo. Si bien están todos estos referentes familiares sobre su pasado, la historia de su nacimiento, el abandono de su padre, etc, ella se apega a estos decires, y además menciona acontecimientos que ella mismo ha vivido como de rechazo o desventaja. Por ejemplo, en un primer momento habla de su “hermanita”, pero luego hace referencia a la actitud de su padre, diferente siempre hacia una u otra: “Sí, por ejemplo una vez llegó a la casa bravo, a mí no me gusta eso, hubo una pelea grande y yo me salí del cuarto, él me pegó porque yo había corregido a la bebe, y él no soporta que la toquen o se metan con ella” Este enunciado lo dice con un tono especial, “a la bebe”, que se le devuelve: “Él no soporta que toquen a la bebe” – “No, y es que él sí la vio nacer a ella”. Habría que pensar entonces cómo han marcado todos esos decires de antes de su nacimiento, y la posición en la que ella se acoge frente a ello. Finalmente, la entrevista termina pero no de manera cerrada, sino con un cuestionamiento sobre la relación entre ella y su padre. Este es un ejemplo de una entrevista en la que el paciente pasa de escena a través de un significante a otra escena. De la misma forma se evidencian dificultades discursivas y tropiezos que dan cuenta de un punto irreductible de resistencia.

**Paciente:** S.L.

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 60 Aprox.

**Reseña de las entrevistas e intervenciones:**

La paciente estaba internada en el tercer piso debido a su tratamiento de quimioterapia para su cáncer de estómago. S.L. comienza su relato diciendo que le preocupaba el tratamiento: “Me preocupa no poder resistir la quimioterapia. Me asusta”. Luego cuenta que tiene dos hijos, un hombre y una mujer: “Yo veía por ellos. Ellos son solteros, claro que son mayores y todo, pero igual.” La paciente hace una pausa y dice: “Ellos me necesitan, y yo a ellos también.” Luego de esto llora y se le dice: “Trate de hablar un poco más de eso” – “Tengo que salir adelante por ellos. Ellos me dan ánimo y todo, vienen, se turnan. Cuando llegué no comía, ahora ya sí. Mi mamá estuvo aquí también. Ella no podía más, estaba hecha un cadáver, le habían dado 2 años de vida, y ahora han pasado 18 años y está muy bien.” – “Dice que usted cuando llegó no...” – “No comía”. La paciente hace una pausa y dice: “Pero ahora sí”

La sesión finaliza.

**Comentario:**

Se trata de una entrevista cerrada, en tanto que se finaliza con un sentido que tranquiliza a la paciente. S.L. se encontraba en un estado ansioso y de llanto. Habla de su preocupación por el tratamiento y luego llega al significante “asustar”, con lo cual evidencia de alguna manera la pregunta por la existencia y la muerte. Esta idea de la ubicación de ciertos significantes o de su repetición, implicaría la dimensión de lo que el lenguaje abarca, y de cómo la vida de un sujeto está marcada por la huella de uno u otro significante. Así es como el sujeto habla, pero también es hablado por el lenguaje. De esta manera, la paciente comenta sobre su relación con sus hijos y de la necesidad de ellos hacia ella, y finalmente de ella hacia ellos, lo que da un giro crucial a su relato, puesto que a partir de esto llega a un punto de quiebre. Pero luego, al traer como acotación la historia de su madre, se trata de establecer una relación entre ambas a través del cáncer, pero también a través del intento por “salir adelante”. Así es como el significante “cadáver” aparece, lo cual podría interpretarse como su propio “susto” a la muerte. La paciente logra ella misma esquivar esta recurrencia, y se finaliza pertinentemente la sesión en un momento de estabilización, debido a las condiciones previas de la sujeto.