



Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

**Reconocimiento del deseo y transformaciones de la posición subjetiva en la cura
psicoanalítica. Formalización de indicadores clínicos y su empleo como herramienta de
lectura en casos de la literatura especializada**

Alumna: Maria Paula Traba

ID: 000-18-3080

Tutor: Santiago Beveraggi

2026

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Presentación de la temática	4
Problema de investigación	5
Pregunta de investigación	5
Relevancia de la temática	5
Supuestos de Investigación	6
Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Antecedentes	6
Estado del Arte	7
Marco Teórico	8
Alcances y Limitaciones	10
Metodología	11
Procedimiento	11
Índice comentado	13
Aspectos Éticos	13
Capítulo 1: Fundamentos teóricos de los indicadores clínicos	15
1.1. Necesidad, demanda y deseo	15
1.2. El deseo como falta y como deseo del Otro	16
1.3. El reconocimiento del deseo en la cura psicoanalítica	17
1.4. El síntoma y sus articulaciones en la clínica lacaniana	19
1.5. La dirección de la cura y la función de analista en la enseñanza de Jacques Lacan	21
1.6. La posición subjetiva y su transformación en la cura	24
Capítulo 2: Indicadores clínicos del cambio de posición subjetiva	26
2.1. Definición, fundamentos y criterios de formalización de los indicadores clínicos	26
2.2. Indicadores del predominio de la posición sintomática	30
2.3. Indicadores del reconocimiento del deseo	32
Capítulo 3: Recorte de casos clínicos y análisis mediante indicadores	35
3.1. Presentación de los casos	35
3.2. Recorte de los casos	37
3.3. Análisis mediante indicadores clínicos	47
Conclusiones	60
Referencias	62

Resumen

El presente proyecto constituye una investigación teórico-clínica de alcance exploratorio y descriptivo, en el marco de la clínica psicoanalítica de orientación lacaniana. Se desarrolla mediante revisión bibliográfica y análisis de casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas, con el fin de formalizar indicadores clínicos que permitan orientar la lectura de transformaciones en la posición subjetiva del analizante vinculadas al reconocimiento del deseo en el contexto de la cura psicoanalítica. El trabajo se basa en la primera enseñanza de Jacques Lacan y aportes de otros autores del psicoanálisis para explorar conceptos como deseo, posición subjetiva, síntoma y dirección de la cura psicoanalítica, los cuales constituyen el fundamento teórico de los indicadores clínicos. Si bien estos conceptos han sido desarrollados ampliamente, resulta menos frecuente encontrar propuestas que los organicen en una herramienta de lectura clínica. A partir de esta situación, se elaboran y formalizan indicadores clínicos, divididos en dos grandes categorías: indicadores del predominio de la posición sintomática e indicadores del reconocimiento del deseo. Estos constituyen una herramienta de lectura que se aplica a los casos y viñetas clínicas seleccionadas. Finalmente, se sostiene que esta formalización puede resultar útil para estudiantes avanzados y profesionales que se inician en la práctica clínica y buscan o necesitan herramientas para la lectura del material clínico, debido a la dificultad que puede presentarse en la formación inicial al momento de leer las transformaciones subjetivas en la práctica psicoanalítica. Esta propuesta no pretende establecer criterios universales ni agotar el conjunto de indicadores que pueden ser elaborados a partir de la literatura especializada, sino ofrecer una herramienta abierta a futuros desarrollos e investigaciones.

Palabras clave: cura psicoanalítica, deseo, síntoma, posición subjetiva, indicadores clínicos.

Introducción

Presentación de la Temática

En el presente trabajo buscamos articular teoría y práctica clínica, con el objetivo de formalizar indicadores clínicos que permitan orientar la lectura de transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en la cura psicoanalítica.

En función de ello, presentamos a continuación conceptos teóricos de la enseñanza lacaniana necesarios para comprender cuales son los fundamentos de esos indicadores.

Comenzamos con el desarrollo que realiza Lacan relacionado al surgimiento del sujeto al entrar al campo del lenguaje, cuando afirma que: “El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente donde el sujeto tiene que aparecer” (Lacan, 1964/1987, p. 212). A partir de esto podemos pensar, que para Jacques Lacan el Otro es el lugar del lenguaje, donde se encuentra el conjunto preexistente de significantes a través de los cuales el sujeto puede expresarse. En ese sentido, antes del sujeto hay simplemente un ser viviente que deviene sujeto al entrar en el campo del lenguaje. Ese campo es el Otro que existe antes que el sujeto.

Como consecuencia de su entrada al lenguaje, el sujeto queda dividido, ya que solo puede ser representado por esos significantes. Queda escindido entre lo que puede ser representado en el lenguaje y algo que no logra ser completamente representado por él, que no captura completamente la experiencia del sujeto. Esto es así, ya que ningún significante puede decirlo todo sobre él. Esto es señalado por Lacan cuando manifiesta: “En la medida en que el sujeto se sitúa y se constituye en relación al significante, se produce en él esa ruptura, esa división, esa ambivalencia, a nivel de la cual se ubica la tensión del deseo” (Lacan, 1959-1960/1988, p. 377).

Asimismo, podemos articular la noción del sujeto constituido en el campo del lenguaje con la afirmación de Lacan (1958-1959/2015) acerca de que el deseo se encuentra estrechamente ligado a la función del lenguaje y a la relación que el sujeto establece con él, junto con el desarrollo que realiza abordando al deseo como la diferencia entre la demanda y la necesidad. En este sentido, el deseo es inalcanzable, corre siempre bajo la cadena significante. Es deseo del Otro.

Todo lo anteriormente expuesto, nos permite entender al deseo como efecto del lenguaje. Esto es fundamental para comprender la posición subjetiva, ya que la manera en que cada sujeto se relaciona con el deseo permite ubicarla en la clínica. A esta posición apunta la cura psicoanalítica, la cual consiste en lograr una modificación de la misma en el dispositivo analítico. Esto conduce a lo que Reyes (1998) señala al respecto, y es que el análisis nos llevará a la pregunta: “¿Ha actuado, usted, en conformidad con el deseo que lo habita?” (p. 8).

A partir de lo hasta aquí desarrollado, consideramos relevante investigar de qué manera pueden formalizarse indicadores clínicos que permitan orientar la lectura de

transformaciones en la posición subjetiva vinculados al reconocimiento del deseo en la cura psicoanalítica.

En función de ello, elaboramos y sistematizamos indicadores clínicos a partir de distintos desarrollos teórico-clínicos de orientación lacaniana, como herramienta de lectura que permite orientar el análisis de los recortes de los casos y viñetas seleccionados.

Partimos del supuesto de que la formalización de estos indicadores busca aportar una herramienta clínica para quienes se inician en el ejercicio profesional, ya que a través de ella podrán orientar la lectura con el fin de reconocer las transformaciones subjetivas en el material clínico.

Problema de Investigación

Si bien diversos autores de orientación lacaniana han desarrollado conceptos sobre el deseo, síntoma, posición subjetiva y cura psicoanalítica, éstos se encuentran dispersos en diferentes textos teóricos y clínicos.

Asimismo, la literatura psicoanalítica posee numerosos casos y viñetas clínicas en los que pueden localizarse transformaciones en la posición subjetiva del analizante, entre ellos, los utilizados en el presente trabajo: "Aimée," Lacan, 1932; "A propósito de un caso de neurosis obsesiva": Hombre de las Ratas, 1909; "Fragmento de análisis de un caso de histeria": Dora, 1905; "Marcas de la ciencia en el cuerpo", de Marcela Molinari, 2013; "Viñeta clínica de entrevistas preliminares", 1998, de Jacques-Alain Miller; "Viñeta clínica - Nocera et al.", 2021 y "La chica de las agujas", de Angelina R. Allamprese, s.f.

Sin embargo, la bibliografía consultada no presenta estos aportes organizados bajo la forma de criterios de lectura sistematizados que permitan identificar dichos cambios en el material clínico.

En este contexto, identificamos una dificultad en la articulación entre desarrollos conceptuales dispersos en la literatura psicoanalítica de orientación lacaniana y su organización como criterios de lectura aplicables al material clínico que permitan dar cuenta de las transformaciones en la posición subjetiva.

Pregunta de Investigación

"¿De qué manera la formalización de indicadores clínicos, elaborados a partir de desarrollos teórico-clínicos del psicoanálisis de orientación lacaniana, permite leer las transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas de la literatura psicoanalítica?"

Relevancia de la Temática

La importancia de la presente investigación radica en su aporte al campo de la práctica clínica y al desarrollo teórico del psicoanálisis lacaniano.

En cuanto a la relevancia social, el trabajo apunta a brindar una herramienta de lectura para estudiantes avanzados y profesionales que recién se inician en la práctica psicoanalítica, al formalizar un conjunto de indicadores clínicos orientados a la lectura de las transformaciones

en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo. Es decir, lograr una herramienta de orientación clínica para terapeutas en formación.

Con respecto a la relevancia teórica, la misma radica en la posibilidad de reunir, organizar y sistematizar aportes que habitualmente aparecen dispersos en distintos desarrollos teóricos y clínicos de orientación lacaniana, proponiendo una formalización de indicadores clínicos que contribuye a ordenar dichos desarrollos en una herramienta destinada a la lectura del material clínico.

El presente trabajo da lugar a una sistematización que no pretende ser exhaustiva, sino contribuir a la elaboración de una herramienta de lectura clínica para la formación inicial. Asimismo, la misma es susceptible de ser ampliada, revisada y enriquecida por futuras investigaciones.

Supuestos de Investigación

El presente proyecto de investigación, acorde a su enfoque cualitativo, parte de los siguientes supuestos que guiarán el desarrollo del trabajo:

- Se asume que la sistematización y formalización de indicadores clínicos, elaborados a partir de desarrollos teórico-clínicos del psicoanálisis de orientación lacaniana, permite constituir una herramienta clínica orientada a la lectura de transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo.
- Se espera que la articulación de los desarrollos teóricos lacanianos permita identificar y sistematizar criterios claros que habitualmente se encuentran dispersos en la literatura.
- Se supone que la aplicación de estos indicadores clínicos formalizados sobre los recortes de los casos y viñetas seleccionadas hará visible las variaciones en la posición subjetiva y el posicionamiento del analizante frente a su deseo en el material clínico.

Objetivos

Objetivo General

- Formalizar indicadores clínicos a partir de desarrollos teórico-clínicos del psicoanálisis de orientación lacaniana, para la lectura de transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas de la literatura psicoanalítica.

Objetivos Específicos

- Articular desarrollos teórico-clínicos de la enseñanza lacaniana para la elaboración y sistematización de indicadores clínicos.
- Analizar los recortes de los casos y viñetas clínicas seleccionadas mediante la aplicación de los indicadores clínicos formalizados.

Antecedentes

En el campo del psicoanálisis de orientación lacaniana, diferentes autores han abordado la relación entre deseo, posición subjetiva, síntoma y dirección de la cura, aportando conceptos y criterios clínicos que sirven como antecedentes para el desarrollo de la presente

investigación.

Entre estos aportes, resultan especialmente relevantes los desarrollos de Jacques-Alain Miller sobre la enseñanza de Lacan, ya que nos permite ubicar algunos de esos conceptos centrales. El autor señala que los primeros años de la enseñanza lacaniana se caracterizan por un retorno a Freud. Según Miller (1986/1990) “Lacan quiso hacer un paseo ordenado, claro y lógico. Su tesis es que los descubrimientos desacordados de Freud encuentran su fundamento en la idea de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (p. 7-8). Asimismo, periodiza como Lacan fue construyendo su enseñanza. En esta se distingue un primer momento que transcurre desde 1953 a 1963, destinado a la relectura de Freud, un segundo período entre 1964-1974 centrado en la elaboración de sus propios conceptos y finalmente, a partir de 1974, el periodo de su enseñanza propiamente dicha.

Este recorrido constituye un antecedente relevante, ya que muestra cómo la enseñanza de Jacques Lacan se inicia a partir de una relectura de Freud y, luego va avanzando hacia la construcción de distintos conceptos que resultan relevantes para el presente trabajo.

En relación al reconocimiento del deseo, en “Deseo de Reconocimiento/Reconocimiento de Deseo” Tomas (2021), el autor desarrolla cómo el deseo de reconocimiento puede convertirse en motivo de demanda de análisis y sufrimiento del sujeto. Es por ello, que propone pasar del deseo de reconocimiento que aliena al sujeto, al reconocimiento del propio deseo.

Asimismo, otro antecedente significativo resulta del trabajo de Bruno Bonoris (2016), quien analiza cómo se construye el conocimiento en el psicoanálisis y sostiene que desarrollos como deseo y posición subjetiva no son empíricamente observables, sino que son conceptos que pueden comprenderse en el contexto de la clínica. Esto permite fundamentar la elaboración de los indicadores clínicos como herramientas teórico-clínicas orientadas a la lectura de transformaciones en la posición subjetiva.

Por último, los aportes de María Teresa Reyes (1998) también son significativos, ya que plantea cuestiones relativas a la cura psicoanalítica y al trabajo que se realiza en el dispositivo analítico como fenómeno que habilita al sujeto a hacerse la pregunta sobre si ha actuado conforme a su deseo.

Sin embargo, al realizar el relevamiento bibliográfico, no hemos identificado desarrollos que propongan una sistematización y formalización de indicadores clínicos orientados a la lectura de las transformaciones en la posición subjetiva. Es decir, los elementos que permiten pensar indicadores clínicos, aparecen en distintos autores, conceptos y desarrollos teórico-clínicos, pero no se encuentran reunidos en una herramienta organizada de lectura.

En este sentido, la ausencia de una herramienta de lectura clínica elaborada a partir de la sistematización de estos desarrollos señala una vacancia en relación con el problema de investigación.

Estado del Arte

Resulta fundamental realizar un relevamiento de la literatura e investigaciones más recientes para que podamos trabajar sobre los principales aportes del tema propuesto.

El presente Estado del Arte reúne trabajos y publicaciones académicas producidos desde 2018 a la actualidad. Algunos de ellos son los siguientes:

En “Matices de la Interpretación: la Clínica Psicoanalítica Entre el Goce del Analizante y el Deseo del Analista”, Galuzzi (2024) analiza la función de la interpretación en la dirección de la cura. El autor sostiene que la interpretación puede producir modificaciones favoreciendo cambios en la posición subjetiva. Este aporte es relevante para la presente investigación, ya que nos permite pensar acerca de estas transformaciones subjetivas que luego pueden ser leídas mediante los indicadores clínicos formalizados.

Por otro lado, resulta interesante la reciente publicación “La Constitución Subjetiva y el Deseo del Otro: Reflexiones desde Lacan con Implicaciones Clínicas”, publicada en el *Blog Eleia*, en la cual Wiener y Hernandez Rodriguez (2025), analizan la constitución subjetiva y el deseo del Otro para pensar cómo el reconocimiento del deseo produce una transformación en la posición del sujeto. Esta transformación será leída en el presente trabajo, a partir de la elaboración de indicadores clínicos.

En su tesis de maestría *¿De Qué Están Hechos los Casos Clínicos? La Construcción de los Casos Clínicos en Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana*, Malischevski (2023), trabaja sobre la construcción del caso clínico como el modo de investigación en el psicoanálisis lacaniano y forma válida de producción del conocimiento dentro del campo psicoanalítico.

Por último, en “El Psicoanálisis y la Singularidad del Modo de Goce”, Ileyassoff (2018), realiza una articulación en la relación del síntoma y los efectos terapéuticos del psicoanálisis.

Marco Teórico

Para poder llevar a cabo este trabajo, recurrimos a diversos autores del psicoanálisis desde la perspectiva lacaniana orientada por el primer tramo de su enseñanza.

No obstante, podremos retomar desarrollos de momentos posteriores, en tanto permitan precisar los conceptos trabajados en su primera enseñanza, sin que ello signifique un desplazamiento de este marco teórico.

En primer lugar, abordaremos desarrollos referidos al lenguaje, el inconsciente estructurado como lenguaje y la primacía del registro simbólico, por ser fundamentales para comprender la constitución subjetiva en la primera enseñanza de Lacan.

En este marco, Miller (1986/1990) manifiesta que Lacan ubicó “los comienzos de su enseñanza bajo el signo de un retorno a Freud” (p. 6), y precisamente en “Función y Campo de la Palabra y del Lenguaje en Psicoanálisis”, Lacan (1966/2009a) plantea una vuelta a Freud desde la palabra y el lenguaje. En relación a esto, señala que los conceptos elaborados hasta ese momento “no toman su pleno sentido sino orientándose en un campo de lenguaje, sino ordenándose a la función de la palabra” (Lacan, 1966/2009a, p. 239). Es decir que, en este

primer tramo de su enseñanza, Lacan (1966/2009a) le otorga un papel central al lenguaje afirmando que “el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente” (p. 240).

En 1953, en ocasión de la primera escisión del movimiento psicoanalítico francés, Lacan introduce la proposición “el inconsciente estructurado como lenguaje”, y la distinción de lo real, lo imaginario, y lo simbólico que seguirá siendo la piedra de toque de su enseñanza, que no cambiara a través de sus variaciones. (Miller, 1986/1990, p.10)

Consideramos que estas variaciones no implican una ruptura en su obra, ya que nunca abandonará las cuestiones referidas a que el inconsciente está estructurado como lenguaje y los tres registros.

Podemos observar que aunque Lacan introduce en forma temprana la dimensión de lo imaginario a partir de su concepto sobre el estadio del espejo: “entre al psicoanálisis -dice Lacan- con una escobilla que se llamaba el Estadio del Espejo” (Miller, 1986/1990, p. 11); es en el primer tramo de su enseñanza caracterizada por el retorno a Freud, donde le otorga primacía al orden simbólico al manifestar respecto del psicoanálisis:

Sus medios son los de la palabra en cuanto confiere a las funciones del individuo un sentido; su dominio es el del discurso concreto en cuanto campo de la realidad transindividual del sujeto; sus operaciones son las de la historia en cuanto que constituye la emergencia de la verdad en lo real. (Lacan, 1966/2009a, p. 250)

En este punto, se pone de manifiesto la importancia del registro simbólico cuando Lacan (1966/2009a) afirma que “el inconsciente del sujeto es el discurso del otro” (p. 256). Es decir, que el inconsciente del sujeto está estructurado a partir de la red de significantes que provienen del discurso del otro.

Es por todo ello que, Miller (1986/1990) considera que la enseñanza de Lacan comienza cuando distingue, por un lado, lo que pertenece a lo imaginario y el yo en su dimensión imaginaria; y por otro lado, lo que pertenece al dominio simbólico y el sujeto en su dimensión simbólica.

A continuación, trabajaremos el concepto de deseo, particularmente en su articulación con el deseo del Otro, ya que nos permite pensar en las transformaciones en la posición subjetiva.

Desde esta perspectiva, Lacan retoma uno de los conceptos relevantes para esta investigación que es el deseo, al manifestar que:

En ninguna parte aparece más claramente que el deseo del hombre encuentra su sentido en el deseo del otro, no tanto porque el otro guarda las llaves del objeto deseado, sino porque su primer objeto es ser reconocido por el otro. (Lacan, 1966/2009a, p. 259)

En este sentido, el sujeto se pregunta por el deseo del Otro, en tanto el deseo se presenta inicialmente como deseo del Otro: “Se la plantea desde el lugar donde el sujeto tiene su primer encuentro con el deseo, el deseo como algo que en primer lugar es el deseo del

Otro” (Lacan, 1958-1959/2015, p. 23-24). En esta misma línea, el autor señala que “el Otro en cuestión es aquel que puede darle al sujeto la respuesta a su llamado” (Lacan, 1958-1959/2015, p. 23), en tanto lugar desde el cual el deseo se constituye.

Esto nos conduce a pensar que:

- 1) Hay deseo de ser deseado, en tanto el sujeto se pregunta: “¿Qué me quieres?”. Lacan (1958-1959/2015) señala que es en el lenguaje en el que se funda la aprehensión del Otro como tal, ese Otro que puede darle la respuesta a su llamado. En este sentido, Laplanche y Pontalis (2022) indican que el deseo exige ser reconocido absolutamente por el Otro. Siempre está dirigido al otro. Es deseo de ser deseado.
- 2) El deseo del sujeto está alienado, proviene del Otro, a partir de los significantes del Otro.

Estos desarrollos sobre el deseo del Otro constituyen uno de los fundamentos a partir de los cuales elaboramos posteriormente los indicadores clínicos vinculados a la falta de pregunta por el deseo y la pregunta por el propio deseo. Estos criterios de lectura se utilizarán en el análisis del material clínico para diferenciar momentos en los que el sujeto permanece alienado al deseo del Otro y cuando comienza a preguntarse sobre su propio deseo.

Por último, respecto de la cura psicoanalítica y posición subjetiva, Lacan plantea que el psicoanálisis busca que el sujeto reconozca y asuma su deseo: “Por otra parte, ¿a título de qué interviene el psicoanálisis para tratar en diversos niveles con esas diversas realidades fenoménicas? Interviene en la medida en que éstas ponen en juego el deseo” (Lacan, 1958-1959/2015, p. 11).

Reyes (1998) agrega: “la cura es una determinación particular del sujeto. No hay una forma universal de cura. En tal sentido, la cura es un nombre de la verdad del sujeto” (p. 3). Esto permite dar fundamento a la elaboración del indicador clínico vinculado a la implicación del sujeto en el síntoma, el cual va a orientar la lectura del pasaje que va de la queja externa a la implicación del sujeto en su propio sufrimiento en el análisis de los casos y viñetas clínicas.

Teniendo en cuenta lo hasta acá expuesto, en relación a cómo surge el sujeto en el lenguaje, la articulación del deseo en el campo del Otro y lo que se entiende por cura psicoanalítica, podemos formular el supuesto de que el reconocimiento del deseo se vincula con la transformación de la posición subjetiva del analizante.

En función de lo desarrollado, se sientan las bases para el trabajo metodológico de esta investigación, orientado al análisis de casos y viñetas clínicas a partir de criterios de lectura elaborados en el marco del psicoanálisis de orientación lacaniana.

Alcances y Limitaciones

El presente trabajo posee un alcance teórico-clínico de carácter exploratorio y descriptivo, en tanto se orienta a la elaboración de indicadores clínicos a partir de desarrollos teóricos de orientación lacaniana y su aplicación en el análisis de casos y viñetas clínicas pertenecientes a la literatura especializada.

En este sentido, la investigación no busca establecer generalizaciones universales, sino organizar una herramienta clínica que permita orientar la lectura de las transformaciones de la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en el contexto de la cura psicoanalítica.

Al realizar esta investigación con una muestra intencional no probabilística, el alcance del trabajo se limita al análisis del material clínico previamente seleccionado.

Asimismo, entre las limitaciones del trabajo se encuentra el hecho de no incluir entrevistas clínicas, ya que este se basa en una revisión bibliográfica y análisis de casos.

Finalmente, otra limitación se relaciona con el hecho de que el conjunto de indicadores elaborados no constituye una lista cerrada, sino que queda abierto a futuras revisiones o ampliaciones en investigaciones posteriores.

Metodología

Procedimiento

La investigación se enmarca en la clínica psicoanalítica de orientación lacaniana y se organiza a partir de la articulación entre desarrollos teórico-clínicos de la primera enseñanza de Lacan y el análisis de material clínico.

El diseño de este trabajo es cualitativo con un alcance exploratorio y descriptivo.

Tal como manifiestan Hernandez Sampieri et al. (2014), en el enfoque cualitativo la investigación se basa en la recolección y análisis de datos. En este caso, el material de análisis está constituido por los casos y viñetas clínicas extraídos de la literatura psicoanalítica de orientación lacaniana.

En relación con el alcance descriptivo, esta investigación se propone identificar y sistematizar indicadores clínicos orientados a la lectura de las transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en el material clínico seleccionado.

Al mismo tiempo el alcance es exploratorio, ya que si bien se apoya en desarrollos teóricos de autores como Jacques Lacan, lo hace desde una perspectiva orientada a la elaboración y formalización de una herramienta de lectura clínica aplicada al análisis de casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas.

Para Hernandez Sampieri et al. (2014), la revisión bibliográfica es útil para poder entender los datos de mejor forma, cumpliendo un papel de apoyo y consulta. En este caso particular, una revisión bibliográfica se justifica por su relevancia clínica y teórica dentro del psicoanálisis lacaniano.

El corpus de la investigación está constituido por los casos y viñetas clínicas, los cuales fueron seleccionados de forma intencional (muestra intencional) por su pertenencia para el objetivo de la investigación. Asimismo, según lo expresado por Ynoub (2023) se trata de una muestra no probabilística, ya que no es aleatoria. Y al respecto, Hernandez Sampieri et al. (2014), manifiestan que este tipo de muestra no está guiada por técnicas estadísticas.

Los casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas se consideran fuentes secundarias, constituidas por las publicaciones originales, ya que representan el registro directo del material clínico sobre el cual se realizará el análisis. Asimismo, también constituyen fuentes secundarias los desarrollos teóricos de la enseñanza de Jacques Lacan y otros autores del psicoanálisis y los materiales producidos por otros investigadores o la información recogida y procesada por otros. Se trabaja con textos, artículos de revistas científicas, tesis e informes técnicos y de investigación de instituciones privadas que abordan los conceptos de deseo, síntoma, posición subjetiva y cura psicoanalítica.

En relación con la recolección de la información secundaria, se realiza una revisión bibliográfica, utilizando bases de datos como PubMed y PsycINFO para localizar fuentes secundarias.

Asimismo, se utilizan términos de búsqueda como: “indicadores clínicos” AND “deseo” AND “cura psicoanalítica” AND “síntoma” AND “transformación subjetiva” AND “posición subjetiva”.

Se señalan los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- El caso o viñeta clínica debe tener un enfoque teórico lacaniano, lo cual garantiza la coherencia con el marco teórico.
- El caso debe dar cuenta del proceso clínico, de tal forma que se permita observar un “antes y después” en la posición subjetiva, permitiendo analizar la transformación de la misma.
- El texto debe analizar la relación entre deseo y/o transformación de la posición subjetiva del sujeto como desencadenante de la cura psicoanalítica.
- Publicaciones en inglés o español. En el caso que sean en idioma francés, el cual es dominante en la literatura lacaniana accesible, estas deben poseer una traducción verificada al español.

Criterios de exclusión

- Casos clínicos que no pertenecen al marco teórico lacaniano.
- Textos, que aunque sean de orientación lacaniana, no aporten conceptos para la elaboración de los indicadores clínicos propuestos.

El análisis del material se realiza mediante la lectura sistemática de la bibliografía seleccionada.

El procedimiento metodológico consta de tres etapas:

- 1) Etapa de construcción teórica: Se realiza una revisión bibliográfica de los desarrollos teóricos del psicoanálisis de orientación lacaniana, con el fin de delimitar los conceptos que sirven de fundamento para la elaboración de los indicadores clínicos.
- 2) Etapa de formalización de indicadores: Se articulan, elaboran, sistematizan y formalizan indicadores clínicos organizados en dos grandes categorías: indicadores del predominio de la posición sintomática e indicadores del reconocimiento del deseo, los

cuales constituyen una herramienta de lectura para el análisis del material clínico seleccionado.

- 3) Etapa de análisis del material clínico: La lectura del material clínico no se refiere a una observación directa de fenómenos, sino a un trabajo de análisis del material a partir de los indicadores clínicos elaborados. Este trabajo consiste en la articulación entre dichos indicadores y los recortes seleccionados de los casos y viñetas clínicas, lo que permite orientar la lectura de transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en el contexto de la cura psicoanalítica.

Índice Comentado

Capítulo 1: Fundamentos Teóricos de los Indicadores Clínicos

En este capítulo se construye el fundamento teórico al desarrollar los conceptos fundamentales para la elaboración de los indicadores clínicos formalizados en el capítulo dos. Posteriormente, dichos indicadores son aplicados al análisis de los casos seleccionados en el capítulo tres. Se aborda la distinción entre necesidad, demanda y deseo. Se analiza la concepción del deseo como deseo del Otro y el pasaje desde el deseo de reconocimiento hacia el reconocimiento del deseo y el deseo articulado al inconsciente.

Asimismo, se aborda el concepto de síntoma como formación del inconsciente y el concepto de goce desde la primera enseñanza de Jacques Lacan.

Por último, el capítulo analiza la cura psicoanalítica desde la orientación lacaniana y su relación con la transformación de la posición subjetiva. Se desarrolla la posición que ocupa el analista en la transferencia y sus interpretaciones.

Capítulo 2: Indicadores Clínicos del Cambio de Posición Subjetiva

Aquí se trabaja sobre los criterios para elaborar los indicadores clínicos, su definición y alcances. Se desarrolla el proceso de articulación, elaboración, sistematización y formalización de dichos indicadores a partir de la bibliografía especializada. Asimismo, los indicadores clínicos son organizados en dos grandes categorías: indicadores de predominio de la posición sintomática e indicadores del reconocimiento del deseo. Se presentan con una breve descripción y desarrollo. Por último, se describe su función como herramienta para la orientación de la lectura de las transformaciones de la posición subjetiva en el material clínico.

Capítulo 3: Recorte de Casos Clínicos y Análisis Mediante Indicadores

En este capítulo se realiza el análisis mediante los indicadores como herramienta de lectura a los casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas. Para ello, se realiza previamente el recorte de distintos fragmentos. Finalmente, se analiza mediante los indicadores formalizados en el capítulo anterior con el fin de leer transformaciones en la posición subjetiva y su vinculación con el reconocimiento del deseo.

Aspectos Éticos

Es importante evitar el plagio al escribir el presente trabajo.

Según Ynoub (2023), todo lo que no es citado o parafraseado se considera escrito originalmente por el investigador. En el caso que no se cite o parafrasee una idea de otro autor, se considera plagio. El plagio académico se considera un ataque a la verdad, ya que no se reconoce a los verdaderos autores de las frases o ideas. Por lo tanto, es necesario utilizar un sistema de citas para poder diferenciar cuál es la fuente original del aporte del investigador.

Capítulo 1: Fundamentos Teóricos de los Indicadores Clínicos

En este capítulo seleccionamos y desarrollamos los conceptos teóricos necesarios para la elaboración y formalización de los indicadores clínicos, en función de un problema específico de esta investigación: como leer transformaciones de la posición subjetiva en el material clínico. Dichos indicadores fueron divididos en dos grandes categorías: indicadores clínicos del predominio de la posición sintomática e indicadores clínicos del reconocimiento del deseo.

Entre los primeros se incluyen indicadores como “captura en la repetición”, “falta de pregunta por el deseo”, “síntoma como algo ajeno” y “satisfacción ligada al síntoma”. Entre los segundos se encuentran “pregunta por el propio deseo”, “implicación en el síntoma”, “modificación en la relación respecto del saber del Otro” y “localización del modo de satisfacción”.

Si bien estos indicadores serán definidos y desarrollados en el capítulo siguiente, a lo largo del presente capítulo se señalará cómo algunos conceptos sirven de base para su elaboración

1.1. Necesidad, Demanda y Deseo

Los desarrollos aquí expuestos constituyen el fundamento teórico para la elaboración de indicadores clínicos vinculados a la falta de pregunta por el deseo, modificación en la relación respecto del saber del Otro y el surgimiento de la pregunta por el propio deseo, ya que todos ellos hacen referencia a las distintas formas en las que se relaciona la demanda y el deseo.

Lacan distingue entre necesidad, demanda y deseo, las cuales se articulan con la entrada del sujeto al lenguaje. La necesidad pasa a articularse en una demanda que es lo propio del hablante y está dirigida al Otro (Universidad de Belgrano, s.f.).

Asimismo, Lacan (1958-1959/2015) sostiene que la demanda no se reduce a satisfacer una necesidad, sino que remite a otra cosa: es fundamentalmente demanda de amor.

Para esta investigación, este punto es fundamental: el modo en que el analizante dirige esta demanda al analista sirve para inferir si el sujeto se encuentra capturado en una posición sintomática o si está comenzando a interrogarse sobre su propio deseo. Es decir, en esa modalidad de la demanda pueden leerse distintas posiciones subjetivas. En este sentido, este criterio constituye la base para la elaboración del indicador de falta de pregunta por el deseo.

En contraste con la necesidad, Laplanche y Pontalis (2022) señalan que el deseo no se reduce a un objeto particular que pueda satisfacer una necesidad biológica, sino que es irreducible a ella. En efecto, mientras la necesidad se dirige a un objeto concreto con el cual puede satisfacerse, el deseo excede cualquier objeto particular.

En esta perspectiva, “el deseo no es ni el apetito de la satisfacción, ni la demanda de amor, sino la diferencia que resulta de la sustracción del primero a la segunda, el fenómeno mismo de su escisión” (Lacan, 1966/2009b, p. 658). Es decir, que es en esta escisión donde situamos la posibilidad de cambio de la posición subjetiva, ya que el reconocimiento del deseo comienza cuando el sujeto se separa de la demanda de amor.

Asimismo, Lacan (1958-1959/2015) afirma que el deseo está estrechamente ligado a cierta función del lenguaje y a la relación del sujeto con el significante, apareciendo en el intervalo entre la articulación lingüística de la palabra del sujeto y aquello de sí mismo que se pone en juego en el acto de hablar.

En efecto, Lacan (1957-1958/2016) sostiene que el deseo se instala en una relación con la cadena significante.

Esto nos permite pensar que, el deseo aparece como lo que se escapa entre lo que se dice, las palabras, la articulación lingüística y algo del ser del sujeto que se manifiesta en el acto de hablar. Es decir, el deseo no coincide plenamente con lo dicho.

En relación con esto, Lacan (1958-1959/2015) ubica la experiencia del deseo en ese intervalo. Tal experiencia es al principio aprehendida como la del deseo del Otro.

En este sentido, la formalización de los indicadores clínicos propone orientar la lectura de este intervalo en los recortes clínicos, de los momentos en que el sujeto logra captar ese deseo que, como señala Lacan, siempre se escapa.

1.2. El Deseo como falta y como deseo del Otro

Conforme a lo expuesto anteriormente, Lacan (1959-1960/1988) afirma que el deseo del hombre es el deseo del Otro y es el deseo de desear.

En esta línea, sostiene: “Este deseo está situado entre el Otro, como lugar puro y simple de la palabra, y el otro como ser de carne a cuya merced nos encontramos para la satisfacción de nuestra demanda” (Lacan, 1957-1958/2016, p. 486).

De ello se desprende que el deseo nace de la transformación que sufre la necesidad al pasar por el lenguaje y por el Otro en forma de demanda, pero como ese otro nunca responde exactamente con lo que el sujeto necesita, aparece el deseo como lo que resulta de esa diferencia.

Surge en el sujeto la pregunta por el deseo del Otro: ¿qué quiere el Otro de mí?

Lacan agrega que hay una hiancia, es decir, una falla en que ninguno puede ser suficiente para el otro. En este sentido, señala que:

La hiancia de este enigma confirma lo que lo determina, en la fórmula más simple para hacerlo patente, a saber: que el sujeto, lo mismo que el Otro, para cada uno de los participantes en la relación, no pueden bastarse por ser sujetos de la necesidad, ni objetos del amor, sino que deben ocupar el lugar de causa del deseo. (Lacan, 1966/2009b, p. 659)

En resumen, ser aquello que provoca el deseo del Otro. Es por ello, por ejemplo, que no deseamos al otro por lo que es, sino por algo que en él nos falta. Por lo tanto, esta hiancia es condición del deseo.

Entonces, volvemos a la pregunta acerca de lo que quiere el Otro de mí, del enigma sobre el deseo del Otro, porque el deseo del Otro es opaco: “Ante la presencia primitiva del deseo del Otro como oscuro y opaco, el sujeto está sin recursos” (Lacan, 1958-1959/2015, p. 26).

Agregando: “Por eso nos resulta opaco, porque hay en él algo que no conocemos y que nos separa de su respuesta a nuestra demanda. Lo que se llama su deseo no es sino esto” (Lacan, 1957-1958/2016, p. 486).

Desde esta perspectiva, esta “opacidad” del deseo del Otro es donde el sujeto se enfrenta con su propia posición subjetiva: o bien queda alienado al Otro o comienza a preguntarse por su propio deseo.

Es ahí donde aparece el fantasma, para brindarle una posición frente a ese enigma ante el cual se encuentra desamparado: “La función del fantasma es dar al deseo del sujeto su nivel de acomodación, de situación. Por eso el deseo humano tiene esa propiedad de estar fijado, adaptado, asociado, no a un objeto, sino siempre esencialmente a un fantasma” (Lacan, 1958-1959/2015, p.28). Además, el autor agrega: “Por eso lo que les designo aquí como el lugar de salida, el lugar de referencia a través del cual el deseo aprenderá a situarse, es el fantasma” (Lacan, 1958-1959/2015, p. 28).

De lo anterior se desprende que, el fantasma organiza el deseo y su posición frente al deseo del Otro opaco, ya que el sujeto se constituye en el campo del Otro que lo mira, lo nombra y le habla. Es en ese campo donde surge la pregunta de forma inconsciente: ¿qué quiere el Otro de mí? y ante ella, el fantasma funciona como una respuesta, también inconsciente, que va a definir como el sujeto desea, se vincula y se posiciona frente al Otro. Desde esta perspectiva, la posición fantasmática puede dar lugar a dificultades para que el sujeto se pregunte sobre su propio deseo o sobre su participación en lo que le sucede. De este modo, podemos delimitar los indicadores de falta de pregunta por el deseo y de captura en la repetición, los cuales permiten orientar la lectura de un predominio de la posición sintomática.

Por el contrario, cuando el fantasma ofrece respuestas que comienzan a resultar insuficientes en cuanto al enigma del deseo del Otro, el analizante puede empezar a preguntarse por su propio deseo y también, comenzar a producirse una localización del modo de satisfacción, los cuales constituyen indicadores clínicos formalizados en esta investigación.

1.3. El reconocimiento del deseo en la cura psicoanalítica

En este apartado, a través de un recorrido por los siguientes desarrollos conceptuales pretendemos responder acerca de cuáles son las condiciones que hacen posible que puedan ser elaborados los indicadores pertenecientes a la categoría de “reconocimiento del deseo”, orientados a la lectura del cambio de posición subjetiva durante la cura psicoanalítica. Tales transformaciones en la posición no se pueden observar de forma directa, sino que pueden ser leídas a través de modificaciones en el discurso y actos del analizante en el dispositivo analítico.

Para Reyes (1998), la cura psicoanalítica implica que el sujeto pueda descifrar las palabras del Otro en las que estuvo alienado, con el fin de lograr conducirse hacia su deseo. Esta perspectiva, la podemos relacionar con la concepción de Lacan (1964/1987) en tanto el autor sostiene que el inconsciente está estructurado como lenguaje y que “el inconsciente es el discurso del Otro” (Lacan, 1957-1958/2016, p. 486).

En este sentido, podemos sostener que el trabajo del desciframiento al que alude Reyes, supone que aquello que el sujeto interpreta en su análisis proviene precisamente de ese discurso del Otro que lo constituye. Reyes habla del desciframiento, mientras Lacan explica que es lo que se descifra.

Ahora bien, nos preguntamos acerca de cómo aparece este inconsciente en la clínica: si el inconsciente está constituido por el discurso del Otro, su acceso al análisis no es directo, sino que está mediado por formaciones. En este sentido, Lacan (1958-1959/2015), señala que el análisis psicoanalítico es un tratamiento que actúa en los síntomas, inhibiciones y fenómenos como los lapsus, sueños y chistes; ya que todos ellos ponen en juego el deseo. Estos son formaciones del inconsciente. Lo anterior nos conduce a pensar que, el deseo se encuentra articulado al inconsciente manifestándose de forma indirecta a través de esos fenómenos psíquicos. Es decir, en la cura psicoanalítica el deseo no se presenta de manera directa, sino a través de las formaciones del inconsciente mencionadas. El trabajo analítico consiste en su lectura y desciframiento al que aludía anteriormente Reyes.

Siguiendo esta línea, si el deseo se presenta de forma indirecta en las formaciones del inconsciente, ello podemos vincularlo con lo que señala Bolettieri (2024), quien manifiesta que Lacan piensa al lenguaje como productor del deseo y también, como una maquinaria que lo impide.

Es decir, el deseo no se le presenta al sujeto en forma directa, sino como algo que se le escapa, ya que el lenguaje no solo lo hace posible, sino que también lo obstaculiza. Es por eso que, su reconocimiento implica comenzar a preguntarse por él.

Cabe introducir aquí, la distinción entre el deseo de reconocimiento y el reconocimiento del deseo, que fue una de las cuestiones sobre la que gira el discurso de Lacan durante la década de los cincuenta, según Braunstein (2006).

Tomas (2021), indica que el deseo de reconocimiento coloca al sujeto en una búsqueda de validación por parte del Otro. Y agrega en este sentido: "El malestar causado por el registro de la tensión agresiva frente a otro sujeto puede ser un carril para demandar análisis" (Tomas, 2021, p. 1). En relación con esto, manifiesta que cuando los pacientes se presentan al análisis con sufrimiento o este surge en su transcurso, dicho malestar suele relacionarse con la percepción del modo de goce de otros, manifestado en sus logros, éxitos o reconocimientos expresados verbalmente. Este malestar, producto de la comparación, puede ser motivo de consulta. Para explicarlo, Tomas (2021) se refiere a Hegel cuando éste sostiene que el deseo puede entenderse como autoconciencia: el yo busca afirmarse como verdad y reconocerse a sí mismo en las relaciones que establece con el Otro. Este deseo se manifiesta como deseo de reconocimiento.

Para nuestra investigación, distinguir este deseo de reconocimiento es muy importante, ya que el sujeto que consulta para ser validado por el analista, o por el Otro, es un sujeto que aún permanece en la posición sintomática.

Ante el sufrimiento que surge de este deseo de reconocimiento, es donde Tomas (2021) se pregunta sobre cómo el análisis puede transformarlo en un reconocimiento de deseo: "Por medio de la maniobra del analista, que tiende hacia la transformación de goce y al trabajo del analizante, activo en su cura, éste puede avanzar en el reconocimiento de un deseo" (Tomas, 2021, p. 4).

Es decir, el reconocimiento del deseo se vincula con el cambio en la posición subjetiva del sujeto y no como una mera toma de conciencia.

Esta transformación desde el "deseo de reconocimiento" al "reconocimiento del deseo" constituye un eje central de los indicadores elaborados, ya que en este último, se produce una ruptura en la que el analizante deja de pedirle al analista que le diga "quién es" o "que quiere" y comienza a preguntarse por su participación en lo que le sucede.

A partir de lo hasta aquí desarrollado, los indicadores clínicos formalizados en esta investigación, como la implicación en el síntoma y la modificación en la relación respecto del saber del Otro, permiten orientar la lectura de las modificaciones en la posición subjetiva del analizante en las que surge un reconocimiento del deseo. En particular, a través de los recortes de los casos y viñetas clínicas, se ubican momentos en los que aparece una mayor pregunta por el deseo o implicación del sujeto respecto de lo que le sucede. Esto nos permite articular lo trabajado teóricamente con lo que aparece en la clínica. Es decir, la teoría lacaniana deja de ser un conjunto de conceptos teóricos para convertirse en el fundamento de una herramienta de lectura que permite dar cuenta de los cambios en la posición subjetiva durante la cura.

1.4. El síntoma y sus articulaciones en la clínica lacaniana

En este apartado podemos observar como en el análisis se puede pasar desde una posición sintomática a una verdad que se reconoce (reconocimiento del deseo).

La inclusión de este desarrollo teórico es muy importante para el presente trabajo, ya que sirve para la elaboración y formalización de los indicadores clínicos y para fundamentar el pasaje de los indicadores del "predominio de la posición sintomática" hacia los del "reconocimiento del deseo", ya que la cura psicoanalítica puede producir cambios respecto de la relación del sujeto con su síntoma.

En este sentido, abordaremos el concepto de síntoma en la primera enseñanza de Jacques Lacan, teniendo en cuenta su relación con el lenguaje, la repetición y las modalidades de satisfacción del sujeto.

En relación con lo anterior, en primer lugar revisaremos el concepto de goce, el cual fue trabajado por Lacan a lo largo de su obra hasta alcanzar una definición más precisa, ya que al comienzo de su enseñanza no aparecía como una noción definida.

Tal como señala Muñoz (2018), el goce "como concepto psicoanalítico es original de la enseñanza de Lacan sin antecedentes en la obra de Freud" (p.16). El autor agrega que comienza a emplearlo en 1953, pero "es claro que inicialmente no se destaca" (p. 16). En su primera enseñanza Lacan se centra más en el desarrollo del deseo.

Esto nos permite decir que al comienzo no es un concepto fuerte, sino que se encuentra en formación y Lacan lo utiliza en “los primeros tiempos como sinónimo de una gran alegría, de placer extremo, de júbilo o de éxtasis” (Braunstein, 2006, p. 16).

Freud elabora el principio de placer, como “regulador y homeostático” (Braunstein, 2006, p. 25) en relación al aparato psíquico. En *El Seminario: Libro 7. La Ética del Psicoanálisis*, Lacan (1959-1960/1988) articula el goce con el “más allá del principio del placer” freudiano. “El principio de placer efectivamente tiene un modo de funcionamiento que es justamente evitar el exceso, el placer en demasía” (Lacan, 1959-1960/1988, p. 70). Podemos decir que, funciona como un límite, una regulación; mientras que el goce implica justamente una tendencia a traspasar ese límite.

Para nuestra lista de indicadores, esta tensión que se da entre el principio de placer (regulación) y el goce (como modalidad de satisfacción más allá del principio de placer) es clave para poder entender el indicador clínico de satisfacción ligada al síntoma. Cuando el paciente insiste en una conducta, vínculo o posición que le causa sufrimiento, estamos ante una modalidad de satisfacción inconsciente, que va más allá de cualquier voluntad o lógica.

En este punto cabe recordar lo que hemos mencionado con anterioridad, “Un significante es aquello que representa a un sujeto para otro significante” (Lacan, 1964/1987, p. 215), lo cual se relaciona con lo que manifiesta Braunstein (2006) acerca de que “sólo hay goce en el ser que habla y porque habla” (p. 13).

De lo anterior se desprende que, al surgir el sujeto entre significantes, éstos determinan sus modos de repetición que surgen de las primeras inscripciones, primeros significantes del Otro. Esa repetición puede implicar una modalidad de satisfacción, aunque genere malestar. Ese goce se trata de una satisfacción que no es placentera y que según Lleyasoff (2018) es aquello que el sujeto no puede impedir que lo satisfaga.

Es decir, que en la primera enseñanza, los desarrollos vinculados con la satisfacción ligada al síntoma y su insistencia, serán posteriormente retomados y formalizados bajo una conceptualización más precisa de goce.

Respecto del síntoma, Torres (2001) manifiesta que, “En el primer Lacan, el síntoma -ya estaba así en Freud- designaba una falla en el funcionamiento, algo no funcionaba, y este fracaso del funcionamiento develaba algo de una verdad, una verdad que había que descifrar” (párr. 5).

En relación a esto, Lacan (1966/2009a) sostiene que: “El síntoma es el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto” (p. 271).

De este modo, podemos pensar al síntoma como el que representa una verdad reprimida que el sujeto no puede decir directamente.

Aquí puede delimitarse el indicador del síntoma como algo ajeno, ya que el sujeto no ignora su malestar, sino la verdad que su síntoma representa. Por ello, mediante los indicadores se busca orientar la lectura del momento en que el paciente deja de tratar al síntoma como algo extraño que le sucede. Aquí, puede reconocerse un movimiento entre dos

posiciones. Una primera posición, en la que el sujeto vive a su síntoma como algo ajeno que le ocurre y luego, mediante el trabajo analítico, una segunda posición, en la que el sujeto puede comenzar a implicarse en lo que le sucede. Estos dos momentos, fundamentan los indicadores de síntoma como algo ajeno y el de implicación en el síntoma.

Asimismo, como lo mencionamos en otros apartados, el sujeto está constituido por el lenguaje y por los significantes que vienen del Otro. Es por ello, que Lacan sostiene que el inconsciente está estructurado como un lenguaje: el inconsciente es el discurso del Otro (Lacan, 1957-1958/2016). Por lo tanto, el acceso al inconsciente no es directo, sino que está mediado por formaciones.

Respecto de estas formaciones, Torres (2001) señala que, tanto el primer Freud como el primer Lacan, unen el síntoma con las formaciones del inconsciente, tales como los chistes, sueños y lapsus. En esta misma línea, Lacan (1958-1959/2015), sostiene que el análisis psicoanalítico es un tratamiento que actúa sobre los síntomas, inhibiciones y fenómenos como los lapsus, sueños y chistes que ponen en juego al inconsciente.

Por otra parte, Lacan (1966/2009a) señala que “la metáfora, que no es sino el sinónimo del desplazamiento simbólico, puesto en juego en el síntoma [. . .] pero es una palabra de ejercicio pleno porque incluye el discurso del otro en el secreto de su cifra” (p. 252).

En otras palabras, todo lo anterior nos lleva a concluir que el síntoma es concebido como una formación del inconsciente estructurada como un lenguaje, es decir, como un mensaje cifrado que expresa una verdad deformada a descifrar en el análisis. Por lo tanto, no constituye solamente un sufrimiento, sino también contiene una verdad para el sujeto.

Al concebir el síntoma como un mensaje a descifrar y articularlo con los indicadores clínicos, tenemos: inicialmente, un síntoma como algo ajeno, para luego a través del trabajo analítico lograr una implicación en el síntoma, para pasar a la pregunta por el propio deseo.

Ahora bien, Vallejo (2013) manifiesta que Lacan relaciona la compulsión a la repetición freudiana con la insistencia de la cadena signifiante. Es decir, el sujeto repite porque determinados significantes insisten inconscientemente. Esta repetición del síntoma, insiste más allá de la voluntad del sujeto, aunque le cause sufrimiento. Esto es así, porque el hombre está atravesado por el signifiante más allá de lo que sabe. Repite sin saber por qué.

Esto resulta relevante para la presente investigación, ya que los indicadores de satisfacción ligada al síntoma y localización del modo de satisfacción permiten delimitar el momento en que el sujeto deja de estar capturado en la repetición para empezar a preguntarse por su verdad, por su modalidad repetitiva durante el análisis. Así, el síntoma deja de ser una falla en el funcionamiento.

1.5. La dirección de la cura y la función del analista en la enseñanza de Jacques Lacan

En este apartado realizaremos un recorrido por distintos conceptos necesarios para comprender de qué manera interviene el analista para que ocurran movimientos subjetivos en la dirección de la cura.

En principio, Lacan (1966/2009b) dice “el psicoanalista sin duda dirige la cura” (p. 560). Para esto, tenemos que tener en cuenta que en la enseñanza lacaniana, Miller (1986/1990) señala que el dispositivo analítico se organiza a partir de la posición que ocupa el analista en la transferencia. Esto nos conduce a preguntarnos acerca de cuál es esta posición. Esta posición es la de oír e interpretar el discurso del analizante. Pero esta escucha no es pasiva, ya que el analista a través de sus silencios habilita al sujeto a que pueda hablar. En este sentido, Lacan agrega que para poder conservar el deseo en la dirección de la cura, el analista no tiene que responder a la demanda del sujeto. Al no responder inmediatamente a la demanda del sujeto: ¿quién soy?, ¿qué deseo?, permite que pueda aparecer el deseo del analizante. Esto es lo que entendemos como el pasaje entre los indicadores del “predominio de la posición sintomática” a los del “reconocimiento del deseo”.

De este modo, podemos destacar que la dirección de la cura se basa en esa posición del analista, donde sus intervenciones, interpretaciones y silencios crean las condiciones para que el sujeto pueda buscar la verdad sobre quién es y que desea.

Cuando el analista no responde a la demanda, permite que pueda surgir la pregunta por el propio deseo y la modificación en la relación respecto del saber del Otro (indicadores clínicos del reconocimiento del deseo).

Pero para que el analista pueda sostener su función, tiene que pagar. En este sentido, Lacan (1959-1960/1988) plantea que paga con sus interpretaciones, es decir, con palabras que puedan afectar al analizante en su fantasma. Es por ello que, la interpretación implica una responsabilidad, ya que puede afectar la verdad que el sujeto va construyendo en su discurso. Paga con su persona, de la que es desposeído durante la transferencia.

Siguiendo con las interpretaciones, Galuzzi (2024) señala que el libro *“Inventar lo Real”* de Claude Rabant indica que éstas no están cerradas. El sentido aparece cuando el analizante las toma y las resignifica. “Allí encontramos una chance al destino que desestima la idea de que esta pueda ser calculada” (Galuzzi, 2024, p.19).

Es decir, el efecto de la interpretación no se puede prever y es clave en cómo opera la cura en psicoanálisis. El analista realiza intervenciones, silencios e interpretaciones, pero el sujeto es el protagonista de su cambio ya que es él quien les da un sentido a esas manifestaciones del analista.

Es por ello, que el mencionado autor afirma que la interpretación “debe soportarse evanescente sostenida en los significantes” (Galuzzi, 2024, p. 19). De este modo, permite que el sujeto pueda producir algo propio.

Por lo expuesto, consideramos que la interpretación funciona como uno de los disparadores para los indicadores clínicos de modificación en la relación respecto del saber del Otro e implicación en el síntoma, ya que es el sujeto quien les da un sentido. Cuando el sujeto toma las interpretaciones del analista para producir algo propio, se puede reconocer un cambio en la posición subjetiva. El analizante se mueve de un lugar de alienación en el cual el Otro

sabía por él, a un lugar de enunciación, en el que comienza a decir algo propio. Pasa de: “esto me pasa” a “algo tengo que ver con esto”. Se produce un cambio en el discurso.

Ahora bien, para continuar comprendiendo esta posición del analista, resulta fundamental introducir el concepto de deseo del analista. Bonoris (2016) señala que, Lacan llamó a esta posición del analista frente a la palabra del Otro, deseo del analista, y es éste quien debe sostener una posición ligada al lugar del Otro, ocupar ese lugar vacío que permita la aparición del inconsciente.

Al respecto, Rubistein (1996) manifiesta que cuando Lacan introduce la noción del deseo del analista cuestiona la idea de un analista sin deseo, como puro espejo, pero esto no debe ser confundido con los sentimientos o deseos del analista como persona, ya que estos no deben dirigir la cura. Aquí, volvemos a lo manifestado al principio respecto de que es el psicoanalista quien dirige la cura y no sus deseos. Es decir, esta posición es una función para que pueda surgir el deseo del sujeto.

Desde esta perspectiva:

La neutralidad analítica freudiana -acorde a su posición científica- es sustituida en la obra de Lacan por el deseo del analista, otorgándole al mismo un poder central, en tanto el sujeto del inconsciente es producto de la interacción entre ambos participantes del análisis. (Bonoris, 2016, p. 37)

De lo anterior se desprende que, el inconsciente se pone en juego en la relación entre el analista y el analizante. Es por ello, que el analista no puede ser neutral, sino que “debe realizar una transformación de su posición ética para que pueda surgir el inconsciente” (Bonoris, 2016, p. 38).

De acuerdo con esto, Lozano (2011) señala que la dirección de la cura se produce en la transferencia. En este sentido, Miller (1986/1990) sostiene que una de las definiciones de Lacan sobre la transferencia consiste en entenderla como la puesta en acto de la realidad inconsciente, permitiendo que los mecanismos inconscientes se manifiesten en la sesión. Ahora bien, si tenemos en cuenta que la transferencia es el lugar donde el inconsciente se actualiza, resulta pertinente considerar cómo interviene el analista en ese proceso. Para ello, debemos destacar lo que plantea Miller (1998) respecto de la puntuación como método analítico para fijar la posición subjetiva del analizante, ya que no hay palabra más significativa que la que dice el analista en ese momento, de modo que, puede reconocerse en ella una “palabra de verdad”. Por lo tanto, la dirección de la cura implica saber que debe ser o no tomado en serio durante el análisis.

Ahora bien, adentrándonos en los alcances de la cura, Rubistein (1992) pone de relieve que el análisis no puede curar al analizante del sufrimiento que surge de ser efecto del lenguaje y que la cura analítica depende de cada sujeto, de hasta dónde quiere llegar.

En esta línea, Lacan (1959-1960/1988) menciona que el sujeto demanda felicidad, no un fin de análisis, pero indica que el análisis está lejos de ser una disciplina de la felicidad.

El analista no puede prometer entonces el espejismo de la felicidad, porque sería una estafa. Tampoco puede prometer la armonización psicológica, ni la eliminación del malestar, ni el confort. Se trata en cambio de encarar “el problema de la relación actual de cada hombre, en ese corto tiempo entre su nacimiento y su muerte, con su propio deseo...” y esto no es, sin duda, desentenderse del padecimiento sino situarlo en otra dimensión. (Rubinstein, 1992, p. 4)

Esta concepción de la cura permite entender los alcances de los indicadores clínicos propuestos. Estos no se orientan a leer una adaptación, felicidad o eliminación de los síntomas, ya que estos no son la finalidad de la cura psicoanalítica; sino a la lectura de modificaciones en la posición subjetiva del analizante respecto de su deseo y de su sufrimiento.

Es interesante relacionar lo anterior con lo que expresa Winnicott, desde otra perspectiva, respecto a la función del terapeuta:

Dice que le gusta pensar que si hace su trabajo bien como terapeuta el paciente encontrará su persona y podrá existir y sentirse real. Sentirse real, agrega, es más que existir: es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento. (Winnicott, 1971/2003, p. 154)

Entonces, para Winnicott los efectos terapéuticos pueden manifestarse incluso al experimentar “sentirse real”, aunque el sujeto no haya avanzado hasta llegar a preguntarse sobre su deseo. Por el contrario, para Reyes (1998) el sujeto podrá llegar a preguntarse sobre si ha actuado conforme a su deseo, si puede percibir lo que estaba reprimido aunque el trabajo analítico no llegue a su fin, es decir, que no se alcance una resolución completa de los conflictos inconscientes.

1.6. La Posición Subjetiva y su Transformación en la Cura

En su artículo “La constitución subjetiva y el deseo del Otro: Reflexiones desde Lacan con implicaciones clínicas”, publicado en el *Blog Eleia*, Wiener y Hernandez Rodriguez (2025) manifiestan que desde antes de su nacimiento, el bebe es investido por el deseo de los padres al soñarlo, hablar y fantasear sobre él y es allí, en el lenguaje del Otro, la historia familiar y la cultura, el lugar donde se comienza a escribir su subjetividad. Agregan que esto puede observarse en los relatos de los pacientes en el análisis, manifestando la permanencia del deseo del Otro en la organización de su mundo interno.

En este sentido, Reyes (1998) sostiene que el trabajo realizado durante el análisis busca producir efectos de verdad que saquen al sujeto del desconocimiento y permitan que pueda ir más allá del destino fijado por el Otro, produciendo un cambio en la posición del sujeto.

Esto nos permite pensar que, a pesar de que la subjetividad empieza antes de que podamos tener una experiencia consciente de nosotros mismos, y teniendo en cuenta lo manifestado por Reyes respecto del trabajo analítico, el destino de cada uno de nosotros no está escrito de forma definitiva. Hay margen para que lo podamos transformar.

Para Miller (1998), existen distintas formas que nos permiten reconocer cuál es la posición subjetiva, destacando que lo central es lo que el paciente dice para establecer si se trata de un cambio de posición subjetiva o no, más allá de cómo se viste, como se mueve, etc. Lo que le importa a Miller es la dimensión del dicho. Pero, agrega que ir de los hechos a los dichos no es suficiente y que es esencial cuestionar la posición de quien habla en relación con sus propios dichos, porque se puede decir algo, pero no creer en lo que se dice. Es decir, “la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado” (Miller, 1998, p. 39).

Aquí, el conjunto de indicadores se vuelve una herramienta de lectura de la enunciación, teniendo en cuenta la modalización y el lugar desde donde el sujeto habla.

Según Miller (1998) la modalización “es una manera de marcar el valor del dicho” (p.40). Agrega que el tono de voz es una modalización, por ejemplo; y que hay infinitos niveles de indicar con sutileza lo que se dice o hace. Es decir, los tonos, las sutilezas al hablar, las dudas, marcan el valor que el sujeto le da a su propio discurso. Cuando un sujeto deja de decir algo como si fuese una verdad absoluta y empieza a modalizarlo, por ejemplo con dudas o silencios, estamos ante un desplazamiento de la posición.

Por último, para Miller (1998) la localización subjetiva del analizante, es decir, desde dónde habla introduce al sujeto en el inconsciente. En otras palabras, el sujeto habla desde sus conflictos inconscientes, su historia y al hablar hay significantes que elige y otros que no, mostrando cómo se relaciona con lo que le sucede y trayendo el inconsciente a la superficie a través de lapsus, repeticiones, chistes y otras manifestaciones. En este sentido el autor agrega: “No hay una sola frase, un solo discurso, una sola conversación que no soporte el sello de la posición del sujeto en relación con lo que dice” (Miller, 1998, p. 44).

Lo cual puede relacionarse con: “...no hay una sola cadena significativa sin que se plantee la cuestión del sujeto, de quien habla, y desde qué posición habla. En toda cadena significativa la cuestión es de atribución al sujeto, al sujeto del dicho” (Miller, 1998, p. 50).

Finalmente:

Vemos también sujetos que continúan en su goce, sin poder/querer renunciar a él, sin querer sacrificar nada y demandando celeridad para poder seguir con la vida que llevaban, sin querer /poder parar a pensar, sin querer saber qué sucede y comprometerse para hacer un trabajo analítico. Así es difícil lograr un saber sobre la verdad del propio ser y situar las bases de una vida vivible. (Casero, 2025, párr. 15)

Por lo tanto, la cura psicoanalítica es un trabajo que requiere un compromiso que el sujeto no siempre está dispuesto a asumir.

En conclusión, este capítulo tuvo como objetivo adentrarnos en los principales conceptos cuya articulación sienta las bases para la elaboración y formalización de los indicadores clínicos desarrollados en el capítulo siguiente.

Capítulo 2: Indicadores Clínicos del Cambio de Posición Subjetiva

2.1. Definición, Fundamentos y Criterios de Formalización de los Indicadores Clínicos

En psicoanálisis, los indicadores clínicos del cambio de la posición subjetiva no vienen dados de antemano y tampoco constituyen un listado universal, ni se trata de datos empíricos preexistentes. No son observables como en las ciencias positivas, las cuales se basan en el método científico empírico, sino que se relacionan con conceptos que tienen sentido cuando se articulan en la experiencia clínica, es decir, son el resultado de un proceso de elaboración teórico-clínica.

Los conceptos que sirven de fundamento a los indicadores desarrollados a continuación no son creaciones originales de este trabajo, sino que se encuentran dispersos en distintos textos y autores de orientación lacaniana, los cuales hemos desarrollado en el capítulo anterior.

Cabe destacar que, del relevamiento bibliográfico realizado no se hemos encontrado propuestas que organicen estos conceptos en una herramienta de lectura clínica.

Es por ello, que el valor del presente trabajo consiste en elaborar y formalizar un conjunto de indicadores clínicos que conformen esa herramienta de lectura orientada a leer las transformaciones subjetivas en el material clínico, particularmente en la formación clínica de los profesionales que se inician.

Ahora bien, Bonoris (2016) explica que según Freud, los enunciados científicos podían ser verificados mientras se correspondían con su observación en los hechos, es decir, que las teorías debían corresponderse con los hechos clínicos. Pero el autor introduce una crítica señalando que en el psicoanálisis, el inconsciente no se puede observar, sino que se manifiesta en el dispositivo analítico, principalmente mediante la asociación libre. Esto encuentra su respaldo en la teoría de Lacan al desarrollar la noción del deseo del analista:

La neutralidad analítica freudiana –acorde a su posición científica– es sustituida en la obra de Lacan por el deseo del analista, otorgándole al mismo un papel central, en tanto el sujeto del inconsciente es producto de la interacción entre ambos participantes del análisis. El sujeto “es la conexión” (Lacan citado por Gutkowsky y Peusner, s.f.) que se da entre el analista y el analizante; y por lo tanto no es una realidad en sí misma, no es un ente posible de ser aislado, y no se lo puede conocer “neutralmente”. El psicoanálisis de Lacan no trabaja con propiedades, sino con interacciones. (Bonoris, 2016, p. 37-38)

Lo mismo sucede, por ejemplo, con el deseo y la posición subjetiva, que no son hechos objetivos que se puedan observar, sino que son conceptos teóricos que sólo se pueden entender en sus manifestaciones en la clínica.

Existe un problema alrededor de lo que es el conocer, el saber algo acerca de los objetos que nos rodean o de nosotros mismos. Y este problema radica en que la verdad no se muestra directa y llanamente ante nosotros, sino que debe ser buscada

más o menos activamente por medio de un trabajo indagatorio sobre los objetos que intentamos conocer. Todo conocimiento supone un cierto esfuerzo para adquirirlo y este esfuerzo puede ser hecho de una manera más o menos completa o efectiva. (Sabino, 1992, p. 2)

Este planteo resulta fundamental para pensar que el conocimiento implica una construcción, ya que la verdad no se presenta en forma directa y evidente; igual a como es el caso, por ejemplo, con el inconsciente y el deseo, que tampoco se presentan como objetos observables en sí mismos, sino de manera indirecta a través del discurso del sujeto.

Asimismo, Sabino plantea:

Y, dado que no es posible hacerlo por medio de alguna fórmula sencilla que pueda repetirse, el trabajo de investigación cobra entonces un carácter inevitable de labor artesanal donde, en cada caso, se deben poseer destrezas, conocimientos y aptitudes particulares. (Sabino, 1992, p. 2)

Este fragmento introduce la idea de que la construcción de conocimiento, que en el caso de esta investigación son los indicadores clínicos, implica un trabajo artesanal ya que no se puede realizar de forma estandarizada, sino a partir de un trabajo de articulación teniendo en cuenta la teoría y de cómo se interpreta en el material clínico. En esta línea, “la elucidación de casos permite interrogar el saber extraído a partir de ellos y contribuye al desarrollo de la investigación en psicoanálisis” (Malischevski, 2023, p. 11).

Vallvé Leal (2013) manifiesta en su tesis doctoral *Estudios Sobre la Eficacia Terapéutica de los Procedimientos Psicoanalíticos*, que Wallerstein y Sampson señalan que el estudio de los casos clínicos sufre limitaciones: las observaciones al no ser públicas no puede ser valoradas por terceros independientes y las hipótesis reflejan solamente la opinión del psicoanalista que las realizó, no se puede generalizar a partir de un solo caso y a veces, se cae en ideas que se repiten o no avanzan. Es decir, no se puede medir objetivamente nada, coincidiendo con lo expuesto hasta el momento.

Como señala Miller, “cuando un epistemólogo como Karl Popper toma el psicoanálisis y dice: los analistas no tienen pruebas científicas” (Miller, 1998, p. 45), se observa como las ciencias positivas cuestionan al psicoanálisis ante la falta de evidencia objetiva. Sin embargo, Miller aclara que, aunque Popper tenga razón desde la perspectiva de la objetividad, en el psicoanálisis la verdad no depende de hechos objetivos, sino que en la medida que se introduce la función del sujeto, lo relevante no son los datos preexistentes, sino lo que el analizante va produciendo en el dispositivo analítico.

En este sentido, la interpretación mínima consiste en devolver al sujeto su propio dicho - como formula Lacan - “usted lo dice, yo no se lo hago decir” (Miller, 1998, p. 45). De esta forma, podemos señalar que los indicadores clínicos no funcionan agregando un significado predeterminado al material clínico, sino que orientan la lectura de lo que el analizante produce en el dispositivo analítico.

Lacan (1953-1954/2001) al respecto, señala que el análisis como ciencia es una ciencia de lo particular. La realización de análisis son siempre casos particulares, aun cuando, desde el momento en que hay más de un analista, se presten a cierta generalidad. “El análisis es una experiencia de lo particular” (Lacan, 1953-1954/2001, p. 40).

Por todo lo expuesto a este momento, a los fines de este trabajo, los indicadores clínicos serán entendidos como elaboraciones teórico-clínicas que encuentran su fundamento en el material de la enseñanza de Jacques Lacan y desarrollos posteriores de distintos autores que permiten organizar la lectura de lo producido en el dispositivo analítico, como el discurso del analizante, sus actos y síntomas; y constituyen una herramienta de lectura para dar cuenta de las transformaciones en la posición subjetiva, sin constituir una lista universal ni cerrada.

En este sentido, cabe destacar que su validez no reside en poder comprobarlos empíricamente, sino en que permitan relacionar coherentemente los conceptos teóricos con lo que se lee en el material clínico.

En función de lo expuesto, en la elaboración de los indicadores clínicos a partir de la articulación teórico-clínica, vamos a tener en cuenta los siguientes criterios:

- 1) Fundamentación teórica:
Todo indicador clínico debe estar fundamentado en la teoría psicoanalítica lacaniana.
- 2) Lectura en el material clínico:
Deben poder utilizarse como herramienta de lectura del material clínico.
- 3) Contraste entre un antes y un después:
Los indicadores clínicos deben permitir dar cuenta de un movimiento subjetivo.
- 4) Relevancia clínica:
Deben aportar elementos para la lectura de las transformaciones en la posición subjetiva en el marco de la cura psicoanalítica.
- 5) Posibilidad de aplicación:
Si bien no son universales ni empíricos, deben resultar útiles como herramienta de lectura para el análisis de distintos casos, respetando lo singular de cada uno.

Estos criterios propuestos indican cómo tienen que ser los indicadores para considerarlos como tales. Los indicadores no funcionan como reglas rígidas, ya que cada caso es único; sino que ofrecen una orientación para la lectura del material clínico, a fin de dar cuenta de la transformación de la posición subjetiva durante el análisis.

Cabe aclarar que, en los casos y viñetas clínicas seleccionados, también pueden localizarse, de forma puntual, fenómenos como el acting out y el pasaje al acto. Estos no forman parte de los indicadores del eje principal de esta investigación, sino que forman parte de la complejidad del material clínico. Si bien los conceptos de “acting out” y “pasaje al acto” son desarrollados por Jacques Lacan en *El Seminario: Libro 10*, considerado un momento de transición en su enseñanza, los utilizaremos de manera excepcional como herramientas de lectura para dar cuenta de lo que no logra inscribirse en la cadena significante.

- Acting out:

En el acting out hay algo que no ha sido simbolizado y, en consecuencia, el sujeto no puede ponerlo en palabras. Por ello aparece directamente en la acción, con lo cual, lo que se expresa no está dicho, sino mostrado.

En este sentido, Lacan (1962-1963/2006) afirma que “el acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra” (p.136) y agrega que lo que se muestra, al igual que en el síntoma, se muestra como distinto de lo que es. Sin embargo, el acting out involucra al Otro como destinatario y esto lo diferencia del síntoma. Es una puesta en escena dirigida al Otro. En relación a esto, Evans (2007) agrega que el acting out es un mensaje cifrado porque ni siquiera el propio sujeto es consciente del contenido de sus acciones y “el desciframiento del mensaje se confía al Otro” (p. 29), pero sin garantía de que este pueda realizarlo.

Si se combinan los dos términos, el de mostrar y el del deseo dice Arasanz (2023), siguiendo a Jacques Lacan, señala que puede aislarse un deseo y ser mostrado como otro. En otros términos, el sujeto no muestra su deseo directamente, sino que lo hace en una escena enigmática.

Si el acting out es una acción mediante la cual el sujeto transmite un mensaje cifrado dirigido al Otro, en este sentido, el cuerpo puede funcionar como una superficie donde algo de eso se inscribe o se muestra: “el cuerpo como superficie de inscripción del gesto signifiante”, (Muñoz, 2022, p. 587). Cuando la inscripción simbólica resulta insuficiente, aquello que no logra ser articulado por la palabra puede manifestarse mediante el acto, como ocurre en el acting out. Es por ello que, en la clínica podemos observar el acting out, por ejemplo; en conductas impulsivas que involucran al cuerpo, como autolesiones.

- Pasaje al acto:

Conforme a lo expuesto por Allamprese (s.f.), el pasaje al acto es una acción orientada a producir un corte en lo real donde no hubo un corte en lo simbólico, a partir de un goce inminente.

Este acto no significa un cambio en la posición del sujeto, es un acto que ocurre por fuera de la palabra.

Lacan (1962-1963/2006) señala que el sujeto pasa al acto cuando se mueve en dirección de evadirse de la escena, es decir, a diferencia del acting out, deja de dirigirse al Otro.

El material clínico del caso “la chica de las agujas”, presentado por Allamprese (s.f.) muestra un goce no regulado que invade el cuerpo sin elaboración simbólica. Ante una angustia imposible de soportar, la paciente actúa directamente sobre su cuerpo, mediante un pasaje al acto, introduciendo agujas una por una, sin poder explicar por qué lo hace y sin dirigirse a un Otro. Se trata de una descarga directa de la angustia sin tramitación por la palabra. Aquí puede observarse como el acto reemplaza totalmente la palabra.

2.2. Indicadores de Predominio de la Posición Sintomática

A partir de la definición y de los criterios de elaboración de los indicadores clínicos, presentamos a continuación los del predominio de la posición sintomática, junto con una breve descripción y fundamento teórico.

Estos indicadores permiten organizar la lectura de las modalidades subjetivas vinculadas a cuando el sujeto permanece atrapado en una posición sintomática, sin preguntarse por su deseo.

Las manifestaciones presentadas a continuación constituyen algunos ejemplos sobre los cuales pueden aplicarse los indicadores pertenecientes a esta categoría, sin pretender agotar todas sus formas posibles. En los recortes de los casos y viñetas clínicas analizados en el siguiente capítulo, podrán leerse otras modalidades de manifestación.

1) Captura en la repetición:

Este indicador nos permite leer en el material clínico el retorno insistente de escenas, actos, significantes, mandatos y vínculos.

Ahora bien, Lacan (1958-1959/2015) plantea que el hombre está atravesado por el significante más allá de lo que sabe acerca de sí mismo; por eso, sus repeticiones responden a cuestiones inconscientes que desconoce. Es decir, hay determinaciones inconscientes que se repiten.

En la clínica, se manifiesta en repeticiones en los modos de vincularse, en escenas, elecciones o en la repetición de conductas o situaciones. El indicador de captura en la repetición nos permite leer dichas modalidades como resultado de una posición subjetiva fijada a una lógica repetitiva, cuando todavía no hay una pregunta del sujeto sobre su deseo. Se puede observar en el Caso Lucy de Reyes (2017) en la vigilancia y control por parte de la madre, precisamente en la relación de Lucy con el Otro invasivo (madre) en la que se muestra una insistencia en la modalidad del vínculo.

En razón de lo expuesto, podemos entender que el indicador de captura en la repetición permite la lectura de la posición sintomática, expresada en manifestaciones en las que el sujeto permanece fijado en una repetición.

2) Falta de pregunta por el deseo:

Este indicador nos permite leer la ausencia de interrogación subjetiva sobre la propia implicación en lo que le sucede al sujeto. Nos encontramos frente a un sujeto que no ha abierto la pregunta sobre sí mismo y su deseo, hay ausencia de pregunta.

Es decir, el sujeto no se pregunta sobre qué quiere, quedando fijado a un modo de satisfacción.

En la enseñanza lacaniana, como ya lo hemos abordado en otros apartados, el deseo se presenta como aquello que se articula en la pregunta por el deseo del Otro. Es decir que, ante la ausencia de interrogación por su posición en el deseo del Otro, el sujeto permanece fijado a una posición alienada respecto de éste.

En este punto, el fantasma se puede entender como la escena que sostiene dicha fijación, ya que organiza el deseo del sujeto y lo protege de la angustia que generaría cuestionarlo. Ahí es donde puede producirse la falta de pregunta por el deseo, en tanto el sujeto, sostenido en el fantasma, evita enfrentarse con aquello que alteraría su posición subjetiva.

Al respecto de esta evitación, Braunstein afirma que “ante el deseo es más seguro recluir, desvanecerse como sujeto, padecer una inhibición (fading), refugiarse en el síntoma neurótico” (Braunstein, 2006, p. 322).

Esta falta de interrogación puede aparecer como angustia cuando el analista interviene abriendo la pregunta sobre el deseo del sujeto, lo cual da lugar a silencios, cambio de tema, quejas, respuestas inmediatas sin estar elaboradas. El sujeto no se pregunta “qué tiene que ver esto conmigo”. También, puede manifestarse como un discurso rígido o cerrado, que no se abre a preguntas, sino que sostiene certezas o ubica el problema afuera.

A través de este indicador puede orientarse la lectura de dichas manifestaciones en el material clínico.

3) Síntoma como algo ajeno:

Este indicador nos permite leer la relación del sujeto con el síntoma, en cuanto a su grado de extrañeza.

El síntoma aparece como algo que irrumpe desde afuera, sin que el sujeto pueda reconocer que no es algo que le ocurre, sino que aquello que le sucede tiene una relación con él mismo.

El sujeto no se pregunta por la causa de su síntoma, sino que lo percibe como algo ajeno que le ocurre. Si bien lo experimenta y le produce malestar, lo vive desconectado de su posición subjetiva.

En este sentido:

El sujeto no ignora el malestar del síntoma como respuesta displacentera, lo que ignora, o de lo que no quiere saber, es la verdad que responde al síntoma, el ser de verdad que sobre él, como sujeto, trae el síntoma a la luz del día.
(Palomera, 2002, párr. 24)

De este modo, el síntoma tiene algo de verdad del sujeto que él mismo desconoce.

Asimismo, Palomera (2002) manifiesta que el síntoma divide al sujeto sin saber que hay en él, que aparece bajo la forma de lo extraño. Y como éste persiste más allá de la razón y la voluntad, se refuerza su carácter de ajeno. Por ello, Ruiz Moreno (2016) dice que, toda solución que se le imponga desde la volición (ej: consejos, imperativos) va a fracasar.

A partir de lo expuesto por los autores, podemos inferir que el sujeto no logra apropiarse de aquello que le ocurre, sino que lo vive como que se le impone desde

afuera. Es decir, el síntoma se presenta como algo que lo desborda, que el sujeto no reconoce.

De este modo, cuando el síntoma es experimentado de esta forma, puede ser leído mediante el indicador clínico del predominio de la posición sintomática. En el dispositivo analítico, esto lo podemos observar cuando el paciente utiliza expresiones como: “no se por que me pasa esto”, “no lo entiendo”.

4) Satisfacción ligada al síntoma:

Este indicador nos permite leer en el material clínico que algo del síntoma se sostiene porque produce un tipo de satisfacción, aunque sea displacentera.

Lleyassoff (2018), manifiesta que el síntoma puede entenderse como una brújula de un modo de satisfacción, ya que permite ubicarlo en la clínica. En este sentido, el síntoma no es solo una forma de sufrimiento, sino que también sostiene determinados modos de satisfacción.

Asimismo, Tendlarz (1996) manifiesta que, en *El Seminario: Libro 5* Lacan dice que el síntoma tiene la estructura de cualquier formación del inconsciente.

Desde esta perspectiva, podemos entender que el síntoma, como formación del inconsciente, no se reduce únicamente a una manifestación del malestar, ya que también comporta una modalidad de satisfacción inconsciente para el sujeto que ayuda a que persista.

Esta satisfacción ligada al síntoma se reconoce en la clínica en la insistencia del sujeto en sostener aquello que le produce malestar, y repetir situaciones displacenteras, ya que en dicha repetición se pone en juego una satisfacción inconsciente.

Hay una modalidad de satisfacción articulada al síntoma que se sostiene más allá del malestar que produce, mostrando la dificultad del sujeto para abandonarla.

2.3. Indicadores del Reconocimiento del Deseo

Los indicadores clínicos del reconocimiento del deseo dan cuenta de un cambio en la posición del sujeto frente a su síntoma, permitiendo que pueda preguntarse por él y además, implicarse en su propio sufrimiento.

1) Implicación en el síntoma:

Este indicador nos permite leer el momento en el que el sujeto comienza a ubicarse dentro de lo que le sucede.

El síntoma deja de ser algo que le sucede al sujeto “desde afuera”, para pasar a ser algo en lo que el sujeto tiene una participación, aunque inicialmente no lo sepa.

Ruiz Moreno (2016) sostiene que esta implicación de parte del sujeto no puede ser forzada por el analista, sino que es el sujeto quien tiene que ir descubriendo su participación en lo que le pasa, a través de la asociación libre.

De este modo, aparece una implicación en el síntoma, por ejemplo, ya no es “esto me pasa”, “siempre la gente me usa”, sino que se convierte en “algo tengo que ver con esto que me pasa”, “hay algo que repito”. Puede observarse en la clínica, por ejemplo,

en un cambio en el modo de contar la propia historia, en tanto el sujeto comienza a cambiar la manera en la que habla de su malestar. En este sentido, pueden aparecer frases como “nunca lo había pensado así”.

El análisis busca que el sujeto pueda reconocer su síntoma como propio, para dejar de sentirse como víctima de lo que le pasa y empezar a reconocer que tiene una participación en eso.

Como consecuencia de lo expresado, el indicador clínico nos permite leer cuando el sujeto deja de ubicarse como víctima u objeto del síntoma y pasa a reconocer su parte en lo que le sucede.

2) Modificación en la relación respecto del saber del Otro:

Este indicador nos permite leer un cambio en la suposición de que el Otro tiene un saber sobre su verdad.

Para Jacques Lacan (1967/2012), “el sujeto supuesto al saber es para nosotros el pivote desde el que se articula todo lo que tiene que ver con la transferencia” (p. 266).

Es decir, que el dispositivo analítico se organiza en torno al sujeto supuesto al saber.

En el análisis, ese lugar lo ocupa el analista, vía transferencia, porque el sujeto supone que posee un saber sobre su inconsciente. En este sentido, Lacan (1964/1987) señala que, “el analista [...] ocupa ese lugar en la medida en que es objeto de la transferencia” (p. 241).

Ahora bien, Miller (1986/1990) manifiesta que, “el psicoanalista no debe identificarse al sujeto supuesto al saber: el sujeto supuesto al saber es un efecto de la estructura de la situación analítica, lo cual es muy distinto a identificarse a esta posición” (p. 82).

En un primer momento, el sujeto suele poner al analista en ese lugar, y le hace demandas que buscan respuestas sobre su sufrimiento, pero Lacan (1967/2012) manifiesta que “está claro que del saber supuesto no sabe nada” (p. 267).

En este sentido, el trabajo llevado a cabo en el análisis no consiste en confirmar ese saber supuesto, sino en dar lugar a que el sujeto comience a dejar de pedir consejos, de preguntar “¿qué hago?”, “¿qué me conviene?” al analista. Como consecuencia, se produce una modificación en la relación al saber.

En este sentido, siguiendo a Jacques Lacan, podemos decir que este cambio en la relación con el saber, constituye un movimiento hacia el reconocimiento del deseo, ya que el sujeto deja de pensar que el Otro sabe algo sobre él y comienza a interrogarse.

3) Pregunta por el propio deseo:

Este indicador nos permite leer en el material clínico el inicio de una interrogación acerca de lo que el sujeto quiere, sobre su propio lugar o sobre su implicación subjetiva en aquello que le sucede. Es un indicador de movimiento subjetivo, no de resolución del síntoma.

La pregunta por el propio deseo es un momento fundamental en la dirección de la cura.

Cabe tener en cuenta que, la relación del deseo con el lenguaje introduce la siguiente contradicción aparente:

A partir de la enseñanza de Lacan, en su “retorno a Freud” de la mano de la lingüística, aparece la paradoja de proponer al deseo como producto del significante y a la vez como algo que le escapa. Lacan piensa al lenguaje como una maquinaria que produce y a la vez impide el deseo. (Bolettieri, 2024, párr. 3)

En consecuencia, el deseo no se presenta como un saber claro para el sujeto, en forma directa, sino como algo que se le escapa. Por ello, su reconocimiento no implica saber plenamente que se desea, sino comenzar a preguntarse por eso.

4) Localización del modo de satisfacción:

Este indicador nos permite leer cuando el sujeto comienza a ubicar cómo se satisface en lo que le sucede, qué función cumple eso que le pasa, aunque no lo comprenda del todo.

La posibilidad de localizar el modo de satisfacción del analizante, posibilita la lectura de aspectos de su posición subjetiva.

Lleyasoff (2018) señala que el trabajo analítico tiende a localizar qué modalidad se pone en juego en la repetición. Esto permite hacerla visible y que el sujeto pueda abrir preguntas acerca de su posición frente a ella, dando lugar a la posibilidad de modificarla. Si bien, el autor emplea el término “goce”, en el marco de la presente investigación, será abordado en su dimensión de satisfacción.

Aparecen manifestaciones del tipo “esto me calma”, “esto me descarga”, “me deja más tranquilo aunque no lo entienda”, etc.

A partir de lo expresado por Lleyasoff (2018), puede entenderse que el presente indicador clínico pertenece a la categoría de los indicadores del reconocimiento del deseo, en la medida que introduce la posibilidad de leer las manifestaciones en las que el sujeto comienza a dejar de estar totalmente tomado por la repetición y puede empezar a interrogarla, modificando así su posición subjetiva.

Capítulo 3: Recorte de casos clínicos y análisis mediante indicadores

3.1. Presentación de los Casos

Presentamos a continuación tres casos canónicos del psicoanálisis y cuatro viñetas clínicas contemporáneas que serán utilizados como material de análisis, articulando desarrollos teóricos con la práctica clínica. Fueron seleccionados teniendo en cuenta su pertinencia para orientar la lectura de las transformaciones de la posición subjetiva a partir de la aplicación de los indicadores del predominio de la posición sintomática y del reconocimiento del deseo en distintos momentos del dispositivo analítico.

1) “A propósito de un caso de neurosis obsesiva” (Hombre de las ratas):

El presente caso, ampliamente reconocido en la tradición psicoanalítica, corresponde al historial clínico de Ernst Lanzer y fue presentado en 1909 por Sigmund Freud en su texto “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”.

Se presenta un joven universitario ante Freud debido a que padecía desde su infancia, pero con mayor intensidad desde hacía cuatro años, representaciones obsesivas, dudas persistentes, prohibiciones y temores relacionados a la posibilidad de que a su padre, quien ya había fallecido, y a su amada les ocurra un castigo cruel con ratas tal como el que había escuchado durante unas maniobras militares. Todo esto acompañado por rituales que tienen como objetivo evitar ese desenlace, pero a su vez le generan sufrimiento.

Durante el tratamiento, que duró aproximadamente 11 meses, Freud (1909/1993) entiende que lo que había provocado el reciente recrudecimiento de la enfermedad no era el castigo de las ratas, sino un conflicto entre su amor por una mujer pobre y la propuesta familiar de casarse con una joven de buena posición económica, que en realidad encubría la exigencia implícita de seguir la voluntad del padre. Esto pudo relacionarse con una antigua querrela contra el padre, que ya había aparecido en su infancia, donde se articulan deseos ambivalentes hacia su progenitor (amor y hostilidad).

Este caso resulta relevante para el presente trabajo, ya que a partir de su desarrollo clínico, nos permite leer distintas manifestaciones del síntoma, la captura en la repetición y la implicación subjetiva.

2) “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (Dora):

El caso Dora trata sobre una joven de 18 años analizada por Sigmund Freud, cuya relación apegada con su padre, fue motivo del desarrollo de su historia patológica.

Freud primero atendió al padre de Dora y debido al éxito que tuvo, éste le presentó a su hija. Dora comenzó su tratamiento, impulsado por el padre.

La paciente, que presentaba síntomas somáticos, se vio involucrada en una compleja relación con una familia amiga del padre. A lo largo del análisis, se hace evidente un

conflicto inconsciente con su propio deseo, que aparece a través del síntoma. Asimismo, en este caso, podemos observar como la interpretación de los sueños ayuda a entender mejor los síntomas y los procesos inconscientes que se dan en la histeria. El caso Dora, resulta adecuado para el presente trabajo porque nos permite reconocer distintos momentos en los que la paciente se implica en su síntoma y la apertura a la pregunta por el deseo. Más tarde, Freud consideró el lugar de la transferencia, señalando que no fue suficientemente examinada durante el curso del tratamiento.

3) “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” (Aimee):

El caso Aimee, presentado por Lacan en su tesis doctoral *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* en 1932, trata sobre una mujer que es internada luego de cometer un ataque con una navaja contra una actriz reconocida, convencida de que ésta la perseguía y atentaba contra su persona.

Su vida se ve envuelta en ideas delirantes de persecución, relacionadas con la creencia de que distintas personas, sobre todo mujeres, quieren quitarle a sus hijos o hacerles daño. Estas ideas se vuelven más intensas sobre todo en momentos relacionados con la maternidad.

Este caso resulta interesante ya que da lugar a articular la enseñanza lacaniana con un caso clínico propio de Lacan. Además, funciona como un contrapunto con los casos de neurosis trabajados en esta investigación, ya que nos permite observar los límites que presentan algunos de los indicadores clínicos ante una estructura diferente de la de los casos de neurosis analizados. Asimismo, podemos observar como el goce en la psicosis invade al sujeto sin elaboración simbólica, a través del delirio y el pasaje al acto.

4) “Marcas de la ciencia en el cuerpo”:

Este caso fue presentado por Marcela Molinari en el año 2013.

Se trata de una paciente de 39 años, Laura, separada, que consulta porque está muy angustiada debido a conflictos legales con su ex marido.

Cuando finalmente logra quedar embarazada de su nueva pareja (Juan) mediante un tratamiento de fertilización, hacia el sexto mes de gestación, la paciente sufre una angustia muy grande a pesar de que las circunstancias de su vida parecían buenas.

El material sirve para el trabajo, ya que muestra cómo el discurso de la ciencia se relaciona con la aparición de preguntas sobre sí misma y su deseo.

5) “Viñeta clínica de entrevistas preliminares”:

En esta viñeta clínica presentada por Miller, podemos observar en un primer momento del análisis, una demanda que realiza el sujeto para prepararse para la inminente separación de su esposa, en el marco de una posición de dominio sostenida durante años sobre la misma. Sin embargo, se pone en evidencia que esa demanda oculta una posición subjetiva orientada a no cambiar nada de él en relación a lo que su esposa le reclamaba.

También, aparecen intervenciones del analista que apuntan a que el sujeto pueda comenzar a ubicarse de manera más subjetiva. Es por todo esto, que considero a este caso muy interesante para el presente trabajo.

6) “Viñeta clínica - Nocera et al.”:

Se trata de un recorte clínico presentado por Nocera et al. que surge en el marco de un trabajo de investigación clínica.

Se aborda el caso de un joven de 25 años, Marcos, que consulta por un cuadro de desgano e insomnio, pero sin que todo esto se le vuelva una pregunta.

Ante una intervención del analista, comienza a hablar de ensoñaciones que padece relacionadas con la infancia y la sexualidad, las cuales, son acompañadas de manifestaciones en el cuerpo.

A lo largo del proceso, el paciente va encontrando distintas maneras de hablar sobre lo que le sucede, mejorando el sueño y su estado en general.

Este material, nos permite pensar acerca del pasaje desde un malestar sobre el cual el paciente en un principio no se había interrogado, hacia una mayor implicación respecto de aquello que sostenía su sufrimiento y la pregunta por su propio deseo.

7) “Viñeta clínica: La chica de las agujas”:

La viñeta es presentada por Angelina R. Allamprese, en el marco de su experiencia de 38 años de trabajo en un Hospital Infanto Juvenil, alguno de los cuales sucedieron en el departamento de internación. Se trata de una adolescente de catorce años extremadamente rebelde, Claudia, que vivió toda su vida de institución en institución, luego de ser rechazada por su familia y distintas familias adoptivas. Al haber provocado un incendio de colchones en la institución de menores donde residía, es derivada a un hospital para su internación, debido a que su conducta implicaba un riesgo para ella y para terceros.

Durante su internación se descubre que la adolescente tenía el cuerpo lleno de agujas que ella misma había introducido en sus brazos y piernas, en momentos de mucha angustia, sin haber podido poner en palabras ese sufrimiento.

En el transcurso del tratamiento, y a partir de la posibilidad de comenzar a hablar, se fueron produciendo algunos cambios en la posición subjetiva de Claudia.

Consideramos a esta viñeta pertinente para el presente trabajo, ya que nos permite ubicar un cambio, que va desde un goce que se expresa directamente en el cuerpo hacia formas en las que la adolescente puede empezar a poner en palabras lo que le pasa.

3.2. Recorte de los Casos

A continuación, presentamos los recortes de distintos fragmentos de los casos y viñetas propuestos.

Los recortes seleccionados dan cuenta de distintas manifestaciones clínicas que pueden ser leídas mediante los indicadores clínicos elaborados en la presente investigación.

En este sentido, los casos de Freud, Lacan y otros autores contemporáneos, permiten ubicar dichas manifestaciones en la práctica clínica actual, de forma tal que el alcance de los indicadores como herramienta de lectura resulta útil para la formación de los profesionales que inician su práctica psicoanalítica.

Los recortes serán posteriormente leídos a partir de los indicadores clínicos de predominio de la posición sintomática y los de reconocimiento del deseo. También, el acting out y pasaje al acto, los cuales de manera excepcional, serán utilizados como herramientas de lectura clínica.

- “A propósito de un caso de neurosis obsesiva” (Hombre de las ratas):

Seleccionamos los siguientes momentos clínicos del caso.

1. El paciente recuerda escenas de su infancia ligadas al comienzo de una vida sexual temprana: “Teníamos una gobernante joven [...] Tenía poca ropa encima, y yo le toque los genitales y el vientre, que se me antojo curioso. Desde entonces me quedó una curiosidad ardiente, atormentadora, por ver el cuerpo femenino” (Freud, 1909/1993, p. 128-129). Aparece una escena infantil que luego se relaciona con el síntoma.

2. Había personas, muchachas, que me gustaban mucho y por quienes yo sentía un urgentísimo deseo de verlas desnudas. Pero a raíz de ese desear tenía un sentimiento ominoso, como si por fuera habría de suceder algo si yo lo pensaba, y debía hacer toda clase de cosas para impedirlo. (Freud, 1909/1993, p. 130)

Observamos cómo aparece un deseo fuerte ligado a la mirada, acompañado de angustia y la necesidad de hacer algo para evitar un supuesto castigo.

3. El momento en el cual el paciente relata el impacto que le produjo haber escuchado una historia sobre un castigo con ratas durante unos ejercicios militares. Consistía en la introducción de estos animales en el cuerpo de la víctima, más precisamente en el ano. Como consecuencia de haber escuchado esa historia, el sujeto comienza a sufrir pensamientos obsesivos en los que imagina que dicho castigo podía sucederle a su amada y a su padre. Es decir, la idea obsesiva se desplaza a otros. Para evitarlos, realizaba rituales. “En el momento me sacudió la representación de que eso sucede con una persona que me es cara” (Freud, 1909/1993, p. 133).

4. El paciente había recibido unos quevedos via telegráfica y respecto del dinero que debía pagar por ellos, se instala la duda obsesiva que le hace realizar actos para resolverla:

Pero en ese mismo momento se le plasmó una sanción: No devolver el dinero, de lo contrario sucede aquello (es decir, la fantasía de las ratas se realiza en el padre y la dama). Y según un tipo que le era consabido, en lucha contra esa sanción se elevó enseguida un mandamiento a modo de juramento: Tú debes devolver al teniente primero A. las 3,80 coronas, cosa que se espeta a sí mismo casi a media voz. (Freud, 1909/1993, p. 134)

Aparecen mandatos que se contradicen, de pagar y no pagar al mismo tiempo, relacionados con los quevedos.

5. A partir de una situación ligada a una deuda de su padre mientras éste prestaba servicios militares: “Las palabras del capitán: Tienes que devolver las 3,80 coronas al teniente primero A., le sonaron como una alusión a la deuda impaga del padre” (Freud, 1909/1993, p. 165). Hay una situación actual que se relaciona con algo de su padre.

6. El paciente realiza un juramento que más tarde reconoce como falso: “Quedó entonces muy afectado, pues no podía mantener su juramento, dado que su premisa era falsa” (Freud, 1909/1993, p. 135). Esto aumenta la duda y la culpa, y la necesidad de resolverlo mediante pensamientos o acciones:

Pues en el trasfondo lo asediaba de continuo su juramento. Esa noche fue tremenda; argumentos y contraargumentos se peleaban entre sí; el principal argumento era, desde luego, que la premisa de su juramento, el pago que el teniente primero A. hiciera por él, era incorrecta. (Freud, 1909/1993, p. 136)

“A pesar de ello, se hizo el juramento basado en ese error, juramento que por fuerza se le convertiría en un martirio” (Freud, 1909/1993, p. 137).

7. A los doce años de edad amaba a una niña [. . .] Y entonces le acudió la idea de que ella le mostraría amor si a él le ocurría una desgracia; se le puso en la cabeza que esta podía ser la muerte de su padre [. . .] Aun ahora se defiende de la posibilidad de haber exteriorizado con ello un deseo. Es que solo fue una conexión de pensamiento. -Yo le objeto: Si no era un deseo, por qué la revuelta? -Bueno, solo por el contenido de la representación: “que mi padre pueda morir”. (Freud, 1909/1993, p. 141-142)

Las ideas obsesivas que lo hacían sufrir remiten a deseos reprimidos, Freud le señala: “Yo respondo que justamente ese amor intenso es la condición del odio reprimido” (Freud, 1909/1993, p. 143). Freud le muestra al paciente que también participa en lo que le pasa, al localizar un deseo propio que no reconoce.

8. Otras representaciones obsesivas, como las que sucedieron con su amada en un lugar de veraneo:

Cierta vez que viajaba con ella en un barco, en tanto arreciaba un fuerte viento, se vio obligado a constreñir a que se pusiera la capa de él porque se le había plasmado el mandamiento “que no le suceda nada”. (Freud, 1909/1993, p. 149)

Esto, nos permite leer la aparición de un mandato que lleva al paciente a realizar una acción para evitar un posible daño.

9. “En una oportunidad, estando juntos en medio de una tormenta, le sobrevino la compulsión de tener contado hasta 40 o 50 entre rayo y trueno, sin que acertara a entenderlo” (Freud, 1909/1993, p. 150). Hay una conducta compulsiva que el sujeto no puede entender.

10. El día que ella partió, él tropezó contra una piedra de la calle, y se vio obligado a removerla porque le vino la idea de que dentro de unas horas el carruaje de ella pasaría por la misma calle y podría dañarse con esa piedra, pero algunos minutos después se le ocurrió que eso era un disparate, y se vio obligado a regresar y volver a poner la piedra otra vez en su anterior lugar en medio de la calle. (Freud, 1909/1993, p. 150)

Se hace evidente la presencia de actos compulsivos y mandatos contradictorios.

11. Varios años después de la muerte del padre, se le impuso al hijo, cuando por primera vez experimentó la sensación de placer de un coito, esta idea: "¡Pero esto es grandioso! A cambio de ello, uno podría matar a su padre". (Freud, 1909/1993, p. 158)

El placer aparece acompañado de una idea de matar al padre, lo que muestra la relación entre el deseo y la culpa.

- "Fragmento de análisis de un caso de histeria" (Dora):

Utilizamos recortes del caso Dora, no para desarrollar la estructura histórica, sino para ubicar momentos clínicos en los que surgen preguntas por el deseo y manifestaciones del predominio de la posición sintomática.

1. Freud, refiriéndose a Dora, señala que "presentaba ya a la edad de ocho años síntomas neuróticos. En esa época contrajo una disnea permanente, en la forma de ataques muy agudos" (Freud, 1905/1990, p. 20). Agrega que "hacia los doce años le aparecieron hemicranias, del tipo de una migraña, y ataques de tos nerviosa" y "la vi por primera vez a comienzos de un verano, cuando ella tenía dieciséis años; estaba aquejada de tos y afonía"; y por último: "cuando entro en tratamiento conmigo, a los dieciocho años, tosía de nuevo de manera característica" (Freud, 1905/1990, p. 21). Hay manifestaciones en el cuerpo a través de las cuales Dora expresa el conflicto.
2. "Cuando un día, tras un ínfimo cambio de palabras entre padre e hija, esta sufrió un primer ataque de pérdida de conocimiento [. . .], determinó, a pesar de la renuencia de ella, que debía ponerse bajo mi tratamiento" (Freud, 1905/1990, p. 22). Se manifiesta que, a partir de una situación vivida con su padre, aparece un síntoma y Dora inicia el tratamiento sin estar de acuerdo.
3. "La señora K. lo había cuidado, durante una larga enfermedad, ganándose así un imperecedero derecho a su agradecimiento" (Freud, 1905/1990, p. 24). Se presenta la relación que tenían el padre de Dora y la Sra. K.
4. Dora basada en distintas experiencias sostenía que "para ella no había ninguna duda de que su padre había entablado con esa mujer joven y bella una vulgar relación amorosa" (Freud, 1905/1990, p. 30).
5. Freud manifiesta sobre Dora que:

Cuando estaba de mal talante, se le imponía la idea de que había sido entregada al señor K. como precio por la tolerancia que este mostraba hacia las

relaciones entre su padre y la señora K., y detrás de su ternura hacia el padre se vislumbraba la furia que le provocaba semejante uso. (Freud, 1905/1990, p. 31)

Hay sentimientos contradictorios hacia su padre.

6. Se extraía [...] que de su tácito consentimiento al trato de su padre con la señora K, a saber, que todos esos años ella había estado enamorada del señor K. Cuando le formulé esta conclusión, no tuvo aceptación alguna de su parte. (Freud, 1905/1990, p. 34)

Se observa la posición de Dora en relación al señor K. y un rechazo frente a lo que Freud le señala. Aunque luego, aparece un reconocimiento respecto de esa posición: “concedió que podía haber estado enamorada del señor K. en B., pero desde la escena junto al lago eso quedó superado” (Freud, 1905/1990, p. 34).

7. “Cuando Dora hablaba de la señora K., solía alabar su cuerpo deliciosamente blanco con un tono que era más el de una enamorada que el de una rival vencida” (Freud, 1905/1990, p. 55). Se pone en evidencia la ambivalencia de los sentimientos de la paciente hacia la señora K. En este sentido, Freud agrega que:

El hipervalente itinerario de pensamientos de Dora, que la hacía ocuparse de la relación de su padre con la señora K., no estaba destinado solo a sofocar el amor por el señor K., amor que antes fue consciente, sino que también debía ocultar el amor por la señora K., inconsciente en un sentido más profundo. (Freud, 1905/1990, p. 56)

8. Freud (1905/1990) interpreta un primer sueño de Dora: “ella me comunicó que una de las noches pasadas había vuelto a tener un sueño que ya había soñado repetidas veces de la misma manera” (Freud, 1905/1990, p. 57). En este sueño, su casa se incendia y su padre la despierta para que escape. Esto permite acceder a elementos inconscientes del conflicto.
9. Más adelante, Freud (1905/1990) señala que un segundo sueño dio lugar a una solución respecto de una laguna en la memoria de Dora sobre la causa de uno de sus síntomas: “Como usted ve, su amor por el señor K. no terminó con aquella escena, sino que, como lo he sostenido, prosiguió hasta el día de hoy -al menos en su inconsciente-. Ella ya no contradijo” (Freud, 1905/1990, p. 91).
10. Se pone de manifiesto la decisión de Dora de interrumpir el tratamiento: “¿Sabe usted, doctor, que hoy es la última vez que vengo aquí? [...] me propuse aguantar hasta Año Nuevo, pero no quiero esperar más tiempo la curación” (Freud, 1905/1990, p. 92).
11. En la misma sesión, Dora relata una escena sobre algo que sucedió entre el señor K. y una gobernanta de sus hijos:

El señor K. se le había acercado en una época en que su mujer se encontraba ausente por varias semanas, la había requerido de amores vivamente,

pidiéndole que gustase de él; le dijo que nada le importaba de su mujer, etc.
(Freud, 1905/1990, p. 93)

12. Freud (1905/1990) interviene diciendo “son las mismas palabras que uso cuando la requirió a usted, y a raíz de las cuales usted le dio la bofetada en el rostro” (p.93) y agregó:

Ahora conozco el motivo de aquella bofetada con que usted respondió al cortejo. No fue la afrenta por el atrevimiento de él, sino la venganza por los celos [. . .] Pero en el momento que el señor K. usó las palabras ‘nada me importa de mi mujer’, que había dicho también a la señorita [. . .] Usted se dijo: ¿cómo se atreve a tratarme como a una gobernanta?. (Freud, 1905/1990, p. 93-94)

- “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” (Aimée):
A continuación, presentamos los siguientes fragmentos clínicos.
- 1. “Entonces, según declaró la actriz, la desconocida cambió de rostro, sacó rápidamente de su bolso una navaja ya abierta, y mientras la miraba con unos ojos en que ardían las llamas del odio, levantó su brazo contra ella” (Lacan, 1932/2005, p. 138). Se presenta el pasaje al acto que da lugar a la internación de Aimee.
- 2. En este recorte se pone de manifiesto la idea delirante de la persecución:
Declaró que desde hacía muchos años la actriz venía haciendo “escándalo” contra ella; que la provocaba y la amenazaba; que en estas persecuciones estaba asociada con un académico, P.B., famoso hombre de letras, el cual, en muchos pasajes de sus libros?, revelaba cosas de la vida privada de ella, Aimée A. [. . .] la atacó porque vio que huía. (Lacan, 1932/2005, p. 138)
- 3. “El hijo parece ser el objeto único de sus preocupaciones” (Lacan, 1932/2005, p. 143). “Temía mucho por la vida de mi hijo -escribe la enferma-, si no, le sucedería una desgracia ahora, le sucedería más tarde, a causa de mí, y yo sería una madre criminal” (Lacan, 1932/2005, p. 148).
- 4. “Sostiene sus afirmaciones delirantes con todo lujo de detalles ante el comisario, ante el director de la cárcel y ante el médico legista” (Lacan, 1932/2005, p. 156).
- 5. Anteriormente, la paciente ya había estado internada en una casa de salud por pedido de la familia. De los certificados de esa casa de salud surge que Aimee sufre de “ideas delirantes de persecución y de celos, ilusiones, interpretaciones, declaraciones ambiciosas, alucinaciones mórbidas [. . .] Creía que todo el mundo se burlaba de ella, que se le lanzaban injurias, que le reprochaban su conducta” (Lacan, 1932/2005, p. 140). “Conocemos ya su internamiento en el asilo privado de E., su permanencia de seis meses en ese lugar, y el diagnóstico que se pronunció: delirio de interpretación” (Lacan, 1932/2005, p. 145). Se observa cómo en Aimée se van afirmando sus ideas de creerse víctima de una persecución. En este sentido, 10 años antes de su última internación:

Aimée tiene, por esos días, la impresión de que cuando charlan entre sí sus compañeros de trabajo, es para hablar mal de ella; critican sus acciones de manera insolente, calumnian su conducta [. . .] En la calle, los transeúntes cuchichean cosas contra ella [. . .] En los periódicos reconoce alusiones dirigidas asimismo contra ella. (Lacan, 1932/2005, p.144)

“Un día revienta a navajazos los dos neumáticos de bicicleta de un compañero de oficina” (Lacan, 1932/2005, p. 144). Este hecho que fue elegido entre otros expuestos en el caso, puede ser interpretado en relación al delirio de persecución.

6. “En marzo de 192... da a luz a una niña que nace muerta [. . .] Aimée imputa la desgracia a sus enemigos” (Lacan, 1932/2005, p.144). En este fragmento, podemos ubicar la causa de la tragedia a la acción de otros.

7. “El segundo embarazo la pone [. . .] con el mismo delirio de interpretación” (Lacan, 1932/2005, p.145). Vuelve a presentarse el delirio en el segundo embarazo. “Todos amenazan a su hijito” (Lacan, 1932/2005, p.145).

8. En este sentido:

No todas las interpretaciones giran en torno a la actriz, pero sí un gran número de ellas. Estas interpretaciones surgen de la lectura de los periódicos y de los carteles, así como de las vistas de las fotografías publicitarias [. . .] Todos los elementos turbios de la actualidad son utilizados por el delirio. (Lacan, 1932/2005, p. 147-148)

Se observa cómo la paciente lee la realidad desde el delirio.

9. Lacan señala que Aimée comenzó con una relación delirante de naturaleza erotomaniaca con el novelista P.B., “que posteriormente pasó a la etapa de despecho [. . .] según ella fue P.B. quien la obligó a abandonar a su marido” (Lacan, 1932/2005, p. 149). Agrega que “Aimée creyó reconocerse en varias de las novelas de P.B.” (Lacan, 1932/2005, p. 150) y el encuentro que tuvo con P.B. para pedirle explicaciones:

Fui a la librería a preguntar si lo podía ver [. . .] me presenté a él y él me propuso dar una vuelta por el bosque [. . .] durante este paseo lo acuse de andar diciendo cosas malas de mi, el no me respondió, al final me trató de mujer misteriosa y luego de impertinente y nunca más volví a verlo. (Lacan, 1932/2005, p. 154-155)

Se forma una relación delirante que incluye a la señora Z. y al novelista P.B. como las figuras centrales.

10. “Encontramos anotadas en hojas sueltas las direcciones de sus principales perseguidores” (Lacan, 1932/2005, p. 154).

11. Aimée manifiesta que durante su estadía en la cárcel:

A la hora en que todo el mundo estaba acostado, hacia las siete de la tarde, me puse a sollozar y a decir que esa actriz no tenía nada contra mí, que yo no hubiera debido

asustarla [. . .] Todo el delirio se derrumbó al mismo tiempo, “el bueno como el malo”, nos dice ella (Lacan, 1932/2005, p. 157).

Se observa la caída de la totalidad del delirio.

- “Marcas de la ciencia en el cuerpo”:

Seleccionamos los siguientes fragmentos para luego ser leídos con los indicadores clínicos.

1. Molinari (2013) señala que Laura consulta por estar angustiada ante los conflictos legales con su ex marido, con quien tiene un hijo de 7 años. La demanda se formula en torno a una situación conflictiva externa.
2. La paciente había logrado formar una nueva pareja con Juan y “manifestaba una dificultad; no podía quedar embarazada” (Molinari, 2013, p. 247). Se introduce un conflicto entre el cuerpo y la maternidad, ya que habían realizado varios tratamientos de fertilización.
3. Laura señala sufrir la frustración de “no poder, como ella decía, ‘darle un hijo a Juan’” (Molinari, 2013, p. 247). Esto nos permite ver cómo la maternidad comienza a ocupar un lugar central en el discurso de la paciente.
4. Recurren a un nuevo tratamiento médico que consiste en un embarazo por donación anónima de óvulos. De este modo, interviene un saber de la ciencia sobre el cuerpo.
5. Durante el embarazo surge una angustia que la paciente no puede explicarse: “No entiendo esta angustia tan fuerte, todo está bien, el embarazo bárbaro, con Juan todo bien, bien el trabajo. ¿Qué es esta angustia? No doy más...” (Molinari, 2013, p. 248).
6. Comienza a manifestarse el malestar en el cuerpo: “El insomnio y cierto ahogo se repetían” (Molinari, 2013, p. 248).
7. Laura recuerda su primer embarazo y menciona que en ese momento su ex marido “ya estaba con otra, sabía que había una tercera” (Molinari, 2013, p. 248). Aparece una escena previa ligada a otra mujer.
8. El analista interviene diciendo: “‘¿Tercera?’, intervengo y respondo: ‘Que había otra mujer’. ‘Otra mujer en juego’ le digo” (Molinari, 2013, p. 248). En este fragmento, puede ubicarse una palabra que se repite en el discurso, el significante “la otra”.
9. Vuelve a aparecer el mencionado significante cuando la paciente cuenta en relación a la donante, que “el médico siempre la dejó afuera, nunca hizo referencia a la otra” (Molinari, 2013, p. 248). También aparece cuando Laura manifiesta que “empecé a pensar lo de la transferencia embrionaria, la famosa donante, la otra mujer, la célula, el vínculo” (Molinari, 2013, p. 248).
10. Molinari (2013) señala que la analizante comienza a preguntarse acerca de cómo va a ser su relación con su hija María. Es decir, hay una inseguridad respecto de su lugar como madre: “Para ella soy su mamá y la voz es la mía, esta frase la tengo que repetir varias veces” (Molinari, 2013, p. 248).

11. Vuelven a aparecer las manifestaciones en el cuerpo ante la angustia: “El otro día me desperté ahogada, el tema de los parecidos....” (Molinari, 2013, p. 248). Hay nuevamente otra mujer, la donante, que angustia a Laura.
- “Viñeta clínica de entrevistas preliminares”:
Presentamos los recortes clínicos más relevantes de la viñeta.
 1. El paciente consulta manifestando que “su mujer se prepara para separarse y él quiere, a través de un nuevo análisis, prepararse para esa separación” (Miller, 1998, p. 53). La esposa, luego de comenzar su propio análisis cambió y el paciente no puede reconocerla. La demanda consiste en prepararse para afrontar una pérdida.
 2. Miller (1998) refiere que durante años el marido fue la referencia de su mujer, siendo el jefe de la casa, algo que su paciente consideraba que era lo que su mujer necesitaba, ya que se identificaba con esa posición dominante que era la de su mismo padre. Es decir, el sujeto ejercía una función de dominio en su matrimonio, y además, no se lo cuestionaba: “Si, ella no sabe qué hacer y necesita a alguien que la dirija” (Miller, 1998, p. 54).
 3. El analista considera que la demanda era en realidad: “Ayúdeme a perderla” (Miller, 1998, p. 54). Es decir, mantenerse en la misma posición, que en este caso sería la posición paterna, sin cambiar nada. Es por ello, que realiza una primera intervención diciendo: “Usted no quiere cambiar” (Miller, 1998, p. 54). Con esta intervención se apunta a la posición del sujeto más allá de lo que plantea en su demanda.
 4. El analista decide no aceptar la demanda tal como se presenta, porque eso hubiese sido aceptar una demanda de no cambiar.
 5. La segunda vez que el paciente vuelve, reconoce haber sostenido una posición de “O todo se conserva como antes o no hago nada” (Miller, 1998, p. 55). Esto pone en evidencia que al cambiar la mujer en su propio análisis su posición subjetiva, la posición del marido fue alterada.
 6. Miller (1998) subraya la función del malentendido en las entrevistas preliminares, por ejemplo mediante la pregunta: ¿Qué quiere decir con eso?, la cual apunta a que el sujeto no se entienda completamente a sí mismo y así surge la demanda que se funda en que quien no se entiende es el propio sujeto.
- “Viñeta clínica - Nocera et al.”:
Presentamos los siguientes fragmentos clínicos.
 1. El paciente, Marcos, inicia las entrevistas con “largos y constantes silencios, sus bostezos proliferaban en las primeras entrevistas [. . .] bostezaba pronunciando el dicho: “Tengo sueño” (Nocera et al., 2021, p. 597). Esto lo hacía el paciente sin preguntarse por su malestar.
 2. Ante la intervención del analista: “¿Tenes sueños?”. Furioso responde: ‘Si tuviera sueños dormiría’” (Nocera et al., 2021, p. 597). La intervención introduce un equívoco

que hace surgir un cambio en la forma que el paciente responde, permitiendo que aparezcan nuevos elementos.

3. Marcos relata escenas infantiles relacionadas a la sexualidad con su primo, que retornan en forma de ensoñaciones acompañadas de excitación corporal, dice: “creo que después de descargar ahí me duermo un rato” (Nocera et al., 2021, p. 598).
4. Posteriormente, retoma diciendo: “Pensé o ensoñe, soy gay y eso me dejó dormir [. . .] eso me da algo de tranquilidad en el cuerpo” (Nocera et al., 2021, p. 598).
5. Marcos relata que, comenzó a tener insomnio debido a que, en el marco de una relación con la única novia que tuvo, durante un juego erótico en el que ella se disfraza “de nenita”, le pareció ver el pene de su primo de la infancia. Señala: “Es el de las ensoñaciones, el de mi primo de chico” (Nocera et al., 2021, p. 598).
6. “Ahora me queda claro soy gay, tal vez fui bisexual y no lo sabía” (Nocera et al., 2021, p. 598). Esto permite que ya no se produzcan las ensoñaciones relacionadas a la infancia.
7. Más adelante, conoce a un joven, pero no puede lograr la erección. El no poder explicarse por qué no puede, le provoca nuevamente insomnio.
8. Finalmente, cuenta la siguiente revelación que tuvo en una ensoñación: “Soy gay y gozo como una mujer, tengo orgasmo sin erección” (Nocera et al., 2021, p. 598). Esto le permite volver a dormir. El paciente agradece y da por concluida las entrevistas.

- “Viñeta clínica: La chica de las agujas”:

A continuación, seleccionamos los siguientes recortes de la presente viñeta.

1. La paciente es derivada al hospital desde un instituto de menores donde se encontraba internada como consecuencia de “su conducta disruptiva que culminó con un incendio de colchones en el instituto donde se hallaba. Claudia queda internada por implicar un peligro para sí y para terceros” (Allamprese, s.f., p. 4). Esta conducta se presenta sin que haya mediación simbólica.
2. “Claudia tenía el cuerpo lleno de agujas. Sobre todo los brazos y las piernas” (Allamprese, s.f., p. 4). Aquí, el cuerpo aparece como lugar de inscripción de algo que la paciente no puede poner en palabras.
3. “Claudia puede hablar de ello en el marco terapéutico” (Allamprese, s.f., p. 4). Ella misma se había introducido las agujas una a una en brazos y piernas en momentos de angustia extrema. Angustia que le era imposible de soportar y que no podía expresar de otro modo, que no podía poner en palabras (Allamprese, s.f., p. 4). La introducción de las agujas era una acción que reiteraba frente a situaciones de angustia.
4. “Durante el periodo de su internación el tratamiento consistió en hacer de ese cuerpo un cuerpo subjetivado haciendo emerger, además de las agujas, algo de la subjetividad acallada de Claudia” (Allamprese, s.f., p. 4). Este fragmento, nos permite observar la aparición de algo distinto relacionado con el cuerpo.

5. “Descubrimos que a Claudia le gustaba cocinar y fue atesorando en la experiencia de su análisis durante la internación un bagaje de recetas de cocina que fue grabando en palabras escritas en cuaderno” (Allamprese, s.f., p. 4). Observamos que surge algo que ya no queda en el cuerpo, sino que logra poner en palabras escritas y puede ser conservado.

3.3. Análisis mediante Indicadores Clínicos

Los indicadores del predominio de la posición sintomática y del deseo como herramienta de lectura, permiten el análisis de los casos, sin que sea necesario utilizar la totalidad de ellos en cada caso.

Asimismo, el presente análisis no tiene como fin la explicación de cada caso ni la etiología de los síntomas, ya que como señala Malishevski: “el problema reside en cómo transmitir el recorte de una experiencia cuyos resortes pueden ser elucidados hasta cierto punto” (Malishevski, 2023, p. 26). Más bien, se trata de señalar en qué momentos los indicadores clínicos permiten orientar la lectura de las modalidades de la posición subjetiva.

Mientras que los indicadores del predominio de la posición sintomática dan cuenta de modos de satisfacción articulados al síntoma que se repiten sin que el sujeto se pregunte por ellos; los indicadores del reconocimiento del deseo localizan un movimiento en la posición subjetiva, al posibilitar la interrogación y la implicación del sujeto respecto de lo que le sucede.

- “A propósito de un caso de neurosis obsesiva” (Hombre de las ratas):

Indicadores del predominio de la posición sintomática:

A partir de los recortes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11; utilizamos como herramienta de lectura del material los indicadores clínicos de **captura en la repetición** y de **satisfacción ligada al síntoma**.

En los recortes 1, 2 y 3 podemos ubicar la aparición de escenas, pensamientos e ideas que retornan de manera insistente en la vida del sujeto.

En el recorte nro. 1 hay escenas infantiles relacionadas al comienzo de su vida sexual que han dejado una marca (“desde entonces me quedo...”) que se sucede de forma continua en el tiempo como una “curiosidad ardiente y atormentadora por ver el cuerpo femenino” (Freud, 1909/1993, p.129). Esto permite dar cuenta de una insistencia que no es un recuerdo aislado, sino que retorna en una modalidad repetitiva de satisfacción de ver el cuerpo femenino, aunque atormente al sujeto.

En el recorte nro. 2 el paciente tiene el deseo de ver a muchachas desnudas, pero no puede sostenerlo ya que se acompaña de angustia y por la idea de que algo malo va a pasar. Para calmar la angustia siente la necesidad de realizar acciones para evitar un supuesto castigo. Queda capturado en la repetición mediante la evitación y los rituales.

En el recorte nro. 3 cuando el paciente escucha la historia del castigo con las ratas, queda angustiado e intentando evitar que le ocurra a su padre y su amada. Este constituye el núcleo de las obsesiones ya que se instalan ideas obsesivas. Para evitar la angustia que le

provocan, son acompañadas de rituales. La repetición se presenta en estas ideas que retornan constantemente.

En los recortes nro 2 y 3, se evidencia la repetición de pensamientos obsesivos que vuelven, se repiten. El sujeto queda capturado en la repetición y es por ello, que al paciente dichos pensamientos le causan malestar y con el fin de evitarlos, realiza rituales y elaboraciones mentales.

Los recortes nro. 1, 2 y 3, también pueden ser leídos mediante el indicador de satisfacción ligada al síntoma, en tanto se reconoce la insistencia del sujeto en una modalidad de sufrimiento que se repite, como el hecho de continuar mirando a las muchachas desnudas y repetir situaciones displacenteras, como rituales, en tanto estas repeticiones sostienen una modalidad de satisfacción inconsciente, ya que no se reducen solamente al malestar que producen. El síntoma se sostiene porque produce un tipo de satisfacción, aunque sea displacentera.

En los recortes nro. 4, 5 y 6 respecto de la deuda y el juramento falso, se pone de manifiesto que el sujeto queda capturado en la exigencia de que debe pagar una deuda aunque no tenga sentido pero, de todas formas queda atrapado en ese mandato. Esto da cuenta de una repetición que va más allá del sentido consciente. Es decir, estos elementos pueden ser leídos mediante el indicador clínico de captura en la repetición. Freud señala que el juramento lo asediaba y martirizaba, aunque el paciente sabía que lo había realizado basado en un error. En esta línea, en tanto el sujeto emerge entre significantes que determinan sus modos de repetición, derivados de las primeras inscripciones, primeros significantes del Otro, esto se ve reforzado cuando una situación actual (pagar la deuda) se enlaza con la historia paterna: “Las palabras del capitán: Tienes que devolver las 3,80 coronas al teniente primero A., le sonaron como una alusión a la deuda impaga del padre” (Freud, 1909/1993, p. 165). Esto nos permite pensar en una identificación del paciente con su padre en torno al razonamiento de la deuda. El mandato de la deuda vuelve y en tanto ésta no se resuelve, se repite quedando el sujeto fijado a una satisfacción ligada al síntoma, que le genera malestar pero, se sostiene más allá del sentido.

En los recortes nro. 8, 9 y 10 se identifican representaciones obsesivas en torno a mandamientos y compulsiones que el paciente no puede explicar ni controlar. En el nro. 8, el mandamiento de “que no le suceda nada”, lleva al sujeto a realizar una acción (“constreñir a que se pusiera la capa de él”) que el sujeto siente que tiene que cumplir, para evitar un posible daño. El recorte nro. 9, la compulsión a contar entre trueno y rayo pone de manifiesto la repetición. El nro. 10, la repetición se evidencia en la ambivalencia de quitar y volver a colocar la piedra, que es un retorno sobre el mismo acto. Esas insistencias permiten ser leídas mediante el indicador de captura en la repetición. También, pueden ser leídas con el indicador de satisfacción ligada al síntoma, ya que el sujeto no puede dejar de participar en el circuito. Al estar atrapado en pensamientos, no se pregunta y queda capturado en el circuito obsesivo.

Respecto del recorte nro. 11, Freud señala que la idea de “uno podría matar a su padre”, que surge en un momento de placer, se trata de un “eco e ilustración de sus ideas obsesivas infantiles” (Freud, 1909/1993, p. 158). Entonces, esto puede ser analizado mediante el indicador clínico de captura en la repetición, ya que no es algo nuevo que aparece, sino ideas obsesivas infantiles que retornan y se repiten, quedando el sujeto capturado en la repetición.

En el recorte nro. 7, se emplean como herramientas de lectura los indicadores de **falta de pregunta por el deseo y síntoma como algo ajeno**. El indicador de síntoma como algo ajeno permite leer la manera en que el sujeto se distancia de lo que dice. Aparece un deseo inconsciente de “que mi padre pueda morir” (Freud, 1909/1993, p. 141-142), pero el paciente lo niega y se defiende manifestando que “solo fue una conexión de pensamiento”. Es decir, es vivido como algo externo y como consecuencia, lo vive desconectado de su posición subjetiva. Ahí está lo ajeno del síntoma. Hay una vivencia de “esto me ocurre”. Sin embargo, Freud señala que se trata de un deseo inconsciente y la defensa ante esto muestra la dificultad para preguntarse por su propio deseo. Luego, aparece un movimiento en su posición a partir de la intervención del analista.

Indicadores del reconocimiento del deseo:

El recorte nro. 7 es analizado mediante el indicador de **implicación en el síntoma**. Cuando Freud le señala “Si no era un deseo, por qué la revuelta?” (Freud, 1909/1993, p. 141-142), el paciente comienza a aflojar en su defensa porque ya no puede sostener completamente que ese deseo no es del todo de él. Pasa de una defensa fuerte con: “Es que solo fue una conexión de pensamiento”, donde rechaza que el deseo sea suyo, a intentar explicar: “Bueno, solo por el contenido de la representación”. Ya no hay un rechazo absoluto. Cuando comienza a reconocer su ambivalencia, el sujeto deja de ubicarse fuera del conflicto y empieza a implicarse en el síntoma al descubrir su participación en lo que le sucede.

Podemos observar en los recortes realizados en este caso, el predominio de la posición sintomática que lo caracteriza.

- “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (Dora):

Este caso es central para demostrar un movimiento hacia el reconocimiento del deseo, así como la resistencia a sostenerlo. Incluso cuando el reconocimiento del deseo no se termina de consolidar, podemos localizar distintos momentos clínicos en los que este movimiento se pone de manifiesto.

Indicadores del predominio de la posición sintomática:

Los indicadores de **captura en la repetición y satisfacción ligada al síntoma** se utilizan para analizar a los recortes nro. 1, 5 y 8.

En el recorte nro. 1, Freud (1905/1990) refiriéndose a Dora, señala que presentaba a las edades de ocho, 12, 16 y 18 años síntomas neuróticos que se expresaban en el cuerpo repetitivamente a lo largo de todos esos años. Por ejemplo, la tos nerviosa. A través de ellos,

la paciente manifiesta el conflicto. En este sentido, el indicador de captura en la repetición nos permite leer una modalidad en la que el retorno del síntoma se sostiene a lo largo del tiempo.

También, este fragmento puede ser leído mediante el indicador clínico de satisfacción ligada al síntoma, ya que siguiendo a Evans (2007), se entiende al síntoma como un particular modo de satisfacción del sujeto que se repite, y que en el caso de Dora, se sostiene a lo largo del tiempo y no se agota con el malestar, sino que persiste más allá de él.

En el recorte nro. 5, hay una idea que se le impone a Dora de haber sido entregada al señor K. Esta idea vuelve en distintos momentos, cada vez que se encuentra de “mal talante”, dice Freud. Este material puede leerse mediante el indicador de captura en la repetición. En este sentido, también puede leerse una forma de satisfacción ligada al síntoma, ya que la idea no desaparece aunque le genere malestar.

En relación al recorte nro. 8, Freud (1905/1990) interpreta un primer sueño de Dora que ya había soñado muchas veces de la misma manera. Esta repetición del sueño, permite ubicar la insistencia de un contenido inconsciente conflictivo, ya que el sueño retorna bajo la misma forma. En este sentido podemos utilizar como herramienta el indicador clínico de captura en la repetición.

Los recortes que pueden ser analizados mediante el indicador clínico del **síntoma como algo ajeno** son los nro. 1 y 2.

Las manifestaciones en el cuerpo señaladas en el recorte nro. 1, permiten ubicar el síntoma como algo extraño que le sucede a Dora, ya que aparecen en el cuerpo sin que pueda controlarlas. Hay síntomas corporales sin implicación.

En el recorte nro. 2, se evidencia que, a partir de una situación con su padre, Dora presenta una pérdida de conocimiento, lo que da lugar a ubicar un síntoma que aparece como algo que le sucede, no como algo propio. Es decir, el síntoma le pasa. La paciente no se hace cargo de su propio síntoma, sino que lo percibe como algo ajeno o extraño que le ocurre.

En los recortes nro. 3, 4, 7 y 10, se localizan elementos que permiten una lectura en términos del indicador clínico de **falta de pregunta por el deseo**.

A partir de los recortes 3 y 4, se pone de manifiesto que Dora se centra en la relación de su padre con la señora K., que parecería que se basaba en el agradecimiento. No obstante, la paciente sostiene sin dudar que se trata de una “vulgar relación amorosa” (Freud, 1905/1990, p. 30). En este sentido, podemos ubicar una “falta de pregunta por el deseo”, ya que su atención se dirige a lo que ocurre entre los otros, sin preguntarse por su propia participación en la situación. En otras palabras, Dora mira a los otros y no se pregunta sobre ella. Esto, lo podemos comprender cuando se articula con lo que Freud señala en un fragmento del recorte nro. 10, al indicar que la atención de Dora en esa relación estaba orientada a “sofocar el amor por el señor K., amor que antes fue consciente, sino que también debía ocultar el amor por la señora K., inconsciente en un sentido más profundo” (Freud, 1905/1990, p. 56). De este modo, evita preguntarse por su propio deseo.

En el recorte nro. 7, cuando Dora habla de la señora K., a la cual admira manifestándose en la forma en que describe su cuerpo. Freud señala:

Dora se decía sin cesar que su padre la había sacrificado a esa mujer, hacía ver ruidosamente que no la dejaría poseer al papá, y de ese modo se ocultaba lo contrario: que no dejaría al papá poseer el amor de esa mujer. (Freud, 1905/1990, p. 56)

Esto no es reconocido conscientemente por la paciente, lo cual, puede ser leído mediante el indicador de falta de pregunta por el deseo, en tanto Dora no reconoce eso como un deseo propio. Hay deseo, pero no hay pregunta por ese deseo.

En el nro. 10, el abandono del tratamiento por parte de Dora puede ser leído como una falta de pregunta por el deseo, ya que el proceso analítico se detiene (“no quiero esperar más tiempo la curación”) y el conflicto no termina de elaborarse en ese espacio (Freud, 1905/1990, p. 92). Como consecuencia de esta decisión de Dora, se cierra la posibilidad de interrogación sobre el propio deseo.

El indicador del **pasaje al acto** se emplea para leer la articulación de los recortes 11 y 12.

La bofetada que Dora le da al señor K. no es por el atrevimiento de éste para con ella, sino que es por celos, ya que la paciente se siente colocada al mismo nivel que la gobernanta. En este momento, aparece algo del deseo de Dora. Siguiendo a Lacan, este momento lo podemos leer con el indicador de pasaje al acto:

Dora pasa al acto en el momento del embarazo en que la pone la frase-trampa, la trampa torpísima del Sr. K, “Mi mujer no es nada para mí” [...] El sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena. Es lo que nos permite reconocer el pasaje al acto en su valor propio. (Lacan, 1962-1963/2006, p. 129)

Dora no puede tramitar por vía de la palabra algo de ese deseo y responde mediante un acto que implica una salida de la escena.

Indicadores del reconocimiento del deseo:

En los recortes del caso nro. 6 y 9, puede utilizarse como herramienta de lectura de la posición subjetiva el indicador de **implicación en el síntoma**, en tanto se identifica un movimiento en la posición de Dora durante el tratamiento. En un principio, Freud le había manifestado “que todos esos años ella había estado enamorada del señor K. Cuando le formulé esta conclusión, no tuvo aceptación alguna de su parte” (Freud, 1905/1990, p. 34). Luego, “concedió que podía haber estado enamorada del señor K. en B., pero desde la escena junto al lago eso quedó superado” (Freud, 1905/1990, p. 34). Finalmente, Freud le señala a Dora que su amor por el señor K. no había terminado y a diferencia de momentos anteriores, Dora ya no niega esa afirmación. Esta secuencia muestra un pasaje que va desde un rechazo a una implicación en el síntoma, en la medida que la paciente empieza a aceptar realizarse una pregunta sobre su participación en el conflicto.

- “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” (Aimée):

Indicadores clínicos del **pasaje al acto y acting out**:

Respecto del **pasaje al acto**, este puede leerse en el recorte nro. 1, en el que se señala que Aimée realiza un ataque violento con una navaja. En la conducta de Aimée podemos observar que no logra elaborar lo que le pasa y a través de la agresión a la actriz, se produce una salida de la escena.

El recorte nro. 6 es analizado mediante el indicador **acting out**, al reventar a navajazos los neumáticos de la bicicleta de un compañero de trabajo. Esta situación marca una acción dirigida al Otro, es decir, hay un mensaje implícito. Ese Otro está ligado al delirio de persecución. De este modo, Aimée actúa algo de su delirio dirigido a otros.

Indicadores del predominio de la posición sintomática:

En los recortes nro. 3, 5, 8 y 11, podemos reconocer aquello que el indicador de **captura en la repetición** nos permite leer.

De la articulación de los recortes mencionados, podemos advertir cómo la persecución insiste en el tiempo, atravesando el caso. Desde sus primeras manifestaciones, en la que interpreta que todo el mundo se burlaba de ella, que se le lanzaban injurias, que sus compañeros de trabajo hablaban mal de ella; pasando por el agravamiento del delirio en sus embarazos, la preocupación por el hijo y hasta la identificación de sus perseguidores: “Encontramos anotadas en hojas sueltas las direcciones de sus principales perseguidores” (Lacan, 1932/2005, p. 154). A lo largo de la vida de Aimée, podemos observar una captura en la repetición que se mantiene en el tiempo, en tanto insistencia de una misma posición subjetiva frente al Otro.

El indicador clínico de **satisfacción ligada al síntoma** lo utilizamos como herramienta de lectura en el recorte nro. 9, el cual da cuenta de cómo Aimee, a partir de periódicos y carteles, interpreta que todo está dirigido a ella. Esto se integra dentro de la persecución, ya que le permite unir todos los elementos para lograr una coherencia dentro de su sistema de interpretación, intentando dar respuesta a un desorden subjetivo. El delirio, entonces, hace posible organizar la realidad, ya que todo encaja, nada queda suelto. Desde esta perspectiva, la persistencia de esta construcción no responde solamente al malestar, sino también a la función que cumple para Aimee, posibilitando organizar su experiencia.

El indicador clínico de **síntoma como algo ajeno** lo empleamos para leer el recorte nro. 7, en el cual Aimée imputa la causa de la muerte de su hija a sus enemigos, lo que permite ubicar la causa del lado del Otro. Así, la paciente no reconoce una implicación subjetiva en lo ocurrido, ya que la causa queda fuera de ella, es un efecto de una acción externa para Aimee.

Los recortes nro. 2, 4 y 10 son analizados mediante el indicador de **falta de pregunta por el deseo**.

En el recorte nro 2., se pone de manifiesto la idea delirante de la persecución, en la que Aimée sostiene con certeza que la actriz y otras figuras se encuentran en su contra. En este sentido, puede leerse una falta de pregunta por el deseo, en tanto no se observa una interrogación sobre su posición frente al Otro, ya que la paciente sostiene esas ideas sin ponerlas en duda. Predomina la certeza cerrada respecto del Otro persecutorio.

En el recorte nro. 4 al sostener “sus afirmaciones delirantes con todo lujo de detalles ante el comisario, ante el director de la cárcel y ante el médico legista” (Lacan, 1932/2005, p. 156), se hace evidente que no hay pregunta sobre su posición frente a lo que le sucede. No hay interrogación sobre su posición. Hay certeza y un discurso cerrado incluso ante autoridades que representan un saber.

En el recorte nro. 10, se reconoce una relación delirante relacionada con el novelista P.B., en la que Aimée afirma que éste habla de ella en sus novelas y dice cosas malas sobre ella. Como consecuencia de ello, va a buscarlo y lo acusa, pero P.B. no le confirma nada y aun así, la paciente sostiene igual su idea, su construcción delirante. Podemos leer una falta de pregunta por el deseo, en tanto Aimée no duda, no se pregunta por su implicación. Todo queda del lado del Otro. Incluso cuando lo va a ver para pedirle explicaciones, no busca saber, sino confirmar su certeza.

Indicadores del reconocimiento del deseo:

En el recorte nro. 12, mediante el indicador de **modificación en la relación respecto del saber del Otro** se lee una transformación en la posición subjetiva. En éste se pone de manifiesto que Aimée reconoce que la actriz no tenía nada contra ella y que no debió asustarla. La paciente, realiza un pasaje desde una certeza persecutoria a cuestionar la idea de que era perseguida. De este modo, podemos pensar una modificación en su relación con el saber del Otro, en tanto podemos observar una primera duda respecto de su posición en relación con la interpretación de los acontecimientos, lo que marca un cambio en la relación con lo que antes era una lectura totalmente externa y cerrada de lo que le pasaba.

- “Marcas de la ciencia en el cuerpo”:

Esta viñeta resulta muy interesante para leer la articulación entre el discurso de la ciencia que pretende dar respuestas universales y el análisis que apunta a lo singular del sujeto.

Indicadores de la posición sintomática:

El indicador de **falta de pregunta por el deseo** orienta la lectura en los recortes nro. 1, 2, 3 y 4.

El recorte nro. 1, da cuenta de que la consulta se inicia a partir de conflictos legales entre Laura y su ex marido. Es decir, la demanda se formula en relación a un problema del entorno, externo. No hay una implicación inicial de la paciente, sino un conflicto en lo jurídico y vincular.

El recorte nro. 2, pone de manifiesto la imposibilidad de Laura para quedar embarazada, lo cual es vivido por la paciente con frustración. Se lee una falta de pregunta por el propio deseo materno, en tanto el síntoma se forma desde afuera del deseo de Laura: es el Otro (Juan), el que quiere ser padre. Esto se relaciona con el recorte nro. 3, en tanto la maternidad de la paciente aparece centrada en la demanda del Otro: “darle un hijo a Juan” (Molinari, 2013, p. 247). Esa falta de pregunta por el deseo propio, antes mencionada, da lugar a que su deseo quede alienado al de su pareja, ya que “ser padres, para Juan era una

prioridad” (Molinari, 2013, p. 247). En otras palabras, no hay pregunta acerca de “qué quiero yo”.

En el nro 4., la donación anónima de óvulos introduce la intervención de un saber externo del campo de la ciencia médica, como respuesta a la dificultad para quedar embarazada. De este modo, dicha imposibilidad, que le causaba sufrimiento, queda ubicada principalmente del lado del cuerpo y de un obstáculo a ser resuelto mediante la donación de óvulos. La respuesta queda situada del lado de un Otro externo, en tanto la búsqueda del embarazo aparece articulada al deseo de Juan, quedando en segundo plano la interrogación respecto del propio deseo de Laura.

Con relación al indicador del **síntoma como algo ajeno** se utiliza para leer el recorte nro. 5.

En el nro. 5, durante el embarazo surge una angustia que la paciente no se puede explicar porque siente que “todo está bien, el embarazo bárbaro, con Juan todo bien, bien el trabajo. ¿Qué es esta angustia? No doy más...” (Molinari, 2013, p. 248). Esta angustia aparece como extraña, sin que pueda encontrarle un sentido. Es decir, el síntoma vivido como algo ajeno.

Asimismo, en el presente fragmento nro 5., aparece un movimiento que puede leerse mediante el indicador clínico perteneciente a la categoría del reconocimiento del deseo: **pregunta por el propio deseo**. Esa angustia que la paciente no comprende, hace que Laura empiece a preguntarse por lo que le sucede. Este indicador clínico remite a la posibilidad de leer cuando el sujeto comienza a cuestionarse por su implicación en lo que le pasa.

El indicador de **captura en la repetición** se emplea en los recortes nro. 6 y 11.

En el recorte nro. 6, la repetición en los fenómenos corporales: insomnio y ahogo, permite pensar que no se trata de un malestar aislado, sino de una fijación del síntoma en el cuerpo, que retorna repetidamente.

En el nro. 11, esta repetición del malestar aparece ligada al significante “la otra” y sigue siendo a través de manifestaciones en el cuerpo. Asimismo, puede leerse la insistencia sobre “otra mujer”, la donante, como una modalidad que retorna y que angustia a la paciente.

Los recortes nro. 7, 8 y 9, pueden ser leídos mediante el indicador clínico de **captura en la repetición**; y respecto de los del reconocimiento del deseo: **localización del modo de satisfacción y modificación en la relación respecto del saber del Otro**.

En los tres recortes aparece la repetición del significante “la otra” en distintos momentos y escenas del discurso de Laura (el embarazo con su ex marido cuando la engañaba con otra mujer, la donante de óvulos de su nuevo embarazo con Juan).

En el recorte nro. 8 la intervención del analista, permite localizar dicho significante en el discurso, aislarlo. La repetición de “la otra” da lugar a que se pueda ubicar una modalidad de satisfacción, respecto de dos cuestiones: por un lado, Laura articula distintos momentos de su vida alrededor de esa otra mujer (la amante del ex y la donante); y por otro lado, respecto de la

posición de Laura en relación a esa figura, en tanto se observa comparación o rivalidad que se repite a lo largo del discurso.

También, estos recortes pueden leerse mediante el indicador clínico de modificación en la relación respecto del saber del Otro. En un principio, el saber está ubicado del lado de la ciencia y los médicos, particularmente en relación a la donante: “el médico siempre la dejó afuera, nunca hizo referencia a la otra” (Molinari, 2013, p. 248). Posteriormente, durante el análisis, eso comienza a cambiar, aparece que no todo está dicho. Pasa de “la ciencia sabe” a “hay algo de mí que no sé”. Se produce una transformación en la relación con el saber, ya que deja de esperar que el saber sobre lo que le sucede provenga completamente del Otro.

Dentro de los indicadores del reconocimiento del deseo, además de los ya analizados, podemos utilizar como herramienta de lectura en el recorte nro. 10, el indicador de **pregunta por el propio deseo**. En el recorte se señala que, la paciente comienza a preguntarse acerca de su lugar como madre en la relación con su hija María. Aparece un movimiento en su posición subjetiva, ya que Laura no se encuentra completamente segura en su lugar, lo que habilita una apertura a la pregunta por el propio deseo respecto de su función materna.

- Viñeta clínica de entrevistas preliminares:

Esta viñeta resulta relevante para mostrar cómo las intervenciones del analista están orientadas a producir un cambio, así como la tensión entre la demanda y la falta de pregunta por el deseo.

Indicadores clínicos de la posición sintomática:

Los recortes nro 1, 2, 4 y 5, se analizan mediante el indicador clínico de **falta de pregunta por el deseo**.

En el recorte nro 1, la demanda consiste en prepararse para afrontar la separación de su esposa, con lo cual, el conflicto queda ubicado fuera del paciente: en la decisión de la esposa. El conflicto queda ubicado en el Otro. De esta forma, la demanda se dirige a resolver una situación que se vive desde afuera, sin que el paciente se pregunte sobre su participación en lo que le pasa. No hay una interrogación sobre su implicación en el vínculo conyugal, sino una adaptación a una situación que ya se presenta como decidida.

En este sentido, en el recorte nro 2 se refuerza esta posición, en tanto se pone de manifiesto que el sujeto se ubica como jefe de la casa frente a su mujer, y además, no se cuestiona su lugar en el vínculo conyugal: “sí, ella no sabe qué hacer y necesita a alguien que la dirija” (Miller, 1998, p. 54). Es decir, que la posición subjetiva del analizante no es puesta en cuestión, sino que es asumida como necesaria. En este sentido, el paciente no se pregunta por su deseo en la relación, sino que funciona sobre una certeza respecto del lugar que ocupa en ella.

Podemos articular lo anteriormente expuesto con el recorte nro. 4, en tanto muestra la lectura del analista respecto de la demanda del paciente, quien con su intervención decide no aceptar la demanda como viene formulada. Lo cual, se relaciona con lo que dice Miller (1998)

respecto de que la demanda puede ser una demanda de no cambiar y hay que transformarla por una de cambiar. Aceptar la demanda hubiera sido aceptar una posición de no cambiar.

En el recorte nro. 5, el paciente reconoce haber mantenido una posición de “O todo se conserva como antes o no hago nada” (Miller, 1998, p. 55). Esto pone en evidencia que no hay una pregunta sobre su propio deseo, sino un discurso rígido.

En los recortes 3 y 5 empleamos el indicador de **satisfacción ligada al síntoma**, debido a que el paciente mantiene un modo de repetición en su funcionamiento que le permite conservar su posición subjetiva. Se sostiene en su posición de dominio, incluso si pierde a su mujer.

En el recorte nro. 3 el analista considera que la demanda era en realidad: “ayúdeme a perderla” (Miller, 1998, p. 54). Es decir, mantener su posición, que era la posición paterna, sin modificar nada. No quiere cambiar, sino que pide ayuda para perder a la mujer sin cambiar. Es decir, detrás del pedido de ayuda hay una repetición. Es por ello, que realiza una primera intervención diciendo: “usted no quiere cambiar” (Miller, 1998, p. 54). Con esta intervención se apunta a la posición subjetiva del sujeto más allá de su demanda. De este modo, podemos pensar que el sujeto permanece fijado a una modalidad sintomática que insiste, aun cuando le produce sufrimiento o pérdida. Siguiendo a Casero (2025), hay sujetos que no quieren comprometerse a hacer un trabajo analítico para poder seguir con su vida.

En el recorte nro. 5, el reconocimiento de su rigidez por el sujeto (“O todo se conserva como antes o no hago nada”) pone en evidencia cómo se encuentra fijado a un modo de funcionamiento que se repite. Esto lo podemos analizar a partir del indicador clínico de **captura en la repetición** frente al conflicto.

Sin embargo, lo expresado por el paciente en ese reconocimiento, hace aparecer un primer movimiento en su posición. Esto nos permite pensar en una incipiente **implicación en el síntoma**, que es uno de los indicadores del reconocimiento del deseo, ya que el sujeto comienza a darse cuenta de su participación en la rigidez que mantiene su sufrimiento.

El indicador clínico de **modificación en la relación respecto del saber del Otro**, es utilizado para leer el recorte nro. 6, ya que con su intervención, el analista hace aparecer el malentendido con preguntas como “¿qué quiere decir con eso?”. Con esto, no busca una explicación, sino generar un quiebre o grieta en el sentido.

De este modo, según Miller (1998), el analista “introduce la dimensión del Sujeto supuesto Saber” y no se posiciona como aquel que sabe. En este sentido, el malentendido permite que el sujeto deje de ubicar al Otro como quien posee un saber cerrado. Como consecuencia, se produce una modificación en la relación respecto del saber del Otro, abriéndose la posibilidad de que no todo este dicho.

- Viñeta clínica - Nocera et al.:

Esta viñeta habilita no sólo a emplear como herramienta de lectura distintos indicadores clínicos, sino también a leer un movimiento subjetivo.

En un primer tiempo, se pone de manifiesto un predominio de la posición sintomática, y se aplican como herramienta de lectura los siguientes indicadores clínicos: **falta de pregunta por el deseo y síntoma como algo ajeno** en el recorte nro. 1; **satisfacción ligada al síntoma** en el recorte nro. 3 y **captura en la repetición** en el recorte nro. 5. En este momento, Marcos no se pregunta por su sufrimiento.

En el recorte nro. 1, podemos reconocer la falta de pregunta por el deseo, ya que Marcos se presenta al análisis con desgano, largos silencios, bostezos y el dicho: “Tengo sueño”. No puede decir por qué, ni qué significa.

De este modo, no hay en el paciente una apertura a la pregunta, sino que el síntoma es algo dado. Solo hay malestar en el cuerpo y queja. Va a consulta, pero sin preguntarse. Marcos no se implica en lo que dice, sino que lo padece.

También, los fenómenos en el cuerpo y el dicho “tengo sueño” son vividos como algo que le pasa, no como algo propio, lo cual permite ser leídos mediante el indicador del síntoma como algo ajeno.

En el recorte nro. 3 se utiliza para leer el indicador de satisfacción ligada al síntoma, en tanto las ensoñaciones vinculadas con escenas sexuales infantiles se acompañan de excitación corporal y descarga, lo que le permite dormir. Hay un circuito de masturbación que se repite ligado al insomnio luego de las ensoñaciones y la excitación corporal. Después logra dormir. De este modo, puede ubicarse una modalidad repetitiva relacionada con el malestar y la descarga.

El recorte nro. 5, puede ser leído mediante el indicador de captura en la repetición, en tanto la escena erótica con la única novia que tuvo, revivió una escena infantil cuando le parece ver el pene de su primo de la infancia. De este modo, lo que retorna no es un recuerdo, sino un mismo elemento en forma insistente a lo largo del caso: la escena infantil ligada al primo, que ya había aparecido en las ensoñaciones.

En un segundo tiempo, a partir de las intervenciones del analista, se produce un primer movimiento que permite ser leído mediante los indicadores clínicos del reconocimiento del deseo en los recortes nro. 2, 4 y 6.

En el recorte nro. 2, se emplea el indicador de **modificación en la relación respecto del saber del Otro**. A partir de la intervención del analista: “¿Tenes sueños?” se introduce un equívoco que abre algo. Esto rompe el sentido único y siguiendo a Miller (1998), el sujeto deja de ubicar al Otro como portador de un saber absoluto. Como consecuencia, se posibilita la aparición de nuevos elementos en el relato.

Respecto del recorte nro. 4, se utiliza como herramienta de lectura el indicador clínico de **localización del modo de satisfacción**, ya que hay un primer intento de simbolización “soy gay: “pensé o ensoñé, soy gay y eso me dejó dormir [...] eso me da algo de tranquilidad en el cuerpo” (Nocera et al., 2021, p. 598). El paciente empieza a ubicar algo de la satisfacción en juego. Se produce un alivio en el cuerpo, lo que nos permite localizar una modalidad de satisfacción.

El recorte nro. 6, es analizado mediante el indicador de **implicación en el síntoma**, que sucede cuando Marcos deja de decir “tengo sueño” a expresar: “Ahora me queda claro soy gay, tal vez fui bisexual y no lo sabía” (Nocera et al., 2021, p. 598). El paciente logra decir algo respecto de sí mismo, lo cual muestra un movimiento relacionado con la forma en que el sujeto se ubica frente a lo que le sucede. De este modo, la implicación en el síntoma aparece en el pasaje desde ensoñaciones relacionadas a la infancia hacía hablar de sí mismo de otra forma.

Finalmente, el tercer tiempo, en el que Marcos puede ubicar en forma más precisa su modalidad de satisfacción, la cual es leída mediante los indicadores clínicos de **pregunta por el propio deseo** en el recorte nro. 7 y **localización del modo de satisfacción** en el recorte nro. 8.

En relación al recorte nro. 7, aparece la pregunta por lo propio, ya que el paciente se encuentra frente a un problema que le provoca nuevamente insomnio: la imposibilidad de lograr la erección con otro. La dificultad deja de ubicarse como algo del cuerpo y Marcos empieza a preguntarse por lo que le pasa. El insomnio que reaparece se vincula con la repetición del síntoma.

En el recorte nro. 8, el paciente revela una modo de satisfacción que tuvo en una ensoñación: “Soy gay y gozo como una mujer, tengo orgasmo sin erección” (Nocera et al., 2021, p. 598). A través de esta revelación, Marcos puede nombrar lo que le sucede lo que le permite una mayor estabilidad. Por eso, esta revelación le permite volver a dormir, se regula el cuerpo.

Este caso es valioso para reconocer la localización del modo de satisfacción en los tres tiempos antes desarrollados. Observamos el pasaje desde un predominio de la posición sintomática que aparece en el cuerpo, en el insomnio y en las ensoñaciones. Posteriormente, como se va localizando con intentos del sujeto de nombrar y tratar ese malestar, para terminar en una forma de nombrarlo: “Gozo como una mujer”.

- La chica de las agujas:

En esta viñeta constatamos de manera muy clara el **pasaje al acto** en los recortes nro. 1, 2 y 3, en tanto las conductas se presentan como respuestas directas frente a la angustia insoportable, sin elaboración simbólica. En este sentido, el indicador de la **falta de pregunta por el deseo** se utiliza en este fragmento, ya que de parte de la paciente no aparece una pregunta sobre lo que le pasa, sino una acción.

En el recorte nro 1, la conducta de la paciente (incendio de colchones) es un acto que ocurre por fuera de las palabras. Como consecuencia, Claudia queda internada por implicar un peligro para sí y para terceros. Esta conducta se presenta sin que haya tramitación simbólica. Aquí el predominio de la posición sintomática se expresa a través de la acción. Siguiendo a Allamprese (s.f.), este tipo de manifestaciones dan cuenta de un borramiento del sujeto, en el que se puede observar una caída, más que una puesta en escena dirigida al Otro.

De la articulación de los recortes nro. 2 y 3 resulta que la introducción de agujas en el cuerpo se presenta como una acción que sucede frente a momentos de angustia extrema “que

no podía expresar de otro modo. Que no podía poner en palabras". (Allamprese, s.f., p. 4). No hay mediación simbólica. El cuerpo aparece como lugar privilegiado de inscripción de algo que no puede ser puesto en palabras. En este sentido, la acción de clavarse las agujas no es un mensaje que se dirige al Otro, sino una salida frente a situaciones angustiantes, que produce un alivio momentáneo.

Indicadores de predominio de la posición sintomática:

En el recorte nro. 3, la introducción de agujas en el cuerpo era una acción reiterada, lo que permite ser leído mediante el indicador clínico de **captura en la repetición**. Se evidencia una insistencia en el modo de funcionar de la paciente para lograr un alivio. En este sentido, puede pensarse como una forma de **satisfacción ligada al síntoma**, ya que la acción retorna de manera repetitiva y se sostiene como respuesta frente a la angustia que no se reduce a un daño, sino que organiza una forma de alivio.

Indicadores del reconocimiento del deseo:

En el recorte 4, se utiliza como herramienta de lectura el indicador de **localización del modo de satisfacción**, ya que el análisis está orientado a que la paciente comience a relacionarse con aquello que antes se manifestaba a través del cuerpo. De este modo, lo que antes se expresaba en el cuerpo, comienza a poder ser puesto en palabras y a adquirir un lugar en el discurso de Claudia.

En el recorte nro. 5 se emplea el indicador de **implicación en el síntoma**, ya que Claudia comienza a producir una transformación en la forma de vivir su internación, al descubrir su interés por la cocina. Al inicio la experiencia se presentaba más ligada al cuerpo, pero este pasaje al poder poner en palabras escritas un conjunto de recetas puede leerse como una implicación en el síntoma, en tanto que la paciente introduce una elaboración simbólica, en lugar de quedarse tomada por lo corporal.

Conclusiones

“Señalaré en efecto que la única definición posible de la terapéutica es la de la restitución a un estado primero. Definición justamente imposible, de plantear en el psicoanálisis” (Lacan, 1967/2012, p. 264).

Este no es el fin del psicoanálisis, ya que no busca devolver al sujeto a un estado previo, sino a transformar la posición subjetiva del mismo. La dimensión terapéutica de la que habla Lacan busca quitar el síntoma y volver atrás, busca normalizar al sujeto.

En cambio el psicoanálisis apunta, según Lacan (1959-1960/1988), a buscar una verdad liberadora en un punto de ocultamiento del sujeto.

“Si bien un caso es una ficción, ya que es una construcción en la que el analista está incluido, se trata de escribir una capaz de cernir el real del goce en juego” (Malishevski, 2023, p. 26). Cuando algo de la repetición puede localizarse, se abre la posibilidad para el sujeto de que pueda empezar a preguntarse sobre su posición subjetiva frente a esa repetición y así, pueda lograr modificarla. Esa modificación se ve posibilitada por el reconocimiento del deseo.

Este reconocimiento puede producirse en el análisis en relación con la transferencia, en tanto, siguiendo a Lozano (2011) la dirección de la cura se produce en la transferencia.

En esta misma línea, Miller (1986/1990) señala que para poder ubicar un cambio en la posición subjetiva, lo que importa es la dimensión del dicho y el cuestionamiento por el propio sujeto de su posición en relación con sus propios dichos.

En este punto, podemos pensar en la afirmación de Epicteto de que “todos los asuntos tienen dos asas: por una son manejables, por la otra no”, para comprender que no se trata de cambiar los hechos en sí, sino la forma en que el sujeto se posiciona frente a ellos, el modo en que se ubica e implica ante lo que le acontece. Esto permite la apertura de la pregunta por el propio deseo.

La presente investigación, se propuso analizar de qué manera la formalización de indicadores clínicos elaborados a partir de desarrollos teórico-clínicos del psicoanálisis de orientación lacaniana, permite leer transformaciones de la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en los casos y viñetas de la literatura psicoanalítica.

En este sentido, el trabajo realizado permite sostener que la formalización de estos indicadores clínicos contribuye a organizar criterios que orientan la lectura del material clínico y posibilita ubicar manifestaciones vinculadas tanto al predominio de la posición sintomática como al reconocimiento del deseo. De este modo, contribuyen a la lectura de las transformaciones en la posición subjetiva en los casos canónicos y viñetas clínicas contemporáneas.

Para ello articulamos desarrollos teórico-clínicos dispersos en la literatura lacaniana, con el fin de elaborar, sistematizar y formalizar indicadores clínicos. Los mismos fueron aplicados a los recortes seleccionados, lo cual permitió la lectura de distintos momentos del discurso del analizante vinculados a transformaciones de la posición subjetiva.

En este sentido, la investigación permite sostener el supuesto de que la sistematización y formalización de indicadores clínicos puede constituir una herramienta de lectura para orientar el análisis de las transformaciones en la posición subjetiva vinculadas al reconocimiento del deseo en los casos de la literatura psicoanalítica.

Asimismo, la formalización de estos indicadores puede ser útil para los estudiantes avanzados y profesionales que recién se inician en la práctica psicoanalítica, en tanto ofrece una herramienta que contribuye a organizar la lectura de las transformaciones subjetivas en el material clínico, quedando su articulación final en el marco de la lectura clínica del profesional.

Finalmente, los indicadores aquí elaborados, no pretenden constituir una lista definitiva ni universal, sino que se entienden como un conjunto abierto, en el que la práctica clínica sigue produciendo múltiples interpretaciones.

En algún consultorio, en una ciudad recóndita, en otros contextos culturales, otros analistas se encuentran con modos particulares de manifestación del deseo y de la posición sintomática que aún no han sido nombrados. Asimismo, las transformaciones culturales y las nuevas modalidades de vínculo social, particularmente las relacionadas con lo digital y las redes sociales, amplían esas manifestaciones, dando lugar a formas que exigirán nuevas lecturas.

Es por ello, que los indicadores clínicos acá propuestos, conforman una lista susceptible de ser continuada.

Allí donde hay un analista que escucha, algo nuevo puede surgir, ya que tal como expresó Lacan: “el análisis es una experiencia de lo particular” (Lacan, 1953-1954/2001, p. 40).

Referencias

- Allamprese, A. R. (s.f.). *Del pasaje al acto al acto analítico (La chica de las agujas)*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/161_puberesyadol/cartelera/allampresse.pdf
- Arasanz, D. (2023). Notas sobre acto, pasaje al acto y acting out. *NOVDS*, (67).
<https://scb-icf.net/nodus/contingut/arxiupdf.php?idarticle=856&rev=90>
- Bolettieri, M. (2024, 3 de noviembre). La enunciación del analista: un decir del deseo. *El Sigma*.
<https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-enunciacion-del-analista-un-decir-del-deseo/14525>
- Bonoris, B. (2016). El deseo del analista en la obra de Jacques Lacan. *Verba Volant. Revista de Filosofía y Psicoanálisis*, 6,(1).
<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/FiliyPsi/article/download/310/338>
- Braunstein, N. A. (2006). *El goce: un concepto lacaniano* (2a ed.). Siglo XXI.
- Casero, M. P. (2025, marzo 10). *Algunas coordenadas del síntoma*. Colegio de Psicoanálisis de Madrid. <https://colegiodepsicoanalisisdemadrid.es/algunas-coordenadas-del-sintoma/>
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. (J. Piatigorsky, Trad.). Paidós.
- Freud, S. (1990). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En J. Strachey, (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 7). Amorrortu. (Obra original publicada en 1905).
- Freud, S. (1993). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En J. Strachey (Ed.), *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 10). Amorrortu. (Obra original publicada en 1909).
- Galuzzi, L.P. (2024). Matices en la interpretación: la clínica psicoanalítica entre el goce del analizante y el deseo del analista. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, (24).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Ileyassoff, R. (2018). El psicoanálisis y la singularidad del modo de goce. *Virtualia. Revista digital de la EOL*, (34).
<https://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/CAoJB83lUlgKD5DoyqIDdARflt8k495rtl4N85My.pdf>
- Lacan, J. (1987). *El Seminario: Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós. (Obra original publicada en 1964).
- Lacan, J. (1988). *El Seminario: Libro 7. La ética del psicoanálisis*. Paidós. (Obra original publicada en 1959-1960).

- Lacan, J. (2001). *El Seminario: Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*. Paidós. (Obra original publicada en 1953-1954).
- Lacan, J. (2005). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad: seguido de Primeros escritos sobre la paranoia*. (9a ed.) Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1932).
- Lacan, J. (2006). *El Seminario: Libro 10. La angustia*. Paidós. (Obra original publicada en 1962-1963).
- Lacan, J. (2009a). *Escritos 1*. (3.a ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1966).
- Lacan, J. (2009b). *Escritos 2*. (3.a ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1966).
- Lacan, J. (2012). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En *Otros escritos*. (G. Esperanza et al., Trans.; 1a reimp., pp. 261-277). Paidós. (Obra original publicada en 1967).
- Lacan, J. (2015). *El Seminario: Libro 6. El deseo y su interpretación*. Paidós. (Obra original publicada en 1958-1959).
- Lacan, J. (2016). *El seminario: Libro 5. Las formaciones del inconsciente*. Paidós. (Obra original publicada en 1957-1958).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2022). *Diccionario de Psicoanálisis* (F. Gimeno Cervantes, Trad.; 1ª. ed., 22ª reimp.). Paidós.
- Lozano, D. (2011). *El secreto del análisis*. [Ponencia]. III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45251/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Malischevski, L. G. (2023) *De qué están hechos los casos clínicos? La construcción de los casos clínicos en psicoanálisis de la orientación lacaniana*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Martín] Repositorio UNSAM.
https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/2614/1/TMAG_EIDAES_2023_MLG.pdf
- Miller, J.-A. (1990). *Recorrido de Lacan: Ocho conferencias*. (D. S. Rabinovich, Trad.; 5a ed.). Ediciones Manantial. (Obra original publicada en 1986).
- Miller, J.-A. (1998). Método. En *Introducción al método psicoanalítico*. (caps. 1-2). Paidós.
- Molinari, M. (2013). Marcas de la ciencia en el cuerpo. En V. Goral, V. Escudero y G. Vulpara (Comps.), *El cuerpo y sus enredos: exigencias de la época*. (pp. 247-249). Grama Ediciones.
- Muñoz, P. D. (2018). Goce y pulsión / Enjoyment and drive. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 18, 15-25. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/munoz-1.pdf>
- Muñoz, P. (2022). *El goce y el cuerpo: un nuevo principio*. [Ponencia]. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional de Psicología, XXIX Jornadas de Investigación, XVIII Encuentros de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, IV

- Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional y IV Encuentro de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-084/503.pdf>
- Nocera, C. M., Campanella, M.G. & Moretto, M.V. (2021). *Del afecto a la localización del goce*. [Ponencia]. *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-012/541.pdf>
- Palomera, V. (2002). Responder al síntoma o responder del síntoma. *Virtualia*, (6).
<https://www.revistavirtualia.com/articulos/704/psicoanalisis-puro-y-psicoanalisis-aplicado/responder-al-sintoma-o-responder-del-sintoma>
- Reyes, M. T. (1998). *Consideraciones acerca de la cura. Psicoterapia y Psicoanálisis*. [Documento de Trabajo de Cátedra]. Universidad de Belgrano.
- Reyes, M. T. (2017). *El caso Lucy: Desafíos en la clínica psicoanalítica*. [Documento de Trabajo de Cátedra]. Universidad de Belgrano.
- Rubistein, A. (1992). *¿Qué cura el psicoanalista? Reflexiones sobre la cura y los efectos del análisis. La Cura Psicoanalítica tal como es*. Escuela de Orientación Lacaniana.
- Rubistein, A. (1996). Contratransferencia e Interpretación: vicisitudes de la técnica. En *El tiempo de Interpretar* (pp. 53-60). Escuela de Orientación Lacaniana.
- Ruiz Moreno, E. (2016). Lo analizable del síntoma y rectificación subjetiva. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 106-113.
<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Lo-analizabile-del-s%EDntoma-y-rectificaci%F3n-subjetiva.htm>
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Panapo.
https://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/proceso_investigacion.pdf
- Tendlarz, S. E. (1996). El síntoma como metáfora. En *Diversidad del Síntoma* (pp. 77-84). Escuela de Orientación Lacaniana.
- Tomas, S. (2021). *Deseo de reconocimiento/Reconocimiento del Deseo*. Buenos Aires. Escuela Freudiana de Buenos Aires.
https://biblioteca.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_2330.pdf
- Torres, M. (2001). De la identificación al síntoma y retorno. *Virtualia, Revista digital de la EOL*, (2).
<https://www.revistavirtualia.com/articulos/761/destacados/de-la-identificacion-al-sintoma-y-retorno>
- Universidad de Belgrano. (s.f.). *Psicoanálisis II: Una introducción a Lacan II* (Cátedra Lic. Adriana Rubistein). [Material de cátedra]. Facultad de Humanidades.
- Vallejo, A. L. (2013). La repetición: Un concepto fundamental. *Consecuencias*, (10).
<https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/010/template.php>

- Vallvé Leal, C. (2013). *Estudios sobre la eficacia terapéutica de los procedimientos psicoanalíticos* [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Repositorio TDX. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/126030/cv11de1.pdf;sequence=1>
- Wiener, A., & Hernandez Rodriguez, S. (2025). La constitución subjetiva y el deseo del Otro: Reflexiones desde Lacan con implicaciones clínicas. *Blog Eleia*. <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/la-constitucion-subjetiva-y-el-deseo-del-otro-reflexiones-desde-lacan-con-implicaciones-clinicas/>
- Winnicott, D. W. (2003). Papel del espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y Juego*. (F. Mazía, Trad.; 10a reimp., pp 147-156). Editorial Gedisa. (Obra original publicada en 1971).
- Ynoub, R. (2023). Anexo: Guía para la elaboración de proyectos de investigación y planes de tesis. En *Cuestión de método: aportes para una metodología crítica* (Tomo II). Lugar Editorial.