

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*“Señorita R”: ensayo clínico sobre un caso.
Conjeturas sobre su estructura clínica.*

Autora: Santiago Ezequiel Baroni

Directora: Lic. Ana Jimena Díaz

Tutor: Nicolás Sebastián Ramallo Pisacreta

Paraná, 31 de marzo 2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



“Señorita R”: ensayo clínico sobre un caso.
Conjeturas sobre su estructura clínica.



FHAYCS

Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS

Licenciatura en Psicología

Título: “Señorita R”: ensayo clínico sobre un caso. Conjeturas sobre su estructura clínica.

Modalidad: ensayo clínico.

Nombre y Apellido: Santiago Ezequiel Baroni.

DNI: 38288840.

Teléfono: 0342(15)5200981.

Correo electrónico: santiago_baroni@hotmail.com

Directora: Lic. Ana Jimena Diaz.

Tutor: Lic. Nicolás Sebastián Ramallo Pisacreta.



Tabla de contenidos

Tabla de figuras.....	4
Agradecimientos	5
Resumen.....	6
INTRODUCCIÓN	7
Descripción y justificación del problema.....	7
Planteo de los interrogantes.....	8
Objetivos de la investigación	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	9
Estado del debate.....	9
Perspectiva teórica	11
Estructura clínica.....	11
Histeria	13
Algunos lineamientos sobre el conjeturar	16
Diseño metodológico	16
Tipo de diseño	16
Selección del contexto.....	17
Explicitación de enfoques de análisis.....	18
Presentación del caso clínico.....	18
DESARROLLO	22
Primer encuentro	22
Segundo encuentro	35
CONCLUSIÓN	48
Bibliografía	52



Tabla de figuras

fig. 1..... 45

fig. 2..... 45

fig. 3..... 46

Agradecimientos

A todos los que durante este largo tiempo me brindaron su apoyo.

Especialmente a mis papás, a mis hermanos, a mí abuela, a mis amigos.

A quien me acompañó y apoyó durante la escritura de este ensayo; Nacho.

Y a mi compañero de vida, Sam.

Resumen

El presente trabajo, que se enmarcó en la modalidad de ensayo, tuvo como objetivo la realización de conjeturas clínicas respecto de un caso recogido de las prácticas profesionales supervisadas de grado, que tuvieron lugar en un dispositivo de guardia. Para ello, fue necesaria la reconstrucción, a modo de fábrica de casos, del que nominaré: el caso de la “Señorita R”.

El interrogante que motivó esta investigación fue de naturaleza clínica. Es por ello que se trabajó fundamentalmente con la categoría teórica de *estructura* y las distinciones nosográficas que conforman las mismas desde el psicoanálisis.

Se pretendió como un ensayo para, tal como su nombre lo indica, ensayar modos de pensar, de producir conocimientos y de exponer mis ideas acerca de un recorte obtenido en las prácticas con el fin de dar lugar a una breve contribución al caso de la “Señorita R”, motivado por el principio ordenador que entiende que los casos son portadores de verdad y constructores de conocimientos.

Para ello me serví del paradigma indiciario que parte de los detalles –indicios– no observados o inadvertidos y que podrían ser leídos en la escena, implicando no solo el análisis de las palabras, sino también el análisis de los gestos, los silencios, las acciones, etc., que aportan información importante para la lectura de este caso.

PALABRAS CLAVES: Ensayo, Estructura, Clínica, Psicoanálisis.

INTRODUCCIÓN

Descripción y justificación del problema

Durante las Prácticas Profesionales Supervisadas propias del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología, que tuvieron lugar en un dispositivo de guardia, he tenido la oportunidad de presenciar una multiplicidad de situaciones vinculadas a problemáticas de salud mental, entre los que se encontraban descompensaciones psicóticas, descompensaciones neuróticas, intentos de suicidio, toxicomanías y muchas otras. Al ser prácticas de pregrado, mi competencia consistió en observar, escuchar y aprender de los relatos de los usuarios que asistían a dicho dispositivo.

Uno de los casos que acudió a la guardia del nosocomio llamó mi atención desde el primer momento, ya que se trataba de una muchacha que ingresó manifestando lo que desde el psicoanálisis se podría denominar ataque histérico, sembrando en mí, como estudiante y practicante, una multiplicidad de interrogantes que fueron el motor para la realización del trabajo final de la cátedra antes mencionada.

A partir de esta experiencia, me preguntaba: ¿era el caso de la “Señorita R” un caso que podía ser leído a la luz de los desarrollos psicoanalíticos? ¿Estaba ante un sujeto de estructura histérica? ¿Manifestaba la “Señorita R” contenidos reprimidos mediante síntomas conversivos y ataques histéricos? Estos se convirtieron en interrogantes que me acompañaron durante el cursado de las prácticas profesionales y a partir de los cuales comencé a investigar con el objetivo de determinar una hipótesis diagnóstica con origen en dos encuentros que presencié con la muchacha, los médicos psiquiatras y los enfermeros del hospital.

Surge así mi interés en realizar un escrito en el cual se puedan ensayar modos de pensar, de argumentar, de producir conocimientos y de exponer mis ideas a partir de un recorte clínico obtenido de mi experiencia, con el fin de dar lugar a una breve contribución al caso de la “Señorita R” en particular, y entendiendo que los casos son productores de saberes acerca de la clínica y que la teoría se construye gracias a ellos.

La realización de un ensayo clínico es para mí un modo de avalar y autorizar mis propias opiniones y supuestos teóricos a partir de la construcción y el estudio de una problemática.



La clínica psicoanalítica, a partir de los desarrollos de Sigmund Freud y Jacques Lacan, está basada en tres grandes cuadros que forman parte de las denominadas *estructuras clínicas*. Es gracias a estas distinciones nosográficas que se pueden comprender aquellos síntomas, inhibiciones y comportamientos en los cuales se refleja la posición que asume un sujeto frente al mundo.

Un sujeto cuya estructura clínica es neurótica, ya sea un sujeto histérico u obsesivo, o un sujeto paranoico o perverso, se vincula con el mundo que lo rodea de una manera muy diferente. Estos modos de vincularse con el mundo y con los otros nos permiten buscar estrategias clínicas para intervenir desde el psicoanálisis, siendo en la distinción diagnóstica donde reside la importancia para establecer la dirección de la cura en un sujeto.

De este modo, la elaboración de un ensayo sobre el caso de la “Señorita R” recolectado en las prácticas me posibilita poner en juego lo aprendido durante la carrera en los espacios prácticos y teóricos, y me permite hacer preguntas e hipotetizar respuestas diagnósticas, exponiendo mis opiniones, ideas y argumentos.

Por último, la relevancia académica del presente trabajo también viene dada por el hecho de ser uno de los primeros trabajos integradores finales cuya modalidad es el ensayo clínico. Esto constituye un antecedente para futuras investigaciones que se presenten en la Facultad y que sigan esta nueva modalidad que ha sido aprobada en el año 2019 por nuestra Casa de Estudios.

Planteo de los interrogantes

¿Qué conjeturas pueden realizarse sobre el caso de la “Señorita R” y su estructura clínica?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Realizar conjeturas sobre el caso de la “Señorita R” y su estructura clínica.



Objetivos específicos

- Describir el caso de la “Señorita R”.
- Identificar en el caso de la “Señorita R” los detalles (indicios) de su estructura clínica.
- Articular los detalles (indicios) del caso con la teoría psicoanalítica.
- Argumentar las articulaciones realizadas sobre el caso.

Estado del debate

Para este trabajo se recolectaron diferentes investigaciones que se ordenarán por el año en que fueron publicadas:

- Jorge Tizón, en un artículo científico llamado “La histeria como organización o estructura relacional. Desde la psicopatología psicoanalítica”, publicado en el año 2004 en la revista *Intersubjetivo*, abordó la disminución de trabajos y estudios en relación con la histeria tanto desde autores psicoanalistas como no psicoanalistas, en donde emprendió un hecho de importancia: la disminución de manifestaciones clínicas de la histeria y su difícil diagnóstico. En este sentido, resultó interesante leer el artículo para poder revisar este llamado *agotamiento epistemológico* del que habló el autor. Además, en el artículo realizó un recorrido por las diferentes formas de entender la estructura histérica desde tiempos antiquísimos, lo que fue de gran importancia para la investigación.
- Rosa Peña, en un ensayo clínico escrito y publicado en el año 2010 bajo el nombre “Mujeres histéricas psicoanalizadas por Freud”, realizó un recorrido por los historiales de Freud con el objetivo de valorizar sus aportes en el campo de estudio de la mujer que resultaron de gran importancia para el presente trabajo de investigación, ya que en ese recorrido ella realizó una lectura de las diferentes formas de ver la estructura en los desarrollos freudianos y las resignificaciones que se van haciendo en sus lecturas sobre la histeria. También se constituyó en un aporte, en tanto se trata de un ensayo, modalidad que se pretendió realizar aquí.
- Miriam Concettoni, en su tesis de grado con formato de estudio bibliográfico escrito y publicado en el año 2013 en la FHAYCS-UADER bajo el nombre “Goce femenino y

sublimación”, realizó un trabajo de investigación sobre el concepto freudiano de sublimación y el concepto lacaniano de goce femenino para abordar así las teorizaciones sobre la sexualidad femenina recorridas por ambos autores, que fue de crucial importancia para el análisis del caso que motivó el presente ensayo clínico.

- Melisa Yappert, en su tesis de grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la FHaYCS-UADER, titulada “Representaciones sobre el cuerpo en pacientes que padecen una dolencia psicosomática” y publicada en el año 2014, abordó desde un enfoque psicoanalítico lacaniano el significado atribuido al cuerpo en estos pacientes, buscando reconocer y describir las dolencias en el cuerpo atravesado por el significante. Esta investigación resultó de gran interés para la presente, dado que aportó información y bibliografía de autores lacanianos que permitieron realizar una lectura sobre nuestro caso.
- Anahí Martínez, en la investigación de una tesis de grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la FHaYCS-UADER publicada en el año 2017 y llamada “Factores que sobredeterminan la locura histérica. Estudio de un caso”, analizó el recorte de un caso recolectado en su propia experiencia desde el concepto de *locura histérica*, estudio que sirvió de base para el presente, ya que, aunque se trate de formatos e investigaciones diferentes, ambos trabajos realizaron una lectura de un caso clínico que surgió de una experiencia propia y abordaron las conceptualizaciones de la estructura, en particular de la histeria.
- Mauricio Iván Daros, en su TIF de grado para la carrera de Licenciatura en Psicología de la FHaYCS-UADER, defendido en 2021 y llamado “Lectura clínica de los obstáculos en los casos ‘Fragmentos de análisis de un caso de histeria (1905)’ y ‘Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina (1920)’” se propuso elaborar, mediante la modalidad de ensayo clínico, una lectura clínica sobre ambos casos que fue de interés para este ensayo por dos motivos: en primer lugar, fue de interés para ver cómo se construye un ensayo clínico teniendo en cuenta que es una modalidad emergente en nuestra Facultad; en segundo lugar, fue de interés la lectura de su perspectiva sobre la estructura histérica.

Perspectiva teórica

Estructura clínica

En su texto “Las estructuras clínicas a partir de Lacan” (2019), el psicoanalista Alfredo Eidelsztein nos demostró que Lacan, a la altura del *Seminario 3: Las Psicosis* (1955-56), entendió por estructura al “conjunto co-variante de elementos significantes” (2020, pág. 49), definición que tuvo lugar por primera vez en el seminario sobre las psicosis, mediante el cual comenzó a delinear la estructura psicótica co-variándola con la estructura neurótica. Para entender esta definición de estructura, vamos a desarrollar cada uno de los elementos que la conforman.

Eidelsztein (2019), en el texto señalado, definió por *conjunto* a una serie de elementos que conforman un todo que no necesariamente se encuentra completo, pero que, al mismo tiempo, podría estarlo. Por ejemplo, toda lengua está completa para significar todo lo que un hablante necesita o quiere comunicar, es decir, es un conjunto completo, no le falta nada. Esto es lo que el autor antes mencionado comunica como *batería del signifiante*.

A su vez, la lengua se encontraría en falta por la estructura misma del signifiante y, por más extensa que sea, por más significantes que tenga, no incluye todos los significantes. A esto lo llama *tesoro del signifiante*, ya que todo tesoro, por más grande que sea, no incluye todo el oro del mundo. En este sentido, la noción de conjunto en esta definición es la noción que articula al todo y al no todo. Por conjunto en su acepción de no todo se entiende que las estructuras no incluyen a todos los sujetos de un modo fijo, siempre restaría una incompletud en el saber de la estructura y de los sujetos.

Al respecto Eidelsztein (2019) indica

Que el no-todo domine la noción de estructura es de especial importancia a la hora de aplicar tal noción al sujeto hablante. Siempre que se opera con el sujeto hablante la noción del no-todo es requerida. La estructura que comprende la neurosis obsesiva, histeria, fobia, perversión, psicosis, etc., incluye en sí a las estructuras clínicas, pero no implica por ello el universo, salvo que caiga en profundas paradojas. No todos los sujetos hablantes quedan incluidos en alguna de las estructuras clínicas; la estructura de la clínica engloba a las estructuras clínicas, no a los sujetos. Por lo tanto, no es correcto considerar siempre a todo sujeto incluido en una estructura clínica. En ese sentido es a nivel del sujeto donde se produce una dimensión del no-todo en las estructuras clínicas. (Eidelsztein, 2019, pág. 50)

El significante *co-varianza* es un concepto que no existe en castellano, pero sí en francés como noción matemática y que, según Alfredo Eidelsztein, sirvió a Lacan para designar el hecho de que cada elemento es, no por lo que aparenta ser, sino un lugar vacío, tal como Ferdinand de Saussure definió el lugar de cada significante, donde lo importante sería el sistema de relaciones de los elementos en el cual se construye el significado.

El valor de cada uno de los elementos de una estructura dependerá así de la covariancia entre los elementos, ya que un elemento carecería de valor propio por fuera del conjunto; es por ello que, si cambiara el valor de uno de los elementos, cambiaría también el valor de todos los demás. Por ejemplo, histeria adquiere significación gracias a la relación que mantiene con neurosis obsesiva, las neurosis valen en covariancia con las psicosis y, si uno de estos elementos se modificara, ocurriría una modificación en los demás.

Eidelsztein (2019) nos comenta que

(...) será en la anticipación, en la retroacción y en las conexiones metonímicas y sustituciones metafóricas de cada elemento con los otros, donde se establecerá el valor de cada uno de ellos dentro del sistema, valor en el cual ninguno consiste. (Eidelsztein, 2019, pág. 52)

La covariancia implicaría que los elementos son diferenciales, cada uno por sí solo no significaría nada. Los elementos mismos de la definición de estructura desarrollada por Lacan co-varían, ya que no se podría definir uno sin los otros.

Esta noción de la covariancia la encontramos en el núcleo de los desarrollos psicoanalíticos. Freud construyó su nosología siguiendo el principio de oposición; desde sus primeros textos, el padre del psicoanálisis constituyó un sistema de distinciones clínicas basado en este principio, oponiendo las neurosis actuales con las neuropsicosis, que, posteriormente desarrolló hasta la oposición última entre neurosis y psicosis, pero siempre conservando este principio ordenador.

Lacan, al definir la estructura, teorizó este principio ordenador en el cual los elementos formarían parte de un sistema donde adquieren significado; es así, entonces, que tanto los elementos que conforman la estructura como los síntomas dependen del sistema de relaciones dentro del conjunto de elementos donde se incluyen. De este modo, un síntoma no es histérico u obsesivo por fuera de los demás elementos de la estructura: separados del conjunto no existen síntomas histéricos, ni fantasmas histéricos, ni tampoco deseo histérico.

El sistema de distinciones clínicas establecido por Freud se ordenó así en la suposición de que las estructuras se encuentran organizadas u ordenadas, por lo que se denominó como *función paterna*. Estas distinciones, al estar ordenadas mediante una operatoria lógica y no mediante un conjunto de

cuadros descriptivos, son más coherentes con el fundamento psicoanalítico que consiste en que la neurosis es una elección, ya que solo se puede elegir si existe una lógica donde los elementos se encuentran organizados. “El sujeto elige sin saberlo entre modalidades de oposición lógica y no entre cuadros psicopatológicos, que desconoce” (Eidelsztein, 2019, pág. 77).

En la última nosología freudiana, las estructuras clínicas serán ordenadas por un conflicto entre instancias psíquicas que Freud nominó como: Ello, Yo y Superyó. Así, quedan comprendidas mediante tres grandes cuadros estructurales: en primer lugar, las que denominó neurosis de transferencia, que engloban a las histerias, las neurosis obsesivas y las fobias, caracterizadas por un conflicto existente entre el Yo y el Ello del sujeto; en segundo lugar, las que llamó neurosis narcisistas, caracterizadas por un conflicto entre el Yo y el Superyó del sujeto, donde encontramos a la manía y a la melancolía; y, por último, las psicosis, caracterizadas por un conflicto entre el Yo y el mundo exterior, donde se encuentran las paranoias y las esquizofrenias.

Cabe destacar que, además, a partir de la vuelta a Freud, planteada por Lacán en su obra. Se determinan tres mecanismos mediante los cuales adquieren forma estas estructuras: la represión es el mecanismo que actúa en la conformación de las neurosis de transferencia, la forclusión es la defensa responsable de las diferentes psicosis y la denegación es el mecanismo mediante el cual se estructura un sujeto perverso. A los fines técnicos del presente ensayo, solo desarrollaremos en profundidad la estructura histérica, que se encuentra dentro del conjunto de las neurosis de transferencia y cuyo mecanismo de conformación es la represión.

Histeria

Es imprescindible tener presente la categoría diagnóstica de histeria dentro de la nosografía psicoanalítica. Vamos a entender la estructura histérica dentro del conjunto de las llamadas neurosis, es decir, como uno de los tipos de neurosis que se distinguen nosográficamente de otras estructuras como las psicosis, las perversiones, las fobias e, incluso, como contracara de las neurosis obsesivas, recortando de esta forma nuestro campo de investigación de las otras distinciones nosográficas del psicoanálisis, sin olvidar con esto que el principio ordenador de las estructuras clínicas es el de oposición, por lo que se hace necesario el trabajo de co-variar las estructuras clínicas. En esta investigación, a los fines técnicos, trabajaremos principalmente la estructura histérica co-variando, cuando sea necesario, con las neurosis obsesivas.

Entendemos la estructura histérica como una estructura neurótica, esto es, de naturaleza similar a las neurosis obsesivas, pero diferente. En este sentido, una estructura histérica sigue caminos similares a la neurosis obsesiva, pero es, a su vez, la otra cara de la moneda. Sus manifestaciones son muy variadas, siendo una característica que los conflictos de origen psíquicos se simbolizan en diversos síntomas corporales mediante un proceso llamado *conversión*.

Distinguimos por conversión a cierto mecanismo de formación de síntoma donde se yuxtapone un conflicto psíquico y una tentativa de resolución de ese conflicto, y cuya solución de compromiso se expresa en síntomas somáticos –motores–, como las parálisis, o sensitivos, como las anestias y los dolores localizados. Mediante este mecanismo, la libido, que está desligada de la representación reprimida, se transforma en energía de inervación –principio económico– trasponiéndose a lo corporal. Es por esta relación existente entre la representación reprimida y la energía a ella vinculada que, para Freud en su texto “La represión” (1992), estos síntomas tienen significación simbólica, donde las representaciones reprimidas se expresan mediante el cuerpo.

En su texto “Las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1991), el autor entendió que la conversión se trata de una energía libidinal que se convierte a inervación somática, proceso correlativo al de represión, ya que esta energía libidinal proviene de representaciones inconciliables y, por tanto, reprimidas. Es mediante estas manifestaciones somáticas que lo reprimido habla de manera deformada. Los elementos reprimidos –más latentes que aniquilados– acceden a la consciencia de manera disfrazada mediante manifestaciones como síntomas o ataques histéricos, gracias a los mecanismos de desplazamiento, condensación y conversión a lo somático.

Asimismo, en su texto “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (Freud, 2013), Freud (2013) refiere sobre el síntoma histérico que es el símbolo mnémico de ciertas impresiones y experiencias eficaces, es decir, traumáticas, que mediante el mecanismo de conversión accede a la consciencia como retorno del contenido traumático y reprimido. De igual manera, los síntomas histéricos, dice Freud, como otros productos psíquicos, son la realización de deseo y sirven para la satisfacción sexual de la persona aquejada de tales síntomas.

El síntoma histérico nace como transacción entre movimientos afectivos contrarios, uno de los cuales tiende a la exteriorización de un contenido sexual, mientras que el otro tiende a su represión. Gracias a esta naturaleza contradictoria del síntoma histérico, Freud postula en el mismo texto que en él se expresa, por un lado, una fantasía masculina y, por el otro, una fantasía femenina, ambas sexuales e inconscientes.

Por otro lado, desde El seminario. Libro 3: Las psicosis (Lacan, 2020), y El seminario. Libro 4: Las relaciones de objeto (Lacan, 2018), vamos a entender como histeria a una estructura neurótica

cuya base se encuentra en un yo que se pregunta “¿qué es una mujer?”. Esta es una pregunta que se ubica a nivel del otro en tanto pregunta sobre el carácter simbólico de la sexualidad.

Es en esta pregunta a nivel del yo y en el registro de lo simbólico que el sujeto adquiere una estructura histérica. El autor refiere:

La tónica freudiana del yo muestra cómo una o un histérico, cómo un obsesivo, usa de su yo para hacer la pregunta, es decir, precisamente para no hacerla. La estructura de una neurosis es esencialmente una pregunta, y por eso mismo fue para nosotros durante largo tiempo una pura y simple pregunta. (Lacan, 2020, p. 249).

En su seminario *Libro 3: Las psicosis* (Lacan, 2020), Lacan (2020) nos va a decir que la pregunta que se formula la neurosis y que hace referencia a la mujer es una pregunta que se formula ante la imposibilidad de la existencia de la relación sexual y la imposibilidad incluso de la simbolización del sexo de la mujer en cuanto tal, ya que lo imaginario proporciona una ausencia donde del otro lado hay un símbolo bastante prevalente: el pene. Es esta *Gestalt* fálica la que, durante el complejo de Edipo, hace que la mujer se identifique al padre, siguiendo así por un tiempo el mismo camino que el varón. Para acceder a lo femenino, en el complejo de Edipo, la mujer entonces tiene que identificarse al personaje de su sexo opuesto, siendo así el complejo de castración el pivote para la entrada al complejo de Edipo en la hembra, mientras que, para el macho, significa su salida.

El hecho de que la mujer tenga que identificarse al padre para atravesar el complejo de Edipo genera un obstáculo para la realización de su sexuación. El sexo femenino tiene un carácter de ausencia, de vacío, de agujero, y lleva una búsqueda a nivel del yo por el ser que da lugar a la estructura histérica.

Esto no quiere decir que todas las mujeres sean histéricas ni que solo las mujeres puedan serlo, solo estamos trazando el camino del sujeto histérico mujer. Los varones histéricos tienen otros caminos, pero la pregunta es la misma: ¿qué es una mujer? Con esta pregunta se intenta simbolizar el órgano femenino. Es así que la identificación al hombre, portador del pene, funciona como medio para aproximarse a responder su pregunta y sirve como instrumento para poder aprehender lo que no logra simbolizar. Incluso Lacan se anima a ir más por esta vía y dice “la histérica es alguien cuyo objeto es homosexual –la histérica aborda este objeto homosexual por identificación con alguien del otro sexo”. (Lacan, 2018, pág. 141).

Algunos lineamientos sobre el conjeturar

El objetivo del presente ensayo consiste en la formulación de conjeturas sobre la estructura clínica de la muchacha cuyo caso vamos a presentar más adelante. Para tal fin, expondremos brevemente lo que entendemos sobre dicho hacer, considerando que, para Freud en su texto “Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido»” (1992), el psicoanálisis es una práctica terapéutica, una teoría y un método de construcción de saberes basado en conjeturas e inferencias más que en el análisis cuantitativo de métodos medibles.

El diccionario de la Real Academia Española define la conjetura como un ‘juicio que se forma de las cosas por indicios u observaciones’ (RAE, 2021). Vemos que se trata de la construcción de un saber, de un juicio a partir de indicios.

El método conjetural cuenta de igual manera con todo el rigor científico exigido para construir saberes en cualquier ciencia. Pulice, Manson y Zelis (2001) entienden por conjetura a las inferencias, razonamientos o una conclusión extraída de un conjunto de premisas tomadas –aunque sea provisoriamente– como verdaderas, con la particularidad que de esas premisas se pueden extraer también otras conclusiones diferentes y que comparten el hecho de que ninguna ha sido debidamente probada aún.

Diseño metodológico

Tipo de diseño

El que tenga ojos para ver y oídos para oír se convencerá de que los mortales no pueden guardar ningún secreto. Aquel cuyos labios callan se delata con la punta de los dedos.
(Freud, 2013)

Para dar respuesta a la pregunta acerca de qué conjeturas pueden realizarse sobre el caso de la “Señorita R” y su estructura clínica en el siguiente trabajo integrador final, utilicé un diseño que tiene

énfasis en el paradigma de investigación denominado *indiciario*. Este paradigma de los indicios, cuya naturaleza es conjetural, se presenta con la convicción de que lo que parece nimio e insignificante cuenta con la suficiente motivación como para producir un saber. Ginzburg (1989), quien desarrolló por primera vez este método, lo planteó mediante la metáfora *alguien pasó por aquí*, en un aquí que no es precisamente cuantificable, sino más bien conjetural.

Según Alejandra Mazzitelli (2010), este fue el método mediante el cual Freud construyó el psicoanálisis, interrogando su experiencia clínica para producir un saber en un proceso dialéctico, en donde a partir de esos detalles se arriesgan hipótesis que son sujetas a ratificaciones y rectificaciones que acogen todas las posibilidades y renuncian a las convicciones que se asuman como un todo completo. La autora indica que “el psicoanálisis es el heredero del método indiciario” (Mazzitelli, 2010, pág. 1) y es un modo de producción de conocimiento que da mayor importancia a los detalles.

Desde el psicoanálisis, a partir del trabajo con manifestaciones inconscientes, como lo son los sueños, los chistes, los lapsus, los actos fallidos, entre otros, se realza el valor de los detalles teniendo en cuenta las repeticiones, las regularidades, las diferencias y los enlaces significativos en ellos presentes.

En esta misma línea, Amalia Homar (Homar, s.f) mencionó que Freud da un estatus particular a los casos clínicos: para él, posibilitan la investigación y portan una verdad, a diferencia del saber que se construye como absoluto y que, en la medida en que ya se sabe, no hay margen para aprender de ellos. Tampoco renuncia a lo ya sabido, sino que busca una distancia entre lo sabido y lo particular del caso que funciona como motor del saber en la clínica y en la práctica psicoanalítica. Por ello, el proceso de investigación en psicoanálisis es visto, según Homar, como un proceso no lineal, en el cual se acogen todas las posibilidades y se renuncia a las convicciones para no desatender nuevos factores inesperados, lo que permite “ensayar” diferentes lecturas desde los detalles presentes en los casos.

Selección del contexto

El caso clínico que constituyó la unidad de análisis del presente ensayo fue recolectado de mi experiencia de pregrado en las Prácticas Profesionales Supervisadas que tuvieron lugar en el dispositivo de guardia de un hospital de salud mental al que acudí los días lunes de 8 a 18 durante el ciclo lectivo 2019. Este dispositivo se dividía en dos formatos: en primer lugar, estaba, al menos durante ese año, la guardia interdisciplinaria en donde participaban psicólogos, trabajadores sociales, médicos clínicos, médicos psiquiatras y enfermeros y, en segundo lugar, existía la guardia psiquiátrica a la que asistí, en donde participaban médicos psiquiatras y enfermeros especializados en el abordaje de problemáticas de Salud Mental.

Como estudiante, mi función en dicho dispositivo consistió en presenciar y acompañar a los profesionales en las entrevistas realizadas a los usuarios de la guardia y, fundamentalmente, en la observación y la escucha atenta a los diferentes pacientes que asistían a lo largo del día, quienes conformaban una población que acudía por distintas situaciones, a veces por ellos mismos y otras veces derivados de otras instituciones, llevados por las fuerzas de seguridad o por familiares.

Así, a los fines de esta investigación, la selección del caso clínico fue realizada en dicho contexto, considerando que el material recabado posibilitará la realización de múltiples relecturas, hipótesis o conjeturas sobre la temática de interés.

Explicitación de enfoques de análisis

Tal y como se vino desarrollando, el caso anteriormente presentado fue analizado mediante un enfoque psicoanalítico desde el paradigma indiciario, con la pretensión de plasmar una serie de argumentos, ideas y articulaciones sobre la estructura clínica de la muchacha que fue denominada como “Señorita R”.

Se pretende como un ensayo clínico y, a partir de los detalles, se argumentaron hipótesis e ideas que no necesariamente tuvieron que culminar en conclusiones definitivas y cerradas: “el ensayo, como su nombre lo indica, ensaya y reconoce que hay algo de lo provisorio en la respuesta que proporciona en torno al saber” (Ovide & Temporetti, s.f). El ensayo es un modo de escritura y de investigación adoptado por Freud en su obra, que no busca objetivamente ideas conclusivas, sino que busca el ensayo de ideas conjeturales que pueden ser releídas y revisadas en cada ocasión, haciendo del psicoanálisis un corpus que entiende que su saber es un saber incompleto, inacabado.

Presentación del caso clínico

Como fue mencionado, la investigación se realizó a partir del estudio de un caso clínico que nominé como “Señorita R”, para respetar lo establecido en la Ley Nacional N° 23.277, 1985, sobre el ejercicio profesional de la psicología, en cuyo artículo número 8 se da cuenta del secreto profesional.

Asimismo, el presente caso fue dividido en dos momentos diferentes: primero, uno en el que la muchacha se encontraba atravesando un estado de crisis subjetiva, y, segundo, un encuentro que tuvo lugar dos meses más tarde, durante el cual la usuaria pudo hablar con mayor fluidez y brindar información de gran importancia para el análisis de las manifestaciones del primer encuentro, lo que me permitió hipotetizar acerca de su estructura clínica.

El caso de la “Señorita R” se consideró significativo, entendiendo que, si bien estamos ante un recorte, cuenta con datos suficientes para poder responder a la pregunta planteada en el presente Trabajo Final Integrador

A continuación se adjunta la construcción del caso con el que se trabajó en el presente ensayo clínico, mas no serán brindadas las fechas exactas de los encuentros para respetar lo establecido en la ley mencionada anteriormente sobre el ejercicio profesional de la psicología.

Primer encuentro

La “Señorita R” tenía 39 años de edad cuando acudió con su padre a la guardia del hospital de salud mental. Se presentó agitada, hiperventilada y con disnea, por lo cual no pudo responder a la entrevista propuesta por la médica psiquiatra.

Se le indicó que se acostara en la camilla, momento en el cual mostró, además, síntomas de sofocación, trataba de arrancarse la remera con la mano izquierda mientras su mano derecha permanecía inmóvil a un lado del cuerpo; la muchacha jadeaba e incluso llegó a adoptar por momentos posición de arco de círculo en la camilla, mientras movía su cabeza en un patrón que parecían ser gestos de afirmación y negación.

Ante la dificultad de entrevistarla en ese estado, se le consultó por la posibilidad de aplicar un inyectable y asintió enérgicamente con la cabeza, de modo que se comprendió que aceptaba la dosis.

Luego se le solicitó al padre que entrara al consultorio de guardia para poder entrevistarlo, mientras “Señorita R” se encontraba en la sala de enfermería, inmediatamente al otro lado de la puerta que la separa del consultorio de guardia.

Durante la entrevista, su padre se mostró desconcertado ante la crisis de la hija, comentó que el marido de “Señorita R” lo contactó para pedirle que la buscara de su trabajo. Al respecto relató: “La verdad que no lo sé, me dijo su marido que fue un día normal, se levantó como todos los días, fue a trabajar y al rato me llamaron. Hace dos años y medio que no tiene crisis. [...] Nos llamaron, que la busquemos del jardín donde trabaja porque estaba mal, la llevamos a casa y empezó a decir ‘no, no, no, no’ y me empujaba, lloraba, estaba muy agitada y por eso la trajimos acá”.

El padre de “Señorita R” asoció el malestar de su hija, en primer lugar, a que se le había roto la moto y que eso “a ella le molesta porque tiene que estar pidiendo que la busquen [del trabajo u otros lugares]”. Por otro lado, mencionó que “hace tres semanas falleció su mamá, ese es otro problema porque la rechazaba, discutían mucho”.

Con relación al tratamiento de “Señorita R”, se le explicó al padre cómo se iba a proceder y se le indicó que esperara afuera. Al entrar a la habitación contigua, “Señorita R” se encontraba despierta, en calma, dialogando con una enfermera sobre su trabajo.

Al preguntarle a “Señorita R” cómo se encontraba, ella solo asintió con la cabeza. Dijo que, cuando se empezó a sentir mal, estaba en su trabajo (nota: “Señorita R” es profesora de nivel inicial). Comentó que “estaba dándole de comer a una nena y empecé a sentir un calor que me recorría el cuerpo hasta la cabeza”. También refirió que recientemente había tenido un accidente de tránsito en moto y se había golpeado la cabeza, pero que los estudios salieron bien, aunque aseguró no poder “vivir con este dolor”.

Frente a la pregunta sobre su grupo de convivencia, “Señorita R”, señalando a la enfermera, indicó: “Ya le dije a la chica”. A cabo de unos minutos, volvió a dormirse y despertó cuando un interno acudió a enfermería para realizarse un control. En dicho momento, se le preguntó: “¿Te sentís mejor?” Miró desorientada, se reincorporó en la camilla y cerró los ojos unos segundos. Se reiteró la pregunta: “¿Cómo te sentís?”, cuya respuesta fue: “Bien, pero tengo miedo de que me vuelva a pasar”. Se charló sobre la internación breve y voluntaria, luego de lo cual decidió quedarse “al menos para control hasta la noche”.

Mi participación en la guardia era durante el día, una vez por semana, por lo que, cuando asistí a las prácticas la semana siguiente, la “Señorita R” ya no se encontraba y no supe más nada de la muchacha. Dos meses después, “Señorita R” es llevada nuevamente a la guardia. Este encuentro me da la posibilidad de conocer mejor la historia de su malestar.

Segundo encuentro (dos meses después)

Dos meses más tarde yo continuaba asistiendo al dispositivo, ya que las Prácticas Profesionales Supervisadas corresponden a una materia anual de la casa de estudios y tuve la oportunidad de volver a ver a la muchacha.

“Señorita R” fue llevada nuevamente a la guardia, esta vez derivada por el hospital general X a partir de un intento de suicidio mediante la ingesta de pastillas. En esta oportunidad acudió con su marido.

Se indicó que “Señorita R” ingirió un par de cápsulas de naproxeno y un par de cefalexina, lo que, según la psiquiatra, era imposible que indujese a la muerte.

Se mantuvo entrevista con ambos, nuevamente, en la guardia del hospital. Luego de un rato en silencio y llanto, durante el cual evitaba el contacto visual con todos los que estábamos presentes, la muchacha expuso que ingirió las pastillas para “morir, dormirse y no despertar nunca más”, con el objetivo de “darles a sus hijos una mejor vida”, ya que “a veces no sé si soy buena madre”.

Ante la pregunta sobre si había intentado suicidarse anteriormente, el marido intervino: “A ella no le gusta salir y a nosotros sí, hace tiempo no nos llevamos bien; no nos pegamos, pero discutimos. ¡Veintiún años de matrimonio!” [Ella se tapa la cara con la mano, delimitando una barrera entre ambos]. El marido comentó que la muerte de la madre de “Señorita R” provocó malestar en ella. “Señorita R” respondió: “¡Él tiene otra hija, doctora! Nosotros nos separamos cuando él se fue a trabajar a Rosario y tuvo otra hija, no la puedo ni ver, y ahora cumplió quince años y quiere venir a casa”.

Allí su marido intervino diciendo que “Señorita R” le pidió la separación porque su hija quería vivir con ellos. La médica preguntó la razón por la que le molestaba que su marido aceptara que su hija viviera con ellos. “Señorita R” respondió: “Porque ella compite conmigo, llama su atención y se apodera de él para que yo me ponga celosa. ¿Por qué me mira así cuando lo abraza? Me mira para que me den celos y yo no la puedo ni ver. Cuando él se va, yo pienso que está con otra, con la que estuvo cuando estuvimos separados y yo soy muy insegura”.

Al finalizar la entrevista, se le preguntó si se arrepentía de haber intentado suicidarse, a lo que comentó que sí. También se le preguntó si volvería a hacerlo y, ante la negativa, se le indicaron pautas de alerta a su marido frente una situación similar a futuro y se aplicó un esquema medicamentoso a base de ansiolíticos. Ambos se retiraron abrazados del consultorio.

DESARROLLO

El desarrollo del presente Trabajo Integrador Final, fue planteado en función de desglosar los dos encuentros que fueron presentados del caso de la “Señorita R”. Para ello se tomaron fragmentos considerados significativos, que se analizaron e interpretaron a la luz de los desarrollos psicoanalíticos para poder responder a la pregunta que fue planteada anteriormente y que motivó la formación de este ensayo.

Primer encuentro

Tal como se comentó en el apartado del marco conceptual, los diagnósticos en el tratamiento psicoanalítico, son importantes para determinar la dirección de la cura, son significados a raíz de la oposición lógica entre los cuadros psicopatológicos establecidos por el psicoanálisis. Es por ello que comenzaré el camino hacia el diagnóstico clínico, presuntivo de “señorita R” mediante la oposición entre los dos cuadros psicopatológicos de mayor importancia para el psicoanálisis, es decir, *Neurosis* y *Psicosis* con la intención de la elaboración de un diagnóstico de naturaleza presuntiva y conjetural.

Es en esta distinción que podremos comenzar a elaborar cualquier hipótesis clínica desde el marco conceptual psicoanalítico, y es acá justamente donde radica la importancia de la elaboración de un diagnóstico de naturaleza presuntiva para el presente ensayo clínico. Con respecto al caso, en el primer encuentro se expuso:

La “Señorita R” tenía 39 años de edad cuando acudió con su padre a la guardia del hospital de salud mental. Se presentó agitada, hiperventilada y con disnea, por lo cual no pudo responder a la entrevista propuesta por la médica psiquiatra.

En primer lugar, es imprescindible preguntarse: ¿cómo acudió “Señorita R” a la primera consulta? Se puede decir al respecto que la usuaria del dispositivo de guardia acudió acompañada por su padre e interactuó con quienes nos encontrábamos dentro del dispositivo de guardia (médica psiquiatra, enfermeros del establecimiento y quien suscribe en calidad de practicante) principalmente mediante su cuerpo, es así que ella se hizo presente y nos habló mediante un cuerpo que se encontraba

en crisis, un cuerpo erogeneizado, jadeante, que, articulado al significante, hablaba de un modo deformado sobre aquello que le aquejaba.

Fue notable que la usuaria manifestara primeramente su cuerpo casi sin emitir palabra. Durante la crisis, el cuerpo de “Señorita R” manifestó expresiones sintomáticas fragmentadas, pero ya podría aventurar que su cuerpo no se encontraba fragmentado a manera de estructura psicótica.

Si bien, tal como se viene comentando, se pueden observar en la muchacha fenómenos concernientes al cuerpo, estos se encontraban respondiendo metafóricamente a “*un calor que recorría el cuerpo*” de “Señorita R” y que, en un momento dado, desestabiliza la estructura y da lugar a la crisis por la que acudió al dispositivo.

Ahora bien, comenté anteriormente la existencia de fenómenos concernientes al cuerpo. Tal como se desarrollará más adelante se puede observar que estos fenómenos responden a un hilo metafórico-simbólico que da origen a una cadena de manifestaciones sintomáticas en la muchacha.

Se observa, además, que estos síntomas no respondían a la anatomía en tanto tal. Así, los presentes en el dispositivo de guardia nos encontrábamos ante un sujeto que expresaba disnea, dolor de cabeza y parálisis del brazo, entre otras manifestaciones sintomáticas, que, más que seguir un camino de inervación nerviosa, se encontraban respondiendo simbólicamente al contexto de la “Señorita R”, contexto que se irá trabajando y analizando a lo largo del presente ensayo.

Cabe preguntarse a raíz de lo dicho: ¿La estructura clínica de “Señorita R” es Neurosis o Psicosis? Me aventuro a comenzar a realizar una primera hipótesis al respecto. Considero que los datos hasta el momento me permiten pensar que la muchacha presenta una estructura neurótica, que, si bien presenta fenómenos concernientes al cuerpo, este cuerpo —aunque fragmentado— está sumido a una dialéctica significativa que denota la existencia de una estructura neurótica. De todos modos, esta hipótesis presuntiva e inicial será desarrollada en los párrafos venideros, a medida que se vaya trabajando en los demás fragmentos del recorte del caso.

Se puede decir, por el momento, que “Señorita R” se presentaba en tanto voluptuosidad sufriente, es decir, erotizando sus síntomas mediante el mecanismo desarrollado y descrito por Freud de la conversión somática en “Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias).” (1991), por el cual un individuo, en nuestro caso “Señorita R”, da lugar a una multiplicidad de expresiones sintomáticas que se encuentran motivadas por la transposición de un conflicto de naturaleza psíquica y una tentativa de resolución que se le contrapone en dirección contraria. Este mecanismo se corresponde a aquellas expresiones sintomáticas motoras y sensoriales que se encuentran enlazadas al suceso traumático.

Siguiendo estos enunciados, se puede ubicar que la muchacha presentaba en este primer encuentro lo que podemos denominar –al menos por el momento– como síntomas conversivos motores: “*disnea*”, “*agitación*”, “*hiperventilación*” y sofocación. También síntomas conversivos sensitivos: gritos, llantos y parálisis. Y, además, *síntomas* un tanto más complejos como la posición de arco de círculo y automatismos que adquieren la forma de gestos de negación y afirmación que “Señorita R” repetía a lo largo de la crisis por la cual acudió al dispositivo.

Si bien es difícil dar un análisis certero, lineal y unívoco para estas manifestaciones, es posible esbozar una tentativa de interpretación de ellas, sujeta a revisión continua y que va a servir fundamentalmente para prestar atención a ciertos indicios que se irán desarrollando a lo largo del presente ensayo clínico para poder responder a la pregunta realizada como fundamento: ¿qué conjeturas pueden realizarse sobre el caso de la “Señorita R” y su estructura clínica?

Ahora bien, en este punto cabe preguntarse: ¿se puede hablar técnicamente de síntoma? Es decir, ¿las manifestaciones de “Señorita R” son expresiones sintomáticas leídas a raíz del dispositivo mediante el cual fueron analizadas, o sea, a razón de las lecturas médico-hegemónicas, o más bien son expresiones de lo que en psicoanálisis llamamos angustia tóxica? Entendemos por angustia tóxica, lo expuesto por Freud (2016) en “Inhibición, síntomas y angustia”: ‘un arquetipo primordial-primitivo del sentimiento angustia desarrollado por el cachorro humano durante la experiencia traumática del nacimiento’.

La teoría psicoanalítica entiende el nacimiento como un trauma primordial en el que se asientan las bases mediante las cuales el individuo constituirá y atravesará subjetivamente las sensaciones angustiantes venideras. En el texto mencionado anteriormente, Freud (2016) indica que los representantes de las sensaciones experimentadas en el nacimiento y que constituyen las bases para la sensación de angustia en los individuos sobrevienen en los órganos de la respiración y del corazón, y que participan además inervaciones motrices de descarga. La base de la angustia para el autor se encuentra en un incremento de energía o excitación que da lugar a una sensación de displacer que es aligerada mediante acciones motrices de descarga, dando valor a un factor histórico y simbólico en estas sensaciones e inervaciones mediante la cual se descarga la angustia que se asienta en las bases de la mencionada angustia tóxica.

Al respecto del ataque histérico, Freud inclina a sus lectores a pensar: ¿el ataque histérico puede ser una reproducción de esta angustia tóxica? O, al menos, es a donde yo me veo invitado a preguntarme al respecto del caso con la lectura del texto freudiano. ¿No se ven claramente en las manifestaciones de “Señorita R” restos de esta angustia tóxica? Por el momento, dejo en suspenso esta pregunta que va a servir de guía para poder analizar las manifestaciones que serán expuestas a continuación.

Antes de pasar al siguiente recorte, quiero prestar atención a la última oración del primer fragmento expuesto: “no pudo responder a la entrevista propuesta por la médica psiquiatra”. En un texto que data del año 1924 “La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis” (Freud, 2013), nos comenta que tanto en las psicosis como también en las neurosis la realidad en los individuos se encuentra perturbada. En la neurosis, en particular, estructura a la que se va a prestar fundamental atención en la constitución del presente ensayo, el yo, al llevar a cabo el proceso de represión produce extrañamiento de la realidad en el sujeto.

En el mismo texto expuesto anteriormente, el autor comenta que, cuando se trata de una neurosis cuya motivación es ocasional –“la escena traumática”– (Freud, 2013, pág. 2745), se puede ver cómo el sujeto se aparta de tal suceso y lo abandona a la amnesia, en un intento de resolver el conflicto, anulando por completo las circunstancias reales, evitando por este camino un trozo de la realidad. Así, la muchacha, en un intento de resolver el conflicto del cual se hablará más adelante, abandona dicho conflicto a la amnesia y al silencio, el cual, sin embargo, es puesto en acto o escenificado mediante los síntomas y la crisis por la que ingresa a guardia, razón, a mi entender, por la cual no pudo poner en palabras lo que ocurría cuando se solicitó que participara en la entrevista.

Sin embargo, si se presta atención a los detalles y a los síntomas que “Señorita R” portaba en su cuerpo, se puede construir un camino fértil para seguir elaborando conjeturas sobre su estructura clínica.

(...) mostró, además, síntomas de sofocación, trataba de arrancarse la remera con la mano izquierda mientras su mano derecha permanecía inmóvil a un lado del cuerpo; la muchacha jadeaba e incluso llegó a adoptar por momentos posición de arco de círculo en la camilla, mientras movía su cabeza en un patrón que parecían ser gestos de afirmación y negación.

Respecto de la pregunta formulada anteriormente: ¿no es la sofocación, es decir, la sensación fisiológica de falta de aire, uno de los arquetipos primordiales de la angustia tóxica? El trauma del nacimiento es un hecho que adquiere relevancia, ya que la acción de separación del neonato con la madre genera en el bebé recién nacido una serie de sensaciones o malestares entre los que encontramos esta nueva acción que tiene que comenzar a realizar el nuevo bebé, es decir, respirar por su propia cuenta. De aquí que la sofocación sea uno de los sucesos primordiales del trauma de nacimiento.

Pero sería un análisis pobre si nos contentásemos con que la lectura de las manifestaciones de la usuaria sería solamente en el ámbito del trauma del nacimiento. El mismo Freud, en el texto denominado “Inhibición, síntoma y Angustia” (Freud, 2016), invita a sus lectores a ir más allá de esto

y a no sobreestimar este nexo, ya que no todo estallido de angustia, como tampoco todo ataque histérico, atañe a una reactualización de este trauma. Si bien en “Señorita R” se encuentra que reactualiza estas manifestaciones durante su estado de crisis, las cuales podemos considerar propias del trauma del nacimiento, es necesario ir más allá para dar un análisis más complejo y comenzar a ver que este trauma o esta angustia tóxica funciona más bien como la base de la represión primordial que se encuentra en el núcleo de su estructura y que ejerce influjo de atracción latente sobre las situaciones más recientes en la novela neurótica de “Señorita R”.

En el texto mencionado anteriormente, Freud entiende que existen dos modos mediante los cuales la vida actual del neurótico puede despertar esta represión latente: primero, cuando una situación externa evoca una moción pulsional desagradable, es decir, reprimida; y, segundo, cuando esta emerge del interior sin una provocación de esta naturaleza. En el caso de “Señorita R”, sostengo la hipótesis basada en su contexto, de que una situación externa evoca una moción pulsional desagradable que desestabiliza la realidad y la estructura de la muchacha, pero aún no estoy en condiciones de seguir desarrollando este supuesto, que no obstante va a ser analizado más adelante.

¿Qué ocurre, entonces, con el arco de círculo y las automatizaciones? Con el arquetipo del trauma de nacimiento en mente y el hecho de que “Señorita R” acude a consulta manifestando este trauma, me pregunto: ¿No está “Señorita R” manifestando más bien la función de una madre parturienta? Esta es una conjetura que realizo siguiendo el principio económico del psiquismo que sigue las leyes inconscientes, presentes en la manifestación del arco de círculo. Freud en “Generalidades sobre el ataque histérico” nos dice que esta manifestación del Arco del Círculo (Freud, 2013) es un proceso análogo a la inversión de un elemento en su contrario (Freud, 1992), mecanismo mediante el cual el sujeto manifiesta una acción contraria a la que se encuentra en el núcleo de la fantasía desalojada de la consciencia. “Señorita R” se incluye en el dispositivo de guardia exteriorizando manifestaciones motoras y sensitivas que se pueden interpretar como una reactualización del trauma del nacimiento y es efectivamente este el trauma que se manifiesta, ya que funciona como prototipo de las posteriores sensaciones angustiosas de los individuos.

Los peligros que reactualizan la angustia tóxica siguen los progresos del desarrollo psicogénico de los individuos, es decir que puede variar dependiendo del momento de vida en el que se encuentre cada individuo. Una conjetura que quiero comenzar a desarrollar en el presente ensayo clínico atañe a pensar que esta angustia tóxica se manifiesta en la usuaria no ya como si la castración fuera el acto de su nacimiento, sino más bien siguiendo el camino de ella como madre. “Señorita R” no ingresa manifestando su propio nacimiento, sino manifestándose en tanto una mujer encinta, próxima al alumbramiento.

No pretendo apresurar el análisis al decir que la muchacha llega a nosotros manifestando su propia maternidad de esta manera y que nos indica su disconformidad y su postura al respecto mediante inversión antagónica (arco de círculo). Incluso las manifestaciones nos permiten ir más lejos y realizar un análisis en conjunto con el arco de círculo y el automatismo de negación y afirmación, en tanto ella *“movía su cabeza en un patrón que parecían ser gestos de afirmación y negación”*. Podría pensar que “Señorita R” justamente está en conflicto con dos mociones pulsionales contrapuestas que corresponden al ser de ella, es decir *ser* o *no ser* madre, en donde ser madre podría estar manifestándose subjetivamente como un *no* y no ser madre, como un *sí*.

En tanto a la no acción de su mano derecha, la mano inmóvil puede tener una correspondencia en esta díada conflictiva de la muchacha. Mientras con una mano, la izquierda, busca arrancar su remera, la otra permanece quieta, o más que quieta¹.

Se puede entrever así que estamos ante una usuaria que manifiesta, mediante una crisis o un ataque histérico, diversos conflictos de naturaleza psíquica contrapuestos. Pero queda aún por desarrollar si estos conflictos atañen o no efectivamente a la maternidad, ya que aún no me encuentro por el momento en condiciones de afirmar efectivamente que de esto se trate.

Ahora bien, en el recorte anterior se habló sobre la existencia de una correspondencia metafórica entre los síntomas de “Señorita R” que me permiten suponer la existencia de una estructura neurótica y no una psicótica, pero recién ahora comienza a vislumbrarse con mayores detalles el nexo entre la sintomatología neurótica de la muchacha y aquellos elementos que corresponden a los conflictos psíquicos, de naturaleza simbólica, que se encuentran anudados a ellos. Es un camino que comienza a abrirse y que va a servir de guía para poder ir elaborando a lo largo de este ensayo un diagnóstico presuntivo de la muchacha. Por el momento, sin embargo, hay que seguir analizando parte por parte el recorte del caso.

El padre de “Señorita R” asoció el malestar de su hija, en primer lugar, a que se le había roto la moto y que eso “a ella le molesta porque tiene que estar pidiendo que la busquen [del trabajo u otros lugares]”. Por otro lado, mencionó que “hace tres semanas falleció su mamá, ese es otro problema porque la rechazaba, discutían mucho”.

Al respecto del siguiente recorte, que acontece a lo significado por el padre de la muchacha, podrían abrirse un par de preguntas que se comenzarán a trabajar y que corresponden al contexto de la muchacha. Es por ello que me veo impulsado a preguntarme: ¿Se podría pensar que los síntomas de “Señorita R” están motivados por el contexto y aquellas problemáticas que estaba atravesando al

¹ Hipótesis que será desarrollada posteriormente.

momento de su desestabilización? ¿Esta crisis por la que “Señorita R” ingresó a la guardia podría ser un modo de tramitar la angustia por la muerte de su madre y el hecho de encontrarse actualmente dependiente/desvalida y tener que pedir que la busquen de ciertos lugares?

Freud entiende que existen estructuras neuróticas donde la angustia no se exterioriza de una manera explícita y vemos que en “Señorita R” la angustia se manifiesta de una manera deformada. Estamos ante una muchacha que, mediante el goce de su cuerpo, mediante lo que nombrábamos anteriormente como voluptuosidad sufriente, descarga esta sobreestimulación que sobrecarga el aparato psíquico en las exteriorizaciones corporales por las que acude a guardia y que adquieren forma de una crisis, o ataque histérico, que, al mismo tiempo, no viene acompañado de una puesta en palabras sobre aquello que provocó tal *quantum* de angustia.

Sin embargo, su padre es quien en esta primera instancia nos muestra algunas razones por las cuales “Señorita R” podría estar sintiendo malestar o por las cuales podría estar angustiada. Expuse anteriormente que el arquetipo de angustia se encuentra en la división del cuerpo del cachorro humano y su madre, cuando el cachorro del hombre queda desvalido en un momento crucial de su vida, arrancado de este vientre materno que hasta el momento del nacimiento le proporcionaba todo lo necesario y que, luego del alumbramiento o nacimiento, sufre una serie de hostilidades externas que dan lugar a este trauma desarrollado por Freud y definido como Angustia Tóxica.

No es acá donde quiero detenerme, sino al hecho de que lo que motiva este trauma es la separación del cuerpo materno y el desvalimiento del cachorro al ser arrancado del vientre. ¿No son estos los dos puntos que expone el padre de “Señorita R”? El hombre, su padre, nos dice a los presentes en el dispositivo de guardia que “Señorita R” se siente incómoda por la dependencia que genera en ella el hecho de que se haya roto la moto y, casi al pasar, nos indica que hace semanas murió su madre. Si bien estas son las lecturas que el padre se hace sobre el malestar de “Señorita R”, nos brinda, además indicios claros del contexto en el cual ella está inserta actualmente y mediante los cuales podemos comenzar a dar sentido a algunas cuestiones que se vienen desarrollando a lo largo del presente ensayo y que dan indicios a aquellas situaciones contextuales que podrían ser el trasfondo angustiante de la muchacha.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 2016), el autor indica que el desvalimiento es el peligro al que el cachorro humano se ve enfrentado por su inmadurez yoica, así como el peligro de la pérdida de objeto, aquel objeto al que ama y que, en primera instancia, podemos atribuir a la persona que cumple con la función de maternarlo. Este cachorro, por su inmadurez y prematuridad, está vinculado a dicha persona, por lo que el niño se enfrenta a su primer peligro de castración; luego, con los progresos yoicos propios de la constitución de todo sujeto, determina las bases para simbolizar las próximas valoraciones de peligros externos.

En “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (Freud, 1992), respecto de la reactualización de la angustia arquetípica, determina que no es solo la ausencia o la pérdida real del objeto lo que da pie para reactualizar esta angustia, sino más bien es “la pérdida de amor de parte del objeto” de lo que se trata.

Se puede pensar que la muerte de este ser significativo para la “Señorita R” acompaña estos enunciados freudianos, ya que esta ausencia puede entenderse como una nueva separación respecto del Otro materno, que en su momento pudo haber sido vivenciada en tanto quite de amor posteriormente reprimido, encontrándose latente y así adquiriendo eficacia asociativa a raíz de esta nueva separación con su madre. Es decir, esta muerte podría reactualizar ausencias y faltas maternas anteriores, vivenciadas como quite de amor por la muchacha.

Es así que el nuevo material pudo entrar en asociación con el material reprimido y dar lugar a la solución de compromiso, cuyo influjo energético se apuntaló en el cuerpo mediante el mecanismo que fue expuesto como conversión somática, invistiendo este nuevo material con los retoños del material inconsciente, reprimido. Queda dotada de cualidad reprimida la representación materna en su totalidad, discriminada del componente afectivo, invirtiéndose éste último en el cuerpo.

Queda así, al descubierto el camino que siguió el material reprimido para despertar estas manifestaciones neuróticas, pero queda aún por describir y descubrir en el texto clínico cuál fue la situación o escena que reactualizó este material reprimido, y, por tanto, patológico en la muchacha, a modo tal de producir su desestabilización. Se podría preguntar en este punto entonces: ¿Cuál es la vivencia que reactualiza aquel material que “Señorita R” reprimió y que se tornó patológico? Pregunta que se comenzará a trabajar a medida que se vayan analizando los detalles venideros.

Al preguntarle a “Señorita R” cómo se encontraba, ella solo asintió con la cabeza.

Está claro cómo “Señorita R” se comunicaba mediante su cuerpo con todos los presentes durante este primer encuentro, ya que, al preguntarle cómo estaba, asintió con la cabeza. Al respecto, se puede pensar que, en el núcleo de esta manifestación por la que la muchacha ingresa al dispositivo, nos encontramos con una representación inconciliable que, tal como vengo planteando, atañe a la maternidad.

Se va a prestar atención a este gesto, este indicio de asentir con la cabeza, ya que, en este asentir, “Señorita R” mostró un residuo de la gran crisis por la que acudió. En un texto de 1894, “Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)” (Freud, 1991) el autor esboza una aproximación al mecanismo que sigue la estructura histérica para luchar contra una representación

inconciliable, y es que, durante la vida diurna de los individuos, afloran fantasías que se asocian con representaciones reprimidas y son esforzadas a reprimir por un acto voluntario (o no) del individuo aquejado de neurosis.

Por la naturaleza del caso, no cuento con la información necesaria para determinar de manera unívoca cuál es esta representación inconciliable, pero me animo a conjeturar que se encuentra relacionada con la acción que “Señorita R” llevaba adelante al momento en que se desestabilizó su realidad y que dio lugar a la crisis histérica, es decir, será tomado como elemento prodrómico lo que la muchacha comentó a continuación:

Dijo que, cuando se empezó a sentir mal, estaba en su trabajo (“Señorita R” es profesora de nivel inicial). Comentó que estaba “dándole de comer a una nena y empecé a sentir un calor que me recorría el cuerpo hasta la cabeza”. También refirió que recientemente había tenido un accidente de tránsito en moto y se había golpeado la cabeza, pero que los estudios salieron bien, aunque aseguró no poder “vivir con este dolor”.

La muchacha comentó que “estaba dándole de comer a una nena” cuando comenzó a sentir que un calor le recorría el cuerpo hasta la cabeza –lugar que le molestaba por el accidente en moto–. A mi entender, este calor es el pródromo que anuncia esta crisis venidera. Es esta situación la que brinda los elementos necesarios para poder asentar que aquello que atañe al malestar de “Señorita R” tiene que ver con la maternidad, debido a que la acción de dar de comer a un infante podría comenzar a relacionarse con dicha función. Ya lo ha mencionado Freud en su texto “Introducción del narcisismo” (Freud, 1992) se trata de la “madre nutricia” y del “padre protector”, quedando la alimentación asociada al rol esperado de la madre, punto de gran importancia que será trabajado más adelante, quedando por el momento como una hipótesis de naturaleza conjetural por trabajar.

Entonces, siguiendo esta conjetura y los desarrollos de Freud en su texto “Neuropsicosis de defensa” (Freud, 1991), hay algo sobre la maternidad que la muchacha experimentó, una representación que no siguió su curso natural por haber establecido un nexo con una representación ya desalojada de la consciencia y que “Señorita R” se empeñó en reprimir. No me encuentro en condiciones de aventurar una representación exacta, pero sostengo que puede sintetizarse refiriendo que esa representación puede ser simbolizada mediante la palabra, la representación o el significante *mamá*.

Para Freud, la solución más próxima ante esta representación inconciliable es extirparle el afecto que la acompaña, desalojar esta representación de la consciencia–lo que prestaría razón a por qué “Señorita R” no dijo nada sobre su mamá en este encuentro– y, mediante el mecanismo de

conversión somática desarrollado anteriormente, trasponerlo en el cuerpo de la muchacha a través de estas manifestaciones corporales que se vienen desarrollando mediante el mecanismo que se definió anteriormente –conversión somática–, mostrando así, además, que aquellos síntomas que se venían describiendo en tanto concernientes al cuerpo tienen cada vez más sentido metafórico y, en consecuencia, tiene más sentido que la estructura de la muchacha sea Neurosis. Aquí, entonces, se descarta la existencia de una estructura Psicótica, considerando además, que aquí no se encuentran indicios de certeza delirante.

A partir de acá, comenzaré a tratar a la muchacha siguiendo la hipótesis de que su estructura es neurótica. Queda por determinar ahora si estamos ante una Neurosis histérica, o ante una Neurosis obsesiva.

Volviendo al mecanismo que se venía planteando, se puede ver que “Señorita R” convirtió esta representación inconciliable–mamá– en una representación débil, arrancando de ella el *quantum* de afecto y pudiendo desalojar la representación de la consciencia, pero no sin consecuencias, ya que ese afecto se mudó al cuerpo y dio lugar a la gran crisis. Por ello, la usuaria ingresó manifestando su cuerpo, manifestando quizás un parto o una actividad en dos tiempos, por ejemplo de amamantar-no amamantar, y sin poder decir nada al respecto con palabras, pues la representación propiamente dicha ya no se encuentra en asociación con el yo de la muchacha, tal como su brazo paralizado.

En el texto mencionado anteriormente Freud dice:

En la histeria, el estado así alcanzado con respecto a la distribución de la excitación prueba luego, las más de las veces, ser lábil; la excitación esforzada por una vía falsa (hacia la inervación corporal) consigue de tiempo en tiempo volver hasta la representación de la que fue desasida, y entonces constriñe a la persona a su procesamiento asociativo o a su trámite en ataques histéricos. (Freud, 1991, pág. 51)

Queda claro, entonces, que esta representación materna reprimida por “Señorita R” con tal esfuerzo entra en asociación con esta nueva vivencia, desestabiliza su estructura y se manifiesta mediante el gran ataque histérico por el que ingresa al dispositivo.

La negación y la afirmación a modo de automatismo y la posición de arco de círculo comienzan a tener una correspondencia contextual y simbólica, ya que estos síntomas no son más que un modo de rechazar la acción que “Señorita R” estaba llevando adelante al momento previo de la crisis: *“estaba dando de comer a una nena cuando comenzó a sentir un calor que le recorría el cuerpo”*, o más bien es un modo de rechazar la maternidad, tal como su madre la rechazaba a ella.

Según lo descripto en párrafos anteriores, creo estar en lo cierto si digo que aquello que “Señorita R” afirma y niega tiene que ver con una fantasía sobre la maternidad y, justamente tal como se viene desarrollando, es mediante el arco de círculo que ella se opone a ello, porque no es azaroso que esta gran crisis mediante la cual acude a guardia haya sido motivada por la acción de alimentar a una niña en su trabajo.

Quiero retomar un punto ya desarrollado en el ensayo para reforzar lo que estoy diciendo:

Trataba de arrancarse la remera con la mano izquierda mientras su mano derecha permanecía inmóvil a un lado del cuerpo.

Estas manifestaciones sintomáticas engloban en sí la contradicción que se viene planteando en párrafos anteriores. Con respecto a la primera manifestación (tratar de arrancarse/bajarse la remera), se puede hipotetizar que el sujeto está expresando al mismo tiempo la acción de prepararse para amamantar, es decir, estamos ante un sujeto en cuya crisis histérica realiza la acción de aquello que está rehusando. Al respecto, Freud nos dice lo siguiente:

Al someter al psicoanálisis a una histérica cuya enfermedad se exterioriza en ataques, llegamos fácilmente a la convicción de que tales ataques no son sino fantasías, traducidas en actos motores, proyectadas sobre la motilidad y mímicamente representadas. (Freud, 2013, pág. 1358)

Gracias a lo estudiado por Freud, en el texto citado se puede entender que estas expresiones que se exteriorizan motora y sensitivamente en “Señorita R” están íntimamente relacionadas con el material inconsciente del sujeto y que conforman el material psíquico que se encuentran en el origen de sus fantasías.

Por lo dicho, sostengo aún con más fuerza la hipótesis de que estas fantasías que dan origen al ataque histérico por el cual “Señorita R” ingresa a guardia tienen que ver con la maternidad, es decir, a la función en tanto lugar que corresponde a aquella persona que durante el complejo de Edipo cumpliría la acción de matenar/amamantar al cachorro humano prematuro y ser dependiente de aquel Otro materno, que no necesariamente tiene que ser la persona que lo ha parido.

Al respecto, se puede plantear la pregunta: ¿es lo mismo el rol materno y la función materna? Se entiende por función a un lugar, simbólico, que, como se plantea en el párrafo anterior, no está determinado por alguien específico. En tanto lugar, cualquiera puede ocuparlo. Por otra parte, el rol materno está vinculado a lo social, a lo institucionalmente establecido y esperado, ya sea el rol materno o el rol de mujer, que no exactamente coincide con un deseo subjetivo que puede portar una persona o del cual puede disponer para su identidad.

En este caso, se podría pensar al respecto que, durante la crisis, “Señorita R” podría estar expresando esta disyuntiva entre aquel rol esperado socialmente como mujer-madre, es decir, *ser mujer, es igual a ser madre* y la función en tanto lugar que habría que asumir. Podría entonces, por lo expuesto hipotetizarse la existencia de un conflicto

Por tanto, podría pensarse que la maternidad en tanto rol a asumir por las mujeres en un contexto patriarcal actúa a nivel de la fantasía inconsciente en “Señorita R” y da lugar a un conflicto de carácter psíquico en el que se expresa una dificultad para *devenir madre*.

En este sentido la maternidad es uno de los caminos posibles para la salida del complejo de *Edipo femenino* (Freud, 2011), pero no es la única salida, y es por ello que se puede plantear la existencia de otros caminos, otras salidas que entran en conflicto con la maternidad de “R”, otras vías, que podrían pensarse como contradictorias a dicho rol socialmente establecido y por ende, generar un conflicto psíquico.

Tal como se viene analizando, los síntomas en la muchacha están motivados por fantasías contrapuestas, evidenciándose una vez más la importancia de este doble sentido de los síntomas neuróticos, lo cual va a ser desarrollado en profundidad en los párrafos venideros del presente ensayo clínico.

Por otro lado, en ese mismo texto, Freud indica que, gracias al mecanismo de condensación, mecanismo propio de los procesos inconscientes durante el ataque histérico, puede representarse simultáneamente más de una fantasía, que pueden ser de diferente naturaleza. En este caso, como se viene desarrollando, suponemos que nos encontramos con fantasías que responden a la moral sexual sobre lo materno, al sentimiento de dependencia del cual “Señorita R” venía quejándose por encontrarse dependiente de los demás y a la muerte de su madre.

Si pensamos en estas manifestaciones de las que se está hablando, ¿Se puede pensar en términos de una inhibición? En caso de ser afirmativa la respuesta, se podría preguntar: ¿Qué se está inhibiendo? Se puede pensar la parálisis del otro brazo en este sentido. Queda claro que “Señorita R” expresa síntomas excitatorios por una parte y síntomas inhibitorios por otra parte, tales como un brazo en actividad y otro en relajación, automatismo que expresa negaciones y afirmaciones, y postura de arco de círculo y relajaciones durante las cuales queda toda la espalda apoyada en la camilla para posteriormente desprenderla y adoptar nuevamente la posición.

Estas manifestaciones son de la misma naturaleza, y es que, tal como se viene desarrollando, estamos ante una crisis o un ataque histérico motivado por fantasías contrapuestas. En su texto de 1908, “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (Freud, 2013) desarrolló la naturaleza de estas fantasías motivadoras de síntomas neuróticos, especialmente los histéricos. Al respecto, dice que

estas fantasías nacen de una privación o anhelo a modo de sueños diurnos y que topológicamente pueden ser de naturaleza consciente o inconsciente, pero que, en cuanto se hacen conscientes, devienen en fantasías patógenas que se exteriorizan en síntomas y ataques. Estas fantasías en las que se apoyan los síntomas y los ataques histéricos son fantasías que, aunque fueron conscientes, cayeron bajo el influjo de la represión y fueron desalojadas de la consciencia; su penetración en la consciencia deriva en síntomas y ataques. Esta es la premisa de Freud respecto de los síntomas histéricos: los síntomas histéricos para Freud son estas fantasías que cayeron bajo el influjo de la represión en el inconsciente y que se exteriorizan mediante la conversión.

Estas fantasías, tal como las describe Freud en el texto citado anteriormente, son de origen sexual y el síntoma que les corresponde nace de la transacción entre dos movimientos afectivos contrarios: uno que tiende a la exteriorización del material sexual reprimido y otro que se le contrapone. Asimismo, Freud determina que la naturaleza sexual representa una fantasía de carácter masculina y otra femenina, es decir que una corresponde al impulso homosexual. Se entiende así que: un síntoma histérico es expresión, por un lado, de una fantasía masculina y, por otro, de otra femenina, ambas sexuales e inconscientes” (Freud, 2013, pág. 1352).

Entonces ¿dónde se ve esta significación bisexual de los síntomas en “Señorita R”? Justamente en estos síntomas contrapuestos, “Señorita R” representa simultáneamente los dos papeles presentes en su fantasía sexual, tanto el masculino como el femenino, al buscar arrancarse la remera con una mano mientras la otra se encuentra paralizada, en estado pasivo (objeto sexual). Asimismo, se puede ver que “Señorita R” repite, a modo de automatismo, gestos de negación y afirmación e, incluso, en el arco de círculo se puede interpretar que “Señorita R” da indicios de esta naturaleza contradictoria de sus síntomas.

Segundo encuentro

La lectura de este segundo momento del caso presentado comenzará con la hipótesis de que “Señorita R” acude esta vez a la guardia motivada por lo que, desde el psicoanálisis, conocemos como acting out, por el cual se entiende a la actuación, al sacudimiento de una escena en el cual vemos el resurgimiento de la angustia no simbolizada, es decir, la emergencia del material reprimido que retorna con una gran magnitud y ocasiona que el sujeto no se reconozca como el autor de ese material resurgente. En la presentación del caso se expuso:

Señorita R” fue llevada nuevamente a la guardia, esta vez derivada por el hospital general X a partir de un intento de suicidio mediante la ingesta de pastillas. En esta oportunidad acudió con su marido.

Se indicó que “Señorita R” ingirió un par de cápsulas de naproxeno y un par de cefalexina, lo que, según la psiquiatra, era imposible que indujera a la muerte (...).

No obstante, queda preguntar al respecto: ¿cuál es aquel material reprimido que “Señorita R” desconoció y llevó a que ingiriera una gran cantidad de medicamentos? Antes de avanzar con el análisis que permita dar respuesta a esta pregunta, es necesario aclarar que, según la médica psiquiatra de la institución, aquella dosis ingerida por la muchacha no se podía determinar como una *dosis letal*, por lo que se puede pensar que los presentes en el dispositivo no estábamos ante una persona suicida propiamente dicha, sino ante una persona cuya motivación era sacudir la escena de la que estaba siendo partícipe, por la emergencia de un gran *quantum* de angustia que no pudo ser tramitado mediante un decurso *normal*.

Si bien durante el análisis del primer encuentro ya estuve comentando lo que para mí –a raíz de la información brindada por “Señorita R” se encontraba en la base de los malestares de la muchacha, es decir, que el material reprimido de “Señorita R” tenía que ver con algo que atañe a la maternidad; a partir de la información brindada durante el segundo encuentro quiero seguir este camino, y desarrollar en profundidad este supuesto.

La información que presenta la muchacha esta vez cuenta con mayor puesta en palabras de aquello que le ocasiona malestar, pero también contamos con una gran variedad de gestos y posturas que muestran que su cuerpo es un elemento fundamental para el análisis del caso. Así, entonces, tenemos información que leer con base en el cuerpo, las posturas y los elementos discursivos de la muchacha.

Anteriormente se sostuvo que existen ciertas manifestaciones neuróticas, sobre todo históricas, en las cuales no se expresa de manera manifiesta la sensación de angustia, y se desarrolló al respecto aquel arquetipo de angustia tóxica que se encuentra latente y que funcionó como raíz o núcleo en donde se conformó el gran ataque histérico por el que la muchacha acudió a guardia en un primer momento.

Ahora bien, en este segundo encuentro se puede conjeturar que los profesionales del dispositivo de guardia y yo en calidad de practicante al fin estuvimos cara a cara con los decires y la angustia de “Señorita R” y ya no ante un sujeto que se manifestaba solamente con su cuerpo. Más bien, gracias a la intervención de su marido y a preguntas de la profesional de guardia, se logró poner en palabras aquello que aquejaba actualmente a la muchacha a punto tal de producir malestar y angustia en ella: lo expuesto por su marido y su padre como, la muerte de su madre, un choque en moto, los evidenciados por ella como los conflictos que tiene con la hija de su marido, las problemáticas expuestas en relación a su propia maternidad (no sabe si es buena madre) y otras experiencias comentadas meses atrás por su padre, y que fueron descriptas anteriormente.

En su seminario, libro 10 nominado “La angustia (Lacan, 2007), Lacan desarrolla el *acting out* en profundidad y lo califica como cualquier cosa que ocurra en el tratamiento. Para el autor, durante un tratamiento con encuadre analítico, los sujetos actúan y se dirigen hacia el analista. En este caso, se va a hacer un análisis del *acting out* y de la transferencia que hace la muchacha para con la institución. Al respecto, sostengo que durante el primer encuentro se alojó a la muchacha –al cuerpo de la muchacha– mediante una internación voluntaria de 24 horas. En la cual podría haber quedado cierto malestar y angustia que la muchacha no manifestó mediante la palabra, quedando así, algo de la angustia de “R” por fuera de la consulta y en calidad de síntomas corporales.

Se puede jugar un poco con las palabras que componen la manifestación y decir que, al no dar curso a su angustia mediante la palabra (*angustiain*) y abreaccionarla, la usuaria del dispositivo no tuvo más que actuar aquello, pero por fuera de la palabra, es decir, *acting out*. Considero que, si en un primer momento, durante la primera consulta, hubiera manifestado su angustia mediante el decurso normal de la palabra, esta podría haber sido alojada por la institución y quizás –me pregunto en este punto– ¿podría haberse evitado este *acting out*? Tan solo es una pregunta hipotética, no es motivo de este ensayo responderla.

De vuelta a la pregunta anterior: ¿Cuál es el material reprimido que “Señorita R” desconoció y la llevó al *acting out*? Se puede decir que ya durante la primera entrevista la muchacha nos demostró, a su modo, malestar y angustia por lo materno. ¿Cómo se puede entrever esta angustia en ese primer encuentro? No es azaroso. Y, gracias al análisis desarrollado de ese primer encuentro, se puede pensar que la respuesta a la primera pregunta se encuentra en la situación desestabilizante. ¿Cuál es la

situación desestabilizante del ataque histérico?: darle de comer a una niña en la escuela donde trabajaba. Por esto, sostengo la hipótesis que versa lo siguiente: 1) había indicios de angustia –o malestar– en la usuaria desde el primer encuentro; 2) esta angustia –o malestar– atañe desde ese encuentro a lo materno; y 3) al no ser desarrollada la angustia, permitiendo una suerte de abreacción, la muchacha se manifiesta mediante el *acting out* por el cual acude nuevamente a la guardia.

Es interesante prestar atención al detalle que esta vez la acción fue llevada a cabo en su casa y que quien la acompañó al dispositivo de guardia fue su marido, uno de los actores de su vida cotidiana y de los cuales se aquejó posteriormente con diversos reproches, a través de los que tuvo la oportunidad de volcar en palabras esto que le producía malestar y que habilitó lo que Freud desarrolla como beneficio secundario del síntoma (Freud, 2016).

Si se presta atención a cómo continuó el caso, se va a poder desarrollar en profundidad lo que se viene afirmando.

Luego de un rato en silencio y llanto, durante el cual evitaba el contacto visual con todos los que estábamos presentes, la muchacha expuso que ingirió las pastillas para “morir, dormirse y no despertar nunca más”, con el objetivo de “darles a sus hijos una mejor vida”, ya que “a veces no sé si soy buena madre”.

Un indicio que llamó la atención de esta escena fue la mirada de la muchacha: se puede interpretar e hipotetizar que este no-contacto visual, tal como sus manifestaciones hasta ahora expuestas, respondía a fantasías sobre la moral sexual actual (Freud, 2013) que dictamina la existencia de una buena y una mala maternidad. El hecho de que “Señorita R” no mantuviera contacto visual con los presentes en la escena se puede entender respecto de la moral como culpa, producto moral de la fantasía de una buena-mala maternidad y que corresponde a la consciencia moral del superyó (Freud, 2016); instancia psíquica descrita por Freud en “El yo y el ello” (Freud, 1992), donde describe que se desarrolla por el apuntalamiento a los arquetipos sociales predeterminados, o sea, por introyección de la autoridad paterna que dictamina la ley y escala de valoración en los sujetos y que brinda los fundamentos para la introyección de los roles socialmente instituidos de la feminidad y la maternidad, que fueron abordados anteriormente.

Ahora, se puede afirmar la hipótesis que se venía sosteniendo hasta el momento y desarrollar el presente trabajo con esta afirmación: estamos ante una usuaria que, mediante ataques histéricos y otras manifestaciones histéricas, expresa un conflicto psíquico que atañe a su maternidad, y que, para ella, lo materno se le presenta como un ideal moral punitivo y superyoico del cual reniega. Esto le ocasiona malestar y angustia en su vida cotidiana, y afecta de manera considerable su desempeño en diferentes esferas sociales como su familia y su trabajo.

“Señorita R” puso de manifiesto que el centro de su problemática actual tenía que ver con la maternidad. Durante ese segundo encuentro, la usuaria expresó con sus palabras que quiso suicidarse porque a veces *no sabía si era –en sus palabras– una buena madre*. Ya se cuenta con dos elementos que permiten continuar con lo conjeturado hasta ahora y que están dando forma al conflicto psíquico de “Señorita R”. En primer lugar, la moral sexual cultural que establece parámetros morales sobre el segundo elemento que se encuentra en juego, es decir, la maternidad. Estos dos elementos adquieren forma simbólica en lo manifestado por “Señorita R” cuando, angustiada, comentó que la razón por la cual intentó suicidarse, o sea, la razón por la que acudió nuevamente a guardia, era porque justamente *no sabía si era buena madre*.

Prestemos atención a lo que su marido comentó al respecto:

A ella no le gusta salir y a nosotros sí, hace tiempo no nos llevamos bien; no nos pegamos, pero discutimos. ¡Veintiún años de matrimonio! [Ella se tapa la cara con la mano, delimitando una barrera entre ambos].

¿No podía ser su marido quien quizás ejercía sobre ella el peso de la moral sexual respecto de la maternidad que conflictuaba a la “Señorita R”? Creo que en el detalle de la mano como barrera limitante entre su marido y ella encontramos un indicio primordial que, en primer lugar, ayudaría a entender que “Señorita R” encontraba en el vínculo con su marido una moral sexual punitiva, ya que, según su marido, a ella no le gustaba salir, pero a él y a sus hijos sí. Con base en esto, se podría preguntar: ¿“Señorita R” era responsabilizada por su marido por no ser una *buena madre*? Se podría comenzar a ubicar al marido de la muchacha en tanto gran Otro, en calidad de una encarnación de la moral sexual tradicional.

En este punto, creo que es de crucial importancia ubicar que no es motivación de este ensayo analizar la implicación del marido de “Señorita R” o su participación activa en tanto perpetrador de esta moral sexual que determina la existencia de una buena maternidad; es decir, no es el objetivo del ensayo culpabilizar a su marido por pretender que la usuaria fuera una madre tradicional. Pero se puede pensar que este es uno de los factores presentes en su angustia y en sus manifestaciones histéricas.

Lo que interesa y motiva al desarrollo para el presente ensayo clínico es cómo aparece en “Señorita R” este Ideal moral sexual como un mandato superyoico, un ideal que tiene un valor negativo en ella y produce exigencias, malestares y angustias. Este ideal moral –de la buena y la mala maternidad– introyectado y potencialmente transmitido podría comenzar a pensarse también, a raíz de lo que se viene planteando, como un ideal sostenido fundamentalmente por la identificación de “Señorita R” con la madre, tema que será retomado y analizado posteriormente.

Prestando atención a estos dichos y a los dichos anteriores de “Señorita R”, ¿se puede pensar que ella, de manera indirecta y mediante sus síntomas, es decir, en favor del beneficio secundario de los síntomas, estaba preguntando en el dispositivo si era buena madre? Ella declaró no saber si era buena madre y por eso encuentro que este es un camino fructífero para pensar y preguntar: ¿cuál era la pregunta de la muchacha?

Durante la consulta, se preguntaba si era buena madre, es decir que, en cierto punto, estaba dando forma a su pregunta histérica, a aquella pregunta que, según Lacan (Lacan, 2020), atañe al saber y a la sexualidad. Quiero hipotetizar una serie de preguntas que pueden desarrollarse siguiendo este camino: ¿soy buena madre?, ¿soy buena mujer?, ¿soy madre o soy mujer?, ¿qué es una madre?, ¿qué es una mujer?...

Antes de seguir desarrollando lo competente a la pregunta histérica, quiero terminar de desarrollar lo competente a la moral sexual tradicional. “Señorita R” puso de manifiesto que no podía o no deseaba desarrollar este tipo de maternidad tradicional, lo que le causaba angustia e hizo que tomara las pastillas para *“morir, dormirse y no despertar nunca más”, acting out*—. El sujeto demostraba su angustia por la moral sexual y los estándares que esta le imponía a la buena maternidad mediante manifestaciones de naturaleza histérica. Sin embargo, su padre y su marido no hicieron más que hablar de estos mandatos. Pero, tal como se expresó anteriormente, no se va a detener en este punto más que para determinar la existencia de una introyección que “Señorita R” hizo de esta moral y que entraron en conflicto con sus deseos, con su feminidad y con lo esperado de ella en tanto mujer y madre.

Cabe aclarar que lo que entendemos como “lo femenino” y “lo materno” no son dos significantes metafóricos, sino todo lo contrario, son *antagónicos*. Tal como se pudo ver, se manifestaron en el primer encuentro como los automatismos y las inversiones antagónicas que encontraron expresión en los movimientos propios del arco de círculo. Se termina así de concluir la conjetura de que estas dos manifestaciones correspondían a un conflicto de carácter psíquico entre la maternidad y la feminidad de “Señorita R”, ambos en tanto imposiciones socialmente establecidas.

Tanto las inversiones antagónicas del arco de círculo como los automatismos donde la muchacha repetía compulsivamente una afirmación seguida de una negación están en correspondencia con este conflicto antagónico entre la maternidad y la feminidad y adquieren una solución de compromiso sintomática. Así, una conjetura que está al alcance a esta altura del ensayo es que se puede ver en “Señorita R” un conflicto con la maternidad de la muchacha, ante mencionada.

La autora Carla Dechan, en su texto publicado en el año 2016 (Dechand, 2016), analiza esta diada madre-mujer como una crítica hacia la sociedad actual, entendida como patriarcal, en tanto que

para esta el objetivo último de las mujeres de nuestra sociedad es matenar, lo cual deja poco espacio— o, incluso, espacio nulo para muchas mujeres— para el surgimiento o ejecución de otros deseos y proyectos personales; es decir, poco espacio para la mujer en tanto sujeto deseante.

Se considera que el idealizado rol maternal propuesto por nuestra sociedad se convierte en un poderoso factor de riesgo para la salud mental de las mujeres, quienes quedan siempre ubicadas como seres al servicio de los demás. Asimismo, las dificultades para cumplir con las altas exigencias son generadoras de culpas en el género femenino. (Dechand, 2016, pág. 205)

Creo entonces, con base en lo que se viene desarrollando, que el detonante del *acting out* por el que la muchacha acude a este segundo encuentro estaba sostenido también por el malestar de su marido, en tanto Otro normativo, Otro social, porque vemos que este personaje de la vida de la muchacha promovía estos mandatos tradicionales y daba lugar a discusiones que ocasionaban que ella no quisiera salir, ser una madre ideal; eso a “Señorita R” la hacía sentir que no era propiamente una *buena madre*.

Volviendo al primer encuentro, su padre indicaba, casi como un comentario al azar, que la madre de la muchacha recientemente había muerto y que eso le pesaba a “Señorita R”, porque “*no se llevaban muy bien, discutían mucho*”. ¿Se podría pensar que tampoco su madre era una buena madre? ¿Sus padres también son personajes que representan a esta moral sexual que determina una buena y una mala maternidad? Si las respuestas a estas preguntas son afirmativas, se puede ver cómo en la relación exogámica que la muchacha construye repite un patrón vincular que reproduce un concepto social de maternidad, en tanto maternidad tradicional. Esta buena maternidad funciona en tanto representación fundamental en el psiquismo de la muchacha, siendo el núcleo del conflicto que sostiene sus representaciones histéricas.

Por otra parte, se está en condiciones de analizar las identificaciones que sostienen a la muchacha. Se dijo que “Señorita R” reproducía exogámicamente un prototipo vincular, buscando un marido que, como su padre, exigiera a la mujer, a nivel de mandato superyoico, este ideal tradicional de una *buena maternidad*. Conjeturo al respecto que la muchacha se identificaba con su madre, en el sentido que ambas tuvieron que ser soporte de un significante que, al mismo tiempo, parece que rechazaban, es decir lo materno, en tanto un rol socialmente establecido que sus familias, al parecer, esperaban de ambas mujeres. De igual modo, ¿se podría suponer una identificación con este rasgo de exigencia del padre y/o marido?

Ahora bien, se podría pensar que la usuaria se podría haber sostenido en esta identificación que le permitía de una manera más o menos correcta desempeñar su propia maternidad y que no entraba en conflicto con sus propios deseos. Considero que hay hilos conectores en este sentido en relación con su mamá en vida y con que ella desarrollaba su quehacer materno en tanto hija de una

mala madre. Al morir su madre, “Señorita R” quedó cara a cara con su propio lugar como madre, un lugar que nunca pudo asumir en tanto sujeto, no pudo atravesarlo como madre propiamente dicha, porque siempre fue hija. Es decir, la muchacha no mató simbólicamente a su madre, para en correspondencia, *¿devenir mujer?*

En relación con esto, Freud dice en la conferencia 33º: *La feminidad*:

El Psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es una mujer, sino indagar cómo deviene (Freud, 2011, pág. 108).

Me atrevo a pensar, en tanto otra conjetura para agregar, que, por razones subjetivas, “Señorita R” no pudo devenir madre. Quedando para la muchacha, la maternidad a nivel de un rol socialmente establecido, un mandato superyoico relacionado a aquellos Otros que creen en la existencia de una buena maternidad y que, en contraposición, también creen en la existencia de una mala maternidad. Queda aún por analizar cuánto del deseo de “Señorita R” estaba puesto en la asunción de este rol, pero lamentablemente no se cuenta con el material necesario para incurrir tan en profundidad en el conflicto psíquico de la muchacha.

Por otra parte, Lacan, en su *Seminario 3: Las psicosis* (Lacan, 2020), nos indica que el rodeo que la mujer realiza durante el Complejo de Edipo es más complicado que la constitución psicosexual de varón, porque el símbolo en el cual se sostiene la estructura psicosexual de la niña es un hueco, un vacío, mientras que el varón tiene un símbolo fálico, el pene. La mujer, por su parte, tal como comentamos anteriormente, tiene que devenirse mujer, es por eso que es más frecuente que la pregunta que impera en estructuras histéricas sea en este nivel de la constitución psicosexual: *¿soy una mujer?* En el caso de “Señorita R”, esta pregunta adquiere una forma particular mediante la pregunta: *¿soy una buena madre?*

Creo que estas son las dos preguntas que “Señorita R” se hacía en el interior de su Yo y que estaban en el núcleo de sus manifestaciones. En la conferencia dedicada a la feminidad, Freud nos dice que, bajo la impresión de la propia maternidad, puede revivirse la identificación con la madre, repitiendo el mismo patrón en su matrimonio exogámico.

Se está así en condición de sostener lo siguiente: 1) existe un conflicto de representaciones contrapuestas en las manifestaciones histéricas de “Señorita R”; 2) estas representaciones contradictorias atañen, por un lado, a un mandato familiar-social de ser ejecutora moral de una buena maternidad y, por otro lado, a sus deseos individuales que competen a otra naturaleza y que atañen principalmente a la feminidad; 3) se está ante un conflicto que se puede ubicar entre un ideal punitivo a nivel del Superyó de la muchacha que dictamina la ejecución de una maternidad tradicional—ser buena madre— y el propio Yo de “Señorita R” que manifiesta la existencia de un deseo contrapuesto y

que se representará como feminidad; y 4) por lo desarrollado en los puntos anteriores, se determina un conflicto psíquico existente en la muchacha entre la maternidad y la feminidad.

El marido comentó que la muerte de la madre de “Señorita R” provocó malestar en ella.

Nuevamente fue el personaje con quien “Señorita R” acudió a consulta el que mostró, el que trajo a escena este hecho fundamental, crucial para la novela neurótica de cualquier sujeto. Pero ocurrió algo que llamó aún más la atención: la muchacha no desarrolló este comentario, sino que cambió de tema y denunció—¿o se defendió? —:

¡Él tiene otra hija, doctora! Nosotros nos separamos cuando él se fue a trabajar a Rosario y tuvo otra hija, no la puedo ni ver, y ahora cumplió quince años y quiere venir a casa.

Podría pensarse que la muerte de su madre fue un hecho que no tuvo gran relevancia o que no es información importante a tener en cuenta para la construcción del análisis. Pero creo conveniente entender que estamos ante una situación de tal magnitud para la vida de “Señorita R” que negó o inhibió su acceso al recuerdo y a la palabra. No es azaroso, al menos para este caso en particular, que la desestabilización de la estructura de la muchacha ocurriera semanas posteriores a la muerte de su madre y que pusiera su propio rol materno justamente en escena mediante las expresiones histéricas.

Creo que hay que prestar crucial atención a esto que hizo “Señorita R” con la información que el marido estaba queriendo proponer y también creo que no hay que perder de vista el hecho de que ella no quería —o bien no podía— hablar de eso ni incluso verlo.

¿“Señorita R” está negando o inhibiendo el pensamiento? Con relación a lo que se viene proponiendo hasta el momento se puede hipotetizar que la representación reprimida, que posteriormente se tornó patológica en la usuaria, fue la muerte de la madre. En segundo lugar, propongo otra conjetura: si bien la muchacha no habló mucho al respecto, esta muerte puso en juego todo el sistema de representaciones instituidas en “Señorita R” sobre su propia maternidad y aquellas representaciones social y moralmente instituidas en ella sobre la existencia de una buena maternidad, como también la existencia de una mala maternidad; además, la asunción a nivel subjetivo de lo materno, es decir, el conflicto psíquico de la muchacha, muestra que se pone en juego el significante maternidad en un sentido amplio.

Estamos ante una usuaria que, según creo, no estaba pudiendo asumir su propia función materna, en tanto un sujeto individual, independiente y separado de su madre. Esta muchacha, que

hasta el momento fue hija, se encontraba ahora en conflicto con la maternidad, porque ella no se asumía en cuanto tal y la muerte de su madre la dejó a solas con su propio lugar como madre, sin una referencia, ya sea buena o mala

“Señorita R” tuvo que independizarse de la madre y vivenció una reactualización de la angustia que se basaba en la primera castración de separación con el cuerpo materno. Al mismo tiempo, por culpa de un accidente, se encontraba dependiente de los demás, la tenían que llevar y traer del trabajo, la tenían que llevar a consulta. “Señorita R”, por razones suyas, por su propio goce, y, al mismo tiempo, por razones externas, se encontraba inserta en una dualidad en la cual debía independizarse, asumirse o devenirse un sujeto individual, ya sea madre o mujer, al mismo tiempo que se encontraba dependiente de otros.

En la conferencia 33.ª: *La feminidad*, Freud plantea que el primer objeto de amor tanto para el cachorro humano macho como para la hembra es la madre. En la mujer constituye un momento preedípico donde la niña es como un pequeño varón y cuyo clítoris funciona como pene, la vagina aún no está en juego en su constitución psicosexual. El autor nos dice que luego la niña nota que este órgano no va a crecer y constituirse en tanto pene, y nota también que su madre fue *castrada*, es decir, también tiene un órgano genital pequeño, no tiene pene. Desde este momento, la pequeña niña ingresa en el complejo de Edipo. A diferencia del varón, que sale del complejo por la amenaza de castración, la niña ingresa en este mediante un triple trueque: del objeto de amor ahora hacia el padre, del clítoris a la vagina y de la posición masculina a una femenina, constituyendo así un deseo edípico que es darle un hijo a su padre.

A partir de este momento, la niña adopta una posición femenina y desea dar un hijo a su padre, deseo que pierde fuerza pero que continúa de manera inconsciente en la vida adulta. Por otro lado, la madre comienza a ser portadora de una intensa hostilidad que puede perdurar toda su vida, acusándola principalmente con reproches de falta de amor.

Ahora bien, existen tres orientaciones del desarrollo a partir de aquí: la inhibición sexual –neurosis–, la alteración del carácter y la feminidad. Quiero prestar atención a la primera orientación, es decir, la constitución de una neurosis como uno de los caminos o soluciones posibles al drama edípico.

“Señorita R” optó por este camino y se identificaba con su madre a través de la constitución de un matrimonio clásico en el que, según los datos obtenidos en el dispositivo, se puede pensar que, tal como su madre, no deseaba ser madre. ¿Por qué me atrevo a indicar esta lectura? A raíz de lo dicho por su marido: “*Hace tres semanas falleció su mamá, ese es otro problema porque la rechazaba, discutían mucho*”.

Esta vez, en su familia y su matrimonio, “Señorita R” era ejecutora activa de este quite de amor para con sus hijos, por lo que perpetraba así en sus fantasías lo que “Señorita R” interpretó que su madre hizo con ella. De esta manera, ejecuta lo que Freud desarrolla en el texto mencionado (Freud, 2011): “sustituir la pasividad por actividad y hacer al hijo lo que hizo su madre” (Freud, 2011, pág. 119), es decir, según mis conjeturas, aplicó un quite de su amor en su relación con sus hijos al igual que fue vivenciado por ella en su infancia y que se puede notar ante la denuncia de su marido. Ella no quiere salir, no quiere acompañarlos al parque; esto es: no está cumpliendo, para su marido, con una buena maternidad.

Posteriormente entró en juego otra niña y quedó a la vista otro significado del detalle de la mano. “No la puedo ni ver”, comentaba “Señorita R” al referirse a la hija que tiene su marido con otra mujer. Notamos que “Señorita R” se encontraba en un conflicto que abarcaba lo materno con sus hijos y ahora manifiesta inconvenientes con una niña que su pareja tenía con otra mujer, una mujer con la cual su marido tuvo una aventura cuando estuvieron separados un tiempo.

Allí su marido intervino diciendo que “Señorita R” le pidió la separación porque su hija quería vivir con ellos. La médica preguntó la razón por la que le molestaba que su marido aceptara que su hija viviera con ellos. “Señorita R” respondió: “Porque ella compite conmigo, llama su atención y se apodera de él para que yo me ponga celosa. ¿Por qué me mira así cuando lo abraza? Me mira para que me den celos y yo no la puedo ni ver. Cuando él se va, yo pienso que está con otra, con la que estuvo cuando estuvimos separados y yo soy muy insegura.

¿No estaba “Señorita R” sensualizando los lazos para mantener, gracias a ello, un goce insatisfecho? Pienso que la muchacha sostiene su relación con otros sobre la base de sus fantasmas, imponiéndole a los lazos la lógica de su propio fantasma inconsciente, un fantasma donde el sujeto “Señorita R” es víctima desdichada y constantemente insatisfecha, fantasma que funciona como libreto en el cual los otros a los que ama-odia desempeñan el papel de ser un otro insatisfactorio. Conjeturo así que “Señorita R” sostiene sus vínculos con los otros –su padre, su marido, sus hijos– sobre este fantasma, es decir “histeriza su mundo” (Nasio, 2005) y dota a los demás con quienes se relaciona de una “ardiente libido” (Nasio, 2005) mediante la cual explica y da razón a su padecer, sexualizando así situaciones, tal como ocurre con los abrazos de la niña con su padre.

Hipótesis: “Señorita R” sexualiza sus lazos, relacionándose con los otros presentes en su novela neurótica mediante vínculos que están constituidos mediante trinidades. Sostengo la conjetura de que la estructura clínica de “Señorita R” se encontraba sostenida por estos dos personajes masculinos en una serie de sistemas triangulares compuesta, en una primera instancia, de manera endogámica por su padre, su madre (la Otra) y ella:

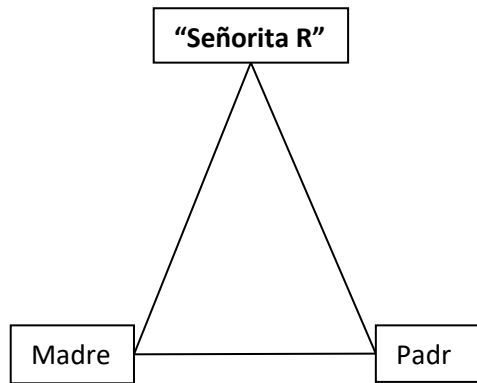


fig. 1

Y en una instancia exogámica por su marido, la mujer con la cual la engañó (la Otra) y ella:

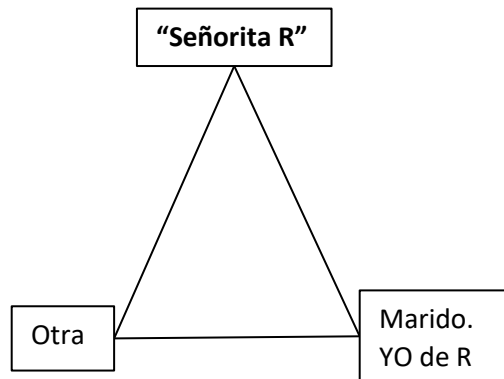


fig. 2

En primer lugar, y no necesariamente de manera certera, creo que se puede pensar que, detrás de estos vínculos trinos, “Señorita R” accede, al menos rudimentariamente, a algo sobre aquella pregunta acerca de los sexos que se estructura siguiendo los enunciados freudianos durante el complejo de Edipo. Es decir, en relación con la pregunta *¿Soy hombre o soy mujer?*, Freud nos enseña que durante el complejo de Edipo la angustia de castración estructura una pregunta en el niño sobre la presencia y la ausencia del falo, pregunta que sienta las bases sobre la cual se estructura todo sujeto neurótico, ya sea histérico u obsesivo.

Ahora bien, ¿la desestabilización de la estructura en “Señorita R” y su posterior crisis ocurrió por esta salida de ambas mujeres de la escena? Ocurre que se conforma otro triángulo relacional en el cual esta vez participan su marido, la hija de su marido y ella, siendo la niña una nueva Otra en este sistema de vínculos triangulares que conforma “Señorita R”. Esto fue expresado por “Señorita R” al sexualizar los cariños entre su marido y la niña: “Señorita R” expresó que la niña se lo quería quitar,

que esta niña la miraba con intenciones cuando lo abrazaba y que principalmente quería ponerla celosa. Vemos cómo “Señorita R” comenzó a conformar un nuevo sistema triangular, esta vez con esta niña en tanto personaje insatisfactorio.

“Señorita R” es una creadora de vínculos trinos. En primer lugar, su madre muere y es por ello que considero que esa trinidad se rompe, aunque no sea así en la realidad psíquica. Y, con respecto a la *otra* con la cual su marido tuvo una aventura, creo que representa también un retiro de la escena, ya que el marido de “Señorita R”, al parecer, se hizo presente en tanto metáfora paterna de esta niña. Caso contrario, no creo –aunque quizá me equivoque– que esta niña hubiera deseado y expresado querer ir a vivir con él. Es decir, su padre aparentemente ha tenido relación con esta niña y quizá también con la madre de la niña, ya sea mediante mantención, contacto telefónico o visitas.

Al ir a vivir esta niña con ellos, aquella Otra, la madre de la niña, desaparecería de la escena. Inmediatamente, “Señorita R” puso a nivel inconsciente su realidad psíquica para la elaboración fantasmática de una nueva trinidad, esta vez compuesta por esta niña que entra en escena.

Ya no la pudo ni ver a esa Otra que hasta el momento funcionaba como sostén de “Señorita R”, sosteniendo de un modo u otro aquella pregunta sobre los sexos. Y es que ambas se presentaban como un más allá de ella, como otras mujeres en la vida de su marido, otra madre, como enigmas, conformando una nueva trinidad en la que sale la mujer adulta, pero entra la niña para darle soporte a su estructura, mas no sin realizar un movimiento en la escena que producía angustia y crisis, ya que quienes sostenían esta estructura parecía que iban a terminar su acto y salir de escena: su madre endogámicamente y la otra mujer exogámicamente.

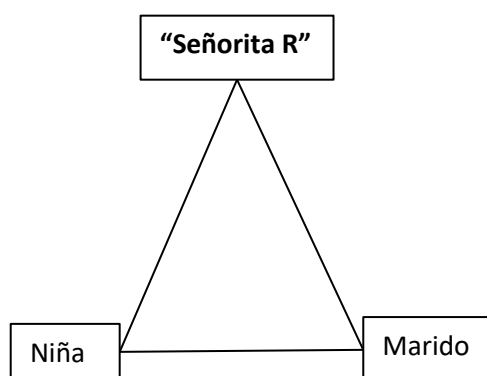


fig. 3

Ahora bien, ¿cuándo se efectivizó la crisis de “Señorita R”? Cuando estaba dando de comer a una niña en su trabajo, podemos hipotetizar que esa situación fue inmediatamente después de la muerte de su madre y de la noticia de que esta niña quería venir a vivir con ellos. ¿Se podría conjeturar que la estructura histórica más bien se desestabilizó cuando la muchacha fue llamada a la función

materna? En este sentido, podemos admitir nuevamente que el sujeto no mató a su madre, es decir, no se liberó aún de una tutela endogámica y progenitora para poder desempeñar así de una manera autónoma la función materna en primera persona. Es esto justamente lo que “Señorita R” desconocía y la llevó al *acting out* por el que fue a la consulta por segunda vez, y es justamente acá donde ella se desconoció en tanto protagonista de su propia realidad.

A partir de acá, se me ocurre preguntarme nuevamente: ¿cómo llegó “Señorita R” a consulta? Acompañada por su padre, tal como lo haría una niña. ¿Podemos pensar que la muchacha tenía conflictos para acceder a la función materna porque ella aún era hija? Es por ello que estamos frente a un sujeto que, en lugar de maternar, compite con una niña.

CONCLUSIÓN

Yo digo siempre la verdad: no toda, porque decirla toda, no somos capaces. Decirla toda es materialmente imposible: faltan palabras. Precisamente por este imposible, la verdad aspira a lo real.

(Lacan, 1993)

Tras el análisis realizado en el presente ensayo clínico y gracias a las conjeturas realizadas del caso denominado “Señorita R”, se puede concluir que se ha arribado a una multiplicidad de hipótesis sobre la estructura clínica de la muchacha que ha asistido al dispositivo de guardia y que han permitido dar respuesta a la pregunta anteriormente planteada, que motivó y sirvió de disparador para la escritura del presente Trabajo Integrador Final.

Para Leandro Bohnhoff (2019), el ensayo en su escritura produce un desplazamiento pulsional de la pregunta del saber a una pregunta del valor personal: ¿qué es esto para mí? Esto introduce lo subjetivo del investigador que plantea el abandono de la objetividad y de la pregunta ontológica que busca responder ¿qué es esto? Bohnhoff, además, entiende que el formato de escritura ensayística en su naturaleza desvía el cierre –la respuesta conclusiva– para tomar impulso y continuar sin cerrar, falseando las tentativas de conclusividad.

Es esta naturaleza del ensayo lo que me convocó para desarrollar conjeturas a partir de detalles tomados del caso de la “Señorita R”, aceptando que no es más que un recorte del historial clínico, pero que, sin embargo, porta en potencia un saber que me permite ensayar lecturas de un modo no cerrado ni conclusivo acerca de la estructura clínica de la muchacha, a quien tuve el placer de conocer en mis prácticas profesionales.

En primer lugar, es imprescindible comentar que el caso que fue abordado no fue un caso sencillo de construir, y es que, tal como se planteó en los objetivos específicos de este escrito, hubo que realizar un trabajo de reconstrucción, a modo de fábrica de casos, para dar un sostén y un marco conceptual mediante el cual se buscó, en un principio, ubicar aquellos indicios que puedan ser leídos a la luz de los desarrollos psicoanalíticos para así, en un segundo momento, poder argumentar aquellas lecturas realizadas tanto durante la cursada de las prácticas profesionales supervisadas como también las que tuvieron lugar durante la escritura del presente ensayo clínico.

Es gracias al análisis de esos indicios que pude finalmente determinar un diagnóstico presuntivo en la muchacha, siempre teniendo en cuenta que los diagnósticos desde el psicoanálisis son

presuntivos y que requieren de una revisión continua, dado que siempre incluyen un *no saber* propio de la naturaleza del significante, que, tal como se ha dado a entender en el marco teórico, es un elemento que está siempre en falta, es decir, no es un conjunto completo, y, en tanto tal, no determina de una manera cerrada ni totalizada a los sujetos, a quienes se atribuye un diagnóstico.

Es por todo esto que, respondiendo a la pregunta principal, aquella que motivó la realización de este ensayo clínico: *¿qué conjeturas pueden realizarse sobre el caso de la “Señorita R” y su estructura clínica?*, puedo decir que, a partir de los indicios tomados en ambos encuentros, tales como los fenómenos concernientes al cuerpo, los síntomas conversivos, la existencia de fantasías que se expresaron mediante ataques histéricos y demás manifestaciones sintomáticas, que “Señorita R” es una muchacha cuya estructura clínica es neurótica y que, ahondando más profundamente en esa estructura clínica, se está en condiciones de pensar que se trata de una subestructura clínica denominada *Neurosis histérica*.

Es importante destacar la importancia de los detalles que fueron leídos y que muchas veces pueden pasar inadvertidos. Fue gracias a ellos que se pudieron ubicar signos que en conjunto constituyen los elementos que predominan en la estructura histérica y que co varían con las demás estructuras clínicas definidas por Freud. También fue posible así, gracias a estos indicios-detalles, ubicar conflictos psíquicos de naturaleza contrapuesta y fantasías bisexuales que encontraron un decurso sintomático mediante la gran crisis histérica por la que acudió al dispositivo, cuyo núcleo se pudo evidenciar en el conflicto entre la maternidad y la feminidad.

Además, fue posible deducir la existencia de una modalidad vincular en el núcleo familiar que conformaría diversas trinitades en las cuales el sujeto se incluía en tanto tercero, ubicando así la existencia de aquella *otra* que toma predominancia en el vivenciar histérico, otra que dota de una insatisfacción centrípeta a la construcción de un deseo que inevitablemente se encuentra insatisfecho en la estructura histérica, conformando de esta manera estructuras vinculares triangulares, donde se evidencia la existencia de un otro insatisfactorio que opera de una manera inconsciente en las fantasías de la muchacha.

Si bien gracias a la lectura de los detalles se han encontrado elementos que en conjunto permiten determinar que la estructura clínica de la muchacha es histeria, desafortunadamente, no se cuenta con la suficiente información para poder analizar en profundidad otros elementos existentes en dicha estructura, como lo serían la identificación u otros detalles de la novela neurótica de la muchacha, que permitirían ahondar aún más sobre su constitución psicosexual y edípica.

Es necesario expresar que fueron alcanzados los objetivos planteados para la realización del presente ensayo. Se ha podido cumplir el objetivo general, en tanto se desplegaron las conjeturas

realizadas con respecto al caso clínico y a la estructura de la muchacha, se describió el caso nominado “Señorita R” y se identificaron los detalles de su estructura clínica, articulándolos con el corpus teórico que nos brinda el psicoanálisis, para argumentar la existencia de un diagnóstico presuntivo. Lo expuesto nos lleva a concluir que los objetivos específicos también fueron alcanzados.

Afortunadamente, los dos encuentros que se han analizado se encontraban lo suficientemente fértiles para poder defender la existencia de la estructura neurótica mencionada. Tal como se comentaba en la justificación del problema, para el tratamiento psicoanalítico es de una gran importancia determinar un diagnóstico presuntivo en los primeros encuentros, ya que esto permite ubicar ciertas estrategias de tratamiento. Es acá donde reside la importancia de la realización de una lectura de esta naturaleza de los casos que, en esencia, portan el saber de aquella persona que acude a diferentes dispositivos de salud mental.

Es importante aclarar que, si bien las manifestaciones histéricas mutan con el tiempo, existen ciertos núcleos bases de la estructura que van más allá de estas mutaciones y que en los dispositivos de salud mental siguen presentándose individuos histéricos cuyas manifestaciones son clásicas, similares a aquellos que llamaron la atención a Charcot, a Freud y a Lacan.

De igual modo, es indispensable mencionar que todo caso clínico siempre aporta una novedad a las construcciones teóricas existentes, de manera que con cada uno es posible enriquecer las teorías, como también rectificar aquellas lecturas que aún hoy podemos hacer en los individuos contemporáneos.

Casos como el presentado en este ensayo clínico ponen de manifiesto la complejidad de las problemáticas de salud mental y la necesidad de que los tratamientos y abordajes al respecto sean interdisciplinarios.

Es importante dotar el lenguaje somático histérico de conjeturas que nos permitan ubicar un diagnóstico. Está claro que la histeria es una estructura que protesta y que pone en escena la insatisfacción y la disconformidad mediante el cuerpo. De esta manera, muestra la existencia de un cuerpo sexuado, articulado a las leyes del significante que se resiste a las categorías habituales, por ejemplo, a la moral sexual patriarcal.

¿Qué desea “Señorita R”? Sea lo que fuere que ella desee, se está en condiciones de afirmar que no es esto, es decir, esta moral sexual tradicional que exige que la maternidad sea sinónimo directo de la feminidad.

El dispositivo, por otro lado, que puede pensarse como perpetuadores de estos patrones, indican que acciones tales como el *acting out*—en este caso, la ingesta de un número anormal de

pastillas, que, aunque sin ser una dosis letal, la lleva nuevamente a la guardia– deben ser desmotivadas en pos del bienestar de los hijos. Esto desvía la mirada de los conflictos psíquicos más profundos que estructuran estas manifestaciones y puede producir que a estos usuarios de salud mental se los vea pero no se los escuche.

La histeria como un modo de protesta no es algo que queda en los tiempos de Charcot o Freud cuando la mujer no tenía los derechos de los que actualmente goza, sino, al contrario, casos como los de “Señorita R” muestran que el sujeto humano definido por Freud como dividido, conflictuado y sexuado sigue aún vigente en nuestro siglo y sigue acudiendo a consulta con manifestaciones más o menos parecidas.

Se encuentra así en “Señorita R” plena vigencia del ser humano definido por Freud a lo largo de su obra en la que muestra la existencia de un individuo dividido entre un Yo moral, racional y coherente, y un Yo inconsciente con el cual entra en conflicto.

Se analizaron de este modo las posiciones de los personajes, sus malestares y sus discursos, apelando al sujeto que está más allá de la enunciación del que nos habla Lacan en su seminario Libro 6: El deseo y su interpretación (Lacan, 2015), aquel sujeto que se encuentra en relación a la posición que toma frente a lo que dice, diferenciándose del sujeto del enunciado, que se reduce a alguien que dice algo sobre algo.

En síntesis, es imprescindible ubicar a quien consulta en tanto sujeto, no como objeto de la ciencia, permitir avalar su discurso para ratificar o rectificar las construcciones teóricas, es decir, ver que cada caso en particular tiene en sí el potencial de una verdad: la verdad del sujeto que acude al dispositivo.

Se puede alojar al sujeto en tanto dividido, sufriente, conflictuado, aceptar que las teorías siempre tienen un resto de saber, un resto que construir en la particularidad de cada caso, que debe ser movilizado por el deseo de saber para poder actuar de manera medianamente acorde y priorizar, para ello, un diagnóstico que permita la construcción de un tratamiento y una profilaxis adecuada.

Bibliografía

- Bohnoff, L. (2019). Roland Barthes: el ensayo y la ética de la evasión. *Revista Badabec*. Vol 9 N° 17.
- Dechand, C. (2016). Mito mujer = Madre y sus efectos en la subjetividad femenina. *VIII congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología. XXIII jornadas de investigación. XII encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*.
- Eidelsztein, A. (2019). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (Vol. I). Buenos Aires: Letra viva.
- Freud, S. (1991). *Obras completas. Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). *Obras completas. Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido»* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. El yo y el ello* (Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Introducción del narcisismo* (Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. La represión* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Pulsiones y destinos de pulsión* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2011). *Obras completas. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Conferencia 33: La femineidad* (Vol. XXII). Buenos Aires: El ateneo.
- Freud, S. (2013). *Obras completas. Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora)* (Vol. VII). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores S.A.
- Freud, S. (2013). *Obras completas. Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad* (Vol. X). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores S.A.
- Freud, S. (2013). *Obras completas. Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad* (Vol. X). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores S.A.

- Freud, S. (2013). *Obras completas. Generalidades sobre el ataque histérico* (Vol. X). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores S.A.
- Freud, S. (2013). *Obras completas. La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna* (Vol. IX). Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores S.A.
- Freud, S. (2013). *Obras completas. La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis* (Vol. XX). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores S.A.
- Freud, S. (2016). *Obras completas. Inhibición, síntoma y angustia* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Ginzburg, C. (1989). *Huellas, raíces de un paradigma de inferencias indiciuales*. Barcelona: Gedisa.
- Homar, A. (s.f). *Algunas aproximaciones acerca del uso del caso en psicología y psicoanálisis*. comunicación personal.
- Lacan, J. (1993). *Radiofonía & televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Lacan, J. (2007). *El seminario. Libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2015). *El seminario. Libro 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2018). *El seminario. Libro 4: La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2020). *El seminario. Libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Mazzitelli, A. (2010). Las ciencias conjeturales y el método indiciario. *Miceláneas de arte y vida*.
- Nasio, J. (2005). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Ovide, M., & Temporetti, F. (s.f). Reflexiones acerca de la escritura científica. *Homosapiens*.
- Pulice, G., Manson, F., & Zelis, O. (2001). El pensamiento mágico, el paradigma indiciario y las ciencias conjeturales. *Cinta de moebio N° 12. Facultad de ciencias sociales*.
- RAE. (2021). *Real Academia Española*. Recuperado el 22 de 09 de 2022, de rae.es: <https://dle.rae.es/conjetura?m=form>