

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Lo real y sus velos: Interconsulta con un adolescente internado por aplasia medular en un hospital general de alta complejidad.

Antequera, Mariela Mercedes y D' Amato,
Claudio Hernán.

Cita:

Antequera, Mariela Mercedes y D' Amato, Claudio Hernán (2019). *Lo real y sus velos: Interconsulta con un adolescente internado por aplasia medular en un hospital general de alta complejidad. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/616>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/qcR>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LO REAL Y SUS VELOS: INTERCONSULTA CON UN ADOLESCENTE INTERNADO POR APLASIA MEDULAR EN UN HOSPITAL GENERAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Antequera, Mariela Mercedes; D' Amato, Claudio Hernán
Hospital Nacional Profesor Doctor Alejandro Posadas. Argentina

RESUMEN

Introducción: Lo psicoanalítico sucede en el síntoma. El sentido de enfermedad, diferencia cuerpo orgánico de cuerpo erótico. Salud integral implica organizarse dinámicamente con Salud Mental considerando al sujeto en situación y al tratamiento como hecho humano singular. Objetivos: a) Establecer la transferencia en el sujeto para producir una operación subjetiva de efectos continuos. b) Subjetivar lo familiar como hecho fundante. c) Reformular la falta en el Otro para adquirir valor sobre la causa de su propio ser como sujeto. Material y Método: Viñeta clínica articula vicisitudes familiares en adolescente obligado a suspender su vida por enfermedad orgánica, anclada en su historia familiar. Paciente C., 16 años, sexo masculino, internado en Clínica Médica. Diagnóstico Aplasia Medular, buen pronóstico, en consideración. Urgente necesidad trasplante de médula. Método: Estudio cualitativo. Tipo explicativo teórico-clínico. Resultados: Descubrir una escucha pretenciosa implica entrada en análisis. Paciente reflexiona su futuro tras el alta. Recupera energía y articula cuestiones familiares con la enfermedad. Consigue estabilizarse y volver a su vida, con algunas restricciones médicas. Conclusión: situar un cuerpo que habla. Toda construcción secundaria al shock pulsional implica encuentro de la lengua y el cuerpo. Es del orden de la defensa. Si lo real hace trauma la defensa funciona amortiguándolo.

Palabras clave

Lo transferencial - Presencia - Insistencia - Hecho Fundante

ABSTRACT

THE REAL AND ITS VEILS: PSYCHOLOGICAL TREATMENT IN AN ADOLESCENT PATIENT OF MEDULLARY APLASIA IN HIGH COMPLEXITY GENERAL HOSPITAL

Introduction: psychoanalysis happens in the symptom. The sense of disease, difference between organic body and erogenous body. Integral health implies dynamic organization with Mental Health considering subject in situation and treatment as a singular human event. Objectives: a) Establish transference in the subject to produce a subjective operation of continuous effects. b) subjective familial thing as founding fact. c) Reformulate the lack in the Other to acquire value on the cause of his own being as a subject. Material and Method: Clinical vignette articula-

tes family vicissitudes in adolescent forced to suspend his life due to organic disease, which is anchored in his family history. 16-years-old male patient hospitalized Medical Clinic. Medullary aplasia diagnosis, good prognosis, in consideration. He needs urgent marrow transplant. Method: Qualitative study. Theoretical-clinical explanatory type. Results: Discovering a pretentious listening implies entrance into analysis. Patient reflects on his future after discharge. He recovers energy and articulates family issues with the disease. He becomes stabilized and returns to his life with medical restrictions. Conclusion: Locating speaking body. All secondary construction to pulsional shock involves encounter of the tongue and the body. It is of the order of defense. If the real thing does trauma, defense works by cushioning it.

Key words

The Transference - Presence - Insistence - Founding Fact

1. INTRODUCCIÓN: La Normativa de Diagnóstico y Tratamiento en Adolescencia establece las bases legales para el tratamiento de la Salud Integral del Adolescente. En principio, para que la Salud sea integral debe organizarse dinámicamente con Salud Mental y considerar al sujeto en situación y al tratamiento como un hecho humano singular. Esto último es fundamental para la Salud Mental porque el área sanitaria sobrelleva un desconocimiento sistemático de lo psicológico. Para la prevención, asistencia y tratamiento de pacientes adolescentes con enfermedad psíquica es imprescindible valerse del Síndrome Normal de la Adolescencia S.N.A. (Aberastury y Knobel, 1988). En Psicoanálisis el período de la adolescencia se define como un momento particular de la vida, en la que se produce una crisis cualitativa que implica transformaciones somáticas y psíquicas, caracterizado por una reedición de la conflictiva edípica a raíz de profundas transformaciones cualitativas del aparato psíquico, que paralelamente a los cambios físicos, constituyen el cuerpo erótico. En ese momento, sucede una reviviscencia del Complejo de Edipo, que necesita ser resuelto a través de la elección del objeto sexual exogámico no incestuoso, para concretar la independencia del adolescente en la paulatina separación de los padres con el hallazgo definitivo de objeto. Esa desinversión del vínculo con los padres permite una funcionalidad propia para el desarrollo de defensas adecuadas a una vida integrada

subjetiva y socialmente en el medio en el que le toque vivir.

Articulando lo anterior se establecen:

- a) *Normas generales de Atención en Adolescencia*:- Asistencia del paciente en Medicina y Salud Mental del Adolescente. 2.- Promoción de la Salud, evitando la formación, desarrollo, complicación y/o propagación de la enfermedad, priorizando lo preventivo en todas las áreas. 3.- Tratamientos que favorezcan la superación del padecimiento para el paciente, su familia y grupo social, evitando conflictos tempranos que dejan huellas predisponentes. 4.- Seguimiento inclusivo, con responsabilidad familiar. 5.- Priorizar el tratamiento ambulatorio, fomentando el concepto dinámico de internación. 6.- Fomentar el tratamiento voluntario y la responsabilidad del cuidado de la salud. 7.- En las internaciones es preciso diferenciar riesgos de salud física, psicológica o social, evaluando contraindicaciones.
- b) *Normas para el Perfil de Interconsulta en Adolescencia*: - Diagnóstico psicopatológico, Tratamientos propuestos, Seguimiento ambulatorio, Solicitud del médico, el paciente o la familia, Intervención en crisis, etc. 2.- Establecer la intervención como: urgencia o rutina. 3.- Informar previamente al paciente y familiares sobre la interconsulta psicopatológica. 4.- Acudir en cuanto se detecte la necesidad. 5.- Identificarse para devolver información o planificar tratamiento. 6.- Registrar en la Historia Clínica el informe en la hoja pertinente de interconsulta. 7.- Informar a enfermería sobre la interconsulta realizada.

Desde esta perspectiva, cuando los pacientes adolescentes además de la conflictiva familiar y de la identidad, padecen una enfermedad orgánica, para la Salud Mental es necesario integrar la etapa de crisis que están atravesando. A veces la enfermedad orgánica viene a ocupar el lugar de la defensa para que esta conflictiva se potencie negativamente, otras veces sucede lo contrario, oculta la conflictiva creando una suerte de justificación de todas las acciones por “estar enfermo”, dejando al adolescente en una posición de “víctima” constante en el padecimiento somático. A través de un tratamiento psicoanalítico acotado en conjunto con los procedimientos médicos, se puede establecer cierta contención afectiva y profesional por la presencia en el lugar del analista, que ubica al paciente como sujeto integral que padece y sufre cierta sintomatología histórica singular y como hipótesis general, ancla y sostiene la enfermedad orgánica.

Para desarrollar un trabajo conjunto entre profesionales, es necesario tener en cuenta la “Psicopatología de enlace”, como una herramienta de elección por la alta prevalencia de trastornos en Salud Mental, que comprometen aspectos biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. La enfermedad somática es un estrés que conlleva una situación de exigencia psicológica y biológica. La población hospitalizada presenta una incidencia mayor de trastornos emocionales o conductuales. La Psicopatología de enlace, se ocupa de trastornos mentales presentes en pacientes

de otras áreas de la salud, como morbilidad previa, concomitante o posterior a las alteraciones emocionales. La inclusión del modelo biopsicosocial en medicina conlleva a reconocer un mayor número de enfermedades causadas por una combinación de factores biológicos y psicológicos. La enfermedad es una crisis, inesperada y amenazante, ante la que se reacciona de diversas formas. En la interconsulta se asisten consecuencias emocionales del enfermar y características clínicas que presentan los pacientes internados o ambulatorios de un hospital general teniendo en cuenta que, además, en la adolescencia se entrecruza la crisis evolutiva normal de esa etapa etaria.

2. DESARROLLO TEÓRICO: Desde Aristóteles, la Salud Mental es la armonía entre el cuerpo y el alma. El Psicoanálisis plantea que no existe la Salud Mental, en tanto no exista concordancia entre la naturaleza y el ser hablante. Desde el atravesamiento del lenguaje y la creación de la cultura, el conflicto entre deseo e ideales del discurso establece que el hombre es un animal enfermo, porque el síntoma y la enfermedad revelan y presentan la verdad humana.

Para abordar la articulación entre Psicoanálisis y enfermedad orgánica es necesario acudir al diagnóstico. Etimológicamente diagnóstico significa “diagnosis”: distinción y juicio, decisión o fallo. Implica un fallo cognoscitivo desde lo universal a lo particular. Es un juicio de decisión: refiere a un fallo que implica un acto que se juega en la decisión diagnóstica. El acto de diagnosticar implica un intento de acomodar lo singular subjetivo en lo universal que refiere a una enfermedad. El diagnóstico se manifiesta desde el Discurso Amo en el proceso salud-enfermedad. Por eso, es pertinente plantear lo referente a: prevención, tratamiento, rehabilitación, etc.

· Lacan, establece que la cuestión diagnóstica se juega en las entrevistas preliminares. Entonces, una vez iniciado el análisis propiamente dicho, es decir, la Transferencia, eso debe dejarse de lado.

El Diagnóstico en Medicina, es un heterodiagnóstico que investiga síntomas a eliminar para solucionar la enfermedad. Se observan en el paciente huellas y signos de la enfermedad en el cuerpo orgánico y sirve sólo como significante de la mirada del entorno, que devuelve una marca identificatoria muy fuerte. Alrededor del cuerpo injuriado se construye una identidad corporal que, al igual que la identidad asignada en Salud Mental, marcará una imposibilidad de salida de la enfermedad, porque ese alguien ha sido nominado y hablado por y desde la enfermedad. Trata sujetos ubicados dentro de un grupo universal: la enfermedad.

Por el contrario, el Diagnóstico en Psicoanálisis resulta de escuchar la palabra como constituyente de un sujeto, cuya singularidad implica armar un síntoma a partir de un recorrido significativo. El síntoma es aquello que el paciente considera como tal. El sujeto ubica al síntoma en tanto los síntomas producen

preguntas. Este sentido psicoanalítico de la enfermedad, diferencia el cuerpo orgánico: concreto y generalizado, del cuerpo erógeno, que siente placer y sufre síntomas en el padecimiento de la enfermedad.

· Lacan en “La Ciencia y la Verdad” (1965-66), plantea que toda universalización implica una sutura del sujeto. La Ciencia entonces se presenta en un esfuerzo por suturar al sujeto, esfuerzo que Lacan escribirá como no logrado. Cuestionó la noción de causalidad en psicoanálisis, señalando la ruptura entre causa y efecto. Sin embargo, la ciencia abandonó la pregunta por la causa. Sitúa la verdad como causa no sabida y un sujeto dividido entre saber y verdad: la causa eficiente es la castración, allí se resignifican las pérdidas anteriores. La causalidad no es lineal.

En este sentido, el planteo de L. Chiozza (1986) acerca de *¿Por qué enfermamos?*, tiene diversas discordancias con el Psicoanálisis, aunque se suscribe desde allí. El planteo del autor, indica cierta universalidad de significación inconsciente para todas las personas con una misma enfermedad orgánica, justificando que la enfermedad en sí misma encubre una historia oculta, además de la historia consciente y dicha por el paciente. Una suerte de inconsciente colectivo que todos los pacientes comparten por padecer una misma enfermedad. En contraposición al descubrimiento freudiano del Inconsciente propiamente dicho por cada sujeto singular, significando una historia única e irrepetible.

Por eso, el Discurso Psicoanalítico se ubica como el reverso del Discurso Amo y permite explicitar el deseo de cada sujeto en su singularidad. El Psicoanálisis no apunta a la verdad universal, sino a revelar una verdad singular para cada sujeto. Se trata entonces, de hablar, de armar la cadena de significantes a través de palabras que apunten a armar un síntoma singular para cada sujeto. Desde la perspectiva analítica, el síntoma es lo propio, la invención singular que, con el sentido permite al sujeto arreglárselas con el goce del cuerpo en la enfermedad. Es algo estructural. Es así como, en psicoanálisis sólo se puede intervenir en el síntoma desde su costado de sufrimiento y hacer de ello un síntoma funcional para cada sujeto: no se trata de eliminarlo como en medicina, sino de traducirlo, interpretándolo a partir de cuestionarlo y hacerle preguntas.

En “Actualidad del Trauma”, G. García retoma la idea de Trauma de S. Freud, quien da una perspectiva psicoanalítica no-médica, estableciendo en el núcleo del trauma algo no significable, una situación a la que no se le puede dar sentido. Lo propio del trauma en psicoanálisis, es el sin-sentido. Desde esta lógica, es que J. Lacan (Seminario 23) establece la lógica sin-sentido del trauma a partir de ciertos puntos indecibles. El dolor corporal es traumático, es una situación en la que la barrera anti-estímulo queda perforada. Más precisamente, la enfermedad orgánica concierne al encuentro con ese agujero de sentido que define al trauma.

Desde este punto de vista, la idea de normalidad en Psicoaná-

lisis queda proscripta, porque no apunta a ese universal, sino a descubrir lo singular de los síntomas para cada sujeto. Sólo es posible ubicar la normalidad en el Discurso Médico, en el que, se los ubica dentro de un grupo universal que es la enfermedad. Este sentido de enfermedad es lo que diferencia el cuerpo orgánico del cuerpo erógeno o libidinal.

· Lacan en su última enseñanza (1975-76) le otorga un nuevo estatuto al significante en tanto que separado de la significación, lo acercó a esta definición de Real sin ley que ya no concierne a lo ontológico (saber acerca de la enfermedad) sino a lo óntico (su propia existencia). Sin ley será entendido como abierto a equívocos, contingente. Entonces un análisis es el relato de la contingencia del encuentro del significante y el goce, siendo justamente ese real lo que funciona como obstáculo en la formación del analista. Si se pone el acento en las presentaciones clínicas desde esta perspectiva, ya no serán construcciones lógicas clínicas bajo transferencia, sino la descripción del modo en el que cada cual construyó su defensa frente a lo Real.

En este sentido, J-A. Miller en “*Sutilezas analíticas*” (2006), retoma la idea de la última enseñanza de J. Lacan, articulada con lo Real, dejando para el sujeto y la enfermedad, la pareja de *partenaire-síntoma*, que desde el Sinthome, permite anudar la enfermedad en una identidad subjetiva que resumidamente refiere a la novela con la que el paciente da sentido a la enfermedad y que concluye anudándose con ella en su convivencia desde la contingencia en el cuerpo.

3. OBJETIVOS:

- a) Establecer lo transferencial, funcionará en el sujeto produciendo una operación subjetiva de efectos continuos.
- b) Subjetivar lo familiar como hecho fundante.
- c) Reformular la falta en el Otro para adquirir valor sobre la causa de su propio ser como sujeto

4. MATERIAL Y MÉTODO: Para la articulación teórico-clínica se presenta una breve viñeta clínica que articula ciertas vicisitudes familiares suscitadas por un adolescente, que está obligado a suspender su vida en general por una enfermedad orgánica, que se ancla en su historia familiar.

Método: Estudio cualitativo. Tipo explicativo teórico-clínico.

Paciente C., 17 años, sexo masculino. Al momento de la consulta con Psicología se encontraba internado en Clínica Médica de Adultos del Hospital General Nacional “Prof. Dr. A Posadas”, con diagnóstico de Aplasia Medular, en principio con buen pronóstico, aunque en consideración, teniendo en cuenta la urgente necesidad del trasplante de médula. Al momento de solicitar la interconsulta con el Servicio de Adolescencia área Psicopatología, el paciente se encuentra en plena incertidumbre con relación al trasplante porque se están realizando las compatibilidades con sus hermanos. Aunque antes de eso, era necesario compensarle

los glóbulos rojos, por sangrado constante de encías, para lo cual se lo trasfunde casi diariamente.

Es importante aclarar que la compatibilidad familiar en estos casos se da únicamente con hermanos de padre y madre. El paciente tiene dos hermanos de padre y madre, uno de 16 años, a quien recientemente le hicieron el estudio y salió incompatible. Estaba a la espera del estudio con el otro hermano de 19 años. En las primeras entrevistas psicológicas C. expresa la incertidumbre por el curso de la enfermedad. Refiere que se enteró al acudir al Hospital, porque tuvo fiebre muy alta durante varios días. Comenta que hace más o menos 20 días que está internado. Antes de la internación trabajaba en una panadería y hacía varios deportes: practicaba básquet y una vez por semana, jugaba fútbol con amigos. Además, estaba cursando el último año del Colegio Secundario. Manifiesta que con todas esas actividades estaba poco en la casa, que casi no veía a su madre, con quien convivía además de sus hermanos. A raíz de la internación, se queja que la madre no lo deja solo, está todo el día con él. Sólo descansa cuando su hermano de 16 años lo acompaña diariamente unas horas al salir del Colegio y se queda casi toda la tarde.

De su padre comenta que los abandonó en su infancia cuando él tenía alrededor de 9 años y aunque ambos sabían dónde vivían, no tenían relación. C. se mostraba resentido, parecía tener rencor con su padre, pero no estaba seguro del abandono, no había averiguado bien cómo fueron las cosas. Manifiesta que, con la enfermedad, había vuelto a ver su padre, porque su madre lo llamó para contarle pensando en las compatibilidades. C. no quería verlo y se enojó con la madre por contarle al padre acerca de su enfermedad.

Pasaron varias entrevistas psicológicas, en las que a C. le daba lo mismo hablar o no, decía que no le veía el sentido a eso. Paralelamente a eso, un residente de primer año del piso, que tomaba jugo de remolacha con él para comprobarle que era rico, tenía el mismo nombre de pila que él. El paciente cometa una vez en sesión: C. (por el residente) no me cae bien, es muy insistente. La intervención del analista fue: ¿cuál de los dos C. no te cae bien? Algo del inconsciente en un incipiente fallido, por la causalidad del nombre comenzaba a hacerse presente.

Luego de unas semanas, comenta que el otro hermano también salió incompatible. En ese momento, el pronóstico médico se modificó, ya sin donantes compatibles su situación se complicaba cada vez más. Igualmente, el paciente debía estabilizar sus glóbulos rojos para llegar al trasplante de médula en caso de haber donantes compatibles.

5. RESULTADOS: Ante este complejo escenario, desde la perspectiva psicoanalítica articulada con lo terapéutico, se decidió continuar con las entrevistas, más allá de la ausencia de demanda del paciente. En el curso de las sesiones, el paciente continuó manifestando el enojo con su padre por el abandono en su infancia y por su reciente aparición durante la interna-

ción. Refiere que su padre, lo visita y le pregunta cosas, pero él no quiere vincularse. Además, pudo reflexionar acerca de lo que hará cuando se vaya de alta y aunque la situación continúa siendo compleja y tiene aún bastante tiempo de internación por delante, C. tiene mucha energía. Aunque a veces se siente débil, pasea por el Hospital y para salir de la habitación decide concurrir al Servicio de Adolescencia acompañado por su hermano. Luego de más de dos meses desde el inicio del tratamiento psicológico, con una frecuencia de dos a tres veces por semana, manifiesta que han logrado estabilizarlo luego de tantas transfusiones, los glóbulos rojos están compensados y puede comenzar con la quimioterapia. Tratamiento que, a pesar de ser complicado, es un avance para comenzar a tratar la leucemia. Al cabo de aproximadamente 20 días más, C. es dado de alta para continuar realizando el tratamiento ambulatorio de quimioterapia con frecuencia, aunque ya no internado. Se deja el contacto para que realice Tratamiento Psicoterapéutico ambulatorio, acude a dos o tres entrevistas en diferentes semanas y luego deja de concurrir.

Para articular lo teórico con el Caso C., se desliza del recorte clínico que la enfermedad orgánica le provoca un quiebre en su vida, suspendiendo sus actividades cotidianas y aunque muy a pesar del paciente, le permite volver a vincularse con su padre e inaugurar un espacio terapéutico que, aunque sin demanda manifiesta al principio, logra articular las cuestiones familiares con el anclaje de la enfermedad, consigue estabilizarse y volver a su vida, aunque con algunas restricciones médicas y citas a turnos programados seguidos. En este sentido, el momento de la internación le permitió a C. pensar en él con su padre, enojado con su madre y en sus actividades. Justamente uno de los puntos trabajados es que tantas actividades en su rutina, le permitían no pensar mucho en lo que sentía con el abandono paterno, anclaje real de la enfermedad.

En este sentido, con la presencia real de la enfermedad orgánica hay una pregunta presente acerca de qué hacer con ese real, allí se arma el síntoma a partir del sentido, para luego desarmarlo haciéndolo funcional en un uso real y efectivo. Con frecuencia dicho uso puede ser gozoso, masoquista o un uso en el lugar de víctima desde la posición de enfermo.

Desde el Psicoanálisis es necesario no caer en la lástima del paciente porque se justificaría su posición, absolviéndolo de los pecados cometidos. Se trata de responsabilizar al sujeto en ese uso particular del síntoma o de la enfermedad. La apuesta es a la implicación del sujeto en la construcción de un saber sobre lo singular, sobre la causa de su propio ser como sujeto. Entonces, la orientación en el trabajo del analista es sostenerse en su no saber. No se trata del no saber del neurótico, ni del goce en la falta en ser, se trata de un vacío en el saber mismo y eso genera la aparición de "lo nuevo".

En el Caso C., lo fundamental para trabajar la enfermedad desde el síntoma y desde ese real, fue la presencia del analista. A pesar de las negativas del paciente a la palabra o de sus

reiteradas formulaciones acerca de las entrevistas como “me da lo mismo”, la insistencia de la presencia de ese otro fue clave para marcar un contexto de análisis posible, no impuesto sino presente. Esa presencia que funcionó como insistencia de lo inconsciente, en su definición más *real*, como retorno de lo reprimido. Esa vuelta que insiste y delinea el camino hacia la verdad subjetiva, fue lo que hizo significancia para internalizar una presencia que hasta el suceso analítico fuera ausencia, possibilitó el encadenamiento de un sostén posible. En definitiva, eso fue lo que viabilizó el armado de la cadena significativa que da sentido para poder después incitar a desarmarlo.

Es así como S. Freud, establece que es necesario olvidar el saber clínico para abordar cada caso por su singularidad y no por el diagnóstico que remite a un universal.

- Miller propone pensar al sujeto desde una nueva óptica, no ya desde la relación lineal causa-efecto sino “como una ruptura entre causa y efecto” en tanto es lo que “vale al nivel de lo real sin ley”. El sujeto mismo como causa (sin efecto).

6. CONCLUSIONES: Lo Real es lo que aloja el cuerpo y J. Lacan postula modalidades de la defensa contra lo real. El inconsciente transferencial como defensa contra lo real, implica que en sí mismo sostiene la suposición de que lo real sea pensable a partir del sentido y la ley. Ese sería el último velo que los analistas tenemos que levantar en la perspectiva de todos delirantes. El interés por el diagnóstico orienta a defensas que van a ser molestadas, hay defensas que van a ser respetadas y hay defensas que deberán ayudar a construir. Para eso, es preciso situar un cuerpo que habla, un síntoma donde se verifique en el modo de gozar del sentido, una defensa contra lo real sin-sentido. La orientación analítica será perturbar el goce atrapado allí. En un diagnóstico es imprescindible tener presente que toda construcción secundaria al shock pulsional que implica el encuentro de *lalengua* y el cuerpo, es del orden de la defensa. Todas las estructuras clínicas comparten la necesidad de construir algo en torno a un agujero. Si lo real hace trauma: trou (matisme), la defensa tiene por función amortiguarlo.

Lo real es lo que se deposita al excluir el sentido, un resto. Lo verdadero, en cambio, supone el sentido, pero se desliza también por su propia dimensión en su contrario, lo falso. De allí la oposición de naturaleza binaria, entre lo real y el sentido que parece dominar el reverso de J. Lacan y pone en evidencia que el síntoma demuestra ser del orden de la permanencia en el tiempo y en esto muestra su sintonía con lo real. Así, la encrucijada de un análisis en relación íntima con lo real nos acerca más a un problema ético que científico: se constata que es imposible conocer de antemano, la sorpresa de la interpretación de lo real. Por eso, es imposible anticiparse.

A lo largo de la enseñanza de J. Lacan, “lo real” es pensado en sus diversas perspectivas. Primero como ‘registro’ -alternativamente: categoría ‘del ser’ o ‘de la experiencia’-, luego como ‘nudo’. Lo describió como ‘lo que vuelve siempre al mismo lu-

gar’ (con ley), pero también habló de real sin ley, articulado a ello ubicó el real imposible, el contingente, el singular. Mientras lo definía como lo que vuelve, iba construyendo otro perfil, el de un real imposible, aunque en el cuerpo hay un real común que sirve como una posible orientación para el psicoanalista.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). “*La Adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*”. 2: El Síndrome de la Adolescencia Normal. Ed. Paidós. Ecuador.
- Chiozza, L. (1986). “*¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*”. Alianza Editorial. Madrid-Buenos Aires.
- Clavreul, J. (1978). “*El Orden Médico*”. 4: La medicina es un discurso. Poder e impotencia del discurso, Cap. 6: La exclusión del deseo, Cap. 11: Discurso médico y discurso psicoanalítico y Cap. 12: Clínica médica y clínica psicoanalítica. Ed. Argot. Barcelona.
- García, G. (2005). “*Actualidad del Trauma*”. 1: Las descripciones de Freud y Cap. 2: Las posiciones de Lacan. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1966). “*Psicoanálisis y Medicina*”. En *Intervenciones y Textos*. Ed. Manantial. Argentina 1957.
- Lacan, Jacques (1965-66): “*La Ciencia y la Verdad*”, en *Escritos 1*. Ed. Siglo XXI. México. 1971.
- Lacan, J. (1962-63). El Seminario. Libro 10: “*La Angustia*”. Ed Paidós. Buenos Aires. 2005.
- Lacan, J. (1975-76): El Seminario. Libro 23: “*El Sinthome*”. Ed Paidós. Buenos Aires. 2006.
- Miller, J-A. (2011). “*Sutilezas analíticas*”. I: Retorno a Lacan, Cap. III: Posición del analista, Cap. IX: La verdad mentirosa, Cap. XV: Lo imposible de negativizar y Cap. XVII: El goce no miente. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Roudinesco, É. (2003). “*La Familia en Desorden*”. Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Edit. FCE. Buenos Aires.