



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones  
del psicólogo clínico con sujetos neuróticos.**

**AUTORAS:**

**Saenz Almeida, Dalma Daniela**

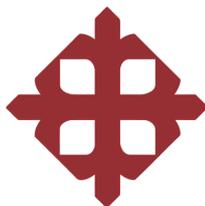
**Terán Suárez, Victoria Michelle**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Psic. Cl. De la Rosa García, José Miguel, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador  
02 de septiembre del 2025**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Saenz Almeida, Dalma Daniela; Terán Suárez, Victoria Michelle**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

**TUTOR**

**JOSE MIGUEL  
DE LA ROSA  
GARCIA**

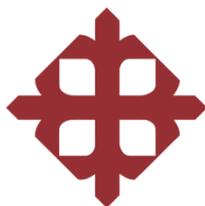
Firmado  
digitalmente por  
JOSE MIGUEL DE LA  
ROSA GARCIA  
Fecha: 2025.08.24  
18:43:16 -05'00'

f. \_\_\_\_\_  
**De la Rosa García, José Miguel**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes**

**Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Saenz Almeida, Dalma Daniela**  
**Terán Suárez, Victoria Michelle**

#### DECLARAMOS QUE:

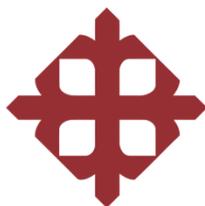
El Trabajo de Titulación, **La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos**, previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

**Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2025**

f.   
\_\_\_\_\_  
**Saenz Almeida, Dalma Daniela**

f.   
\_\_\_\_\_  
**Terán Suárez, Victoria Michelle**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Saenz Almeida, Dalma Daniela**

**Terán Suárez, Victoria Michelle**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi/nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

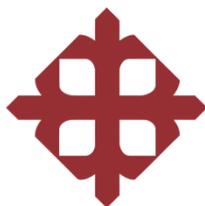
**Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2025**

f. 

**Saenz Almeida, Dalma Daniela**

f. 

**Terán Suárez, Victoria Michelle**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE COMPILATIO

**INFORME DE ANÁLISIS**  
magister

La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos

1% Textos sospechosos

2% Similitudes  
< 1% similitudes entre comillas < 1% entre las fuentes mencionadas (ignorado)  
2% Idiomas no reconocidos (ignorado)  
< 1% Textos potencialmente generados por IA (ignorado)

Nombre del documento: La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos.pdf  
ID del documento: cd840dae8d06fa55c01120c97ce2c4a5bdbad6e7  
Tamaño del documento original: 1,28 MB  
Autores: Dalma Saenz Almeida, Victoria Terán Suárez

Depositante: Dalma Saenz Almeida  
Fecha de depósito: 25/8/2025  
Tipo de carga: url\_submission  
fecha de fin de análisis: 25/8/2025

Número de palabras: 41.369  
Número de caracteres: 256.996

Ubicación de las similitudes en el documento:

**TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:**

La ética del discurso psicoanalítico aplicada a las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos.

**AUTORAS:**

Saenz Almeida, Dalma Daniela; Terán Suárez Victoria Michelle

**INFORME ELABORADO POR:**

**TUTOR**

Firmado digitalmente por  
JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCIA  
Fecha: 2025.08.24  
18:43:16 -05'00'

f. \_\_\_\_\_

De la Rosa García, José Miguel

Guayaquil, a los 02 días del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## AGRADECIMIENTO

Inclino mi corazón en gratitud a mi pareja, Hugo. En los momentos más amargos, me supo brindar calma con su calidez y ese gesto tan sutil que tiene para conmoverme de fe. Gracias por ser tú mismo a mi lado.

A cada uno de mis maestros, que a lo largo de la carrera me enseñaron a mirar con profundidad. Me inspiraron a tener una causa por fuera de mis límites.

A mi compañera de tesis, Victoria. Quien más allá de acompañarme en esta etapa de mi vida académica, me permitió ver lo que otros no contemplan y creer en nuestro propósito.

A cada uno de mis amigos, que inspirada en su vocación nace este trabajo. Gracias por permitirme acompañarlos y, sobre todo por regalarnos esos momentos sin tiempo que nos desintoxican del pasado.

**Dalma Saenz**

Agradezco a Dios, por guiar mis pasos y bendecir mi camino. A mi hermana, quien ha sido fuente de inspiración y mi persona incondicional a lo largo de todos mis años de vida, eres mi mejor amiga, a tu lado puedo ser mi versión más auténtica. A mis padres, porque sin ellos no estaría aquí culminando esta etapa, gracias por apoyar mis sueños, por siempre motivarme a dar lo mejor de mí, incluso en la adversidad, los admiro muchísimo, nada se compara al amor que ustedes me han brindado. A mi familia, quienes con sus consejos y presencia han sabido brindarme amor genuino, agradezco la fe que depositaron en mí. A mi compañera de tesis, Dalma, por permitirme cultivar el valor de la amistad a su lado desde el inicio de este recorrido académico; gracias por brindarme su mano en cada momento, te admiro mucho como amiga y futura colega. A mis docentes, quienes supieron avivar el deseo por el saber, por la formación constante y el cuestionamiento ético que requiere ejercer esta profesión. A las personas que me recibieron en una ciudad antes desconocida, y la hicieron para mí un hogar, un espacio lleno de calidez, descubriendo que el amor puede ser encontrado en todas partes, gracias a ustedes pude abrir espacio a experiencias que jamás imaginé. Gracias a todos por acompañarme a lo largo de estos cuatro años.

**Victoria Terán Suárez**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**DEDICATORIA**

A quien camina conmigo, Hugo. Para ti, por haber transformado mi errante ser en un alma que se conmueve con los más mínimos detalles y devolverme la dicha de estar con vida. Gracias por abrazarme con fuerza incluso cuando me resisto a ser sostenida.

A las mujeres de mi vida, mi madre y mi hermana. Quienes con su amor y ternura sosegaron mis temores y me volvieron un ser colmado de sensibilidad. Les dedico estas páginas como efecto de lo que un corazón fortalecido puede ofrecerles.

Para quienes me tienen tal cual soy, Fiorella y Luciana. Por invitarme a ser parte de un lugar donde aprendí a querer y soñar; por ayudarme a seguir luchando les extendiendo este trabajo. Brillen como siempre para que pueda seguirlas.

A mi padre, mi querido viejo. Sobran los motivos para que esta dedicatoria sea tuya, pero me quedo con lo que he aprendido de ti. Gracias por volverme capaz de subsanar las heridas de otros.

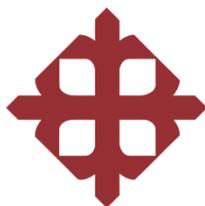
**Dalma Saenz**

Dedico esta tesis a todos los futuros psicólogos clínicos, espero que la vocación y la ética guíen su quehacer en la vida y en la profesión. Y que el deseo se mantenga vivo cual llama de fuego dispuesta a avivar la de los demás.

Así como también, a mis amores de cuatro patas. Romeo, mi fiel compañero, quien en sus ocho años ha sabido colmar mi corazón de mucho amor, acompañándome en cada uno de mis momentos importantes. Y a Lina, quien también me acompañó a lo largo de mi carrera y de la cual aprendí que el amor que uno siente va más allá de cualquier complicación o dificultad.

*In memoriam: A mi abuelito Antonio, cuya ausencia estremeció mi vida para impulsarme en el trabajo esforzado y constante como lo fue su vida.*

**Victoria Terán Suárez**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

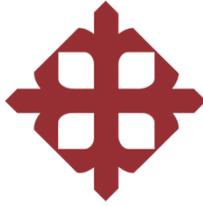
**PSIC. MARIANA ESTACIO CAMPOVERDE, MGS**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. RODOLFO ROJAS BETANCOURT, MGS**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. FRANCISCO MARTINEZ ZEA, MGS**  
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## CALIFICACIÓN

NOTA: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
<i>Pregunta general</i> .....	6
<i>Preguntas específicas</i> .....	6
OBJETIVOS .....	6
<i>Objetivo general</i> .....	6
<i>Objetivos específicos</i> .....	6
JUSTIFICACIÓN .....	7
ANTECEDENTES .....	9
CAPÍTULO 1: LA ÉTICA DEL DISCURSO PSICOANALÍTICO.....	16
LA LÓGICA DE LO SINGULAR.....	16
LA ÉTICA DEL DESEO .....	18
LOS PRINCIPIOS DE LA ESCUCHA DESDE EL DISCURSO PSICOANALÍTICO .....	31
LOS TIEMPOS LÓGICOS COMO COORDENADAS PARA ALOJAR EL DECIR.....	38
LOS PILARES DE LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	40
CAPÍTULO 2: LOS FUNDAMENTOS DEL PSICOANÁLISIS .....	46
LA TRANSFERENCIA: EL LUGAR DEL SABER, ¿DE QUÉ SABER SE TRATA?.....	46
LA TRANSFERENCIA Y REPETICIÓN, ¿QUÉ ES LO INÉDITO DEL ENCUENTRO? .....	53
EL INCONSCIENTE: SU APERTURA Y CIERRE.....	60
CAPÍTULO 3: FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE LA NEUROSIS .....	64
EL SÍNTOMA: COMO VERDAD INCONSCIENTE, MALESTAR, SU OPACIDAD Y FUNCIONAMIENTO SINGULAR .....	64
FORMACIONES DEL INCONSCIENTE Y SUS CUALIDADES .....	67
EL DESEO: LA PREGUNTA NEURÓTICA Y EL OTRO .....	69
HISTERIA Y OBSESIÓN COMO RESPUESTAS NEURÓTICAS AL DESEO, AL SABER Y AL GOCE .....	71
<i>Modalidades clínicas del deseo</i> .....	71
<i>El Otro y el otro</i> .....	74
<i>Modo de gozar en la histeria y obsesión</i> .....	77
LO REAL COMO EJE DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA: INTERVENIR NO PARA COMPRENDERLO TODO, SINO PARA LOCALIZAR LO QUE NO CIERRA .....	79
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA .....	82
ENFOQUE.....	82
PARADIGMA .....	82
MÉTODO.....	83

<b>TÉCNICA.....</b>	<b>83</b>
<b>POBLACIÓN.....</b>	<b>84</b>
<b>INSTRUMENTOS.....</b>	<b>84</b>
<b>CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>86</b>
<b>CASO J.....</b>	<b>86</b>
<b>CASO D.....</b>	<b>88</b>
<b>ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CASOS.....</b>	<b>92</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>93</b>
<b>LISTA DE REFERENCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>100</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Grafo I.....	20
<b>Figura 2</b> Grafo II.....	22
<b>Figura 3</b> Grafo III.....	27
<b>Figura 4</b> Grafo IV.....	29
<b>Figura 5</b> El deseo en la neurosis histérica.....	72
<b>Figura 6</b> El deseo en la neurosis obsesiva.....	73

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objeto de estudio la ética del discurso psicoanalítico, en su aplicación a las intervenciones realizadas por el psicólogo en la clínica con sujetos neuróticos, cuya pertinencia incidió en la formación y praxis del psicólogo clínico a través de una reflexión ética que enriquece la formación profesional y a su vez habilita una atención en salud mental más allá de la mera normatividad. El objetivo de este fue profundizar la ética del discurso psicoanalítico aplicado a las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos por medio de un estudio cualitativo para reflexionar sobre las coordenadas que orientan una posición ética a favor de lo singular. A propósito de esto, se aplicó un método descriptivo y se obtuvo por resultado que la práctica clínica del psicólogo se sostiene en un trípode conformado por la teoría, el análisis personal y la supervisión, pilares que, más que ofrecer certezas, configuran una posición ética destinada a no dogmatizar la teoría, sostener el deseo del paciente y trabajar en una clínica que aloje lo singular de cada encuentro.

***Palabras claves:*** ÉTICA; DISCURSO PSICOANALÍTICO; INTERVENCIONES; PSICÓLOGO CLÍNICO; TRANSFERENCIA; NEUROSIS

## **Abstract**

This study examines the ethics of psychoanalytic discourse and its application to clinical interventions with neurotic patients. The relevance of this inquiry lies in its contribution to the training and practice of clinical psychologists, offering an ethical reflection that both enriches professional development and fosters mental health care beyond normative frameworks. The main objective was to explore how the ethics of psychoanalytic discourse inform the clinical psychologist's interventions with neurotic subjects. A qualitative, descriptive approach was employed to reflect on the coordinates that orient an ethical stance committed to singularity. The findings indicate that clinical practice is sustained by a tripod composed of theory, personal analysis, and supervision. Rather than providing certainties, these pillars configure an ethical position aimed at avoiding the dogmatization of theory, sustaining the patient's desire, and fostering a clinical practice that makes room for the singular in each encounter.

***Keywords:*** ETHICS; PSYCHOANALYTICAL DISCOURSE; INTERVENTIONS; CLINICAL PSYCHOLOGIST; TRANSFERENCE; NEUROSIS

## Introducción

Las intervenciones en la clínica psicológica no pueden ser abordadas sin tener en cuenta su dimensión ética, más aún, teniendo en cuenta el contexto actual que se encuentra dominado por la lógica de la productividad y de la inmediatez, por tanto, se vuelve de gran importancia cuestionarse sobre el lugar desde el cual se está llevando a cabo la práctica. Cabe recalcar que esta pregunta no puede ser reducida a un ámbito legal o deontológico, se trata de una orientación más sustancial que gira en torno a ¿cómo evitar caer en la estandarización que anula la singularidad del sujeto y se impone como normativa o en como sostener las intervenciones sin dejarse llevar por el imperativo de corregir lo que no opera, de eso que la ciencia acoge como síntoma que enferma?

Desde el psicoanálisis, se habla de ética no desde su concepción como un conglomerado de reglas preestablecidas para direccionar el actuar del psicólogo clínico, sino que hace referencia a una posición subjetiva que toma este último frente al deseo. Tal como menciona Lacan (2008a), la ética del psicoanálisis se distingue de cualquier moral de lo bueno, puesto que esta no persigue un deseo de hacer el bien:

(...) designar nuestro deseo como un no-deseo de curar. El único sentido que tiene esta expresión es el de alertarlos contra las vías vulgares del bien, que se nos ofrecen con su inclinación a la facilidad; contra la trampa benéfica del querer-el-bien-del-sujeto. (p. 264)

De forma que, el bien del sujeto no es lo que está en juego, sino sus dichos, su verdad y la posición que ocupa frente a su deseo. Es así como, la ética analítica se basa en el discurso del no-todo, en donde uno de sus ejes es el abstenerse a dar garantías o soluciones universales.

Además, las intervenciones dentro de la práctica clínica, llevadas a cabo a partir de la ética del discurso psicoanalítico no pueden basarse exclusivamente en el conocimiento de teorías y técnicas o en la formación académica, pues es necesario adjuntar a ello la presencia de un trabajo de análisis personal que posibilite al psicólogo poder estar advertido de lo propio que queda implicado en el acto de escucha y por ende en el efecto de sus intervenciones. Es decir, la configuración de la posición del psicólogo clínico, tomando como base la ética psicoanalítica, va más allá de poseer un saber o conocimiento, trasciende a una experiencia de carácter subjetivo, un

movimiento en su postura frente al saber y al deseo (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano, 2019).

De forma que, con el presente trabajo se busca iniciar una reflexión en torno a cuestionamientos que surgen desde el primer contacto con la práctica sea a nivel profesional o cuando se está en formación, preguntas tales como: ¿cómo llevar a cabo una intervención ética sin caer en la trampa del saber absoluto? O ¿de qué forma se puede sostener un acto clínico que privilegia lo singular del sujeto cuando todo el contexto actual empuja a la estandarización, corrección y normativización de los métodos? Y al intentar responderlas a través de esta propuesta tampoco se busca reducirlas a un universal, sino crear el espacio de introspección que posibilite repensar las coordenadas éticas del trabajo del psicólogo clínico.

Además, el dominio institucional de la UCSG que guarda correspondencia con la investigación es el Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, sobre todo con el aspecto de subjetividad referido de la siguiente manera, “Entendemos la subjetividad como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación” (párr. 2).

Puesto que, la investigación sugiere y respalda la aplicación de la ética del discurso psicoanalítico dentro de la práctica del psicólogo clínico independientemente de la orientación teórica que desempeñe durante su formación académica y clínica. Hay que subrayar que esta propuesta no intenta desmeritar otras corrientes, sino complementar la práctica clínica reflexionando sobre la posición del practicante y las coordenadas que orientan su intervención.

En función del eje del Plan de Creación de Oportunidades de la Secretaría Nacional de Planificación la investigación corresponde al Eje Social junto al objetivo 6 que consiste en: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Entre sus políticas refiere “Modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficacia y transparencia” (pág. 66).

Bajo este sentido, la investigación se encarga de problematizar y reflexionar sobre las coordenadas éticas que orientan al psicólogo clínico, con la intención de promover prácticas más responsables y sostenidas en una lógica de escucha singular para mejorar la calidad de atención en salud mental, de tal manera que sea más inclusiva y humana.

## Planteamiento Del Problema

La ética en la práctica clínica del psicólogo ha adquirido un valor cada vez más decisivo en los debates contemporáneos, tanto a nivel local como internacional. Se le reconoce como un eje fundamental en la formación y el ejercicio profesional que no se reduce a la toma de normas y códigos, más bien fomenta la dignidad del paciente y la singularidad de su malestar. Como practicantes y futuras psicólogas clínicas nos ha convocado cómo ciertos aspectos éticos pasan desapercibidos en la práctica que además de orientar una buena praxis, crea un espacio genuino a la hora de intervenir. Para este fin, consideramos es clave reflexionar sobre cómo la ética del discurso psicoanalítico propone principios y fundamentos que dignifican la clínica, los cuales adquieren densidad y sentido con la formación académica, el análisis personal y la supervisión de casos.

En Ecuador, se han realizado planes y normas para regular la profesión del psicólogo, enfatizando en una atención eficaz y eficiente; no obstante, aún se perciben tensiones y vacíos en torno a la forma en que la ética encausa las intervenciones en la clínica psicológica. Si bien el discurso psicoanalítico sostiene el no-todo, esto permanece como un desafío al momento de precisar este principio en intervenciones concretas que no queden deslocalizadas de la teoría. Por tanto, existe una dificultad en articular la ética psicoanalítica con la praxis del psicólogo tal como se recopiló con los siguientes datos, Arguello (2019) resalta la falta de claridad en la regulación de la psicología y psicoterapia en Ecuador, interrogando si es deber del Estado o recae por la propia determinación del profesional.

A propósito de la ausencia de un paradigma que oriente la clínica, ha prevalecido el modelo biomédico debido a las presentes políticas públicas que lo favorecen, a cuenta de que muchas de estas enfrentan complicaciones para ser confiables y equitativas, además que generan más obstáculo para el paciente en vez de propiciar la salud mental de este. García y Valencia (2024) concluyeron lo siguiente:

The analysis of Ecuador's mental health policies reveals several key issues. [...] Third, the lack of accurate and up-to-date information on the target population hinders effective policy-making and resource allocation, requiring a stronger commitment to the collection, analysis, and dissemination of reliable mental health data. Finally, the implementation of mental health plans is challenged by political decision-making, resource management, and sectoral negotiation. [El análisis de las

políticas de salud mental de Ecuador revela varios aspectos clave. [...] En tercer lugar, la falta de información precisa y actualizada sobre la población objetivo dificulta la formulación de políticas eficaces y la asignación de recursos, lo que requiere un mayor compromiso con la recopilación, el análisis y la difusión de datos fiables sobre salud mental. Por último, la aplicación de los planes de salud mental se ve obstaculizada por la toma de decisiones políticas, la gestión de los recursos y la negociación sectorial] (p. 1784).

Al respecto, la ética del discurso psicoanalítico permite dialogar sobre la responsabilidad del profesional ante su vocación y el cómo se sirve de su praxis para rescatar la singularidad del paciente.

Con ello, la problemática que se identifica consiste en la tensión entre una ética moldeada por lo universal, desalojando la profundidad del caso a caso, y aquella que, desde el psicoanálisis se propone hacer lectura del deseo y la singularidad del sujeto como núcleo de la práctica. Esta situación se refleja en los vacíos tanto formativos como prácticos, en donde la normativa no consigue advertir del todo al practicante sobre la complejidad de la clínica y, por otro lado, la formación universitaria del profesional queda acaecida por la falta de nexo entre la teoría, el análisis personal y la experiencia de la supervisión, así como sus efectos en el practicante.

La relevancia de este trabajo reincide en el impacto que tendrá para la formación y la praxis clínica de los psicólogos en Ecuador. Incorporar una reflexión ética orientada por el discurso psicoanalítico no solo enriquecería la formación profesional, sino que habilita un mejor prospecto en la atención de la salud mental de manera comunitaria e integral ampliando el horizonte de la ética más allá de la mera normatividad.

Así mismo, este trabajo toma por base de estudio la clínica con sujetos neuróticos, propiciados por la propia carrera de psicología clínica. De no atenderse este problema, se prevé la continua reproducción de una práctica clínica reduccionista que privilegie otros discursos normativos por sobre la escucha del sujeto. Se tornarían intervenciones rígidas que, a largo plazo, perderían el enfoque psicológico e invisibilizarían el sufrimiento de cada paciente. La causa de esta dichosa y sobre todo ética vocación se marchitaría entre los discursos predominantes de la época, despropiando al sujeto de su deseo para existir pese a sus angustias y en ellas, encontrar una vía dignificante menos asfixiado por los Otros.

### ***Pregunta general***

¿En qué consiste la ética del discurso psicoanalítico aplicado a las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos?

### ***Preguntas específicas***

- ¿Cuáles son los principios de la ética del discurso psicoanalítico?
- ¿Cómo orientan los fundamentos las intervenciones del psicólogo clínico en la atención a sujetos neuróticos?
- ¿Cuáles son los fundamentos estructurales de la neurosis en relación como inciden en los efectos clínicos de las intervenciones del psicólogo?

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Profundizar la ética del discurso psicoanalítico aplicado a las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos por medio de un estudio cualitativo para reflexionar sobre las coordenadas que orientan una posición ética a favor de lo singular.

### ***Objetivos específicos***

- Definir los principios de la ética del discurso psicoanalítico mediante una revisión bibliográfica.
- Detallar los fundamentos de las intervenciones del psicólogo clínico en la atención a sujetos neuróticos a través de una revisión bibliográfica.
- Precisar los fundamentos estructurales de la neurosis, con el fin de analizar los efectos clínicos de las intervenciones del psicólogo orientadas por la ética del discurso psicoanalítico, a partir del estudio de casos.

## **Justificación**

La presente investigación nos resulta necesaria en la medida en que busca atender una limitante a nivel formativo y práctico en la psicología clínica en Ecuador que, más allá de las normativas formales, consideramos que existe cierta opacidad en la reflexión ética que fundamenta el quehacer clínico. Justamente ese retorno a los fundamentos, como señala Lacan respecto a Freud, no es para incidir en lo mismo, sino para canalizar lo singular de cada enseñanza que pudiesen ser operativas en el presente de tal manera que le permita al psicólogo formalizar sus intervenciones desde los efectos que produce en el paciente y no desde lo meramente empírico.

Desde una perspectiva teórica, nuestra investigación desea habilitar un diálogo entre la ética y el psicoanálisis, ubicando cómo este discurso presta una brújula que dista de los imperativos que hoy en día a nivel de lo social y burocrático conciliamos. En este sentido, sostener un panorama de donde la ética pueda ser releída más allá de un cumplimiento de códigos y más bien, surja como una oportunidad para que la teoría se transforme en letra viva, que no solo enmarca el padecimiento humano y sus causalidades, sino que se enlaza genuinamente con aquello.

A nivel profesional, resulta ventajoso porque aporta a la formación de psicólogos capaces de sostener intervenciones mejor orientadas y enlazadas a los fundamentos de una teoría y práctica que considera la singularidad del sufrimiento de cada sujeto. Al respecto de quienes se orientan por el psicoanálisis, este llamado ético no se trata de adoptar una posición altruista, sino de sostener, en cada caso, la singularidad de cada encuentro. En otras palabras, seguir apostando por aquello que nos convoca como psicólogos: acoger el padecimiento del otro a fin de que pueda poner en palabras eso que en la contingencia se pierde, pero que íntimamente marca.

Nuestra investigación se realizó a partir de un enfoque cualitativo ya que abordamos la práctica clínica desde una perspectiva ética. Por consiguiente, se empleó un método descriptivo que nos permitió detallar y caracterizar el lugar que ocupa el psicólogo en relación con la ética del discurso psicoanalítico. Al respecto de la técnica, se realizó estudios de casos y revisión bibliográfica, por tanto, la población que se seleccionó, de manera teórica, fue la de casos clínicos de sujetos neuróticos.

En relación con los obstáculos que se presentaron a lo largo de la investigación se considerase que fue al momento de plasmar el contenido bibliográfico porque en gran medida de la lectura realizada se debatía que puntos de la teoría eran esenciales para

el trabajo presente y que otros, pudiesen ser brevemente citados o mencionados. Esto bajo la intención de guardar pertinencia entre los objetivos y el contenido que además de ser de gran relevancia, nos permitió retomar temas que agilizaron la construcción de los casos y su respectivo análisis.

El contenido que más adelante se desarrolla se estructura de la siguiente manera:

El primer capítulo trae por nombre *La ética del discurso psicoanalítico*. En este se desarrollan puntos clave al respecto del rol del psicólogo clínico y cómo orientar sus intervenciones teniendo en cuenta aspectos como: la singularidad, el deseo, la escucha activa, entre otros aspectos que permiten privilegiar una ética en la praxis.

El segundo capítulo fue titulado *Los fundamentos del psicoanálisis*. Se trabajó acerca de los fenómenos transferenciales, es decir, lo que se pone en juego para el practicante en cuanto el paciente hace lazo con él. Con esto, se advierte sobre lo que acontece en el vínculo psicólogo-paciente a propósito de identificar elementos que convendría tener en cuenta al momento de intervenir.

El tercer capítulo se tituló *Los fundamentos clínicos de la neurosis*. Lo desarrollado en este apartado refiere a elementos estructurales del sujeto neurótico, con la finalidad de aproximar la lectura del caso sin caer en comprensiones apresuradas o totalizantes. Así mismo, precisar cómo desde la ética se debiese uno servir de estos para capturar lo singular del paciente y en ese sentido conciliar su tratamiento.

## Antecedentes

La ética del discurso psicoanalítico en la práctica clínica ha cobrado relevancia en los últimos años como un enfoque capaz de responder a las vicisitudes del trabajo terapéutico en contextos contemporáneos. Múltiples investigaciones han demostrado como los fundamentos éticos de corte analítico, en esencia los que guardan relación con la transferencia, lo singular, los principios de la escucha y la intervención. Con respecto a los sujetos neuróticos, estudios previos han analizado el impacto de la formación del psicólogo clínico para afinar la escucha y sostener intervenciones que se orienten por la lógica del caso.

Es así como, Arguello, E. (2019), en un estudio llevado a cabo en Ecuador, titulado *Regulación deontológica del ejercicio profesional de psicólogos y psicoterapeutas del Ecuador*, realizó un estudio de tipo descriptivo-exploratorio con un enfoque cualitativo. Este trabajo contó como objetivo indagar información sobre la regulación de la práctica de los psicólogos y psicoterapeutas, mediante la revisión de documentos y entrevistas a profesionales que conozcan sobre la realidad de la psicoterapia en el Ecuador. La población de estudio fue 10 participantes, conformada por profesionales en el campo de la psicoterapia, entre 30 a 60 años. Entre los principales hallazgos, se muestra que, existen vacíos y falta de claridad de quien debe regular la práctica de los psicólogos y psicoterapeutas en el Ecuador, al mismo tiempo, existe un doble discurso sobre el código de ética en la cual deben basar su práctica profesional. Resalta que el Ministerio de Salud Pública (MSP), se desvincula, y mantiene su posición. Manifestando que la regulación que realiza la institución a la práctica profesional es de manera general, que recae en el área: médica, psiquiátrica, trabajo social, enfermería y psicología. Pero no específicamente en regular la práctica de los psicólogos y psicoterapeutas. Otros, establecen, que no se necesita que exista un ente regulador, ya que, cada persona debe autorregular su práctica profesional sin necesidad de terceros. Este estudio resulta relevante porque existe un vacío o falta de conocimiento de, cómo se maneja la práctica de los profesionales. También, para dar mayor auge y reconocimiento al campo de la psicoterapia

En adición, Pazmiño et al. (2020) en su investigación elaborada en Ecuador, titulada: *Sobre la obligatoriedad del proceso psicoterapéutico personal del psicólogo en el Ecuador*, su trabajo contiene un estilo descriptivo-exploratorio con un enfoque cualitativo. El objetivo de esta investigación es replantear la pregunta sobre la relación

existente entre el proceso terapéutico del psicólogo y el entrenamiento profesional que facultaría su ejercicio profesional, presente o futuro, antes de establecer su obligatoriedad en los programas curriculares de las diferentes Facultades de psicología en Ecuador. La población fue: 45 psicólogos ecuatorianos. Como resultados principales, existe una elevada prevalencia de psicólogos que llevan a cabo un proceso psicoterapéutico personal de manera durable fuera del marco actual de requisitos que propone ciertas universidades del país para la obtención del grado de psicólogo, y se argumenta su eficacia en términos que atañen a la ética de cada profesional más que a la reglamentación vigente. Este estudio es relevante porque nos invita a abrir espacios de diálogo acerca de los componentes éticos de la formación del psicólogo. Asimismo, nos invita a distinguir la eficacia del propio proceso terapéutico y su valor como espacio de formación, de la imposición de esta experiencia, que escapa absolutamente a un control de su eficacia por parte de entidades de acreditación.

Finalmente, Rey, C. (2024), en su investigación realizada en Ecuador titulada *Clínica e Intervención en el Psicoanálisis Lacaniano*, llevó a cabo un estudio de tipo documental con un enfoque cualitativo. El objetivo general fue analizar la noción de la clínica y la lógica de intervención asociada al psicoanálisis de orientación lacaniana, proponiendo una reflexión crítica y fundamenta desde esta perspectiva teórica. La población estudiada incluyó fuentes teóricas relevantes que den cuenta de los aportes específicos de esta perspectiva. Entre sus resultados, se señala que, la psicología, en ciertos contextos, no se aleja significativamente del modelo biomédico de clínica. Este enfoque, centrado en la enfermedad y en la búsqueda de soluciones técnicas y médicas, puede conducir a una visión reduccionista de la experiencia humana, alejándose del verdadero objeto de estudio de la psicología: el alma, la psyche en su totalidad. Este estudio es relevante porque busca construir una comprensión diferenciada de la clínica, destacando las lógicas de intervención propias del psicoanálisis lacaniano frente a otras perspectivas tradicionales, como aquellas centradas en diagnósticos estandarizados y la generalización de tratamientos. También, enfatiza la importancia de la singularidad del sujeto en la práctica clínica, presentando una alternativa que se aleja de los enfoques generalizantes, protocolizados y reduccionistas, y que prioriza la escucha atenta, el respeto por el deseo del sujeto y la consideración de su posición subjetiva en la constitución de su malestar.

De forma que, luego del análisis de los resultados de las investigaciones expuestas con anterioridad, a nivel nacional se observa un interés en crecimiento por reflexionar

sobre la regulación, la formación y la práctica clínica de los psicólogos y psicoterapeutas en Ecuador, así como los fundamentos éticos que sustentan su trabajo profesional. Arguello, E. (2019) identifica vacíos y falta de claridad respecto a quién debe regular la práctica de estos profesionales, señalando que, aunque el Ministerio de Salud Pública sostiene una regulación general sobre varias áreas de la salud, no manifiesta un control específico sobre la psicología y la psicoterapia. El autor también recoge posturas divergentes, donde algunos defienden la autorregulación como suficiente, mientras que otros consideran necesaria una entidad reguladora. Por su parte, Pazmiño et al. (2020) resalta la alta prevalencia de psicólogos que mantienen un proceso psicoterapéutico personal por iniciativa propia, fuera de los requisitos académicos establecidos, y lo consideran un componente ético esencial de su formación. Sin embargo, señalan que su obligatoriedad en los programas curriculares debe ser debatida, diferenciando entre el valor formativo de esta experiencia y su imposición formal, que escapa al control de las entidades de acreditación. Finalmente, Rey, C. (2024) plantea una crítica al predominio de enfoques clínicos cercanos al modelo biomédico, destacando que este puede aminorar la experiencia humana a parámetros técnicos y diagnóstico estandarizados. Así mismo, presenta una concepción de la clínica que prioriza la singularidad del sujeto, la escucha atenta y la consideración de su posición subjetiva, apartándose de planteamientos reduccionistas y protocolizadas. En general, estos estudios coinciden en hacer hincapié en la necesidad de repensar la práctica clínica y formativa del psicólogo en Ecuador, articulando marcos regulatorios claros, fundamentos éticos sólidos y lógicas de intervención que respeten la particularidad de cada sujeto.

Por otro lado, a nivel latinoamericano, Ballesteros et. al. (2021), en su estudio *Evaluación de la formación ética en la psicología colombiana*, desarrollaron una investigación multimétodo que combinó cuestionarios sociodemográficos, escalas de valoración y grupos focales en distintas áreas del ejercicio profesional. La población incluyó 528 psicólogos de diferentes regiones del país; y aunque el 86.3% calificó como buena o excelente la formación ética recibida en los programas académicos, los grupos focales revelaron que persisten vacíos importantes en cuanto a la enseñanza situada en la ética, puesto que se privilegia la transmisión normativa a costa del desarrollo del razonamiento crítico frente a dilemas reales. Por ello, los autores resaltan el rol fundamental que poseen instituciones como Colpsic y Ascofapsi para garantizar que se promuevan espacios de discusión, reflexión y supervisión ética. Esta

investigación destaca debido a que sus resultados permiten dar cuenta de la tensión que existe entre la formalización del código deontológico y la insuficiente preparación para afrontar las complejidades éticas del quehacer del psicólogo clínico.

También, García (2021), en el artículo *Fundamentos teóricos para una distinción clara entre el comportamiento ético y el normativo-moral en el desempeño profesional del psicólogo*, publicado desde México, plantea un análisis teórico-documental que pretende llevar a cabo la diferenciación entre el comportamiento ético del normativo-moral. Para llevar a cabo aquello, analizó los conceptos de moral, ética, deontología profesional y comportamiento, etc. A partir de lo cual pudo argumentar que los códigos de ética y deontología, aunque necesarios, no bastan para garantizar un verdadero actuar ético, ya que estos suelen enfocarse en el cumplimiento de normas externas más que en la capacidad introspectiva y autónoma del profesional. A partir de ello, propone que la ética debe entenderse como un comportamiento atravesado por otras variables como: el juicio, la sensibilidad y la deliberación que influyen tanto en lo cognitivo como lo emocional y contextual. Por lo que, la diferencia radica en que el comportamiento normativo-moral se apoya en obligaciones externas, mientras que el comportamiento ético requiere autonomía y juicio crítico. De forma que, como resultado puso contribuir a problematizar la formación y la práctica profesional en Latinoamérica, dejando sentado un sustento teórico que permita marcar la diferencia, para evitar que el lugar del psicólogo y su ética quede obturado por lo meramente normativo dejando de lado la responsabilidad subjetiva del psicólogo.

Continuando, Tarodo & Denegri (2023) en su trabajo *Psicología y psicoanálisis: dimensión ética en el estudio de sujetos en situación de vulnerabilidad*, inscriben su investigación en el contexto argentino a partir de un abordaje cualitativo de carácter descriptivo, con trabajo de campo y enmarcado en el proyecto “Juventudes en las tramas de la desigualdad social”. El objetivo de esta investigación fue analizar la dimensión ética en el contexto mencionado, tomando como referencia dispositivos público de salud y educación en Argentina. La muestra estuvo conformada por adolescentes en situación de vulnerabilidad, abordados desde dispositivos de intervención psicoanalítica y psicológica en contextos estatales. Entre sus hallazgos más significativos destacan que el abordaje ético no puede reducirse a normas universales, sino que debe tomar en cuenta las desigualdades estructurales, las condiciones contextuales y la singularidad subjetiva de cada caso. Remarca que los propósitos de la investigación deben ir más allá de lo cognitivo, orientándose hacia

prácticas emancipatorias que reduzcan el sufrimiento subjetivo. De forma que, lo destacable de este estudio reside en situar la ética como un eje transversal en la intersección entre investigación y clínica, en contextos de alta vulnerabilidad social, sobre todo teniendo en cuenta que América Latina es una de las regiones más desiguales del planeta, y por tanto los dispositivos públicos de salud y educación requieren prácticas éticas orientadas no solo al cuidado, sino también a la dignificación y emancipación de los sujetos.

Es así que, luego de analizar las investigaciones en torno a la ética en la psicología latinoamericana, se puede evidenciar cierto avance en torno al abordaje de su importancia de en el ejercicio de la práctica profesional. Mientras, Ballesteros et al. (2021) resaltan la brecha que existe entre la percepción positiva de los egresados y las falencias en el desarrollo de un razonamiento situado, García (2021) problematiza el reduccionismo normativo y plantea la necesidad de comprender la ética como un comportamiento fundado en autonomía, deliberación y sensibilidad, más allá de la obediencia a código. Por su parte, Tarodo & Denegri (2023), destacan que la ética no puede desentenderse de las desigualdades estructurales y de la singularidad de los sujetos. De forma que, todos los autores coinciden en cuestionar la supremacía de la mera normativa como brújula orientadora de la praxis del psicólogo, pues la misma no alcanza para abarcar una práctica que se mueve en el plano de la subjetividad y humanidad. Es así que, permiten pensar la ética profesional como un campo dinámico que integra la formación académica, la fundamentación conceptual y la praxis situada.

En el ámbito internacional, Kirshner, L. (2012), desde Estados Unidos, en su artículo titulado *Toward an Ethics of Psychoanalysis: A Critical Reading of Lacan's Ethics*, llevó a cabo una investigación teórico-reflexivo con enfoque cualitativo. El objetivo de este estudio es explorar y analizar la concepción de la ética en el psicoanálisis según Lacan, revisando sus fundamentos y su relevancia para la práctica clínica contemporánea. La población se basó en obras de Jacques Lacan, textos de Freud y literatura secundaria sobre ética psicoanalítica. Entre sus resultados, destaca que, la ética de corte analítico se basa en la noción de “no ceder ante el deseo” y en la singularidad del sujeto en oposición a modelos normativos universales. Este estudio resulta relevante porque aporta una lectura crítica que ayuda a comprender la vigencia y los límites de la ética lacaniana para la práctica clínica actual.

Por otro lado, Sahar et al. (2022), en su artículo *A comparative Account on Ethical Considerations in Practice of Clinical Psychology*, realizado en Pakistán y Arabia

Saudita, realizaron un estudio descriptivo mediante entrevistas semiestructuradas a siete psicólogos clínicos, cuyo objetivo fue indagar las principales problemáticas en la aplicación de estándares éticos en la práctica psicológica y contrastarlos con la normativa vigente en ambos países. Sus resultados permitieron evidenciar la ausencia de organismo reguladores, la falta de licencias profesionales, la escasa formación especializada y la vulneración de la confidencialidad del paciente, lo que propicia el desarrollo de prácticas clínicas alejadas de marcos éticos sólidos. Si bien este trabajo está consolidado bajo un plano normativo, esta investigación es relevante en tanto muestra cómo, en ausencia de regulaciones claras o principios orientadores establecidos, la práctica clínica puede caer en un ejercicio sin brújula ética.

En adición, Gimeno (2023), en su investigación *Working with preferences in psychotherapy: Clinical and Ethical Considerations*, publicado en España, elaboró un análisis teórico-clínico basado en la evidencia empírica sobre la importancia de incorporar las preferencias del paciente en la sesión de terapia. En el cual sostiene que cuando el trabajo se ajusta a dichas preferencias, se fortalece el vínculo entre paciente-psicólogo y favorece los efectos clínicos, al tiempo que se respeta la autonomía del paciente. Aún si esta investigación tiene un enfoque basado en evidencia, este análisis resulta relevante porque al igual que el discurso psicoanalítico, introduce la dimensión de la singularidad y la necesidad de que la ética que orienta la práctica clínica no se reduzca a la aplicación de protocolos estandarizados.

Entonces, los antecedentes internacionales permiten esbozar la tensión existente entre una ética concebida como cumplimiento normativo y aquella que se funda en la singularidad del sujeto, planteamiento que también se aborda en este trabajo. Pues Kirshner (2012), desde una lectura crítica de Lacan, plantea que la ética del psicoanálisis se sostiene en el principio de no ceder ante el deseo y el reconocimiento de lo singular como brújula clínica, mientras que Sahar et al. (2022) evidencian que la ausencia de marcos regulatorios claros ocasiona el desarrollo de prácticas clínicas desprovistas de orientación ética sólida. En adición, Gimeno (2023) introduce el valor clínico y ético de trabajar con las preferencias del paciente, marco que, trasladado al contexto psicoanalítico, hace alusión a la posición del psicólogo, quien, orientado por dicha perspectiva, sostiene la escucha del aspecto más íntimo y propio de cada sujeto, más allá de las expectativas universales. Es decir, que estas investigaciones permiten afirmar que la ética de la práctica clínica no debería agotarse en protocolos o regulaciones externas y estandarizadas, sino que debe ser guiado por la responsabilidad

frente al deseo y la dignidad subjetiva y singular del analizante, aspectos que sustentan la ética del discurso psicoanalítico.

En síntesis, tanto a nivel nacional como latinoamericano e internacional, coinciden al manifestar la necesidad de repensar la práctica clínica y ética de la psicología por fuera de las designaciones reglamentarias o políticas. Si bien en Ecuador se demuestra la existencia de vacíos regulatorios y debates en torno a la formación y al proceso de análisis personal del psicólogo, por otro lado, en Latinoamérica se exhibe el reto de superar el reduccionismo de la ética hacia solamente códigos, supliendo en su lugar la singularidad, la consulta y la conciencia ante las desigualdades estructurales. Por último, a nivel internacional, estas tensiones incrementan en tanto suman enfoques normativos con perspectivas que valoran la ética. Por ello, puede afirmarse que la ética aplicada a la práctica requiere de regulación, formación y fundamentos conceptuales, evitando reduccionismos y salvaguardando la dimensión humana del acto de análisis.

# **Capítulo 1:**

## **La Ética Del Discurso Psicoanalítico**

### **La lógica de lo singular**

Desde la perspectiva psicoanalítica hay una categoría que toma un lugar protagónico que constituye el marco de distinción frente a otros discursos, se trata de lo “singular”. Pero antes de introducirnos a su noción analítica, vale remarcar que también se trata de una categoría que vista desde la lógica sirve para nombrar “un solo objeto”. Siendo este diferente de otros conceptos, pues lo particular hace referencia a “algunos objetos” y lo universal abarca un “todo”. Quedando así establecida tres categorías: universal, particular y singular (Pérez, 2013). Para continuar desarrollando la temática es pertinente hacer una aclaración de dichas categorías, pues a lo largo del tiempo han existido malentendidos en función de usar una en lugar de la otra, siendo el equívoco más frecuente usar particular para hablar de algo singular:

Un aspecto de lo anterior que tiene especial interés es que, si bien la diferencia entre lo singular y lo particular se halla bien definida en términos lógicos, no obstante, aun en medios filosóficos, al igual que en las ciencias, humanas o naturales, existe la misma tendencia presente en la lengua corriente, es decir, a identificar lo singular con lo particular. (Pérez, 2013; párr. 15)

Esa identificación de lo uno por lo otro no es arbitraria, sino que pone en evidencia el flujo del pensamiento actual que empuja hacia el borramiento y supresión de lo singular, dándole prioridad al “algunos” o “todos” de lo particular y universal. Frente a esa monopolización de lo estandarizado, el psicoanálisis posee una postura muy clara: la de nombrar lo singular como tal. De allí que tanto su vertiente clínica como investigativa se enfoque en remarcar lo más característico y propio de cada sujeto. De hecho, el psicoanálisis se sirve de las otras categorías con el fin de acceder a aquello, hace uso del “todos” en un primer momento y parte de allí para acceder al “uno”. (Pérez, 2013.; párr. 29):

Es por ello que sus métodos de investigación son ajenos a cualquier forma de borramiento de la singularidad, como lo son, por ejemplo, los procedimientos estadísticos, o por qué el psicoanálisis llama la atención, en la medida de sus medios, de los riesgos que tienen para la humanidad los empeños actuales de homogenización, de “globalización”, esto es, en última instancia, de desconocimiento de espacios definidos para lo singular. (Pérez,2013; párr.29)

Por lo tanto, al hablar de la lógica de lo singular en el discurso psicoanalítico no es reductible únicamente a eso que lo separa de una clasificación más grande, por ejemplo, las estructuras: neurosis, psicosis y perversión; no se trata de que la singularidad de un sujeto resida en ser neurótico y no psicótico o perverso, sino que va más allá de lo clasificable, lo irrepetible de ese sujeto, es decir, de su ser de goce, su modo único y propio de gozar. (Basz, 2004; párr. 37).

De esta forma el psicoanálisis logra no quedar atrapado en la dicotomía entre lo particular y lo universal, porque la singularidad se encuentra por fuera de ellas, ya que no se habla de “un caso más” y menos de “un caso fuera de toda lógica” sino de un caso que es único y por tanto responde a una lógica inédita del mismo. (Basz, 2004; párr. 39). Pues el análisis no ve al sujeto como un objeto a encasillar bajo una nomenclatura, sino que lo toma como un texto a ser leído, mismo en el que se expresa el síntoma, en donde no importa qué “clase” de síntoma posee, sino como en él queda develado su modo singular de gozar y el lenguaje de su inconsciente.

Entonces, el psicoanálisis se juega bajo la lógica de lo singular ya que no busca caer en un saber generalizado, ese que produce sujetos etiquetados en base a una serie de puntos en un listado e ignora la dimensión del caso a caso excluyendo al sujeto y tratándolo como objeto, tal como lo hace la ciencia. Sino que toma al individuo objetivado por el discurso actual y hace que se enuncie emergiendo el sujeto, para poder así cercar su modo singular de goce a través del abordaje de su síntoma.

De allí que el discurso que rige el quehacer del psicólogo clínico orientado por la ética del psicoanálisis sea el “discurso del analista”, en tanto este representa el reverso del discurso del amo. Mientras el discurso del amo, sostenido por la ciencia y el capitalismo, tiende a reducir al sujeto a una masa indiferenciada, obturando su singularidad, el discurso del analista apunta a hacer surgir al sujeto allí donde había un objeto de saber. Así, el psicólogo no impone un conocimiento sobre el sujeto, sino que promueve su enunciación y el acceso a su modo singular de goce a través del trabajo con el síntoma. En ese accionar se pone en juego una ética particular, una que no busca normar o corregir, sino posibilitar que el sujeto se confronte con su deseo. Por ello, la ética del discurso psicoanalítico se basa en la lógica de lo singular y encuentra su eje en el deseo como elemento estructurante de la subjetividad del paciente. A continuación, será necesario abordar esta categoría fundamental para el psicoanálisis y para el desarrollo de este trabajo: la ética del deseo.

## La Ética Del Deseo

En el contexto del discurso psicoanalítico la ética responde a unas coordenadas distintas a su concepción popular, pues no se trata de un marco meramente normativo que regule el quehacer del psicólogo clínico, sino que se configura bajo la posición que tiene frente al deseo, tanto el psicólogo como el sujeto que acude a sesión. Por tanto, para abordar esta categoría, resulta indispensable esclarecer lo que implica hablar del deseo en psicoanálisis, no sin hacer una breve referencia a la noción de deseo desde la filosofía, cuestión que también inspiró a Lacan en su elaboración.

El deseo es un concepto que ha sido trabajado desde varias tradiciones filosóficas, pensadores como Platón y Hegel ya habían señalado el lugar que ocupa el deseo en la vida de los individuos. Para ambos, el deseo no se orienta simplemente hacia objetos en sí, sino que se constituye en relación con el deseo del Otro: se desea en la medida en que otro también lo hace (Návez, 2012). En el caso de Platón, por ejemplo, el deseo aparece como aquello que se dirige hacia lo que falta, lo que no se tiene. En *El Banquete*, a través del discurso de Diotima, afirma: “lo que desea, desea aquello de lo que está falto, y no lo desea si está provisto de ello” (...) éste y cualquier otro que siente deseo, desea lo que no tiene, lo que no posee y lo que él no es” (Platón, 2016, p. 334) [Stephanus 200d-202d]. Este planteamiento evidencia la primera relación entre el deseo, la falta y el Otro, que luego será retomado por Freud y, especialmente, por Lacan.

Otro referente clave es Hegel, quien en su obra *Fenomenología del Espíritu* (1807) aborda el deseo desde una perspectiva dialéctica y plantea que el mismo no se satisface con objetos materiales, sino que aspira al reconocimiento del Otro como un sujeto deseante. Esta idea fue tomada y desarrollada con mayor profundidad por Alexandre Kojève en sus lecciones sobre Hegel, donde interpreta que el deseo humano es un deseo de deseo, es decir, que se desea ser deseado, o se desea lo que otro desea. Lacan retoma esta formulación y la condensa en su conocida frase: “el deseo es el deseo del Otro”, subrayando que el deseo está mediado por la alteridad (Lacan, 1964)

Dicho marco conceptual filosófico fue resignificado por Freud, quien ubica al deseo como aquello que moviliza al sujeto hacia la satisfacción de sus necesidades, tanto físicas como psíquicas. Para Freud, el deseo se originaba en el inconsciente y se manifestaba a través de los sueños, fantasías, chistes, síntomas, etc. Asimismo, afirmaba que el deseo tenía una doble vertiente: una fuerza vivificante, orientada a la preservación de la vida, y otra mortífera, dirigida hacia su disolución.

Con Lacan el deseo adquiere una tonalidad distinta, se aleja mucho más del campo de la necesidad y se asienta en las coordenadas del lenguaje, toma el inconsciente freudiano y lo conceptualiza como estructurado como un lenguaje. Toma de referencia los conceptos de significante y significado propuestos por Ferdinand de Saussure, aunque reconfigura su sentido al introducirlos en la dinámica del inconsciente, pues, bajo su lógica el significante no representa un significado fijo, sino que representa a un sujeto para otro significante. De forma que, esta cadena significante produce efectos de sentido que resuenan en el sujeto y marcan su estructura, pues en este nivel hay una pérdida constitutiva derivada del hecho de que la palabra nunca alcanza a decirlo todo. Esa falta es, precisamente, la condición para el deseo: el sujeto se constituye como deseante en tanto emerge una ausencia de completud que lo impulsa a buscar lo perdido.

Para representar esta lógica, Lacan desarrolla el grafo del deseo, una herramienta teórica que, en sus propias palabras, “nos servirá para presentar dónde se sitúa el deseo en relación con un sujeto definido a través de su articulación por el significante” (Lacan, 2009b, p.785). Es decir, que no se habla del deseo en un sujeto genérico, sino de un sujeto que se encuentra atravesado por el significante. Lacan empieza la construcción del grafo en *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* y lo continúa en *El Seminario 6: El deseo y su interpretación* y lo formaliza finalmente en el texto titulado *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*.

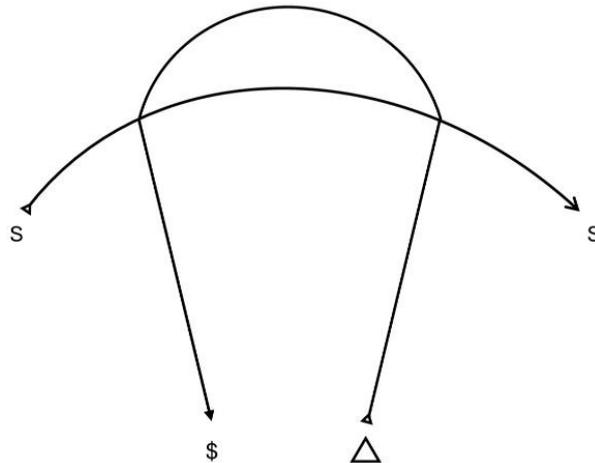
El grafo posee una estructura cuya base reside en fundamentos topológicos y matemáticos, motivo por el cual incluye elementos como vectores, puntos de cruces, vértices, bucles. De forma que, para poder llevar a cabo su explicación de manera adecuada se lo desglosara en cuatro partes.

En primeras instancias está el Grafo I, también llamado “célula elemental”, donde se muestra el modo en que el lenguaje atraviesa al sujeto; evento que genera un impacto tal que desvía las necesidades del individuo por el simple hecho de que ahora es un ser hablante. Por tanto, describiendo los elementos de este nivel, se puede observar que parte de un sujeto mítico de la necesidad ( $\Delta$ ), desde el cual emerge un vector llamado “vector de la intención o tendencia”- pues se trata de la representación de un movimiento que tiende hacia algo-, encontrándose con la cadena significante (S-S'). Este encuentro con el lenguaje y las significaciones del Otro produce, por retroacción, un sujeto dividido ( $\$$ ), quien sufre su primera pérdida: ya no se mueve en la esfera de

la necesidad pura, sino que esta queda modificada y limitada por el significante, pues las palabras, siempre tomadas del Otro, nunca alcanzan a capturar completamente eso más íntimo que se busca expresar, generando una brecha entre lo que el sujeto necesitaba y lo que finalmente obtiene.

### Figura 1

Grafo I



*Nota.* Presenta la célula elemental. Tomado de J. Lacan, *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* (1999), Paidós.

De forma que, en este plano se plasma el paso de la necesidad (grito) a la demanda. Teniendo en cuenta que cuando se habla del plano de la necesidad, Lacan dirá que posee una particularidad porque existe un objeto particular y específico a través del cual un ser viviente o animal puede satisfacer sus necesidades: la alimentación y reproducción. Pero, cuando dicho ser viviente se encuentra con la cadena signifiante ya supone la existencia de un Otro que vehicule y le dé un significado a ese “puro grito” del campo de la necesidad.

Por tanto, en esta operación el grito es transformado en llamado, introduciendo al sujeto en el campo de la demanda. Para esto, es necesario tomar de Freud su noción de experiencia mítica de satisfacción que aborda en el capítulo 7 de *La interpretación de los sueños*, en el cual explica que el apremio de la vida- que es la necesidad inherente a la vida que empuja al sujeto a actuar en favor de la satisfacción de sus necesidades

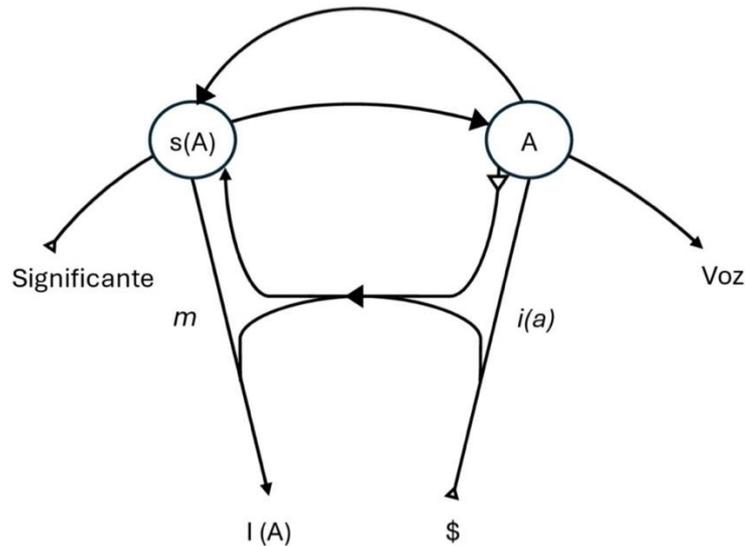
básicas- se manifiesta como la forma de las primeras necesidades corporales o vitales que produce una descarga motriz (grito-llanto) y será el Otro de los primeros cuidados que responderá a la misma con ese objeto mítico de la satisfacción, a partir de lo cual dejará sus primeras marcas producto del encuentro con el lenguaje.

Entonces, en ese “puro grito” la introducción del Otro transforma el grito en llamado, supone allí un pedido, es el Otro el que produce una interpretación frente a aquello sin saber realmente si el grito era por frío, hambre, etc. Es el Otro que lo significa, lee allí un pedido y lo introduce al campo de la demanda. Por lo tanto, la demanda es introducida por el Otro. Esto da como resultado la producción de un sujeto dividido entre dos significantes y atravesado por la cadena significante, portando lo que Lacan llamaría la falta en ser. En este plano se pierde la particularidad del objeto de la necesidad y se transforma en un objeto simbólico, lo que Lacan llamaría el don de amor.

Continuando con la explicación del grafo, se presenta el Grafo II. El mismo que empieza con el sujeto barrado (\$) en tanto es un ser hablante, que es hablado incluso antes de su nacimiento, es el significante que espera al sujeto antes de su nacimiento; así como también al Otro (A) que representa al lugar o sitio donde reside el tesoro de los significantes, también es el lugar del código en tanto es allí en donde ocurrirá una reunión sincrónica y numerable de significantes que se sostiene por su oposición, y el lugar de la audición del discurso pues produce el mensaje; de igual manera se plasma el significado del Otro [s(A)], en donde estará el mensaje pero en efecto retroactivo, es decir que el sentido del mismo será adquirido posteriormente a su recepción, a partir de la elaboración psíquica o del encuentro con un evento que le otorgue un significado; y finalmente está el Ideal del Yo [I(A)] que representa esa primera marca producto de la relación con el Otro del lenguaje que previamente se explicó. En adición, existe un piso intermedio, el piso de la relación especular, en el que se encuentran el Yo Ideal [i(a)], la imagen del otro con minúsculas y el “moi” (m) que representa al Yo.

## Figura 2

### Grafo II



*Nota.* Presenta el plano de la demanda. Tomado de J. Lacan, *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* (1999), Paidós.

En este nivel se está por completo en el terreno de la demanda, se está frente al don de amor, debido a que, por ejemplo, en el caso de una madre con su hijo, esta empezará la simbolización a partir del juego con la ausencia-presencia, del *Fort-da* freudiano, entonces el vínculo no estará sostenido únicamente por la satisfacción de las necesidades orgánicas de su hijo, como la alimentación, sino que también por esa dinámica de la madre que va y viene. Lacan dirá que lo que interesa de la demanda no es el objeto alimentario, sino que el objeto que la madre le da es signo de su amor, porque a nivel de la satisfacción ese objeto puede no valer nada, pero en el campo de la demanda es símbolo de que ese Otro lo acoge, lo acompaña y le responde.

Entonces, cuando ocurre el llamado ya no importa con que objeto le responda el Otro, sino que lo importante es que exista una respuesta. A dicha cualidad de la demanda Lacan (2009b), la llamará la incondicionalidad de la demanda: “se refiere a otra cosa que a las satisfacciones que reclama. Es demanda de una presencia o ausencia” (p. 670). Es decir, que ya no importa la satisfacción de la necesidad, sino que se reclama la presencia o ausencia de la madre en la dinámica del Fort da. Por esta

razón, Lacan dirá que toda demanda es demanda de amor. Y, por tanto, la necesidad queda alienada al campo del Otro.

De forma que, siguiendo el recorrido del Grafo II, parte del sujeto barrado (\$), procede a encontrarse con el campo del Otro (A), que como habíamos mencionado anteriormente posee varias formas de ser nombrado, tales como: el tesoro de los significantes, que es una expresión que parte de la noción de Saussure, quien plantea que la lengua es un tesoro del cual se desconoce su dueño; en adición, se lo nombrará “el lugar del código”, en el sentido de que en dicho campo se da la reunión sincrónica y numerable de los significantes, lo primero en tanto los significantes se reúnen sin tiempo y se definen por oposición y diferencia, es decir “un significante es lo que los demás no son”; y lo segundo porque el código, o el lugar del Otro, no posee todos los significantes, de allí que existan puntos imposibles de ser nombrados para el sujeto como la muerte o la sexualidad.

Finalmente, también se lo reconoce como el lugar donde ocurre la audición del discurso, pero no desde la mera acción de oír sino desde una escucha que supone una lectura, lo que Lacan llamaría “el poder discrecional del oyente”, que puntualiza muy bien uno de los principios éticos del psicólogo clínico desde el discurso psicoanalítico, en tanto hace referencia a la facultad que se debe tener para interpretar e intervenir desde el discurso e inconsciente del analizado sin imponer el sentido propio, sino jugar con el sentido que trae el paciente, cortando lo que este dice en elementos discretos: “Es quien escucha, quien otorga escansión y sentido al enunciado [...] Como vemos, los significados nunca son precisos. Dependen tanto de la enunciación del agente como del poder discrecional de quien recibe el mensaje” (Osoyo & Rojas, 2018, p. 99); y allí nos enfrentamos al terreno del malentendido fundamental, pues con los mismos significantes se pueden decir muchas cosas, lo que marca la diferencia es la intención con la que se las dice y eso es lo que el psicólogo debe capturar para sancionar o puntuar lo que trata de expresar el paciente.

A partir de ese acto, ocurrirá el efecto retroactivo que Lacan ubica en el grafo como la hipérbola con una flecha hacia atrás, que se dirige hacia el siguiente elemento: mensaje del Otro s(A). Es en esa zona donde se lleva a cabo lo antes desglosado, en donde tanto s(A) como “A” están atravesados por la cadena significativa. Pues, es a través de ella que el sujeto buscará “decir algo” usando los significantes que están en el código del Otro, pero es en el lugar del Otro, en el lugar donde está esa audición particular, que lee, que puntúa, en donde se produce de manera retroactiva-es decir que

tiene un efecto hacia lo pasado- lo que Lacan llamará el mensaje o sentido del Otro [s(A)]. Entonces, este se produce en un segundo momento, de allí, que Lacan también se refiera a “A” como un lugar y a s(A) como un momento, una escansión.

Con esa formulación Lacan le dará la vuelta a la teoría clásica de la comunicación, que supone la existencia de un emisor que envía un mensaje a un receptor y tienen un código compartido, el emisor usa el código, manda su mensaje, el receptor recibe y debe decodificar el mensaje. Sin embargo, Lacan dirá que el emisor recibe su propio mensaje en forma invertida, no se está advertido de lo que se dice hasta que ocurre la audición del discurso, no necesariamente ante la presencia de un Otro, porque uno mismo puede captar juegos de sentidos, por ejemplo, al contarnos un chiste, sin necesidad de alguien que lo puntué. De forma que, el sujeto puede querer decir algo, pero hasta que eso no se termine de elaborar, no se le ubique un “punto final”, no puede saber qué quiso realmente decir, para explicar esto se lo podría ejemplificar al jugar con una frase:

El proceso avanza

El proceso avanza lento

El proceso avanza lento pero seguro.

A partir del ejemplo, es claro el efecto que ocurre a nivel del lenguaje cuando agregas significantes, porque cada significante que se agrega produce un sentido diferente, un nuevo significado. Por tanto, el significante no está abrochado a un único significado, sino que es la articulación significante lo que produce el significado, además de que hasta que no se ubica el punto final no se sabe el sentido completo de la frase.

El efecto de sentido, aunque provisorio, adviene cuando la frase finaliza. Cada término anticipa la construcción de los que vendrán, pero el efecto es retroactivo porque se ha de terminar para que ocurra el efecto de sentido (Zaidel, 2015)

Es así como estos movimientos posicionan al significante como el encargado de la producción de dichos efectos de sentido, en tanto ocurre un anudamiento de diacronía y sincronía, aspectos propios de la metáfora y metonimia. Recordando que para Lacan el sentido nunca se fija por completo, ese punto final del ejemplo anterior nunca termina de instalarse de forma estable, siempre hay una falta, una ausencia, lo que se escapa; la metonimia representa eso en tanto muestra como el sentido siempre se está deslizando. Entonces se podría decir que la metonimia es una escritura del deseo: siempre hay algo que falta, que no se dice. En el caso de la metáfora, su lógica es la de

la sustitución, sustituir un significante por otro para introducir un nuevo sentido o significado. Ambos procesos son organizados y sostenidos por el Otro: “Hay un poder en el Otro que escucha.” (Zaidel, 2015)

Continuando con el cierre de esta parte del grafo, estaremos frente al punto de anclaje del mismo, en donde se ubicará el Ideal del Yo: [I(A)], que ya se definió previamente como esa primera marca producto de la relación del sujeto con el Otro, vínculo que transforma la necesidad en demanda; que desvía las necesidades convirtiéndolas en demanda provocando que el sujeto quede alienado a ese campo, a los significantes, todo ese recorrido deja una marca que vendría a ser el Ideal del Yo, siendo esta llamada “la identificación primaria” sobre la cual Lacan (2009b) mencionará: “(...) decreta, legisla, «aforiza», es oráculo, confiere al otro real su oscura autoridad” (párr. 96). De forma que esa impronta que deja marca funciona como guía o decreto que permitirá el sostenimiento del sujeto, en tanto este puede perderse en los significantes. Tomará como punto de anclaje ese [I(A)].

Finalmente, además del piso de la cadena significante también se encuentra el piso de la relación especular, que se podría explicar a través de la lógica del estadio del espejo. El sujeto no logra capturar su imagen completa en el espejo, se percibe y siente fragmentado, es allí cuando aparece la imagen del yo ideal: “i (a)”, que se presenta como la imagen del semejante o surge a partir de la propia reflexión en el espejo; esa imagen va a constituir lo que Lacan llamará luego el Yo (moi), como constitución que hace el niño frente a esa captura imaginaria que queda frente al espejo, que le permite concebirse como unidad.

Pero Lacan también señala que, en esa captura imaginaria, va a ser necesario en un momento que el niño se de vuelta para dar cuenta de ese Otro que lo sostiene, esperando algo de él y lo que le llega del mismo (en el mejor de los casos) es un reconocimiento o asentimiento de su ser. A partir de esto, se tiene otro recorrido en donde no solo está la identificación imaginaria que se produce a nivel del espejo con el semejante, sino que también va a estar la identificación a la marca que viene del Otro [I(A)]. Es decir, que se tiene dos niveles del Ideal del Yo: 1) esa primera marca que viene del Otro, esa identificación imaginaria y 2) la identificación simbólica: El estadio del espejo. Entonces, en este grafo II se presenta la lógica de la demanda y como esa demanda está inmersa en la estructura del lenguaje y la palabra.

Ahora, se debe continuar con la parte del grafo que representa a ese “más allá de la demanda” o Grafo III.

Lo que se ha de introducir y está presente desde el comienzo, latente desde el origen es que más allá de lo que el sujeto demanda, más allá de lo que el Otro le demanda al sujeto, se encuentra por fuerza la presencia y la dimensión de lo que el Otro desea. (Lacan, 1999, Seminario 5, p. 367)

Lacan ubica que una vez que se está en el campo de la demanda ya no se sabe quién pide, está lo que el sujeto le demanda al Otro y lo que el Otro le demanda al sujeto. En esa relación de demanda al Otro va a ser necesaria la introducción de algo que ya estaba presente desde antes, en un estado latente, se refiere a la dimensión del deseo, de que el Otro desea. Es decir, este último no posee únicamente el lugar del lenguaje, de responder a la demanda, de sancionar el mensaje y su significado, sino que también es un sujeto en tanto está en falta, también posee esa tachadura estructural que deviene en deseo; dicha introducción es inevitable y se constata reconociendo la existencia del deseo del Otro. Es decir, tiene que haber falta-deseo en el Otro para que el sujeto pueda desear.

En esa relación de demanda hay un momento en que se abre el “más allá de la demanda” que es el campo del deseo. De forma que, en el grafo III aparecerán como nuevos elementos el deseo (d) y el matema del fantasma ( $\$ \langle \rangle a$ ), que es el sujeto con relación a un objeto. Para llevar a cabo la explicación de lo que ocurre aquí, vale retomar el campo de la demanda, y el lugar del Otro el cual podría responder a la pregunta “¿Che vuoi?”: ¿Qué quiero? Es decir, el Otro tiene la posibilidad de la respuesta. Pero qué ocurriría si aquel en vez de responder desde dicho campo, devuelve otra pregunta ¿Qué quieres? De allí que Lacan nombre a esta parte del grafo como un punto de interrogación:

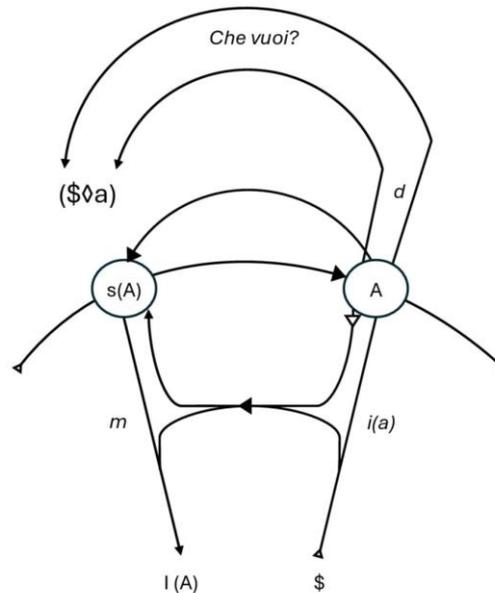
Apertura de la dimensión del enigma, ¿*Che vuoi?*: tú me hablas, pero más allá de lo que me dices ¿qué quieres de mí? El deseo del Otro como enigma retorna la pregunta al sujeto como pregunta del Otro. Por el mismo funcionamiento retroactivo para la estabilización del significado, le vuelve al sujeto como proveniente del lugar del Otro y constituye su propio deseo como enigmático. (Zaidel, 2015)

Esa pregunta que es devuelta permite vislumbrar la falta de significantes, la falta del Otro [S( $\bar{A}$ )], en tanto no responde a la demanda, sino que lo enfrenta con la incógnita del deseo. En esta parte del grafo aún no se ubica ese elemento como tal, pero a partir de la pregunta ya permite dar cuenta de la falta de significantes por parte del Otro para responder al sujeto. En la neurosis esto se juega en la pregunta que

retorna al sujeto en forma de ¿qué me quiere (el Otro)? Que apunta al lugar que tiene el sujeto para el Otro “¿qué lugar tengo en el Otro/ en el deseo del Otro?” De forma que, el sujeto queda frente a dicha falta de significante y es a través del grafo que se hará la propuesta de una solución para ello a la cual Lacan llamará el fantasma ( $\$ \diamond a$ ).

**Figura 3**

*Grafo III*



*Nota.* Presenta el plano del deseo. Tomado de J. Lacan, *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* (1999), Paidós.

Entonces, el fantasma sería una respuesta anticipada frente a lo que no se quiere saber, a modo de defensa a ese vacío, de no querer saber de la falta que hay en el Otro. Por lo cual, es a través del fantasma que el sujeto formulará su propia respuesta o versión de “¿qué soy en el campo del deseo del Otro?”:

Les dije que ese fantasma como tal se sitúa en el extremo de la interrogación subjetiva, en su punta, en su nivel de tope o de reflejo, en la medida en que, más allá de la demanda, el sujeto intenta reponerse en la dimensión del discurso del Otro donde ha de recuperar lo que se perdió debido a su entrada en ese discurso. (Lacan, 2014, Seminario 6; p.348)

De forma que, en este grafo III ya se sabe que se encuentra un punto de interrogación. El deseo al ser una pregunta no puede ser articulado. Así como también, que del Otro puede llegar un mensaje  $s(A)$  o una pregunta: ¿Qué quieres?, que en la

neurosis será formulado como un ¿Qué me quiere? Además, que el deseo es el deseo del Otro, es decir, que es desde el lugar del Otro que el sujeto puede desear. Nadie desea desde el yo, sino que desde ese lugar del no saber. De allí que, esta porción del grafo ya permite develar la falta en el Otro y la respuesta anticipada en el fantasma. Por lo tanto, se está frente a la formulación de la pregunta, la apertura del “más allá de la demanda”, en donde se encontrará el deseo, mismo que surge en ese punto en donde al Otro le faltan los significantes, apareciendo el fantasma como sostén de este.

Previo a seguir con el desarrollo del grafo, vale tomarse el tiempo de repasar las características del deseo. A partir de él vuelve a emerger aquella particularidad que caracterizaba a la pulsión y que quedó abolida por la demanda, requisito necesario para ser sujetos y no únicamente aparatos automatizados prestos a responder demandas. Pues, cabe recordar que en el campo de la demanda el sujeto puede perderse en el Otro en tanto no se distingue bien quien demanda, de allí la importancia de que se introduzca el deseo:

Esta relación entre los dos sujetos en torno a la demanda exige ser completada con la introducción de una dimensión nueva que hace que el sujeto sea algo distinto que un sujeto dependiente y cuyo ser esencial lo constituye la relación de dependencia. (Lacan, 1999; p.367)

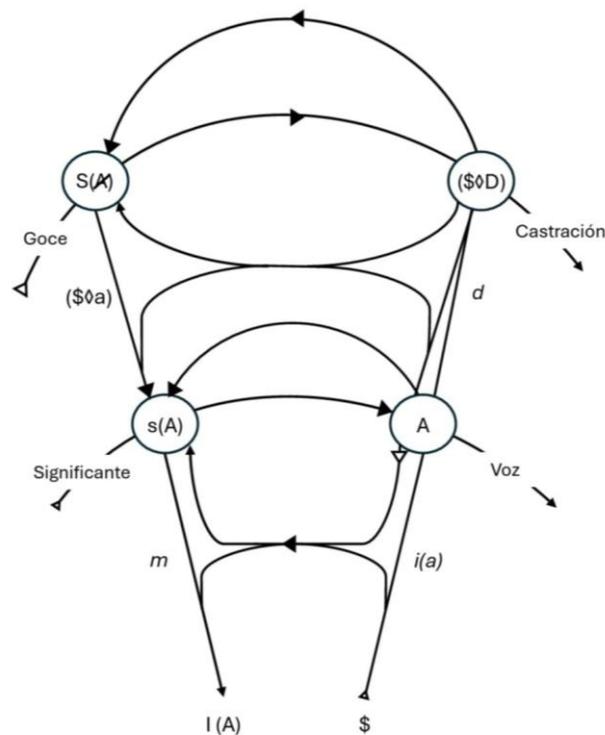
De forma que, la dimensión del deseo permite la distinción entre el sujeto y el Otro. Pero dicha particularidad que se reintroduce tiene un plus, pasando de ser una particularidad a una condición absoluta. Pues si bien en el terreno de la demanda estaba presente el aspecto incondicional del sujeto hacia la demanda, en donde no importaba el objeto que recibiría en tanto el Otro le responda, en el campo del deseo sí se presentan condiciones para ese objeto, no es cualquiera, no es sustituible como en la demanda; además es absoluta en tanto supone el desasimiento del Otro de la demanda (Lacan, 2009b, párr.134). El sujeto en el más allá de la demanda se encuentra con que el Otro desea, ya no es el Otro del lenguaje sino un Otro atravesado por la falta, por un deseo.

Entonces, como se esbozó en párrafos anteriores el deseo sería el resto que queda producto de la hiancia entre el apetito de la satisfacción y la demanda de amor. Eso que no pudo ser capturado por el lenguaje en el pasaje de la necesidad a la demanda se posicionaría como el deseo. De allí que, el deseo sí esté articulado en la cadena significativa, en tanto circula entre ellos, pero no es articulable, porque no hay un significativo que designe al deseo.

Con todo lo mencionado, se puede dar paso al grafo completo o el grafo IV. En el cual ya aparece como elemento el significante de la falta en el Otro [S(A)] y el matema de la pulsión ( $\$ \diamond D$ ). Respecto al primero, este será el punto terminal del grafo, en donde el recorrido tiene su límite en tanto no hay Otro del Otro, no hay metalenguaje: no hay significante que responda por el deseo del sujeto; también se puede ubicar en él: el deseo del otro y la falta del significante de la muerte y la sexualidad femenina; además funciona como velo del inconsciente. Sin embargo, cabe aclarar que no se trata de un mero vacío, sino que se trata de la falta estructural del lenguaje, en tanto este no puede nombrarlo todo, por lo cual tiene un significante que inscribe dicha falta, que la señala; razón por la cual en el grafo también se puede observar a la castración. Con respecto al segundo, se trata de la demanda pulsional, en la cual la pulsión está articulada a lo simbólico y es el lugar en donde el sujeto está siendo confrontado con sus propias demandas.

**Figura 4**

*Grafo IV*



*Nota.* Presenta el grafo completo, el plano inconsciente. Tomado de J. Lacan, *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* (1999), Paidós.

Por lo cual, continuando con el recorrido del grafo, después de ubicar el campo de la demanda donde estaban presentes el Otro (A) que puede responder y el significado

de este [S(A)], hacia arriba se construye ese “más allá del campo de la demanda” y allí se ubicaría al deseo (d), mismo que parte del Otro hacia el matema de la pulsión para culminar en el significante de la falta en el Otro [S(A)]. Es decir, el sujeto le pregunta al Otro, este le puede responder, pero de dónde obtiene su garantía, pues de su propio lugar ya que no posee a otro al cual interrogar. Frente a ello se tiene el matema de la pulsión, en *El Seminario 5*, Lacan dirá:

¿Dónde está el sujeto? Cuando ya no se trata del sujeto ambiguo, al mismo tiempo perpetuamente sometido en la palabra del Otro y capturado en la relación especular, dual, con el otro con minúscula, sino del sujeto constituido, terminado, de la fórmula en forma de Z, es el sujeto en tanto que se ha introducido la barra, o sea, él mismo está también marcado en alguna parte por la relación del significante. Por eso lo encontramos aquí, en (S<D), donde se produce la relación del sujeto con la demanda propia mente dicha. (1999; p. 375)

En el campo de la demanda se encuentra ese sujeto capturado en la relación especular i (a) en donde no se distinguía del Otro, pero en este nivel en donde ocurre el reencuentro con el sujeto cuando se ha despojado de ese sometimiento, ocurre en ese “más allá” en el campo de su relación con la propia demanda (S<D), sus propias demandas pulsionales. Es así que, este piso es inconsciente. Es el lugar en donde el sujeto puede hacer frente a su propio deseo. Siendo esto último lo que busca el psicólogo clínico que guía sus intervenciones desde el discurso psicoanalítico.

El desglose del grafo era necesario para comprender como opera el deseo en la lógica del inconsciente, mismo que como ya se estableció antes, está estructurado como un lenguaje. Y dado que el deseo se inscribe en el campo del lenguaje y se desplaza entre significantes, su manifestación es siempre enigmática y fragmentaria, lo que implica que no puede darse a conocer directamente ni ser captado de manera inmediata. Por ello, el deseo demanda interpretación: requiere ser descifrado, nombrado y puesto en juego a través de la palabra. La labor del psicoanálisis se funda justamente en esta interpretación, en el uso del lenguaje como instrumento para que el sujeto pueda tomar posición frente a su deseo y desentrañar su singular estructura.

La interpretación en psicoanálisis no es un acto neutro o mecánico, sino éticamente comprometido, porque involucra la apertura de un espacio en el que el sujeto puede confrontar las cadenas de sus propios significantes y la manera en que estas estructuran su modo de desear. De este modo, la palabra se convierte en el medio privilegiado para

el bien-decir, es decir, para que el sujeto logre enunciar con responsabilidad su deseo singular, articulando las coordenadas de ese deseo en relación con el Otro.

En este sentido, la ética del discurso psicoanalítico no se basa en un mandato universal ni en la imposición de normas externas, sino en el respeto por la singularidad del deseo que cada sujeto porta. El bien-decir implica una forma ética de asumir la palabra, donde el sujeto se hace responsable de lo que dice y del modo en que su decir refleja su relación con el deseo. La práctica clínica, entonces, se orienta a facilitar que a que el paciente se involucre en este proceso, promoviendo una implicación ética con su propia palabra y, en consecuencia, con su deseo.

Esta ética del deseo es fundamental para la intervención del psicólogo clínico en sujetos neuróticos, ya que permite que el sujeto transite desde la identificación con demandas ajenas o fragmentadas hacia una posición en la que su deseo pueda ser reconocido y asumido como propio. Así, el psicólogo clínico, lejos de ejercer un rol moralizador o directivo, sostiene al sujeto en el movimiento de su decir, acompañándolo en la experiencia de habitar su deseo con sus contradicciones y sufrimientos, sin buscar colmar la falta estructural que lo constituye.

Por lo tanto, el uso ético de la palabra en la atención clínica de orientación psicoanalítica se convierte en el camino que habilita el despliegue del deseo singular y la construcción de una práctica que respeta la división del sujeto, la falta y la contingencia propia de su estructura, constituyéndose así en una ética del discurso que orienta las intervenciones clínicas hacia la singularidad y la responsabilidad subjetiva. Si el deseo es un punto clave a pesquisar en el discurso del paciente, vale precisar los principios que orientan la escucha del psicólogo clínico que se sirve del discurso psicoanalítico.

### **Los principios de la escucha desde el discurso psicoanalítico**

Desde el marco del discurso psicoanalítico, la ética no consiste en un conglomerado de normas prescriptivas que especifica la práctica clínica del psicólogo, más bien encarnan el modo en que este se dispone a la escucha del sujeto. Dicha escucha requiere de una posición en particular, sostenida por principios clínicos y discursivos que orientan la intervención, los cuales son la atención flotante, la abstinencia y la asociación libre.

La escucha que sustenta el discurso psicoanalítico no está únicamente sujeta a lo que el practicante oye, sino también a la posición desde la cual se ubica ante el discurso del paciente. En dicho contexto, se apuesta por principios éticos fundamentales como

la atención flotante, el silencio y la abstinencia, los cuales evitan que el sujeto sea reducido a interpretaciones precipitadas o atrapado por los ideales del psicólogo clínico. Entonces, se procede a explicar cómo estos principios permiten maniobrar con una ética clínica que privilegia el deseo y la singularidad del sujeto. Allí donde en esa maniobra, bajo transferencia, no se deslice algo del ser del profesional que atiende.

El practicante durante la intervención clínica pareciese que solo debe trabajar con lo que le acontece al paciente, no obstante, el recorrido que atraviesa el profesional debe estar advertido de múltiples pasiones que pudieran interferir en su práctica, precisamente en su escucha. Por ello, Freud en 1912 precisa recursos muy particulares sobre la escucha. En este contexto, resalta que no se trata de una serie de pasos, sino de una suerte de saber hacer, no solo con lo que trae el paciente, sino con lo que deviene en él en relación con lo que menciona. Es decir, no solo la escucha atenta de los enunciados del paciente, sino de lo que se esconde detrás de ellos: lo inconsciente. Uno de los primeros recursos que menciona es lo que hoy en día se conoce como atención flotante. La cual define como un acto de escucha que se ofrece como presencia, de tal manera que permite que sea el propio hablante quien, en su decir, priorice aquello que le resulta significativo. Es decir, no se trata de dejarse llevar por el ideal médico de capturarlo todo, como anotar cada palabra del paciente o apresurarse a memorizar.

Cabe mencionar que, en un tiempo posterior al encuentro, lo escuchado se retoma dentro de un trabajo de pensamiento e interpretación que, no solo busca encontrarle el sentido, sino hacerle lugar al deseo de saber del paciente, a propósito de reconocer el tiempo subjetivo y la lógica de su propio inconsciente que mencionamos en extractos posteriores.

En ese mismo sentido, el principio de la abstinencia es pensando como un eje dentro de una serie de posiciones técnicas y éticas que demandan de una implicación acertada del psicólogo clínico. Desde esta lógica, tanto el silencio como el no-comprender se vuelven efectos de dicha abstinencia, más que principios en sí mismos. Consisten en modelos de intervención que manifiestan la decisión de no colmar el discurso del paciente con un saber anticipado, ni con presencia excesiva del ser del psicólogo.

En tales circunstancias, la atención flotante guarda correspondencia con el silencio analítico propuesto por Lacan (2009b) quien conversa sobre el lugar del analista, en este contexto, del psicólogo clínico durante las sesiones y qué implica intervenir desde ahí. En ese sentido, el silencio se configura como una expresión concreta de la abstinencia, en donde el psicólogo con orientación psicoanalítica la sostiene ante el

paciente de manera discreta al no dirigir su discurso, con la intención de que se escuche a sí mismo, en otras palabras, pueda reconocer algo de su verdad. Esta posición se relaciona con un juego de cartas llamado *bridge* en donde, a modo de metáfora, un jugador hace el papel “del muerto” y su participación es indirecta, no obstante, su presencia juega un rol importante en el curso de la partida. Se trata de una suerte de hacerle adivinar al otro jugador sobre su propia mano (p. 563).

Seguidamente, logramos apreciar que el tratamiento hacia la cura depende, en esencia, de lo que el paciente está dispuesto en descubrir dentro del espacio de la sesión. Esto amerita de tiempo, pero consiste en una temporalidad diferente a la lógica lineal de la comprensión. Por tanto, el psicólogo clínico se orienta por una ética que reconoce los tiempos lógicos y la imposibilidad de comprenderlo todo. Se trata de otra dimensión de la abstinencia, que trata de no apresurarse a comprender, en medida de lo posible, no interpretar para calmar la angustia del paciente y, sobre todo, manifestar lo que aún no se ha dicho. Es decir, es una abstinencia de sentido una espera, aunque imperceptible necesaria para que emerja algo nuevo.

Comúnmente el psicólogo, desde sus ideales, interpreta que ante el silencio es preciso preguntar o al menos intervenir en relación con lo que el paciente comunica en la consulta. Del mismo modo, ante lo escuchado, se apresura en comprender a qué se refiere el paciente y a partir de su formación académica emprende la tarea de elaborar conexiones entre las circunstancias y sus efectos sobre el sujeto.

Por ello, Lacan (2009b) precisará que “a menudo vale más no comprender para pensar, y se pueden galopar leguas y leguas de comprensión sin que resulte de ello el menor pensamiento” (p. 586), es decir, no es favorable apresurarse en tratar la narrativa del paciente desde la comprensión porque dicho proceso implica que el psicólogo clínico se identifique con el paciente y, por ende, emita un juicio de valor en vez de una observación. No se trata de una posición pasiva, es una elección ética que guarda relación con la abstinencia. Por tanto, el silencio y el no-comprender resguardan la apertura del paciente al campo del lenguaje.

Además, intervenir desde la comprensión en lugar de la ética del discurso analítico, conlleva pasar por alto el poder que nos confiere la transferencia como lo es la sugestión. Este desplazamiento que se realiza de la escucha al saber supuesto, y por ende del juicio o al consejo perturba el trabajo del inconsciente, dado que lo que se ofrece como comprensión puede aparecer como una forma de influenciar al paciente. Así que, Freud (1986c) advierte que “en lugar de repetir, el paciente empieza a

comportarse como si el (...) fuera una figura significativa de su pasado” (p. 117) porque trabajar desde la transferencia sin cautelar un encuadre técnico puede llevar al practicante a actuar bajo sugestión que por elaboración del paciente.

A su vez, Lacan (1987) al hablar sobre *De la interpretación a la transferencia* advertirá que la comprensión procede del Yo, lo que ocasiona que la interpretación no se encamina por el sentido, sino por el significante (p. 254). Por consecuencia, el psicólogo clínico reduce la posibilidad de que el paciente consienta a producir su propio saber porque se apresura a cerrar lo que aún no ha sido puesto en palabras por él.

Para dar un ejemplo de esto, Freud (1915) alcanza a dilucidar que sostener una lectura rígida sobre una estructura y persistir en una interpretación que no daba lugar al equívoco produjo un *desaire* en la paciente. Si bien Freud a nivel técnico no se equivocó, su aproximación en relación con su construcción teórica impidió que el decir de Dora fuese atendido del todo, lo que ocasionó el abandono del tratamiento. En una posterior relectura del caso, Lacan avista cuán valioso resulta dejarse enseñar por lo que tiene para decir el lugar de la Otra mujer, como estructura que organiza el deseo que versan en las interrogantes del sujeto histórico. Al no escuchar el equívoco del discurso, se sostuvo una posición que clausuró la transferencia, imposibilitando escuchar desde dónde hablaba Dora y qué lugar ocupaba en el deseo del Otro.

Lacan (2009b) dirá “el analista es menos libre en su estrategia que en su táctica” (pág. 563). Resulta importante rescatar la precisión de esta cita porque recalca que el practicante es responsable de sus intervenciones en relación con lo que su paciente le comenta, pero no del efecto que va a producir en la transferencia e inconsciente de este. Por esa razón, es prudente abstenerse de intervenir desde los afectos, saberes o ideales del psicólogo para que de este espacio resulte en un encuentro inédito.

Siguiendo esta línea, es importante resaltar cómo la abstinencia, además de orientar el manejo de la transferencia, se despliega también en modos sutiles de intervención como el silencio y el no-comprender. Cabe destacar que Freud (1986c) localiza en el vínculo psicólogo-paciente un fenómeno que suscita respecto a mociones amorosas que podrían entorpecer la dirección de la cura, el paciente puede verse envuelto en una especie de enamoramiento a propósito de lo que convoca el psicólogo en él (p. 164).

Cabe decir, que para Freud el amor de transferencia no se trata de un amor real. Ante este escenario, para ambos personajes que pone en juego lo siguiente: si el psicólogo clínico es susceptible a los halagos en causa de lo que ha generado en su

paciente y, respecto a este último, considerar si desistir del tratamiento o apostar por ese amor.

El amor en transferencia es un fenómeno que no se reduce a un sentimiento real, sino que revela una manifestación del deseo inconsciente que se inscribe en la escena de análisis. Lacan (1987) expresa lo siguiente:

El peso de la realidad sexual se inscribirá en la transferencia. Desconocida en su mayor parte y, hasta cierto punto, velada, se desliza bajo lo que ocurre en el discurso analítico, que resulta ser, efectivamente, al ir cobrando forma, el discurso de la demanda no en balde toda la experiencia nos ha conducido a inclinar la balanza hacia los términos frustración y gratificación. (p. 161 – 162)

Ante este escenario, el psicólogo clínico puede verse tentado a responder desde su ser, adulado por lo que piensa que ha despertado en el paciente. Pero sostener esta posición puede resultar desfavorable si no se previene lo que está en juego, el deseo del propio psicólogo. En ese sentido, Lacan (1987) afirma que “toda la teoría de la transferencia no es más que una defensa...” (p. 164), no solo está en juego lo que el paciente demanda desde su deseo, sino cómo el psicólogo se posiciona éticamente ante ello.

Entonces, ¿de qué manera es posible proceder teniendo en cuenta que el psicólogo es a su vez un sujeto que está atravesado por zonas narcisistas que de cierto modo quieren ser satisfechas? Y a su vez, ¿cómo definir una resolución que no remita a la renuncia del paciente a la cura? Para empezar, es acertado distinguir que “el enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura” (Freud, 1986c, p. 166) de esta manera se logra maniobrar con estas mociones sexuales desde la técnica y así mismo de la ética al darle el valor de resistencia. Con esto en mente, no es aconsejable ceder o rechazar la ternura del paciente, sino más bien trabajar a partir de ella a la par que se intercede desde la abstinencia.

Este principio no consiste en privar al paciente de la presencia o de la palabra del psicólogo. De hecho, permitir que estas fuerzas pulsionales destinen el grado de implicación por parte del paciente con su proceso y, en conformidad de este puedan ser redirigidas a sus orígenes inconscientes, que una vez hablados a través de manifestaciones del inconsciente dentro de las sesiones el paciente al escucharse no pueda volverse ignorante ante su verdad.

¿Por qué no resulta apropiado corresponder los sentimientos del paciente en afán de propiciar la cura? Precisamente porque el paciente simulará o procederá en nombre del Otro que le demanda y habrá conseguido lo que toda neurosis persigue: la repetición en acto. El espacio deja de ser inédito y pasa por entero a des implicar al paciente con su cura. Por ello, Freud (1986c) advertirá “Cuanto más impresione uno mismo que está a salvo de toda tentación, más extraerá de la situación su sustancia analítica” (p 169). Particularmente no se desestima que este volcamiento de amor sea valedero teniendo en cuenta que cumple con el carácter que atraviesa todo enamoramiento: la repetición. Se advierte al psicólogo de sostener su intervención desde principios éticos que le permitan abstenerse y no ceder ante las demás implicaciones que remite este fenómeno.

Como último punto, pero no menos importante: asociación libre. Fue incorporada por Freud como técnica posterior a los resultados improductivos que obtuvo con la hipnosis, en esta ocasión el paciente debe permanecer en estado de vigilia. Esta técnica permite acceder a la historia inconsciente del sujeto, suprimiendo cualquier proceso de juicio moral. Su función es bordear la resistencia, hacer posible el retorno de lo reprimido, pero a partir del decir.

Este cambio en la técnica encuentra su punto decisivo en el tratamiento de Lucy R., cuya resistencia no pudo ser perforada mediante la hipnosis. Freud reconoce que, al estar por fuera de un estado hipnótico, era posible que la paciente hablase en función de lo que llegara a su mente, sin valorar la relevancia de ese pensamiento durante las sesiones. Inicialmente se trataba de un pensamiento sin sentido, pero sostenía una relación profunda inconsciente con un recuerdo reprimido. Freud decide frente a este caso desistir en el uso de la hipnosis porque venía comprobando que muy poca era la efectividad de este estado dentro de los márgenes que el esperaba trabajar con sus pacientes; opta por solicitarles que se concentren y reposen de espaldas a él. Se percata que bajo otras condiciones es posible que el paciente hable y no precisa realmente de un estado hipnótico; con Lucy R., a modo de sugestión, le indica que al ubicar su mano sobre su frente ella está autorizada para hablar sobre lo primero que llega a su mente y de manera sorpresiva su respuesta no vuelve a ser un “realmente no lo sé”.

A partir de esta experiencia sospecha que la memoria realmente conserva con una precisión notable detalles que para la consciencia resultan ser imposibles de recuperar. Freud (1985) expuso que “todas esas experiencias fue que las vivencias de importancia patógena, con todas sus circunstancias acceso, son conservadas fielmente por la

memoria aun donde parecen olvidadas, donde al enfermo le falta la capacidad para acordarse de ellas” (p. 129). Por ejemplo, a medida que progresaba el caso de Lucy R. fue paulatinamente quitando su mano y disponiéndole a la paciente su capacidad para visualizar la escena, es en medida de aquello que la joven puede ir describiendo lo que recuerda, pero rescatando lo que ella pudo interpretar de la escena. Fue el resultado de este caso que le reveló a Freud como lo reprimido retorna a modo de fragmento, pero ciertos diques o intentos de censura le detienen por lo que es importante que la posición del psicólogo clínico se muestre libre de perjuicios.

En palabras de Freud (1986c) se captura lo siguiente:

Se pretendía sortear la resistencia mediante el trabajo interpretativo y la comunicación de sus resultados al enfermo; así se mantenía el enfoque sobre las situaciones de la formación de síntomas y sobre aquellas otras que se averiguaban presentes detrás del momento en que se contrajo la enfermedad. (p. 149)

En este sentido, la resistencia surge en cuanto genera obstáculo en la continuidad de las sesiones. La técnica consiste en reconocer lo singular que aparece esporádicamente en el decir del paciente, siempre y cuando el psicólogo clínico no esté pendiente de otra palabra. De esta manera, el psicólogo con orientación psicoanalítica se sirve de la interpretación para advertir al paciente de cómo la resistencia deviene en cuanto realiza asociaciones. En cuanto se aproxima al contenido reprimido, viene en su lugar lo que evoca la figura del psicólogo en el paciente. Lacan retoma este principio y lo reformula, indicando que no se trata de un decir esporádico, sino a un instante en que el sujeto ingresa al campo del lenguaje.

Según Lacan (1981) argumenta que:

En la técnica analítica se sueltan las amarras de la relación hablada, se rompe la relación de cortesía, de respeto, de obediencia respecto al otro. El término asociación libre define muy mal aquello de lo que se trata: son las amarras de la conversación con el otro las que intentamos cortar. (p. 259)

Esta puesta en escena origina una fluctuación dentro del plano imaginario, en cuanto imagos imaginarias y reales se sostienen como uno mismo o con leves diferencias. Por tanto, la asociación libre, no apunta meramente a que el sujeto diga todo lo que piensa, sino que se posibilite hablar en cuanto aún el saber no le es del todo comprensible, y de esta manera se deslice el deseo y aparezcan los significantes que estructuran su malestar. Para Lacan (1981), esta técnica es lo que permite que “la palabra incluida en el discurso se revele gracias a la ley de la asociación libre que lo

pone en duda, entre paréntesis, suspendiendo la ley de no contradicción. Esta revelación de la palabra es la realización del ser” (p. 394).

Otoni (2025) menciona sobre “el deseo de hacer hablar eso que habla de cada uno” a fin de que se inaugure la práctica psicoanalítica. En otras palabras, la asociación libre es una regla fundamental dentro de las sesiones, no obstante, el psicólogo clínico debe posibilitar un espacio donde el paciente pueda hablar incluso de eso que aún no se puede saber. En este sentido, Lacan (1981) resalta que: “En el momento en que parece dispuesto a formular algo más auténtico, más candente que lo que ha conseguido hasta entonces alcanzar, el sujeto se interrumpe” (p. 70). Allí donde el paciente se interrumpe al hablar por medio de un lapsus o un equívoco, emerge de una resistencia y es precisamente en ese punto que el psicólogo debe agudizar su escucha en función de los otros dos principios que mencionamos.

Entonces, ¿por qué el acto de “soltar la lengua” requiere de un esfuerzo por parte del inconsciente, al punto de demandar que el psicólogo clínico debe cuidadosamente resguardar el lugar donde esos enunciados emergen? Otoni (2025) responderá que:

Soltar la lengua tiene su precio, pues cuando ella se suelta, surgen cosas que van más allá de lo que se soporta saber, más allá del principio del placer, un saber que se sabe sin saber y del cual no se quiere saber. (párr. 3)

La dimensión de esta lengua remite a lo que Lacan conceptualizó como la lengua, esa lengua que nace en el seno de los primeros lazos y posteriormente, el parentesco reemplaza volviéndola intraducible.

En suma, la escucha en el discurso psicoanalítico no se limita a oír, sino que implica una posición ética que contribuye en la aplicación de la atención flotante, la abstinencia y la asociación libre. Estos le permiten al psicólogo sentar un espacio donde el paciente habla sin ser interrumpido por juicios, comprensiones o intervenciones apresuradas. Entonces, se trata de garantizar lo que se dice y de donde se enuncia.

Sin embargo, esta forma de escucha no solo se basa en lo que se dice, sino también en qué momento se dice. Por eso, el próximo eje abordará los tiempos lógicos para comprender cómo el decir del sujeto se desarrolla en momentos precisos que el psicólogo debe aprender a captar con atención y cuidado

### **Los tiempos lógicos como coordenadas para alojar el decir**

En el presente contexto, el acto de escuchar no debe residir en un mero registro de lo que se dice. Consiste en una singular escucha que captura la lógica subjetiva que

traspase el decir, los instantes en que una palabra o acto se precipita, se interrumpe o se transforma. A propósito de esto, los llamados tiempos lógicos que Lacan formaliza en 1945 que no sólo constituyen el proceso del pensamiento, sino que permiten perfilar coordenadas clínicas importantes para alojar la palabra del sujeto.

Se trata de tres momentos: el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir. Como se mencionó, no tratan de una duración cronológica, más bien responden a una estructura lógica en relación con el acto de pensar y decidir. Si bien son tiempos que se ponen en juego en el pensamiento, es posible dar cuenta de estos en el tratamiento de la cura a través de cada decir del paciente. Por tanto, es oportuno que el psicólogo clínico pueda identificarlos y en base a ello, encaminar sus intervenciones.

El instante de ver consiste en la toma de una imagen o pensamiento que suele darse de manera esporádica con un distintivo que el paciente atribuye consigo mismo, se trata de una especie de certeza inicial. Cabe destacar que en este momento no hay sujeto, es una impresión que aún no ingresa a un espacio de reflexión. Lacan (2009a) lo ejemplifica con la prótasis “estando ante...sólo entonces se sabe que se es...” (p. 200). Se trata de ver sin comprender del todo.

El tiempo para comprender es un momento decisivo porque en función de lo que ha captado el sujeto se produce un espacio de espera y elaboración. La estructura lógica de este tiempo se formula en torno a la duda, la reciprocidad con el otro y los movimientos suspendidos. Así, como se indica “Sujetos indefinidos salvo en su reciprocidad. Cuya acción está suspendida por una causalidad mutua... Es necesaria la espera, esperar lo que el otro va a hacer” (Boghossian, 2020, párr. 18). Es el que más se extiende en el tratamiento: el paciente medita, repite, duda y/o ensaya un sentido para escucharse convincente.

Finalmente, el momento de concluir da apertura a la urgencia. El sujeto se apresura ante un juicio, un acto o una palabra que contiene una certeza que le concierne. Como afirma Lacan (2009a) “El sujeto en su aserto alcanza una verdad que va a ser sometida a la prueba de la duda, pero que no podría verificar si no la alcanzase primero en la certidumbre” (p. 201). El acto de hablar o guardar silencio puede ser leído como un momento inédito en donde el paciente ha puesto en juego algo de su saber a causa de lo que ha visto y, por consiguiente, comprendido.

Esto precisa del psicólogo clínico una minuciosidad ética: reconocer cuándo algo del instante de la mirada traspasa hacia la espera del comprender, y en qué momento

aparece la urgencia de concluir. Lacan (2009a) dirá que, “el juicio que concluye el sofisma no puede ser formulado sino por el sujeto que ha formado su aserto sobre sí” (p. 202) es decir, el psicólogo clínico no está encargado de concluir por el paciente, sino más bien hacer posible que él sea quien formule una verdad que ya lo habitaba sin palabras.

Definitivamente los tiempos lógicos nos señalan que hablar no es un acto lineal ni automático. Cada palabra que el paciente expresa con su decir está atravesada por una lógica encausada por el deseo. Es así como, el psicólogo clínico debe aprender a leer esas sutilezas dentro de las sesiones: cuando algo se avista, cuando aparece una pregunta bajo transferencia y cuando se apresura a una certeza que hay que remarcar, quizá con un corte.

No obstante, en cada caso, es importante que el psicólogo cuente con las herramientas suficientes para conseguir reconocer estos tiempos; es así que la formación teórica, el proceso personal y la supervisión permiten captar esas sutilezas que conciernen a la práctica. A continuación, se argumenta el cómo cada uno estos pilares hacen posible una intervención más ética y, sobre todo, dignificante tanto para el paciente como para el profesional.

### **Los pilares de la formación del psicólogo clínico**

Al hablar sobre la formación del psicólogo clínico nos referimos a un trípode que sostiene su quehacer como profesional en relación con el discurso psicoanalítico: formación teórica, análisis propio y supervisión clínica. Cada uno cumple con su función de manera amplia en cuanto se articulan entre sí permitiendo una práctica clínica basada en la ética. Por ejemplo, servirse solo de la formación teórica produce una fijación con el goce del sentido que obstaculiza la escucha y movilización del paciente. De igual manera, manejarse únicamente a partir de dos ejes como la supervisión y la formación teórica convence al psicólogo de un saber absoluto que no se cuestiona sobre su propia implicación en las sesiones dejando por fuera el análisis propio, donde se pone en juego la teoría, como una vía para comprometerse con lo de uno que no ha sido dicho. Su apropiada correlación convierte la práctica clínica en un acto sostenido. Es así como, Freud (1986c) expresa al respecto del manejo de la técnica no solo a la sombra de la propia experiencia, sino también lo que el psicólogo descubre y formaliza de su propio análisis (p. 115).

Previo a la existencia del psicoanálisis en el siglo XIX se sumaron un extenso número de críticas que le destituían de ser una ciencia debido a su metodología y objeto

de estudio, en esencia se trataba de su incapacidad para reproducir resultados bajo un mismo orden. Por esto Freud despliega un considerable número de círculos en Viena a favor de formalizar parte de lo que la técnica psicoanalítica corresponde, con la diferencia de enfatizar el discurso del paciente antes que la sintomatología, una variable que la ciencia médica descartaba. Trabajar con el inconsciente del sujeto advierte de entrada que la singularidad de este será clave para el tratamiento de la cura, que no se trata de una resolución absoluta del dolor, sino un modo de hacer elaborado en relación con lo que, a través de las sesiones, se sabe de sí mismo. Por lo que, Lacan (2009b) resalta que cuando el psicoanálisis pase de ser una práctica con lo singular a tratarse como una técnica universal, en ese momento habrá perdido su fundamento (p. 758).

Entonces, ¿de qué manera esta advertencia le sirve al psicólogo clínico con referencia a su formación teórica? Para no caer en el absurdo del saber que se estudia, sino más bien ir orientados por un saber que se aprende conforme lo epistémico, la práctica y, sobre todo, una ética en la formalización de las intervenciones, de tal manera que se disipe este espectro que hay sobre el psicólogo de trabajar las sesiones como si se tratara de un lanzamiento de dados. Es así como la formación teórica sirve de respaldo para hacer una apuesta sobre lo singular y en este mismo sentido cerciorarse de los posibles efectos que esta pueda producir, es decir, la propia ética del discurso desarrolla que no es precisamente actuar por inercia e inintencional a lo que esto pudiese ocasionar. No obstante, adoptar la enseñanza freudiana como un manual a completar también corre el riesgo de sesgar la escucha del psicólogo o más aún, forzar los límites de la transferencia.

En sustancia, ¿qué se espera de la formación teórica del psicólogo clínico en relación con una aproximación con el inconsciente del sujeto? Justamente se trata de conocer cómo se organiza el inconsciente, bajo que elementos se estructura y opera. Lacan (2009b) aclara que el inconsciente, a partir de un retorno a la enseñanza freudiana, es una cadena de significantes que a partir de ciertas manifestaciones conlleva al paciente a una serie de repeticiones que en el plano de la consciencia no logran ser explicados del todo (p. 760). Tomar en consideración esta clase de precisiones le permite al psicólogo orientarse por acortar el sentido sin límites que el paciente habla sobre su malestar, para posibilitar que algo nuevo emerja en medio del discurso. Es dentro de esta intención que Lacan posterior al fallecimiento de Freud se dispone a la tarea de retomar sus obras a propósito de una reconocida institución que

se encontraba deformando la práctica psicoanalítica al recortar conceptos que son fundamentales para estructurarla.

Retomando lo mencionado con anterioridad, Freud frente al caso Dora descuida su posición analítica en pro de su interés investigativo sobre la sexualidad y el inconsciente. En este sentido, Lacan (2009b) dirá que Freud a través del camino de su experiencia nos invita a atender conceptos básicos con el propósito de perfilar la práctica con cierto grado de astucia (p. 429 – 430). Por ejemplo, en relación con el abandono de Dora de su análisis se puso en juego la lógica del deseo. Al no identificar que Dora se interrogaba por la feminidad, Freud inquiriere en su interpretación sobre una supuesta atracción de su paciente hacia el Sr. K. Entonces, al no reconocer el deseo de Dora y, por consiguiente, al pedirle que no abandone el tratamiento exhibe su falta como sujeto por lo cual la joven es confrontada desde la demanda como objeto.

Bajo este escenario, Lacan (2009b) reflexiona lo siguiente:

En el psicoanálisis sin duda, lejos de haberse intentado llevar más allá su articulación, es muy precisamente a no dar explicaciones a lo que se ha dedicado mucho esfuerzo. Por eso ese gran cuerpo, exactamente como Sansón, se ve reducido a mover la rueda de molino para los filisteos de la psicología general. (p. 780)

En respuesta a la pregunta planteada sobre la formación teórica, es menester encontrar un punto medio entre lo que se lee e interpreta y de qué manera maniobramos con esto dentro de la práctica clínica a propósito de no caer en explicaciones superficiales o rígidas. Se trata de una lectura que avisa de su propia letra, de ser sostenida como un estilo en vez una ley. Es así como Brodsky (2023) distingue que la lectura de Lacan sobre la escritura de Freud “Se trataba de sostener un discurso que hiciera existir el psicoanálisis en las condiciones del presente...” (p. 15).

Continuando con la intención de este apartado, ¿cómo el análisis propio se vuelve un eje que trabaja en virtud de alojar el deseo del paciente? Es prudente que el psicólogo clínico transcurra un proceso de análisis personal que le depure de sus estragos porque de esa manera su escucha e implicación con el caso deviene en un lugar inédito y desarticulado de la propia subjetividad y, de igual manera posibilita un nivel de entendimiento sobre lo que acontece en el inconsciente que no resulta equiparable en el estudio de libros.

Si hay caso omiso de esto, Freud (1986c) advierte que:

Y quien (...) haya desdeñado la precaución del análisis propio, no sólo se verá castigado por su incapacidad para aprender de sus enfermos más allá de cierto

límite, sino que también correrá un riesgo más serio, que puede llegar a convertirse en un peligro para otros. (p. 116)

¿Cuáles son esos peligros que menciona Freud? Destaca dos: actuar bajo la lógica de lo universal como método de validez y bajo esta vía, desacredita el método psicoanalítico. En este sentido, es prudente y próspero que en medida de lo posible el psicólogo clínico pudiese hacerse cargo de sus propios defectos para que estos en el ejercicio de la práctica no frustren el grado de efectividad de la técnica psicoanalítica. Por otra parte, la formación del psicólogo requiere de una aptitud ideal que sirva en ocasiones de modelo y en otras como maestro y, a su vez flanquear toda clase de ilusión y engaño.

La terapia o análisis propio no equivale a autorizarse para intervenir, sino estar advertidos de sí en el acto mismo de la intervención. Tal como señalaba Ferenczi, existen puntos débiles en el ser del terapeuta que pueden conmoverse ante demasiadas situaciones del paciente, alterando el curso de las sesiones. En este sentido, el psicólogo clínico puede convertirse, sin saberlo, en un obstáculo, al proyectar su subjetividad sobre el paciente. A partir de un trabajo de análisis se consigue estar acompañado de lo que íntimamente nos convoca, pero desde una posición clínica y ética que no obstaculice la escucha. En palabras de Freud (1986d) sostiene este argumento al afirmar que “...a consecuencia de las particulares condiciones del trabajo (...) será efectivamente estorbado por sus propios defectos para asir de manera correcta las constelaciones del paciente y reaccionar ante ellas con arreglo a fines” (p. 249).

Cabe mencionar que no toda práctica debe esperar que un proceso de análisis finiquite como no toda experiencia analítica deba surgir por obligación. Es posible que en el transcurso de la práctica el psicólogo clínico pueda dar cuenta de cuestiones propias que, de manera reiterada le movilizan, entonces debe trabajar en sí para que estos escenarios fantasmáticos no sean aquellos que conduzcan el tratamiento.

En este punto, resulta pertinente articular el tercer pilar que sostiene la formación del psicólogo clínico: la supervisión de casos. En un primer acercamiento diese la ilusión de que se trata de una simple validación técnica, es decir, como el profesional se desenvuelve con el caso en particular. Al contrario, se trata de un trabajo de lectura sobre la propia práctica, en donde se identifica los impasses del psicólogo, los efectos de su decir y el lugar que ocupa en la transferencia. Si bien el análisis propio permite ubicar lo que en uno insiste en repetirse, en la supervisión se trabaja en presencia de

otro profesional que permita generar eco sobre lo que resuena en la clínica, para ser ubicado en un lugar por fuera de la clínica.

Solicitar o realizar una supervisión de casos no implica simplemente creer en lo que se va a hacer, sino aprender a leer lo que se pone en juego en cada intervención del psicólogo. A veces, resulta imperceptible durante la escucha alertar si parte del decir del paciente ha tocado una zona sensible; más bien, es en el acto mismo de intervenir donde pueden escapar ciertas fuerzas pulsionales que, al no ser de conocimiento, a menudo se trenza con lo que el paciente demanda al psicólogo desde la transferencia. Bajo estas condiciones, se trata de una contratransferencia que moviliza un punto ciego del profesional, que no se percibe a simple vista, pero que deja una herida sin palabra que se inscribe silenciosamente. Por ello, resulta crucial supervisar aquellos casos que marcan un punto muerto, donde algo no pudo ser dicho, pero fue atestiguado por el cuerpo.

Al respecto, el espacio de supervisión permite una lectura que no desea procurar una respuesta cerrada, sino una orientación sobre el acto clínico. El supervisor, quien se ubica en tanto sujeto supuesto al saber, realmente no contiene un saber absoluto, sino que encarna una posición que permite cuestionarse sobre el propio deseo sobre la transferencia. Brodsky (2000) al respecto señala que:

En pocas palabras, el sujeto supuesto saber es la invención del Otro, no sólo del lugar del Otro gracias al cual el sujeto podrá olvidar por un rato que habla solo (lo que constituye la verdad de la célebre fórmula de la comunicación: el emisor recibe el receptor su propio mensaje en forma invertida), sino también la invención del Otro signifiante, el que llamamos S2, responsable de los efectos de sentido. (p. 2 – 3)

El lugar de sujeto supuesto saber está advertida por quien la habita en medida de que posibilita una supervisión viva, capaz de ubicar aquello que el psicólogo no ha logrado leer de su acto.

Más allá que formar al psicólogo sin fallas, cada uno de estos pilares lo conllevan a no solo trabajar en relación con lo que sucede en la práctica porque la intervención del psicólogo no se reduce a la recopilación de conocimiento epistémico, ni al servicio perfilado por el bien hacer, sino que se trata de una formación que permite trabajar sin borrarse a sí mismo, más bien de saber en qué punto se está implicado, y a su vez no frustrar el decir del paciente. Entonces, la formación teórica no debe registrarse como un manual, el análisis propio no es un requisito de paso, y la supervisión de casos no

trata de un control externo; estos pilares permiten que el deseo del psicólogo no ceda ante las formas más cómodas del saber.

## Capítulo 2:

### Los fundamentos del psicoanálisis

#### La transferencia: el lugar del saber, ¿de qué saber se trata?

Para comenzar con este nuevo apartado retomaré unos cuantos puntos que en previos capítulos destacan por su relación que aguardan con la transferencia; el amor que se pone en juego del paciente hacia el psicólogo es de carácter real, pero no verdadero, es decir, que ese deseo que deposita el paciente sobre el psicólogo no está dirigido a él sino a un Otro. Pudiera mencionar “El Banquete” como recurso para explayar de qué manera este amor se ve atraído por el espacio de análisis. A partir de este escrito, Lacan ubicará dos elementos que serán, en un primer momento, fundamentales para explicar sobre la dinámica del amor: el amado y el amante. Luego, reformula la posición del segundo en referencia al lugar del psicólogo. El escenario que toma Lacan para representar estos términos proviene de la disputa dada entre Sócrates y Alcibíades, en el orden de amado y amante.

El amado es quien no sabe lo que tiene mientras que el amante es a quien le falta algo, pero desconoce el qué. Se pensase que lo que le falta a uno se encuentra en el otro, pero esto es una ilusión que busca ser satisfecha por medio de metas y pulsiones de las que a posteriori la transferencia se sirve. En este sentido, Alcibíades le demanda a Sócrates su deseo de saber sobre el amor, pero este manifiesta no saber nada, ahí se encuentra la posición del psicólogo. Entonces, Sócrates le devuelve a Alcibíades que no es a él a quien le habla sino a Agatón, en palabras de Lacan (2003):

Cuando Sócrates elogia a Agatón, satisface a Alcibíades. (...) La respuesta de Sócrates es la siguiente - Puedes amar a aquel a quien voy a elogiar, porque elogiándolo sabré hacer pasar, yo, Sócrates, tu imagen amando en tanto es mediante la imagen tuya amando como entrarás en la vía de las identificaciones superiores que traza el camino de la belleza. Pero conviene no desconocer que aquí Sócrates, precisamente porque sabe, sustituye una cosa por otra cosa. (...) sino aquel objeto único, aquello que vio en Sócrates y de lo que Sócrates le aparta - porque sabe que él no lo tiene. (p. 187)

Haciendo referencia al objeto de amor que es depositado e idealizado en el otro sin permitirse ver lo real de este.

Dentro del contexto transferencial, “aquel que emprende un análisis no sabe lo que tiene (posición de amado), y ahí está toda la implicación del inconsciente, se trata de

un no saber fundamental” (Icardi, 2018, párr. 13). El psicólogo se sirve de la transferencia, que en principio es dada gracias al amor, para invertir la posición de objeto del paciente a la posición subjetiva, lo cual permite pasar de un no saber lo que se tiene a uno que no sabe lo que le falta, que se puede formalizar en una pregunta sobre su malestar. Por lo que, Lacan (1987) explica que “la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (p. 152), es decir, aquello que el paciente no conoce sobre sí mismo, pero que lo determina de igual forma; el inconsciente pone en evidencia que el sujeto padece ante el ejercicio de la palabra y de sus efectos sobre la figura del psicólogo.

Cabe añadir que Lacan describirá la posición del psicólogo en esta relación como el lugar del sujeto supuesto a saber por el paciente, esta variable es clave para determinar la existencia de transferencia. Otra variable que se pone en juego es que el psicólogo se abstiene de responder a la demanda, en tanto esta es de demanda de amor del paciente, pues de ese modo es posible poner en evidencia su falta, para pasar de amado a amante. En este sentido, es importante que el amor de transferencia se mantenga unilateral para que en ese espacio se instale el deseo del paciente y así transfiera el objeto al lugar del psicólogo que queda velado por el amor. No obstante, es pertinente remarcar lo mencionado por Lacan (1987), pues esta variante de amor no es la repetición de un suceso del pasado como Freud lo planteaba, sino un efecto de engaño que se está manifestando en el momento (p. 69).

Entonces, ¿a qué se debe que el paciente repita y, sobre todo que este acto se produzca en la transferencia? Freud (1986c) a partir de los casos de histeria que destaca en sus escritos va contorneando lo que en un futuro formaliza como la transferencia, esto lo realiza a la luz de actos repetitivos que sus pacientes presentaban en cuanto se les imposibilitaba verbalizar un hecho traumático; por ejemplo, Lucy R. en unas primeras sesiones no logra recordar lo que le ocurrió en relación con el olor de los pastelillos quemados, pero en el cuerpo se repite este olor en cuanto teme a ser rechazada. Otro ejemplo, Dora huye de la relación con el Otro en cuanto se siente usada o demandada, de ahí su acto de romper el análisis como señal de que el recuerdo reprimido aún no posible de reproducirse. En sus palabras, “esta compulsión de repetición uno comprende que esta es su manera de recordar” (p. 152) por lo que hay que contemplar ciertos aspectos que impidan que la repetición permanezca en ese estatuto: no debe ser interpretada ni confirmada de inmediato, por el contrario, debe

producirse un corte que le permita al psicólogo sostener el enigma y de esta manera, el paciente pase de actuar a recordar.

No todo lo que no se recuerda deviene del orden de lo reprimido, no obstante, lo que se repite deviene de recuerdos que contienen una verdad que concierne al yo en relación con la relación no sexual que resulta intolerable para la consciencia. Es decir, no se trata de lo que vivió el sujeto sino de qué manera el deseo de este quedó en jaque frente al lenguaje y lo que el Otro espera de él. Por ende, la transferencia permite que el inconsciente a través del principio del placer busque escenificar esos recuerdos que dentro de las sesiones despliega su deseo. ¿Cómo y por qué suscita esto? Freud (1986c) dirá que los psicólogos “le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado” (p. 156). El amor de transferencia se configura en cuanto la figura del psicólogo condensa mociones inconscientes de figuras significativas para el paciente, sea de índole tierna, sexual u odio, por lo que su presencia en este fenómeno es como objeto que sostiene un semblante que es causa de deseo en el paciente.

Como es posible apreciar, la transferencia no suscita en un solo plano, sino que apela a los tres registros: imaginario, simbólico y real. A nivel del imaginario, el paciente ve en el psicólogo a un Otro de su historia; a nivel simbólico, le atribuye un lugar de sentido en cuanto a su economía. Es dentro del tercer registro que se produce la repetición, no obstante, es aquí donde el psicólogo clínico actúa por fuera de la lógica para cortar esa repetición y que luego devenga como un nuevo saber que cancela ese plus de goce que empujaba hacia lo peor.

Sin embargo, vemos que la apertura del inconsciente se constituye en cuanto a ciertas condiciones que no se encontrasen en una conversación trivial. Lacan (2003) explicará que:

Todo lo que sabemos del inconsciente desde el principio, a partir del sueño, nos indica que hay fenómenos psíquicos que se producen, se desarrollan, se construyen para ser escuchados, por lo tanto, precisamente, por este Otro que está ahí, aunque no se sepa. Aunque no se sepa que están ahí para ser escuchados, están ahí para ser escuchados, y para ser escuchados por un Otro. (p. 203)

El inconsciente como un lenguaje se configura como un discurso que está dirigido a un Otro que lo aloje y sobre todo escuche. Si bien en una conversación con un par es posible obtener un efecto terapéutico, es decir, una sensación de calma como resultado

de validación o reconocimiento. Existen elementos que pasan desapercibidos en esa plática o incluso no se consiguen como en presencia del psicólogo; por ejemplo, los equívocos, el chiste, el olvido u otras manifestaciones del inconsciente se perciben como equivocaciones sin trascendencia. En cambio, el inconsciente del paciente se revela ante el psicólogo clínico porque le supone un saber en relación con su síntoma, este Otro al que se le supone una verdad propia. Incluso, el profesional acoge y escucha los efectos que produce el significante sobre el sujeto.

En virtud de la asociación libre es posible escuchar esas palabras que se le escapan al sujeto que bajo la mirada de un Otro no pueden ser dichas; Tendlarz (2009) dirá que persiste en el sujeto la emergencia de significantes reprimidos que prescinden de un significado, por el momento. Entre lo que se dice y lo que quiere decir se encuentra el saber que, a través del psicólogo clínico, quien toma el semblante de un supuesto saber, es posible traducir en un bien decir. Entonces, ¿de qué saber se trata en la transferencia? Del inconsciente, que en medida del lazo amoroso que establece el paciente hacia el psicólogo permite que los significantes se enlacen entre si creando un nuevo sentido al contenido histórico de este. (párr. 6 – 12)

Para finiquitar este apartado, retomo la lógica que Lacan crea en función del amante y el amado. El semblante de sujeto supuesto saber no es perpetuo, por lo que es ardua la tarea del psicólogo por localizar hasta qué punto es pertinente sostenerse bajo ese discurso; pasar de ser amado a ser amante implica apropiarse de su propia búsqueda por saber, pero desde lo que uno mismo sabe, que de entrada no logra reconocer. La búsqueda pasa de saber sobre lo que se tiene a saber qué es lo que le falta. Expresamente Tendlarz (2009) mencionará que “El final de análisis no termina con el saber, sino que implica la transformación del amor al saber cómo transferencia al deseo de saber” (párr. 13). Si bien nuestro trabajo no contempla el fin de análisis, por el contrario, consiste en la intervención del psicólogo es de igual forma pertinente que se esté al tanto de la transferencia como medio que posibilita el trabajo con sujetos neuróticos.

### **La transferencia o la intervención: ¿qué va primero?**

El término intervenir dentro de un contexto que refiere a la presencia de dos personas o argumentos, se trata de someter algo a control o examen. Entonces, dentro de la práctica del psicólogo clínico consiste en una puesta en acto que no se reduce al uso de las palabras, sino que puede acontecer desde un silencio, un gesto, un supuesto descuido, etc. ¿Desde dónde y en base a qué el psicólogo se autoriza en intervenir?

Previamente, se destaca la transferencia como el medio y en ocasiones, como el obstáculo por el cual se debiese intervenir teniendo en cuenta el lugar que el paciente le ha supuesto al psicólogo. Antes de continuar, es preciso retomar el concepto de Sujeto Supuesto a Saber en relación con el amor de transferencia a propósito de poder contestar la pregunta, ¿qué va primero, la transferencia o la intervención?

A la hora de trabajar bajo transferencia es prudente considerar que hay sugestión dado que el paciente ubica al psicólogo en un prospecto de lo que anhela ser, pero particularmente saber. Por ende, cualquier clase de intervención posee un peso enorme en cuanto se está bajo este semblante. Es tanto técnico como ético tener en cuenta ese aspecto. En la mayoría de los casos, los pacientes llegan a consulta porque algo de lo que venían haciendo en su rutina dejó de funcionar o comenzó a generar malestar al aplicarlo, entonces están en busca de una respuesta o solución a esto que alojan en el psicólogo, por lo que incluso anterior a la programación de una sesión queda establecida una transferencia previa acompañada de un saber ya supuesto. En otras palabras, Brodsky (2019) explica que “Suponer que hay saber conlleva la suposición de un sujeto que sabe ese saber; entraña la suposición de que ese saber está escrito en alguna parte...” (p. 134) que corresponde a nada más ni a nada menos que al inconsciente.

No obstante, el Sujeto Supuesto a Saber no se constituye de una sola suposición, sino de dos. El primero se debe a este lapso en donde el paciente es un fiel creyente de su entorno y es a partir de las entrevistas preliminares que el psicólogo clínico, con experticia e ingenio, debe captar esas creencias para adjudicarlas a un trasfondo inconsciente. La suposición de un saber queda establecida en tanto el psicólogo consigue a través de sus intervenciones que el paciente se enuncie desde el significante que le atribuye a él, que no es cualquiera sino uno que funcione para maniobrar la transferencia como sugestión, resistencia y amor.

La segunda suposición es la del Saber sin Sujeto, se trata de hacer surgir en el paciente la certeza de que hay un saber, como él mismo lo afirma, con la diferencia de que este saber no está en el Otro, sino en el inconsciente. Entonces, el psicólogo no se encarga de ofrecer respuestas acabadas, sino posibilitar que el paciente vuelva sobre aquello que le inquieta en lo más íntimo de su ser. En palabras de Freud (1985):

No dudo de que al destino le resultaría por fuerza más fácil que a mí librarlo de su padecer. Pero usted se convencerá de que es grande la ganancia si conseguimos

mudar su miseria histérica en infortunio ordinario. Con una vida anímica restablecida usted podrá defenderse mejor de esta último. (p. 309)

En referencia con el relato del *Banquete*, el Sujeto Supuesto a Saber guarda relación con el objeto a porque en el curso de la transferencia el psicólogo, desde el imaginario, es tomado como objeto a en cuanto evoca el deseo del paciente por buscar en él eso que con exactitud desconoce. No obstante, el objeto a y el SsS no suponen ser lo mismo, por ejemplo, el SsS está relacionado con ese lado simbólico del inconsciente en tanto el paciente habla de lo que le pasa sin percatarse de que lo está haciendo, deviene como un goce fálico en cuanto se satisface por vía del lenguaje. Por su parte, el objeto a se trabaja a partir de eso que rebasa los límites del lenguaje, justamente lo que queda por fuera del sentido y convoca el deseo. Se le considera como un goce absoluto, eso que falta pero que no se puede enunciar así que se torna sobre fantasías que cubren esa falta en el decir del paciente (Martínez, 2023, p. 225).

Por lo tanto, no es solo acerca de que el psicólogo clínico encarna el semblante del Sujeto Supuesto al Saber; al mismo tiempo, es objeto causa de deseo para el paciente desde el significante cualquiera que representa de su realidad subjetiva. Bajo transferencia, se pone en juego el fantasma del paciente, es decir, su forma inconsciente de relacionarse con su deseo y, sobre todo, con su falta. Al proyectar sobre el psicólogo esas particularidades con las que no puede lidiar le supone un saber sobre por qué le sucede aquello, no lo entiende y, por ende, es que logra desearlo e interrogarlo. Además, Martínez (2023) advertirá que su aparición no es al azar “dicha vinculación cursa siempre inconsciente, lo que se llegará a concienciar por el acto a lo largo de la cura” (p. 226) es decir, la transferencia se instaura en tanto se constata la presencia de un Sujeto Supuesto a Saber en el psicólogo clínico, quien sostiene ese lugar a fin de que el fantasma del paciente se despliegue y ponga en palabras a lo inconsciente.

Entonces, ¿se pudiera responder que la transferencia viene antes de la intervención? lo cierto es que no, si bien el psicólogo clínico puede ubicar ciertas coordenadas del orden del fantasma que estructura la realidad subjetiva del paciente y a partir de ello realizar una puesta en acto, que sea enunciado como intervención depende del efecto que produzca a posterior. Porque al intervenir desde la sapiencia se descarta de entrada la singularidad del paciente y, por ende, no se instaura o cae el SsS e impide la apertura del inconsciente. Intervenir desde el discurso psicoanalítico conlleva trabajar acompañado de la transferencia, es decir, no existe intervención sin transferencia, pero

tampoco hay transferencia que no se funda en función de los efectos que producen ciertas intervenciones.

Así pues, intervenir no implica únicamente interrumpir o ante el silencio sucumbir al deseo de decir algo con un sentido lingüístico, más bien consiste en inscribir una lógica en el decir del paciente, que sus palabras, silencios o gestos cobren un peso fundamental dentro del marco de la transferencia. Por esto, no se limita a interpretar, por el contrario, interpretar es una forma particular de intervenir, tales como el corte, el señalamiento, la clarificación, entre otros, cada una de estas intervenciones psicológicas están encaminadas al inconsciente, que con suma ética se encargan de desarticular identificaciones o insertan un equívoco. Pero, hay que tener en cuenta que incluso un silencio o un gesto pone en funcionamiento el lugar del psicólogo en la transferencia, y es desde allí que puede tener efecto.

Chamorro (2017) en relación con la intervención, destaca lo siguiente en función de los silencios “Las palabras tienen un valor para nosotros y toda nuestra práctica indica que le damos valor a las palabras (...) Palabra dicha, marca producida” (pp. 38 – 39). No se debe mal interpretar el silencio como el acto de no hablar, al revés, se trata de no permanecer callado; conocer en qué momento callar también puede ser una forma de decir, le permite al paciente tomar algo de otra manera. Por esto, el silencio es la intención de toda intervención, producir un silencio de sentido.

Según la I.P.A., existen dos tipos de intervención: una que señala sutilmente un hecho, y otra que además de señalar, aporta el sentido de aquello que se menciona. No obstante, desde el psicoanálisis, la intervención no sigue necesariamente una línea progresiva del punto uno al dos. Más bien, se despliega en un movimiento retroactivo, donde el sentido se produce a partir del efecto que tiene lo que se ha dicho. Como señala Chamorro (2017), “Es aludir a algo sin decir por qué uno alude a eso” (p. 40).

A diferencia de la psicoterapia, la intervención psicoanalítica no busca reforzar la coherencia del Yo, sino más bien hacer vacilar esa consistencia, propiciando una división en el sujeto que le permita establecer una relación con su inconsciente. Solo a partir de ese movimiento, puede advenir una implicación subjetiva frente al malestar que se hace presente en su lazo con los otros. Entonces, no se trata de colmar de sentido el discurso del paciente, sino de propiciar que algo de su propia responsabilidad pueda emerger en ese vacío.

Por eso, más que preguntarse qué va primero, si la transferencia o la intervención, es oportuno pensar en una articulación retroactiva, donde ambas se definan

mutuamente. En este tejido, la intervención emerge en el mismo campo transicional que funda la transferencia. Por esto, el psicólogo clínico no debe olvidar que se encuentra de lleno, es decir, absolutamente implicado no tan solo desde su rol también desde el peso que le supone el paciente. Cualquier intención de intervenir como un sujeto ajeno a la escena, pierde la dimensión ética que define su acto. La definición de intervenir posee una amplia variedad de definiciones dependiendo de su contexto; existen dos definiciones de la RAE que se adecuan a la figura del psicólogo, son: examinar y censurar las cuentas con autoridad suficiente para ello y tomar parte en un asunto. De eso se trata la intervención del psicólogo clínico respecto al malestar del paciente.

Asimismo, entre la intervención y la transferencia se abre un agujero que posibilita un movimiento estructural en el sujeto. Es la transferencia que propicia un sentido particular y sobre todo singular a la intervención en cuanto a cada paciente. Por su parte, la intervención influye sobre la transferencia porque permite configurar el lugar que el paciente le asigna al psicólogo, comprobado en la suposición de saber. En conclusión, intervenir es un acto que se propicia en la transferencia, pero que sobre todo también la produce, la cuestiona y la atraviesa. Se trata de una relación retroactiva y contingente, donde cada acto por parte del psicólogo reformula el marco de ambos.

### **La transferencia y repetición, ¿qué es lo inédito del encuentro?**

“Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado (...) se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora el impulso de recordar” (Freud, 1986c, pp. 152-153) No se trata de dos nociones que operan en paralelo, sino de un vínculo de causa y efecto: la transferencia es la condición que posibilita la repetición y, a su vez el acto de repetir es un modo de constituirla. En este sentido, repetir no responde exactamente a una elaboración consciente, se manifiesta desde el inicio del tratamiento.

¿Por qué repetir en presencia del psicólogo clínico no solo consiste en remanencias del pasado? Porque el encuentro con el psicólogo no es neutro; en el momento que aparece una demanda, de ante mano se pone en juego algo del orden del goce. Es decir, se aviva una forma singular en la que el sujeto se relaciona con su falta, incluso allí donde aparece en caso de histeria, la insatisfacción; o en cuanto a la obsesión, la imposibilidad del deseo. Por eso, la repetición bajo transferencia no es un simple recuerdo, sino una puesta en acto de una lógica que insiste más allá del saber.

Lacan al dictar *El Seminario XIII* entre 1965 y 1966 se pregunta: ¿cómo empiezan los análisis?, y a partir de ahí, Miller en 2007 se compromete en reflexionar ese inicio no como un momento externo o de iniciación, sino como un punto lógico que marca el ingreso del paciente en una experiencia diferente, en la que el saber inconsciente comienza a producir ecos en él. Sin embargo, dado que la presente investigación no se sitúa exclusivamente en el campo del análisis, en su lugar se orienta hacia las prácticas clínicas del psicólogo que acoge al sujeto desde una ética y escucha sostenida, resulta pertinente reformular la pregunta: ¿cómo inicia el paciente a implicarse en las sesiones? “... empiezan por la transferencia” (Miller, 2023, párr. 2) En la práctica clínica del psicólogo, todo proceso psicoterapéutico se inaugura a partir de la transferencia. Para la práctica clínica del psicólogo es fundamental que todo trabajo psicoterapéutico tenga de entrada la formulación de la transferencia. Por más que toda sesión comienza por la transferencia, no determina que todas sean iguales e incluso que en algunas concluyan en el camino, “Comienza de muy diferentes maneras: entre lágrimas o entre risas, en la dificultad como en la comodidad (...) Hay una variedad empírica” (Miller, 2023, párr. 1) todo caso es singular en la medida de que cada paciente llega a sesión por una razón diferente o si en la casualidad llegan a ser similares es bajo distintos contextos, de igual modo funciona la transferencia.

Respecto a los efectos posibles de la transferencia, eso dependerá en gran medida del carácter que tome en el transcurso del lazo que tiene el paciente con el psicólogo clínico, lo cual determinará y explicará por qué en ocasiones puede volverse intensa, positiva o negativa. Miller (2023) expondrá que “La emergencia de la transferencia señala la adopción del analista por el analizante: el analista entra en la familia” (párr. 23) a partir de este contexto, el psicólogo queda inmerso en el drama inconsciente del paciente. Así mismo, el sentido que se trabaja no se da igual en todos porque se trata de una significación que concierne al paciente en función de lo que puede el profesional capturar en su decir. Esto se sostiene en cuanto “El significante de la transferencia es aquél a propósito del cual el sujeto se pregunta: ¿Qué quiere decir? (...) Es preciso desde luego que la significación le importe, que suponga que va algo de ustedes en solución a la pregunta” (Miller, 2023, párr. 44).

En este orden, se reconoce la importancia de la transferencia en relación con la terapia de corte psicoanalítico como una ética que habría que sostener de entrada en todo tratamiento psicológico a fin de que la intervención del psicólogo no solo tenga un efecto, también cobre sentido. De igual forma, suscita con la singularidad de cada

caso; se aborda en función de las coordenadas que propicia el paciente, no en base a generalidades ni lógicas universales. Se trata también de una ética en cuanto al espacio inédito que se le ofrece al paciente, ser tratado bajo la particularidad de su contexto y, sobre todo respetando la riqueza de su singularidad.

En este nuevo apartado, se visualiza que la transferencia, en ocasiones, es resistencia. En tanto el paciente busca una satisfacción libidinal a través del psicólogo clínico. Si bien se mencionaba que el amor en la transferencia propicia el mejor camino para el tratamiento de la cura, es a su vez el mayor de los obstáculos. En sus palabras, Freud (1978) sostiene que “La transferencia destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (p. 103). Saber maniobrar con la transferencia de por medio requiere de mucho tacto a la hora de intervenir debido a que se puede configurar a partir de una vertiente positiva con mociones eróticas o, por el contrario, de una negativa cargada de hostilidad.

Se trata de un terreno concretamente conflictivo a causa de la ambivalencia que puede contener la transferencia, ya que los propios pacientes, al hablar o asociar, no solo describen su modo de hacer lazo, sino que también reelaboran la manera en que hicieron existir al Otro primordial, aquel que, según Freud, remite a las figuras parentales. Por lo tanto, nunca se es completamente indiferente al Otro; tampoco se lo ama u odia de manera absoluta, pues en esa ambivalencia se sostiene su economía libidinal. De hecho, uno de los mecanismos defensivos de instancia originaria que forma parte de este circuito es la formación reactiva: aquello que no se tolera amar, se odia; y lo que se odia con dureza, se niega a amar. De esta manera, el sujeto hace consistir al Otro, entonces Freud (1986c) dirá “La transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es una transferencia negativa, o una positiva de mociones eróticas reprimidas” (p. 103)

En el capítulo anterior, se menciona que, en ocasiones, el paciente deposita su objeto de amor en el psicólogo a causa de las mociones eróticas que se avivan por la transferencia. El manejo con eso supone el triunfo o el hundimiento del tratamiento. ¿Por qué esto consiste en un obstáculo? Freud (1986c) responde:

...si él se rehúsa; cosa a la cual lo constriñen su deber y su entendimiento, ella podrá hacer el papel de la desairada y sustraerse de la cura de él por venganza y encono, como ahora lo hace a consecuencia del presunto enamoramiento. (p. 170)

La transferencia como resistencia convoca lo más íntimo del ser como mecanismo de defensa en tanto le posibilita al Yo no encontrarse con lo intolerable de su propio deseo y de cierta manera lo lidia a través de un velo de carácter afectivo. Así que, en vez de recordar, se tiende a escenificar en el lazo con el psicólogo lo reprimido, es decir, no se actúa cualquier cosa, es un contenido pulsátil que busca ser satisfecho en cuanto a su posible lectura.

Retomando la transferencia como lugar de saber, podemos precisar que se accede a un tratamiento psicoterapéutico cuando la persona se interroga sobre algo que insiste en su vida cotidiana, como pudiera ser un malestar o un modo de hacer que ya no funciona como antes. Entonces, ¿desde dónde se formula esa pregunta si aún no es plenamente consciente por el sujeto? ¿Cómo se captura una demanda que, muchas veces, se enuncia sin saber que se dice? La terapia con orientación psicoanalítica propone que, a partir de Lacan, se comience por el significante de la transferencia.

¿En qué consiste este significante? En palabras prácticas, es una palabra que porta un peso tanto fundamental como estructural en la vida del sujeto, es a partir de la identificación de ese término que se consigue formular la demanda que, a su vez permanece orquestada por la transferencia. En cuanto a este significante, se localiza lo inédito del encuentro, ya que el psicólogo clínico no está presto a contestar con algo nuevo o proporcionar un sentido lógico, por demás se trata de producir un desplazamiento que consienta la aparición del inconsciente y en testigo de la transferencia se reactualiza.

La aparición de este significante es una oportunidad para que el paciente se implique subjetivamente con su malestar, pero no es tarea del psicólogo determinar esto, no se impone desde afuera, sino que se autoriza en el propio decir del sujeto. El decir del paciente queda a disposición de la transferencia, es decir, está dirigido a un Otro que encarna una función, SsS. Esto no significa que el psicólogo sepa “la verdad”, sino que ocupa un lugar estructural que posibilita ese decir. En relación con la repetición, es aquello que se juega más allá de la queja a propósito de ser leída como se mencionó. Lo que se repite, en esencia, es una modalidad de goce, una forma singular que el sujeto dispone para tratar con su malestar.

Por esta razón, lo verdaderamente inédito del encuentro en transferencia no es el contenido explícito de lo que se dice, sino las coordenadas en las que eso retorna: la forma en que aparece, la insistencia con que se repite y el valor subjetivo que adquiere para el paciente. Miller (2023) sostiene que, “el paciente vuelve a formular sus

demandas antiguas (...) soporta una tras otra todas las figuras históricas del Otro de la demanda del sujeto” (párr. 31). No se trata de una elección consciente, sino a una lógica estructural que determina al sujeto en su modo de gozar.

Es bajo transferencia que esa puesta en acto puede ser leída, y en consecuencia producir una ética del bien decir, en la que el sujeto pueda manifestar algo de sí que toque su malestar. El bien decir consiste en algo que justo tuvo relación con el goce, no se apunta a corregir el discurso del paciente, sino generar un punto de inflexión que le permita tramitar lo que retorna como insistencia, como su síntoma.

Como se ha desarrollado, el psicólogo en relación con la ética del psicoanálisis ocupa una posición singular; no se trata de identificarse con las imágenes que describe el paciente. En palabras de Miller (2023), “...es ante todo el envoltorio de la nada de esa significación” (p. 13), lo que implica sostener un lugar vacío, este principio retoma la noción de abstinencia que tiene como regla estructural tensionar el deseo. Es decir, ante un paciente que reproduce cierto vínculo conflictivo o afectivo con la autoridad, no se trata de responder a esa demanda ni de oponerse directamente, sino de no encarnar ese lugar. Miller de igual forma lo indica, “esa regla de abstinencia formula que el objeto en juego es el objeto nada (...) en ese sentido, el analizante come nada” (párr. 60), lo cual pone en acto la no-relación sexual dentro de la transferencia, y sostiene una falta que hace posible el trabajo del deseo.

En conclusión, la singularidad del encuentro clínico no está sujeto a lo que el paciente repite, sino a las coordenadas transferenciales que permite dar un nuevo rumbo o cese a esa repetición. En este marco, lo inédito no es el recuerdo del pasado, más bien la puesta en acto de una lógica de goce que insiste y que encuentra, en el psicólogo, un Otro que no opera en función de una lógica universal y propicia un vacío desde donde puede leerse el decir del sujeto. Por lo que, la repetición en la transferencia permite que el paciente se implique con su malestar, precisamente a partir de aquellos encuentros que delatan al Yo en sus decisiones vergonzosas. Cabe mencionar que el aparato psíquico funciona bajo una lógica que limita a la conciencia dar cuenta de las tendencias más profundas que conciernen al inconsciente.

### **El inconsciente: una verdad que habla**

En el marco del psicoanálisis, el inconsciente no puede reducirse a la noción de un contenedor de todo lo reprimido por un individuo, sino que tal como plantea Lacan en su relectura de Freud, se trata de una instancia en la que algo habla, un lugar donde la verdad se enuncia, pero nunca de forma completa o transparente. Debido a que, dicha

verdad se encuentra matizada por el decir del sujeto a través de lapsus, chistes, sueños, síntomas o actos fallidos; manifestaciones que se llevan a cabo por fuera del control del “yo”. Frente a esos escenarios el rol del psicólogo clínico que se orienta por el discurso psicoanalítico no se basa en traducir o descifrar de forma inmediata esos eventos, sino de que a través del vínculo transferencial pueda sostenerse un dispositivo que posibilite que dicha verdad encuentre una vía para ser enunciada evitando obturar su elaboración al adjudicarle un sentido de forma prematura.

Por esa razón es que, Lacan recuerda, en el Seminario 11, que el inconsciente se presenta como un tropiezo, falla o fisura, un punto donde algo en el discurso vacila o cojea, mismo que revela una “hiancia” entre la causa y sus efectos, en la que la neurosis se encontrará con eso que escapa de cualquier significación, con lo real:

Pues bien, en ese punto que intento hacerles atinar por aproximación se sitúa el inconsciente freudiano, en ese punto donde, entre la causa y lo que ella afecta, está siempre lo que cojea (...) Y es que el inconsciente nos muestra la hiancia por donde la neurosis empalma con un real; real que puede muy bien, por su parte, no estar determinado. (p.30)

Y es en dicho vacío fundado por lo innombrable que algo inédito puede advenir, un saber no sabido, esa “verdad”; pues esta hiancia no es un telón de fondo previo ni se trata de una ausencia originaria, del mismo modo que el grito no surge del silencio, sino que, al resonar, crea el silencio como tal, es el acontecimiento del tropiezo lo que revela la falta.

Pero, previo continuar con el desarrollo del inconsciente como una verdad que habla, parece pertinente también hacer la aclaración en torno a la oposición entre realidad y verdad en el contexto de la clínica.

En cierto sentido cada paciente y cada uno de nosotros crea un mito acerca de nuestra vida y de nuestro pasado, mito que nos sostiene y que podría destruirnos.

El mito podría cambiar, y en análisis, frecuentemente cambia (Kanan, 2001, p. 174).

Ese mito puede tener carácter de verdad en tanto se trata de lo vivido de forma íntima para el sujeto, aun si no se trata de la realidad fáctica. Puesto que, cuando se habla de la realidad se está frente a lo fenomenológico, lo que ocurre en el plano de lo objetivable, de los estímulos externos que percibe el sujeto, sin embargo la verdad desde la orientación psicoanalítica, se trata de aquello que busca encontrar el paciente a través del trabajo a lo largo de las sesiones, ese conocimiento que siempre se presenta de forma incógnita, esperando a ser revelado y que da cuenta de la manera singular en

la que dicho individuo vive la realidad, influenciado así por sus aspectos estructurantes, sobre todo por la marca del lenguaje como lo abordamos en el primer capítulo. Por ello, se comprende cuando Saenz (2018) se pregunta: “¿a través del psicoanálisis el sujeto conoce la verdad, se acerca a la verdad o se va transformando una <<verdad>> por una nueva <<realidad>>?”

Puesto que, en tanto la verdad del sujeto cambia, aquello tiene un impacto en su realidad. Lo valioso de este planteamiento y aclaración es que el psicólogo trabaja con la verdad psíquica del sujeto, la verdad de ese momento que se crea durante el trabajo clínico. Para articular ello con la noción del inconsciente, vale seguir describiendo ciertas características de este.

El inconsciente debe situarse, como indica Lacan, “en la dimensión de una sincronía”, pues todo lo que allí acontece se organiza en un eterno presente, sin quedar sometido a la lógica lineal y cronológica de pasado, presente y futuro. Desde dicha perspectiva, no importa hace cuanto se inscribió una marca en la historia del sujeto; para el inconsciente, esa marca sigue actuando y teniendo efectos en el ahora.

Por ello, más que residir en el yo, el inconsciente se localiza en el sujeto de la enunciación, puesto que en la medida en que el sujeto logre implicarse en sus dichos, lleva a cabo encuentros y desencuentros con sus propias palabras, dejando entrever en los mismos su verdad. Aquello se puede observar cuando el sujeto vive momentos de desfallecimientos, interjecciones, imperativos o invocaciones; mismos en los que algo del sujeto se afirma como enigma, desplegándose “como el micelio, en torno a un punto central”, según la imagen que Lacan retoma de Freud.

Por tanto, al abordar al inconsciente como una verdad que habla se hace referencia a que es a través de la lectura del mismo que el sujeto podrá acceder a ese saber o verdad explicada previamente. De allí que, el psicólogo, al llevar a cabo su escucha no se enfoca en un sentido ya dado, sino que atiende a esa dinámica de encuentros y desencuentros del sujeto con su decir, donde se juega la pregunta por su deseo y su goce.

Además, los llamados hallazgos clínicos: lapsus, sueños, chistes, síntomas; constituyen instancias privilegiadas para captar la presencia del inconsciente. Tienen el carácter de sorpresa, al rebasar las expectativas del sujeto y del propio profesional, implicando tanto un “más” como un “menos” de lo esperado (Lacan, 1964; p.33). Y, de hecho, más que hallazgos serían reencuentros ya que se trata del retorno de lo reprimido, que, por su propia estructura, están siempre dispuestos a reaparecer si se

dan las condiciones adecuadas. De forma que, el trabajo del psicólogo clínico, en esta línea, no apunta a suprimirlos sino a ofrecer un espacio donde puedan desplegarse, reconociendo su valor como manifestaciones de una verdad que se dice a medias, porque siempre se está resignificando.

En este sentido, tomar al inconsciente como una verdad que habla permite situarlo no como un reservorio estático de recursos reprimidos, sino como un lugar que posee su propia estructura (de lenguaje) y su propia temporalidad (sincrónica) que queda al descubierto en sus tropiezos, y es a partir de la captura de aquello que el psicólogo clínico debe direccionar sus intervenciones.

Sin embargo, si bien esta dimensión sincrónica del inconsciente muestra su persistencia más allá del tiempo cronológico, no siempre se encuentra disponible de la misma manera en la experiencia clínica. El acceso a esa verdad no es constante, pues depende de ciertas condiciones que favorezcan la apertura de este, tales como la implicación subjetiva, siendo, la transferencia, uno de los pilares fundamentales para que esto ocurra, pues puede facilitar el franqueamiento de las resistencias puestas por la represión. Por lo cual, es necesario abordar cómo se produce la apertura de esta dimensión y, del mismo modo, cuáles son las condiciones que llevan a su cierre, aspecto que abordaremos a continuación.

### **El inconsciente: su apertura y cierre**

Considerar al inconsciente como portador de una verdad implica esclarecer la dinámica que se pone en juego alrededor de su apertura y su cierre, ya que existen condiciones determinantes para que el psicólogo logre intervenciones que realmente conduzcan al sujeto a encontrarse con eso que se revela en la lectura y escucha de sus dichos.

De forma que, siguiendo la noción lacaniana, el inconsciente no se trata de un “interior psíquico” que está siempre a disposición del psicólogo clínico, sino que sus manifestaciones se presentan de forma fugaz, guardan mayor relación con la lógica del mismo que con el espacio; se trata de producir efectos de un saber inédito más que de un saber colmado de sentidos, siendo el primero lo que se puede capturar en los tropiezos a nivel del lenguaje que puede vivir el sujeto en la locución de su discurso, y para la puntuación de aquello hace falta la figura del psicólogo quién deberá capturar aquello y devolvérselo al paciente para que este pueda escucharse en sus dichos:

El inconsciente freudiano es un saber que ya existe, es un automaton. El inconsciente lacaniano es un efecto que se produce y se manifiesta en el encuentro

casual, en lo imprevisto de un pequeño lapsus, de una palabra precisa; (...) Lo que aparece en la sesión lacaniana es el inconsciente-sujeto, el inconsciente-fenómeno y su forma es la discontinuidad; es lo que se manifiesta como lo que vacila en un corte del sujeto. (Hernández, 2025)

Esto permite constatar una vez más que la temporalidad del inconsciente se asemeja a la aparición y potencia de un rayo, en tanto aparece y desaparece casi enseguida.

Es así como, la apertura del inconsciente está estrechamente vinculada con la transferencia, entendida como el motor que habilita la aparición del deseo en el paciente. Clarisa Harari (2014) señala que, en los momentos tempranos del proceso psicológico, el vínculo paciente-psicólogo actúa como un eje epistémico en el cual el paciente, movido por lo inexplicable de su malestar le atribuye al psicólogo un saber sobre su padecer, surgiendo la noción explicada previamente: el Sujeto Supuesto a Saber (SSS). Este supuesto saber, no se trata de un conocimiento real, sino que el carácter ilusorio e imaginario de esa posición permite posicionarse como motor del despliegue asociativo. Es decir, en la medida que el profesional sostenga una posición ética, evitando responder desde un lugar de certeza o de saber absoluto, se habilita un espacio donde el paciente puede permitirse profundizar en su discurso, propiciando que las defensas y resistencias flaqueen y el inconsciente se cuele un momento.

Por lo tanto, la apertura del inconsciente no engloba el momento en donde se hace hablar en exceso al paciente, de hacer que se abarrote de argumentaciones del porqué de sus actos, recuerdos, sueños, del sentido que ellos ocultan, sino de que allí donde las explicaciones sobran, donde el repertorio parece impecable— aun cuando el individuo busca quejarse y a la vez justificarse—lograr ubicar ese desfase, eso que no cuadra y rompe con la imagen perfecta de su narración, estar presto a escuchar aquello que tropieza, falla o sorprende. La intervención que subraya un lapsus o que acoge un silencio no como vacío a llenar, sino como signo de algo que pugna por decirse, puede abrir nuevas vías de trabajo (Malischevski, 2020).

Incluso, en esos momentos que parece que el proceso terapéutico se ha estancado, lo que desde la visión psicoanalítica se nombraría como “impasses”, no representan necesariamente un retroceso; de hecho, pueden convertirse en oportunidades para relanzar el análisis si el profesional logra desplazar la atención del paciente desde la persona del terapeuta hacia aquello que, más allá de él, causa su deseo (Rosales, 2016).

Sin embargo, así como todo lo mencionado anteriormente favorece el acceso al inconsciente, existen contingencias de otro tipo que lo llevan a su cierre. Uno de esos

casos puede ocurrir cuando las pasiones que puede despertar la transferencia desde su vertiente erótica u hostil capturan todo el vínculo y fijan al psicólogo en el lugar de objeto que completaría al paciente. Aquello hace que la hiancia estructural que sostiene el trabajo bajo la ética de este discurso quede obturada y que toda la energía psíquica se concentre en mantener dicha imagen idealizada o rechazada del Otro (Harari, 2024). En otros casos, la resistencia también puede tomar fuerza ante la inminencia de un hallazgo que confronta al sujeto con lo reprimido, emergiendo mecanismos defensivos que detienen el curso asociativo (Freud, 2006).

En adición, a nivel de las intervenciones también existen aspectos que pueden contribuir al cierre, entre ellas se podrían nombrar respuestas del psicólogo que transmitan certeza absoluta, interpretaciones moralizantes que basadas en prejuicios podrían hacer sentir juzgados a los pacientes, o un exceso de explicación que satura y clausura la producción espontánea del paciente. De allí que, Rosales (2016) mencione que cuando el discurso del terapeuta se convierte en un marco rígido, deja de operar como dispositivo que posibilita y pasa a funcionar como barrera.

Finalmente, otro ejemplo es el fenómeno conocido como “la reacción terapéutica negativa”, que en su categoría paradójica propone el escenario en el cual el paciente muestra resistencia a seguir trabajando determinado síntoma, mostrando un agravamiento cada vez que se podría dar un avance, pues tomando como base la conceptualización de la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición, se estaría frente a un paciente para el cual el avance del proceso terapéutico se vive como amenaza a la conservación del síntoma, por lo cual responde frente a ello en forma de defensa cerrando el acceso al inconsciente para preservar esa zona de goce que el síntoma protege (Freud, 2006).

De manera que, bajo el marco de todo lo mencionado anteriormente, la ética de la intervención consiste en sostener las condiciones para que la apertura pueda producirse, pero sin pretender mantenerla de forma forzada ni indefinida. El inconsciente no dice todo de una vez, porque como ya se ha abordado en este trabajo, el mismo posee una temporalidad propia, en la que ciertos significantes sólo se enlazan o adquieren un nuevo sentido después de un tiempo de trabajo, lo que ya se mencionó como “efecto retroactivo”.

A veces es necesario interrumpir el sentido, aplicando la lógica de la “interpretación inversa” que se usa con los casos de psicosis, en donde más allá de seguir inflando el delirio se opta por realizar recortes de palabras que permitan hacer surgir un nuevo

significado que ponga un alto al circuito entre significantes posibilitando que el sujeto pueda separarse de su modo habitual de interpretar y de gozar (Miller, 2007). Así, el objetivo no es hacer hablar al inconsciente de manera incesante, sino de acompañar la aparición de su decir en el momento preciso, respetando su lógica y sin imponerle un cierre prematuro ni una apertura artificial.

De este modo, la tensión entre apertura y cierre no se resuelve suprimiendo una de ellas, puesto que funcionan de forma conjunta y simultánea, debe darse una estancia para que ocurra la otra. En este apartado vale adjuntar la representación gráfica que utilizó Lacan para hablar de la lógica del inconsciente: "La banda de Moebius":

La experiencia consiste en dar un medio giro a una cinta de papel y pegar ambos extremos, construyendo así un anillo. Si una hormiga comienza su recorrido partiendo desde un "punto de borde" de la cinta, al terminarlo, llegará a un "punto de borde" enfrentado al anterior, sin haber cruzado a través de la cinta. Esta experiencia pone en evidencia que el anillo "sólo tiene un borde, una única superficie" donde lo interno se transforma en externo, y luego nuevamente en interno, y así sucesivamente, en un interminable movimiento. (Goldstein, 1994)

Con ello Lacan buscaba representar como en el trabajo con un paciente, lo que se encuentra en la conciencia en un momento determinado, puede volverse inconsciente en otro y así sucesivamente de forma recíproca. Por tanto, no se puede separar la noción de lo consciente de la del inconsciente, ya que existen de forma contigua y coexisten en el juego de lo que se presta a ser develado y lo que prefiere quedarse oculto. Por tanto, el lugar del psicólogo clínico orientado por la ética del discurso psicoanalítico frente a dicha dinámica es saber esperar, intervenir con precisión y, sobre todo, no sustituir con su saber la verdad que, en esos instantes fugaces, el inconsciente se aventura a decir.

### **Capítulo 3: Fundamentos clínicos de la neurosis**

#### **El síntoma: como verdad inconsciente, malestar, su opacidad y funcionamiento singular**

Gran parte del recorrido teórico de corte psicoanalítico que trabajó Freud resultó del síntoma que en sus inicios se respaldaba en casos de histeria. A partir de este elemento, se expande múltiples de las consideraciones tanto clínicas como analíticas que elaboraron otros autores, como Lacan; “es un fenómeno insoslayable en la clínica, una vertiente neurálgica para abordar la pregunta por la verdad que atraviesa al sujeto en su padecimiento subjetivo...” (Dávila, 2015, p. 54). En el capítulo anterior, se reflexiona sobre el inconsciente y la verdad, Freud en relación con ese punto responde a través del síntoma, como un medio para descubrir de qué verdad se trata, en base a esto le atribuye un peso de cura en el tratamiento y captación de lo singular en cada sujeto.

Se pesquiza que el síntoma es fundamental para la comprensión de la neurosis, por lo que portan un sentido y de manera indecible exponen una fantasía. Al trabajar con el síntoma, Freud pensaba que se debían a experiencias sexuales de índole traumática en la infancia, pero toma un giro teórico al manifestar su origen a partir de una fantasía; cuando el neurótico debe renunciar a sus prácticas masturbatorias, se suelta una ficción con valor de verdad que tiene por fin la represión; “lo que reproduce el carácter patógeno no es la fantasía en sí misma, sino que esta devenga inconsciente” (Dávila, 2015, p. 55). Por tanto, el síntoma reproduce un modo de satisfacción de la infancia, pero que posterior a su encuentro con lo real, como la castración, se le sustrajo el carácter fantasioso y así mismo el placer, quedando como un resto extraño que produce malestar y sufrimiento, Freud lo define como un huésped mal recibido.

Entonces, si el síntoma al atravesar un encuentro con un conflicto psíquico particular queda desalojado del ser, ¿por qué deviene, de manera reiterada, en el Yo? Precisamente porque entre el Ello y el Yo se produce un conflicto de fuerzas a propósito de una satisfacción que solo es posible a partir del síntoma, en tanto displacentero presume ser satisfactorio. Por lo que el Yo, integra al síntoma a modo de equilibrio gracias a su efecto de ganancia parcial. Sin embargo, en el espacio psicoterapéutico este movimiento evita que el sujeto se cuestione por su malestar en base a su manera de hacer, debido a que el síntoma es el resultado de todo un recorrido en cuanto a la satisfacción y su encuentro. “El síntoma es efecto de una organización

psíquica particular (...) implica una manera de relacionarse, de establecer lazo con los otros, aunque sea de manera sufriente” (Dávila, 2015, p. 56).

Lacan afirma que el síntoma no se forma a partir de un sentido lógicamente comprensible, sino por la unión entre dos significantes, es decir elementos del lenguaje inconsciente. El inconsciente opera como un lenguaje por lo que existen palabras que se conectan entre sí, incluso si no develan un sentido claro o consciente para el sujeto. Por tanto, Dávila (2015) concluye que:

El síntoma se constituye bajo una de las leyes que conforman el funcionamiento inconsciente, es decir, de manera metafórica: un significante que sustituye a otro significante. Esto implica seguir concibiendo una dirección de la cura particular, donde un síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, por medio de la revelación de una verdad buscada y conquistada que apunta al todo de la cura. (p. 57)

Entonces, el síntoma es el significante de otro significante que está relacionado con una experiencia traumática de índole sexual que generó impacto en el sujeto. ¿Qué resulta ser traumático para el sujeto? El concepto de “trauma” forma parte de la construcción de la teoría psicoanalítica y en la delimitación de la práctica clínica; consiste en una impresión que queda alojada en el cuerpo debido a que el afecto fue de suma medida, inhabilitando la homeostasis del aparato psíquico. En consecuencia, sucumbe el olvido como defensa, que destina el afecto a una representación indiferente o sobre un recorte representacional del cuerpo (Ariel, 2014, p 35). No obstante, esta afirmación abre la siguiente pregunta: ¿Qué determina que un evento sea tramitado con normalidad, mientras que otros se abstienen de hacerlo? Freud (1986a) dirá que la “predisposición (...) indeterminada puede remplazarse enteramente o en parte por el efecto del trauma infantil sexual” (p. 167). En otras palabras, lo determinante de un trauma es cómo ese hecho vuelve aparecer en la vida psíquica del sujeto después, consiste en un recuerdo del inconsciente que se rescribe a partir de algo que ocurre en el presente.

En ocasiones, la vivencia infantil queda como un resto del que no se obtuvo mayor noción de lo que aconteció porque pudiesen ser un producto fantaseado o real, es a partir de una experiencia actual que ese recuerdo reprimido empieza a producir síntomas. Por todo ello, el síntoma se interpreta como una metáfora en tanto evoca una cosa bajo el nombre de otra. No se trata de un significado oculto, sino de un enjambre de significantes que enlazan entre sí y que a través del lenguaje conduzcan a una verdad

que transforme al sujeto. No obstante, el síntoma no es exclusivo del orden simbólico en tanto a los significantes ya que la verdad es un imposible que se localiza en lo real, por ende, también tiene tintes de goce.

Dávila (2015) explica que el síntoma se respalda en la relación bilateral entre el goce y la verdad. Se suele buscar la verdad del síntoma en el exterior, por fuera del sujeto, de donde no se puede recibir realmente saber alguno cayendo en un imposible, pues la verdad es inconsciente (p. 59). Lo real se encuentra cristalizado en el síntoma a través de una letra que no pertenece a la cadena de significantes, es decir, se trata de un sin sentido que no puede ser interpretado por las palabras; se trata de una huella que no está sujeta a una dimensión de significado porque se relaciona con el imposible de la relación sexual, a propósito de aquello que Lacan afirmaba: no existe relación sexual, hay algo que no encaja, algo que a nivel estructural falta, y que eso se manifiesta en el goce. A esto se debe la reincidencia del síntoma, incluso cuando cambia de envoltorio.

Tanto para el psicólogo como para el paciente lo real del síntoma es orientador, ahí se encuentra el sentido. Resulta ser una señal de hacia dónde dirigirse más no a saber por qué se apunta hacia ese lugar, es una escucha de lo que pone en juego en ese recorrido, no apoyarse en el sentido, sino en lo real. De este modo, Camaly (2009) dirá que el síntoma “no necesita del otro para gozar, más bien, el síntoma sostiene la invención de un Otro singular hecho a la medida del goce más íntimo del hablante, y esto vale para cualquiera de las estructuras clínicas” (p. 23).

De momento se contempla que el síntoma más allá de su connotación como malestar, es sin duda para el psicoanálisis como para la práctica un recurso singular, que acarrea cierta cuota de displacer que implica un goce, en ciertos casos, insoportable. Freud les retribuye el nombre de soluciones de compromiso en tanto le permiten al Ello obtener una satisfacción de carácter pulsional a expensas de la rigurosidad del Super Yo y la represión del Yo. Por esto, el síntoma, en palabras de Camaly (2009), “implica un modo singular de funcionamiento como defensa ante lo real del goce disruptivo (...) permite que el sujeto se sostenga en el mundo” (p. 23), la ética del psicoanálisis propone alojar la singularidad del síntoma en lugar de forzar al sujeto a comprometerse con el discurso amo, es decir, elaborar una propia forma de hacer y acoger el modo en que existe para el Otro por medio del funcionamiento opaco del síntoma.

¿Qué implica que el síntoma sea opaco? No necesariamente pasa por el sentido, por lo que pretender descifrar su sentido o facilitar su desaparición es poco ético dado que el sujeto queda desprovisto de un velo que impida el acceso crudo a lo real, es decir, un modo de tratar con el goce desde lo singular. Por ejemplo, Camaly (2009) expone el caso de un niño que se negaba a comer basándose en la idea de que, si crecía, moriría. Precisamente, rechazar comer es su modo singular de mantener distancia del Otro, que en este caso era la madre. Si bien al no comer pone en riesgo su vida, es la única vía en que puede sostenerse frente a su mamá. En tanto es opaco se logra precisar la manera en que funciona como respuesta a lo real.

En conclusión, el síntoma por fuera de su efecto displacentero es a su vez un recurso esencial en el equilibrio psíquico del sujeto en tanto le permite regular su goce. Así mismo, no se trata de un mensaje a descifrar, más bien un modo de hacer con la relación no sexual en donde se anuda el goce y la verdad. Entre otras de sus características, su opacidad indica que hay un saber hacer que el sujeto ha inventado para sostenerse frente aquello que no encaja. Es un modo de existencia ante la falta de garantías por parte del Otro.

### **Formaciones del inconsciente y sus cualidades**

Con respecto a lo señalado previamente, se evidencian mociones pulsiones que se organizan entre sí a fin de preservar la homeostasis del aparato psíquico; el síntoma resulta de un proceso paradójico en tanto produce malestar, pero sostiene al sujeto. Entonces, ¿qué ocurre con aquellas mociones de carácter mortífero que persisten frustradas? O ¿Cómo el Yo intermedia las fuerzas entre el Ello y el Superyó? El núcleo del inconsciente opera como un sistema que concilia una oportunidad de compromiso a propósito de estos aspectos que se anteponen entre sí. Cabe destacar que su funcionamiento se rige por cuatro cualidades: falta de contradicción, atemporalidad, realidad subjetiva y proceso primario.

El contenido detrás de estas manifestaciones se encuentra reprimido, entonces bajo las cualidades del núcleo inconsciente toman partida en la vida anímica del sujeto. Es así como, la falta de contradicción precisa que, aun habiendo impulsos inconcebibles para el sujeto, estos coexisten entre sí. “Por el proceso de desplazamiento, una representación puede entregar a otra todo el monto de su investidura; y por el de la condensación, puede tomar sobre sí la investidura íntegra de muchas otras” (Freud, 1984, p. 183) Se sintetizan en representaciones admisibles en la conciencia.

Luego, tenemos que la operatividad del inconsciente es atemporal: el transcurso del tiempo no condiciona o intercede sobre los afectos y representaciones reprimidas. Por tanto, la impresión que generó un evento en particular puede aflorar bajo la misma carga pulsional incluso después de un considerable tiempo concurrido. Como se expresó previamente, lo traumático sucumbe al olvido, pero el afecto queda alojado en otras partes del inconsciente y, al retornar bajo otra representación o por medio del cuerpo, se perciben de igual manera que a cuando dejaron su huella. De ahí que, en ocasiones, la propia repetición del sujeto no se vea afectada por la transformación del tiempo, más bien se trata de un tiempo lógico que suscita bajo otras coordenadas.

De igual manera, el sistema inconsciente no se organiza bajo la lógica de la realidad externa, por tanto, no califica si algo es posible, lógico o apropiado en el mundo real dado que su intención no es otra más buscar satisfacer los impulsos y deseos que se encuentran reprimidos por el Yo. Al carecer de relación con la realidad, propicia el principio del placer: aminorar el displacer y obtención de placer de manera inmediata a expensas de las consecuencias. Así mismo, no todos los impulsos alcanzan un punto de realización o permanecen en el inconsciente, dependerá de cuanta carga afectiva tiene y cuan proporcional es la respuesta de satisfacción, es decir, los que posean más carga afectiva y prometan más placer serán los que logren manifestarse a través de vías “más sutiles”.

Como cuarto punto, el proceso primario condensa cada una de las características que se mencionaron para, en conjunto, sostener el funcionamiento de este sistema. Freud halla este proceso a través de la interpretación de los sueños, que se conciben como una forma de hacer cumplir un deseo. El deseo no es más que la falta de aquello que se le revela al sujeto y ordena la realidad psíquica. (Galeano, 2010, p. 4). Cabe mencionar que el inconsciente no se expresa a través de pasos, no obstante, es posible aproximarse a cómo trabaja: primero, un deseo inconsciente aparece en tanto es negada su entrada a la conciencia, pero existe gracias a su naturaleza atemporal, falta de contradicción y bajo una realidad subjetiva. Luego, debido a su carga afectiva logra engañar la censura del aparato psíquico a través de formaciones que reemplazan su contenido original por uno más sutil, como un sueño, lapsus, chiste o acto fallido.

Galeano (2010) concluirá que se tratan de “representaciones veladas a la conciencia en donde no-todo pasa por un saber consciente” (p. 5), consiste en una verdad singular que está ligada a “la manera en que se goza (...) en la que cada persona hace vínculo al lenguaje y se hace un síntoma” (p. 2). En definitiva, el núcleo del inconsciente no

es un embalse de contenidos reprimidos, al contrario, se trata de una estructura activa que, encausada por la falta de contradicción, su atemporalidad, desajuste con la realidad externa y el proceso primario. Por esto, las mociones pulsionales, incluso las menos tolerables, persisten y encuentran caminos para satisfacerse a través de formaciones que ocultan y, al mismo tiempo, revelan su núcleo. Es allí donde toca una verdad irreductible: la verdad del deseo. Conocer este modo de funcionamiento no solo es esencial para comprender la realidad psíquica del paciente, también es útil para orientar la intervención del psicólogo hacia aquello que, sin decirse del todo, insiste y retorna.

### **El deseo: la pregunta neurótica y el Otro**

En la vida de todo ser humano existen significantes enigmáticos, es decir, no poseen una explicación remota de lo que es o se espera que sea. No obstante, hay maneras de lidiar con ellos a excepción de la sexualidad y la muerte; son dimensiones insondables para el ser que incluso la ciencia no ha conseguido concretar. Mazzuca (2022) sostendrá que:

Es la ciencia misma la que hace surgir esta pregunta o, en todo caso, la reactualiza y la agudiza, le da un renovado perfil, le imprime una nitidez de otro orden, y al mismo tiempo la vuelve mucha más acuciante. Pero, por otra parte, la ciencia se posiciona como absolutamente incapaz de responderla, porque delimita de tal modo la estructura de su campo de incumbencia que esa pregunta queda exactamente en su frontera, y de esta manera la deja en la sombra. (p. 360)

Si bien estas preguntas requieren de una edad y maduración cognitiva, para Freud era posible trazar el punto de origen de esta pregunta a partir de la sexualidad infantil. El punto clave de su investigación fue el sepultamiento de este estadio a causa de la castración; desde una perspectiva epistémica, el infante en cuanto se pregunta de dónde vienen los niños y los padres, en muchas ocasiones, torpemente concilian una respuesta que pone en juego su lugar como fuente de saber para el niño. Freud (1986b) dirá que en ese momento se producirá el primer encuentro con un conflicto psíquico. (p. 190-1)

Entonces, el niño que busca saber se encuentra no solo con la falta de respuestas, sino con la existencia de un límite. En palabras de Mazzuca (2022), “Se trata propiamente de una escisión psíquica, una represión, en virtud de la cual, las preguntas sexuales se proseguirán (...) pero de manera autónoma, solas, por su propia cuenta, en

lo inconsciente” (p. 361) En todo caso, existe una pregunta sexual inconsciente sin respuesta que se renueva y persiste.

Lacan, a partir de los hallazgos de Freud, ubica esta pregunta como soporte de las neurosis e incluso, de esta logra desprender lo que con anterioridad presentamos: el grafo del deseo. “La estructura de la neurosis es esencialmente una pregunta, y por eso mismo fue para nosotros durante largo tiempo una pura y simple pregunta” (Lacan, 1984, p. 249). Se trata de una pregunta por el valor existencial que se adhiere a estos significantes enigmáticos que mencionamos. Así mismo, esta pregunta cuenta con tres ejes: significantes no articulables, lo opuesto del significante que nos aproxima a este y, por último, la decisión insondable del ser frente a ella, de ahí yace la estructura de la histeria y la obsesión.

Continuando con Lacan, suma otro pilar: el deseo. Dado que ambas, la pregunta y el deseo portan una falta estructural; el deseo implica la ausencia de algo que se quiere que a su vez se retroalimenta de imaginarios para alcanzarlo o conseguirlo, mientras que la pregunta neurótica no concilia una sola respuesta porque el deseo siempre es parcial, que en cuanto se atrapa lo buscado, este vuelve a escurrirse. De ahí que la vida y la muerte o el hombre y la mujer estén íntimamente atravesados por el deseo y la pregunta. No obstante, Álvarez (2017) dirá que “tanto el deseo como la pregunta neurótica poseen un valor adicional puesto que en la perspectiva psicoanalítica se acentúa la constitución del sujeto a partir del Otro, de ese Otro del que proviene el lenguaje” (p. 31).

En este sentido, como seres hablantes en tanto somos víctima del lenguaje del Otro, pero a su vez sostenemos una vertiente de goce alrededor de este. Sobre esto, la creación del sujeto a partir del Otro se rige en torno a una falta originaria. Freud (1909) ubica esa falta en la infancia en cuanto él niño desea ser un adulto, pero todavía no lo es; la neurosis yace de un deseo (p. 217 – 220). Al proponer la neurosis como pregunta se produce un enlace con el síntoma en tanto representa el contenido de la pregunta de manera discreta, a esto Álvarez (2017) rescata que “la pregunta está viva y el sujeto no sabe que él está en esa pregunta” (p. 33).

Por concluir, la pregunta neurótica se encuentra sostenida por el deseo y dirigida al Otro, la cual instauro la estructura neurótica y, por ende, un punto neurálgico para la praxis. Esta interrogante se desliza a través de cada uno de los estadios del sujeto, preservando el deseo y moldeando el lazo con el Otro. Es así como, el quehacer del

psicólogo clínico orientado por el discurso analítico tiene consigo la tarea de reconocer la forma en que persiste la falta, es decir, bajo que pregunta se presenta.

Desde la ética del discurso analítico no se apunta a colmar ese vacío, sino a sostenerlo y a leer sus manifestaciones en la transferencia para evitar que el deseo quede atenuado a una demanda de satisfacción inmediata. Por tanto, esto implica alojar el enigma que sostiene la neurosis del paciente y posibilitar que pueda elaborar nuevas coordenadas para su pregunta, sin asfixiar la dimensión significativa que la mantiene viva.

## **Histeria y obsesión como respuestas neuróticas al deseo, al saber y al goce**

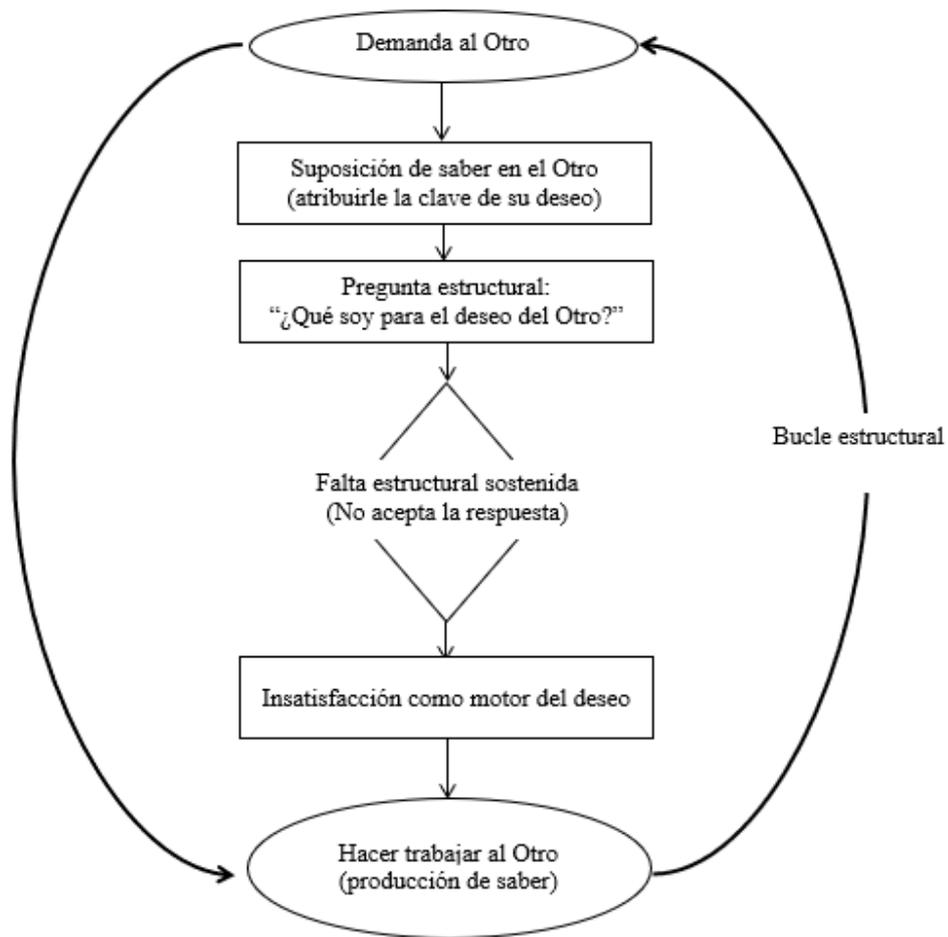
### ***Modalidades clínicas del deseo***

En el contexto del abordaje clínico bajo la orientación psicoanalítica, el deseo no se muestra como un todo unificado, sino que va adoptando modalidades singulares según la estructura neurótica del sujeto. Es por esa razón, que si bien la histeria y la obsesión se desglosan de una misma falta estructural -propia de la neurosis- en el campo del deseo se juegan lógicas distintas. De forma que, siguiendo lo dicho por Lacan (2014), el deseo en la histeria se reconoce por su carácter de insatisfecho, mientras que en el obsesivo guarda relación con un aspecto de imposibilidad.

De allí que, en la histeria, el deseo está sostenido sobre una falta estructural que puede vivirse como un “demasiado pronto” o “no del todo alcanzado”, como si algo del encuentro con el objeto estuviera irremediablemente incompleto. Lacan describe que la histérica repite lo que en su trauma fue prematuro, una falta de maduración fundamental, y en su objeto busca “leer su hora” (Lacan, 2014, p. 349). Su deseo al estar bajo la condición de que nunca se satisfaga del todo se convierte en el motor mismo de la demanda, en tanto el Otro es interrogado sin cesar, llamado a responder, pero toda respuesta será siempre insuficiente, garantizando el bucle que propicia la continuidad del deseo histérico. Para fines más ilustrativos esto será plasmado en un flujograma a continuación.

**Figura 5**

*El deseo en la neurosis histérica.*

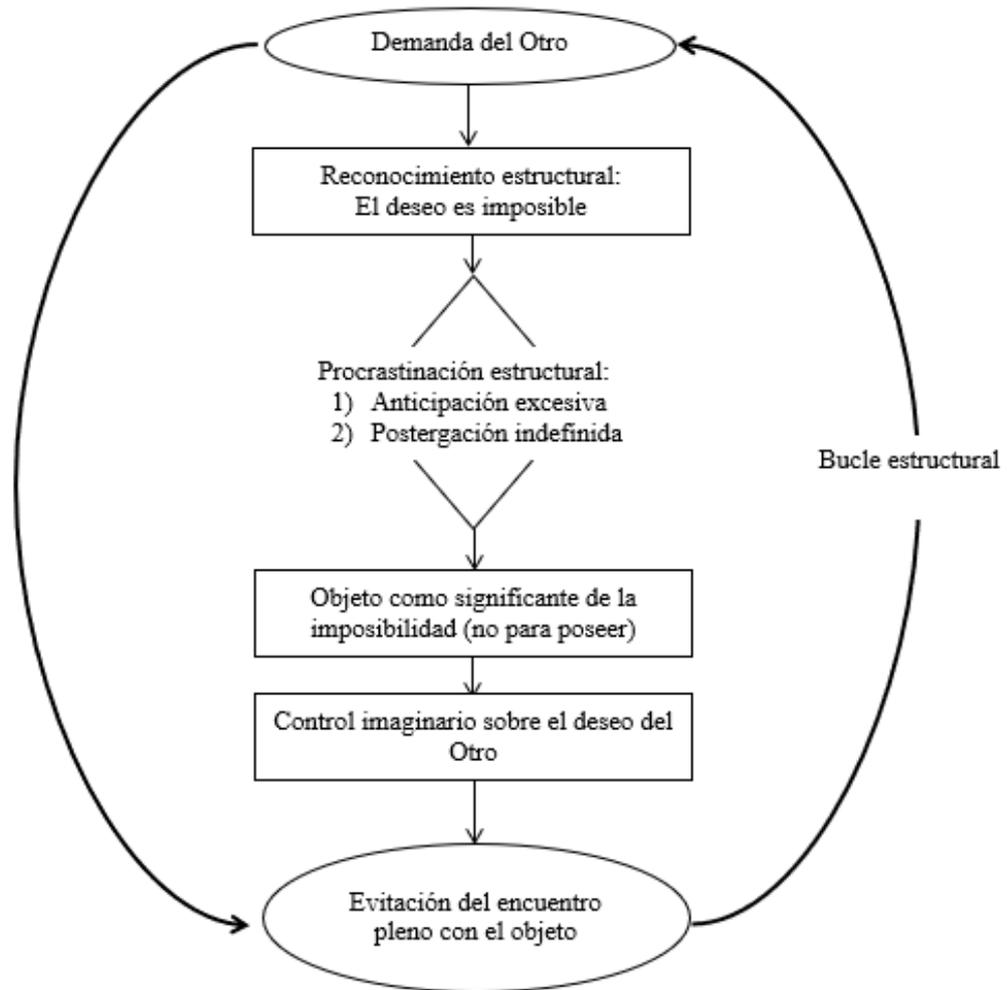


*Nota.* Flujograma que explica la lógica del deseo en la histeria. Elaboración propia.

Por otro lado, en la neurosis obsesiva la organización del deseo se fija como un imposible. Pero no reducido únicamente a lo literal del significado de ese adjetivo, es decir, no se trata solamente de que su deseo no pueda obtenerse, sino de que él mismo erige la imposibilidad como núcleo estructurante. Lacan (2014) subraya que el obsesivo pone el acento en el encuentro con esa imposibilidad, haciendo que el objeto adquiera el valor esencial de un significante (p. 370). En la práctica esta lógica se traduce en una postergación constante, pues el obsesivo “anticipa demasiado tarde” (p. 349), lo que le permite sostener la ilusión de que ha llegado el momento, la satisfacción podría consolidarse, aunque ese momento nunca llegue. Así, la imposibilidad protege al sujeto tanto de la pérdida real como del riesgo de alcanzar la satisfacción de su deseo. Nuevamente exponemos aquí una representación gráfica de los movimientos dentro de esta dimensión del deseo en el obsesivo.

**Figura 6**

*El deseo en la neurosis obsesiva.*



*Nota.* Flujograma que explica la lógica del deseo en la obsesión. Elaboración propia.

Por lo tanto, ambas modalidades de insatisfacción e imposibilidad constituyen respuestas neuróticas al deseo, pero también al saber y al goce. La histérica objeta al Otro, desafiando sus respuestas, identificándose con el semejante y confrontando la falta que percibe en él. Mientras que, el obsesivo, hace del Otro el sostén de su relación con el deseo, situándose en una posición de dependencia imaginaria que, paradójicamente, lo mantiene alejado de la implicación directa con su propio deseo (Lutereau, 2016). En este sentido, el trabajo clínico consiste en operar sobre las condiciones que mantiene el deseo según la modalidad estructural dentro de la neurosis, permitiendo que el paciente se confronte con aquello que su posición intenta

evitar; en el caso de la histeria, la posible localización de la falta y en la obsesión, el enfrentamiento con la pérdida y la contingencia.

Por ello, desde la perspectiva de la intervención, reconocer como se juega el deseo en ambas modalidades es vital para que el psicólogo clínico pueda orientar su escucha sin caer en la trampa de responder desde el lugar que cada estructura le tiende. En el caso de la histérica, la tentación es ofrecer respuestas completas, lo que clausuraría el motor de la pregunta; mientras que, con el obsesivo, se podría quedar atrapado en el circuito interminable de sus aplazamientos. Es así como, la ética de la práctica, en este punto, exige sostener la tensión que cada modalidad plantea, no para perpetuar el sufrimiento, sino para abrir la posibilidad de que el sujeto se interroge sobre su propio modo de desear.

### ***El Otro y el otro***

Partiendo del campo de la neurosis, el lugar del Otro, tomado como el tesoro de los significantes y garante simbólico, posee un carácter determinante a nivel de la estructura en la dinámica del deseo y en la relación del sujeto con el saber. Sin embargo, la manera en que dicho lugar es habitado y evocado discrepa cuando se trata de un sujeto histérico en contraposición con uno obsesivo, surgiendo así modalidades distintas de transferencia, interrogación y resistencia. Siendo así, la diferencia clave es que en la histeria al Otro se le adjudica un saber sobre el deseo propio, mientras que en la obsesión este es tomado como el poseedor de un saber absoluto, pero paradójicamente inaccesible o estéril.

Es decir, en la histeria el sujeto se dirige al Otro como aquel que podría decirle la verdad sobre su deseo, como quedó ejemplificado en el grafo del apartado anterior; instaurándose así la pregunta: ¿Qué soy para el deseo del Otro?, a través de la cual el paciente con estructura histérica va a orientar su búsqueda y organizar su demanda, propiciando la creación de un vínculo transferencial que estará sostenido en la suposición de que el Otro sabe algo que el sujeto desconoce (Lacan, 2010). De forma que, el saber bajo esta instancia no es maniobrado bajo la misma noción que el conocimiento objetivo, sino que se trata de un lugar simbólico que habilite la palabra y la asociación, favoreciendo la apertura del inconsciente.

Es por ello por lo que, el sujeto histérico interroga, provoca y pone a prueba a su interlocutor, buscando la ansiada revelación de ese saber que le otorgará consistencia a su ser. Y, sin embargo, al mismo tiempo mantiene una distancia que le permite

sostener el deseo en estado insatisfecho. Pues, la histeria hace todo ese embrollo buscando un lugar en el Otro, un asentimiento de su parte, completarlo. De hecho, respecto a esto Jacques-Alain Miller (2009), dirá: “Cuando un sujeto histérico viene a vernos, viene a buscar un lugar en el Otro, y es así como debemos recibirlo: como a un sujeto que viene a buscar un lugar en el Otro y que puede encontrarlo” (p. 97). Lo que implica que la investidura del Otro como portador de saber siempre se acompaña de un movimiento de cuestionamiento y desplazamiento.

Siguiendo el hilo de la posición histérica para con el Otro, la histérica se muestra en falta en tanto ve al Otro como completo, como el que posee LA respuesta. Por lo que, se adjudica a sí misma esa falta que no consiente en el Otro, ocurriendo un evento paradójico, en tanto cuando el sujeto histérico se muestra en falta termina por tachar y remarcar la falta en ese Otro. De allí que, Andrade (2020) mencione que los sujetos histéricos se envistan de un sinnúmero de semblantes para cargar con la falta y exhibirla (p. 3). Para ellos es imprescindible hacer evidente su falta, pues necesitan que a ese Otro en algún momento también le falte algo, haya un espacio que puedan llenar, en donde los puedan alojar:

No es que el sujeto histérico nos quiera engañar. Es que tiene un deseo, el deseo de un deseo, el deseo de que el Otro tenga un deseo, el deseo de que al Otro algo le falte, y así lo aloje. (Andrade, 2020; p. 3)

Continuando con la obsesión, el lugar del Otro se encuentra atravesado por la exigencia de certeza, en tanto el obsesivo no solo supone que el Otro sabe, sino que tiende a absolutizar ese saber, colocándolo en una posición incuestionable, como si contuviera la clave última para resolver la imposibilidad de su deseo. Sin embargo, esa suposición deriva en un vínculo de parálisis, ya que el saber absoluto se transforma en un punto inalcanzable que inmoviliza la acción. Al respecto, Lacan (2014) advertirá que en dicha posición el obsesivo “hace del Otro el sostén de su relación con el deseo y padece el infierno de la relación imaginaria” (Lutereau, 2016, p.72), quedando así atrapado entre la idealización del saber del Otro y la imposibilidad de encarnarlo plenamente.

En adición, frente a la demanda del Otro, el obsesivo lleva a cabo hazañas riesgosas, que en primeras instancias y de forma superficial proyectan la imagen de querer cumplir con aquello que el Otro ha pedido, sin embargo, más allá de la demanda se esconde una satisfacción narcisista de reconocerse completo, el “héroe” que es capaz de todo por aquel que admira o ama:

Cuando el sujeto intenta ser amable para el Otro, o realiza su hazaña, responde a su demanda. Pero en la medida en que desea satisfacer a su Ideal del yo, responde a su propia satisfacción narcisista. (...) donde el Otro solo le sirve para reconocer su imagen de sí, como espectador asombrado por sus hazañas. (Álvarez; p. 45)

Aquel escenario ya permite esbozar lo que se constituye como el goce escópico en la obsesión, el de ser visto: “verse-verse, o verse-viendo” (Álvarez; p. 44). De forma que el sujeto obsesivo busca mostrarse completo para su *partenaire*, como defensa para no dar cuenta de la falta propia, de allí que postergue el encuentro con su deseo y lo obture con el cumplimiento de demandas que priman a nivel imaginario, pues el sentirse convocado por la mirada del Otro lo lleva a ver pedidos donde no los hay, perpetuando la imposibilidad de su deseo.

Parece pertinente introducir un párrafo del texto *Vigencias de las neurosis* de Oscar Zack en el cual condensa muy bien la postura de estas modalidades para con el Otro:

Recordemos que la histeria busca a un amo sobre el cual ella pueda reinar a condición de que él no gobierne; el obsesivo aspira a que el amo asuma la función de ser agente de prohibición de su deseo. (2016, p. 101)

Por lo tanto, en el caso de la histeria, la posición que debe orientar la labor del psicólogo clínico es aquella que evita ofrecer soluciones como si se encarnara al amo del saber, sino que debe permitir tacharse para evidenciar que no es como los demás Otros, abriendo paso a que la pregunta por el deseo del Otro retorne al paciente propiciando la interrogación por el deseo propio. Es decir, que el sujeto reconozca que ese saber supuesto al Otro se produce en el propio decir, y que no es un contenido oculto que el psicólogo deba revelar, sino un efecto de la transferencia y de la articulación significante. Y por el lado de la obsesión, las intervenciones deben operar sobre la fijación al saber absoluto, introduciendo la falta en el Otro para que el sujeto pueda articular su deseo más allá de la demanda de certeza.

En ambos casos, el psicólogo debe evitar ocupar el lugar del saber total; en la histeria, para no reforzar la dependencia de la demanda; y en la obsesión, para no consolidar la parálisis que produce la certeza imposible. Es decir, se trata de intervenir sin clausurar la pregunta del sujeto, sosteniendo la función del Otro como lugar de la falta y no como fuente plena de verdad.

### ***Modo de gozar en la histeria y obsesión***

El goce guarda relación con la dimensión de lo real, es aquello que excede el principio del placer y se articula con la pulsión. Y al igual en los elementos de los apartados anteriores, el goce es distinto en la histeria y en la obsesión, porque más allá de configurar la economía libidinal del sujeto, determina su posición frente al deseo y su forma de sostener el síntoma.

En la histeria, el goce se sostiene en no tener, en ser privada. No se trata de una falta empírica sino de una posición subjetiva que hace del ser privada por el Otro una fuente de satisfacción. El deseo histérico se mantiene vivo en la medida en que nada lo colma; y cuando algo parece acercarse a colmarlo, se vuelve insatisfactorio por estructura, para preservar el movimiento del deseo. Lacan reubica esta lógica al mostrar que la temporalidad del trauma histérico introduce un demasiado pronto, una falta de maduración fundamental que la histérica repite al colocar la hora del objeto siempre antes o después, nunca a tiempo para la satisfacción (Lacan, 1959; p. 349).

De allí la función clínica de la queja no es solo un contenido, es un modo de gozar que exige del Otro una respuesta que, si llega, será rápidamente invalidada para sostener la privación. La lógica mencionada anteriormente es visible en los casos de Dora y de la Bella Carnicera, en los cuales queda plasmada esta economía de goce. Pues, en Dora, la indignación y el retiro del lazo con el Sr. K. operan como defensas ante una satisfacción que se perfila como excesiva, en donde el goce se ubica en mantener el deseo no realizado, incluso a costa del síntoma de la tos y la afonía, que funciona como escritura del cuerpo donde la falta se goza (Freud, 1992a). Y en la Bella Carnicera, el motivo consciente, la economía frente al lujo, encubre una renuncia gozosa que vuelve valioso aquello a lo que se renuncia: se goza en el precio como significante de la privación, en la contabilidad que conserva intacta la falta y, con ella, el deseo (Freud, 2003). Estas viñetas muestran que la histérica causa el deseo del Otro y lo hace desear a condición de no quedar tomada en la satisfacción: se sitúa como causa, pero se sustrae del goce que su causa convoca. Además, que siempre parece necesitar de otra que prive su deseo, en Dora sería la Sra.K y en la Bella Carnicera el personaje de la amiga que aparece en el sueño.

Por otro lado, en la obsesión, la economía libidinal se estructura en torno a un deseo imposible y a la postergación. Lacan subraya que lo propio del obsesivo no es que el objeto del deseo sea inalcanzable rasgo que compete al deseo humano en general, sino

que el sujeto acentúa la imposibilidad y convierte el objeto en significante de esa imposibilidad (Lacan, 1959). De ahí la fórmula de la procrastinación obsesiva: anticipa demasiado tarde, una manera de ganar tiempo y eludir la cita con la satisfacción (Lacan, 1959). En esta lógica, el goce obsesivo asume la forma de la oblatividad, que hace referencia a un dar excesivo al Otro, un sacrificio que preserva el control a costa de la propia implicación. El sujeto lo da todo para no dar lo que falta el consentimiento a su deseo y encuentra en ese donar un circuito de satisfacción silenciosa que lo liga a su deuda y a su culpa.

Para ejemplificar dicha dinámica, se podría tomar el caso *El Hombre de las Ratas* condensa esta estructura, en tanto posee una deuda que lo rige a nivel fantasmático, el imperativo de reparación y los rituales preventivos se conjugan para sostener un goce sacrificial que aplaza la decisión y protege al sujeto del encuentro con la contingencia del deseo (Freud, 1992b).

De forma que, la oblatividad opera como tapón de la hiancia, haciendo de la satisfacción un deber infinito y, a la vez, imposible de saldar. En adición a ella, en la obsesión también se presenta un goce escópico, a partir del cual el sujeto se ubica en el lugar de quien mira y supervisa, no actúa, observa. Tal como propone la enseñanza de Lacan sobre la pulsión escópica, el objeto mirada (a) no coincide con lo que se ve, sino con aquello que captura al sujeto en el campo del Otro; el obsesivo se sostiene ahí para no exponerse al riesgo de la satisfacción (Lacan, 2010). El caso clínico presente en el texto de Patricio Álvarez (2018), "*El ojo blindado*", muestra una configuración en la que la vigilancia minuciosa y la hiperobservación garantizan la distancia segura respecto del objeto: una coraza escópica que evita la intrusión de lo real del deseo, al precio de fijar el goce en la escena de la mirada.

Estas dos modalidades de goce repercuten directamente en la dirección de la cura. En la histeria, la tarea no consiste en dar el objeto ni en completar la falta responder como Amo, sino en hacer visible la participación del sujeto en su privación, interpretando la función gozosa de la queja, puntuar la repetición del demasiado pronto/demasiado tarde y operar con cortes que desalojen la demanda de una respuesta total.

En la obsesión, por su parte, la orientación clínica apunta a desmontar la oblatividad y a interrumpir la coartada escópica, introduciendo la falta en el Otro, cortar el circuito de la postergación con intervenciones temporales que propicien decisiones mínimas, y producir disyunciones entre el saber y el goce esa interpretación al revés que separa

S1 y S2 para aflojar la captura del sujeto por el sentido y por su modo habitual de gozar (Miller, 2007). En términos de posición, se trata de no encarnar el lugar del saber total que inmoviliza y, a la vez, no aceptar el don sacrificial como moneda de la transferencia. La ética del dispositivo exige no alimentar el goce característico de cada estructura: ni la privación histérica ni la oblatividad obsesiva.

**Lo real como eje de la intervención clínica: intervenir no para comprenderlo todo, sino para localizar lo que no cierra**

Situar lo real como eje de intervención es clave para la clínica de corte analítico ya que se opone a comprenderlo todo en relación con aquello que no resulta sencillo de captar. Se trata de una ética que reconoce el trabajo del psicólogo clínico en tanto acoge lo que persiste como resto irreductible. A este respecto, el síntoma, el deseo y el goce se presentan como coordenadas fundamentales para pensar el tratamiento de la cura.

Para empezar, si retomamos la ética desde el discurso analítico, el síntoma se presenta como aquello que no solo produce malestar o padecimiento, también que corresponde a una singularidad del sujeto. No todo síntoma es objeto de análisis, como advierte Miller (2023), hay que asegurarse que no sean síntomas médicos, es decir, que se trate de un aspecto que sea pertinente abordar desde la lectura del inconsciente. El síntoma del psicoanálisis es aquel que enmascara un enunciado reprimido, impreso en el sujeto, que no consigue ser hablado por él mismo y que, por tanto, persiste como un significante indescifrable. (pp. 3-4)

En este aspecto, la intervención del psicólogo clínico no apunta a eliminar el síntoma, por el contrario, se trata de que a través de este orientarlo hacia un estatuto menos caótico con la intención de preservar su función de compromiso. Por tanto, la tarea ética con el síntoma es facilitar al sujeto a formular una pregunta, permitiendo que este adquiriera un valor singular en la transferencia; se deje de ser puro sufrimiento y devenga como un territorio de lectura, un vestigio de lo que habla en nosotros sin que lo sepamos.

A esto se puede articular la noción de los tiempos lógicos propuesta por Lacan (1945) que menciona ciertas precisiones de cómo alojar esa palabra. Por ejemplo, el instante de ver se relaciona con esos pequeños “tropiezos” que presenta el paciente al manifestar su malestar sin aún comprenderlo del todo, que pudiese aparecer como un recuerdo insistente. Luego, el tiempo para comprender se ajusta a ese despliegue reflexivo donde el sujeto, a propósito de la transferencia, elabora, duda o repite lo dicho, hallando un sentido que pueda sostener. Y, por último, el momento de concluir

que establece un tiempo de urgencia, la aparición de un acto o palabra que contiene una certeza inédita y que, pese estar sujeta a la duda, marca un punto de viraje en la dirección de la cura.

De ahí que, la labor del psicólogo requiere de minuciosidad ética cuando el instante de ver se asoma y se desliza hacia la espera de comprender, y en el camino se apresura a concluir. En todo caso, como explica Lacan, que el síntoma no solo reside en la palabra, está en algo más crudo y difícil de atrapar como un enigma latente que vive de la certeza de que dice algo, aunque eso no logré a ser claro. La labor del psicólogo es aproximarse a ese núcleo que permanece franco, que se resiste a desvanecerse, y que, justamente por eso, impulsa el avance del tratamiento. En otras palabras, la interpretación del síntoma permite apertura al deseo.

Seguidamente, el deseo se entiende como algo que se teje en el lenguaje, pero que se mueve y, por tanto, evita convertirse en una demanda directa. Por esa razón, la transferencia no se debe apoyar en afectos tiernos ni en la sólida repetición, Miller (2023) expone que debe propiciar el establecimiento de un significante que haga manifestar en el sujeto la pregunta: ¿qué quiere decir eso? (p. 8). Esa interrogante lo incita a buscar, en el psicólogo, esa pieza que hace falta para que el enigma cobre sentido para él.

No se trata de un objeto a satisfacer, sino producir una hiancia que se mantiene abierta en el decir. Como mencionó anteriormente, es evitar caer en la tentación de responder con un sentido o saber definitivo. En otras palabras, intervenir desde el deseo requiere abstenerse de responder como el Otro que sabe, para que el sujeto se confronte con la pregunta que lo habita. Abstenerse de la demanda es habilitar un vacío que despliegue el deseo del sujeto para llegar a preguntarse por este, sin apresurarse por calmar la angustia.

En este sentido, cuando se observa el recorrido de los tiempos lógicos dentro del análisis, el goce no queda al margen de dicha secuencia, sino que se ve afectado por ella. Es así que, lo que en un inicio aparece como un exceso incomprensible, un resto que irrumpe sin sentido claro se transforma en la brújula del trabajo clínico que buscará la elaboración de algo que el sujeto pueda reconocer como propio. Tal como señala Lacan (1987), cada tiempo lógico implica una posición subjetiva distinta, y es en ese pasaje donde se pone en juego la posibilidad de modificar la relación con el goce.

De hecho, es el momento de concluir, el que abre la posibilidad de un corte en la repetición del goce, allí donde el sujeto tropieza con la misma escena o con el mismo

modo de satisfacción, la intervención analítica posibilita que algo se interrumpa y que surja una nueva posición frente a ese goce. En esta línea, Miller (2010) subraya que el trabajo clínico no consiste en erradicar el goce, sino en producir un límite a su insistencia, acotando su exceso para que el sujeto pueda habitarlo de un modo menos mortificante.

Por eso, se reafirma nuevamente que la práctica orientada por la ética del discurso psicoanalítico no busca comprenderlo todo, sino permitir que el sujeto se confronte con lo que no cierra, con ese núcleo de goce irreductible. Es decir, que se pueda orientar al paciente hacia lograr un arreglo singular de su goce, allí donde antes solo había repetición y sufrimiento. Este arreglo se hace posible porque los tiempos lógicos no son meras etapas, sino momentos que implican al sujeto en su relación con el goce, marcando los cortes necesarios para transformar su modo de estar en el mundo

## **CAPÍTULO 4:**

### **Metodología**

#### **Enfoque**

La presente investigación se caracterizó por ser de enfoque cualitativo, por ser el más adecuado para abordar la práctica clínica desde una perspectiva ética. Por ende, se valora la experiencia singular y del caso por caso, tal como lo plantea Sampieri (2016):

Existen varias realidades subjetivas construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y culturas. Por ello, el investigador cualitativo parte de la premisa de que el mundo social es “relativo” y sólo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados. Dicho de otra forma, el mundo es construido por el investigado (p.11).

Este criterio de estudio es crucial para los objetivos de esta investigación, pensada en las intervenciones del psicólogo clínico desde la ética del discurso psicoanalítico. En relación con los fundamentos que sostiene este discurso, resalta que la escucha del sujeto en su modo de hacer con su síntoma se realiza por fuera de categorías generales o universales. Por ende, el enfoque cualitativo posibilita capturar la riqueza del discurso aplicado en la formación de los clínicos y enmarcar su postura ética ante la práctica con sujetos neuróticos.

#### **Paradigma**

El paradigma aplicado es de carácter interpretativo, a fin de producir sentido a partir de la trascendencia que los propios autores le confieren a su experiencia clínica de formación y análisis personal. Desde este marco, como señala Sampieri (2016) “Se intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen” (p.10).

Ese paradigma es oportuno para el estudio de los elementos que perfilan la práctica clínica a partir del discurso psicoanalítico, puesto que posiciona la subjetividad, el contexto y la construcción de sentido por encima de una mirada objetiva o la aplicación de la técnica en desenvolvimiento profesional.

## **Método**

Se empleó el método descriptivo en cuanto hizo posible detallar y caracterizar el lugar que ocupa el psicólogo clínico desde la ética del discurso analítico. Según Sampieri (2016):

La meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (p. 80).

A partir de este método, se busca abarcar y exponer con profundidad de qué manera la ética del discurso analítico se articula a la práctica clínica, sin intención de generalizar o ubicar explicaciones causales. De esta manera, obtener una aproximación de la complejidad del ejercicio clínico y ético del psicólogo clínico con orientación psicoanalítica.

## **Técnica**

Para el desarrollo de esta investigación se aplicó dos técnicas: el estudio de casos y la revisión bibliográfica. En cuanto al segundo, se recopiló distintas fuentes de información que se relacionan con la ética en la práctica clínica, como textos teóricos y artículos científicos. Con la finalidad de afianzar teóricamente el estudio e identificar los conceptos y principios asociados al discurso ético en la clínica con corte analítico.

En cuanto al estudio de casos, fue de enfoque instrumental por lo siguiente, Marradi et al. (2018) detalla que:

EC instrumental. El caso cumple el rol de mediación para la comprensión de un fenómeno que lo trasciende. El propósito de la investigación va más allá del caso; es utilizado como instrumento para evidenciar características de algún fenómeno o teoría. El foco de atención y la comprensión desborda los límites del caso en estudio. El caso puede ser seleccionado como ejemplar o típico. (p. 396)

Al respecto de nuestra investigación, el fenómeno se constató entorno a la ética de corte psicoanalítico aplicada a las intervenciones del psicólogo. Y las características que se emparejan con este fenómeno fueron: la singularidad del sujeto, la dinámica de la transferencia y los principios de la escucha y de la intervención. En este sentido, el propósito de este estudio fue de tipo explicativo en cuanto a lo que Marradi et al. (2018)

explica que “intenta establecer relaciones de asociación entre las variables bajo estudio en el caso” (p. 298).

Con la finalidad de reflejar cómo los fundamentos éticos se articulan con la práctica y cómo los casos consiguen dilucidar estos a través del análisis crítico, y hasta cierto punto, enfatizando las particularidad y desafíos que abordan el psicólogo en su labor.

### **Población**

En esta investigación, la población estuvo constituida por casos clínicos de sujetos neuróticos, tomados de la práctica clínica. Como señala Marradi et al. (2018):

Una vez determinadas la unidad de análisis y el ámbito espaciotemporal, el conjunto de los ejemplares de esa unidad que se encuentran en dicho ámbito es llamado “población”. Cada ejemplar de esta población puede devenir un caso, es decir, el referente de una fila de la matriz (p. 102).

Por lo tanto, la población seleccionada fue de carácter teórico porque responde a variables precisas: la singularidad, la dinámica de la transferencia y los principios de la escucha y de la intervención. Así mismo, no fue aleatoria porque intencionalmente y bajo fundamento teórico se hizo elección de estos, además se encuentran en nexo con la lógica propia del estudio de caso. Para la selección de casos se constató lo siguiente, Marradi et al. (2018) justificó que:

La selección del caso, entonces, nunca se realiza por azar como en los métodos estadísticos, porque se parte de la no equivalencia entre los casos, que se destaca a través de la propuesta orientada a la comprensión de la especificidad de cada uno. El proceso de selección está basado en criterios teóricos, en experiencias de observación y en las expectativas depositadas en la unidad seleccionada, en términos de su potencialidad para proveer una base empírica relevante para la interpretación y comprensión del fenómeno estudiado (p. 302).

De esta manera, resultó posible articular la teoría con la clínica para reflexionar la ética del discurso psicoanalítico aplicada a la práctica del psicólogo.

### **Instrumentos**

Respecto a los procedimientos y estructura de las técnicas e instrumentos para la elaboración de la investigación se usó textos teóricos, artículos científicos y el estudio de casos clínicos llevados a cabo durante la práctica clínica. Marradi et al. (2018) suma que:

Es importante destacar que el proceso de selección y sus criterios no se agotan en la identificación del caso; el investigador también debe establecer los niveles internos de análisis —es decir hasta dónde se abordarán las complejidades del caso— teniendo en cuenta que él opera dentro de una diversidad de contextos (p. 303).

Por lo que, los instrumentos aplicados no son estandarizados o universales en la medida que no producen datos absolutos, más bien permitieron sumar la teoría a la clínica y viceversa. Así mismo, se recurrió a la bibliografía seleccionada como soporte metodológico y ambos casos clínicos como vía empírica para reflexionar sobre los efectos éticos de la intervención.

## Capítulo 5:

### Presentación de casos clínicos y análisis de resultados

En este apartado se enuncia el trabajo realizado con dos sujetos neuróticos, tomados de distintos espacios de prácticas, nombrados Caso D. y Caso J. conservando el anonimato de cada uno; mismos que han sido pertinentes para el estudio de casos dado que se ajustan a las variables a analizar dentro de los objetivos de la investigación: la singularidad del sujeto, la dinámica de la transferencia y los principios de la escucha y de la intervención.

#### **Caso J.**

J. es un joven que reside en la ciudad de Quito desde su preadolescencia. Se le escribe a propósito de hacer seguimiento como sugerencia de un anterior practicante. Toma la oferta a causa de los efectos que percibió en el pasado. J. reconoce que le cuesta verbalizar algunos temas con los demás e incluso destaca que su anterior relación culmina a causa de su falta de iniciativa. Vive con sus padres y hermanas, siendo el último de ellas. La dinámica familiar, en base a su criterio, es normal, pero no tienen cercanía entre ellos por lo que tiende a estar fuera de casa. En su infancia, le resultó complicado adaptarse a un nuevo comienzo educativo, por lo que, actualmente, no congenia lo suficiente con sus compañeros del trabajo. En general, J. se describe como un individuo que se mantiene al margen, fuera de conflictos; en ocasiones, romantiza lo bueno del pasado de manera que su discurso sea inalterable.

#### **“Soy un mal llevado”: singularidad del sujeto**

J. en cada una de las sesiones se describe como individuo que rara vez se encuentra en problemas o conflictos. No obstante, se pregunta por su estado sentimental; asegura que no se ha portado muy bien, esto a propósito de jugar con la atención de algunas chicas. Es sobre este punto que se señala la disonancia en su discurso, sostener el semblante de bueno a costa de estos escurridizos, pero constantes actos de “tirar o empujar” para ver qué sucede.

Durante una conversación con amigos aparece la pregunta: ¿eres bueno o malo? Esta interrogante permanece con J. debido a que no se reconoce como una buena persona. Al preguntar por esta apreciación acota que es un “mal llevado” dado que, al percatarse de lo inminente de un conflicto, no procede en solucionarlo, más bien espera algo más, como un castigo. A partir del significante “mal llevado” se introduce un

equivoco que trasciende de un rasgo común y, que más bien se cristaliza como un modo de nombrarse frente al Otro.

Este significante enmarca la singularidad de J. en tanto que estructura la relación tensa que comparte con su madre. Admite que le gusta hacerla enojar, pretender que le desobedece para luego cumplir con su demanda. Además, la inserción del equivoco se origina a partir de un recuerdo infantil que posterior a un desastre natural, su madre, inmediatamente, le obliga a abandonar su lugar de crianza y con ello, perder el contacto con su padre.

### **“No soy como los demás hombres”: transferencia**

Durante las primeras entrevistas, el discurso de J. giraba en torno a cómo los demás son quienes pierden la compostura o tienen actitudes inmaduras. De igual forma, insiste en desestimar su forma de pensar de cuando era pequeño porque era caprichoso e inmaduro. No obstante, al presentarse tal disonancia en su discurso se deja ver puntos flacos de su imagen.

En múltiples ocasiones afirma que no concilia del todo tener fraternidades masculinas debido a que se crio por mucho tiempo entre mujeres, además destaca que de ellas es posible aprender más. Pese a esto, ha optado por ser más cercano a hombres, aunque rechaza de ellos que pretendan ser alguien más para encajar. Bajo ese sentido, se le puntualiza que contrario a lo que pensase, él es más como estos hombres que señala en tanto se cerciora en quedar bien con los demás. Luego, surge el reproche hacia su hermana mayor de quien niega querer tomar su lugar, pero objeta no haber recibido de su ayuda al momento de crecer. Enseñarle como se hace lazo con los demás, por ejemplo.

A nivel de la transferencia, la practicante vela el lugar de un Otro que no cede ante dar la razón, más bien pone en juego el modo de goce del mal llevado en tanto posibilita que el paciente se reconozca en su decir, justamente en eso que rechaza de lo demás y que a su vez de manera inconsciente se reprocha hacia sí mismo. En un punto culminante de una sesión, J. menciona que cuando intenta conversar con su madre, ella siempre le da la razón, entonces prefiere el espacio de las sesiones; la practicante introduce la posibilidad de que sea más bien llevar la contraria como un mal llevado. El paciente a través de la transferencia ha puesto en acto ese posible síntoma que le permite esperar algo del Otro.

## **“¿Qué se obtiene con un buen carácter?”: principios de la escucha y de la intervención**

Durante el transcurso de las sesiones de J. se articulan una serie de significantes que destinan hacia un mismo núcleo, el del mal portado. Este significante que toca el goce de J. está impreso sobre su relación los otros; prefiere permanecer callado o alejado de los demás porque poseen rasgos infantiles, como del colegio menciona J. En esa misma línea, se traza su falta de habla frente a sus padres, percibe de ellos su interés, pero sostiene su indiferencia a fin de no tener que escuchar lo mismo, justo como un niño caprichoso. En cambio, con sus semejantes prefiere no hablarles porque les hace falta carácter, no como él que es reservado y se mantiene al margen. Entonces, a nivel del lenguaje se esboza un sentido al permanecer en silencio.

En el marco del deseo, se encuentra imposibilitado en vista de que confiesa postergar la mayoría de las veces en que consigue capturar parte de lo que desea el Otro. No obstante, se pone en juego la lógica de un tiempo diferido, es decir, siempre esperando que aparezca “ese momento” que daría sentido a su acto, pero que nunca aparece en el presente. Esperando un aval del Otro que nunca termina de llegar, por ejemplo, con su expareja solía quedarse a la expectativa de resolver un conflicto o de presentar un detalle. Corroborando su dificultad de asumir un acto singular a propósito de ser un mal llevado.

A partir de la escucha, se constata el destello de estos significantes en el decir de J. y que a través de la intervención se ponen a disposición del paciente para que se reconozca a sí mismo en sus palabras. Guardando el semblante de un Otro que se mantiene enigmático a la altura del deseo o la demanda.

### **Caso D.**

D. es un joven de 24 años diagnosticado desde los cuatro con síndrome nefrótico resistente, enfermedad que ha implicado numerosas hospitalizaciones y, en la actualidad, tratamientos de diálisis de manera constante. Vive con su madre, mientras que su padre reside en Chile, con visitas esporádicas que han marcado en él la experiencia de la ausencia paterna. En su entorno familiar, D. suele escuchar referencias directas a la muerte, tanto por el recuerdo de una tía que se suicidó como por las comparaciones con otros pacientes de diálisis que no lograron sobrevivir. Dicho contexto lo ha llevado a relatar con frecuencia episodios en los que, tras una recaída de salud, logra resucitar o salir con vida, transformando estos momentos en hitos de su discurso.

En cuanto a sus relaciones, D. mantiene un vínculo afectivo con su pareja y con su hija pequeña, a quien refiere como una presencia importante en su vida. Menciona que la niña suele llorar cuando él no está en casa, situación que lo conmueve, aunque también lo enfrenta a la dificultad de sostener su rol paterno en medio de su enfermedad. Por lo que, a lo largo de las sesiones, alterna entre relatos sobre sus complicaciones médicas y las constantes referencias a estas experiencias de volver de la muerte, junto con comentarios acerca de su familia y las tensiones que lo atraviesan en ese contexto.

### **“Resucitar para seguir muriendo”: lo singular del sujeto**

En el caso de D. lo singular se anuda a la constante presencia de la muerte como sombra que organiza su vida. Desde niño fue situado por el discurso médico y familiar en un lugar de sentencia anticipada: “si vive más de 18 años será un milagro”. Esa afirmación, repetida y reforzada en diferentes momentos de su historia, configura un modo de goce donde lo mortífero se hace presente como certeza inevitable. La escena familiar lo ubica en una posición de destino trágico, pues otros enfermos de su entorno han muerto en diálisis, una tía se suicidó, y su propia familia se lo recuerda, empujándolo a identificarse con la afirmación de que “él también morirá”. Frente a esta certeza, D. construye un recurso para burlar la sentencia, encontrando goce en desafiar lo imposible de lograr sobrevivir cuando ya se lo daba por muerto, resucitar de lo que parecía una muerte segura, sostenerse vivo en aquello donde el Otro lo quiere muerto. Ese movimiento de retorno de lo real de la muerte organiza su decir en una repetición que muestra cómo su singularidad se articula con el goce de la burla, con la satisfacción que le otorga probarse más fuerte que la sentencia del Otro.

Sin embargo, en medio de ese discurso mortífero aparece una fisura que introduce la dimensión del deseo: “Mi deseo es estar con mi familia”. Allí donde lo singular de su existencia parecía quedar fijado al goce de resucitar para seguir muriendo, emerge un enunciado que abre otra vía, no como negación de la muerte, sino como posibilidad de reinscribir su vida en la relación con su hija y su pareja. No obstante, no se trata del deseo de ser un padre cualquiera, sino de ser un padre presente. Esta singularidad se comprende a la luz de su propia historia: su padre vive en Chile y ha estado ausente en gran parte de su vida, visitándolo sólo ocasionalmente. En esa marca se inscribe el valor especial que D. otorga a la presencia paterna, y es lo que resuena con fuerza cuando su hija llora en su ausencia. No basta con ser padre en términos biológicos, sino que el deseo se cifra en encarnar el lugar de un padre que está, que acompaña, que

sostiene, justamente allí donde él mismo no lo tuvo. Esta dimensión remarca que lo que lo aviva no es cualquier paternidad, sino la posibilidad de reparar, en lo simbólico, la ausencia que lo atravesó. Por tanto, la tensión entre el goce mortífero y la apertura deseante parecen marcar la dirección clínica de este caso.

### **“¿Resucitas para vivir?”: el lugar de la transferencia**

En la transferencia, D. no ubica al psicólogo en el lugar del Otro garante de la sentencia, como lo hace con médicos y familiares que le repiten que va a morir, sino en un lugar diferente, el de quien puede escuchar lo que su decir oculta y puntualizarle una pregunta allí donde solo había repetición. Desde el inicio, el paciente se mostró en un estado de apatía, sin interés en cuidarse, sostenido en la seguridad de que siempre saldría ileso de la muerte. Frente a ese goce de burlar lo imposible, la posición del psicólogo fue no ceder a la tentación de aconsejar o moralizar, sino sostener un espacio donde lo que emergía en su relato pudiera ser escuchado y puntuado en su singularidad.

Un momento decisivo en el trabajo transferencial fue cuando, tras escuchar una de sus anécdotas de “resucitar”, el psicólogo introduce el corte interpretativo: “¿resucitas para seguir muriendo o para vivir?”. Ese enunciado no buscaba convencerlo de cuidar su salud, sino producir un efecto de división subjetiva, ponerlo frente a su propia implicación en la repetición de la muerte burlada y abrirle la pregunta por el deseo. A partir de ese corte, el discurso del paciente empezó a desplazarse, del relato de sus muertes pasadas pasó a hablar de lo que lo vivifica en el presente, especialmente el lazo con su hija. La transferencia, entonces, se configuró como un espacio donde el Otro no lo sentencia a morir, sino donde se le devuelve su palabra para que se confronte con lo que en ella se juega.

### **“Ella se pone triste en tu ausencia”: principios de la escucha y de la intervención**

Escuchar implicó dejar aparecer el goce mortífero sin apresurarse a corregirlo, reconocer cómo en su decir encontraba satisfacción en sobrevivir allí donde los otros morían, y al mismo tiempo captar el punto de apertura que se producía cuando hablaba de su hija.

De allí que, en el recorrido clínico de D. se evidenció la articulación de una cadena significativa que giraba en torno a la expresión de burlar la muerte: resucitar, volver de la muerte, sobrevivir cuando ya se lo daba por muerto. Dichos significantes en su repetición le otorgaban satisfacción en tanto daban cuenta de un goce mortífero, el de desafiar la sentencia del Otro que lo condenaba a morir. Por lo cual, en la escucha

analítica, la función no fue interrumpir o censurar esa lógica, sino alojarla en su singularidad, respetando la manera en que el sujeto encontraba satisfacción en narrar sus múltiples muertes burladas. No obstante, la intervención se orientó a introducir un corte en esa repetición, devolviéndole al sujeto su propia implicación en ella, en tanto el goce de burlar la muerte lo mantenía atrapado en la paradoja de resucitar solo para seguir muriendo.

Un momento clave a ubicar en el caso, es el mencionado en el apartado anterior, en el cual tras relatar uno de esos episodios de resucitar, le devuelven la pregunta: ¿resucitas para seguir muriendo o para vivir? Esta formulación no funcionó como consejo ni como exigencia de cuidado, sino como una intervención que apuntaba a producir un efecto de división subjetiva. Al escucharla, D. se vio confrontado a su posición en la cadena significativa, a la ambigüedad que sostenía entre la vida y la muerte. A partir de allí, se desplazó su discurso, del goce mortífero de sobrevivir para desafiar al Otro, hacia la posibilidad de ubicar un deseo singular ligado a la vida y, especialmente, al lazo con su hija.

De igual manera, en otra sesión, al narrar con insistencia que su hija lloraba en su ausencia, el psicólogo le devolvió la frase: “Ella se pone triste en tu ausencia”. Y dicho señalamiento, lejos de ser un reproche, apuntó a hacerle escuchar lo que en su decir quedaba velado, que lo que aviva a su hija no es simplemente tener un padre, sino un padre presente, justamente allí donde él había experimentado la ausencia del suyo. Finalmente, similares coordenadas se pusieron en juego con la intervención “ella quiere un papá para largo”, con la cual se consolidó la resignificación del discurso, posibilitando que el significante “resucitar” dejara de estar atrapado en la lógica de desafiar a la muerte y pasara a reinscribirse como ocasión de vivir para alguien más.

Por tanto, los efectos clínicos de estas intervenciones ocurrieron en el plano a nivel del deseo y del goce. Allí donde el sujeto se encontraba fijado a un goce mortífero, sostenido en la satisfacción de burlar la sentencia de muerte, se abrió la posibilidad de reinscribir ese goce en otra lógica, la de un deseo que se nombra y que se pone en acto. De forma que, el pasaje clínico consistió en poder enunciar “Mi deseo es estar con mi familia” y, más aún, precisar que lo que lo orienta no es cualquier paternidad, sino la de ser un padre presente. Dicho enunciado permitió entrever una transformación en la economía libidinal del sujeto, en tanto deja de situarse únicamente como aquel que resucita de la muerte para desafiar al Otro, y comienza a sostenerse en un deseo que lo liga a la vida y al lazo con su hija. Dando lugar así, al paso del goce repetitivo de la

burla mortífera a la posibilidad de responsabilizarse por un deseo singular que, al ser dicho y puesto en acto, abre un camino ético de existencia.

### **Análisis Del Estudio De Casos**

A partir del caso J. y D. se comprobó la aplicación de la ética de corte psicoanalítico a propósito de la praxis del psicólogo en cuanto posibilitó intervenciones orientadas a lo singular de cada sujeto. Respecto al primer caso, el significante “mal llevado” puso en evidencia la tensión con el Otro materno y la disonancia de su discurso y, con ello se apertura en la transferencia un espacio donde no se trató de reforzar la imagen de ser un buen hombre, sino de confrontarlo con aquello que distaba de su idealización.

El siguiente caso, lo singular de este se articula a la cadena significativa “resucitar” y “burlar la muerte” que estaba enraizado a un goce mortífero hasta que, a partir de la transferencia se reinscribe ese decir en un deseo: ser un padre presente, allí donde ya se había acentuado la ausencia del propio padre.

En ambos casos, los principios de la escucha y de la intervención se tradujeron en no imponer interpretaciones normativas, más bien devolver estos significantes con su debido corte en el discurso que habilitan al sujeto para implicarse con su posición y deseo propio. A partir de lo analizado, se pudo corroborar que las intervenciones con un sentido de ético de corte psicoanalítico están destinadas a sostener un lugar donde el paciente pueda resignificar sin que este sea reducido a un síntoma a eliminar.

## Conclusiones

Este trabajo abre la posibilidad de profundizar en la ética del discurso psicoanalítico aplicada a la praxis del psicólogo, no solo a nivel técnico, sino también desde la implicación del practicante en su ejercicio, a partir de los pilares de su formación. A lo largo de nuestra investigación, se precisa que la práctica clínica se sostiene en un trípode: la formación teórica, que encausa el trabajo con el inconsciente por fuera del sentido universal; luego, el análisis propio, que permite atravesar la teoría al afinar la escucha y advertir al psicólogo desde sus puntos oscuros, sin proyectarlos en el paciente; y, por último, pero interconectando la praxis con el punto anterior, la supervisión clínica. Al respecto de este último, permite leer los efectos de la intervención y abrir preguntas allí donde la transferencia pone en juego lo no dicho. Cada uno de estos pilares, más que proporcionar certezas, constituye una posición ética: que la teoría no se cristalice como dogma sino como un compás, que el deseo del psicólogo no eclipse el del paciente, y que la clínica no se concentre como un saber absoluto, sino abierta a lo singular que surge en cada encuentro.

Para este fin, la ética del discurso psicoanalítico no se trata de un método cerrado; más bien, corresponde a responder con autoría a lo que el sujeto trae a la sesión bajo transferencia. Bajo ese orden, la formación del psicólogo no se enfoca en borrar su implicación; al contrario, se trata de saber habitarla con criterio para no opacar la palabra del paciente, creando una práctica que se funda en el acto mismo y en lo que el sujeto puede llegar a decir de sí.

Para ello, es preciso definir los principios de la ética pertenecientes al discurso psicoanalítico, esclareciendo aquello que lo diferencia de otras concepciones terapéuticas. Esto ameritó la revisión de literatura al respecto de los lineamientos que orientan la práctica, entre los cuales se destacan: el deseo como un horizonte hacia el cual apuntar formulando una pregunta o haciendo equivocar un significante, la singularidad como un punto clave en contrapunto al discurso del amo, los tiempos lógicos en lugar de los tiempos cronológicos que eliminan el tiempo de comprender y que el psicólogo introduce con su acto.

Por otro lado, se constata que los fundamentos de las intervenciones del psicólogo sintetizan un modo de saber-hacer con las elaboraciones que el paciente enuncia en sesión. En la praxis con sujetos neuróticos, el fenómeno de la transferencia juega un papel sustancial para con el psicólogo y sus intervenciones, en la medida en que este

queda ubicado en el lugar de sujeto supuesto saber, desde el cual deberá operar absteniéndose en responder a la demanda, y devolviéndole al sujeto sus significantes con el fin de reorientarlo a los más íntimo de su inconsciente.

Por último, los fundamentos estructurales de las neurosis considerados para orientar las intervenciones del psicólogo clínico desde el discurso psicoanalítico se sostienen en la ética correspondiente a la lectura del síntoma, la lógica del deseo y modo de gozar de cada sujeto, según el tipo clínico y sus propias coordenadas singulares. Se trata de comprender en qué consisten, a qué responden, pero, sobre todo, cómo singularmente se articulan a la historia de cada paciente.

## Referencias

- Álvarez, J. (2017). Estudios de psicología patológica. Xoroi Edicions.
- Arguello, E. (2019). Regulación deontológica del ejercicio profesional de psicólogos y psicoterapeutas del Ecuador.
- Ballesteros, B., Castellanos, J., & Romero, J. (2021). Evaluación de la formación ética en la psicología colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 45–60.
- Basz, V. (2004). La lógica de lo singular. *Virtualia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*.
- Boghossian, N. (2020). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. *NODVS l'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona*. <https://scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=744&rev=79&pub=1>
- Brodsky, G. (2019). Fundamentos: El acto analítico. Cuadernos de ICBA.
- Brodsky, G. (2023). Los Psicoanalistas y El Deseo de Enseñar. Grama.
- Brodsky, G. (2000). Las enfermedades del sujeto supuesto saber. *Escuela de la Orientación Lacaniana*. [https://entrelibroseol.com/entretextos/epistemicos/brodsky-graciela\\_las-enfermedades-del-sujeto-supuesto-saber.pdf](https://entrelibroseol.com/entretextos/epistemicos/brodsky-graciela_las-enfermedades-del-sujeto-supuesto-saber.pdf)
- Camaly, G. (2009). El síntoma, su opacidad y su funcionamiento. *Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 19, 22–25.
- Chamorro, J. (2017). Interpretar. Grama.
- Dávila, K. (2015). La orientación por el síntoma. *Desde el Jardín de Freud*, 53–62.
- Freud, S. (2003). La interpretación de los sueños. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. *Obras completas, Vol. XVIII*. Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. *Obras completas, Vol. XXI*. Amorrortu.
- Freud, S. (1978). *Obras Completas Volumen 7*. Amorrortu.

- Freud, S. (1984). Obras Completas Volumen 14. Amorrortu.
- Freud, S. (1985). Obras Completas Volumen 2. Amorrortu.
- Freud, S. (1986a). Obras Completas Volumen 3. Amorrortu.
- Freud, S. (1986b). Obras Completas Volumen 9. Amorrortu.
- Freud, S. (1986c). Obras Completas Volumen 12. Amorrortu.
- Freud, S. (1986d). Obras Completas Volumen 23. Amorrortu.
- Galeano, F. (2010). ¿Existe el concepto de verdad en Freud? *Revista electrónica Psyconex*, 1(2), 1–13.
- García, C., & Valencia, M. C. (2024). Analysis and evolution of mental health public policies in Ecuador: A state of the art. *Evolutionary Studies in Imaginative Culture*, 8(S2), 1785–1801.
- García, J. (2021). Fundamentos teóricos para una distinción clara entre el comportamiento ético y el normativo-moral en el desempeño profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 38(2), 112–124.
- Gimeno, R. (2023). Working with preferences in psychotherapy: Clinical and ethical considerations. *International Journal of Psychotherapy Research*, 12(1), 55–70.
- Guano Sangoquiza, L. A. (2019). Regulación deontológica del ejercicio profesional de psicólogos y psicoterapeutas del Ecuador [Tesis de grado, Universidad Internacional SEK]. Universidad Internacional SEK.
- Hernández, F. (2025). El inconsciente freudiano y el inconsciente lacaniano. *Entre Libros. Boletín de la biblioteca de la EOL*. [https://entrelibroseol.com/entretextos/epistemicos/hernandez-felicidad\\_el-inconsciente-freudiano-y-el-inconsciente-lacaniano.pdf](https://entrelibroseol.com/entretextos/epistemicos/hernandez-felicidad_el-inconsciente-freudiano-y-el-inconsciente-lacaniano.pdf)
- Icardi, L. (2018). Del amor a la transferencia: la metáfora del banquete. *NODVS l'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona*. <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=635&rev=70&pub=2>

- Kirshner, L. (2012). Toward an ethics of psychoanalysis: A critical reading of Lacan's Ethics. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(1), 29–45.
- Lacan, J. (2014). El seminario, libro 6: El deseo y su interpretación. Paidós.
- Lacan, J. (2008a). El seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis. Paidós.
- Lacan, J. (2008). El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis. Paidós.
- Lacan, J. (1999). El seminario, libro 5: Las formaciones del inconsciente. Paidós.
- Lacan, J. (1981). El seminario, libro 1: Los escritos técnicos de Freud. Paidós.
- Lacan, J. (1984). El Seminario, libro 3: Las psicosis. Paidós.
- Lacan, J. (1987). El seminario, libro 11: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. (1.<sup>era</sup> ed.). Paidós.
- Lacan, J. (2003). El seminario 8: La Transferencia. Paidós.
- Lacan, J. (2009a). Escritos 1. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2009b). Escritos 2. Siglo XXI Editores.
- Laurent, E. (2012). La elección del analista. Ediciones Paidós.
- Lutereau, L. (2016). Clínica de la neurosis obsesiva. Posición subjetiva y dirección de la cura. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 16, (pp.71–78).
- Malischevski, L. (2020). El inconsciente que amamos. *Virtualia*. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana.
- Marradi, A. et al. (2018). Manual de metodologías de las ciencias sociales. Siglo XXI Editores.
- Martínez, J. (2023). Ideales en el amor de transferencia II: Destinos del Sujeto supuesto Saber y el objeto a en la cura psicoanalítica. *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 45(2), 213–237.

- Mazzuca, S. (2022). La pregunta neurótica en Dora, por Freud. *Anuario de Investigaciones*, XXIX, 359–368.
- Miller, J. (2023). ¿Cómo empiezan los análisis? XI ENAPOL. <https://enapol.com/xi/como-comienzan-los-analisis/>
- Miller, J.-A. (1996). *Introducción a la clínica lacaniana*. Paidós.
- Návez, M. (2012). Deseo y filosofía: de Platón a Lacan. *Revista de Filosofía Contemporánea*, 8(2), 99–115.
- Osoyo, F., & Rojas, P. (2018). La escucha y el poder discrecional del analista. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 15(2), 95–104.
- Otoni, F. (2025). ¡Hablar con el niño! XII ENAPOL. <https://enapol.com/xii/es/argumento/>
- Pazmiño, G., Vásquez, J. J., & Garzón, É. (2020). Sobre la obligatoriedad del proceso psicoterapéutico personal del psicólogo en Ecuador. *Colloquia. Revista de Pensamiento y Cultura*, 7, 85–96.
- Pereyra, M. R. (2010). Clínica e intervención en el psicoanálisis lacaniano. *Alteridad. Revista de Educación*, 5(2), 28–37. Universidad Politécnica Salesiana.
- Platón. (2016). *El banquete* (Trad. A. García). Gredos.
- Pérez, R. (2013). Lo singular y lo particular en psicoanálisis. *Revista Digital Virtualia*.
- Ramírez, A., & Ito, K. (2019). El deseo de paternidad en los varones: algunas disertaciones desde el psicoanálisis. Universidad Nacional de Mar de Plata. <https://www.redalyc.org/journal/4835/483568603008/html/>
- Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. (2019, marzo 27). Para introducir el efecto-de-formación. Jacques-Alain Miller (París) - ESCUELA LACANIANA DE PSICOANÁLISIS. ESCUELA LACANIANA DE PSICOANÁLISIS. <https://elp.org.es/para-introducir-el-efecto-de/>
- Rey, C. (2024). Clínica e intervención en el psicoanálisis lacaniano. *Revista Ecuatoriana de Psicología Psicoanalítica*, 12(2), 55–72.

- Sahar, S., Almutairi, H., & Khan, M. (2022). A comparative account on ethical considerations in practice of clinical psychology. *Middle East Journal of Psychology*, 14(3), 201–220.
- Tarodo, A., & Denegri, M. (2023). Psicología y psicoanálisis: Dimensión ética en el estudio de sujetos en situación de vulnerabilidad. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 32(1), 77–95.
- Tendlarz, S. (2009). Sujeto supuesto saber. Silvia Elena Tendlarz. <https://www.silviaelenatendlarz.com>
- Zaidel, A. (2015). El grafo del deseo en la enseñanza de Lacan. *Revista Psicoanálisis y Clínica*, 21(2), 55–72.

## Anexos

### Caso J.

He optado por esta ocasión detallar la sexta sesión que sostuve con un trabajador de 20 años, quien vive con sus padres y hermanos mayores. Actualmente es universitario y en sus ratos libres se dedica a realizar actividad física. Al comienzo de las sesiones al joven le cuesta precisar si algo “realmente malo” le ha sucedido recientemente, por lo que suelo preguntar por algún otro detalle más bien de su cotidianidad; cabe mencionar que en anteriores sesiones a esta se refirió a su forma de actuar de la siguiente manera: “me he estado portando mal”. Durante el transcurso de la sesión incurre en las particularidades que tiene hacer lazo con las mujeres y, por otro lado, con los hombres.

En relación con la primera variable, destaca que suelen ser más transparentes, incluso puede profundizar sobre cómo se sienten sin aparentar. Luego, con los hombres distingue que suelen fingir para “quedar bien” con los demás y eso no le agrada. Por lo que concluye que: “Siento que puedo aprender más de una mujer que de un hombre”. Le puntualizo que contrario a lo que espera, él es más como “estos hombres” porque, mencionado por él, le es más “interesante” conocer a personas nuevas en cuanto puede presentarse como un “papel en blanco”; es como cerciorarse de “quedar bien”. No es arbitraria esta elección por rodearse de mujeres como referentes debido a un suceso marcado que, aún no lo suficiente profundizado, destaca la ausencia del padre y la prevalencia de su madre y hermanas.

En un giro de la conversación que él advierte de la siguiente manera: “Disculpe que le cambie el tema, pero es que las ideas se me escapan”, le concedo poder hablar de ello; que contrario a lo que suponía ser, se sostenía bajo esta línea de estos “nuevos amigos hombres”. Hoy en día piensa que ha estado más atento o consciente de “como soy yo”; durante una conversación con amigos aparece la pregunta: ¿eres buena o mala persona? Le pregunto que le llamó la atención de la esto y responde que no se considera “tan buena persona” porque en ocasiones ha sido muy consciente de sus acciones, pero no de las consecuencias.

Como mencioné, J recientemente se había enunciado indirectamente como un “niño malo”. Profundizo sobre esas consecuencias que no le detienen: ¿Qué sucede contigo que debiese detenerte, pero no lo hace? Después de una pequeña risa responde “Es que yo soy un mal llevado...me gusta empujar o tirar para ver qué pasa” ajena a la lógica

de actuar sin pensar, le pregunto ¿Qué es lo que debiese pasar? Y precisa que haría falta un castigo que lo haga reflexionar sobre lo malo. “Entonces, usted es un mal llevado...” me explica que cuando se da cuenta de que algo no está bien, considera que podría arreglarlo, pero piensa que “no hay vuelta atrás” entonces es preferible “empezar de nuevo”.

Dentro de los detalles que ha compartido, persiste un recuerdo que inscribe un sinnúmero de cambios para él. Cuando tenía 9 años a causa del terremoto del 2016, el lugar donde se crio quedó gravemente afectado, por lo que su mamá toma la decisión de irse a vivir a Quito junto con sus hermanas y él. En esa sesión describe que se sintió como “no mirar atrás” y luego el tener que “empezar de nuevo” a hacer amigos, ingresar al colegio, etc., pregunto por “eso” que se queda atrás y decide “no mirar” describe dos aspectos: su infancia y forma de ser. Y me atrevo a preguntar por su padre en ese tiempo, a lo que responde que sus padres se habían separado por lo que este último se fue a vivir a Guayaquil; solía visitarlo con frecuencia. Le cierro la sesión con: “Él también se queda atrás”.

Retomando el curso de la sexta sesión, me autorizo en conectar ese “modo de goce” mediante el cual se permite hacer lazo con sus semejantes y así mismo, poder estar a la espera de otro que le responda. A partir del “mal llevado” se introduce un equívoco que trasciende de un rasgo común y, más bien se cristaliza a raíz de una eventualidad traumática infantil.

El paciente permanece en silencio por unos momentos, suelta una risa y finaliza “no lo había pensado así”. Posiblemente, es en este punto que se inserta un recorte de significante como lo indica Lacan (1981), la interpretación apunta al significante, no al sentido, y su efecto se pone a prueba en cuanto rompe con el discurso de J. En este caso, la aparición de “mal llevado” desde el sentido coloquial le permite al paciente nombrarse frente a los otros, pero más allá de este punto poder gozar de Otro que se lo autoriza.

Aquí puedo reconocer que haber finalizado la sesión hubiese sido apropiado como un corte, pero persistí en continuar a propósito de este significante que contrario a lo que mencionaba al inicio del tratamiento de ser una persona que “se mantiene al margen”, ser “mal llevado” se sale de ese discurso. Prosigo en preguntar con quién o donde ha podido notar que es un “mal llevado”, rápidamente responde con su mamá y en una especie de evitar que toda la luz repose sobre ella explica que es porque con su padre no tiene mucha cercanía: “El hombre ahí está”. Con su madre suele tener este

“juego” de discutirle que no hará lo que le dice, pero de igual forma realizarlo, con el detalle de no reconocerle que lo ha hecho. Le gusta hacerla enojar.

Como cierre de esta sesión menciona que no le gusta estar en casa porque le piden cosas y quiere evitar roces porque la relación luego se vuelve muy tensa. Esto bajo la misma línea de su lazo con la madre.

#### **Caso D.**

Un poco de su historia D. es un joven de 24 años que desde que tenía 1 año es diagnosticado con Síndrome nefrótico resistente, de forma que desde muy temprano en su existencia ya se encontraba bajo el marco de una vida diferente, llena de cuidados, que gracias al apoyo de su madre pudo sostener por gran parte de su infancia y adolescencia, sin embargo, ello no lo exentaba de acabar en el hospital con frecuencia. En sus palabras siente que pasó más tiempo en hospitales que en el aula con sus compañeros del colegio. Todo cambia cuando conoce a su pareja, donde refiere descuidarse, ya que “usted sabe, cuando uno está empezando a salir con alguien van a lugares a comer, tienen citas”; él le ocultaba que había nacido con dicha condición. Hasta que tiempo después, en el 2022, un día llegó a su límite, el cuerpo no resistió la cantidad de líquido acumulado y tuvo que ser llevado de emergencia al hospital donde fue intervenido con la colocación de un catéter yugular derecho. Por lo que desde ese momento en adelante tenía que ser tratado con diálisis y es así que es referido a la clínica Renal Pro donde se llevó a cabo mi trabajo con él. En adición a todo lo anterior, tiene una hija de 3 años, vive con su pareja e hija. Sus padres están separados y su padre vive en Chile, pero de vez en cuando llega de visita.

#### **La muerte, una sombra constante en su vida**

Desde los primeros abordajes D. pone en evidencia a través de su discurso lo cercano que ha estado a la muerte. Relata una serie de sucesos desde su juventud donde pareciera haber “burlado” sentencias de muerte, comenta que un Dr. le dijo a su madre que si él vivía más de 18 años sería un milagro; en otro momento cuando es hospitalizado pasa inconsciente varios días, y cuando ya estaban por asumir que no iba a despertar logra hacerlo. En adición, me comenta que su familia estaba preocupada por él, ya que veían que se encontraba muy deprimido y temían que llevara a cabo un pasaje al acto tal como una tía de él; también en reuniones le hablaban de que otros familiares o conocidos que habían sido diagnosticados con la enfermedad y se hacían diálisis terminaban muriendo. Por lo cual el real de la muerte había estado presente en su vida como algo persecutorio, pero también como un escenario del cual él parecía

salir ileso. Todo eso que menciona, me permite empezar a esbozar la hipótesis de que el estado de aparente apatía en el que se encuentra frente a su deseo de cuidarse, de estar por el lado de la vida, podría ser debido a la constante garantía de salir vivo de entre la muerte. De hecho, en una sesión hago un corte con aquello después de la anécdota de que “resucitó de la muerte” le digo: “¿resucitas para seguir muriendo o para vivir?” A partir de la cual pretendo instaurar en el sujeto la pregunta por su propio deseo-goce.

### **Pasar por la vida desde su deseo de ser padre**

A raíz de lo previamente mencionado en las siguientes sesiones pude leer en el sujeto una apertura por hablar de cosas que lo vivificaban de forma algo superficial, pero ya marcaba para mí una diferencia, paso de hablar de sus muertes a hablarse en la vida, siendo uno de los aspectos que más lo movilizaban hacia un deseo: el amor a su hija y familia, porque tal como él dijo: “Mi deseo es estar con mi familia”. Por lo que, con ayuda de la guía de la supervisión decido direccionar el trabajo hacia la interrogación de ese punto que parecía vivificante para sondear sin realmente era una ruta que elaborándola podría hacer que el sujeto tome su propia vida. Es así que en el desarrollo de las siguientes sesiones lo interrogo en su rol de padre, a lo que él me responde con largas anécdotas que incluso lo envisten de un semblante distinto, se sonríe, es más expresivo con sus gestos verbales y no verbales, no escatima en detalles, me dice que su hija es muy engreída de él, que llora cuando se va a trabajar; que cuando él se quedó hospitalizado se puso muy triste porque no lo veía, a lo que le comento: “Ella se pone triste en tu ausencia”. A partir de esa intervención se queda en silencio y luego menciona: por ella es que sigo aquí, por ella me esfuerzo a venir aun cuando no quiero, a lo que cierro: claro, porque ella quiere un papá para largo. Durante las siguientes sesiones se siguió enfatizando sus puntos de anclaje hacia un lugar de vida más que de existencia, al paso de sentirse un objeto a apropiarse de la oportunidad de vivir que a través de esas experiencias cercanas a la muerte había ganado, resignificar el estar vivo hacia una meta: ser un padre para su hija, más que un lugar muerto. Paralelo a esto, parece que algo de este trabajo se ha reflejado incluso en sus excesos, que estaban bajos comparados a las primeras veces que lo abordé y así se ha mantenido, incluso su semblante había cobrado “más vida”, hasta se hizo un diseño en el cabello, una raya naranja

Rámirez e Ito (2019) dirán que: “se ha observado que el deseo de ser padre está estrechamente ligado al narcisismo en dos vertientes, una, la ya mencionada en el

párrafo anterior, la posibilidad de trascender, y otra, la posibilidad de renacer”. En el caso de D. puede existir una lectura en el “resucitar”, ya no como un efecto de salvarse de la muerte para sólo existir sino como una posibilidad de renacer a través del amor a su hija.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Saenz Almeida, Dalma Daniela** con C.C: #0953593159; **Terán Suárez, Victoria Michelle**, con C.C: #1315603843, autoras del trabajo de titulación: **La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos** previo a la obtención del título de Licenciados en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 2 de septiembre de 2025**

f. 

Nombre: **Saenz Almeida, Dalma Daniela**  
C.C: **0953593159**

f. 

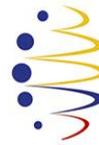
Nombre: **Terán Suárez, Victoria Michelle**  
C.C: **1315603843**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	La ética del discurso psicoanalítico aplicada en las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Saenz Almeida, Dalma Daniela Terán Suárez, Victoria Michelle		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Psic. Cl. De la Rosa García, Jose Miguel, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación.		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica.		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Psicología Clínica.		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	2 de septiembre de 2025	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	103
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ética, psicoanálisis, psicología clínica, intervenciones psicológicas.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Ética; discurso psicoanalítico; intervenciones; psicólogo clínico; transferencia; neurosis.		

#### RESUMEN/ABSTRACT:

La presente investigación tuvo como objeto de estudio la ética del discurso psicoanalítico, en su aplicación a las intervenciones realizadas por el psicólogo en la clínica con sujetos neuróticos, cuya pertinencia incidió en la formación y praxis del psicólogo clínico a través de una reflexión ética que enriquece la formación profesional y a su vez habilita una atención en salud mental más allá de la mera normatividad. El objetivo de este fue profundizar la ética del discurso psicoanalítico aplicado a las intervenciones del psicólogo clínico con sujetos neuróticos por medio de un estudio cualitativo para reflexionar sobre las coordenadas que orientan una posición ética a favor de lo singular. A propósito de esto, se aplicó un método descriptivo y se obtuvo por resultado que la práctica clínica del psicólogo se sostiene en un trípode conformado por la teoría, el análisis personal y la supervisión, pilares que, más que ofrecer certezas, configuran una posición ética destinada a no dogmatizar la teoría, sostener el deseo del paciente y trabajar en una clínica que aloje lo singular de cada encuentro.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 994405274 +593967539412	<b>E-mail:</b> dalma.saenz@cu.ucsg.edu.ec victoria.terán@cu.ucsg.edu.ec
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs. <b>Teléfono:</b> +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 <b>E-mail:</b> francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec	

#### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	