

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

“La clínica en contexto”

TESIS

Que para obtener el TÍTULO de:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Presenta:

Araceli Moreno Hernández

DIRIGIDA POR: Dr. Manuel de Guadalupe Guzmán Treviño.

C.U. Querétaro, Qro. Marzo 2025

La presente obra está bajo la licencia:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

### Usted es libre de:

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

### Bajo los siguientes términos:



**Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



**NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



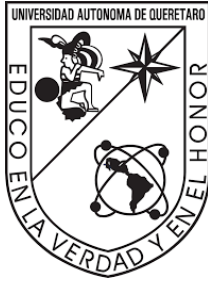
**SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

### Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Psicología y Educación  
Maestría en Psicología Clínica



La Clínica en contexto

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestra en Psicología Clínica

Presenta

Araceli Moreno Hernández

Dirigido por:

Dr. Manuel de Guadalupe Guzmán Treviño

Dr. Manuel de Guadalupe Guzmán Treviño

Presidente

Dra. Elvia Izel Landaverde Romero

Secretaria

Dra. Pamela Garbus

Vocal

Mtro. Fernando Manuel López España Méndez

Suplente

Mtra. Rodríguez Rodríguez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Marzo 2025

México

## RESUMEN

El siguiente documento es el testimonio del trabajo clínico de una psicóloga que se encuentra con un ejercicio profesional que ha hallado diferencias y disparidades en las representaciones y aspectos teóricos que se plantean durante la formación profesional. El encuentro con una clínica *real* puede generar la posibilidad de hacer que la realidad cuadre con conceptos y lo aprendido en la formación o por el contrario, ampliar horizontes, ajustar y aprender a reconocer que no se sabe para así mismo; hacer propuestas pertinentes y cercanas a los fenómenos que se presentan en la clínica actual y al contexto inmediato de los pacientes.

Para ello resulta importante fijar una postura que no sea inflexible, sino por el contrario que se nutra y modifique de acuerdo a la experiencia, a la supervisión, a la formación constante y reconociendo que hay ideas, hipótesis e interrogantes surgidas de una experiencia clínica propia y no sólo una que emana de los textos y que corre el riesgo de convertirse en una especie de *rumiación* mental justo ahí donde ya no hay saber académico.

El reto es que la formación profesional y también la no académica sea la invitación para despertar interés, compromiso, abrir el diálogo de *esto* otro que también ocurre en la clínica, pero que queda encerrado en la intimidad del consultorio, del uno a uno y a veces, con suerte en la supervisión de casos. La propuesta es hacer comunidad y abrirnos al diálogo no de una *clínica ideal única*, aséptica de presentar curas diferentes a las planteadas o propuestas en la teoría, en los libros y el saber académico únicamente.

No sólo es interrogar la transmisión teórica-práctica, sino también el ejercicio que uno hace propio y que como *posibilidad* puede gestar el nacimiento de una clínica y estilo singular, más genuina.

Palabras clave: clínica psicoanalítica, formación profesional, experiencia clínica, comunidad.

## **SUMMARY**

The following document is the testimony of the clinical work of a psychologist that finds with a professional exercise that has found differences and disparities in the representations and theoretical appearances that pose during the professional formation. The meeting with a real clinic can generate the possibility to do that the reality square with concepts and the learnt in the formation or by the contrary, expand horizons, adjust and learn to recognize that it does not know for likewise; do pertinent and near proposals to the phenomena that present in the current clinic and to the immediate context of the patients.

For these results important to fix a posture that was not inflexible, but by the contrary that nourish and modify of agreement to the experience, to the supervision, to the constant formation and recognizing that there are ideas, hypothesis and questions arisen of an own clinical experience and only no one that emanates of the texts and that runs the risk to turn a type of rumination mental just here where nowhere no longer there is academic knowledge.

The challenge is that the professional formation and also the no academic was the invitation to #wake interest, commitment, open the dialogue of this another that also occurs in the clinic, but that remains shut in the privacy of the consulting room of the one to one and sometimes, with luck in the supervision of cases. The proposal is to do community and open us to the dialogue no of an only ideal clinic, aseptic to present different cures to the posed or proposals in the theory, in the books and the know academician only.

No only it is to interrogate the theoretical transmission-practical, but also the exercise that one does own and that like possibility can create the birth of a clinic and singular style, more genuine.

Keywords: psychoanalytic clinic, professional formation, clinical experience, community.

“Un día más sin haber utilizado el trinomio cuadrado perfecto”

Anónimo

“Prohibido escribir obras maestras”

Manuel Guzmán citando un Podcast no identificado

“- ¿Qué tienes que escribir?

- ... es como si escribiera un libro, pero con palabras propias.

- ¡Ay pues ya ponte a escribir Cheli!”

Aurorita y su tía

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a la vida, que me ha dado tanto.

La trascendencia de las raíces, de las mías en particular, esas que me nutrieron, me sostuvieron e hicieron posible que me encuentre hoy aquí escribiendo han matizado la forma de pensar, analizar lo que acontece en el ejercicio clínico y en torno también a la formación, a la actualidad social y los efectos de todo ello en los que habitamos tanto el mundo psicoanalítico como el mundo en sí.

Pienso e interrogo los efectos de nuestro ejercicio profesional en los entornos en los que decidimos hacer práctica, los universos que cada uno como profesionistas, psicoanalistas, clínicos y psicólogos habitamos, esas mismas (las raíces o la historia personal) son las que favorecen estar al día de hoy decidida a aportar en medida de lo posible a las comunidades donde participo, los entornos en donde he decidido hacer clínica : universidad, el consultorio en el barrio de la Cruz, en el consultorio en el municipio del Marqués, para ello ha resultado vital escuchar lo que ahí acontece, salir de los textos académicos para ver y escuchar en sus calles, en sus tierras los sucesos que a la vez que son y van construyendo subjetividades y discursos que llegan, en el mejor de los casos al consultorio.

Alguien pregunto hace unos años en una entrevista -no recuerdo si a un entrenador de élite o a un comunicador- acerca de lo que se necesita para ser alguien bueno en lo que hacía, la respuesta me pareció interesante, esperaba una respuesta técnica: “entrenamiento y formación constante, estar en el ranking, figurar en tal o cual escenario”; la respuesta fue otra: “ser buena persona”, si uno es buena persona claramente será ético, respetuoso, cuidadoso, constante en la formación, en la supervisión y en el análisis personal (lo último es interpretación propia).

Para quien suscribe, *ser* Clínica implica ser buena persona, capaz de integrar las particularidades que hay en el entorno donde se hace practica la clínica. Es tener dos dedos de frente y salir del consultorio, sacar la nariz de los textos académicos y ver la realidad y nuestro mundo con los retos que a nivel global y local hay.

Así pues, para dibujar este universo comenzaré de lo particular a algo más, iniciaré por mi universo personal, decir quién soy. Soy una mujer, hija de familia, profesionista, hermana, amiga, protectora, sensible, respetuosa del dolor y sufrimiento humano y de quienes lo padecen. Por cierto, con otras posibilidades a las que a ellos (los míos), la vida, la temporalidad y el contexto les permitió.

Gracias Jesús, gracias Pá, por creer, gracias por seguir, por la vida, por la constancia y por ser mi referencia a que el saber, el conocimiento era importante, te agradezco por la convicción de que eso no sólo podía, tenía que tener efecto en el mundo.

Gracias Socorro, madre por transmitirme la sensibilidad hacia el mundo y a no darte por vencida por difícil que fuera la situación.

Profesor Manuel, gracias por saber dejar ser, por acompañar para que la investigadora elija y argumente el tema de investigación, por dejar crecer ideas, que la tesista reconozca su voz y no huya ante el temor que llega a generar escucharse a uno mismo para luego ser escuchada por otros, gracias por ser un otro posibilitador. Por su insistencia en la importancia de la escritura y la propuesta de un ejercicio formal, científico y con articulación posible a las realidades más que a los textos. Gracias por su acompañar respetuoso, su escucha y reconocer mi voz y estilo propio.

Gracias al análisis y al analista por posibilitar reconocer mi voz, mi sentir y mi dificultad para establecer lazo con otros y descubrir que, si bien se dificulta, no es del todo imposible. Por alojar mi forma de ser y por saber cuidar y cuestionar cuando era necesario. ¡Gracias Michael!

Universidad Autónoma de Querétaro: cambiaste mi vida, mi estancia aquí tiene efectos en los universos donde elijo estar.

Ese fue el efecto de mi paso por la universidad: poder elegir.

A los profesores que creen en la educación pública y sus implicaciones, que no están por estar, que están por convicción, compromiso y esfuerzo.



Esto es también lo que moviliza esta escritura, dejar inscripción de lo que me encontró en la clínica y lo que estuve dispuesta a ver, escuchar y hacer escuchar. Qué el silencio no sea una forma más de violencia e invisibilización.

Para Aurora, mi cariño y mi deuda contigo. Para seguir insistiendo ahí donde el cambio se presenta como imposible, para continuar apostando a la vida, ahí donde la pulsión de muerte se presenta de formas que paralizan.

# INDICE

INTRODUCCIÓN .....	11
CAPÍTULO 1 .....	14
CONTEXTO.....	14
1.1. Contexto personal.....	15
1.2. Encontrando el camino para ingresar a la universidad.....	18
1.3. Ser y estar en la universidad.....	20
1.4. Prácticas clínicas .....	22
1.5. Contexto legal institucional .....	27
1.6. Primeros encuentros con la clínica por fuera de la institución educativa .....	29
1.7. Geografía y contexto .....	29
1.8. Historia Saldarriaga.....	32
CAPÍTULO 2 .....	33
CLÍNICA .....	33
2.1. Encuentros o cómo la clínica me encontró .....	34
2.2. ¿Cómo avanza y se nutre un saber?.....	38
2.3. Notas sueltas: Encuentro <i>a posteriori</i> .....	42
2.4. Casos clínicos .....	44
2.4.1. “E.” rasgos de psicosis o “la profecía del fin del mundo” .....	44
2.4.2. “A.”, lo que no se alcanzó a ver. ¿Cómo incluir a estos otros?.....	49
2.4.3. Abnegada o el maltrato en la vejez.....	58
2.4.4. “T.” de transexualidad .....	62
2.4.5. El Salvador que necesitaba ser salvado .....	65
2.4.6. Concepción.....	68
2.5. Concepción social acerca del tratamiento .....	70
CAPÍTULO 3 .....	72
TEORIZACIÓN.....	72
3.1. Aparato psíquico .....	72
3.2. Aparato y clínica .....	78
3.3. Transferencia.....	82
3.4. Asociación libre y atención flotante .....	84
3.5. Formaciones del inconsciente .....	87

3.5.1. El sueño .....	88
3.5.2. Olvidos y actos fallidos .....	93
3.5.3. El chiste .....	95
3.5.4. Síntoma .....	102
3.6. Fin de análisis, terminación del tratamiento .....	104
3.7. Mujeres profesionistas en la producción escrita .....	108
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>110</b>
<b>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS .....</b>	<b>110</b>
4.1. Cuidado del paciente .....	113
4.2. Autocuidado del terapeuta .....	114
4.3. No todas las curas son el análisis .....	115
4.4. Obra y efecto de la palabra (y ser de escuchado) .....	116
4.5. ¿El terapeuta materna? .....	116
4.6. Cuando el análisis deja de ser Amo en la dirección de la cura .....	116
4.7. Concluir .....	119
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>123</b>

## INTRODUCCIÓN

En la formación y ejercicio profesional la existencia de documentos de investigación, teorización y realización de propuestas resultan enriquecedoras, pues esto hace posible que los descubrimientos no queden aislados y no se quede en disciplinas que tiendan al individualismo, donde cada teórico elabore a partir de cero un saber (cuestión imposible), sino que haga posible la construcción del conocimiento colectivo, donde se muestren los avances obtenidos a partir de la experiencia. Posibilitando de esta manera ser cómo niños subidos a los hombros de gigantes, tal como reza la frase.

Freud fue capaz de hacerlo, gracias a su formación, el contexto histórico, social e intelectual, le permitieron nacer y crecer en el siglo donde el conocimiento era relevante. Su formación como neurólogo, su capacidad de observación y elucidación, pero más aún, un espíritu de investigador le permitió entrelazar sus hipótesis dejándose guiar por lo que ocurría en su ejercicio clínico, en su observación. Sabía, como médico, escuchar y formular hipótesis incluyendo el *decir* de sus pacientes -siendo esto uno de los pilares principales para modificar su ejercicio clínico a lo largo de su vida- y posibilitar más tarde la creación de un modelo de pensamiento que revolucionó el mundo científico y la forma en que se pensaba la constitución del hombre como especie.

La clínica era y es entonces fuente generadora de interrogantes de preguntas por analizar, pero también de “garbanzos de a libra”, de pepitas de oro, información valiosa para quien es capaz de escuchar.

Regreso al punto, gracias a quienes tuvieron la disciplina de traducir y continuar en la escritura tanto de la invención freudiana como de sus fundamentos, así como de pensarlos y repensarlos, es posible que al día de hoy haya quienes asistimos a las universidades buscando formarnos como psicólogos clínicos, donde se nos transmitan los fundamentos de la teoría y se nos permita la magnífica oportunidad de hacer práctica -como fue mi caso-, en una Clínica de Servicios a la Comunidad; institución punto de encuentro, que por cierto lleva cuarenta y cinco años acercando a profesionistas y a la comunidad que requiere de servicios psicológicos.

La teoría, que por cierto es basta, posibilita la transmisión y formación de profesionistas que trabajan e intervienen en el tratamiento del dolor y sufrimiento de lo humano. Por ejemplo: Freud, Lacan, Klein, Winnicott, Dolto, Mannoni, Allouch, más contemporáneos: Davoine, Rodulfo, Stravchansky, Flesler y demás autores de los que ustedes probablemente tengan más referencias.

Agradezco la existencia de tales textos, por su relevancia e importancia en mi formación, gracias a ellos la disciplina no nace cada día y se reinicia, no, los textos clásicos estarán ahí cuando necesiten ser consultados, pensados y debatidos, mencionando eso resulta importante advertir, que este documento no será un documento teórico, la razón es sencilla: no lo soy, no soy teórica, leo, algo entiendo, interrogo, pero no poseo esa virtud. Soy Clínica y como tal, el matiz de esta tesis es un documento clínico que busca transmitir y nombrar particularidades, abordajes y fallos de lo que se hace.

La teoría estará ahí, hay fabulosas aportaciones que despejan, orientan, aterrizan cuestiones clínicas, ahí estarán, para seguir consultando, mi aportación propone pensar y nombrar la clínica con nombre y apellido, nombrar por fuera de figuraciones que en ocasiones rayan en lo enigmático o en lo filosófico.

La teoría la utilizo para guiar, no para escudarse tras ella, para no ver lo que los encuentros clínicos muestran. Sugiero que nombremos con palabras propias lo que vemos, escuchamos y proponemos, lo que ocurre cuando no se sabe que hacer, lo que ocurre cuando sentimos el golpazo de un paciente en quién la pulsión de muerte se muestra. Breuer dio un paso atrás cuando lo inesperado surgió en el tratamiento de aquella paciente (Anna O.), no lo debemos hacer nosotros al creer que todos los escritos tienen que sonar más analíticos que el mismo Freud, no pretendamos hablar *lacanés* ahí donde por principio los diálogos clínicos enriquecerían más nuestra práctica.

El siguiente escrito puede leerse como un señalamiento a los efectos de la formación y más aún, los efectos de una práctica clínica que no estaban en mi imaginario antes de comenzar con el ejercicio clínico.

Otro de los objetivos es escribir, dibujar unos trazos que, si bien ni son los únicos, ni tienen que ser los mejores, porque de ese imperativo tuve que zafarme para que este escrito viera la luz, *o darlo a luz*. Nombrar de otra forma la articulación posible entre la teoría y la práctica, y no cualquiera, sino la propia.

Dicho lo anterior, este documento es lo que es, un intento por nombrar con voz propia fenómenos clínicos y sus abordajes.

# CAPÍTULO 1

## CONTEXTO

Cuando se habla de práctica clínica, suelen venir a la mente conceptos tales como: inconsciente, represión, formaciones del inconsciente, para acudir religiosamente luego a ideas acerca de la técnica por excelencia en el análisis tales como la interpretación, viniendo después a modo de coro la asociación libre, transferencia, por nombrar sólo algunas.

Y si bien éstas suelen ser las asociaciones que llegan a venir a la mente cuando se nombra al saber psicoanalítico, la propuesta en este documento es ampliar el campo de visión cuando se aproxima, se nombra, se piensa la práctica analítica.

Para ello expongo no desde lo general, sino del particular, no desde la clínica analítica, sino de la persona que sostiene la función de analista, psicólogo clínico o terapeuta, que es la forma en que los pacientes nos llegan a nombrar o las palabras socialmente aceptadas para referir a quien dirige la cura en el tratamiento.

En este capítulo se escribe acerca del sentido de una práctica en entornos comunitarios y la decisión de escribir y compartir algo de lo que ahí ocurre, que genera en esta Psicóloga Clínica la necesidad de interrogar, buscar y adoptar abordajes inesperados para pedidos y situaciones clínicas no presupuestadas en el recorrido formativo.

Para quien esto escribe hay una motivación, que la escritura, investigación y análisis de esta tesis pueda ser un llamado a sacar del “encierro” a la clínica analítica, ¿de dónde? del dogma estrictamente académico y del cual se corre el riesgo de transmitir un entendimiento parcial o sesgado de lo que la clínica implica.

La intención de la escritura es mostrar, documentar, cómo una psicóloga clínica al egresar de su alma mater, se encuentra de frente con la experiencia *in situ*, en contexto, en un entorno, una realidad que se encuentra a mucha distancia de lo contemplado, pensado y analizado tras los muros protectores de una facultad.

La psicología ¿para transformar?

Se podrá acaso pensar en un ejercicio profesional sin contexto (del paciente y del terapeuta).

El saber de dónde uno viene, llega a favorecer cierta comprensión acerca de las motivaciones de por qué uno hace lo que hace, en el caso de la autora, ver el hilo blanco de cómo se llegó/ llegué/ llevé una práctica clínica a la Comunidad y a modo del pensamiento sistémico, alcanzar a ver algo de las tramas: “todo tiene que ver con todo” dice mi *sensei*. Incluso a entender como hice sinthome del síntoma.

El analista no es sin su historia, no como un sujeto atado a ella, sino como una especie de hacer las paces y en lugar de eso, se convierta en propulsor: construir y no destruir.

¿Por qué se elige la profesión que se elige? ¿Cómo se transita por ella?, el contexto social de la universidad, la línea de pensamiento y de la puesta en práctica de lo aprendido.

¿Será acaso que, al mostrar la obra, se muestra el autor mismo, o mejor, la constitución del mismo? *¡Ea pues aquí el inicio!*

## **1.1. Contexto personal**

Un ejercicio implica por definición poner en práctica algo del saber transmitido/adquirido, un saber académico, por ejemplo. Ir adquiriendo pericia, llevar ese saber a dónde alguien lo requiera. En este caso, ese ejercicio también es una forma de retribución al lugar de nacimiento, es también congruencia con la educación pública a la que tuve acceso y me formó como profesionalista. Otro efecto más mundano pero que hay que nombrar es que da la posibilidad de sustento, de ganarse la vida.

La propuesta es que el espacio que se elige para ejercer eso llamada *clínica*, ha de ser un espacio de elaboración, análisis, reflexión en dónde, por cierto, las condiciones y particularidades del espacio donde se realiza participan.

Pero ¿cómo se llega a esto?, para un ejercicio clínico es importante en nuestra disciplina contar con un espacio ¿cuáles son los lugares para intervención? y ¿cuáles los escenarios desde dónde se pueden realizar? Esas fueron las preguntas iniciales.



Para encontrar un espacio dónde realizar el ejercicio de la profesión, el psicólogo ha de hacer uso de las herramientas con las que cuente, de su *saber-moverse* en el mundo, del estilo y personalidad del Clínico, llegándose a encontrar con las preguntas acerca de cómo se entra a una institución, cómo no se entra a una institución, por qué no se abren las puertas o como se elige no pasar por ellas, eso tendrá que ver con la visión y las posibilidades que se encuentren o mejor aún, con las decisiones que se tomen. ¿Quién decide eso? la persona que sostiene la función de terapeuta.

Y para abrir la conversación -porque esto se espera sea una propuesta de tesis-, un diálogo entre quién escribe y quien decide leerle, pregunto: ¿somos efectivamente de dónde venimos?, ¿las infancias cómo destino?

Nacida en una comunidad dentro de uno de los municipios del Estado de Querétaro, en aquel entonces con características enteramente rurales, hija de una familia de campesinos, tercera hija (la segunda que sobrevive) de cinco hermanos. Abuelas y madre dedicadas a actividades de cuidado de los hijos y realización de arduas tareas para abastecer condiciones básicas como agua, comida y limpieza.

A diferencia del día de hoy, en que es posible girar la llave del grifo y que emane agua, la familia y gran parte del barrio -forma de división dentro de la comunidad- acarreaba agua en botes, había una pileta en común, una toma de agua, una modesta versión de los arcos, un tubo conectado a una bomba de agua que abastecía una pila, un *algiber*<sup>1</sup> que contenía el líquido vital y que abastecía al barrio, una madre que buscaba leña seca caída de los árboles en el entonces existente cerro para poder alimentar los fogones, y con ello a sus hijos que esperaban alrededor y esta mujer a la par, madrugaba para poder llevar el maíz nixtamalizado previamente para poder hacer aquellos pequeños discos símbolo de la cultura mexicana.

Un padre que alternaba trabajos en el campo y más tarde que salía de la comunidad para trabajar en una granja avícola ubicada en el lejano Querétaro, en la naciente zona industrial, sobre 5 de febrero a la altura de la Carnation.

---

<sup>1</sup> Algibe: Es una estructura construida en el suelo, generalmente de forma rectangular o circular, que se utiliza para almacenar agua de lluvia o de fuentes subterráneas. <https://www.hidrotec.com/blog/aljibe/>

Abuelos con actividades agrícolas, trabajando la tierra toda la vida y dependiendo de la cosecha para sobrevivir, trabajar todo el año para vender en centavos el frijol, la semilla de calabaza y el maíz. Alternando trabajar en el tallado de cantera y trabajos esporádicos para los patrones de las haciendas. Abuelas que se las ingeniaban para alimentar y mantener vivos a sus hijos.

Una familia paterna mayoritariamente con varones y una familia materna predominantemente femenina. La abuela “Toña” en torno a quien giraba la vida familiar, protectora, paciente, amorosa aún, el abuelo de voz y temperamento recio, el que daba las órdenes, el que tenía la primera y última palabra. En contraparte una familia paterna desvinculada, fragmentada, un abuelo que hablaba poco, con palabras casi contadas, flaco, seco, junto a quien crecimos al darle mis padres un lugar, una abuela peculiar, con una risa ruidosa, muy buena o muy mala según fuera el caso.

Los primeros ocho años de la vida los viví, jugué, habité, en Saldarriaga, en “El Algiber” (sí, era llamado así por la gran pila de agua que abastecía a la comunidad), las personas se conocían, se saludaban, te reconocían por la línea familiar: “la hija de Socorro, nieta de Antonia, la nieta de “Mento”.

Nacida dentro de una comunidad, con usos, costumbres, tradiciones, creencias, rodeada de la convicción de hacer el bien, solidaridad, valores de creer en un mundo bueno. Sólo que el mundo aquel que conocía era uno con límites; la casa que habitaba, la de los abuelos, la escuela, el arroyo que estaba frente a nuestra casa en donde se reunía la bandada de niños vecinos para jugar, rodar en la pendiente dentro de una gran rueda, capaz de cantar, a veces llorar cuando uno se caía o enojarse porque no te juntaban a jugar.

Soy producto de una generación que depositaba las expectativas en algo llamado futuro, sin saber muy bien lo que eso significaba. Depositar las expectativas en que había un porvenir menos dificultoso o diferente a lo que en ese momento estábamos viviendo. Una familia con cinco niños pequeños, poca comida y casi en las mismas proporciones carencia de afectividad, no sabía lo que era la pobreza, pero sabía que mi padre muchas veces estaba

cansado, impaciente, rebasado por las necesidades de su familia versus lo que el fruto de su trabajo podía garantizar; lo primero superaba a lo segundo.

Es este el punto de partida, los orígenes que tengo y que pienso como intento de respuesta a cómo es que el investigador elige el tema de investigación.

Infancia no es destino, sin embargo, matiza los campos de interés y las lecturas de ciertos fenómenos.

## **1.2. Encontrando el camino para ingresar a la universidad**

Estudiante dedicada, buenas notas, altamente nerviosa durante los niveles previos a la universidad. La que, por cierto, no continuo de forma inmediata al egresar de la preparatoria. Familia amplia y todos los hermanos estudiando, fueron una de las causas para integrarme al mundo laboral, en el que permanecí más de un par de años.

La universidad me encontró o yo la encontré. Más que eso, la universidad me salvó, encontré la posibilidad de hacerme de un mundo, conocer amigos, profesores significativos, el mundo universitario y el encuentro de otros mundos en mismo espacio.

Pero ¿Por qué psicología?

¿Qué idea tenía mi familia de la universidad? No figuraba, desconocimiento de la institución, quedaba tan solo fuera del registro de pensamiento, algo de lo que no había antecedente en la familia.

La primera de mi familia en entrar, egresar y poner en ejercicio una profesión universitaria.

Y eso ¿con qué se come?

Decido postularme para ingresar a la universidad, si bien fuera del tiempo convencional, soy aceptada en la Facultad de Psicología y es ahí donde con más dudas que certeza, comienzo la formación universitaria. La formación requirió cuatro años, tras los cuales egreso y obtengo un título como Licenciada en Psicología Clínica y ahora a años más de distancia, estoy a unos pasos del grado de Maestría.

Ahora, la importancia para recorrer los pasos del lugar del cual provengo, las condiciones de vida y de la formación a la que tuve acceso, dan sentido al estilo, personalidad de la forma de ser y estar en el mundo. Pensar, elaborar, analizar, ¿por qué no? también proponer tiene una conexión con las raíces. Me apoyaré en la metáfora para pensar y pensarme en torno a la anterior afirmación:

*Órgano de las plantas que crece en dirección inversa a la del tallo, se desarrolla en tierra o en otros medios, absorbe de estos o de aquella las materias para el crecimiento y desarrollo del vegetal y le sirve de sostén”, “Parte de una cosa, de la cual, queda oculta, procede lo que está manifiesto”, “Parte inferior o pie de cualquier cosa”, “Causa u origen de algo”.<sup>2</sup>*

La raíz, las propias como motivación, generadora de convicciones y sensibilidad a lo que ocurre en los entornos donde la investigadora se desarrolla. Las raíces como influencia para no apostar por una práctica elitista, el interés de incluir a los excluidos, la búsqueda de que la formación y el ejercicio profesional logre tener incidencia en las tierras de dónde provengo.

Una práctica no sólo de lecturas, sino de acciones políticas (propuestas y ejercicios que puedan tener efectos en la realidad de las comunidades donde habitamos y de la comunidad epistémica de la que formamos parte).

Mis raíces alimentan y dan guía a que el saber que se me transmitió pueda llegar a tener un efecto, ser generadores de cambios positivos en el entorno en el que me muevo. Así mismo propiciar que otros encuentren condiciones favorables para su crecimiento, escuchar al que decide escucharse y acompañar en el tratamiento a quienes estén dispuestos a salvarse del desvalimiento en que estructuralmente a veces se encuentran.

Mencionar lo estructural pensando en una relación de aspectos sociales, culturales, de seguridad, trabajo, vivienda, política, que forman un tejido que forman a su vez un sistema cuyo funcionamiento permea en la realidad de las personas y considerando que quienes asisten a consulta son personas que viven, trabajan, estudian, pagan impuestos, acuden a

---

<sup>2</sup> Real Academia Española de la lengua, para su consulta en la web

servicios de salud, pues resulta importante considerar también estos aspectos como generadores de subjetividades,

Ser y estar en un mundo, no en las abstracciones, no en los casos dentro de los libros, dentro de la biblioteca o el salón de clases, no ubicada en un tiempo y espacio, esto aplica para los pacientes, como también para el investigador del psiquismo y su funcionamiento.

Entonces, el recorrido por la historia particular da pie para entender la sensibilidad y el interés del investigador. El investigador no es sin su historia y la historia puede llegar a ser algo que nutre, que produce.

### **1.3. Ser y estar en la universidad**

Primer intento por ingresar a la universidad, sorpresivamente y positivamente, lo logro tras años de pausa académica. Qué emoción, alegría, miedo.

¿Y ahora?

Ser una estudiante distinta a la media del grupo académico en que inicio mi estancia universitaria, trabajar y estudiar tiempo completo, fines de semana los últimos dos años, fue un acontecimiento, con sus dificultades, pero con un sentido y convicción de aprender, ser universitaria.

Estudiante dedicada, constante, pero no brillante, todos parecían saber bastante de Psicoanálisis, que es el eje disciplinar que distingue a la facultad de psicología que me alojó y de la que, como todo alojamiento, ha de ser temporal y llegado el momento, egresé.

Estando en la universidad hubo la posibilidad de encontrar otros con quien era posible, dialogar, diferir, reír, construir, incluso espejarse; encontrando semejanzas y diferencias. Población de diferentes latitudes geográficas, algunas compañeras foráneas, de otros municipios y estados. También de estilos, extracto social y personalidades dispares, académicamente implicados también distintamente. Aun así, la algarabía de la juventud, las ocurrencias y el no saber, pero querer saber o entender algo del enigma de la propuesta primero freudiana y casi terminando, comprender algo de Lacan.

El turno vespertino, parte de una generación en que los maestros grandes se estaban retirando o quienes elegían los turnos matutinos, con la posibilidad de que nuevos aires, maestros jóvenes dieran las clases y transmitieran el saber analítico, revisión de textos de los cuales resultaba complicado trabajar a modo de seminario, poca disposición a trabajarlos como estudiantes, un aplanamiento intelectual que a la distancia veo como la ley del mínimo esfuerzo. A la distancia se alcanza a ver que la no existencia o al incipiente ejercicio clínico en ese momento pudo ser el motivo para que no hubiera realmente implicación y un impedimento para que las clases se convirtieran en seminarios de trabajo, donde el debate y profundización llegará a estar presente.

La revisión de textos es la base mediante la cual se construye la formación, lo que Freud en 1900 vio, escuchó, se cuestionó en la consulta clínica y a la luz de su propio tiempo pudo elaborar en sus abordajes y en la documentación y formalización de los mismos hallazgos, pero curiosamente en la transmisión, pocas veces hay algún atrevido intelectual que comparta viñetas, hipótesis, preguntas clínicas propias, se identifica el temor a planteamientos propios ante la posible (e imaginaria) desautorización de los que se mueven en el mundo psicoanalítico.

La existencia del cuerpo teórico es importante, pero no ha de ser al pie de la letra, hay que codificar, matizar, problematizar con las realidades que viven los entornos donde los psicólogos clínicos en formación se introducirán a la práctica, pues se lee, piensa, dialoga para una realidad de 1900, dónde los pacientes se tendían al diván, rodeados de gobelinos de oro y asistían múltiples veces en una semana.

Esa falta se alcanzará a ver en la primera recepción de paciente, en las primeras entrevistas, en las llegadas de nuevos pacientes con enigmas aún por escuchar o cuando un tratamiento se encuentra atorado. Hay algo que la formación da y hay algo por deseo propio que hará propiciar talvez otra vuelta para leer, problematizar o interrogar en los textos, pero con conexión a un fenómeno clínico actual que se materializa en la persona que busca atenderse y saber de lo que le está ocurriendo y busca también salir de ese circuito.

Algo entonces se alcanza a aprehender en las aulas y mucho escapa al sentido, esa falla invita (es una solución posible, pero no en todos los casos) a buscar el encuentro con la lectura, pero también y es esa la provocación, a la escritura y abrir el diálogo con esos otros que guían el ejercicio analítico, ya sea para sumar, para coincidir o para interrogar y proponer.

#### **1.4. Prácticas clínicas**

Una característica formativa en la facultad era cursar cuatro semestres en área básica, un tronco común en el que se concentra la población estudiantil y que sienta la base así, en común de lo que será llegado el momento, a elegir un área de especialización.

Psicología clínica, psicología educativa, psicología laboral, psicología social, son las áreas posibles de especialización en esta facultad, pues bien, ahí dónde llegué creyendo que la psicología era una, voy escuchando, asimilando, descubriendo, que no, que no hay sólo una, que hay diversas ramas de la Psicología, es decir, los abordajes son plurales enfocados en aspectos específicos del espectro de lo humano.

Posibilidades más amplias, así como los rubros de lo humano.

La elección fue psicología área clínica, eso fue algo que empataba con la visión del efecto que suponía estaba implícito en el ejercicio de la profesión. La clínica guardaba correspondencia con la búsqueda de que un saber había de tener efecto en aportar algo en el campo donde se intervenía, “ayudar a las personas” se decía y cuestionaba en las aulas, posibilitar que los pacientes se salven (ellos mismos), encontrar la urdimbre que hace que el entramado con el que llegan los pacientes sea.

Estando en área, el enfoque es la profundización de los conceptos analíticos, temas, autores y estudios de casos freudianos.

Durante cuatro semestres más escuchamos, pensamos, analizamos la obra analítica, revisamos los textos, esos son/serán nuestra guía. Le dedicamos el tiempo del que se dispone siendo estudiante y en aula con el grupo académico, a estudiar y ver a través de una ventana, que -lo pienso ahora- en donde la realidad queda acotada, trasladada y traducida a fenómenos y cosmovisión analítica desconectada de un escenario en el que ello ocurre.

No se patea la cuna que nos alojó, no, pero vaya que puede llegarse a causar cierto sesgo, incluso enajenación con lo analítico.

Los propósitos de Freud, posiblemente junto con la construcción de un cuerpo teórico, luego una disciplina, fueron formalizar, formar y transmitir su descubrimiento y fundamentos - ¡vaya que lo logró! -. Generó un parteaguas en el modelo de pensamiento y visión del humano y de *lo* humano. Sin embargo, si bien la invención freudiana aportó otra mirada y escucha a los fenómenos clínicos, se ha quedado instalado en algunos espacios, entre ellos los universitarios -donde hay esta línea formativa- se ha llegado a convertir en un sesgo, en convertir en verdad única, absoluta, en canon. Pareciera que antes de dar una lectura del fenómeno a indagar, se suele anteponer un “Freud, Lacan dice”, Los escritos, los seminarios, tal autor, etc., etc. ¿Será que se elige la posición de seguridad dónde exclusivamente las lecturas han de ser únicamente analíticas y no se da la oportunidad de tener otras lecturas posibles -que ni siquiera tendrían que ir en contra- pero que enriquecerían la lectura o la intervención? Puede ser el narcisismo del terapeuta que se protege a través de lo que está dicho, comprobado y aceptado por la comunidad epistémica antes de hablar con hipótesis propias, para no “equivocarse”.

Regreso un poco, no a esa certeza, sino al recorrido académico.

Casi a la par de elegir área de especialización, se tiene la posibilidad de elegir una práctica clínica -porque ha de saberse, que no se inicia la práctica clínica al egresar de la universidad-; habiendo prácticas que no se encierran a la revisión documentales, sino que se vinculan con las Centrales de Servicio a la Comunidad donde es posible atender junto con una supervisión de Maestros, de clínicos con las credenciales para acompañar, supervisar y guiar la intervención.

Prácticas en hospitales, Psicodiagnóstico, Infancias y adolescencias, Psicoterapia, Desarrollo psicosexual infantil, Acompañamiento terapéutico, Psicodinámica de grupos (RED), entre las que recuerdo y cómo las recuerdo.

Para este punto, nuevamente hay que elegir y el material del que dispones para dicha elección son dos estancias de tres sesiones cada una, donde se conoce por encimita los objetivos y



directrices de trabajo, así mismo el bastión desde el que operan. El Clínico en formación se ve guiado por la identificación con el titular de la práctica, la afinidad de la propuesta con los intereses propios y las expectativas del campo de inserción -hay posibilidad de un par de estancias en dos prácticas que se hayan destacado en el campo de interés del estudiante-.

En el caso de la autora, se interesó en Práctica clínica en hospitales y en Psicodinámica de grupos (R.E.D.).

Y algo ocurre que tiene que ver con la ética, valores y visión de los aspirantes que da pista y favorece elegir, en una de las estancias, algo ocurre y mientras una aspirante a cierta práctica se expresaba con algarabía de su experiencia en una actividad de acercamiento a un lugar de espera donde las personas precisamente esperan noticias de sus familiares internados o incluso esperan atención, escuché su celebración al haber podido estar cierto tiempo en ese recinto, como observador no-participante y no haber sentido nada (haciendo énfasis en nada, nada con mayúscula). Esa narrativa me horrorizó, me indignó incluso. Me pregunté por primera vez qué es lo que se hace con el dolor y motivos de consulta de otros y fue entonces cuando se descarta en mi caso una posición y trato indolente e irrespetuoso, al mismo tiempo que descartar esa práctica como espacio para hacer de ese desdén una práctica propia.

Y es ahí donde se está en contacto con el sufrimiento de otros, ya no es tras las páginas, ya no con la viñeta o recorte que algún docente bondadosamente nos muestre de su clínica, sino con la pulsión de muerte más intensa de lo normal si es que eso es posible, y si bien resulta cierto que hay que tener cautela y no mimetizarnos con el material del paciente (para dicho propósito, el análisis personal y la supervisión serán herramientas indispensables) resultará también cierto que es ahí donde también es necesario poner en duda la neutralidad del terapeuta y de la asepsia con la que a veces se pretende o se dice que hay que proceder, es ahí donde hay la posibilidad de tomar postura -aunque esto no se menciona durante la formación-.

Y es así, que elegí, sin saberlo, al menos no *a priori*, una práctica que alojó, fomentó y generó la posibilidad de elaborar conjeturas, lecturas, ideas respecto a casos reales y cercanos en entornos populares donde la aplicabilidad y pertinencia de las intervenciones en un “barrio

bravo” de la ciudad de Querétaro, no daba pauta a intervenciones del siglo pasado, donde el lenguaje, motivos de consulta, capacidad de pago, entorno sociocultural nos colocaba a mayor distancia de la que existe geográficamente entre Viena, Francia y Querétaro, una distancia histórico- cultural-social.

La práctica elegida: Psicodinámica de grupos, grupo R.E.D. (Recepción, entrevista y derivación), se alojaba dentro de otra figura relevante en la Universidad Autónoma de Querétaro que vincula el saber y formación universitario con la solicitud de atención de sectores de la población: Ce.Se.Co.<sup>3</sup>, en particular la Ce.Se.Co. Norte, enclavada en la parte norte de la ciudad, en la colonia San Pedrito Peñuelas, coordinada en otros tiempos por la figura representante y representativa dentro de la facultad, el otrora director, docente, fundador de la propuesta de una cápsula del tiempo: “pozo de lo inconsciente”, dedicado a la transmisión de la experiencia clínica quien incentiva, casi provoca una posición de compromiso y despabilo de los estudiantes: Manuel Guzmán.

Con este A.D.N., clínico institucional sumado a la formación se va perfilando sin saberlo aún, una dirección y personalidad clínica semi propia. Dicho de esta forma, la genealogía personal, la genealogía académica, y las elecciones y posición acerca de dónde y cómo se hace ejercicio de la profesión, dará una personalidad, un estilo, un estilo y más aún, la construcción de una posición ética al respecto.

Así entonces, fue que se inaugura la posibilidad de hacer prácticas clínicas en un consultorio de dos por dos metros cuadrados, o en uno más pequeño, de uno por dos metros, donde pacientes de carne y hueso, con motivos de consulta por fuera de los historiales clínicos y la forma de hacer síntoma, siendo también este el comienzo de separación, de individuación ante la visión y transmisión de los conocimientos obtenidos en mi facultad.

Consumo de sustancias, relaciones destructivas de pareja, depresiones, duelos, entre otros, que, al ser los primeros encuentros, causan efectos en los psicólogos en formación, confrontan con el miedo de no saber, con trastabillar y dudar si uno puede con *eso*. Con el

---

<sup>3</sup> Central de Servicio a la Comunidad, instancia creada hace cuarenta y cinco años en respuesta al compromiso social que la facultad de psicología veía con la comunidad, que posibilita a estudiantes de los últimos semestres tener una aproximación a la práctica clínica supervisada con maestros con trayectoria y experiencia clínica.

descubrimiento de que lo que ahí se lleva provoca respeto y miedo, al mismo tiempo que un recordatorio del cuidado con que se ha de abordar, supervisar e incluso en qué espacios se va a hablar de material confidencial. Es así que, con un incipiente bagaje teórico, por más que te proteges, te ves descolocado, mientras sigues la sesión desde la cámara de Gesell, descubres que estas llorando, luego de escuchar a una mujer que junto con su esposo dice que hace cuatro días su hija se quitó la vida. Eso no se ve venir, el encuentro con lo inesperado. Eso es la clínica.

Los espejos de la Cámara Gesell<sup>4</sup> nunca fueron tan gruesos como para evitar sentir y eso, en ninguna clase lo había escuchado, menos aún pensado, la posibilidad de que la persona que sostiene la función de terapeuta pueda ser trastocado, sentir efectos de la clínica. Esos efectos son transferenciales y hay que escucharlos, no como obstáculos sino revirar y devolver al paciente, que sean sensores y no topes en el tratamiento. A propósito de eso dice Freud en 1912 en el tomo doce de sus obras completas:

Al fin uno cae en la cuenta de que no puede comprender el empleo de la transferencia como resistencia mientras piense en una «transferencia» a secas. Es preciso decidirse a separar una transferencia «positiva» de una «negativa», la transferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles, y tratar por separado ambas variedades de transferencia sobre el médico.<sup>5</sup>

En este punto bien se puede agregar algo más y esto es que el analista, el psicólogo clínico, el terapeuta (formas de nombrarse y ser nombrado) al estar dentro de una ecuación terapéutica, los efectos no sólo son *sobre* el terapeuta, también lo son *en* el terapeuta.

Fue ahí en la Ce.Se.Co. Norte, dónde comienza el camino de salir de las aulas para iniciar/entrar en práctica, seguir (estar, escuchar, analizar, desarrollar pensamiento analítico) supervisar en grupo, redactar expedientes clínicos, contactar pacientes, darse cuenta y

---

<sup>4</sup> La Cámara Gesell es la disposición de un consultorio con dos espacios, el primero espacio donde se recibe a los pacientes en el caso de Ce.Se.Co. Norte, en sesión grupal, donde el Dr. Manuel Guzmán guía la sesión/entrevista acerca de motivos de consulta y otra habitación separada mediante un espejo a modo de pared, donde estudiantes que se encuentran en sus últimos semestres de formación siguen la sesión, observan y escuchan la dinámica grupal e individual de pacientes y terapeuta. Todo ello con el consenso de los asistentes a dicha sesión.

<sup>5</sup> Sigmund Freud. "Sobre la dinámica de transferencia". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrotu. 2006), t. XII pág. 102.

permitirse descubrir que el terapeuta es también superficie dónde impacta lo que el paciente lleva a trabajar a sesión.

Resulta complicado el reconocimiento de que el terapeuta siente, que tiene sensores que dan cuenta de su humanidad, que no se deja fuera del consultorio, que se le puede dar un giro para que resulte en pro del tratamiento. Aquí se mencionará que es importante diferenciar mociones sexuales de mociones tiernas, las segundas pueden propulsar el tratamiento, las primeras serían un desliz de cuestiones no tramitadas, analizadas y resueltas en análisis del analista y por lo mismo, material que interfiere en el análisis, y que es una infracción ética en la posición de poder en el que el analista llega a ser colocado.

Respecto a las mociones que pueden ser motor del tratamiento, el Clínico puede negarlas, combatir las, la propuesta aquí es escucharlas pues dan pistas acerca del caso, permitirse no sólo poner “cara de palo”, el uso de lenguaje solemne, el no inmutarse, emular lo que los padres de Psicoanálisis transmiten en sus escritos como intervenciones clínicas, la invitación es que la función de analista no anule a la persona que sostiene tal función.

La práctica enseña a despegarse de la versión acartonada, alejarse del prototipo de tener una imposta de voz diciendo: “diga usted todo lo que venga a su mente”, distinguir que hay un riesgo de caricaturizar y desviarse del fin que en algún momento pudo tener el análisis. Escuchar, estar, acompañar, intervenir y transitar con el dolor de los que buscan hacer algo con ello, el tiempo suficiente para que logren hacerse de una vida vivible.

## **1.5. Contexto legal institucional**

Lo primero para concluir el trayecto y salida de la universidad, es tramitar y presentar la documentación que se requiere, para la obtención de un título como psicóloga clínica, y es que si se logra reunir los requisitos adicionales a la acreditación de las materias, liberar servicio social, liberar prácticas profesionales, presentar fotografía, realizar algunos pagos, agendar día de titulación, es cuando se verá materializado en una ceremonia en que los representantes de la facultad, alguno de los maestros y los invitados serán quienes a modo de testigos, dan fe, de un modo de concluir ese tramo de la formación dentro de las aulas.

Y así ocurrió, “Licenciada en psicología clínica” ¿y ahora? ¡Ah! pues tramitar la cédula profesional que es una forma más de acreditar ahora ante el Estado la formación profesional. Porque por muy análisis que se haga, es importante recordar que se es ciudadano, con una ubicación geográfica, en un mundo tangible, donde existe una legislación de una práctica psicológica. Quizá sea un ancla para no “psicotizarse” y quedar atrapado en la jerga psicoanalítica.

Bueno y ahora ¿qué sigue? en ese momento ya existía un antecedente dentro de la Central de Servicios a la Comunidad, con prácticas profesionales, experiencia también dentro de una institución como la Unidad de Hemodiálisis interviniendo con personal de enfermería, trabajo con usuarios de un centro de rehabilitación de consumo de sustancias llamado: Luz de Vida, y así con credenciales bajo el brazo (título y cédula) se sale para el encuentro con algo distinto.

El paso natural en ese momento era insertarse en el campo laboral, situación que se intentó en ocasiones, tal fue el caso en la Secretaría de Seguridad Pública, el Instituto de la Mujer, una casa de descanso de adultos mayores, una guardería, un programa de atención a temas de violencia contra las mujeres. Hubo entrevistas, en alguna aplicación de psicométricos y reiteradas fueron las veces que a modo de observación, experiencia no había, al menos no una con los criterios que cada institución establecía; lo que ocurrió en los ejercicios dentro de la universidad no les causaba interés, le seguía la consigna de nombrar algo distinto a la universidad, por fuera de ella, es decir socialmente, particularmente en las entrevistas a las que acudí, el trabajo, la supervisión, la escritura, trabajo social que se había realizado no tenía validez y efecto para las entrevistadoras, lo último que escuché como motivo era que no había una formación con enfoque de género, tan socorrido hoy, y es cierto, no había una formación así, pero paradójicamente cancelaron la posibilidad de ampliar los horizontes y permitir entrar a la institución.

Y es ahí, en esta búsqueda de la experiencia, dónde ocurre un *impasse*, una discontinuidad entre el pensamiento como estudiante y la inauguración de uno como psicóloga clínica, como profesionista, entre las expectativas y la realidad, el entorno, el discurso en el ámbito universitario versus la realidad de la profesión, el rompimiento de la burbuja imaginaria. La

nueva tarea es como integrar lo que sabía, la formación y como hacer un despliegue en entornos reales a la vez que proponer ante los obstáculos discursivos (imaginarios) pero que obstaculizan.

### **1.6. Primeros encuentros con la clínica por fuera de la institución educativa**

Inicia así un recorrido por fases en las que hubo un primer intento de fundar un grupo de trabajo con colegas para abrir un consultorio, planeación, deserción, cambios de planes, temas de salud llevaron a que meses después de frustración, se logra materializar un espacio de consulta que nada se parecía a lo supuesto, a lo imaginado, cuya sede se encontraba en una zona popular de la ciudad.

A la par y en la búsqueda de un espacio para atención a una consultante, me acerco a un espacio en la colonia Obrera siendo esto el pretexto para conocer a un grupo de psicólogas clínicas egresadas de la misma facultad y quienes me hacen -más tarde- una invitación para colaborar en un grupo terapéutico con niños y padres. Esta fue la primera experiencia generada adicional y fuera de la protección del *Alma Mater*, del arropamiento de mis profesores, estos fueron mis primeros pagos que recibí o que pagué por ejercer la profesión.

A la par había movimientos, una constitución pausada de un consultorio sin pacientes, un ejercicio clínico grupal con niños que me retaba a pensar y a poner en juego el cuerpo, asistir esporádicamente a entrevistas que no tenían llamada para segunda entrevista y de manera real, la necesidad de realizar otras actividades ajenas al campo que me generara algún tipo de ingreso para sostener mi análisis personal, el acondicionamiento del consultorio y cuestiones esenciales para la vida. Porque sí, eso también llega a ocurrir, profesionistas en situaciones financieras entreveradas para poner en movimiento un proyecto.

### **1.7. Geografía y contexto**

La clínica, el ejercicio clínico de esta que “cliniquea”<sup>6</sup>, se da en un espacio definido, una ubicación en específico en el mundo, no Europa, no Viena, no la Ciudad de México, no el Campanario ni la torre TEC., no, la ubicación es una comunidad en un municipio aledaño a la capital: El Marqués, quien debe su nombre al Marqués de la Villa del Villar del Águila, quién fue benefactor de la ciudad de Querétaro y de la estructura que abasteció de agua a la ciudad en 1700 y que al día de hoy da presencia cultural y turística al Estado.

Pues en este municipio sede de encuentros en tiempos revolucionarios, queda atravesado por las vías del ferrocarril, que lo conectan a otros municipios y Estados. La comunidad en cuestión es Saldarriaga, la cual curiosamente también queda entre dos cruces, la vía “vieja” y la vía “nueva” o más actual, más aún en 2004 se inaugura las operaciones otra vía, una aérea, del Aeropuerto Internacional de Querétaro.

El Marqués cuenta con ciento noventa y un localidades de las cuales según el censo del INEGI<sup>7</sup> al 2020, Saldarriaga es el primero en localidades con mayor población, cuenta con veintiún mil quinientos dieciséis habitantes, con porcentajes equitativos de hombres y de mujeres, con escolaridad básica y con un porcentaje de migración por trabajo que proviene fuera del Estado de Querétaro de un cuarenta y cinco por ciento, porcentaje alto debido a la expansión del sector industrial particularmente el aeroespacial.

Según el censo el cincuenta por ciento de jóvenes mayores a doce años se encuentran incorporados a alguna actividad laboral, así mismo como el pico en promedio de grado académico es la secundaria y de ahí en decremento.

Ubicado entre cerros y cañadas para acceder a ella, la mancha urbana le fue absorbiendo y tierras que históricamente fueron dedicadas al cultivo ahora se han transformado en metros, hectáreas de fraccionamientos, lo que en otro tiempos eran áreas disfrutables de ver y caminar y cultivar, al día de hoy son fraccionamientos habitados por nómadas que por motivos de

---

<sup>6</sup> Neologismo que hace referencia a hacer Clínica

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, es un organismo que coordina un sistema de recolección, análisis y estandarización de datos proporcionando un perfil poblacional (edad, grado académico, estado civil, acceso a servicios) y un censo económico del país desde las localidades hasta las grandes urbes y el país en su totalidad.

trabajo u otros, se movilizan al interior del país, dándole un cambio a lo que en otro momento fuera un pueblo con usos y costumbres, que por cierto se autorregulaba con la existencia de delegados que impartían la ley.



## 1.8. Historia Saldarriaga

Existen registros documentales desde 1920, donde aparece en planos históricos de La Cañada, con la inclusión de poblados que figuraban, entre ellos, Saldarriaga.

En 1529, el poblado era nombrado “Churrias” con el significado en otomí de “Retorno del último lugar”<sup>8</sup>, en referencia a ser la última parte dentro del llamado Andamaxeí o Juego de pelota, que es el nombre en que se conocía a La Cañada, ahora cabecera municipal, que se liga a la forma en que Conín al llegar a radicar en Andamaxeí, le dio nombre -será cómo un intento de rescatar lo que concedió a la avanzada española-.

Más tarde esa tierra fue repartida entre los hacendados, y así hasta la repartición de la tierra en la revolución.

Saldarriaga es conocido por la leyenda del “Robin Hood mexicano” Jesús Arriaga, que se dice nació en 1858 y que habitó en una casona que sigue en pie al día de hoy llamada “Los portales”, quien persiste como una leyenda y descrito como un bandolero ingenioso, que curiosamente se describe como un forajido social, finalmente es capturado tras el robo en una relojería en el centro de Querétaro, siendo el jefe policial Rómulo Alonso quien lo aprehende, por ese motivo terminará sus días en San Juan de Ulúa<sup>9</sup>.

Hasta aquí avanzo para concluir que lo escrito puede fungir como una forma de registrar, reconocer para luego analizar la conexión entre investigación, objetivos y motivos fundantes en la forma en que se habita el mundo, elección de la profesión, líneas de pensamiento e intereses que motivan, impulsan lo que cada uno hace.

Esto funciona muy bien si se analizan el nacimiento de la clínica analítica, de su transmisión y fundación de facultades y escuelas, pero en lo que este documento respecta, el inicio es de lo particular a lo general y en esto, el psicólogo clínico, que por cierto hace clínica analítica, no queda exento.

---

<sup>8</sup> Según el portal <https://elmarques.gob.mx/historia/> proveniente de un otomí antiguo.

<sup>9</sup> De estas historias me vine a enterar mientras estudiaba la secundaria y leíamos el libro de texto de aquél entonces, cuyo nombre no pude rastrear, salvo el contenido en mi memoria.

## **CAPÍTULO 2**

### **CLÍNICA**

Los antecedentes personales y profesionales fungen como un punto anterior necesario para entender la postura ética-práctica actual de la autora. El marco de su historia muestra procedencia, sentido, dirección y una orientación a quien sostiene la función de psicóloga clínica.

Este documento es, una especie de antesala a lo que está por venir.

Con una historia que antecede la decisión de una formación como psicóloga clínica; el hallazgo de conocer la intervención individual y también grupal, primero como revisión bibliográfica freudiana, luego en alguna institución para un diagnóstico institucional, seguido de una estancia de año y medio en una clínica de servicio a la comunidad. Así sin darse cuenta, un estudiante durante su formación académica se va construyendo un “nombre y un apellido”, es decir hay una transformación gradual en la visión; la forma en que se percibe la profesión, la función de un clínico y más adelante la forma en que la función permea al sujeto viviente que la personifica.

Hay un “twist”, y así Araceli, la hija de Socorro y Jesús, nieta de Paz e Isaac, de Toña y Sacramento, la hermana de Verónica, Rubén, Arturo y Roció, ahora se añade otra referencia que es la de: Psicóloga Clínica egresada de la U.A.Q., generación 2014-2017, de la práctica de Psicodinámica de grupo R.E.D., con actual ejercicio profesional da origen a una modificación, el efecto que la experiencia en la universidad añade una genealogía, un A.D.N. académico.

Psicóloga Araceli, generación 2014-2017, Grupo R.E.D., y se agrega a cada uno de los docentes que aportó, que transmitió algo de su saber (hacer y no hacer), Primer semestre: Pablo, José Antonio, Manríquez, Paulín, Melisa y Javier. Segundo semestre: Erik, Aldeco, Calderón, Pablo; Fernando, Angie. Tercer semestre: Ariel y Raúl, Paulina, Velia; Pablo, Padilla. Cuarto semestre: Neza, Aldeco e Isaí, Velia y Raúl, Chema. Quinto semestre: Marimar, Maru, Nubia, Araceli y Velia, Izel, Ariel. Sexto semestre: Fernando y Michael, Maru; Velia, Araceli, Manuel y Marimar. Séptimo semestre: España, Manuel, Araceli y

Fernando, Marimar y José Antonio, Cathia. Octavo semestre: España, Marimar y Charo; Jesús, Araceli, Cathia, Manuel. En la maestría; Primer semestre: Tamayo, Calderón, Germán. Segundo semestre: Emilio, Tamayo, Germán y Araceli. Tercer semestre) España e Isaí, Galindo y Araceli. Cuarto semestre: Araceli.

Y para que esta transmisión, legado, tenga sentido y pase de un conocimiento no sólo teórico, ha de tener efectos en el entorno, en el o los universos dónde cada psicólogo hace clínica o intervenciones, de otra forma sería un recital y letra muerta y en una concepción personal de las ciencias y los saberes es que eso ha de tener un efecto de mejora y bienestar para las personas.

Para ello, el capítulo de Clínica es una síntesis de lo *otro* no presupuestado en la formación y en ocasiones ni en las expectativas de los psicólogos en formación que acontece en el encuentro clínico, solo que en un contexto específico y por fuera de los clichés. Es precisamente una puesta en juego de los saberes y en ocasiones el reconocimiento del no saber-hacer, de descubrir los límites propios y en ocasiones los de la disciplina, esto como principio para otras elaboraciones, lecturas y propuestas de intervención en respuesta a lo que la clínica te muestra. Que por cierto suele ser muchas veces inesperado.

En este caso la intención no es hacer un inventario de pacientes, sino nombrar alguna de las particularidades que rompen el estereotipo de la forma en la que se puede llegar a pensar (en la que en la formación se presenta) acerca de los pacientes, motivos de consulta e incluso la idea de lo el tratamiento ha de ser.

## **2.1. Encuentros o cómo la clínica me encontró**

El egresar de la universidad, con título y cédula profesional bajo el brazo, podría pensarse como el inicio del ejercicio de la profesión, pero ¿cómo ocurre? acaso en automático el mundo sabe que hay un nuevo profesionista en el campo de la salud disponible, ¿usamos nuestra telepatía para enviar las señales y atraer a quienes tienen un pedido de atención? no, no es así y aquí la frase tan socorrida de singularidad, tiene sentido.

Cada Clínico tendrá una forma particular de iniciar su ejercicio clínico, de recibir un pedido de atención.

La tesis en este documento es que el pedido hace al analista, pues puede haber alguien que ha tenido la formación, acude a seminarios, congresos, sigue en formación, va a análisis, pero no tiene práctica clínica. Es necesario que exista una dialéctica entre pedido y alguien que sostenga la función de analista para pensar en un ejercicio clínico.

¿Quién encuentra a quién?, será acaso un tema de sincronía, es necesario han de saber, la existencia de una persona que busque iniciar el tratamiento (para saber, vivir, dejar de sufrir, recomponer, continuar por fuera de lo cíclico) y un terapeuta decidido que no huya, porque en ocasiones lo que lleva a buscar terapia, aterra, duele, mueve incluso al mismo analista.

Pues bien, regresando a cómo es que tal encuentro ocurre y a diferencia de los analistas clásicos, que construían renombre y cuya comunidad no era tan extensa como al día de hoy, pues ahora hay quienes se apoyan de los avances en la tecnología de información para hacer difusión de su consulta, hay quienes también llegan por recomendaciones de algún paciente, de algún colega, de profesores de la universidad y es eso lo que invita a la reflexión si el pedido es del paciente o del terapeuta.

Mejor aún, el pedido de un posible paciente encuentra al psicólogo, siendo del orden del acontecimiento, de sincronía, donde hay alguien que solicita la atención y alguien en disposición de escuchar para analizar y propiciar el paciente elabore a partir de lo que lleva y llega con él.

De aquí la importancia acerca de cuáles han sido los efectos de la historia personal, institucional, la formación, el análisis, el deseo de alguien para formarse como psicólogo que se anudan a los motivos de consulta, manifestaciones del síntoma, un mundo cambiante como escenario y la existencia aún de alguien dispuesto a escuchar, trabajar y darle no sólo la escucha sino la voz a ese que sufre, no para apapacharlo (al menos no siempre) sino para que se haga cargo, que su versión del Otro malo y perverso no lo aplaste, ni a su persona ni a su deseo.

A la mitad de la carrera y para solventar gastos, inicié un trabajo de fines de semana, mismos que se extendieron un tiempo más, el lugar fue en el Marqués, Saldarriaga, comunidad en la que nací y viví los primeros años de vida, ahí alguien de la familia materna necesitaba una auxiliar en una tienda de dulces y es así como domingo a domingo adicional a mis actividades Académicas, desempeñaba la labor también de tendera.

Había un plan previo en mente mientras cursaba la formación, de lo que ocurriría al incorporarme a la práctica de la profesión, pero resultó que la situación no estaba ocurriendo así, planes fallidos de constituir un consultorio con compañeros de formación, una invitación a una colaboración grupal inesperada, un empleo dominical y de pronto, algo de lo no presupuestado ocurrió, alguien se acerca a preguntar si ¿ahí hay una psicóloga? Pregunta interesante para alguien que en la formación lo que ha escuchado es confuso, se habla de clínica y es analista el concepto que describe a quienes hacen clínica (al menos) en los textos.

Un domingo a punto de terminar mis actividades como tendera, una mujer se acerca y pregunta ¿es aquí donde hay una psicóloga -que no una analista-? Y vaya que fue difícil contestar pues estaba ahí en otra función, no sabiendo como contestar, salude, me presente, respondí que sí, que era psicóloga, que tenía una formación, me pide que atienda a su hijo, un niño de once años que se queda afuera viendo con mirada huraña, nombra un tema escolar, un límite para continuar o no en la escuela y cuestiones de conducta. Es curioso como un pedido inesperado marcará la pauta para hacer y hacerme un espacio dentro de la comunidad para responder a ese pedido, pero al mismo tiempo, la oportunidad de iniciar ejercicio clínico fuera del imaginario del tiempo formativo.

La forma de responder fue proporcionarle a esta madre la dirección del consultorio en la Obrera, colonia situada en el seno de lo que fue en otro momento el naciente sector obrero en el Estado de Querétaro, para de esta manera poder atenderlos, pues el consultorio propio estaba aún en configuración; no llegaron, la distancia, el tiempo, la mamá buscaba algo más cercano. Este pedido al que no pude responder generó en mi la pregunta ¿Dónde se atienden los habitantes de aquí o de las comunidades cercanas?

¿Por qué no me lo había preguntado antes?, existía la decisión de tener ejercicio clínico, visualizaba consultantes, un consultorio, supervisión, estrategias para dar a conocer la existencia del consultorio, pero era una idea abstracta, no ubicado en el mapa, planes convencionales (si es que eso existe), pero en un inicio no había más que el deseo de hacer un ejercicio de la profesión.

La versión previa que tenía visualizada fue principalmente, que los pacientes acuden al consultorio a hablar de lo que les aqueja, algunas viñetas, estilos de intervenir, tipos de síntomas y todo esto con un matiz romantizado: “histeria, neurosis, psicosis”, analizantes sin rostro socializado, abstractos, dramas griegos, poéticos. Y es entendible que no exista un catálogo de todas las variables subjetivas posibles, existen los historiales y es bueno pues colabora en pensar la teoría, sin embargo, resultaría valioso contar con referentes de la clínica contemporánea, abrir la puerta a una clínica que reconozca estas otras realidades (que en ocasiones llegan a tener una consistencia terrible), puede resultar nutritivo.

Es así como en estos años me he preguntado si el psicoanálisis ha de salir de los consultorios. Siendo más puntual, si los practicantes del psicoanálisis hemos de salir de los consultorios tradicionales; en mi caso, de la urbe, del centro, de lo céntrico que se presenta todo bello y pomposo.

Se comenzaron a tejer ideas, ¿Cómo acercar la profesión a estos otros que también padecen?, que también buscan atenderse y en un contexto donde es cierto, hay instituciones que atienden, pero donde también era posible instalar, adicionar una alternativa más. Pensé en un espacio común, reconocido, con visibilidad y es en esa coyuntura que surge la ocurrencia de preguntar y gestionar la posibilidad de un espacio en nada más y nada menos que en espacio de la iglesia del lugar, un par de sillas fue el principio para dar otra escucha y otro lugar a quienes deciden escucharse e interrogarse con eso que les ocurre.

Un par de entrevistas con el párroco fueron necesarias, mostrar documentación que acreditara la formación profesional, una petición velada por parte del mismo de la posibilidad de trabajo en grupos y es así como se instaló un espacio de escucha en un sitio que la autora no había planeado antes, pero que ahora es el lugar que alojó un espacio de escucha, donde se apertura

un lugar para otros, pero que al mismo tiempo es un espacio donde se abre la posibilidad para que esta que quiere llevar su saber al ejercicio de la clínica, lo intente en escenarios atípicos.

Y es así como esa primera solicitud deja marca y efecto en la profesionista egresada de una universidad pública y con extracción de familia campesina, primera en ir a la universidad.

Estos otros encuentros clínicos no siempre convencionales, es donde se da continuidad al ejercicio iniciado en la universidad, es un momento de corte para instalar referencias con mayor claridad para orientarse, aunque por momentos vacilé acerca de si era analítico.

Trabajar la transferencia en estos encuadres, trabajar nociones básicas de autocuidado, la aparición reiterada de normalización de fenómenos como violencia, descuido, que no sólo se mostraban en los consultantes niños, sino en las madres.

## **2.2. ¿Cómo avanza y se nutre un saber?**

Los encuentros clínicos fueron mostrando puntos de encuentro, hilos conductores, mismos que planteaban problemáticas acerca del alcance de las intervenciones. Intervenciones dirigidas a causar efectos en la forma en que los pacientes afrontan y se posicionan ante lo que ocurre en sus universos, el impasse es considerar también por otra parte las estructuras sociales, culturales, económicas que en ocasiones dificulta o acota la posibilidad de movimiento de muchas personas.

Surge el cuestionamiento acerca de si lo que estaba encontrando era una limitación propia o si les ocurría a otros colegas, más aún, la posibilidad de que esas inquietudes y hallazgos se queden encapsuladas en la experiencia (y frustración) de esta psicóloga Clínica o si el mismo material retaba/invitaba a que fuera hablado, supervisado, elaborado, surge la idea de que eso quedará inscrito para que no se borrara, se perdiera o desapareciera.

Aquí aparece también la pregunta personal acerca de si la Clínica ha de incidir solo en el uno a uno, si todo es subjetividad, si los tratamientos evolucionan de forma positiva, si me suscribo a la lista de los profesionistas que presentan casos en típicas presentaciones en donde todo va bien, hay cura posible y la teoría ilumina y tiene respuesta a todo lo que acontece en la clínica.

Es en esos encuentros con la clínica y los pacientes, que ese diálogo e interrogación surge, donde se pone en juego cada vez la técnica, el método, la teoría y se ha de intentar producir algo con un giro distinto a la réplica de la literatura analítica.

La propuesta es que se consideren, escuchen, nombren esas otras realidades, salir de las ensoñaciones, nutrir lo freudiano, lacaniano y demás, con una clínica particular, donde cada practicante de la clínica analítica también sume, interroque y proponga formas menos acartonadas que lo que presentan los textos. Y ¿por qué no?, también se reconozcan los límites, tanto de la herencia Analítica como de las intervenciones propias.

¿Qué se hace ahí donde no se sabe propiamente qué hacer? Regresando al punto de los encuentros primeros con pacientes en otras coordenadas no ciudadinas, entre la incertidumbre y la angustia de que lo que se hace no corresponda a lo mostrado, leído, presentado por la comunidad donde tuvo lugar la formación, compañeros, docentes, ponentes. Resulta complejo hablar de la experiencia del ejercicio clínico propio sin anteponer conceptos sin rellenarlo de jerga psicoanalítica.

Siguiendo al maestro Freud, quien fue revolucionario a su tiempo, continuando con la tendencia de su época, la del conocimiento, la de la ciencia para responder a preguntas que aún no tenían respuesta; dio cuenta de lo que estaba haciendo, aunque sin garantías y certezas de a donde llegaría. El espíritu científico parte de la observación, pero llama a dar respuestas posibles, aunque estas no estén avaladas por el paradigma reinante. Nuestro paradigma es el psicoanálisis, coincido en ello, pero no petrifiquemos el descubrimiento.

Una de las aportaciones posibles es un ejercicio crítico, leyendo y recibiendo el legado de hombres y mujeres que documentaron su ejercicio clínico, sus intervenciones, teorizaciones, sí, pero también honrando, pensando, difiriendo, hablar de casuística, interrogando y dialogando acerca de la pertinencia de la práctica clínica y sus formas en contextos sociales.

La escritura es así, una forma de compartir con tu comunidad epistémica, para encontrar formas de enunciar ideas, ocurrencias, intervenciones propias, trabajo colaborativo. Los grandes referentes ahí están (y seguirán estando) y claro que guían, son la base, pero una base



en una construcción que continua, no se trata de alabar a nuestras vacas sagradas; se podría tratar de fomentar el desarrollo del ejercicio de pensamiento, observación y análisis.

Y quizá la interrogación no es a la teoría, sino a la forma de transmitirla, no de los referentes, sino a los practicantes de la Clínica analítica, elegir escribir y formalizar un encuentro con una clínica de la que no leí en los libros y que ya estando *in situ*<sup>10</sup>, pone a trabajar respecto a la posición propia, necesaria para el ejercicio clínico.

¿Dónde están los Clínicos cuando socialmente algo acontece?, dentro de sus consultorios. Y entiendo que desde ahí se pueden causar efectos, sin embargo, sería pertinente asomar la nariz por fuera de sus espacios tradicionales de consulta, puesto que en realidad los terapeutas habitamos el mismo mundo, es necesario propuestas adicionales al uno a uno, intervenciones y acompañamientos también desde el análisis del entorno, para apuntar al inconsciente, pero también ser capaces de ver que en ocasiones la angustia y el sufrimiento que acompaña a los pacientes es tan real como las jornadas extenuantes de trabajo, sumado a situaciones de precariedad en las condiciones de vida, en un Estado que se vanagloria de ser el corazón del país, pero que queda a deber a los más desprotegidos. Estoy convencida que hacer clínica también implica tomar una posición política respecto a la lectura y análisis de lo que está ocurriendo fuera del consultorio. Eso también es *ser* capaces de mirar y no caer en reduccionismos teóricos.

Y a veces ello implica tomar distancia de lo ortodoxo, que esto que representa un hallazgo y por momentos problemas, sea mi contribución, mi granito de arena al legado que recibí, mostrar, hablar del ejercicio propio.

Que la escritura sea una de las vías posibles para inscribir que la construcción es vigente, que los saberes que se producen no se pierdan, que sea posible tejer redes con nuestra comunidad epistémica, pero también con otras disciplinas, la ciencia se constituye y progresa en colaboración, no en aislamiento, con el ejercicio de la profesión y no con solo el análisis de seminarios.

---

<sup>10</sup> En el sitio, en el lugar desde donde se hace clínica.

Ante la duda, la escritura, para desplegar y analizar, no quedarse estacionada solo en el no saber, porque incluso ese reconocimiento, moviliza.

Una forma de iniciar, es haciendo propuesta y eso ya ocurrió hace un par de años en el encuentro con la práctica de un ejercicio clínico por fuera de las aulas, fuera de los escenarios dibujados durante los años de formación, en el encuentro con los vivientes y no con las ficciones, que si bien en su momento fueron vivientes y nuestros autores psicoanalíticos, efectivamente recibieron, escucharon, analizaron, interpretaron, construyeron un caso y compartieron un girón del mismo, para que sin saberlo, los estudiantes y los seguidores, escribieran páginas y páginas a partir de los recortes que Freud pudo haber compartido con fines didácticos ajeno a la noción que esas páginas se convertirían en canon, pues bien, esos pacientes fueron, no siguen siendo los mismos, ni quienes consultan, ni los modos de sufrimiento.

Es en el encuentro con los pacientes que están ahí, no detrás de las páginas, donde se habrá de tener una escucha despejada, una habilidad para captar las minucias que ahí emanan, la necesidad de un encuadre tan necesario para quedar claros que es lo que lleva a una persona colocarse en el lugar (más tarde se espera que sea en posición) de paciente y colocar a otro en posición de terapeuta (sujeto-supuesto-saber), es ahí donde llega a ocurrir que el terapeuta se logra descolocar de la posición que antecede a este encuentro, que es la posición de estudiante, que pudiera llegar a ser uno de buenas notas pero que en el encuentro mencionado la escena no es tan clara, tan nítida como se pensaba y se entendía durante la clase, es ahí donde la clínica comienza a ser, cuando se está por fuera de la academia, más precisamente por fuera del planteamiento aséptico, con aire a prefabricado de lo académico, este encuentro será real y no sé si real con R o lo real que implica que el consultante sea de carne y hueso y esa misma consistencia le dé a su dolor una intensidad y matiz que queda por fuera de recortes “chabacanos” e ingenuos.

Veamos aquí entonces por una escritura de lo que este encuentro ha implicado para esta psicóloga egresada de una facultad con denominación entre líneas, psicoanalítica, de una universidad pública del centro del país, vamos pues por lo que esta experiencia pueda generar.

Hace unos años, en pre pandemia, por cierto, mientras la situación era la de encontrar un lugar desde el cual poder hacer y tener un ejercicio clínico, recibir consultantes, instalarse en un punto determinado, lo azaroso llevó a la que suscribe a dedicarse a actividades no propias de la formación universitaria, sino más del costado de generar fondos que dieran ingresos para sostener la existencia de un lugar llamado convencionalmente consultorio.

Fue en ese trámite que un pedido inesperado me encontró, llegando a mis oídos y ante mí sorpresa las siguientes palabras:

*“Me dijeron que es usted psicóloga y quiero saber si puede recibir a mi hijo, lo que pasa es que en la escuela me dijeron que, si no lo llevo, no lo van a dejar continuar”.*

Así, como cubetada de agua fría en invierno –que en primavera estaría estupenda- que cuando es inesperada, sorprende, deja sin palabras, ahí pescada mientras acomodo una exhibición de chocolates de colores con una almendra en el medio, ahí estaba sin palabras, sin saber muy bien que decir, no lo esperaba, no lo pretendía y la mente por segundos en blanco me decía: ¿Cómo responder?

Así sin saber hubo una respuesta: ¿Qué ocurre con su hijo? La mujer se deshebra en decires: *“no hace caso, es grosero, no obedece, es travieso, la maestra no lo aguanta, yo ya no sé qué hacer con él”* Pide por favor y en tono amable mientras en contraste dirige una mirada fea hacia alguien que se encontraba sentado en el piso afuera de la dulcería donde esta que escribe trabajaba en ese entonces, sigo la dirección de la mirada, y lo veo, un niño con mirada de extrañeza, enfado y silencio. Lo veo y le saludo, no contesta. Le pido me permita gestionar ya que mi consultorio no se encuentra en la comunidad, pues faltó agregar que me encontraba en otro municipio a 24 kilómetros (según Google Maps) de donde me encontraba en aquel entonces, con un consultorio en una también zona popular de Querétaro en la parte norte.

### **2.3. Notas sueltas: Encuentro *a posteriori***

En un encuentro con estudiantes del último año de la carrera en la misma facultad de la cual egresé, se acepta una invitación para hablar de implicaciones de hacer clínica. Me presento, hablo del recorrido fuera de la universidad y del impacto inicial de estar y hacer clínica por fuera de la universidad/facultad, donde hay una burbuja protectora entre los pacientes y sus

motivos de consulta, barrera que protege de embates de angustia, que es representada por quienes supervisan las prácticas. Hablo un poco de lo que he encontrado y experimentado.

Rostros jóvenes, que intentan escuchar (o no), descifrar lo que esa que habla ante ellos intenta decir y descifrar que tiene que ver con ellos que todo lo saben y pueden, será que les interesa o no les convoca en absoluto (no muy lejana a la generación de la que egresé), me preguntó ahora sí será que algo de lo que se rompe y nos salva de ese aplanamiento o se trastoca con el egreso, es algo del narcisismo, salir de las aulas para descubrir que hay algo que no sabes/puedes, algo que si se resuelve positivo provoca el movimiento de aquella posición en que algo se creía saber, un saber universitario, es decir el final de carrera universitaria *versus* la realidad que da como producto un (no) saber, y mejor aún, intentos por dar algunas respuestas.

¿Qué es lo que se produce en el encuentro con la dimensión de hacer clínica en el lugar donde uno se establece? Para ser prácticos y no seguir jugando con la carta de lo enigmático, un Clínico ha de tomar una posición ética y sí, teórica, que será las referencias desde donde se piense el síntoma, la técnica, el objetivo de la intervención y la dirección de la cura.

Al terminar la carrera, uno no sabe que no sabe, para ser precisos. Algo sabe de la teoría y lectura de los textos, pero las intervenciones son estereotipos de los autores psicoanalíticos, de los *masters* de las prácticas y de las personalidades que habitan la facultad en la que uno estudia por un par de años. De eso algo se sabe, de lo que no se sabe o más vale que se empiece a interrogar es cómo llevarlo a otro espacio distinto a lo académico.

En su mayoría escucharon, algo preguntaron del tema de investigación, de la propuesta grupal, escucharon acerca de las formas contemporáneas en que se expresa el sufrimiento y motivos de consulta; otros preguntaron cuánto gana un psicólogo.

Hay quien ponía cara de tortura y aburrimiento, es así, este encuentro fue así, curioso. Interesante también por la posibilidad de compartir con compañeros de facultad, pero ahora como invitada y como Clínica con algo de experiencia.

Ocurrió, así como con el análisis, un tema generador e intervenciones que dieron pistas a esta que escribe acerca del rumbo a seguir entre lo que quería decirles y lo que querían saber a

quienes estuvieran dispuestos a ello. La escritura (espero) lo hará también por senderos semejantes (de elaboración) a decir algo a quienes quieran leerlo.

## **2.4. Casos clínicos**

Escribo aquí un par de viñetas, primero un caso de pensamientos apocalípticos y de castigos, después una psicosis por consumo de sustancias.

La nominación de los pacientes será una que aporte una imagen mental, protegiendo en todo momento su identidad.

Se presentan en sincronía de tiempos, sí acaso diferidos algunas semanas, dos personas que buscan ser atendidas, ambos acompañados de figuras maternas, ambos con un *no* propósito inicial de atenderse, uno continúa, otro sólo asiste en una oportunidad.

### **2.4.1. “E.” rasgos de psicosis o “la profecía del fin del mundo”**

Joven diecisiete años, varón. Motivo de consulta; expresa en un momento de confianza con la madre que cuando pasa por un puente (necesario para atravesar sobre las vías el tren de forma segura) ha pensado en “aventarse”.

Hijo menor de tres, segundo varón en esa familia. Es llevado por la mamá, silencioso, examinando el lugar palmo a palmo, no responde cuando le pregunto por su nombre, muestra desinterés e incluso desdén en su expresión.

Al comenzar una de las entrevistas preliminares, de esas en donde se va examinando, buscando a detalle que es lo que motiva a asistir a terapia, el joven no habla, la madre toma la palabra ante el mutismo del hijo. Habla de su preocupación por que el hijo esté bien y curiosamente la forma en que la entrevista se desarrolla remite a la atención con infancias, una madre que escucha y responde acerca del hijo (que no es lo mismo responder por el hijo, en su nombre). Así pues, pregunto acerca de los primeros años de este joven, la situación de pareja en la que los padres se encontraban, como es que aquel niño fue alojado en la familia.

La madre no sabía de su embarazo hasta el mes siete cuando acude al médico por cierto malestar, aun así, dice que desde que se enteró es ya un hijo muy esperado y amado. El padre está ausente del discurso materno y también del discurso del paciente, la madre sólo lo nombra como alguien con quien no ha estado bien hace tiempo y que este hijo es en quien ella se apoya.

En otros momentos de la terapia noto la actitud y ensimismamiento que el joven usa a manera de defensa, se resiste a hablar, hablar de sí y de su mundo, lo protege como algo valioso, al grado de ser exigente, selectivo acerca de cuándo mostrar algo y sumamente cauteloso, si hay un avance que identifique como demasiado interés, se retrae y regresa a un encierro de la palabra.

Viene a la mente la impresión que me generaba el caso, el chico adolescente aun, se mostraba renuente, como si le fuera a quitar algo, como si atentara a algo que él atesoraba. En cada sesión su mirada recelosa, desconfiada, harto de estar en un lugar donde no había algo de su interés ¿será acaso la simbiosis con la madre?

Primera sesión, la madre es la portavoz, es quien habla, refiere que a su hijo no le gusta salir, se encierra en su habitación, ante las interrogantes de la madre, E. no dice nada, busca la atención psicológica planteando que si su hijo no siente confianza o no le quiere contar lo que ocurre se lo pueda contar a la terapeuta.

Entendía que había temas que como hijo no eran cómodos contarlos con ella, intuía/sugería la entrada de las inquietudes sexuales en la vida de su hijo; el hijo no firma de enterado, no da fe ni indicio de ello.

El joven sigue examinando el consultorio sin disimulo alguno y considerando que en ese momento el consultorio era un espacio dentro de una centenaria y grande construcción con fines sacros, observa los muros y terminados particulares, que más allá de majestuosos, estaban un tanto derruidos; no ocultaban el paso del tiempo. El joven paciente está absorto en el escudriñar, apenas contesta cuando le pregunto su nombre, sólo me ve cuando se da cuenta que lo miro para luego regresa a su inspección. Procuro no forzar, le pregunto en otro momento: “y tú ¿qué piensas que hace un psicólogo?” -concepto que es necesario ir

construyendo y que no necesariamente está en quienes consultan-, “nada más quitar el dinero” dice con entonación apurada y tono desconfiado, “y tú ¿Qué vienes a hacer acá?” replico, silencio, luego un “no sé”.

Los meses anteriores al tiempo en que se da la consulta, este joven estaba iniciando el primer semestre de preparatoria, tiene dificultad para adaptarse al cambio, entender las clases y más aún en socializar, no les habla a los de su salón pues *“son personas que usan a las personas para conseguir lo que ellos quieren”*. Luego cuando sobrevino la pandemia, con el traslado a clases virtuales y los mecanismos que se pusieron en función, tal como subir las tareas a la plataforma de Classroom, estar pendientes de nuevas tareas, la creación de grupos multitudinarios en chats de mensajería con la aplicación de WhatsApp, este joven no puede seguir ese paso y tiene como efecto que deja de estudiar y ahí donde ya con dificultad se sostenía un lazo con los otros (a unos meses de haber entrado) al dejar de hacer presencia y pasar a la virtualidad se complica aún más.

Ensimismado, esa es la impresión honda que causó, resistencia a salir de esa habitación que a la par de lo que hacía en su habitación propia, se encapazonaba, no dejando entrar a nadie, pero tampoco salir (palabras, emociones, expresiones, historia).

Aún con esta particularidad hubo momentos en donde es posible pasar el puente que separaba la palabra y escucha de un extremo y de otro, para dar lugar a un punto de encuentro donde algo se escucha y donde se permite entrar y salir un poco de lo que les habita y en ese instante, darle un lugar al otro.

Es así como narra que su abuelo le dijo que el joven había sido “elegido” (así como el abuelo decía haberlo sido él). El abuelo curaba, hacía rituales, rezos en la noche (¿Cuáles son los rituales que se hacen en la noche?), nuestro joven decía que le había pasado la estafeta, y ahora tenía visiones, él había sido elegido para saber que un cambio se avecinaba, lo que era capaz de ver era un mundo donde la ciencia había borrado ciertos límites, *“hicieron lo que no tenían que hacer, las personas usan a las personas para hacer lo que ellas quieran sin pensar en el daño que hacen”*. Hablaba de un apocalipsis, el fin de los tiempos ante la desobediencia de la humanidad y de haber trasgredido los límites, querer hacer lo que Dios.

La idea que se había instalado era un final que iba a destruir todo, que todo volvería a comenzar, ya no tenía sentido pues su mirada veía una humanidad corrompida y sin salvación. Mirada fatalista, desconfiada. Temporadas a la defensiva, no pasaba nada o como por arte de la resistencia, ya todo estaba bien. Más de una vez surgía la impresión de muerte, de una anunciación de la muerte, pero no la de la humanidad, sino la suya.

Pero, ¿Qué se hace con quién está decidido a no continuar? O ¿Quién decide hasta dónde quiere ir, el paciente o el terapeuta?

Ante la anunciación de que no va más a la terapia pues está ya bien, no deja de causar la posibilidad de que este vaya al acto, ahí donde la palabra se encuentra coagulada y ciclada, los temas que se intentan abordar desembocan a la apatía, desinterés, en la nada, la terapeuta sintió miedo de que no se diera una oportunidad de salvarse y se matara antes del fin de los tiempos de los que anunciaba a manera de apóstol.

El tratamiento puede tener como dirección resquebrajar eso que se presenta como certeza inamovible, eso que en apariencia no produce algo sino asociaciones auto referenciales. El camino, la técnica fue escuchar, seguir escuchando y tendiendo palabras esperando que reciba alguna, que algo se aloje y dé para construir otros enunciados que enlacen y le ayuden a salir del autoaislamiento.

Como terapeuta, algunos tratamientos demandan un gasto de energía, paciencia, relectura, supervisión, miedo y falta de certezas ahí donde la palabra no es recibida, donde quien va o es llevado como paciente no da acuse de mensaje recibido, miedo de que no regresara la siguiente sesión, miedo de que se matara y no haber podido intervenir en las certezas en que llegó. Ser percibida como un objeto no digno de confianza, uno más de los impíos a los que acusa y ser tratada como tal.

Luego de la sesión con este joven, experimentaba sensación de cansancio, de desasosiego, la imagen que venía a mi mente, la forma en que estructuraba su comunicación, su habla era a manera de serpiente que termina tragándose a sí misma<sup>11</sup>, un discurso cerrado, abrochaba y

---

<sup>11</sup> Una imagen de serpiente que se devora a sí misma viene a mí mente. Mi sorpresa al encontrar una figura que ayuda a describir algo de un retorno en el discurso, véase figura 1 en anexos.



si es que había un desarrollo, “un pasito ganado”; regresaba a su primera enunciación impidiendo se enlazara con algo más. Asociación libre, en este caso lo que se imponía era una insistencia en desvincularse, replegarse, refugiarse ante el encuentro con otro (al menos uno distinto al otro que el describía).

Muro que en contadas ocasiones se lograba rodear, aunque si ingenuamente se llegaba a creer que había una alianza de trabajo, resultaba entrar para ser echada hacia atrás. Con la ganancia de que ya había articulado un algo más.

Y ahí donde en la terapeuta se va instalando un bloqueo de no-saber-que-hacer, una esperanza es vista, llegaba escuchando música, algo de Alan Walker me contó en una ocasión en la que pregunté. ¡Bueno por lo menos podía disfrutar de la producción de otro ser humano!, no todo era perdición y corrupción de la humanidad. Esto ocurrió en los últimos meses del tratamiento.

Desde la sesión dos, expresó no querer ir, y así lo anuncio varias ocasiones ya no querer regresar y aun así regresaba. Las últimas veces y luego de un año le propuse lo pensara y que ese espacio era para él, que ahí él elegía el tema, que no se juzgaba lo que ahí se decía o pensaba, ese espacio por momentos tuvo la función de presentarse como un *Otro* no implacable, otro que reconocía la dificultad de no saber que decir y sentirse torpe, y, aun así, seguir intentándolo.

Asiste un par de sesiones más, anuncia ya no va a asistir porque todo está bien y además ahora tiene un trabajo y ya no tendrá tiempo para ir a la consulta (pero sí para vivir). ¡Qué bien! Y claro, que se puede ir, los terapeutas no queremos que se queden toda la vida en el consultorio, también hay que salir y vivir. Ofrezco la posibilidad de que cuando él lo necesite pueda regresar.

Resulta inevitable pensar que fracasé, la idea acerca de la lectura de caso donde el logro terapéutico que hace que el paciente cambie su posición a ciento ochenta grados no ocurrió y el spoiler es: no existe.

En la última etapa del tratamiento, E. permite entrever cierto interés con tintes eróticos hacia una prima. Al mismo tiempo que cumple años durante el tratamiento, acepta un trabajo dentro

del negocio familiar que le implica salir y distribuir productos de maíz en distintos establecimientos. Para ello es necesario mediar palabras con otros distintos a los familiares que insisten en su discurso.

Y aunque le resulta molesto, lo hace y eso así lo hace ampliar su universo de referencias y de experiencias. Un par de ocasiones dice que una vez a la semana sale con un grupo de amigos de su prima y van al centro a ver una película. Hubo un ligero movimiento en la posición subjetiva con la que el joven llegó a la consulta, parece ya no todos son ni amenazantes ni desconsiderados con el semejante, con E como semejante. A veces los pacientes se mueven un poco, esperando que eso baste para hacer una vida vivible.

Es importante se tenga esto como una posibilidad, no como una fórmula, pero ubicarlo como un imposible para no frustrarse en el ejercicio clínico. Renunciar al ideal, aceptar la castración y en ello el camino que recorre el terapeuta, no es muy distinto al que transitan los pacientes.

Hay casos que imprimen una marca en el terapeuta, algunos que asustan, pero al mismo tiempo seduce a escribir, para que no se quede en el sentimiento de frustración, sino que haya elaboración posible.

#### **2.4.2. “A.”, lo que no se alcanzó a ver. ¿Cómo incluir a estos otros?**

Estar dispuesto a hacer clínica, recibir pacientes, escuchar, leer el caso, intervenciones, supervisar, saber hacer, no saber hacer, son momentos que acontecen durante el tratamiento. Porque queremos saber de la locura, que a veces asusta, pero se intenta no ceder, al menos no siempre.

En días de no saber por dónde iba la tesis y de documentar la experiencia en Saldarriaga, vino a la mente el recuerdo del cansancio en otro tiempo (unos años atrás), uno que aparecía luego del tiempo de traslado en autobuses, luego del temor de los desplazamientos en tiempos de pandemia, del cansancio y frustración de los tratamientos que no llegaban a ser, sino que se quedaban en las entrevistas iniciales.

En esos días, encontré en la comedia un espacio para descansar, para despejar variables; viendo un especial de un comediante que habla acerca de cómo parece que algunas generaciones quieren cambiar al mundo reuniendo sus convicciones, esfuerzos y querer revolucionar el sistema desde el poder de un tweet, y desde la comodidad de su casa. Pero no estar dispuestos a hacer algo que renuncie a sus comodidades o que les comprometa a hacer algo más, rebeldes comodinos los llama el casi filósofo Carlos Ballarta.

Pensando el concepto y trayéndolo a nuestro campo, entre las humanidades y las ciencias sociales, el campo del saber analítico implica trabajo intelectual, que, por cierto, si uno no tiene cuidados, puede rayar en intelectuales comodinos. Parte del aporte a nuestra disciplina y junto con el ejercicio es, la práctica ética de la profesión, algo que también se puede producir con esfuerzo claro puede ser la producción escrita.

El consultante A. llega con el escenario de fondo, de una comunidad en otros tiempos agrícola, con usos y costumbres campesinas, comercio al interior de la comunidad, zonas habitacionales construidas a cuenta personal, alguna carretera cercana de bajo flujo, con escuela primaria, secundaria en los últimos quince años y con escuelas de nivel medio superior en las comunidades cercanas.

Vive en una comunidad cercana a Saldarriaga y del mismo modo que ésta, ha visto cambiar la geografía, uso de suelo, movimientos humanos. La llegada de foráneos buscando viviendas a una mancha habitacional que absorbió los paisajes de árboles y sembradíos en otros tiempos, junto con estos cambios, también llegan los consumos de tipo comercial, sustancias, estereotipos apreciados y valorados como aspiracionales.

A. es un joven de veintitrés años, acompañado de la mano por dos de sus hermanas, literalmente llegan tomados de las manos, entre la cordialidad, pero con la impresión de que es para asegurarlo.

Única sesión, alucinaciones auditivas, las voces le decían que hiciera cosas, que se matara, que hiciera cosas. A. expresa que no les hace caso a las voces porque lo que le piden es que haga daño a sus papás y expresa no lo va a hacer, también presenta alteraciones del sueño.

Hijo de padres sexagenarios, un padre que se dedica a las labores del campo, una madre que a raíz de una enfermedad crónica ha tenido afectaciones y no puede caminar. Tercer hermano de cinco, tres mujeres, dos hombres; él es el hermano varón mayor.

Día de la sesión, llega acompañado de dos de sus hermanas, una de ellas solicita la consulta vía telefónica. Llegan y entran al consultorio, A. se sienta en medio de ellas dos, se pone a jugar con monedas que trae en el bolsillo.

Les saludo, me presento y pregunto qué es lo que los trae al consultorio; A. se encoge de hombros y con la mirada dirigiéndola a otro sitio dice: “me dijeron que veníamos a ver a una doctora”. Sus hermanas expresan que ven a su hermano diferente, no encuentran las palabras (así lo dicen), no saben cómo describirlo, “antes no era así” mencionan.

A. interroga porqué estoy haciendo preguntas. Dirige la vista a la terapeuta, quien cruza el pie y se lleva la mano a la barbilla y como respuesta A. se sienta derecho en la silla y hace el mismo movimiento. Me doy cuenta que lo hago cuando A. replica los movimientos.

Explicó que es importante saber algunos datos para entender que ocurre, le pregunto acerca de su familia, el nombre de sus padres (A. dirige la mirada hacia el techo, brazos tras la cabeza, le dice a su hermana que le preste el celular ¿para qué lo quieres?, préstamelo, para algo. La hermana se niega y le dice: “pero ahorita estamos aquí”).

A. guarda silencio, su hermana mayor, que era una de quienes le acompañaba, dice que A. se lleva bien con su mamá, que hay un buen trato ¿Y cómo se lleva con el padre?, A. voltea a ver a los costados a un lado y otro, silencio. Tensión en el aire, “lo que pasa es que hay otra persona” responde su hermana.

Les toma un momento de silencio y no hay respuesta, les doy opciones: “se llevan bien, mal, son cercanos, no se hablan, ¿cómo?”.

Nuevamente tensión, las hermanas, ambas, se encuentran al borde de las lágrimas, en eso A. toma la palabra, me dice nombre completo, edad, domicilio de su mamá y nombre y primer apellido del papá, A. pasa por momentos de estar no implicado, a rescatar a sus hermanas ahí donde son ellas las que muestran desasosiego y no encuentran palabras para explicar algo de

la dinámica familiar., para después nuevamente está sentado entre sus hermanas, pero ajeno, da la impresión de que es él quien las trae a consulta.

Les pido que salgan un momento mientras hablo con su hermano, se miran una a la otra, vi miedo de dejarlo solo (después supe que el miedo era por dejarme sola con su hermano), en ese momento *lo sé*, al ver sus miradas, sentí miedo y duda de lo que acababa de hacer: pedirles que salieran. Dejo la puerta abierta y las hermanas salen del pasillo y esperan en un segundo patio de la iglesia.

A. se levanta, le pido tome asiento en la silla que guste, “así, de pie” dice mientras camina alrededor de las sillas, observa el techo, da golpecillos en la pared, con el pie da una patada al borde del piso del cual se desprende un pedazo de material de construcción.

-Terapeuta: ten cuidado.

-A.: ¿Por qué?...

-Lo están reparando...

-Pero lo hicieron mal.

-Se están esforzando, por favor cuidado.

A. observa y sigue dando pequeños golpecillos en la pared, al estilo de los buscadores de un tesoro; el lugar es un edificio antiguo.

-A.: Ha de tener cien años.

-Terapeuta: Quizá cincuenta, setenta años.

Más tarde supe que efectivamente tenía alrededor de cien años.

La terapeuta toma agua de una taza:

-A.: Dame.

Mientras estoy sacando la taza de uno de los cajones, le doy la taza y la botella de agua:

-Sírvela la que necesites.

-Sírvela tú...

-No, yo te comparto el agua y te presto la taza, si gustas puedes servirte.

-Sírvela tú...

-No.

A. comienza a dar vueltas en su propio eje y alrededor del consultorio, revisa el anaquel de juguetes, ve unas cajas, luego ve mi agenda y lee en voz alta “Yoga”, mira la agenda, pero no la abre, lleva las manos en su espalda. Mira algo más, unas hojas, éstas las toma, las ve por ambos lados:

-A.: ¿Qué dice aquí?

-Terapeuta: Atención psicológica.

- ¿Y aquí?

-Vive (así estaba nombrado el consultorio).

A. escucha y nuevamente se comienza a mover por el consultorio, regresa al agua:

-El agua tiene veneno...

-No -digo- mientras le doy un sorbo a la taza y le invitó a sentarse.

A. elije la silla donde la terapeuta estaba sentada, me siento en una de las que estaban vacías, se vuelve a levantar y deambula, mueve el botellón de agua, toma un banco y lo acerca a la mesa, toma la silla y la acerca a la mesa:

-A.: Hay niños a los que sus padres matan -dice repentinamente-.

-Terapeuta: Sí, en el mundo hay niños a los que les ocurren situaciones crueles.

-Pero lo van a pagar, cuando mueran en el infierno... o antes, si los matan. Yo no tengo esquizofrenia o dualidad de personalidad, no oigo voces...

- ¿Y cómo sabes eso?

- ¿Qué?

-...Acerca de la esquizofrenia o eso de la personalidad...

-Lo escuche en una canción...

- ¿De quién?

- ¿De quién qué?

-Dijiste que lo escuchaste de una canción...

-No.

En este punto ya no sé si estaba yo dentro de la alucinación de A., intento regresar y regresarlo a las coordenadas del consultorio, le hago preguntas acerca de porqué llegó al consultorio:

-A.: Tú debes saber...

Le cuento que los psicólogos no leemos la mente, que las personas van para poder contar que es lo que les ocurre. A. entonces abre las ventanas del consultorio, se asoma, se da la vuelta y se sube a un banco y comienza a jugar con sus manos, planea, es un avión. Esto hace mientras dice en voz baja:

-La verdad...

Se asoma nuevamente a la ventana y dice: “va a llover”,

-Terapeuta: No creo...

- ¿Por qué?

- (Sin saber de dónde sale la frase) Las nubes son blancas, los abuelos decían que cuando las nubes están oscuras, es cuando llueve.

-Los antiguos...

-Sí, los abuelos grandes.

Para ese momento, estábamos sobre tiempo y en un intento de hacer la pausa, le digo que por ahora es necesario detenernos, que lo espero la siguiente semana:

- ¿Para qué?

-Para escucharte, para poder hablar de tus preguntas y de lo que te está ocurriendo.

Luego de eso empieza a decir algunos nombres, sólo alcanzo a recordar *Michel Cervantes*, le pregunto quién es:

-Está aquí.

- ¿Dónde, yo no lo escuche?

-Hay muchas voces/ personas.

-Bueno, aquí pueden hablar, te espero a ti la próxima semana...

La sesión termina así, ofreciéndole un lugar de escucha para él y para las voces. Salgo y las hermanas se acercan, les digo que lo puedo recibir la siguiente semana, que identificó que su hermano está haciendo un esfuerzo y que hay intentos de regularse, pensando en el cuidado y la resistencia a diferenciar entre sus acciones y lo que las voces dicen.

La intervención es fugaz, hay una, esa sesión y no hay otra posible, días después de la primera sesión, no se presentan. En comunicación vía telefónica con una de sus hermanas informa que es arrestado por agredir a una persona en la calle. Luego de eso es internado en un anexo por consumo de sustancias (referido por su hermana vía telefónica). La recomendación que se pudo hacer es que revisarán que el lugar tuviera condiciones dignas de cuidado, que procurarán la continuación desde el costado del tratamiento psicológico y psiquiátrico si fuera necesario para discernir y no apresurarse a atribuir a la sustancia todo lo que A. estaba presentando.

¿Esto es un caso clínico? Las alucinaciones auditivas, confusión, alteraciones del sueño, como efecto, como alteraciones por el consumo de cristal. Ciertamente sí, sólo que las alucinaciones-lo que dicen las voces- no son azarosas, las asociaciones, las palabras, lo que estaba ocurriendo en el entorno familiar tampoco lo es.



¿Cómo es que una psicóloga clínica interviene? en ocasiones será dando contención a las familiares (en este caso), a quienes acompañan a consulta buscando saber que le acontece a su familiar, escuchando, alojando la palabra de quién intenta tomar la posición de paciente.

Clínica cuando no estigmatiza, en 1900 fue la histeria, ¿será que ahora los consumos son el nuevo enigma? ahí donde lo que prolifera en el Estado es ante la incertidumbre el uso y la costumbre es la reclusión a la vieja usanza con los locos.

Lo curioso es que estos, ambos, locos y personas con consumo de sustancias parece que tienen algo que decir, encriptado la más de las veces, A. llegó al consultorio, no hubo tiempo para más.<sup>12</sup>

En la elaboración acerca de si esto es clínica, viene a la mente al escrito que hace Freud acerca de Katharina, con quién hay una intervención acotada, un encuentro y en coordenadas atípicas, no convencionales para la clínica que hacía el Profesor. Pues bien, luego de abordarlo en sus vacaciones mientras regresaba de escalar un cerro (una cima escribe él), Freud quien luego de interrogar acerca de la sintomatología; que si la respiración, que si opresión en la cabeza, que si miedo, alucinaciones visuales, a su mente acude el diagnóstico, pero la genialidad va más allá, también se pregunta si los síntomas aportan material sólo para identificar un cuadro: *Era realmente un ataque de angustia, y por cierto que introducido por los signos del aura histérica; o, mejor dicho, era un ataque histérico que tenía por contenido la angustia. ¿No habría algún otro contenido?*<sup>13</sup>

Resulta revelador y al mismo tiempo una advertencia a considerar el no dejarse seducir por lo tentador en reducir al diagnóstico, al mecanismo que opera, sino que busca un enlace más y sí considerarlos, estar atentos a la escucha de lo que el paciente dice pues comunica en dos vías, una convencional y otras escenas como trasfondo. Lo que A. dijo acaso fue producto del abuso de sustancias o hay algo respecto a su historia personal que hace que ciertas

---

<sup>12</sup> Al despedirse A. se va a la capilla de la iglesia, para después tomarse del brazo de sus hermanas con afecto y caminar los tres juntos a la salida. ¿Quién lleva a quién?

<sup>13</sup> Sigmund Freud. "Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud)". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. II pág. 142.

palabras se logren escuchar ahí donde acude con la “doctora” a decir algo respecto a “hay niños a los que sus padres matan” y “la verdad”.

En Katharina hay una asociación entre las manifestaciones clínicas, la imagen, los síntomas en el cuerpo. Contando a partir de la historia que primero viene a su mente, misma que tiene que ver con una historia familiar reciente y otra no tanto:

«Al punto me he apartado de la ventana, me he apoyado en la pared y me entró la falta de aire que desde entonces tengo; se me nubló el entendimiento, sentí un peso sobre los ojos y en la cabeza me martillaban y todo bullía».<sup>14</sup>

En Katharina a medida y posibilidad que va desplegando su decir y ahondando en la historia, logra asociar a otro evento que no tiene que ver sólo con lo dicho inicialmente, sino con algo propio, mismo que generaba sus síntomas. ¿Por qué viene a la mente esta redacción de Freud al traer a A. en este escrito? porque si bien los primeros minutos de la entrevista podría el terapeuta apresurarse a dar un diagnóstico, si el miedo o los prejuicios analíticos obstaculizarán el decir del paciente, ahí se pierde la oportunidad de que la palabra se despliegue. A. también dijo algo partiendo de la presentación de la psicóloga, mostrando la inquietud de si ahí había una “doctora” como le había dicho sus hermanas.

Con A. la incógnita de quién es el que habla, producto del sujeto del consumo, el sujeto de su historia personal o el de lo inconsciente traumático que evade al guardián que impide el acceso a la conciencia, pero que en un gesto de relajamiento logra escapar cierto contenido aun cuando es desdibujado, prevalece: *A menudo habíamos comparado [Breuer y yo] la sintomatología histérica con una escritura figural que, tras descubrir algunos casos bilingües, atinábamos a leer.*<sup>15</sup>

Esto puede aplicar muy bien para cualquier otro cuadro clínico, es un lenguaje encriptado donde a veces queda oculta la traducción incluso para el mismo paciente. Con A., aun cuando en ese momento no se tenía dato acerca del consumo, la idea paso por la mente, hubo un esfuerzo por escuchar y ver a la persona. La pregunta e invitación quedó abierta, si algo había

---

<sup>14</sup> Ibid., pág. 144.

<sup>15</sup> Ibid.

venido enmascarado bajo lo evidente, era bienvenido para que él y lo que le habita pudieran ahí hablar.

No hubo tiempo para más, cierto es que en ocasiones la intervención se hace sin la certeza de si el paciente regresa, al mismo tiempo que la entrevista muestra uno de los nuevos padecimientos sociales: efectos del consumo y con ello, de la venta y tráfico de sustancias en nuestro país. Tiene que ver en ello la subjetividad, si claro, pero también un entorno al acecho de las juventudes.

### **2.4.3. Abnegada o el maltrato en la vejez**

Paciente mujer sesenta y dos años.

María es llevada por familiares, madre de cinco hijos: dos mujeres y tres varones, un familiar contacta para agendar la consulta, llega acompañada de su esposo, cuñado, nietos pequeños llorando.

En la primera consulta entra ella y sus familiares le esperan afuera del consultorio en el patio delantero de la iglesia. Cuenta que no sabe porque la llevaron, no tiene nada, me presento y le dijo que soy psicóloga, mi nombre, le cuento que un psicólogo escucha el sufrimiento, los problemas que las personas tienen y que ayuda en poder resolver lo que está pasando, que, en ese espacio, ella puede hablar de lo que le está ocurriendo.

Logra decir que “no tiene nada”, que sólo está triste, que no tiene ganas de hacer nada, que ya ha ido con el padre de su comunidad y que le da consejos y que le dijo que sería importante se atendiera con psicología.

Así con dificultades, intento indagar acerca de su historia personal ahí, donde ella refiere que “no tiene nada”, madre de cinco hijos de los que refiere ya no la frecuentan aun cuando dos hijas viven dentro de un predio suyo, refiere que a veces siente miedo, pero no entiende porque, que experimenta muchas ganas de llorar, no siente ganas de comer y se despierta desde muy temprano; antes hacia sus cosas y estaba bien, ahora no sabe que pasó, no sabe que decir. Sin embargo, en la comunicación no verbal, se mostraba incomoda, le pregunto si necesita algo, si se siente mal y dice no saber porque la llevaron ahí, que no se quiere quedar.

Aclaro que no se va a quedar ahí, sólo platicaremos un momento, que después podría salir y volver a su casa y que nos veríamos así por un tiempo. Muestra sorpresa, le pregunto de dónde sacó esa idea... hay silencio. Al notarla más tensa, le digo que vamos a terminar la sesión y que nos veremos la siguiente semana para platicar.

Recuerdo aquí el hecho de que los pacientes van con angustia y que hay que ser cuidadosos de que el terapeuta no le genere más de forma innecesaria y menos en las primeras entrevistas.

El pariente que agenda la cita es esposo de una de sus hijas, mismo que acompaña cada vez que asiste. Desde la llamada telefónica solicitando información se expresa de manera ruda, despectiva: “está loca, no nos deja vivir”. Tiene una risa estruendosa que llega al consultorio, aun cuando hay una distancia considerable en el espacio en que esperan.

María regresa, sigue extrañada y refiere no saber qué decir, le pregunto de su familia, me dice el número de hijos y con un esfuerzo logra nombrarlos, la edad no la tiene muy clara, sus hijas eran cercanas, pero desde que se casaron ya no la buscan. Hay un momento en que empieza a conectar con otros tiempos de su historia; dice que tuvo un primer hijo y que cuando estaba embarazada, un día se sintió muy mal y después le dijeron que su bebé se había muerto, comienza a llorar y dice que ella no pudo ver a su bebé. Las palabras fluyen, tuvo más hijos, pero expresa que ese bebé murió y no sabe porque pasó eso, ella lo piensa mucho, se pregunta qué hubiera pasado si ese bebé hubiera logrado vivir. María dice que ella ha tenido una mala vida desde pequeña, su madre murió cuando ella era niña, siempre faltaron muchas cosas, en una ocasión una viejecita de su comunidad, la vio a los ojos y le dijo: “*niña, tú vas a sufrir mucho en tu vida*”. Y a manera del oráculo, expresa, que sí, que ha sufrido mucho, de niña, cuando creció y se casó, cuando sus hijos eran pequeños y también cuando crecieron sus hijos. María logra hablar de su sufrimiento.

Al salir del consultorio, el yerno que es quién solicitó informes hace preguntas utilizando descalificativos y tono burlón respecto a la paciente y frente a la paciente. Respondo con expresión seria, haciendo precisión acerca del respeto a María y a su padecimiento, mientras la psicóloga habla, el sujeto se acerca demasiado y pone la mano sobre el hombro y se reclina. Lo miro y tomo distancia, el sujeto actúa con aparente normalidad. En ese instante entiendo

algo que la paciente expresó, en su casa siempre hay mucho ruido. El sujeto es invasivo, este personaje no veía una figura de autoridad y respeto, ni en la paciente, ni en el esposo de la paciente que estaba frente a él, ni en la terapeuta. Una pregunta se impuso en la terapeuta ¿cuál es el trato que se le da a esta adulta mayor estando en casa sin un tercero protector?

María habla un poco más en la siguiente sesión, contando de la dinámica de su familia y las familias que han formado y que, aun viviendo cerca, no van a su casa. Pueden llegar porque el yerno los lleva, María dice que le da miedo salir, que el que conduce habla muy fuerte, se ríe muy escandaloso y que cuando conduce ella piensa que va a chocar.

Al terminar la consulta, el esposo pregunta cómo hacer para la toma de medicamentos de su esposa, pues recientemente ha sido diagnosticada con diabetes e hipertensión, porque él es quién se acuerda y se los da a la hora que le dijo el médico, María, no quiere tomarlos, dice que son demasiados. Le pido sea paciente, que no la obligue, que platiquen y que recuerden que el médico las prescribió para sentirse mejor. La paciente no termina ni empieza a entender porque tiene que tomar tanta pastilla. Es decir, no hay sólo un duelo, la pérdida de la salud se suma. Fuera del consultorio el esposo menciona que él antes tomaba y que le dio mala vida a María, pero que ya no es así, sólo que no sabe ahora qué hacer.

Cuarta sesión, en este momento en particular silencio absoluto, solo me veía y no reaccionaba al saludo, no había respuesta ante la pregunta de cómo había estado, se mostraba incómoda en la silla, ensimismada, le pregunto algo de sus hijos que había alcanzado a nombrar en otra sesión, la respuesta es: “no sé”. Le pregunto si quiere que su esposo entre, voltea y me mira a los ojos y dice: “sí”, sale del aplanamiento en el que se mostraba, le pido me recuerde el nombre de su esposo, pero menciona no saberlo. ¿Qué ocurrió de una semana a otra? El retraimiento regresa, intento sacarla, sin embargo, el silencio se instala.

Y es ahí donde a modo de avalancha, me doy cuenta de lo no acertado de la intervención, momento donde dudo de lo que estoy haciendo, pienso y pensé una semana antes (de manera fugaz) la posibilidad de solicitar la interconsulta con psiquiatría, ahora en un tercer momento pienso la evaluación de un neurólogo.

Le pido a su esposo pueda entrar al consultorio. Cuando entra María lo mira, reacciona. Su esposo refiere que algo pasó en la semana porque ya estaba mejor, ya salía en ratitos, dormía mejor, no sabe que es lo que ocurrió. Cuando su esposo habla, María refleja un descanso en la postura, le destina una mirada de confianza.

El esposo cuenta su preocupación pues están sucediendo otras situaciones, ha dejado de trabajar, está tramitando su jubilación, subsisten con algo que tenía ahorrado, hay cierta dependencia con el yerno escandaloso.

El esposo se muestra preocupado porque dice que en esa semana algo pasó y que empeoró, que no quería venir a la consulta.

“Anteriormente ya salía por lo menos a la puerta y veía para afuera”. No ubicó que ocurrió. El tema que se trabaja es el de los cuidados, la paciencia con María, la posibilidad de hacer trabajo en conjunto con otro médico (psiquiatra, no pensé en un neurólogo en ese momento), el esposo hace referencia a que cuando la llevan al médico con la doctora que le indico el medicamento para la diabetes, con ella si plática cuando algo le pregunta. Pero que cuando va con la enfermera a que le tome una muestra de sangre, que no se deja y eso genera que le lastimen mientras le buscan la vena.

Quinta sesión, no llegan y no lo comunican. No tienen teléfono, el contacto telefónico es el yerno bufón, el cual responde que su suegra se puso mal y que van a buscar un psiquiatra para internarla, les comparto el número de un neurólogo. Le digo estoy al tanto y pendiente de cómo se encuentra María. Escribo y marco un par de ocasiones. Luego de eso no hay más comunicación.

¿Qué pasó aquí? ¿Por qué tardé tanto en notar la idea de una posibilidad de algo anímico en conjunto con un deterioro cognitivo? ¿Será que no se logró establecer una diferenciación entre el espacio otro que pretende ser el consultorio como un espacio seguro? O ¿Será que asociaba la figura de la terapeuta con el bufón que es quien contacta la consulta al ser este el que establece la comunicación y agenda la consulta?

La intervención en ocasiones queda acotada a lo que se puede hacer en un lapso corto, de manera que es aprender a trabajar con el tiempo y los recursos que la paciente presenta, para

a partir de ello causarle algo a la subjetividad, dar un espacio para que se desplegué lo que ha quedado relegado en su historia.

La tarea pendiente: cómo incorporar a los otros, los familiares o amigos cercanos para que no contravengan los efectos del análisis.

#### **2.4.4. “T.” de transexualidad**

Joven de diecisiete años se comunica para solicitar información. El motivo es que la psicóloga de su escuela le recomienda buscar atención psicológica pues identifica que el servicio que la institución puede proporcionar es insuficiente.

Inicia asistiendo porque es enviado. Su motivo de consulta es porque no identifica motivos para vivir, no sabe cómo relacionarse con otros, nadie lo quiere y todos lo juzgan. Desde hace tiempo se realiza cortes en los brazos, hay dificultades para dormir y “crisis” (describe dificultades para respirar, nerviosismo, opresión en el pecho, llanto incontrolado). Y menciona también así, sin demasiada importancia: *“ah, sí y por abuso cuando iba en la primaria”*.

Durante el tratamiento va mostrando temas delicados, mismos que nombra como si carecieran de relevancia para él. Menciona que realiza cortes en sus brazos, que ha sido testigo de intento de suicidio de una prima, lo que provocó que terminaran en la sala de urgencias en un hospital y el departamento de trabajo social identificara que se encuentran en situaciones y condiciones de riesgo. Con esa antesala, termina en interconsulta con psiquiatría y con receta de por medio, misma que ocupa como carta de presentación: ansiedad generalizada y trastorno postraumático, dice. En su historia hay abuso sexual reiterado por años por un maestro de primaria, en tiempos de pandemia la ansiedad y aislamiento generados hacen que exprese que: “ya no puede más” y se lo cuente a sus padres.

Llega a consulta con la noción inamovible de la existencia de *Otro* que no es digno de confianza, peligroso y cuando no es así se trata de *Otro* que la rechaza y juzga.

A la par de revelar el abuso en tiempos de infancia, revela que no se identifica como mujer, que se identifica como hombre *transexual*, significante que orienta, dirige, justifica lo que ocurra en su vida. Se convierte en un discurso reiterado, no necesariamente simbolizado.

Discurso reiterado de soy “transexual” y entramado al que dirige todos los acontecimientos de su vida, la no aceptación de los otros, todos los caminos o dificultades están uní referenciados a su identificación.

Se refiere a sí en masculino, menciona ser llamado de otra forma a su nombre de nacimiento. “*Soy un histérico*” dice en otros momentos.

Disyuntiva: Tras analizar qué y cómo presenta el material, se debe tener cuidado en no “psicotizar” al sumarse a un discurso siendo como cualquier otro, para ello es preciso entender la función que se ocupa dentro del vínculo: analista. Función que posibilite el dialogo e incluso la posibilidad de diferir respecto a su decir y no quedar encasillado con la conclusión de que *todo* tiene que ver con su identificación. Se acuerda un significante neutral que ayude a nombrarlo.

Anunciaba constantemente la posibilidad de no continuar al no ver futuro posible, al estar cansado, frustrado por la incompreensión y machismo que señala en sus familiares.

Se logra la ubicación de un trauma afectivo, trato cuidadoso y apuntalamiento dirigido a un yo débil. En la teoría suele decirse que, con el yo no trabajamos, pero en ciertos casos como este, es importante que primero exista una persona con condiciones para poder elaborar y no minar algo que ya se presenta como frágil. Trastornos del sueño, hábitos precarios de alimentación, reserva de palabras, significantes, referencias corto para el momento del desarrollo en que se encuentra, mirada al piso, postura encorvada, he así su semblante.

Resulta necesario localizar la estructura familiar de la que procede, pues se identifican factores de riesgo para más de un integrante de la familia. Una madre que trabaja el tercer turno, pero que le implica salir de casa a las dos de la tarde, para regresar a la una de la mañana, dormir un par de horas y despertar para preparar a las hijas para ir a la escuela, padre proveniente de familia desarticulada, donde los lazos distan de la cordialidad, percepción de ser rechazados, una hermana del consultante que entra a la adolescencia, sensible a la tristeza



y al llanto. Es decir el consultante no era el único que intenta resolver dificultades y adaptación en su entorno.

El paciente no se encuentra solo en el síntoma, el síntoma está regado en la familia, junto con el padre quien presenta dificultades para la resolución de las necesidades familiares y con temas en su salud, llegando incluso a mencionar “preferir matarse” antes de llegar a un grado de una enfermedad grave en el cuerpo.

El sufrimiento de T. por el pasado y los abusos es canalizado, articulado por las manifestaciones de sufrimiento y las autolesiones, así como el pensamiento de suicidio. ¿Cómo se organiza el dolor de lo que no se tenía forma de simbolizar en el momento del abuso?

El tema de la identidad de género es sin embargo el que atrae la atención, el que causa molestia en la familia, el abuso, el desvalimiento, de ese no se habla. La hipótesis es que la misma familia tampoco ha encontrado elementos para organizar un evento que siguiendo a Freud, es de tal intensidad, que el psiquismo no logra incorporarlo a las experiencias y entonces a modo de cuarentena, lo encapsula en un registro donde no le sea posible acceder a la conciencia.

Lo que viene a resolver esta persona, no es que el terapeuta lo sepa de tajo, se va descubriendo y elaborando de a poco.

La sensación que acompañó a la terapeuta fue aquella donde la formación analítica favorezca la proliferación de discursos e intervenciones de otro tipo por fuera de las estandarizadas para de esta manera posibilitar los abordajes diversos de la realidad en el sufrimiento, aun con la posibilidad de herrar en ello.

El terapeuta ha de ser paciente, ha de escuchar, analizar el material al que tenga acceso, intervenir dentro del consultorio, en el pasillo, en los mensajes para sostener la comunicación. En ocasiones desde el apoyo, otras desde la confrontación para dar posibilidad del reconocimiento de otros, otros distintos a la definición instalada en T.

Este caso transmitió mucho dolor, un aplanamiento, desesperanza que cala en la terapeuta, de suerte que, para acompañar a la persona, es necesario sacudirse la versión acartonada conocida de “asocie usted “, en este caso fue fomentar la construcción de la palabra, misma que se encontraba coagulada. Incorporar a la familia y darles un espacio de escucha fue clave porque la angustia estaba extendida.

Un secreto no dicho pero que impacta en los cuerpos, en la forma de establecer vínculos y en la autopercepción. El tratamiento versó en encontrar otros caminos distintos a la muerte y al autoexilio para elaborar la frustración, el dolor y tristeza como un no absoluto y en ofrecer palabra y significantes otros, algunos para traer algo de comprensión acerca de lo que ocurre en el contexto, unos más para sacudirse la culpa que portaba por no haber hablado antes, unos más para desinstalarse de la pasividad en que llegó colocado.

#### **2.4.5. El Salvador que necesitaba ser salvado**

Niño, nueve años, llega acompañado de la madre, el motivo de consulta: el juzgado solicita que el niño sea atendido tras una agresión sexual. Hace unos meses que se dio la indicación y la madre llega al consultorio tras haber estado buscando a un psicólogo y no poder contactar con alguien que ya había recibido a su hijo alguna ocasión: *“se cambió y ahora no atiende ni las llamadas”* dice la señora. La madre refiere que es el hijo más pequeño de tres y producto de una segunda relación, el padre se fue desde temprano de la vida de esta familia; el primero también lo hizo.

Madre que no trabaja y sostiene junto con la abuela a este niño, vive en casa de la abuela. La hermana mayor está casada y hay otra hermana adolescente con quien el niño se pelea constantemente. Sobreviven cortando nopales del cerro, haciendo tamales los fines de semana. El paciente muestra interés por los gallos, pues un tío hace apuestas así y gana dinero. Expresa no querer estudiar, quiere salir a trabajar así su madre no se preocupará.

¿Por qué lo trae a consulta? Violencia sexual. Mientras la palomilla de niños juega, se van alejando y llegan hasta el cerro, sólo se sabe que el resto del grupo lo agarra y uno en particular lo violenta. Este último vive cerca de la casa del paciente. Se lleva el hecho a la

Fiscalía y la madre solo alcanza a referir que la resolución fue que el agresor menor de edad recibiera atención psicológica y que los padres de éste se hicieran cargo de la terapia de su hijo, de Salvador. La madre siente culpa por no haberlo podido cuidar -más adelante se verá que tiene sentido esta idea-.

Me presento, digo mi nombre y que soy psicóloga, dice no saber que hacen los psicólogos, le digo que hablamos de las situaciones que nos pasan, de lo que sentimos, que jugamos, pensamos acerca de situaciones que nos ocurren en la vida. Y que así como cuando te duele la barriga o la cabeza, vas al médico, cuando nos pasan otras situaciones que también nos duelen vamos con otro tipo de médicos. Le pregunto ¿Por qué piensas tú, que tu mamá te trajo a consulta? *“Porque cuando me enojo, me enojo como un perro y no suelto, me trabo”*.

Y ciertamente así, percibiéndose como un perro malo, es encerrado en casa porque no le dan permiso de salir y sólo está en la *“casita”* con la abuela. Casa donde tienen una perra, que es muy traviesa y corretea a la gente, lo muerde, pero no lo lastima; es la compañera de juegos de este niño. Cuando alguien extraño se acerca, la perra ladra y hace mucho ruido para ahuyentar al extraño. Durante el tiempo de sesión, tendrá una camada de cachorros, a unos los muerde para cambiarlos de lugar o cuando no hacen caso. El niño logra hablar un poco más acerca de su cotidianeidad. Un día llega triste y habla con puchero: mataron a su perra, alguien la enveneno, *“no les gustó que ladrara, pero, no les hacía nada”*, *“estaba adentro de la casa”*. Esa que cuidaba, murió.

El niño habla alguna vez de forma velada y fugaz acerca de lo que pasó: *“no me dejan salir ni hablarles a esos niños, sólo puedo jugar ahí cerca de la casa porque les da miedo que me vuelvan a hacer algo”*; refiere que le bajaron el pantalón y le hicieron cosas *“lo agarraron fuerte”* ...

La forma en que la madre se entera de lo ocurrido: en la escuela la maestra se da cuenta que el carácter apacible y travieso, ahora es aguerrido y que replica algunos movimientos y acercamientos a otros niños con un carácter sexual. Es en la escuela que identifican que el niño tuvo una agresión sexual, es la directora quien le explica a la madre que ha de levantar una denuncia del hecho.

Ahí es donde es importante identificar de quien es la demanda, aquí es gracias a la escuela que la madre acciona, interviene, hace algo. La importancia de otra mirada que vea lo que a veces los de cerca, al interior de una familia, no alcanzan a descifrar o más complejo aún, el no hacer nada se convierta en una posición reiterada. Los abusos en la comunidad se viven de diversas formas.

En la comunidad e incluso en otras comunidades como la universitaria, donde al día de hoy también participo proporcionando atención clínica, más de uno ha nombrado a la institución como la posibilidad de habitar otros espacios físicos e intersubjetivos, otras miradas, otras formas de ser vistos y de ser tratados distinto al campo de batalla que puede ser su entorno cotidiano-familiar.

En el caso del salvador, el tratamiento versó acerca de temas de cuidado, hacer saber del respeto a su cuerpo y al cuerpo de los otros, cierto es, pero de lo que el paciente hablaba era del aburrimiento de estar solo en casa, de no haber con quien jugar. Aunado al hecho de que le gustaba comprar palomas, gallinas, gallos y tener su propio gallinero con ayuda de sus tíos, eso le emocionaba, tener un proyecto propio, también le gustaban las plantas, se detenía a contemplar cuando a un cactus que se encontraba en el patio del consultorio floreció: *“ah, salió una nueva”* decía con júbilo.

Niño con inteligencia financiera, en las sesiones iniciales, habla poco, sólo articula en voz baja alguna respuesta ante alguna pregunta de la terapeuta, no sabe, se asoma constantemente por la ventana para verificar que su mamá sigue ahí.

Luego de unas sesiones la madre deja de asistir pues ha encontrado trabajo, una abuelita acompaña a su nieto, lo hace a pasitos, pues tiene complicaciones para caminar, la abuela se muestra cariñosa, preocupada por el niño, el niño se impacienta algo porque él llega corriendo, brincando y la abuelita llega momentos después.

¿Cuál es ahí la labor clínica? escuchar a un niño al que le acontecen situaciones, no encasillarlo en el lugar de víctima, reconocer sus habilidades, mirarlo cuando hablaba, no ignorarlo, preguntar y mostrar interés por su decir e inquietudes. Dar algunas pautas acerca del cuidado. Le preocupaba el dinero, si él tuviera mucho dinero, su mamá no tendría que

salir a trabajar y estaría feliz. Y sí, también jugar, ser otro con el que pudiera jugar, proponer jugar a las canicas, permitir que el sea quien recuerde que existen reglas y que no todo se vale. Favorecer el intercalar las palabras, espacio de expresión, otras de silencio, algunas de queja, otras jugar y celebrar o quejarse cuando se pierde, pero reconocerse que algunas veces también le va bien.

El contexto se filtra en los tiempos del que como sujetos se dispone, en la forma en que se es mirado, en la forma en que se queda condicionado a lo que se sabe y a lo que no. La intervención a veces es ampliar horizontes, en estar, en ser interlocutora para diálogos posibles que fisuraran el aislamiento al que parecía ser sentenciado.

El miedo desapareció de la madre, el niño creció en el año que estuvieron en el tratamiento, la hermana adolescente se embaraza y se muda a vivir con el jovencito con quien se embarazó. Luego de que la abuela ya no pudiera llevar al niño por su condición al caminar, está hermana es quién se hizo cargo, Salvador deja de asistir y los mensajes dejan de ser contestados.

Han de ser así los fines de terapia, se han de ir anunciando, preparando, acordando, quizá en algunos casos, no en todos.

#### **2.4.6. Concepción**

Mujer de setenta y cuatro años llega a consulta por recomendación del médico al recibir tratamiento por depresión. Madre de siete hijos, uno de ellos con un tema de adicción, a excepción de una hija, todos viven en su casa con sus respectivas familias. Separada del esposo hace años, legalmente aún casados y quién llega cada cierto tiempo y vive también en la casa familiar.

Esta mujer trabaja colaborando en el mantenimiento y limpieza para un terrateniente en el municipio, tarea que le implica trabajar la mitad de la semana en otro estado colindante.

La sesión uno, llega acompañada de una de sus hijas, misma quién agenda la consulta. Esta paciente llega tras años de estar en atención médica de distintas especialidades, y con enfermedades, muchas en el cuerpo, se suma también hace un par de años el diagnóstico de

depresión, expresa sentirse triste todo el tiempo, pensar muchas cosas que sólo le provocan ganas de llorar. No alcanza a localizar porqué le ocurre eso.

Un primer tiempo del tratamiento fue referido a la muerte de su madre siendo ella aún niña, la vio morir, los adultos ahí la sacaron de la habitación y cuando la vuelve a ver, fue cuando la velan; ella seguía preguntando cuando iba a regresar su mamá.

Siendo una adolescente de doce años y con dos hermanos menores, el padre cae en alcoholismo, mismo que se quedó instalado ante el propio sufrimiento, viene entonces el olvido a los hijos. La paciente dice que se recuerda andar pidiendo para comer, que tuvo que crecer rápido, porque sus hermanos lloraban, la familia estuvo presente un tiempo, pero luego se retiraron. Narra situaciones de riesgo en donde su padre con borrachera la ve y le dice que se parece a su mamá, “*con intenciones no de un papá*” dice Concepción. En otras ocasiones llevaba a hombres a emborracharse con él en casa, mismos que intentaban hacerle cosas, ella corría, se escondía en las nopaleras.

Finalmente, algunos tíos y tías se encargan de ellos. Concepción refiere que muy temprano empezó a trabajar para salir fuera y no quedarse en la casa, donde: “*había más riesgo como mujer*”.

Habla y trabajamos -porque es una alianza de trabajo la que se pone en funcionamiento cuando alguien pide consulta inicialmente, para luego crear las condiciones para que el paciente elija querer saber qué es lo que opera en su forma de padecer- en su historia y en las situaciones a las que estuvo expuesta, para hallar que en su presente había también abusos y duelos no reconocidos.

Su madre murió. Concepción se casó con la expectativa de que finalmente iba a vivir mejor, pero lo que le presentó el esposo fue decepción al abandonarle por meses para irse a trabajar lejos y cada que regresaba dejarle un hijo nuevo. Una hija que muere al dar a luz en casa, porque el esposo se negó a que otro hombre “*viera*” a su mujer. Una enorme culpa por no haber intercedido, pues Concepción se daba cuenta que no la dejaban salir y no quiso interferir; de esto no había hablado con antes, ella se daba cuenta que maltrataban a su hija.

La maldición del maltrato aparece nuevamente con otra hija que, viviendo al lado de su casa, está literalmente encerrada, maltratada. Narra como en ocasiones ha subido a la azotea de su casa para hablarle, cuando se asegura que el esposo, suegra o nuera han salido y por instantes ve a su hija desde el techo de su casa y le pasa algunos alimentos. Aquí aparece maltrato, machismo, pero también maltrato de mujeres a otras mujeres.

¿Esto es clínica? sí. En este caso particularmente la elaboración de los dramas de la paciente versaba en la normalización de tratos, acontecimientos y faltas que se creen superados, dejados en el siglo pasado. En el caso de la paciente, eran vigentes y no había interlocución posible siquiera para nombrarlos.

Hacinamiento, violencia física, violencia económica, intranquilidad y consumo de uno de sus hijos, la estaban consumiendo. Concepción estuvo trabajando la diferenciación de que el hecho de ser una buena madre y estar para sus hijos no implicaba dejar su vida en ello.

Esta mujer vino a tratamiento a cortar cordones umbilicales, la de los propios hijos y la de dependencia a relaciones que no nutrían y que la arrastraban a la muerte bajo el semblante del descuido.

## **2.5. Concepción social acerca del tratamiento**

En algunos de estos casos -visible en el tratamiento con infancias y sus padres, pero no exclusivo de ellos- la época pide, insiste, exige la aceleración, los cambios instantáneos: *“es que no se ven los cambios”*, dicen luego de dos o tres sesiones y la búsqueda de que los hijos resuelvan lo que en ocasiones está del lado de los adultos por resolver: adicciones, depresión, relaciones de las llamadas tóxicas, temas de adaptación, comportamiento, aprendizaje, comportamiento disruptivo que causa que sean llevados al consultorio buscando una alternativa ante el desconcierto que causa que su persona cercana familiar hable, si bien no en un lenguaje indescifrable, si en uno que no logran entender, que escuchen voces de algunas situaciones que más conviene sean inaudibles, por ejemplo -que no en raros casos vienen de la historia familiar y se hacen oír de diversas formas-. La locura será una de ellas, pero las

alucinaciones por consumo son una vía posible en donde también se pronuncian secretos acallados en la familia.

Los griegos decían que resultaba insoportable escuchar una verdad revelada o mostrada por quienes eran tocados por la locura, estos nuevos locos a semejanza de aquellos, también causan rechazo en la familia o en la comunidad, porque de ello no se busca saber, al contrario. Cómo se han ido construyendo o derruyendo las nuevas subjetividades en que parte de la población vulnerable, se convierten nuestros ancianos, y la pobreza en que viven muchos niños y jóvenes y si ambos se conjugan, el entramado resulta complejo y abre la pregunta acerca de cómo intervenir ahí y ahora.



## **CAPÍTULO 3**

### **TEORIZACIÓN**

En este apartado se traerán a colación algunas concepciones psicoanalíticas que vienen a bien para pensar desde qué cuadrantes se hace al abordaje clínico, que según lo escrito y si han llegado acá, ha tenido un hilo conductor, hablar de las diferencias, de otros abordajes y la invitación a no tener miedo a que el tratamiento se nombre, se caracterice, se intervenga siempre con otras formas a las preconcebidas formativamente. Dejando claro también que a la par de las propuestas que cada uno haga, ha de ser congruente con la ética, el respeto y cuidado que esta profesión tanto necesita. Que se proponga intervenir de otras formas no significa, que quede claro, que cada profesionalista haga lo que le venga en gana; es distinto, lo que esta tesis pone sobre la mesa es un llamado al profesionalismo, a dialogar en la academia, intercambio de investigación (a modo de conversatorio) y a incorporar la actualidad, el contexto, lo que no funciona conforme a la realidad de los textos que fueron hace un siglo.

Avanzando más para buscar conectar la historia y bases psicoanalítica con el ejercicio clínico actual, serán algunos conceptos psicoanalíticos los que den pie a pensar la clínica y viñetas del ejercicio propio.

La forma en que se presenta este capítulo es trayendo algunos conceptos de la vasta obra de Sigmund Freud, recopilada en sus Obras Completas, que por poco y lo están, pero por suerte nuestra, el autor también hace reiteradas invitaciones a continuar con su legado, con su obra y agregaría, a seguir investigando y escribiendo quizá no una obra completa, pero si una propia a partir de lo que legó.

#### **3.1. Aparato psíquico**

En los albores de 1900 Sigmund Freud se interesa y acerca a la investigación del psiquismo y funcionamiento de lo humano, inicia desde la neurología, tuvo la oportunidad de una estancia en una institución (hospital de carácter público) como fue *La Salpetriere* donde tiene

contacto con una práctica clínica que lo pone en el lugar y circunstancia de observar, estudiar, sorprenderse con los fenómenos psicosomáticos de la histeria.

Más tarde y con algo de recorrido clínico y en búsqueda de descifrar que ocurría en el mundo interno de las y los pacientes, inicia un trabajo de investigación ante fenómenos que no alcanzaban a explicarse con el saber de la ciencia de aquel momento.

Freud hace planteamientos acerca del funcionamiento de la mente, crea conceptos y un modelo de lo que nombra aparato psíquico, al que refiere como un mecanismo formado por instancias/sistemas no localizados anatómicamente, organizados dice él, a modo de lentes, siguiendo cierta secuencia y que opera siguiendo una dirección que tendrá como punto de partida los estímulos del entorno, y como uno de los fines la inervación, el movimiento muscular, una acción del sujeto. Tales instancias tendrán características, ubicación, interacción y funciones específicas.

Freud hace uso de una tópica<sup>16</sup> como una forma de explicar el funcionamiento del psiquismo humano y de tópicos<sup>17</sup> como conceptos *prínceps*. Durante su vida se destaca como un hombre ilustrado, impregnado del aire y deseo de saber de su época, se forma como médico y neurólogo con ejercicio clínico. Y será desde ahí, en y por los fenómenos clínicos que ponen en movimiento su espíritu de investigación que es movido de tal forma que llevó su descubrimiento, su deseo de saber, dar respuesta, a las últimas consecuencias en su temporalidad, hacer investigación-acción, investigar sí, desde la formación y como hombre de ciencia que era, pero arriesgándose a ver más a nombrar a elaborar a partir de lo que ya sabía y responder con evidencia clínica su tesis del psiquismo humano, la existencia de una parte de la que no conocía, no y en la que la conciencia y voluntad no gobernaban.

Freud hace dos formulaciones acerca de las instancias de ese aparato psíquico, diferenciadas con esa distinción, primera y segunda tópica.

---

<sup>16</sup> Conjunto de tópicos para argumentar algo.

<sup>17</sup> Según la RAE: "Lugar común que la retórica antigua que convirtió en formulas o clichés fijos ya admitidos en esquemas formales de los que se sirvieron los escritores" Podemos agregar que en Psicoanálisis tiene que ver con representar mediante instancias a modo de un lugar y dónde ocurren ciertos procesos y la dinámica entre ellos.

En la primera propuesta, nombra la existencia de tres instancias: Inconsciente (*Icc*), Preconsciente (*Prcc*) y Conciencia (*Cc*). Con comercio, interacción, dinámica entre ellas, cada una con características y facultades particulares.

La Conciencia en un sentido descriptivo: se es consciente, se sabe de sus contenidos, o sus contenidos son susceptibles de hacerse conscientes, con un recuerdo, con palabras, imagen, pero no sólo en ese plano, es un sistema que organiza e interactúa con el mundo exterior.

El Preconsciente es una instancia que media la interacción entre la instancia anterior que es el Inconsciente y la Conciencia. En cuanto al preconsciente se dice que: *[...] los procesos de excitación habidos en él pueden alcanzar sin más demora la conciencia, siempre que se satisfagan ciertas condiciones; por ejemplo, que se alcance cierta intensidad [...]*<sup>18</sup>

El Preconsciente participa de la actividad de la Conciencia, pero hay un mecanismo intermedio entre *Icc.* y *Pcc.* que es la censura, la cual tendrá una función de vigilante para dar acceso o no en dirección a la *Cc.* y es ahí donde la intensidad de la energía que porta tal representación da como consecuencia que pueda devenir consciente sin mayor problema, pero si excede el monto de energía, entonces, se deniega el acceso.

La conciencia en cambio es la instancia que tiene control en la motilidad, el movimiento del cuerpo, la voluntad del sujeto, es la instancia de la que uno sabe. Conscientemente sabemos que algo hace bien o causa estragos, pero no sabemos porque la tendencia a seguir procurando acciones nocivas, sufrir por aspectos que por más que se refuercen, siguen produciendo padecer, la explicación ahí es la conexión con el material, con elementos de la historia del sujeto que son inconscientes para él mismo, una codificación de la que no tiene la clave. En el análisis se pueden desarrollar herramientas para mirar(se) en su historia y descubrir entramados, designios, improntas familiares, significantes a los que se ha quedado fijados sin siquiera saberlo.

El Inconsciente como instancia, aloja material que no tiene acceso a la conciencia, a menos que sea por acceso al preconsciente y puede que algo de ello emerja, pero para que lo logré

---

<sup>18</sup> Sigmund Freud. "La interpretación de los sueños (continuación)". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. V pág. 534.

tendría que sufrir alteraciones, modificaciones, ajustes para salir a la luz, es decir hay censura que opera a manera de un guardián que habilita la entrada o no el acceso a la consciencia. Es importante nombrar que hay cierto material que permanece inconsciente parte del tiempo, pero que se puede traer a la consciencia mediante el recuerdo ¿Cómo se llamaba tu mejor amigo de la primaria?, no es que todo el tiempo tengamos la información en tiempo actual, sólo cierta información está en primer plano, otra igual que en el ejemplo, la traemos cuando se requiere. Sin embargo, hay también cierto material inconsciente que, debido a su naturaleza, su origen, el monto de energía que lo invista, ese en cambio es poco probable que emerja a la Consciencia y si así fuera el caso generará un corto circuito, malestar para luego ser echado nuevamente atrás, ahora como material reprimido.

La instancia reguladora será el Preconsciente, mediará a manera de referir a ambos sistemas, si algo que incumpla las características permitidas intenta salir y no cumple con la intensidad de energía permitido, dará lugar a la represión, tal material no tiene acceso a la Consciencia, se queda en el sistema inconsciente, pero si este logra cierta desfiguración, asociarse con otra representación, puede burlar a la Consciencia, pero en cuanto lo registre, lo devuelve al Inconsciente, pero a un lugar en particular, lo *inconsciente reprimido*, mismo que ira organizando con más material que tenga el mismo fin; a *grosso* modo esta es la represión propiamente dicha. La frase reza, todo material reprimido es inconsciente, sí. Todo el material inconsciente es reprimido, no.

A lo largo de su historia Freud fue haciendo elaboraciones, su teorización fue activa, no se quedó con construcciones terminadas, a lo largo de su obra va enriqueciendo, modificando y trayendo nuevos supuestos.

Con lo ya mencionado antes, puso en jaque a las concepciones filosóficas, la cosmovisión del ser humano como ser que tenía control sobre sí, consciencia y voluntad total de lo que acontece en él, pero también a las concepciones médicas al afirmar que la cura no sería a través del soma, del cuerpo, sino de la palabra de los pacientes. Freud vino a plantear que hay una instancia de la que no se sabe, pero que no por ello deja de tener efectos en la vida y que guarda estrecha relación con la creación de síntomas.

Más tarde en 1923, llega a un segundo modelo para pensar el aparato psíquico, la segunda tópica, donde las instancias son nombradas como: Ello, Yo y Superyó.

Del Yo dirá que es la instancia que gobierna la consciencia, también los accesos al sistema muscular, acceso a la motilidad, al movimiento, a la acción, es el que interactúa con el mundo exterior: [...] *vale decir: a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior* [...] <sup>19</sup>

El Ello en cambio se ve regido por el principio del placer, mientras que el Yo lo es por el principio de realidad, cuyos nombres designados nos dan una idea de por dónde va el asunto: *El yo es el representante {repräsentieren} de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición del ello, que contiene las pasiones.* <sup>20</sup>

El Superyó es el cúmulo de historia, cultura, es lo que antecede, lo que se hereda incluso antes de nacer es regirse por el nombre del padre, quedar dentro del registro de la Ley. Que se sepa que no todo se puede.

Freud no invento fantasmas, propuso un modelo para explicar o darle una explicación posible a cómo funciona el psiquismo. Para ello evita apoyarse en abstracciones (esto es un modelo) para entender que procesos ocurren, no creo desde cero, trae algunos conceptos y resignifica o le da un sentido propio a la luz de lo que la clínica le iba indicando. Sostuvo su invención, trabajó para construir un *corpus* articulado y no piezas sueltas que no se relacionan carentes de lógica.

Pensando clínicamente pretende entender por qué los pacientes acuden a consulta: hay algo que les pasa, problemático, produce sufrimiento y no saben qué hacer con ello.

Cuando se recibe una solicitud de consulta puede ser que el consultante tenga muy claro cuál es su problemática (consumo de sustancia, violencia, depresión, problemas familiares, pérdida de la salud), pueden referir, ubicar el malestar, y sin embargo no ver ni por lejos qué los motiva a hacer lo que hacen, sentirse como se sienten.

---

<sup>19</sup> Sigmund Freud. "El yo y el ello". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. XIX pág. 18.

<sup>20</sup> *Ibíd.*, pág. 27.

Los motivos de consulta son conscientes, el trasfondo es inconsciente y quizá algo de eso llegue a salir y a resignificar, un tramo de la historia que pueda llegar a significar otra cosa bajo cuya luz pueda transformar su visión y sentido del mundo, su mundo.

Una paciente que llega por motivos de nerviosismo extremo, dificultades para socializar, falta de ánimo para salir y que ante ciertas situaciones comienza a temblar y romper en un llanto que no la dejan hablar. “*Algo se le atora en la garganta*”, llega porque alguien la lleva, alguien ha notado que algo le ocurre. Con algún tiempo de tratamiento logra decir, ver y situar que lo que le ocurre no sólo es a ella, sino que se da cuenta del carácter ambivalente de su entorno familiar, donde es querida, pero si está triste le dicen: “*quita esa pinche carota*”, sus familiares son prohibitivos, no intervienen en situaciones de consumo del hermano, le llaman la atención si se defiende de él, pero no interceden cuando siendo niña la tiraba al piso y la pateaba.

Le generaba nervio hablar y cuando lo intentaba, las palabras se agolpaban para intentar salir todas al mismo tiempo, sentía pena de pedir ayuda o de expresar algo porque pensaba que algo malo podía pasar. El material inconsciente, problemático que no podía ni siquiera pensar, lo inconciliable de darse cuenta que la familia ama, pero también tiene la potencia de destruir. Su hallazgo fue saberse parte de esa familia, pero no por ello aceptar todo. Encausar el coraje y el odio por las ausencias y maltratos, la indiferencia paterna, por intentar crear lazo para comunicar, para expresar su sentir, mismo al que va hablando ahora de poco a poco y ha podido establecer una separación, un límite entre lo propio y lo familiar.

¿Sabía de eso cuándo llega a consulta? no. ¿Es todo? no. Es lo suficiente para vivirse de otra forma. La intervención sirvió porque la lectura del caso fue, apuntalar, fortalecer al Yo, porque la devaluación, el maltrato del que hacía referencia, así lo requería. Qué no dé miedo nombrar que va a haber intervenciones así, esta paciente no necesitaba más angustia, necesitaba ser escuchada, darse la oportunidad a manera de simulacro, tener un espacio donde pudiera hablar libremente, donde se cree en su decir.

La paciente no tenía elaborado esto a nivel de la consciencia, no conectaba lo que le acontecía actualmente con lo que ocurrió desde que tiene memoria, recordando que una de las

características del material inconsciente es la atemporalidad, tiene vigencia aún que hayan pasado muchos años. Tener como referencia un aparato psíquico, la existencia del inconsciente, el comercio entre sistemas, nos da elementos para pensar la clínica de forma dinámica y hacer uso y recurso de las conceptualizaciones para leer, intervenir y dirigir el tratamiento a lo que el paciente busca, en este caso: dejar de sentir miedo y defenderse, salvar su vida.

### **3.2. Aparato y clínica**

Siguiendo el modelo del aparato psíquico, conformado por instancias con atributos y atribuciones particulares cada uno, es importante saber que el material contenido en dicho aparato también es de naturaleza distinta: uno consciente, otro asequible a la consciencia, uno inconsciente y otro reprimido. Y que la relevancia de estos es que su dinámica tiene efectos en la vida anímica de las personas.

Material consciente, otro susceptible de consciencia, pero en particular lo reprimido inconsciente es en lo que nos detendremos un momento. Lo inconsciente es de lo que no sabemos, algo aconteció, una palabra, una sensación, un evento traumático, algo que ni siquiera se pudo traducir en palabras, no se simbolizó, se presentó de forma abrupta y para poner a salvo al sistema, al aparato psíquico, se le manda a un lugar específico, donde mediante un gasto energético habrá un esfuerzo para mantenerlo ahí, aunque no sin intentos de este material que constantemente puja por salir: *Si se tratase del efecto de un estímulo exterior, es evidente que la huida sería el medio apropiado. En el caso de la pulsión, de nada vale la huida, pues el yo no puede escapar de sí mismo.*<sup>21</sup>

Se tratará entonces de rechazar y alejar de la consciencia algo inadmisibles por su contenido, que entra en pugna, inconciliable entre lo permitido y lo que el legado cultural no permite.

Pues bien, se nombraba la censura como el guardián encargado de vigilar quien tiene acceso, quedaba claro que no se busca terminar con la representación, sólo que no tenga contacto,

---

<sup>21</sup> Sigmund Freud. "La represión". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. XIV pág. 141.

que no sea consciente, puede mantenerse en el salón de baile, pero no pasar por la puerta de acceso a la Cc.

Sin embargo, en el tratamiento, la investigación del entramado psíquico con lo tangible y consciente del paciente, ¿qué es el análisis sino una investigación?, rastreará vestigios de la vida psíquica y ubicando los nodos, las intervenciones apuntarán a convocar retoños de aquello que quedo resguardado en la caja fuerte para localizar y eventualmente que el paciente pueda tomar una posición, apropiación y límites en lo que ocurre en su vida: *Cuando practicamos la técnica psicoanalítica, invitamos de continuo al paciente a producir esos retoños de lo reprimido, que, a consecuencia de su distanciamiento o de su desfiguración, pueden salvar la censura de lo consciente.*<sup>22</sup>

Qué sea capaz de darse cuenta que las acciones “conscientes”, no lo son tanto, interrogar para favorecer una participación activa y no que el destino guíe lo que le acontece, eventualmente generar otras posibilidades de elegir en su universo personal.

Ejemplo de ello es el chiste, las ocurrencias, los recuerdos, entender algo de manera distinta a lo que puntualmente se está diciendo, es la vía para acceder o la vía en que se muestra algo de aquello reprimido. Trabajamos con pistas, con subproductos que dan indicio de algo de carácter inconsciente y ya dijimos, desconocido para el paciente.

Aquello a lo que se le niega el acceso por la puerta grande a la consciencia, se compone de dos aspectos, uno será la representación, la forma en que se presenta, la careta por decirlo de algún modo, otra será la energía que la envuelve, Freud la llama pulsión. El destino de la representación (idea, palabra, sensación), quedará cancelada, no podrá volver a presentarse, desaparece de la consciencia. En cambio, la pulsión, que es la energía, esta va a tener otros destinos posibles, la primera es que desaparezca como la representación, totalmente borrada, nada se sabrá de ella, la segunda es que salga con un efecto coloreado, matizado, se transforma, se maquilla, pero hay algo en esencia que se conserva, la tercera es que se transforma en angustia.

---

<sup>22</sup> Ibid., pág. 144.



En este último caso eso será lo que se manifestará un síntoma. El malestar es el cascabel que suena cuando una persona enferma. El síntoma, la enfermedad como un intento de ser descifrado como un intento de resolución.

Poco sentido tendría la clínica sin ejercicio clínico, se interviene en la enfermedad, no se sabe de lo inconsciente sino por sus manifestaciones. Donde tiene sentido el saber analítico, ahí donde hay una persona que quiere saber de las manifestaciones de un conflicto psíquico.

Freud ubicaba que existía una relación, un enlace entre inhibición y angustia, en más de un caso se renuncia a algo pues su realización tendría como efecto angustia, ejemplo de ello la histeria.

En la neurosis obsesiva las inhibiciones pueden ser indicios de precauciones, búsqueda de garantías de protección ante situaciones de naturaleza sexual, una forma de protegerse. La fobia como en el caso de Hans, para buscar medidas protectoras que tenían potencial de generar angustia por lo inconciliable de esas representaciones.

En la psicosis, el funcionamiento podría expresarse en el rehusarse a realizar o involucrarse en situaciones que les genere angustia, ejemplo la paranoia, donde la fantasía es una forma de metaforizar e intentar simbolizar, organizar cierto material de su historia.

Pensando el caso de T., hay una severidad en juzgarse, pero mucha laxitud en el compromiso de las funciones y actividades que podrían generarle aspectos positivos y de mejora. Ha adquirido independencia, está trabajando, sale de la casa paterna, se desplaza en otras coordenadas, sostiene una relación a distancia, y si bien su padre no mira con agrado, tampoco ha sido un impedimento para ello. Y que ocurre que repentinamente presenta “crisis” así las llama él, cuando le viene un pensamiento que denote un impedimento o algo que no puede, viene la frustración, pensamientos negativos, llanto y la idea intensa de realizarse cortes en los brazos, sólo así se detiene.

Lo que se le niega es el falo, escrito burdamente, la imposibilidad de no tener algo a lo que aspira: ser un hombre. Una especie de autocastigo, refiere no cumplir con las expectativas de su familia, no ser lo que los otros esperan de ella y entonces va y se hace perforaciones en la cara cuando en su trabajo es algo que no está permitido y se asegura de no podérselos quitar

al decir que la indicación es no quitárselos antes del primer mes que es lo que dura la cicatrización: *El yo no tiene permitido hacer esas cosas porque le proporcionarían provecho y éxito, que el severo superyó le ha denegado. Entonces el yo renuncia a esas operaciones a fin de no entrar en conflicto con el superyó.*<sup>23</sup>

Estados de inhibición, de síntoma y angustia que se entrelaza en una sola viñeta de un caso. Quizá en el caso pensado más freudianamente. Lo distinto, lo no nombrado y si real en este y otros casos son las condiciones de pobreza, vulnerabilidad, condiciones limitadas para atenderse y un entorno de misoginia en las que más conviene ser hombre para no recibir agresiones.

En la paciente Abnegada en cambio donde aparte del deterioro cognitivo que podría venir a la mente, estaban presente también rasgos depresivos, viviendo en condiciones de abandono, maltrato, ser nombrada como “loca”, que “no les dejaba disfrutar la vida”. Risas estruendosas del exterior ahí donde ella intentaba articular palabras, indiferencia y negación del malestar que para ella era tan real:

Un instructivo ejemplo de este tipo de inhibición general intensiva, de corta duración, pude observarlo en un enfermo obsesivo que caía en una fatiga paralizante, de uno a varios días, a raíz de ocasiones que habrían debido provocarle, evidentemente, un estallido de ira. A partir de aquí ha de abrírsenos un camino que nos lleve a comprender la inhibición general característica de los estados depresivos y del más grave de ellos, la melancolía.<sup>24</sup>

El conflicto que le representaba haber cuidado y querido a sus hijas y que ahora ya ni siquiera la visitarán. Cuando se piensa en un tratamiento se consideran aspectos psíquicos, estructurales, pero también mito familiar, estructura familiar y propongo considerar también la etapa del desarrollo en que la persona se encuentra. Las herramientas con las que cuenta para simbolizar la separación de las hijas, la incorporación de otras figuras de las cuales una es amenazadora y sublimar la molestia por lo que el personaje en edad productiva y un cambio de posicionamiento en la familia, de ser la guía y cabeza de familia a ser alguien que enferma y ahora es “la loca”, la que les causa molestia, incluso para llevarla a consulta pues era de una comunidad retirada del consultorio. La forma en que socialmente se piensa las

---

<sup>23</sup> Sigmund Freud. “Inhibición, síntoma y angustia”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. XX pág. 86.

<sup>24</sup> *Ibíd.*

vejeces, la estructura de servicios de salud a los que se tiene acceso, abandono y maltrato y la situación económica al dejar de ser tan productivo como antes. Tiene esto que ver también con la salud emocional, estado mental, tiene que ver esto con la enfermedad, en cómo son vistos, tratados y atendidos

Las inhibiciones pueden venir del Yo, en el plano de lo consciente y también el bordaje puede ser analítico, claro que se enlazará a algo de lo Inconsciente pero no por ello se desatiende la información y las condiciones en que la persona vive.

### **3.3. Transferencia**

Uno de los principios que operan y favorece el tratamiento, así como su continuación y efectos es la transferencia. Es capaz de lograr el establecimiento de una alianza de trabajo entre paciente y terapeuta, capaz de disminuir las resistencias que éste mismo coloca, pues bien, lo decía Freud, es semejante a alguien a quien le van a retirar una pieza dental que le está causando dolor y afectación, al intervenir el médico, el paciente llega a percibir tal incomodidad y dolor que por inercia quisiera detener la mano del médico, aunque se esté consciente de que tal intervención implica mejoría. ¿Será que tanto ama uno el síntoma o será que no se sabe que hacer sin él?

Regresando al punto, ocurre que uno de los fenómenos que acontece en, durante y por el tratamiento es la transferencia, que la figura del analista genere cierto efecto/afecto en el paciente, corrijo, que el paciente deposite expectativas, afectos en la figura del analista. No somos nosotros, es lo que depositan, lo que proyectan en esta pantalla blanca.

Freud Dice: [...] *es verdad que este enamoramiento consta de reediciones de rasgos antiguos, y repite reacciones infantiles.*<sup>25</sup> y más adelante menciona: [...] *la impresión que uno tiene es que de él se podría obtenerlo todo.*<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Sigmund Freud. "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. XII pág. 171.

<sup>26</sup> *Ibíd.*

La transferencia cómo alianza de trabajo en donde el paciente confía se esfuerza y permite ser guía para el terapeuta. Disposición a asociar, esfuerzo por decir algo más de lo obvio. Compromiso con su restablecimiento. Los pacientes le atribuyen o proyectan sobre la figura del terapeuta la confianza y convicción de que le curará, de que puede ser y escucha indicaciones, se permite mostrar, analizar material consciente e inconsciente que en otras circunstancias se negaría a analizar, y no sólo por no querer consciente, sino por un no saber inconsciente. Lograda la alianza, movimiento o acceso a material vetado, logra abordarse.

En la sesión en que Salvador quien asoma por la ventana para asegurarse que su mamá no se vaya, el antecedente de este caso es que la madre refería ya lo había llevado a terapia con una psicóloga que atendía en la avenida principal, pero la dejaba a ella en la puerta, no la dejaba entrar, atendía al niño en su casa, en ocasiones ni siquiera les atendía y sólo no abría la puerta. Freud es sabio ahí donde aconseja no creer que son nuestras aptitudes las que hacen que la cura tenga efectos. Sin embargo, el trato respetuoso, la claridad en el encuadre serán importantes para fomentar condiciones de confianza y una alianza de trabajo cuando existe cierta sintonía. La mirada también es algo con lo que se trabajó y aportó en el tratamiento para humanizar a este niño y que ya no se presentará *“como un perro cuando se enoja, se traba(ba), no suelto (soltaba<sup>27</sup>)”*.

Pero que a partir de y en la intervención pudo compartir con alguien sus preocupaciones por las cuestiones económicas que hacían que su mamá saliera todos los días a trabajar lejos y dejarlo a él solo, a identificar que habían ocurrido cambios a partir de un evento de carácter sexual y que a su vez él era quien recibía el castigo de no salir, de no jugar con ciertas personas y ahora, de ir a terapia.

En el caso de E. hay un momento que expresa sentirse cansado de que a nadie le importe lo que él dice o más complejo aún, no saber cómo decir algo que escuchen los demás, en algunas sesiones en que el aire se podía rebanar de la densidad que se sentía, cansada, no sabiendo ya que hacer para causarlo a hablar y dejar entrar a su mundo interno, abrir posibilidades de comunicación más allá de si o no, me resuelvo y le digo: *“se siente horrible no saber o pensar*

---

<sup>27</sup> Agregados míos, es el movimiento que fue posible hacer durante el tratamiento con este niño.

*que a otro no les importas, algo se de eso, es lo que siento cuando intento comunicarme y no hay respuesta, pero estoy convencida de que ha de ser algo voluntario, si quieres seguir trabajando, eres bienvenido, te escucho y podemos hablar de tus temas, pero si no quieres hacerlo, quizá no sea el momento y lo respeto.* Terminamos la sesión. Próxima sesión regresa. Espejeo, contratransferencia, el paciente en esa sesión en particular regresó con otra actitud, expresó quería atenderse y llevó material de lo que le acontecía en casa con su familia, el no sentirse incluido o que les interesará a sus familiares, por ejemplo. La frustración de ver que su hermano era abusivo con él y su familia y que nadie decía algo, el padre no intervenía. Mientras E. apoyaba a su madre en las actividades en casa y el no saber que seguía en ese momento de la vida.

Algo se permitió escuchar y ese fue uno de los momentos en que el discurso se desplegó de manera distinta y no sólo circular, a manera de un úroboros<sup>28</sup>, que es la figura que me ayuda a explicar en imagen el estilo discursivo de este joven, hablaba asegurándose de cerrar el discurso, no dejar entrar algo más, referir a lo mismo que había ya mencionado, haciendo infranqueable la estructura.

Algo son capaz de lograr los pacientes a partir de lo que vean en el analista, sujetos de confianza o de quienes hay que también protegerse, alguien que puede ayudar, que represente seguridad o no. Como terapeutas, somos inspeccionados, analizados, si no pasamos la prueba, no permiten entrar, o en algunas veces permiten accesos restringidos.

### **3.4. Asociación libre y atención flotante**

Si hay una dupla imprescindible para el ejercicio clínico es sin duda la asociación libre y la atención flotante.

Más allá de creer que los efectos de la terapia son por los atributos personales del terapeuta, los principios que pondrán en operación la cura de quienes asisten se pueden presentar de la siguiente forma: recepción, establecimiento de acuerdos de trabajo: día, hora, lugar,

---

<sup>28</sup> Véase figura 1 en sección de anexos

compromiso de no cancelación, acuerdo del pago que va a realizar -en especie o efectivo- y su parte proporcional de esfuerzo así como acciones de cuidado que se realizarán dentro y fuera del consultorio, el establecimiento de vínculo de trabajo y que el terapeuta sea percibido como digno de confianza. El tratamiento estará ya en marcha.

Se realiza la entrevista inicial, se inicia por datos generales, nombre, edad, domicilio, ocupación, grado académico, número de contacto, un contacto de emergencia de una persona de su confianza. Lo afectivo, existencia de una pareja, tipo de convivencia, familia de la que proviene o si ha formado una propia, con quien establece un vínculo más cercano, con quien no tanto.

Se explora también situaciones de salud, si hay presencia de alguna situación de enfermedad (actual o en su histórico de vida), hábitos de cuidado, pareja, relaciones, consumo de sustancias.

Antecedentes de terapias previas y por supuesto motivos de consulta y preguntar cuáles son las expectativas que tiene respecto al tratamiento. Ese es el previo a iniciar la terapia, reunir elementos que den contexto al análisis y a las intervenciones. Ya trabajado e instalado puntos donde apoyarse, se hace el anuncio de la regla fundamental, que hace la invitación y al mismo tiempo el pedido de que el paciente también se ponga a trabajar, que tome un papel activo en el tratamiento, que traiga tarea bajo el brazo, materia prima para poner en movimiento el análisis:

No sólo debe comunicarnos lo que él diga adrede y de buen grado, lo que le traiga alivio, como en una confesión, sino también todo lo otro que se ofrezca a su observación de sí, todo cuando le acuda a la mente, *aunque sea desagradable* decirlo, aunque le parezca *sin importancia* y hasta *sin sentido*.<sup>29</sup>

La tarea del paciente es hablar en un plano distinto al cotidiano, es ir más allá de lo que ya sabe y se repite constantemente. El lenguaje y la comunicación cobran otro sentido, no sólo es lo que se dice convencionalmente, es el valor que cobraran las palabras en situación de análisis. El paciente se permitirá hablar, decir ocurrencias, tener equívocos, decir una palabra

---

<sup>29</sup> Sigmund Freud. "Esquema del psicoanálisis". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. XXIII pág. 175.

o estructuró un enunciado de forma peculiar, no quiso decir eso que se entendió sino más bien esto otro.

La analogía de la asociación libre que aporta comprensión es pensar en el ramaje de un árbol, que cuenta con raíces, tronco, brazos, ramas, hojas que se van entramando, habrá unas visibles a simple vista, que se sabe en qué dirección o sentido van, pero hay otras que no se alcanza a apreciar a simple vista a donde se dirigen, incluso se llegan a perder sus divisiones, no se sabe dónde inician o terminan. Con conexiones, nudos e incluso con injertos de plantas invasoras que llegan a través de las aves que anidan en el árbol. Al iniciar un análisis, nos vamos a encontrar con lo evidente, con una solicitud explícita (a veces), el paciente expresa un malestar, un padecer, una complicación, pero ocurre que eso es sólo la superficie, es el aspecto que se encuentra en la superficie, de lo que cuenta y a lo que le atribuye su malestar.

Asociar libremente es que el paciente desarrolle, confié en lo que está pasando por su mente, aunque parezca que no viene a colación con lo que se está trabajando en el momento, aunque la comunicación le resulte penosa, aun cuando haya escuchado que de eso no se habla o a la inversa, que haya acabado creyendo algo de forma tan convincente que pensar o plantear algo distinto a esa convicción le produzca conflicto.

Habría que enseñarle, porque aún que suene en esos términos, es real, el psicólogo ha de enseñar, encaminar, mostrar un estilo en que la sesión ocurrirá, se le invitará a expresar lo que está pensando, sus ocurrencias, a qué le recuerda, con que relaciona eso que acaba de nombrar. Esto con intención de no quedarse en la superficie de algo que suele tener al igual que el árbol, una raíz, un enraizamiento profundo, que se ha ido instalando en el transcurso de su vida. El estilo, el tiempo del tratamiento, de cada dupla paciente-terapeuta van a dar como efecto un tiempo, una dinámica de trabajo propia en la que ambos son copilotos. El paciente no entra asociando, aprende, se autoriza a hacerlo: *[...] se obtuvo la técnica de educarlo para que renunciase a todas sus actitudes críticas, y de aplicar el material de ocurrencias así traído a la luz para el descubrimiento de los nexos buscados.*<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Sigmund Freud. "Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido»". En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t. XVIII pág. 234.

El sentido de que cierto material pueda ser nombrado, es porque indudablemente guarda conexión con los nudos en la historia del paciente. No es decir por decir, es a la luz de lo que le lleva a consulta que van cobrando sentido y en sentido retroactivo, también lo ya pasado, se puede resignificar a partir de lo que este elaborando actualmente. Se trae no para traumatizar, se trae para elaborar algo distinto a la parálisis, inmovilidad o repetición.

A la par de la asociación libre está la atención flotante que consiste a manera de espejo en escuchar, pero no escuchar, escuchar, pero no acelerarse, no correr a dar sentido, interpretación o traducción inmediata y convencional a lo que su paciente le dice.

Habrán comunicaciones importantes, pero que no significa que vayan a ser utilizadas para esa intervención en particular, en ocasiones tendrán sentido en momentos del tratamiento, no sólo de la sesión, no guiarse por lo propio, sino por el sentido de lo que dice en la historia del paciente.

No se interviene o se toma todo lo que se dice pues eso impediría que la asociación misma del paciente se trunque, se limite, y no se avanzaría en la construcción, en el análisis. Se está, pero no en todo, se está esperando nada, pero cuando salta la liebre, esa la tomamos y la regresamos a lo que se está diciendo. Se escucha o atiende cuando se reconoce o el sentido o el sinsentido de lo que el paciente y su historia dicen. Es buscar la pieza del rompecabezas, no se prueban todas para saber su lugar, hay indicios que se reconocen e identifican.

### **3.5. Formaciones del inconsciente**

Se había mencionado en el inicio del capítulo la naturaleza y particularidad de los contenidos psíquicos, en particular el material de carácter inconsciente e inconsciente reprimido. Al material reprimido, se le niega el acceso a la consciencia, habrá un guardián encargado de hacerlos retroceder, mantenerlos en lo inconsciente, sin embargo, hay algunas formas en que puedan escapar a esa censura, porque es eso precisamente una censura. Pues debido al carácter de la representación no es compatible con la realidad, con lo permitido socialmente, con lo permitido para ese sujeto de acuerdo a su entorno, educación, valores, creencias, mito familiar, la historia del sujeto y la historia de la humanidad.



Y si bien es cierto que no aplica exactamente de la misma forma, el punto es que, ante el no acceso a la consciencia, ese material puja constantemente por salir a la superficie, que en el aparato psíquico resulta ser la consciencia. Una fuerza que puja hacia la consciencia y una que también de forma constante la mantiene a raya. Un gasto energético sin duda. Ha de resultar cansado ese empuje constante en direcciones opuestas.

### **3.5.1. El sueño**

Reza una frase “*al mejor cazador se le va la liebre*”. En condiciones de análisis, un síntoma que busca ser descifrado, un individuo dispuesto a ello, alianza terapéutica con el analista, sostener la terapia, una sesión y otra, para que ocurra y es ahí, un instante, un desliz, una palabra, un tono, una asociación entre lo que se dijo, se escuchó y lo que se está pensando, es ahí donde salta la liebre. Habrá que alejarse de las zonas y significaciones comunes para que en fugaces destellos algo surja, nos de pista, coordenadas de lo que yace en el fondo. Algo escapa a la efectividad de la represión, algo escapa a la censura, “*al cocinero se le pasó una papa entera*”. Sólo que no es una papa, sino una formación del inconsciente, una elaboración que, por vía de la desfiguración, algo deja escuchar, aprovechando las condiciones de reducción del estado de alerta y se logró escabullir.

Hay una represión con un monto de afecto, de energía, de libido que forman una unidad, esas han quedado fichadas por una aduana que da acceso a la consciencia, que valida con el permiso de acceder o ser accesibles de consciencia, en el caso de lo reprimido, resulta que están fichadas, esas representaciones no son libres de acceder a la consciencia. Sin embargo, en el aparato psíquico hay actividad constantemente, entre el registro de nuevas experiencias, estímulos, organización de material de otro momento histórico, recuerdos, asociaciones, gestión de información, una aduana con múltiple actividad.

Resulta que en estos “*ires y venires*”, llega a suceder que, en una conversación, en un estado de relajación de las instancias, donde se baja la guardia, aparece, sale algo, sin sentido (aparente), desconcertante, en código que parece desentonar con lo que regularmente se sabe, con lo que el individuo conoce de sí. La razón es que cierto material logró emerger, un poco disfrazado, pero que, a manera de una ramificación muy delgada, guarda relación con

material reprimido inconsciente. Disfrazado, representado de otra forma, con una cantidad de energía que proviene de aquel material que estaba cancelado para saberse de él.

Freud teorizo acerca de ellos, de su formación, de los procesos para que logran manifestarse, pero lo extraordinario -si es que no lo había hecho ya con la propuesta de aparato psíquico y el inconsciente como instancia autónoma de la consciencia-, fueron que esas formaciones, manifestaciones ocurrían con cierta frecuencia en la vida cotidiana. Es decir, lo inconsciente se hace escuchar y no exclusivamente en el consultorio, sino en el día a día.

Regresando a coordenadas clínicas, cuando una persona acude a terapia, usualmente inician describiendo lo que les ocurre, o denunciando el no saber, nombran el sufrimiento de no saber qué ocurre, al menos no en palabras, sino en percepciones: “sentirse mal”, “nada les interesa”, “desanimo por la vida”, a veces llegan con palabras, a veces de forma muy primitiva en el desarrollo. El terapeuta acompaña, enseña, da evidencia de ser digno de confianza, crea condiciones para que se instale un vínculo transferencial y hacer trabajo conjunto para descifrar e incidir en los mecanismos que operan para formar el síntoma.

Eventualmente se llega a ir bordando, adornando con ocurrencias, recuerdos, deslices en la enunciación un hablar antes parco, monosílabo, se va acompañando con otras palabras, los pacientes expresan, logran si se trabajan las condiciones un poco más, detallan, amplían su decir, de la primera sesión a otro momento de la terapia, en ocasiones se desbordan de tanto que no habían dicho, recuerdan algo que estaba olvidado, confían (no sólo en el terapeuta, sino en ellos mismos) en la validez de lo que sienten, de lo que tienen para decir. En estas condiciones llega a ocurrir que alguien lleva un sueño a sesión, que un chiste rompe la solemnidad o espeta una verdad que el mismo paciente nombra, los olvidos, lapsus, recuerdos encubridores que se interpretan a la luz del tratamiento. Que, así como se le anima al paciente a asociar y traer material sin descartarlo, así también el recordatorio al Clínico de estar despierto, de reconocer las coordenadas que guían y dan pista de las interrogantes que inician y sostienen el tratamiento.

En ese aspecto, será necesaria la formación teórica como antecedente, cierto que la interpretación de los sueños, se deberá revisar, así como psicopatología de la vida cotidiana, el chiste y su relación con el inconsciente, sí, además del resto de la obra freudiana. Al mismo tiempo que la experiencia clínica permita darles sentido a los escritos del gran Freud investigador.

Recordando el paso por las aulas y revisando la interpretación de los sueños, tan interesante como abundante, como estudiante se aprenden los mecanismos, cualidades del material onírico, la consciencia de que el material que llevará el paciente, serán girones, habrá lagunas, hoyos en el relato, consciencia de que algo llega pero que ya fue traducción de la traducción, de lo inconsciente a la imagen, de la imagen a la palabra en forma de relato y de ese relato sólo fragmentos que llegan al consultorio.

Viene a mi mente el tiempo en que revisábamos algún apartado de *la interpretación de los sueños* en clase por segunda ocasión, que coincide con la realización de prácticas clínicas en una unidad de servicios a la comunidad Ce.Se.Co. Norte, formando parte de la práctica de clínica grupal llamado R.E.D., donde la dinámica es responder a las solicitudes de atención psicológica de la comunidad, realizar tres sesiones grupales que tienen la función de ser entrevistas, pero al mismo tiempo es la intervención por lo menos en un primer momento, llegada la tercera sesión, se realiza una derivación a atención individual, con cierta ficha de información acerca del tema de consulta. Esta práctica fomenta salir del caparazón/universo individual, al trabajar, pensar y analizar en colectivo, disminuye la angustia, abona al apego del tratamiento y reduce los tiempos de respuesta a dichas solicitudes, que, dicho sea de paso, desde la pandemia se ha incrementado.

Dicho lo anterior, hace algunos años estando tras los cristales de la cámara de Gesell luego de que el analista de grupos informa a los asistentes de la presencia de estudiantes que cursan los últimos semestres de formación, ocurrió en una sesión algo (que a título personal me confrontó con lo real de la clínica, esa que esta por fuera de los textos), que causó sentido; la pertinencia y necesidad de que el analista se encuentre despierto, ahí donde los pacientes llevan material que necesita ser enunciado. Alguien que llevó un sueño me hizo entender las implicaciones de la función de un psicólogo clínico.

Las particularidades de esas sesiones es que tienen un tiempo aproximado de una hora con cuarenta minutos, donde los integrantes tienen uso libre de la palabra y que en algunos momentos hay intervenciones del terapeuta, en donde señala, pone en circulación la palabra, escucha, empuja un poco cuando algo se atora, destaca algo que se ha dicho en sintonía con los motivos de consulta o para ir bordando el cierre de la sesión con una pregunta detonadora sustentada en lo que se trabajó en esa sesión.

En alguna de tantas sesiones, donde se abordaba temas de consumo, dificultades en la relación de pareja, se incorpora a la sesión una pareja que llega junta A y R (es atípico que una pareja entre a la misma sesión, se suele agendar en día y horarios distintos), se sientan, guardan silencio, sus compañeros de sesión nombran su motivo de consulta y cuando se les pregunta que los trae a ellos, la paciente R. expresa que su hija ha muerto hace cinco días, se quitó la vida, no comprenden que pasó, una hija brillante, universitaria, paramédico, deportista, muy querida, y ahí el dolor traspasó el cristal de la cámara, el dolor de la mamá se desborda, el padre A. sumamente reflexivo, contenido, relata no entender que ocurrió, sólo tiene presente que unos días antes se habían enfadado por temas mecánicos de una moto, ese día a diferencia de otros, el papá no la llevó a la escuela ante la falla del otro vehículo. La madre es quien encuentra el cuerpo de su hija, despavorida grita, la bajan, hacen lo posible por reanimarla, ya era tarde, no estaba ahí. El dolor se hace sentir, se hacen puntuaciones acerca de hasta donde es nuestra responsabilidad lo que acontece, la voluntad de las otras personas, el no control de todo lo que ocurre, los mensajes codificados que escapan al oído.

Asisten la segunda y tercera sesión, no comprenden que faltó, que falló, siguen analizando lo que hicieron, lo que le dieron, la familia que eran, nada tiene sentido.

La tercera sesión se desenvuelve de forma semejante, los demás pacientes empatizan con la pareja, se solidarizan, ponen en perspectiva lo que a ellos mismos les acontece y le dan valor a los micro detalles que son los que los han llevado a tal punto, analizan acciones y omisiones de ellos y de sus respectivos universos personales. En esta sesión R. se mantiene en silencio y ya avanzada la sesión anunciándose casi el cierre, se “despierta” y dice: *“quiero preguntar algo, he oído decir que los sueños nos quieren decir algo y tuve un sueño”*.

La psicóloga clínica en formación que seguía la sesión tras los espejos se impresiona, ¿qué está pasando? ¿los pacientes aún llevan sueños a su sesión? El coordinador del grupo permite que el sueño sea narrado y R. cuenta: *“me encuentro en un lugar que no conozco, volteo y estoy en un basurero, para todos lados donde volteo hay cerros de basura, luego veo que hay un río, corre agua, sigo caminando, no conozco, pero sigo caminando, de pronto escucho llorar a alguien, busco de donde viene, de pronto miro hacía el lugar de donde proviene el llanto, hay una cobijita azul algo sucia, parece que alguien la ha dejado ahí. Me acerco y lo levanto, es una bebé. ¿Cómo alguien la pudo dejar ahí?, ¿y si le ocurre algo? me inclino, la levanto y la abrazó, deja de llorar, se ríe y entonces sigo caminando, ahí me doy cuenta de que una de mis hijas va caminando junto a mí, llego a un lugar que no conozco pero que en el sueño sé que es mi casa, afuera hay patrullas, policías, seguro la estaban buscando, entonces me... Y ahí me despierto.”*.

Ya ve (le dice al analista con familiaridad y en tono de consulta) *que dicen que los sueños significan algo* (yo, tras los espejos lo escucho y no lo creo ¿qué acaba de ocurrir?, en esos días revisábamos un texto, yo estaba que no lo creía, un “garbanzo de a libra frente a nosotros”), *y le quiero preguntar a usted* -dice la paciente al terapeuta de grupo- *¿qué significa?*

Ahí la mente de la entonces psicóloga en formación, esperaba algo fantástico, el entramado de *Signorelli*, un desplazamiento al significado de los elementos, simbolismo, las imágenes, el lugar donde se encontraba, preguntar qué sintió ella cuando se ve en el sueño, y resulta que el terapeuta responde a aquél pedido de la siguiente manera: *Dime tú, que significó para ti el sueño*, R. guarda silencio y dice: *“que tengo más hijas y que también me necesitan”*, sumamente conmovida. Algo agrega el coordinador y repite: *“pues eso, tienes también otras hijas que te necesitan”*. Se agrega algo más y se devuelve al grupo, luego la sesión termina. Se da aviso a quienes han asistido a su tercera sesión que se les contactará para sesión individual. Yo permanezco con un asombro de lo que acaba de pasar.

Lo que asombró en aquél entonces, no fue que los pacientes aún sueñan, sino que aún llevan fragmentos de algún sueño en disposición de análisis, la forma con tanta naturalidad con que es hecha la pregunta a la luz de la transferencia, la forma en que narra un fragmento del sueño,

en lo técnico, el coordinador permitió desplegar lo que la paciente llevó, sin interrupciones, no se precipitó a interpretar, la paciente lo hizo a la luz de las condiciones instauradas, transferencia, alianza de trabajo (con el terapeuta y también con el grupo), sujeto supuesto saber, asociación libre. En minutos aconteció lo que Freud señaló en dos tomos, lo dicho en los textos tuvo sentido.

Ese sueño puede tener múltiples interpretaciones, como estudiante se espera una interpretación espectacular, con giros dramáticos, enigmáticos, en las condiciones y temporalidad del sueño que se lleva en grupo, donde la mujer confiaba en el terapeuta, pero al mismo tiempo en sus compañeros de sesión, donde quedaban unos minutos para terminar la sesión grupal, pero la paciente expuso su sueño, en donde resulta interesante plantear quién salva a quién, el llanto de la bebé la saca de sus cavilaciones en ese escenario de basura, de desechos, ahí escucho la vida que a veces se manifiesta así a berridos, a sollozos, conectó y dio respuesta a la pregunta insistente que se hacía junto a su esposo *¿qué faltó? ¿qué falló?*, quizá nada, quizá escuchar los micro detalles, quizá la inclinación a pensar que como padres todo el tiempo van a acompañar y proteger a sus hijos. La interpretación en ese momento de la paciente fue un intento de respuesta que se le dio, que necesitaba, la aceptación del límite, del imposible, de la castración, no todo se puede, la existencia de algo a lo que no pueden responder, al mismo tiempo que la renuncia a tener que saber para continuar vivos y acompañar a las hijas que están.

El sueño trajo una propuesta ante el dolor de los dolientes padres, o de la madre en particular, fue emisario de algo para apuntalar el psiquismo de R. a pregunta como si fuera consulta de espiritismo a acerca de que es lo que significan los sueños, el analista pone a circular su pregunta al devolver la pregunta: *“a ti ¿qué se te ocurre?”* y R. de forma activa participa en esa elaboración. Los sueños en situación analítica siguen vigentes.

### **3.5.2. Olvidos y actos fallidos**

Hay otras formaciones que también se pueden hacer presentes, se manifiestan en condiciones de análisis: actos fallidos, olvidos, lapsus.

Que los pacientes olviden el día que han agendado una consulta, equívocos en la hora, llegar y equivocarse de piso o de edificio se ha llegado a presentar y suele ocurrir que el equívoco está en sintonía con temas dificultosos o trabazón de algún tema que se está trabajando en ese momento, de tal forma que el equívoco no lo es tanto, que la casualidad tampoco lo es. Ciertamente es que también hay situaciones posibles, pero estos tipos de eventos se han de anotar y registrar para analizar la relación posible con el momento de la terapia.

Ejemplo de ello es “olvidar” que se tenía cita, olvidar pasar al cajero y no traer el pago, luego de un hallazgo o descubrimiento que no resulta grato para el paciente.

Ocurre también que en alguna situación donde se hace una anotación acerca de una frase que compromete al paciente unos segundos antes, lo ha olvidado, hace caso omiso, dice no entender.

Un ejemplo más es el día que se tiene sesión o acciones que han establecido con propósito de procurarse, ponerse el pie adquiriendo compromisos que comprometen la decisión de atenderse y procurarse a sí mismo, en ese caso, la responsabilidad la señala en los otros, con incapacidad de reconocer que depende de él lo que acepta y a lo que le pone límite. Sobra decir que estos actos no son accidentales, guardan relación con los mecanismos inconscientes instalados. Estos se han de leer como tal y traerlos como material de análisis en las sesiones subsecuentes. Los olvidos aparecen relacionados con algo penoso y/o desagradable.

Cuando se olvida, lo que viene a la mente intentando recordar no es azaroso, lo que se evoca puede guardar relación con algo que se omitió.

Así pues, lo que se presenta en el análisis es material preciso para eso, para traer a la luz o con la lupa del motivo de consulta y dinámica de ese que consulta. Nada es accidente, y si bien no se trata de sobre interpretar, tampoco se ha de ser ingenuos y pasar por desapercibido las pistas que nos da el paciente.

La experiencia que me impresionó propone formas prácticas que ponen sentido a los discursos en el aula. La mujer con un aparente enunciado; *¿a ti que te sugiere? “que tengo otras hijas”*. Un enunciado breve con posibilidad de poner en circulación otros significantes.

Es así como he ido aprendiendo a escuchar los textos, que cierto es, transmiten un saber y hacen que el descubrimiento y propuesta freudiana siga vigente, pero al igual que el planteamiento de que fue primero, el huevo o la gallina, la clínica o la teoría, una respuesta posible, la de quien escribe, es que hay momentos para escuchar a la teoría, y al decir del paciente hay que permitirse escucharlo y sí es que algo se aprendió de la teoría, se va a saber hacer el relevo, generar el *timing*<sup>31</sup> para ir trabajando cuando sea pertinente, que en realidad está en el aire, en la escucha, en la forma en que se asocia, sólo que no está como una impronta sino como un matiz que ha colonizado/habitado ya al terapeuta.

Dicho entonces, los textos hablan, transmiten el saber, favorecen que la obra no desaparezca, al mismo tiempo que al hacer clínica, se escucha, se crean condiciones para que el paciente pueda hablar(se), que hable de su síntoma y que nos muestre un código a descifrar: el suyo, que no sea el nuestro, que no sea el de la teoría. Habrá que ver los relieves, los detalles, los micro detalles para que el abordaje no sea uno prefabricado, lecturas planas que en algunos casos pueden llevar a no considerar las variables que el caso presenta. Los textos presentan y la práctica clínica deja un espacio y permite que el hallazgo tenga lugar y posibilidad.

### **3.5.3. El chiste**

Con esta premisa, avancemos a otra formación del inconsciente, el chiste, que también como las enunciaciones, equívocos, comentario “que no vienen al caso”, palabras agudas (a veces graves o también esdrújulas), algunas sutilezas o en ocasiones algo burdo que se llega a enunciar, que ocurre en la vida cotidiana, pero en particular en la práctica clínica, eso es lo que escuchamos, lo que nos corresponde, pues también ahí se puede revelar alguna verdad o girón de material inconsciente. El chiste entonces como una formación del inconsciente.

---

<sup>31</sup> “El timing es un principio básico de cualquier arte escénica, que consiste en hacer cada movimiento, cada palabra, cada pausa, en el momento oportuno, con la intensidad e importancia oportuna y, con un ritmo que de alguna forma venga marcado con el tempo utilizado para realizar una secuencia en acciones y gestos”.

Extraído de: <https://teatrodehumor.wordpress.com/2008/08/26/el-timing-en-una-rutina-humoristica/> en el ejercicio clínico esto lo pienso como estar en sintonía, leer las condiciones del caso, del paciente, la sesión y el momento. Se me ocurre también un escenario con cuatro pistas: la particularidad del caso, las particularidades del paciente, el momento del tratamiento, las condiciones del terapeuta.



Ocurre que a través de la enunciación de un sueño se puede pillar algo de lo inconsciente y que se presentan de formas inesperadas, con narrativas ricas en detalles o de manera somera, resulta que en ningún caso no es algo prefabricado (ni de quien lo sueña, lo recuerda y lo lleva a sesión, ni de quien lo escucha, interviene y pone a circular los elementos ahí expuestos para devolverlo al soñante), así el chiste también tiene su peculiaridad, su estilo, matices del lado del paciente y del terapeuta. Que licencias se dan ambos para así expresar algo que viene a colación o algo que parece no tener nada que ver con enunciaciones pintorescas, burdas, que mueven a la gracia o incluso el repelús. Porque la forma en que se le puede instrumentar es en pro del análisis, no para chacotear y hacer una fiesta (o sí, si ello abona a intervenir en el tratamiento).

Será también a la luz de la transferencia, la alianza terapéutica, donde se van creando las condiciones para que el paciente se permita expresar(se) de formas particulares. Ha habido la ocasión en que, con el chiste como instrumento, logra reducir la tensión en situaciones en que los motivos del paciente se encuentran entrampados en un discurso denso, donde las intervenciones no entran, los significantes se coagulan y el paciente se inmoviliza, se queda pegoteada a la imposibilidad de moverse o reconocer algún cambio posible, ese es uno de los momentos donde la “*expertis*” del terapeuta se queda corta ante la magnitud de lo que le adolece a ese que habla y que batea, combate lo que sea distinto a sus certezas.

Donde el drama amenaza con bloquear la escucha y capacidad de análisis del paciente, el chiste se puede presentar como el comentario distraído, enfatizar la gracia ante una situación que dista de serlo, pero se justifica reiteradamente, puede representar para el tratamiento una intervención que les rescate del callejón sin salida y encamine a alternativas que apunten a la vida.

En alguna ocasión una paciente llega y ante el saludo y la premisa de *¿Cómo viene?*, su respuesta es:

-*Sorprendida por cosas que una se entera*- la terapeuta invita a que continúe hablando de su sorpresa.

- *¿Qué le sorprendió?* - la paciente continúa diciendo que no puede creer como hay gente así

- *¿Así cómo?*

-*Así, que dejan que les vean la cara...*

La paciente cuenta que una conocida ha vuelto a regresar con la pareja que tan mal la ha tratado y que es la enésima vez que esto ocurre.

-*Hasta parece que le gusta que la traten mal ¿qué le ve?*

La terapeuta responde: *“si verdad, pero parece que no se quiere dar cuenta, prefiere distraerse en otros detalles”*, al decir esto, la frase va acompañada de una gesticulación que a la par hace juego con el tono de voz, la mirada y una pausa. Porque ese era el tema que llevó a la paciente a regresar a terapia un “apego evitativo” (nombrado por la paciente que llevo saturada con términos *“facebokers”*). Pues bien, el tema llevaba semanas siendo abordado y luego de cada sesión a la siguiente semana regresaba narrando un nuevo encuentro con la pareja en cuestión.

La paciente llevaba sesiones hablando, pero sin comprometerse con su decir, sufriendo, para luego actuar en su vida de pareja, como si las acciones no hubieran ocurrido. Narrado así, pero sin compromiso, al menos no con su pedido de consulta. Sin embargo ahí donde otra padecía desplantes, mensajes ambiguos de querer “algo bien” pero al mismo tiempo contar como a las tres de la mañana acudía a sitios desconocidos con la pareja ebria que le había llamado sólo para presenciar como intenta besar a otras chicas, como ante una discrepancia, la novia responde dejándola a mitad de carretera y forzándola a bajar de su auto, ahí donde contaba con gran animosidad lo que es capaz de ver desde afuera en el caso de alguien más, ésta se transforma en sorpresa, algo le amarga, lo cómico adquiere a posteriori un matiz trágico cuanto el señalamiento se encamina a *lo* suyo, al sorprenderse de cómo alguien podía aceptar tal trato, ahí se vio, se “espejó” y a diferencia de las últimas cinco sesiones en que bateaba las intervenciones hizo una pausa, corto el hilo de justificaciones que solían venir a modo de rescate del comportamiento de su pareja; esta vez, hizo una pausa.

Cuando ella hablaba en primera persona se le iba en llanto o desazón la sesión y curiosamente, ahí donde lo habla acerca de otras personas como personajes en esa historia, lo dice claro, con molestia, reconociendo la magnitud de la falta. Luego de la jocosidad, incredulidad

y un tanto de burla de cómo algo así era posible, escuchó algo de sí, es la intervención socarrona de la terapeuta: *“sí verdad... me recordó a alguien”*. Fue un momento causa de burla/risa, pero cuando cae en cuenta que, eso que raya en burla tiene que ver con algo de lo suyo, ahí se detiene y se detiene porque algo entiende, el juicio de valor que ella sin mayor empacho hacía a otro le hace “match” en su situación y posición de burlada por su pareja.

El chiste, la gracia, el *feeling*, tomar un elemento que, si bien puede dejarse pasar, tiene también la instrumentación de intervención, la paciente hace *insight*<sup>32</sup>. En esa sesión plantea que ya no se puede conformar con sobras de tiempo, interés y cuidados.

Y así, como la materia y energía que no se crea ni se destruye, sólo se transforma, el comentario banal, gracioso, incomodo, carente de gracia, o rayando en la falta de límites (los chistes perversos) dicho por los pacientes, otras por el terapeuta, unos más incluso en las supervisiones, dan material para analizar. Ejemplo de ello los años que llevó la elaboración de este documento, ahí donde el asesor de tesis comentaba luego del primer año de trabajo *“ya traes el documento”*, *“ya escribiste cuarenta cuartillas”* (cuando me presentaba con tres páginas escritas o sin nada escrito), o ante el cansancio que implica la práctica clínica institucional aunado al de la práctica clínica privada.

Durante la elaboración de este documento algunos comentarios tales como: *“ya vas a abortar la misión”* o: *“¿por qué el imperativo de pensar que tienen que escribir mejor que Freud, o que las personalidades de la facultad?”*, aparecieron en momentos en que estaba al borde del llanto, de la desesperación de no entender porque intelectualmente no era productiva como imaginariamente suponía que tendría que ser, ahí lo dicho socarronamente, relaja bastante al mismo tiempo que pone sobre la mesa una situación real, estar considerando desistir por considerar que no tenía algo que aportar a los sabiondos de la comunidad profesional de la facultad.

El chiste salva de lo denso, del abismo en que en algunos momentos se está o se siente estar, la intervención que por cierto más que ser pensada, es a partir de la personalidad del terapeuta,

---

<sup>32</sup> Darse cuenta de algo. Algo de lo que se dice tiene sentido, no sólo el convencional del lenguaje, sino que lo asocia a lo particular, a su modo de relacionarse con su pareja. Algo se hace consiente.

no es un cliché, no es formulario, ¡es y ya!, en sincronía con la transferencia instalada, son intervenciones que pueden llegar a algún efecto.

Las puntuaciones como tesista me interrogaban acerca de la decisión de escribir, de estudiar la maestría que elegí, la decisión de escribir algo propio, aunque tuviera miedo de no ser lo suficiente para el perfil de lo que se espera de un egresado de este programa académico. Eso sigo sin saberlo, pero detrás de cada intervención socarrona del profesor, también estaba el reconocimiento del esfuerzo que me ha implicado y que implica a todo aquél que decide escribir con palabras propias las inquietudes y descubrimientos que la clínica generan.

Regresando al chiste, el juego de palabras, el relevo de lo cómico, lo trágico, lo dramático: *funciona a manera de una figura en la comedia actual, haciendo un callback*<sup>33</sup>.

El tipo de remate de stand-up llamado “callback” consiste en hacer referencia a un chiste o una anécdota previamente mencionada en la rutina del comediante. Al retomar un elemento cómico anterior, se crea un vínculo humorístico con la audiencia, que reconoce la referencia y encuentra el humor en la conexión entre el chiste original y su repetición posterior.<sup>34</sup>

Pensando las líneas anteriores, resulta interesante pensar en una línea asincrónica en el discurso de un análisis. Un dicho anterior que puede (sólo como posibilidad) advenir revelador o verlo con otros ojos (escucharlo de una manera distinta), algo que anteriormente “no tenía sentido” lo adquiere de golpe. Una revelación, una epifanía: *Esta técnica funciona porque la audiencia reconoce la referencia y encuentra humor en la conexión entre el chiste por original y su repetición posterior, a menudo con un giro adicional o una variación ingeniosa.*<sup>35</sup>

Luego entonces, dicho en nuestros términos, la función del chiste es rescatar o evidenciar una conexión entre lo dicho original y su pasaje a otro significado que tiene que dejar ver el mecanismo en que se sustenta el síntoma del paciente, esto gracias a la generación de sentido con un giro o variación ingeniosa.

---

<sup>33</sup> Extraído del blog stand-up club. Artículo: Tipos de remate; remate de chiste call back en comedia. <https://standupclubarg.com/blog/tipos-de-remates-en-stand-up/>

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Ibid.

El chiste así, al igual que el sueño, como una vía regia al inconsciente, un estado de relajamiento de la instancia de censura, la defensa se relaja, permite entrar en contacto con eso que es parece inocuo, “no hace daño, es bromis”, se lo permite y así deja entrar/salir una enunciación, un decir. El efecto puede venir después, es ahí, que sacude, tiene que ver con restos de una formación más profunda (pensando en la figura del iceberg), pero se ha logrado que algo sea visto/escuchado. Da pauta a trabajar ciertas fibras que no suelen mostrarse en otro nivel de accesibilidad.

Son momentos en los que se puede pillar en el aire, en el instante en sí. La intención es generar sentido o abordar algo que en otras condiciones sería inaccesible. Es un primer momento no hay garantía de que así vaya a ocurrir, sin embargo, da pista para continuar con la investigación, con el análisis de sí.

Cobra sentido una frase del doctor Tamayo en clases de la maestría, donde hacía referencia a la atención flotante y asociación libre, decía que no era el analista el que habla, que uno es antena, receptor de significantes y discursos, el discurso en análisis me mueve, hace hablar (aquí es lo que el paciente dice en ese momento específico del análisis, aunado en sincronía con lo que ha dicho en distintos momentos de ese análisis, también con lo producido en el análisis personal del analista, el contexto, la ubicación del consultorio, los caminos que recorre, el esfuerzo para realizar el pago, la decisión de curarse, en fin -o en principio- todos los elementos que se ponen en juego al entrar en tratamiento). Habrá que estar advertido en que el mensaje no sea sólo una réplica de alguien más, sino del paciente y que el analista colabore en aterrizar o anclar ciertos puntos para que la persona que va a análisis tenga la posibilidad de trabajar en la construcción de una vida vivible.

Para cerrar el escrito de esta formación del inconsciente, es importante agregar que tiene también la posibilidad de romper una barrera, acceder o nombrar algo que por su complejidad es difícil o sumamente delicado.

Por ejemplo, el caso del paciente y su convicción del inminente fin del mundo como castigo a la humanidad insensible del dolor y necesidad del prójimo, éste anunciaba insistentemente no querer nada, nada le motivaba a hacer, salir, aprender, relacionarse, la nada invadía y

congelaba las distintas áreas de interés que un joven puede tener. La intervención acerca de si entonces nos habríamos de preparar para su funeral, hizo silencio, y no el silencio en el que esté se encontraba ante la imposibilidad de establecer lazo con otro, un no saber que ponía a modo defensivo, un no sentirse causado, parálisis en el silencio, el no habla, en actividad, en intereses, en su vida.

La intervención no tiene que ver con lo gracioso, ese no es el chiste, es jugar con las palabras, con los significados. Le hice saber (sin planearlo, sin saber por qué lo estaba diciendo) algo que había pasado por mi mente respecto a la negativa a salir del “*no, nada, todo bien*”. Al decirlo, le hice saber que era una impresión que me generaba, que sí estaba preparando entonces su despedida, interrogué su señalamiento en que la humanidad “*no hacia tan siquiera nada por las demás personas, que sólo se interesaban en ellos mismos y nada más*”. Le hice saber que me daba cuenta y que me importaba si algo le ocurría, el tono inicial fue el sarcasmo<sup>36</sup>, un “*no es cierto, pero si es cierto*”, porque en ese caso en particular no encontraba forma y palabra ante la sensación de un discurso coagulado, impedido de formar nuevos eslabones o de zafarse a algo ya netamente estructurado, firme y sin movimiento. Y el atrevimiento de decir lo que se dijo, de mostrar -sin ser esa la intención- la frustración, desesperación incluso de no poder conectar con ese otro.

En el analista el chiste tiene la posibilidad de ser a la vez un recurso “distensionante”, aclaratorio en una sesión, incluso interpretable al igual que el sueño. Es en el chiste donde las defensas se disminuyen, el chiste dicho, en ocasiones como una verdad y dicho por el paciente. Logra destrabar un discurso o un saber coagulado por la resistencia, la represión.

En ocasiones y con una escucha atenta nos damos cuenta que en realidad está ahí de forma sutil, otras ominosas, unas confusas, pero que el chiste/código está ahí, en ocasiones ni siquiera es necesario descifrarla, aparece la verdad así desnuda, sin envoltorio, sin cubierta.

En la historia personal ha sido el humor una forma de expresión, espacio para ser y elaborar, para rescatarme del drama en que por momentos la vida llega a ser,

---

<sup>36</sup> Según la Real Academia de la lengua española: En retórica, es un empleo de la ironía o burla con fines expresivos. Consultado en línea.

### 3.5.4. Síntoma

Finalmente mencionaremos el síntoma, que es el que mueve a buscar ayuda, moviliza para buscar atenderse y el que por cierto se presenta de modo displacentero, incómodo, como un obstáculo para el desarrollo de la vida.

Pensemos al síntoma como una manifestación tangible de un conflicto psíquico. La resolución posible entre dos fuerzas, la del cumplimiento de deseo y la represión. La manifestación que hace posible ver algo, saber algo de mociones pulsionales inconscientes.

Formación de compromiso entre dos instancias, que hacen bien su respectiva función. Un deseo que puja para su realización y una instancia reguladora que evalúa las condiciones y que como medida de resguardarse y procurar cumplir con medidas de seguridad y de las normas de nuestra especie y entorno, entonces no concede que salga tal cual viene esa moción pulsional que puede ser placentera pero inconciliable con la realidad y que, a manera de represión, se torna displacentera por la naturaleza de su contenido.

La función del Yo -que si bien algo devaluada- es en realidad conciliadora, hace arreglos posibles para que el deseo se cumpla, pero de forma velada, armonizada con el contexto de la realidad y situación en la que el sujeto viviente se encuentra. Es decir, busca la forma posible en que se cumplan las reglas, busca, encuentra, construye una solución, dando como resultado un síntoma.

El paciente llega al consultorio con una queja, un padecimiento, algo doloroso, algo duele y no sólo el cuerpo puede generar dolor porque se obvia u olvida, uno llega a análisis sufriendo. Y quien llegue por querer conocerse a sí mismo, quien llegue como una práctica intelectual o espiritual no necesariamente quiere saber o no hay un dolor que movilice el tratamiento, porque al principio eso sostiene el tratamiento y sólo más adelante -si es que se es causado por el análisis- querrá saber porque le pasa lo que le pasa y más aún algo hará con ese hallazgo.

En el mejor de los casos, que no todos, por cierto, quienes acuden a tratamiento irán a resolver algo de eso doloroso, irán a encontrar un arreglo posible para lo que les ocurre, algo querrán

saber de por qué les pasa lo que les pasa, si se avanza aún más es posible que su sistema de creencias/certezas se reconfigure, que un saber se caiga para dar lugar a algo distinto a lo que se creía en el momento que se llega a análisis.

El síntoma es la pista, es código a descifrar, indicio que algo le pasa a ese viviente/paciente, de algún modo comunica que sufre, aunque ni él mismo sepa por qué, habrá que escucharlo entonces y para ello se escuchan inicialmente sus palabras, más tarde los significantes. Es importante recordar que en el inicio es la queja, en el inicio será buscar erradicar el síntoma, que se vaya, no siempre se está en disposición de querer escucharle o saber el mensaje, sin embargo, a esas coordenadas va el tratamiento.

El terapeuta habrá de ser paciente para así escuchar al viviente, no volarse buscando significantes y dejar de escuchar lo que se le comparte, todo tendrá tiempos, no predeterminados, por cierto, se habrá de estar atentos, el terapeuta entonces irá monitoreando la dinámica del paciente, escuchando, analizando, guiando, creando las condiciones para que un análisis sea posible, para que el paciente se logre posicionarse como sujeto activo en su decir.

El analista ha de ser paciente, el paciente ha de ser paciente, en ocasiones la familia ha de ser paciente, pues la época vive acelerada y llega a haber una tendencia a la inmediatez, que llega en ocasiones a truncar el respeto a los procesos y tiempos individuales para privilegiar la “efectividad”, la rapidez, el cambio a modo de lo necesario, aunque aún no se sepa necesario para quién, la paciencia entonces será vital para que un tratamiento sea.

En el análisis, el hablante que es portado por un síntoma va a llevar lo que sabe del mismo y de él mismo, la presencia del terapeuta es importante para devolverle las palabras, escuchar también los significantes, si bien llega a ocurrir que el paciente hace preguntas, interroga o expresa no saber, es importante que se le dé la voz: *¿Y por qué cree que le pasa eso?*

Es importante conocer su hipótesis, su explicación y su entendimiento de lo que sabe e interpreta del síntoma que lo habita, pues es común que la posición de inicio sea pasiva: “que el profesional me diga que tengo, porque lo tengo y como erradicarlo”.



En el análisis hacemos hablar al síntoma, pues este requiere de la función y también presencia del analista, el que acude a consulta supone un saber al analista, al terapeuta, al psicólogo, al chamán incluso.

En el caso de la práctica clínica, hay presencia, escucha, intervención e intención de que el analizante/paciente se permita involucrarse en la historia que narra, no sólo como narración de lo que ya pasó, sino como sujeto activo en una historia que se narra en presente.

### **3.6. Fin de análisis, terminación del tratamiento**

Fin del análisis, confianza, credibilidad, atribuir el supuesto saber, el analista ha de escuchar al paciente, interrogar, en algún momento el que está en posición de paciente, sabrá algo, elabora, construye algo que hace dispensable al analista, más aún, a la función del analista.

Uno de los puertos a los que un análisis puede llegar es la elaboración, construcción, existencia de una posición de planteamientos de los que no había previo en el paciente. Cuando el paciente anuncia que se marcha, que ha elaborado lo que necesitaba, que ya no hay más del análisis; eso hay que escuchar.

El terapeuta interrogará el significado de eso, habrá de ser necesario algunas puntuaciones, pero ha de recibir el pedido, que en más de una ocasión no es ya un pedido.

Si existen condiciones de elaborar tal salida y reelaboración en caso que sea un intento de huida o el ir haciendo la pausa para la salida. Y dicho pronunciamiento más que solicitud puede ser el indicio de la posición subjetiva activa, de tomar la dirección de su cura, de su vida por cuenta propia, que el analista, que el terapeuta ya ha cumplido su función. El terapeuta ha de estar anoticiado de eso, pues hay algo del narcisismo del terapeuta que se llega a activar cuando los pacientes nos dejan.

El caso propio, luego de un par de anuncios de sentir que ya había terminado de trabajar lo que me había llevado, que ese sufrimiento ya no estaba, ya no así, fue reconocer que el analista ya no sabía, las intervenciones ya no hablaban de algo mío, las puntuaciones ya no tenían sentido para mí. Luego de un año del momento de la sensación de haber terminado de trabajar lo que me llevó ahí a análisis, aquella analizante, que ahora escribe, decidió hacerse

cargo de la decisión y aceptó que no todo puede saber y que incluso la aprobación del otro ya no era la vía exclusiva para orientarse y tomar decisiones.

En la comunidad ¿qué pasa cuando el paciente anuncia que se quiere ir? Se han de analizar las condiciones reales, que el deseo este sostenido también por condiciones dignas para que un análisis continúe, escuchar, porque el terapeuta también ha de escuchar cuáles son esas condiciones y ser cuidadoso de no terminar convirtiéndose en un imperativo. El paciente decide hasta dónde llegar, de ser necesario se hacen algunas anotaciones acerca del tratamiento y del momento, aun así, el paciente decide hasta donde seguir... dentro del consultorio, para continuar por fuera de, pero con las herramientas, destrezas, saberes que logró habilitar durante el tratamiento.

Reconocer los límites, esfuerzo de hacer lo posible, sea una sesión o unos meses aceptar la finitud y el límite.

Renuncia a emular los tratamientos clásicos, por su estilo, su abordaje, su seguimiento, esos casos fueron de otros analistas, leamos, revisemos, dialoguemos al respecto, y hagamos con las solicitudes de consulta, los pacientes, sus contextos.

Considerar que tarde o temprano se tienen que ir y uno los tiene que dejar ir, que el furor *curandis* idealista no nos atrape, ni en la celeridad ni en el prolongamiento.

El estar preparados para las historias felices, resistencia a la falla, ocultar lo que no va, de eso ha de estar advertido el terapeuta también, pues está inmerso en su tiempo. En los tratamientos no va a haber finales prolijos, ideales.

Los pacientes van anunciando su salida, su salida del tratamiento, al estilo de Hansel y Gretel, van dejando pistas, señales, el terapeuta habrá de escucharlos, ir identificando tales pistas/anuncios e ir haciendo las intervenciones al respecto.

Y cuando se hace referencia a dejar ir a los pacientes, es más allá de una resignación, lo es desde el reconocimiento que el otro tiene deseo de seguir trabajando en la modalidad terapéutica o por fuera de ella, es reconocer la decisión del paciente, es escuchar y darle señal de que el mensaje ha sido recibido. Decidió continuar sin el terapeuta.

Existe entonces entre otras formas, dos de salir de la terapia, una es avanzar hasta donde el paciente se vea causado por su deseo de saber y hasta donde la pulsión de vida le cause vivir ya no con un pie dentro del consultorio. El deseo de saber y el quehacer tiene un límite, y probablemente haya quién quiere saber más y más, pero también hay los que decidimos vivir sin llegar a una verdad última, o porque con lo que sabemos es suficiente. Aceptar la castración, quizá.

Otra forma si es en la modalidad de análisis, también, el analizante se autoriza para llegar hasta cierto punto, y a partir de ello vivir, despedirse del analista, del proceso de análisis. Y aquí en esta autorización de que algo sabe de sí (con su dosis de aceptar que algo es imposible saber), anuncia y hace válida su decisión de poner fin al análisis.

Con esto último no significa que nunca más, que no volverá a supervisar, que no regresará al diván, significa sólo que, hasta ese momento, puede vivir por su cuenta.

Dentro de los delirios formativos, una vaca cuadrada alguna vez expresó que, al finalizar un análisis, nunca se regresaba ni a análisis ni a la posición de analizante. Pronunciamento peligroso si recordamos la responsabilidad de lo que se dice ante un grupo de estudiantes que le dan valor a lo que el docente dice, algunos como verdad absoluta. Habrá que curarse de ese embelesamiento, el docente algo sabe, pero el estudiante también ha de tener un sentido y escucha crítica de lo que escucha.

En la vida, en la práctica y en el mundo hay acontecimientos que sacuden, que aterran, y tener un fin de análisis en algunos casos será una pausa que no se sabía que era una pausa, pero que, al ser sujetos e historias en movimiento, uno sabrá cuando acudir a ese espacio de elaboración o no. No a manera de formula ni consigna, a manera de vida en movimiento.

El paciente acude a análisis, acude a tratamiento, para elaborar lo que necesita elaborar, cuando el paciente resuelva en la medida necesaria elaborar algo de lo que le acontece y toma la decisión de irse, habremos de respetar esa decisión. Recordar la función secretario, que ciertamente propone, pero que el paciente dispone, con conocimiento de causa, no desde lo intempestivo, haciéndose cargo de los efectos de su decisión.

No hay una temporalidad preestablecida, cuando el paciente cuenta con condiciones para tener una vida vivible y toma la decisión de que hasta ahí está dispuesto a avanzar se ha de escuchar. Ciertamente depende del momento del tratamiento, temas que se estén elaborando, que existen casos en que son escapes, esto se ha de señalar sí, pero respetar el deseo de saber de la persona.

Pero también es cierto que hay un límite en el análisis y que ese no lo ha de marcar el analista, sino el analizante, hasta donde necesite saber, hasta donde quiera saber, Eso tiene que ver incluso con la castración misma, hasta donde el sujeto acepta que no puede saber todo, que no tiene que saberlo todo.

La importancia de tal posicionamiento ante el analista será una forma de relevarlo del lugar de supuesto saber. Pues el analizante descubre que el mismo algo sabe y que con ese saber puede vivir.

Al terminar un análisis, no significará que ese sujeto ya no necesita a otros interlocutores para abrir diálogos con sus pares profesionistas, con sus pares familiares, con sus pares otros, de la necesidad de supervisión, algo sabe ahora, pero sigue ignorando otro tanto, sólo que con eso basta para seguir poder hacer, moverse de la posición de parálisis, inmovilidad o padecer donde llegamos colocados.

Un significado posible es que puede vivir no sabiendo la verdad última porque descubre que no la hay y que la vida se la puede pasar dentro de un análisis interminable- si la neurosis del analista y la propia se lo permiten-. Habrá que saber leer las coordenadas de hasta donde llegar y esa tarea es del analizante.

Agregaría para finalizar, que nombrar en ocasiones el narcisismo del terapeuta puede tender a creer que aún hay que avanzar más, que aún no es el punto final, recordar que la función que se hace es de acompañamiento, acompañamos hasta donde el paciente, el analizante esté dispuesto a hacerlo, nuestra labor, causarlos, pero el amor es el deseo del paciente.

### **3.7. Mujeres profesionistas en la producción escrita**

Como psicóloga clínica resulta un tema de interés explorar las dificultades para la elaboración de la tesis, las dificultades, resistencias, logística de como una mujer profesionista, psicóloga, se las arregla para lograr la realización de la tarea elegida.

Ello, cultura, sociedad, son elementos a considerar para el análisis y elaboración de un documento académico y de una práctica clínica dentro de una institución fuera de la ciudad, un compromiso de escritura y un reto que la frustración, falta de tiempo y cansancio que la combinación de aspectos genera para pensar en quien escribe, pero no exclusivamente.

Egresada de una facultad donde estadísticamente la mayor parte de la población por no decir que un ochenta por ciento, son mujeres.

Estructuralmente refiere Isabel Díaz que existe una percepción de falta, de carencia respecto a los varones, material inconsciente que favorece el sentimiento de incapacidad frente a sus pares varones y que esto se ve reflejado en la desautorización para escribir o hacer propuestas. Quien esto escribe, mujer, por cierto, difiere de ello.

Hay condiciones estructurales externas, reales materiales que limitan la producción intelectual y resulta importante nombrarlas. Las condiciones de certezas laborales cada vez en decremento, las horas de servicio en instituciones, la doble tarea cultural de los roles asociados a las mujeres, la maternidad, la función de cuidadoras, el tiempo que necesita un documento de esta categoría para no sólo alojarlo, sino llevarlo a buen término, siendo así, el presente documento un producto mío.

Seguimos entonces, el requerimiento del tiempo necesitado para escribir, desplazarse por la ciudad, hacer clínica universitaria, clínica privada, sostener un pequeño espacio en una comunidad, a la par de ser parte de una familia, de trabajar en condiciones de “auxiliar de profesionista” donde incluso se niega un reconocimiento simbólico de la función del hacer clínica en institución; el no reconocimiento. Inseguridades propias, apuntaladas a lo estructural cultural.

La escritura puede ser entonces, una resistencia, una respuesta posible a poner en palabras, argumentos una forma de hacerse un espacio desde donde expresar y dar a conocer una propuesta desde una versión de lo femenino.

Este documento es mi autorización. Las mujeres también escribimos, profesionalizamos, diferimos, proponemos, construimos y crecemos. En una facultad históricamente con un número significativo de mujeres que eligen estudiar la carrera, aquí hay una de ellas, que escribe. Aquí la evidencia.

## **CAPÍTULO 4**

### **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

Si el lector ha llegado a este punto habrá notado que este es un documento cuya peculiaridad no es teórica, es un documento clínico de estudio de caso y no es en referencia sólo a las viñetas de los casos, sino es un estudio de caso de la psicóloga clínica haciendo clínica.

El documento muestra algo de los pacientes que acuden a consulta, padecimientos y un fragmento del abordaje (aciertos y tropiezos), aborda también las particularidades del escenario, de la comunidad, al mismo tiempo que también muestra algo de la singularidad de la terapeuta.

Asumir la producción de un documento diferente no ha resultado sencillo, asumir que no soy teórica ha resultado un duelo del que he salido avante, no será ser teórica un semblante mío, lo reconozco y sigo aprendiendo de la teoría, mi práctica seguirá siendo un ejercicio de la clínica analítica.

La escritura resultó además de un requisito para la formalización de un posgrado, un proceso de autorización para escribir y transmitir algo de lo que he visto, me ha encontrado y ha sido material de análisis del quehacer analítico. Junto a ello y como posibilitador, el dialogo con el grupo académico con los que fue posible reunirnos desde las pantallas, en tiempos de pandemia, con los docentes, con tres compañeras que eligieron la línea de trabajo clínico con niños, con el grupo en el cual por unos meses recursé la materia de Teoría Psicoanalítica -no quedando claro por cierto, si fue esta Araceli que escribe la que reprobó o aquella que no entraba a las clases pero que aprobó con 10-, pues bien hubo posibilidad de encuentros con otras que hacen clínica.

Continúo. Sin embargo el dialogo en extenso con la libertad y condiciones necesarias para alojar la decisión de que el encuentro con la clínica no quedara encerrada en la experiencia unipersonal fue también el trabajo de asesoría iniciada en febrero del 2021, con una frecuencia de cada dos semanas dónde el profesor Manuel Guzmán me acompañó a no perderme en los senderos de la incertidumbre, la flagelación, el desencanto, la frustración y el cansancio que llegan a presentarse en tremenda tarea, digo aquí, que escribir es un acto

contestatario, mismo que implica tener una postura respecto al significado e implicación de hacer clínica.

En este punto de la carrera declaro la importancia de la escritura para formalizar y dejar una marca, una señal en mi recorrido en el ejercicio clínico, la necesidad de favorecer, abrir y proponer diálogos posibles de aspectos relativos al ejercicio y a los escenarios y sus particularidades actuales. Romper la costumbre de la repetición, el halago y la instauración de nuevos monumentos a quien rendirles honores, “el lago de los narcisos” me dijo un profesor al inicio de la carrera, no entendí en aquel momento y algo he visto y notado al día de hoy. Tendré cuidado con esas posturas.

Esta que escribe entró a destiempo cronológico a la universidad, en una edad cronológica dispar, encontró en la universidad pública una alternativa de ser, de ser en el mundo, encontró una forma de hacer presente su voz, una convicción y un deseo y ese, no es sin su historia, misma que matiza la escritura y tema de investigación.

Algunos de los puntos importantes en un proyecto es una motivación para hacer la planeación, el inicio, desarrollo y la conclusión para así pasar a algo y no quedar atrapado en el intento.

Para ir haciendo un punto y aparte en el recorrido de este proyecto y a esta faceta formativa, para pasar a algo más, es importante nombrar que la historia de la formación de profesionistas universitarios es algo relativamente reciente en nuestro país y nuestra cultura, particularmente en nuestro estado donde fue hasta 1951 cuando la universidad inicia sus actividades con la escuela preparatoria y la facultad de ingeniería y derecho.

En 1952 se acuña la frase en una servilleta de papel: “Educo en la Verdad y en el Honor”, también es en el 52 cuando se crea la escuela de enfermería y de química, en 1953 la de bellas artes y en 1954 la escuela de comercio.

Pero acercándonos a lo que nos compete es hasta 1967 cuando se funda la escuela entonces de psicología y también la escuela de idiomas. En 1975 psicología clínica es por primera vez una línea terminal y ya no psicología general. Para este momento poco más de cincuenta años



de la primera generación de psicólogos en nuestro estado, que no significa necesariamente de práctica clínica.

Para llegar a la maestría en psicología clínica que es el pretexto que nos convoca, si bien la motivación fue desde un inicio formalizar la experiencia y documentar el encuentro con una práctica clínica real, cercana a la época y condiciones tanto de pacientes como de psicólogos, tiene su importancia nombrar las raíces de dicha práctica profesional. Es en 1977 cuando nace este posgrado de formación que tendría que ser profesionalizante y no sólo de investigación como algunos han dicho.

Saliendo ya de las aulas, el primer consultorio en Querétaro fue instalado en 1971<sup>37</sup>. Hace cincuenta y tres años, el primer consultorio en nuestro Estado.

La primera Central de Servicios a la Comunidad fue inaugurada en 1978, hace cuarenta y cinco años. En 2007 la Ce.Se.Co. Norte, lugar dónde hice práctica y me encontré con las otras clínicas fuera de los textos.

Resulta curioso desde lo particular descubrir que no hace tanto de la llegada de la profesión al Estado, que incluso la formación universitaria es de historia relativamente corta y que puede resultar tentador dar por instituido un saber pero que en retrospectiva sigue siendo joven, sigue (o podría seguir) construyéndose. Y el nombrarlo es necesario para aportar sentido al recorrido histórico de la profesión, al mismo tiempo que al lugar que ocupa en el imaginario social la función de un psicólogo, en este caso, el imaginario social en una comunidad.

Se revisa la historia para pensar lo relativo de un saber, una escuela y una propuesta teórica. Dimensionar la importancia de una clínica viva, contemporánea que claro que reconoce el descubrimiento, elaboración y obra freudiana pero que invita a la pertinencia de incorporar y elaborar aportes con la práctica que cada una y cado uno de nosotros hace.

Hace más de cien años, a partir de un padecimiento indescifrable, se dio pie a investigar, hacer propuesta, un modelo de abordaje, gracias a alguien que bien documentado, instruido,

---

<sup>37</sup> Véase figura 2 de imágenes en sección anexo. Imagen proporcionada por el Dr. Manuel Guzmán.

con práctica clínica leyó, generó un modelo explicativo, conceptos, tesis acerca del funcionamiento y rutas de lo psíquico, estamos aquí haciendo lo que hacemos: clínica. Eso ya está, ahora escribamos, dialoguemos, demos crédito a lo que se encuentra en las diferentes clínicas hoy.

Este documento es y no es para los demás, es una vía para autorizarme, darle valor y dejar de temer que lo que hago no es importante, que lo que se hace por fuera de lo ortodoxo (que se dice en la formación), para comunicar que no hay *una* forma de hacer.

#### **4.1. Cuidado del paciente**

Escribo acá para traer notitas tales como que la palabra es importante, pero la mirada, la voz, los silencios, la expresión facial, también hablan en el análisis, también causan un efecto en aquellos que vienen a consulta.

Quizá una de las enseñanzas de esta experiencia sea la importancia de la presencia en otros espacios diferentes a los del consultorio o el aula, como por ejemplo el municipio de Saldarriaga; estar donde lo que hay es ausencia afectiva y también física, pensando en la clínica en comunidad, la llamada educación socio-afectiva que más allá de no haber permeado en una población rural, se ha visto afectado por cambios socio-económicos-culturales-relacionales en que se encuentra luego de la urbanización vertiginosa en la que se halla desde hace más de quince años.

Ponerse, presentarse como otro no destructor, colaborar para la construcción de un Yo con posibilidades otras a lo devaluado, capaces de organizar, analizar, proponer, expresar algo de sí en interacción con su universo personal.

Las personas no van a terapia para ser angustiadas más, van a saber algo de sí, pero no por ello significa que han de ir a un análisis, a una verdad última, hay que permitir el corte que ellos mismos marcan aun que creamos que todavía podrían trabajar algo más. Revisemos el análisis propio y en ese sí decidimos hasta donde llegar.

Si algo hubo del lado de la sorpresa fueron encuentros con algo de la psicosis, que me enseñó que precisamente esa se muestra a cielo abierto, que llega a generar un gasto mayor de energía y de agilidad que en otros casos.

Las intervenciones en el tratamiento se han de decir. Si ya fueron pensadas es porque es tiempo, llega a ocurrir que la terapeuta duda: “¿Y si es muy fuerte la intervención? ¿Y si no es tiempo? ¿Y si se va?”, si se van por una intervención, se iban a ir de todas formas. Recordar que a eso van, por una escucha, un análisis otro al cotidiano de lo que les antecede.

Podría parecer opuesto, pero al mismo tiempo en las intervenciones que por mayoría llegan a ser breves, la puesta, la esperanza (sí, la esperanza) es que alguna intervención pueda causar, mover, generar el interés por saber de sí, darse cuenta que hay algo de lo que han llevado a la sesión de lo que quieren saber, y saber para zafarse, para curarse de eso que les hace sufrir o padecer, o no encontrarse, incluso no reconocerse, las intervenciones ven y escuchan al dolor, la estructura, la dinámica con su mundo, pero sin dejar de ver y escuchar a la persona. Acompañamos hacia una estabilización, otras hacia un movimiento, unas veces más en el duelo o de asumir su vida como propia, desempacharse de la versión del otro absoluto.

## **4.2. Autocuidado del terapeuta**

En las primeras atenciones, las primeras entrevistas incluso, el terapeuta también llega a sentir miedo. Muestra de ello fue el paciente que empezó a planear a modo de avión en el consultorio, un par de entrevistas, una en consultorio en zona popular y otra en el consultorio del Marqués, donde quienes consultaban asistían por temas de violencia. La otra persona con niveles de consumo alto, violencia y una frustración enorme de haber sido dado de baja de una corporación de seguridad, que no disimulaba contenerse y que aun cuando asiste a un par de entrevistas identificar una línea frágil para desbordarse. La atención se proporcionó, pero no regresaron, uno por que asistía por estar en un proceso legal y otro por temas de pago (ni de tiempo, ni de dinero).

Regreso al punto, a veces el miedo se siente, es real, porque el terapeuta en ocasiones también queda expuesto a ese otro malvado o a los efectos que ha tenido en el paciente que en ocasiones se llega a mimetizar con esa versión, lo perverso.

El inicio de la intervención en la comunidad coincide con la muerte de dos personas que se quitan la vida, una semana continua de otra. Una mañana saliendo de una consulta y al recibir a la persona siguiente, que anuncia algo ha pasado y minutos después las campanas son hechas sonar por el asesinato de tres personas en plena avenida a poca distancia de la iglesia. En los últimos dos años hay un cambio en la ubicación del consultorio, pues dada la infortuna de quedar en cercanía a un punto de venta de sustancias aunado al hallazgo nuevamente de tres muertos en una semana con señas de ajuste de cuentas me han hecho sentir miedo.

¿Qué tiene que ver esto con la práctica clínica? que, para poder escuchar, asociar, tener atención flotante, intervenir, acompañar, la terapeuta ha de estar viva, así como para que un paciente se pueda salvar, es necesario atender y encaminarse a un cambio posible, también ha de estar vivo, y a veces hablar acerca de su alimentación, sus hábitos de sueño, contexto del lugar que habita y demás detalles que sí, también inciden en la clínica.

### **4.3. No todas las curas son el análisis**

Lo que la experiencia clínica ha mostrado es que no siempre hay condiciones para que un análisis se realice, en ocasiones son entrevistas únicas, intermitentes, padres de niños y adolescentes altamente resistentes a acompañar a sus hijos en el proceso, aceleración en que se “compongan a sus hijos”, escenarios con riesgos reales para los niños, crianzas hostiles, en adultos; jornadas de doce horas de trabajo (más tiempos de transporte), salarios micro, consumos nocivos de sustancias. Resulta necesario que el Clínico no tenga como imperativo la idea de un análisis ortodoxo, pues eso es limitante y un impedimento *a priori*.

El análisis es una vía, no la única, no todo el tiempo, no la necesaria para lo que el padecimiento de la persona que lleva a consultar presenta.

#### **4.4. Obra y efecto de la palabra (y ser de escuchado)**

En ocasiones la intervención será la forma en que se dirige el terapeuta al paciente, el respeto, el buen trato, darle un lugar, reconocimiento como persona, dirigirte desde el cuidado, eso ya es una intervención, eso es ya una posibilidad para que aparezca en el radar un germen de una versión distinta del otro, una no destructora.

Abonar para que el paciente se identifique con algo distinto que el desecho. La voz, la palabra, la escucha, atención, interés en lo que trae al consultorio, en algunos ha sido un primer encuentro con ser recibido no sólo al consultorio, sino a un buen trato.

#### **4.5. ¿El terapeuta materna?**

El terapeuta acompaña, hace presencia, sostiene, mira, habla, pero primero el paciente monitorea, interroga, plantea la situación y se le reconoce el derecho a decidir con conocimiento de las implicaciones.

Intervenir es también permitirse como psicóloga clínica crecer, descubrir, posibilitar el crecimiento del paciente, así como la evolución del terapeuta. Esas son pepitas de oro que no todos aceptan por seguir los ideales y las fantasías de lo que se muestra de la clínica -de una forma por cierto sesgada de hacer clínica- basada más en los textos.

Para la vigencia, pertinencia y aportación, hay que seguir nutriendo las propuestas, los encuentros, abrir el diálogo, la escritura de cada Clínico para que su experiencia no quede en el silencio o desaparezca ante la duda de si es lo suficiente bueno como Freud, Klein, Winnicott, o en nuestro universo, Ariel, Velia, Marco Macías, Isaí, Julia, Izel, Tamayo o un Guzmán. No, no lo somos, somos otro.

#### **4.6. Cuando el análisis deja de ser Amo en la dirección de la cura**

Cuando escribe uno puntos suspensivos puede ser cuando no se sabe lo que sigue, cuando el autor permite continuaciones libres, un texto se puede escribir dejando cabos por atar, preguntas que se intenten responder, no creo en los textos cerrados o terminados, de esos hay

que sospechar, de los que parecen decir todo, coagulan la posibilidad a una sola vía, sin posibilidad de cambio.

Habrán algunos que escriben y comunican todo de forma perfecta, con entendimiento y claridad de bastantes temas, tan bien que ya no hay nada más que decir, el *spoiler* de este documento fue que este texto no es de esos, este es uno que invita al diálogo, al análisis, es un documento personal que lucha por no quedarse en ese registro, es una bitácora de la experiencia clínica e interrogantes que surgieron a partir de ella.

Este escrito que bien podría ser puntos suspensivos, pero que no abona al enigma, sino a develar algo de una práctica, la propia, la que se hace de forma artesanal, la que se ve matizada por la forma en que aterrizo entre formación, encuentro clínico y elaboración.

¿Cómo se hace? aún no lo sé, en ocasiones se hace autorizándose a no saberlo con certeza, fue necesario fijar una posición con respecto a la atención para esos otros pacientes que existen, en escenarios inéditos de las proyecciones formativas, donde la época, las formas de hacer síntoma, los malestares en la cultura, y las condiciones del terapeuta son distintas a las enunciadas.

¿Qué es lo que te posiciona como terapeuta? un ejercicio consciente o un encuentro azaroso, ¿cuál es el móvil que permite la intervención uno a uno, acaso recibir a quienes puedan llegar y pagar la consulta? ¿cómo dejar por fuera lo social, cómo es que en esta nota de alguien que busca quien le pueda atender, quien pueda personificar al terapeuta -resolver una necesidad, o una exigencia escolar- encuentra y moviliza a interrogarse a esta psicóloga acerca de su ejercicio profesional?

Buscar, encontrar y sostener, fue, ahora lo pienso, la forma en que este encuentro azaroso se dio. Un encuentro y pedido inesperado dio pistas de la necesidad de alguien de ser atendido y urgió a la psicóloga a, no sin miedo, hacer lo que no dice la literatura psicoanalítica (o por lo menos no de forma explícita): una ocurrencia propia.

En la búsqueda de cómo iniciar, sin plan algunos, la situación terapéutica tuvo lugar en un escenario poco convencional.

Ese encuentro movilizó el cuerpo, desplazamientos para poder llegar ahí, motivó a la realización de gestiones, hacerme de un lugar e iniciar la clínica en situaciones y condiciones de comunidad. El escenario: una sala de la iglesia.

Encuentros singulares, cuya característica es nombrada como categoría, que, si bien puede permitir la entrada de todo, nos deja con las mismas referencias de nada.

En los inicios, los consultantes que llegaban eran niños llevados por sus padres, desempeño escolar, problemas familiares, miedos, eran los motivos principales. En la solicitud de los adultos, se presentaban personas que llegaban con características propias de las llamadas depresiones graves, problemas de pareja y consumo de sustancias.

Estancias breves, intensidad de lo sintomático, algunos que llegan luego de un año de estar en tratamiento con “limpias”, crisis de inseguridad y pagos diferentes: limones, quesos, unos pesos, olvido del pago y personas que no se presentan más de una sesión, alucinaciones auditivas y visuales por un duelo que se estacionó, alucinaciones por uso no declarado de sustancias, degradación cognitiva por un cruce entre lo orgánico y lo anímico.

Infancias que resisten (no sin efectos) la violencia familiar, sexual, económica, académica y la indiferencia social. Infancias y estereotipos del siglo pasado que son fuente, generadores de síntomas efectivamente singulares, pero que abren la interrogante acerca del abordaje, la pertinencia del psicoanálisis, pero también de otros abordajes necesarios para que las personas que toman el lugar del consultante y no siempre analizante estén vivos y en condiciones de hablar, de ser y de construir su posibilidad de hacer ajustes o ceses en su contexto para vivir una vida vivible.

De la experiencia se producen dos saberes, el primero, autorizarse a separar interrogar y diferenciarse del estereotipo de práctica clínica acartonado y con pocas posibilidades de involucrarse lo que le acontece al mundo actualmente. Segundo, el planteamiento de que el análisis puede hacerse un lugar en la práctica comunitaria, no como imperativo ni prioridad, sino que puede llegar ahí donde el psicólogo clínico esté dispuesto a alojar, escuchar la necesidad y condiciones del caso y no anteponiendo a manera de defensa el estereotipo de lo que se supone del análisis, por qué es eso, un supuesto, la llamada particularidad o matiz, se

lo dará el terapeuta en medida de las condiciones que circunscriban su práctica. En otras palabras, el psicoanálisis tiene posibilidades y pertinencia de ser, en medida que se deje ir la ilusión de que ha de ser siempre y todas las veces.

Avanzo hasta aquí para hacer un pronunciamiento, que las otras clínicas no queden borradas, o peor aún, que no se queden en la auto sanción, en la parálisis.

#### **4.7. Concluir**

Así como un bordado que se realiza con mejores o aceptables resultados, que va siguiendo una dirección de los trazos, donde se eligen los tonos, matices, materiales a utilizar y donde es necesario terminar los trazos con algunos puntos para sujetar la trama, estos han sido tales puntos, para que el hilo no se deshile y se pierda lo elaborado. Este documento necesita ser terminado (por lo menos esta fase, para que no se vuelva un infinito interminable que frustre y destruya ante la imposibilidad a la tesista).

Digo así que lo que se ha estado elucidando hasta este momento, una práctica que continúa y lo que está por escribirse son entonces, el compromiso, de que esta otra clínica no quede borrada o invisibilizada a la luz de las corrientes imperantes en nuestro círculo epistémico, una clínica no siempre metafórica, teórica o de ensoñaciones, más del costado del real insoportable que se produce de un enlace entre contexto y las estructuras a las que tienen acceso, que hace que algunos otros sean no sólo colocados sino condicionados a estar en condiciones de desvalimiento.

La escritura como voz y la escritura como constancia de que ahí están y al mismo tiempo la huella de lo que ese encuentro clínico produce en esta psicóloga clínica y en su formación.

Hasta aquí la escritura realizada versa acerca de los encuentros, de los detalles, de las minucias, de aquellos aspectos cuánticos que pueden parecer que no tiene que ver con la clínica y que, sin embargo, a la luz de esos micro detalles, se puede nutrir el análisis, las interpretaciones y ampliar la mirada de hacia dónde va un análisis de alguien que asiste a ser asistido en ese encuentro con una verdad o un enigma.



Invito a escuchar eso micro, en ocasiones detalles, en ocasiones historias, microhistorias que se conectan con una gran historia, figura y fondo. El paciente que viene enclavado en una historia contextual familiar y de igual forma, la historia de una familia que se lee en contexto de los social que aconteció y lo que acontece en tiempo presente.

El oído del analista está en sintonía con la enunciación del paciente, cuando algo escucha, algo no entiende, cuando hay una sensación ante lo dicho, cuando conmueve, cuando afecta ahí hay algo de carácter inconsciente. El ejercicio de la clínica no es sin consecuencias, y resulta cómodo pensar que es el paciente quien paga<sup>38</sup>, pero los Clínicos algo pagan, también por hacer clínica; no es sin consecuencias.

Finalmente, lo dicho, no dicho es y será la responsabilidad particular de cada practicante respecto a la ética, responsabilidad y cuidado que la Clínica implica, al mismo tiempo que las instituciones educativas en formar profesionistas en contacto con las realidades y retos que nuestro país enfrenta. Recordando pues que ni los pacientes, no los psicólogos se encuentran en un universo de abstracciones, las determinantes sociales de la salud son tan reales como las palabras mismas. Ambas con poder de transformar las realidades.

---

<sup>38</sup> El pago es con compromiso, con tiempo, el pago o remuneración por el tratamiento, que por cierto en ocasiones llega a ser en especie (queso, limones, esculturas em mármol). Ver anexo

## BIBLIOGRAFIA

- Freud, Sigmund. “Estudios sobre la histeria (J. Breuer y S. Freud)”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t II.
- \_\_\_\_\_. “La interpretación de los sueños (segunda parte). Sobre el sueño”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t V.
- \_\_\_\_\_. “Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t XII.
- \_\_\_\_\_. “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t XIV.
- \_\_\_\_\_. “Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t XVIII.
- \_\_\_\_\_. “El yo y el ello y otras obras”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t XIX.
- \_\_\_\_\_. “Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. Pueden los legos ejercer el análisis”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t XX.
- \_\_\_\_\_. “Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras”. En *Obras Completas*. (Buenos Aires, Amorrortu. 2006), t XXIII.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Davoine Françoise. *La Transferencia como interferencia*. México, Ediciones Nandela. 2021.
- [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvini/egi/productos/nueva\\_estruc/702825197957.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvini/egi/productos/nueva_estruc/702825197957.pdf) consultado el 25/07/2024
- <https://mexico.pueblosamerica.com/i/saldarriaga/> Consultado el 25-07-2023
- <https://elmarques.gob.mx/historia/> consultado 26-07-2023
- <https://www.uaq.mx/index.php/conocenos/sobre-la/historia> consultado 27/07/2024

- <https://teatrodehumor.wordpress.com/2008/08/26/el-timing-en-una-rutina-humoristica/> “El Timing en la rutina humorística” consultado el 8-09-2024
- <https://www.hidrotec.com/blog/aljibe/> Definición de algibe
- <https://www.uaq.mx/index.php/conocenos/sobre-la/historia> Historia Universidad Autónoma de Querétaro, portal UAQ. Consultado el 8-09-2024
- <https://dle.rae.es/ra%C3%ADz> 18/12/2023. Sitio web de la real Academia Española.
- <https://dle.rae.es/t%C3%B3pico> consultado 31/07/2024 tópico

## ANEXOS



Figura 1. Úroboros:

*En diferentes culturas: griegas, nórdicas, hindú. El úroboros simboliza un dragón, una serpiente devorándose a sí misma. Como una representación de un ciclo continuo.*



Figura 2

*Recorte de periódico que muestra el acto ceremonial del primer consultorio de psicología en el Estado de Querétaro.*



*Figura 3*

*Recorte de periódico que muestra la ceremonia de formalización del primer consultorio psicológico en el Estado de Querétaro.*



*Figura 4 y 5*

*Esculturas de un elefante y unos “huevos” talladas en piedra ofrecidas por un paciente a manera de pago por el servicio de atención psicológica.*