



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Volumen 2

# Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas



Maricelly Gómez Vargas  
Diego Armando Heredia Quintana  
(compiladores)



# Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas

Maricelly Gómez Vargas  
Diego Armando Heredia Quintana  
(compiladores)



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Debates sobre psicopatología y estructuras clínicas / Maricelly Gómez Vargas; Diego Armando Heredia Quintana, compiladores. -- Medellín : Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Psyconex de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, 2022.

153 páginas ; 23 cm. (tamaño 300 kb)

ISBN 978-628-7519-43-5 (versión e-Book) Vol 2.

1. Psicopatología 2. Estructuras clínicas 3. Teoría psicoanalítica 4. Clínica psicoanalítica 5. Salud mental I. Gómez Vargas, Maricelly II. Serie.

616.89/G633

- © Laura Isabel Franco Amaris; Alejandra Betancur Jaramillo;  
Diego Armando Heredia Quintana; Maricelly Gómez Vargas;  
Kelly Johana Vargas García; Jorge Enrique Chacón Afanador;  
Edwin Andrés Restrepo Zuleta; Adriana María Ramírez Zapata  
© Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Psyconex  
de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

ISBN E-book: 978-628-7519-43-5

Primera edición: Febrero de 2022

Imagen de cubierta: *Carne autorretrato* (Fotografía). © Juan Diego Díaz Ramírez.  
Cortesía del autor.

Coordinación editorial: Maricelly Gómez Vargas y Diego Armando Heredia Quintana

Diseño de la colección y diagramación: Luisa Fernanda Bernal Bernal, Imprenta  
Universidad de Antioquia

Corrección de texto: Diana Patricia Carmona Hernández

Grupo de Investigación Psyconex, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas,

Universidad de Antioquia

Calle 67 No. 53-108

Medellín, Colombia, Suramérica

Correo electrónico: [grupopsyconex@udea.edu.co](mailto:grupopsyconex@udea.edu.co)

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

# Contenido

## **Prefacio**

*Gloria Patricia Peláez Jaramillo y Kelly Vargas García* ..... 7

## **La supervisión clínica en psicoterapia**

*Laura Isabel Franco Amaris* ..... 15

## **Nosología y diagnóstico forense de la competencia parental en casos de custodia o patria potestad**

*Alejandra Betancur Jaramillo y Diego Armando Heredia Quintana* ..... 37

## **La promoción de la salud mental y sus efectos de prevención de las adicciones y otros problemas**

*Maricelly Gómez Vargas* ..... 54

## **Freud a propósito de la defensa en la etiología de las psiconeurosis 1893-1896**

*Kelly Vargas García* ..... 72

## **Aproximación psicoanalítica a la locura en la estructura neurótica**

*Jorge Enrique Chacón Afanador* ..... 90

**Apuntes sobre la diferencia sexual, la sexuación  
y la posición sexuada del hombre: breve recorrido  
por la teoría psicoanalítica**

*Edwin Andrés Restrepo Zuleta* ..... 108

**El arte abyecto en la obra de David Nebreda en relación  
a la noción de real lacaniano**

*Adriana María Ramírez Zapata* ..... 128

# Prefacio

*Gloria Patricia Peláez Jaramillo<sup>1</sup>*  
*y Kelly Vargas García<sup>2</sup>*

El grupo de investigación Psyconex (Psicología, psicoanálisis y conexiones) de la Universidad de Antioquia (Colombia) mantiene vigente su actividad mediante proyectos de investigación y su firme apuesta por la transmisión del saber, particularmente, promoviendo un debate multidisciplinar en torno a las concepciones psicopatológicas, la salud y la enfermedad. Este libro reúne y recrea las temáticas precedentes, estimulando aristas de análisis y una reflexión sobre el lazo social, eje alrededor del cual se ordena la actualización de la formación de profesionales de la psicología y de otros campos de las ciencias sociales para

---

1. Psicoanalista, analista miembro de la Escuela Internacional de los Foros del Campo Lacaniano-Medellín. Psicóloga, Universidad de San Buenaventura. Especialista en Familia, Universidad Pontificia Bolivariana. Magíster en Filosofía, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Psicoanálisis, Universidad de Antioquia. Profesora titular del Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia. Fundadora y miembro del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex) de la misma universidad. Correo: gloria.pelaez@udea.edu.co

2. Psicóloga, Universidad de Antioquia. Máster en Ciencias Sociales y Humanas: mención Psicoanálisis, Université Paris 8. Estudiante del Doctorado en Investigación en Psicopatología y Psicoanálisis, Universidad de París. Profesora de cátedra, Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex) de la misma universidad. Correo: kelly.vargas@udea.edu.co

su ejercicio profesional. Así, producto del concurso de estudiantes y profesores de la *Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas*, esta producción es índice de la trayectoria de trabajo constante y decidido de los integrantes del grupo y del equipo docente. Cada elaboración deja abiertas cuestiones de interés para pensar la práctica en términos éticos, es decir, el espacio donde ver y comprender se anudan en acto.

El lector encontrará un texto variopinto por su pluralidad: psicología clínica, psicología forense, psicología de la salud y algunas reflexiones sobre la clínica psicoanalítica, con temáticas que interrogan el problema de las adicciones, la promoción y prevención, la supervisión clínica, el diagnóstico, la sexualidad, la defensa en la etiología de las neurosis y, además, lo que enseñan las obras de arte (literatura, pintura...) sobre la dimensión humana. En la estructura del texto se reconocen dos partes: en la primera, los trabajos que enfatizan en la perspectiva psicológica y, en la segunda, aquellos que proponen una aproximación desde el psicoanálisis.

El recorrido empieza con el texto “La supervisión clínica en psicoterapia”, de Laura Isabel Franco Amaris, quien interroga la falta de garantía que la titulación universitaria ofrece sobre la formación académica y práctica para “conducir el tratamiento de diferentes problemáticas psíquicas”. Sus límites abren espacio a la supervisión clínica como una estrategia de formación con las siguientes herramientas: estudios de caso, discusiones epistémicas y guías para el seguimiento de un tratamiento. En Colombia, el problema que afecta la formación de nuevos profesionales es la falta de formación específica para desempeñar el rol de practicante e identificar los modelos de supervisión, problemática que, no obstante, se comparte con otros países de Latinoamérica y se evidencia en la escasez de documentación, pues tradicionalmente ha sido una práctica aislada y ausente de los diversos campos ocupacionales de la psicología. La autora propone avanzar sobre la especificidad, definición y validez de la supervisión clínica como proceso

de formación que promueve el desarrollo de competencias y, en especial, favorece el hábito de reflexionar alrededor de la clínica; asimismo, muestra la necesidad de formalizar la supervisión clínica que, en las mallas curriculares, es difusa, confusa e irregular; finalmente, subraya la importancia de la supervisión clínica como estrategia complementaria de enseñanza-práctica, pues al reconocer su estructura se aporta a una ética de la práctica psicológica que trasciende el código deontológico en Colombia.

Esta cuestión de la supervisión se encadena con el problema del diagnóstico y de la evaluación, que Alejandra Betancur Jaramillo y Diego Armando Heredia Quintana abordan en su trabajo “Nosología y diagnóstico forense de la competencia parental en casos de custodia o patria potestad”. Los autores relievan la importancia que tiene identificar, aprender y comprender percepciones y significados de la competencia parental, porque garantiza los derechos de los niños, niñas y adolescentes, brinda una protección “física y emocional” y minimiza el riesgo y las manifestaciones de la violencia intrafamiliar. El artículo muestra la importancia que tiene identificar la idoneidad o capacidad mental mediante procesos de evaluación de la custodia y la patria potestad; así como la valoración de los aspectos psicológicos, la severidad y cronicidad del trastorno psicológico parental y otros aspectos como la adversidad psicosocial, las relaciones familiares disfuncionales, las capacidades de manutención, entre otros. Esta reflexión, resultado de investigación, da cuenta del impacto de los trastornos mentales en la competencia parental y permite establecer “un criterio unificado frente al trastorno mental y su impacto sobre la competencia parental”. Adicionalmente, los autores llaman la atención sobre la importancia que tiene, además, la valoración de quienes evalúan: profesionales y peritos del derecho; y finalmente sugieren, para identificar el impacto de los trastornos, considerar aspectos como: dinámicas familiares, entorno, tipo y condiciones de los lazos afectivos, niveles y modos de comunicación, y capacidad de las familias para identificar sus disfunciones,

ocultar información y normalizar situaciones de maltrato o abuso, displicencia o desinterés por parte de los padres. Todo esto sirviéndose de diversas pruebas psicológicas complementarias a la *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses sobre patria potestad (o potestad parental)*.

Consideraciones sobre el cuidado de la salud mental en población infantil y adolescente, como de sus cuidadores y demás profesionales implicados, nos conduce al trabajo “La promoción de la salud mental y sus efectos de prevención de las adicciones y otros problemas”, de Maricelly Gómez Vargas, quien aborda el problema de la prevención interrogando qué se previene y cómo. De este modo, en el marco del concepto de salud mental es fundamental considerar dos enfoques de la psicología: el modelo de bienestar emocional –constructo de salud mental positiva– y la perspectiva psicosocial de Martín Baró –que amplía la dimensión de la salud mental respecto a las relaciones sociales–. Adicionalmente, la autora precisa las diferencias entre los conceptos de salud mental, promoción y prevención en psicología, medicina y salud pública, especialmente cuando se trata de las adicciones. Gómez Vargas propone un programa que puede aplicarse a grupos poblacionales amplios, potenciando recursos físicos, sociales y familiares con el fin de promoverlos y evitar el empeoramiento de las situaciones asociadas. La autora subraya la importancia de una salud mental en función de las capacidades individuales de bienestar y las potencialidades colectivas para subvertir la hegemonía histórica del binomio salud-enfermedad. En este sentido, el concepto positivo sirve de bisagra entre promoción y prevención y modifica su vínculo con el problema del riesgo, a la vez que alienta el agenciamiento individual y colectivo frente al estado de las condiciones sociales, económicas, materiales y oportunidades equitativas para la vida digna.

La segunda parte del libro abre una perspectiva psicoanalítica que examina asuntos como: funcionamiento y configuración del aparato psíquico, locura, sexualidad, y relievra el aporte de los artistas sobre la

condición humana. El lector se remontará a la historia de una importante noción a través del trabajo “Freud a propósito de la defensa en la etiología de las psiconeurosis, 1893-1896”. Kelly Vargas García, en su recorrido por el texto freudiano, muestra cómo, desde los inicios de su obra, el padre del psicoanálisis propone que la causación de las neurosis y la configuración del aparato psíquico se encuentran vinculadas al concepto de defensa y este, a su vez, con lo patológico y la salud, en oposición a las explicaciones anatómicas, hereditarias y degenerativas de la psiquiatría de Benedict August Morel y Jean-Martin Charcot. La autora resalta el anudamiento temprano en la obra de Freud entre la defensa y el síntoma; donde la defensa sería una modalidad de respuesta que contribuye al funcionamiento del aparato psíquico a través de la formación del síntoma, el cual, más allá de su expresión patológica, se entrelaza de manera singular con la salud, perspectiva ausente en la clínica y presupuestos teóricos de la psiquiatría.

Articulado a este trabajo, el lector podrá apreciar que no existe aparato psíquico sin pulsión, frente a la cual el psiquismo no solo se defiende, sino que se ordena. Así, en “Aproximación psicoanalítica a la locura en la estructura neurótica”, Jorge Enrique Chacón Afanador analiza la noción de locura y la estructura neurótica en las obras de Freud y Lacan. Observa que la consideración de la locura en psicoanálisis, a diferencia del carácter descriptivo e incluso ideológico presente en la psiquiatría, interroga los límites entre las estructuras, en particular la neurótica, pues los síntomas que, en términos nosológicos psiquiátricos, pertenecen a la psicosis pueden también manifestarse en la neurosis, sin que comporte en términos estructurales una psicosis. Este punto de vista, si se quiere moebiano, abre la posibilidad de revisar la cuestión de las estructuras y sus límites al considerar la clínica borromea y los anudamientos propuestos en la última enseñanza de Lacan.

Si la pulsión ordena el psiquismo, el ser sexuado, el goce y la sexualidad representan un enigma. Así, en el texto “Apuntes sobre la diferencia sexual, la sexuación y la posición sexuada del hombre: breve

recorrido por la teoría psicoanalítica”, Edwin Andrés Restrepo Zuleta aborda el problema de la posición sexuada del hombre en psicoanálisis, en particular examinando los aportes tanto freudianos como lacanianos. Sostiene el autor que, resultado del encuentro singular con la castración, más allá de la anatomía, ser hombre o ser mujer se distinguen por la posibilidad de acceder a una modalidad de goce diferenciada en función del significante fálico, cuyo acento del lado hombre se encuentra en dicha función.

Empero, esta cuestión concierne también al trabajo de Adriana María Ramírez Zapata, titulado “El arte abyecto en la obra de David Nebreda en relación a la noción de real lacaniano”. En él, la autora se propone establecer una relación entre las nociones de sublimación en Freud y real en Lacan respecto a la obra del artista español David Nebreda, cuyo trabajo, alejado de la experiencia de lo bello, abarca el horror, la transgresión y lo abyecto. A través del uso de la iconografía como estrategia metodológica, Ramírez Zapata identifica de qué manera en el trabajo de este artista el autorretrato tiene por función, más allá de la representación barroca, situar el cuerpo mortificado en el exterior, develando así un modo de tratamiento de La Cosa (*Das-Ding*) con efectos en el lazo social.

Para finalizar, y enmarcados en la obra de arte y su referencia al cuerpo, sitio donde anidan encuentros y desencuentros, no hay mejor ex-c(a)usa para pensar la totalidad de este libro que la sugestiva imagen de su cubierta, que ubica al lector en la esencia diversa de lo humano a través de la obra *Carne*, del maestro Diego Díaz. El artista, gracias a un corte de lienzo, que espeja la intimidad del cuerpo sin figuración, pero figurándolo, porque la carne humana es en-carne(a) ción del cuerpo, pluralidad y diversidad de su tratamiento. *Carne* es un resto despojado de lenguaje que rememora el trauma individual y colectivo, remite a la violencia del nacimiento y a los cuerpos ultrajados en la guerra. Su instalación, a partir de la colgadura del lienzo desollado, cuestiona la fragilidad de la condición humana. Por esta razón,

*Carne*, expuesta sin una gota de sangre, se sitúa en el umbral entre el nacimiento y la muerte, revela y cuestiona nuestra humanidad y, sobre todo, el espacio que surge entre ambas, la vida, que es *la* obra donde la palabra y el argumento plural sobre la complejidad humana reiteran la incógnita siempre latente, la pregunta siempre abierta: ¿quién es el hombre para sí mismo, los otros y la ciencia?



# La supervisión clínica en psicoterapia

*Laura Isabel Franco Amaris<sup>1</sup>*

## Introducción

Las condiciones legales que autorizan al ejercicio clínico de la psicología en Colombia indican que cualquier psicólogo graduado del pregrado puede realizar esta actividad debido a que con su título puede “acreditar su formación académica e idoneidad profesional” (Ley 1090 de 2006). Esto implica asumir que las instituciones que forman a profesionales en psicología les han transmitido los fundamentos teóricos y prácticos que les permiten conducir el tratamiento de diferentes problemáticas psíquicas.

La supervisión clínica ha sido una de las estrategias de formación para la psicoterapia en la que se abordan casos, se participa en discusiones que apuntan a la comprensión de los fenómenos psicológicos y psicopatológicos que presentan los pacientes y se determinan los pasos a seguir en los tratamientos psicoterapéuticos. De esta manera, suele ser concebida como una actividad integrativa que afina la comprensión de los casos clínicos posibilitando la interiorización de estos

---

1. Psicóloga, Universidad Católica Luis Amigó. Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Correo: laurafrancoam@gmail.com

conocimientos y, a su vez, ilustra el carácter pedagógico de la supervisión clínica (Zas, 2015).

En ese orden de ideas, enfatizar en la formación para la psicoterapia tiene como fundamento la pregunta sobre cómo asegurar una práctica profesional en la que se identifiquen acciones que favorezcan la transformación personal y el reconocimiento de las realidades de los pacientes. Además, es una apuesta que va más allá de la conexión que se establece entre los saberes teóricos y técnicos, de manera que el psicólogo pueda hacer una lectura amplia de lo que presentan los pacientes a la hora de consultar (Gómez-Gómez, 2016).

Algunos antecedentes respaldan que, desde su origen como disciplina, en la psicología clínica ha existido una preocupación por la formación del psicólogo y por la evaluación de la eficacia de sus intervenciones. Entre ellos, Lightner Witmer, pionero de la psicología clínica, paralelamente a su creación formula en el año 1896 un programa de entrenamiento que tenía por requerimiento que los profesionales que ejercían esta labor debían estar en un nivel de formación doctoral que posibilitaba el paso por la experiencia de supervisar su práctica clínica (Witmer, 1907).

Asimismo, los representantes de los enfoques terapéuticos más representativos, Sigmund Freud, John Watson y Carl Rogers, formalizaron la supervisión articulando el hábito de acompañar a sus aprendices en su práctica psicoterapéutica con los conceptos que eran propios de la escuela que cada uno de ellos funda. Por su parte, el psicoanálisis tenía su formato de supervisión al que llamaban análisis didáctico y que hacía parte de su programa de formación para analistas, cuyo objetivo era lograr una basta comprensión de los complejos sin resolver de los analistas (Hess, 2011).

En el caso del conductismo y el cognitivismo, la supervisión clínica estaba diseñada a partir de estrategias de aprendizaje tales como el modelamiento y el acercamiento sistemático. De este modo, la lectura que se hacía de lo que acontecía en la supervisión estaba orientada

por el reconocimiento de las diferentes modalidades de aprendizaje, teniéndose en cuenta los aprendizajes episódicos, semánticos y procesuales. Otro ejemplo es el humanismo, que configura su dispositivo de supervisión basado en conceptos como la comprensión empática y la congruencia, siendo esto lo que aseguraba que los psicoterapeutas que orientaban su práctica desde este enfoque pudieran ofrecer una experiencia psicoterapéutica efectiva basada en esos principios (Hess, 2011).

Ahora bien, la importancia del vínculo entre psicoterapia y supervisión clínica radica en que se incrementa la calidad de las intervenciones de los psicoterapeutas mediante el acompañamiento del proceso y se favorece el desarrollo de hábitos de cuidado de sí mismo en los profesionales (Zohn-Muldonn y Valencia-Vega, 2016). También la supervisión clínica es un modo de enseñanza en el que el psicoterapeuta aprendiz se acostumbra a conceptualizar su acción clínica fortaleciendo habilidades de tipo terapéutico e investigativo (Novoa-Gómez y Córdoba, 2019).

En Colombia, la supervisión clínica tiene lugar inicialmente en los programas de pregrado de psicología a través de las prácticas profesionales, que son periodos de aprendizaje in situ y que suelen ser asesoradas por profesores universitarios o clínicos experimentados. Sin embargo, se ha detectado que estos no reciben una formación específica para llevar a cabo ese rol, lo que puede generar el desconocimiento de las prácticas adecuadas para realizar una supervisión que asegure la protección de los pacientes y perfeccione las competencias de los clínicos para la intervención. Así lo han demostrado las investigaciones de Mónica Novoa Gómez (2019), quien expone que el 90.3 % de los supervisores desconoce los programas de formación y percibe a partir del estudio que un 87.1 % tiene necesidad de un entrenamiento específico en la supervisión. Ahora bien, los formatos de supervisión más usados en el país son el individual y el grupal, ambos desarrollados de modo asincrónico e indirecto, es decir que se usan documentos clínicos, tales como historia clínica, planeación de las sesiones, informes y lo que los

psicoterapeutas declaran sobre ellas, para llevar a cabo la supervisión (Novoa-Gómez y Córdoba, 2019).

Cabe anotar que, en Latinoamérica, la escasez de documentos sobre la supervisión clínica obedece a que esta tiene como escenario predilecto la academia y que en ella se sitúa como práctica aislada e indefinida en los currículos universitarios. A su vez, se evidencia que poco se ha escrito sobre las experiencias de formación para las intervenciones psicoterapéuticas, lo que deja inferir que es necesaria la sistematización de la experiencia de por parte de los participantes en este dispositivo, bien sea profesores/asesores o aprendices.

En ese orden de ideas, es importante mencionar que la escasez mencionada se deduce de la revisión monográfica a partir de la cual se escribe este capítulo y en la que se recopiló en una matriz bibliográfica 102 referencias sobre la supervisión clínica; de ellas, 26 corresponden a artículos escritos en español con origen en diferentes países de Latinoamérica, mientras 4 son producidas específicamente en Colombia (Ballesteros de Valderrama, *et al.*, 2019; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Hernández-Córdoba, 2007; Novoa-Gómez y Córdoba, 2019). La naturaleza de los artículos escritos en nuestro país está relacionada con el establecimiento de algunas características de la supervisión clínica y la determinación de ciertos elementos para la formulación de un modelo para la formación en psicoterapia.

Por otra parte, la psicoterapia es una práctica curativa y amorfa que se vale de la palabra y de la relación con un profesional de la salud para darle tratamiento a diferentes problemáticas psicológicas y propiciar, desde allí, las transformaciones psíquicas necesarias para modular o reducir el sufrimiento subjetivo. Para esto, la psicología se orienta a partir de unos principios de funcionamiento psíquico y unos elementos estables como son la relación terapéutica, la escucha orientada, las producciones verbales del paciente y las intervenciones del psicólogo. Además, la psicoterapia está asociada al tercer elemento del método clínico que es el tratamiento, siendo los dos primeros la evaluación y

el diagnóstico (Compas y Gotlib, 2002; Gómez y Peláez, 2015; Lopera, 2017; Wampold, 2019).

Ahora bien, habría que pensar en el tipo de intervenciones que los estudiantes de pregrado en psicología están autorizados a hacer y las materias dentro del currículo universitario que los preparan para ello. Esto último lo problematizan Acosta-Barreto *et al.* (2018) al exponer que 30 % del contenido en las mallas curriculares se conecta con temas de salud y que existen facultades que no cuentan con una preparación para las prácticas en escenarios clínicos o de la salud. Sumado a esto, los requerimientos de los decretos 2376 de 2010 y 780 del 2016, que ordenan los convenios de docencia-servicio enmarcados en la definición de la psicología como una ciencia de la salud, introducen algunas necesidades que pueden sobrepasar la capacidad de las instituciones educativas, puesto que deben crear consultorios o centros de atención clínica que cumplan con ciertos requerimientos. Esto ha tenido como consecuencia que algunas de ellas hayan decidido eliminar la formación en el campo clínico, aun cuando el título autoriza a esta práctica, viéndose perjudicados, de este modo, los pacientes que puedan consultar a profesionales sin ningún tipo de formación o práctica clínica supervisada.

En ese contexto también debe tenerse en cuenta que las prácticas profesionales en psicología se dan en diferentes campos y no estrictamente en el clínico, lo que implica que se generen formatos de supervisión que obedezcan a las particularidades de una disciplina que pertenece tanto al campo social como al de la salud. Para ello es necesario que se posibiliten prácticas supervisadas coherentes no solo con la malla curricular, sino con las necesidades que presentan los campos de acción en psicología (Acosta-Barreto *et al.*, 2018).

En ese orden ideas, hay algunas condiciones necesarias que Acosta-Barreto *et al.* (2018) proponen para la formación de pregrado en psicología, unas de tipo curricular y otras asociadas directamente a la supervisión. En cuanto a las primeras, se remiten a una serie de competencias profesionales de tipo interpersonal, autorreflexivas, de comprensión de

la influencia que tienen las diferencias individuales sobre la intervención, de evaluación y de constante actualización de los saberes sobre la psicología y sus aplicaciones. También, los estudiantes deberán estar instruidos en temas de atención primaria en salud, evaluación, diagnóstico, exposición de problemáticas a tratar y diseño de las intervenciones que aplicarán durante el tratamiento, lo que introduce la necesaria capacidad para tomar decisiones y el seguimiento a la evolución del paciente. Todo esto sin desconocer ni dejar de lado los ordenamientos que están recopilados en el código deontológico y asegurándose una práctica clínica que esté orientada, sobre todo, por el juicio ético.

En cuanto a la supervisión, Acosta-Barreto *et al.* (2018) establecen que a la hora de establecer espacios para este ejercicio se debe dar cuenta del modelo a partir del cual se trabaja, ya que este aportará los indicadores para la evaluación. Igualmente, se deben presentar claramente las tareas, funciones y roles del supervisor, quien debe estar en un nivel de formación posgradual y tener experiencia de asesoría a estudiantes y/o supervisión. Por su parte, las instituciones de educación deben asegurar que quienes ejerzan ese rol tengan competencias para la enseñanza y el manejo de la relación de trabajo. Asimismo, deben fijar las coordenadas a partir de las cuales se eligen los escenarios de prácticas y reconocer que la supervisión tiene efectos no solo para los estudiantes y el desarrollo de sus competencias, sino también para los pacientes y la población que hace uso de los servicios que la psicología ofrece.

## Definición y funciones de la supervisión clínica

En el razonamiento que se viene planteando es necesario que se expongan algunas características generales de la supervisión clínica en aras de documentar y formalizar esta estrategia de enseñanza para la psicoterapia, tan necesario para la creación de este tipo de dispositivos. Inicialmente, se aborda la manera en que se ha definido la supervisión clínica y con ese propósito se han localizado cuatro tendencias de

conceptualización en los trabajos sobre este tema; así, se puede identificar que la supervisión clínica puede ser pensada como una práctica, un proceso, una relación o un escenario. Cabe anotar que cada una de estas perspectivas hace énfasis en uno de los aspectos de la experiencia de supervisión que, por ende, se articulan.

Entonces, la supervisión clínica pensada como una práctica está sustentada en el encuentro de los fundamentos teóricos de la psicología y el ejercicio clínico, es allí donde se integran e interiorizan los saberes necesarios para una intervención psicoterapéutica adecuada y eficaz, al mismo tiempo que se potencian las competencias del supervisado y se le apoya emocionalmente. Ahora, cuando se aborda la supervisión como una práctica, se está queriendo decir también que es una actividad que se orienta por sus objetivos y por los acuerdos realizados entre supervisor y aprendiz, que le apuestan a una psicoterapia enmarcada en los principios éticos ordenados tanto en los códigos deontológicos como en la psicología misma; de igual modo, en esta práctica se hilan en una misma puntada lo teórico y lo ético (Araya *et al.*, 2017; Arista *et al.*, 2016; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Fernández-Fernández y Barrantes-Sáenz, 2017; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; Hernández-Córdoba, 2007; Knapp *et al.*, 2017; Loubat, 2005; Nel & Fouche, 2017; O'Donovan *et al.*, 2011; Pakdaman *et al.*, 2015; Ros, 2018; Shafranske & Falender, 2016; Villafuerte-Montiel, 2016).

Por otro lado, entendida como proceso, la supervisión clínica remite a la formalización de las intervenciones psicoterapéuticas que se construyen continuamente a partir de las comunicaciones que se establecen entre supervisor y supervisado acerca del ejercicio clínico de este último. Es decir que el desarrollo de las competencias y las transformaciones requeridas para el incremento de la aptitud de los psicoterapeutas supervisados depende de una serie momentos, pasos y actividades que no se dan linealmente y en las que se tienen en cuenta diferentes dimensiones como, por ejemplo, los antecedentes personales y formativos de los aprendices, al igual que el establecimiento de su identidad/

estilo terapéutico y su bienestar. Esta perspectiva le apunta a la complejización de las tareas que obedecen a la evolución del supervisado, así, a medida que se instala el hábito de pensar la clínica<sup>2</sup>, se afina la exploración de casos clínicos, se analizan los indicadores a partir de los cuales se fabrican algunas hipótesis para el diagnóstico y el tratamiento y, paralelamente, se sitúa la naturaleza de la alianza terapéutica y las resistencias, entre otros elementos (Arista *et al.*, 2016; Callender & Lenz, 2018; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; Gazzola *et al.*, 2014; Meydan & Koçyiğit, 2019).

Otra de las tendencias que resalta en las definiciones que se suelen dar sobre la supervisión clínica está enfocada en la relación que se establece entre el supervisor, el supervisado y su paciente. De esta manera, se la concibe como una relación de trabajo en la que el primero posee un saber sobre la teoría y técnica de la psicoterapia que transmite al segundo en un acompañamiento que denota la jerarquía determinada por la experiencia de cada uno. Asimismo, es una relación ordenada por una evaluación detallada y continua del vínculo que se configura entre el supervisado y el paciente (Fernández-Fernández y Barrantes-Sáenz, 2017; Knapp *et al.*, 2017; Zas, 2015; Meydan & Koçyiğit, 2019; Ros, 2018).

En el caso de la supervisión, entendida como escenario, se hace énfasis en la experiencia que ofrece un espacio en el que se realizan actividades que apuntan al desarrollo de las competencias necesarias para la intervención psicoterapéutica y la construcción de hipótesis que articulan algunas miradas teóricas y metodológicas para definir la problemática a tratar. Además, es un lugar en el que, a partir de una dinámica dialógica, se potencia la creatividad y la confianza para la reflexión de la práctica ética de la psicoterapia, para esto se nutre de la información extraída en otros espacios como las sesiones que el

---

2. También se le llama bucle reflexivo o iteración de un ciclo determinado por fases. Esta última expresión es de Shafranske & Falender (2015).

supervisado conduce con sus pacientes (Arista *et al.*, 2016; Céspedes y Puentes, 2014; Hernández-Córdoba, 2007; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; Loubat, 2005; Shafranske & Falender, 2015).

## Funciones de la supervisión clínica

Las funciones de la supervisión clínica en psicoterapia constituyen la naturaleza de este dispositivo y suelen ser las condiciones esenciales que permiten la identificación y puesta en marcha de esta estrategia en espacios donde no hay una independencia curricular. En ese orden de ideas, se han categorizado tres funciones; formativa, normativa y restaurativa.

En primer lugar, la función formativa le apuesta a la enseñanza de los fundamentos teóricos y prácticos de la psicoterapia, a la vez que a la promoción de las habilidades para la intervención clínica y a la consolidación de la identidad del psicoterapeuta. Esta función se caracteriza por la continua observación, evaluación y retroalimentación de los procesos psicoterapéuticos que dirige el supervisado y, en paralelo, se decide la forma en que se va a ejecutar el caso, se revisa continuamente que los procesos psicoterapéuticos se dirijan en consonancia con los principios éticos ordenados por la escuela psicológica elegida por el clínico y los códigos deontológicos (Arista *et al.*, 2016, Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Callender y Lenz, 2018; Crowe *et al.*, 2011; Fernández-Fernández y Barrantes-Sáenz, 2017; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; Hall *et al.*, 2007; Knapp *et al.*, 2017; Loubat, 2005; Nel & Fouche, 2017; Neumann, 2019; Ros, 2018; O'Donovan *et al.*, 2011, Pakdaman *et al.*, 2015; Villafuerte-Montiel, 2016).

En segundo lugar, la función normativa de la supervisión se ocupa de asegurar que la práctica psicoterapéutica se desarrolle dentro de los criterios que proponen los códigos deontológicos y la orientación en psicología que ha elegido el profesional. Esta articulación es la que permite ratificar que el trabajo de supervisión clínica da lugar a la reflexión

de los dilemas éticos que se pueden presentar en la dirección de un tratamiento y, a su vez, incrementa la posibilidad de garantizar una intervención segura, efectiva y ética (Callender & Lenz, 2018; Crowe *et al.*, 2011; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; Hall *et al.*, 2015; Neumann, 2019; O'Donovan *et al.*, 2011; Pakdaman *et al.*, 2015).

En el tercer lugar, la función restaurativa de la supervisión clínica remite al apoyo que se le ofrece al supervisado para elaborar lo que acontece en su práctica psicoterapéutica y, a su vez, le apuesta a promover hábitos de autocuidado mediante una interacción con su supervisor en un escenario en el que se sienta respetado, valorado y seguro. Esto facilitará los procesos reflexivos sobre su ejercicio terapéutico, la configuración de un estilo de intervención y el desarrollo de una identidad como psicoterapeuta, lo cual tendría como efecto incrementar la resiliencia y prevenir algunas enfermedades<sup>3</sup> (Araya *et al.*, 2017; Arista *et al.*, 2016; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Callender & Lenz, 2018; Ceruti y Ibaceta, 2014; Céspedes y Puentes, 2014; Crowe *et al.*, 2011; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; Hall *et al.*, 2015; Gazzola *et al.*, 2014; Hernández-Córdoba, 2007; Mitchell, 2019; Nel & Fouche, 2017; Ros, 2018; Zas, 2015; Vethencourt-D'Escrivan, 2018; Villafuerte-Montiel, 2016).

## Agentes y escenarios de la supervisión clínica

En la supervisión clínica se ponen en juego diferentes agentes que tienen injerencia en la dinámica de este dispositivo; entre ellos, los roles que juegan tanto el supervisor como el supervisado, la relación que entre ellos se establece y las tareas propias de la supervisión. Inicialmente, podría decirse que existe un consenso a la hora de definir el rol del supervisor, a partir del cual se habla de las características de un buen supervisor y se definen algunas actividades como requisito de su ejercicio.

---

3. En las referencias latinoamericanas tiende a darse más énfasis a esta función.

En ese orden de ideas, las características de un buen supervisor están asociadas a las habilidades interpersonales que posibilitan que el supervisado realice una exploración abierta de sí mismo, lo que tiene por consecuencia el establecimiento de una alianza de trabajo positiva (Shafranske & Falender, 2016). Esa exploración es orientada por el supervisor, quien tiene experiencia en lo clínico y lo hace a partir de unos objetivos específicos para luego ofrecer un *feedback* que apunta al desarrollo personal y profesional del supervisado (Hess, 2011). Lo anterior implica que el supervisor debe abordar la experiencia del supervisado en sus múltiples dimensiones, para lo cual debe evaluar detalladamente la experiencia de supervisión, el desarrollo de las competencias de este y que su práctica se suscriba a los lineamientos éticos (Araya *et al.*, 2017; Arista *et al.*, 2016; Brown, 2019; Galán-Jiménez y De Ávila-Ramírez, 2018; McNeill & Stoltenberg, 2016; Savege-Scharff, 2014).

Cabe mencionar que la naturaleza del rol del supervisor puede variar según el contexto en que se presente, prueba de ello es que en países anglosajones como Estados Unidos, Australia, Canadá, entre otros, este puede determinar quién es apto para el ejercicio psicoterapéutico, siendo de esta manera un rol que se apoya fundamental en la función normativa de la supervisión clínica. En contraste, la literatura sobre este tema deja ver que en Latinoamérica el rol del supervisor está soportado primordialmente en la función formativa y restaurativa de la supervisión (Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Hernández-Córdoba, 2007; Ballesteros de Valderrama *et al.*, 2019; Knapp *et al.*, 2017; McNeill & Stoltenberg, 2016; Mitchell, 2019; Savege-Scharff, 2014; O'Donovan *et al.*, 2011).

Por otro lado, el rol del supervisado es ser el agente que pone en funcionamiento el dispositivo de supervisión con una demanda de escucha, reconocimiento y acompañamiento en el ejercicio psicoterapéutico que está llevando a cabo. En este sentido, el supervisado transitará entre tres posiciones; ser un *aprendiz* que recibe una enseñanza y construye un saber mientras participa en el dispositivo de supervisión; también ser un *sujeto* que con sus particularidades matiza la relación

que establece con su supervisor y pacientes; y finalmente, ser un *psicoterapeuta* que está comprometido con el mejoramiento de sus destrezas (Araya *et al.*, 2017; Meydan & Koçyiğit, 2019).

Otro de los agentes que se pone en juego en la supervisión clínica es la *relación* que se establece entre supervisor y supervisado, que ha sido pensada como una “estructura relacional de poder amparada en la noción de saber” (Zas, 2015, pág. 43) y, por tanto, un vínculo profesional entre dos o más personas en el que se presenta el trabajo psicoterapéutico que se viene haciendo con un paciente con la intención de construir algunas comprensiones sobre el caso y crear directrices para el tratamiento. Asimismo, es una relación que se regula a partir de diversos principios que son ordenados por los diferentes códigos deontológicos de la psicología y, a su vez, producto de reflexiones filosóficas tales como la beneficencia, la no maleficencia y la fidelidad, entre otras (Eaves-Simpson *et al.*, 2018; Loubat, 2015; McNeill & Stoltenberg, 2016; Knapp *et al.*, 2017; Shafranske & Falender, 2016).

Como se ve, este es un agente bastante susceptible a la transformación debido a que produce diferentes fenómenos que pueden favorecer el logro de objetivos, como también puede presentar obstáculos –por ejemplo, pueden emerger conflictos que se manifiestan a modo de comportamientos defensivo/resistentes que pueden ser causados por diferentes situaciones, o el proceso paralelo que es un fenómeno inconsciente que se reproduce en la relación del supervisado con su supervisor y que tiene su origen en la transferencia que se da entre el primero y su paciente (Abramovitch & Wiener, 2017; Calvert *et al.*, 2017; Nel & Fouche, 2017; Mitchell, 2019; Rundquist, 2014; Savege-Scharff, 2014; Crowe *et al.*, 2011; O’Donovan *et al.*, 2011)–.

Ahora bien, el escenario predilecto para la supervisión clínica en psicoterapia ha sido el de la universidad, donde se ha desarrollado mediante diferentes formatos dentro de los programas de psicología, bien sea a nivel de pregrado o posgrado, como una experiencias, generalmente, dirigida por un profesor (Araya *et al.*, 2017; Ballesteros

de Valderrama *et al.*, 2019; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Daskal, 2008; Gazzola *et al.*, 2014; Hall *et al.*, 2015; Hess, 2011; Knapp *et al.*, 2017; Meydan & Koçyiğit, 2019; Nel & Fouche, 2017; Ros, 2018; Vethencourt-D'Escrivan, 2018; Zas, 2015). Además, hay otros escenarios, como el de la consulta particular –si bien en Colombia, específicamente, no hay documentación sobre la práctica privada de la supervisión en este ámbito; o como puede verse en escenarios internacionales, la supervisión en centros independientes de formación de psicoterapeutas o clínicas de entrenamiento, hospitales, *staff's* clínicos y programas donde se supervisa a supervisores (Daskal, 2008; Dyason *et al.*, 2019; Neumann, 2019; O'Donovan *et al.*, 2011; Ros, 2018).

Como lo muestra la TABLA 1, nuestro contexto tiene la particularidad de no contar con la formalización de la supervisión clínica en las mallas curriculares, ni con una independencia de otras materias asociadas a lo clínico, por lo que se puede confundir con otras estrategias de enseñanza. Así pues, la experiencia de supervisión puede aparecer de manera difusa en los espacios de acompañamiento de las prácticas profesionales de los estudiantes, lo que introduce una dificultad para la evaluación de sus alcances. Por otra parte, es importante mencionar que los profesores desconocen la naturaleza de la supervisión, sus funciones y las mejores prácticas para acompañar a los estudiantes en ese proceso de formación, y muchos de ellos ejercen el rol de supervisor sin estar entrenados para tal función (Novoa-Gómez y Córdoba, 2019).

## Modelos y modalidades de la supervisión en psicoterapia

La supervisión clínica ha fundamentado su práctica a partir de modelos teóricos que fueron creados mediante la experiencia en el ejercicio psicoterapéutico. Los primeros modelos de supervisión se conectaban directamente con las concepciones de las escuelas psicológicas tradicionales, tales como el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo y el humanismo (Araya *et al.*, 2017; Hess, 2011; Loubat, 2015; Villafuerte-Montiel, 2016; Zas, 2015).

TABLA 1. Escenarios locales de prácticas clínicas supervisadas

	<b>Universidad</b>	<b>Dispositivo asociado</b>
<b>Pregrado</b>	Universidad de Antioquia	Prácticas I-II-III
	Universidad Católica Luis Amigó	Prácticas profesionales I-II
	Universidad Pontificia Bolivariana	Prácticas I-II-III
	Universidad EAFIT	Seminario pre-práctica. Taller clínico I Periodo de práctica Seminario pos-práctica. Taller clínico II Seminario pos-práctica. Taller grupal
	Universidad San Buenaventura	Prácticas I-II-III
	Politécnico Grancolombiano- Sede Medellín	Prácticas I-II
	Fundación Universitaria María Cano	Prácticas I-II
	Tecnológico de Antioquia	Prácticas profesionales I-II-III
	Uniminuto	Estudio de casos Prácticas profesionales I-II
	Universidad CES	Prácticas I-II
<b>Posgrado</b>	Maestría - Clínica psicológica CES	Método clínico I-II-III-IV Prácticas clínicas I-II-III
	Maestría Psicoterapia UPB	Entrenamiento psicoterapéutico Taller práctica clínica I-II-III
	Maestría Psicología clínica	Fundamentos de la técnica en clínica I-II Dimensión estética y clínica I -II
	Universidad San Buenaventura	Pasantías I-II-III Staff I-II-III

*Fuente:* Elaboración propia.

Aunque aún están vigentes estos modelos individuales de supervisión, han aparecido otras maneras de ordenar esta experiencia; entre ellos se cuentan los modelos sistémico-familiares y de pareja, los pos-modernos –que implican la supervisión colaborativa y narrativa de tipo constructorista–, los integrativos –que le apuestan al aprovechamiento de diferentes elementos de las escuelas psicológicas y la investigación para el perfeccionamiento de las destrezas clínicas de los supervisados–. También se encuentran modelos evolutivos tales como el comprensivo de desarrollo o el integrado de desarrollo de Stoltenberg (IDM), los

modelos de procesos o de rol social –entre los cuales está aquel que se centra en los eventos críticos–, el modelo siete lentes y, por último, aquellos modelos meta-teóricos o de segunda generación –que tienen su énfasis en los factores comunes de la supervisión y en el entramado de las competencias para la psicoterapia (Montiel, 2020)–.

En cuanto a las modalidades que se presentan en la supervisión clínica, los formatos más utilizados han sido el individual y el grupal, ambos de tipo indirecto-asincrónico, es decir, que fundamentan su trabajo a partir de los registros de las sesiones y del reporte oral del supervisado para el análisis del caso y las directrices del tratamiento (Abramovitch & Wiener, 2017; Arista *et al.*, 2016; Ballesteros de Valderrama *et al.*, 2019; Céspedes y Puentes, 2014; Daskal, 2008; Gazzola *et al.*, 2014; Hernández-Córdoba, 2007; Mitchell, 2019; Neumann, 2019; Novoa-Gómez y Córdoba (2019); Ros, 2018; Rundquist, 2014; Shafranske & Falender, 2016; Zas, 2015). En contraste, la supervisión moderada virtualmente es la menos usada en nuestro contexto, al menos así lo documentan Novoa-Gómez y Córdoba (2019), argumento que se podría reevaluar a la luz de la mudanza que la formación ha hecho a lo virtual debido a la pandemia generada por la Covid-19. En esta modalidad, países como Australia, Canadá, Inglaterra, Noruega y Estados Unidos llevan un par de décadas de experiencia que, a lo mejor, sirven de antecedente para el tiempo al que asistimos, inclusive no solo por situaciones asociadas a esta pandemia, sino porque presenta algunas ventajas para el trabajo de supervisión, entre ellas: es un formato de formación para psicoterapia más asequible, reduce los costos de transporte, los programas suelen ser más flexibles, permite el acceso de diferentes profesionales y facilita la documentación del proceso de supervisión (Watkins & Milne, 2014).

Ahora bien, las consecuencias de la supervisión clínica están ordenadas a partir de la premisa de que esta es una estrategia que garantiza la calidad de las intervenciones psicoterapéuticas. De esta manera, se pueden localizar tanto en el supervisor como el supervisado una potencialización de las competencias que favorecen la construcción del caso

y de las directrices para el tratamiento; por nombrar algunas: la capacidad para hacer una lectura multidimensional de la condición del paciente; la instalación del hábito de evaluar y reflexionar no solo sobre el caso, sino sobre la propia práctica psicoterapéutica; el establecimiento de objetivos de formación y terapéuticos más delimitados; el fortalecimiento de la autonomía, la perspicacia y el compromiso (Arista *et al.*, 2016; Ballesteros de Valderrama *et al.*, 2019; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Ceruti y Ibaceta, 2014; Céspedes y Puentes, 2014; Crowe *et al.*, 2011; Daskal, 2008; Dyason *et al.*, 2019; Gazzola *et al.*, 2014; Hall *et al.*, 2015; Hernández-Córdoba, 2007; Hess, 2011; Knapp *et al.*, 2017; McNeill & Stoltenberg, 2016; Meydan & Koçyiğit, 2019; Nel & Fouche, 2017; O'Donovan *et al.*, 2011; Savege-Scharff, 2014; Shafranske & Falender, 2016; Vethencourt-D'Escrivan, 2018; Watkins & Milne, 2014).

Sin embargo, la eficacia de la supervisión clínica se puede ver entorpecida por diferentes situaciones, entre las cuales se identifican la emergencia de tensiones provocadas por la variabilidad de los roles dentro del dispositivo, la naturaleza evaluativa de este, la relación con el supervisor en que sea evidente una dinámica de poder y las situaciones desafiantes inherentes a la práctica clínica. También, el acompañamiento inadecuado del supervisor basado en el abuso de poder, en la omisión de las diferencias culturales, en la falta de retroalimentación e incumplimiento de las funciones de la supervisión clínica. Asimismo, hay que tener en cuenta que, inicialmente, para los aprendices la experiencia de ser supervisados puede ser fuente de estrés, ansiedad, preocupación y miedo, lo que puede aparecer como impasse para la formación en psicoterapia (Meydan & Koçyiğit, 2019; Shafranske & Falender, 2016; O'Donovan *et al.*, 2011; Vethencourt-D'Escrivan, 2018).

## Conclusiones

La pregunta sostenida por las condiciones que habilitan a los profesionales de la psicología para la intervención psicoterapéutica permite

dilucidar que la aptitud del psicólogo clínico para conducir tratamientos psicoterapéuticos no depende exclusivamente de la obtención del título, lo cual deja un lugar protagónico a las metodologías de formación específica en psicoterapia. Es así como se llega a la exploración de la supervisión clínica como una estrategia de enseñanza-aprendizaje que tiene una lógica interna soportada en sus funciones, mismas que garantizan una experiencia que integre los fundamentos teóricos y prácticos de la psicología, fortaleciendo, de esta manera, las destrezas de los psicólogos y un ejercicio clínico enmarcado en unos principios éticos que le apuestan al bienestar tanto del profesional como del paciente.

La supervisión clínica es un dispositivo con diferentes dimensiones que permiten variaciones en cada uno de sus elementos: en la forma en que se llevan a cabo los roles, en las posiciones que los participantes toman en ella, en los objetivos de trabajo que se acuerdan, en las formas de comprender lo que allí acontece, en las modalidades en que se pueden realizar y en las condiciones que contribuyen y/o entorpecen el proceso de aprendizaje. Dicho de otro modo, es un dispositivo que tiene una estructura que da lugar a la creación.

De ahí que, en Colombia, el diseño de dispositivos de supervisión clínica deba reconocer las circunstancias en las que se forma a los psicólogos para las intervenciones psicoterapéuticas. También, es necesario que en los programas de formación académica, bien sea en nivel de pregrado o posgrado, se le otorgue a la supervisión un lugar en la malla curricular como un asunto independiente, de forma que se explique la naturaleza de este dispositivo y las posibilidades que ofrece para la formación en psicoterapia.

Además, es una oportunidad que la supervisión clínica en nuestro país no esté soportada estrictamente en su función normativa, dado que ello abre la posibilidad de pensar una práctica que no se reduce a la transmisión de un saber puramente técnico, sino que da lugar a una reflexión continua de la experiencia que termina siendo una condición innegociable de un ejercicio psicoterapéutico ético y una supervisión eficaz. Asimismo, es

una práctica que puede ser ordenada por una ética que va más allá de las normas, leyes y sanciones que dictan el código deontológico de psicología en Colombia y que permiten la reflexión sobre el comportamiento y sus motivaciones, por ende, se puede situar como una estrategia moldeable que posibilita la diversidad de formatos y metodologías.

De esta manera, se eleva la apuesta por una práctica de supervisión que no se base en la obediencia de los parámetros dictados, ni se sustente únicamente en la búsqueda de reglas y parámetros que homogenicen la intervención tanto en la supervisión como en la psicoterapia. La importancia de sostener un dispositivo de formación para la psicoterapia sobre una ética que se interese por una reflexión que apunte a la argumentación y comprensión de los fenómenos radica en que se evita la ausencia de crítica, el empobrecimiento de la razón y se disminuye la posibilidad de que la labor psicoterapéutica sea una imitación de las pautas externas que perfilan la normatividad que ordena la psicología.

## Referencias

- Abramovitch, H., & Wiener, J. (2017). Supervising away from Home: Clinical, Cultural and Professional Challenges. *Journal of Analytical Psychology*, 62(1), 88-106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28093759/>
- Acosta-Barreto, M. R., Agudelo-Vélez, D. M., Alarcón-Peña, A. M., Caycedo-Espinel, C. C., Moncada-Torres, L. M., Novoa-Gómez, M. M. y Utría-Rodríguez, O. E. (2018). Condiciones de calidad de las prácticas profesionales en psicología clínica y psicología de la salud. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI). <https://www.ascofapsi.org.co/observatorio/wp-content/uploads/2020/08/CONDICIONES-DE-CALIDAD-DE-LAS-PR%C3%81CTICAS-PROFESIONALES-EN-PSICOLOGIA-CL%C3%8DNICA-Y-PSICOLOG%C3%8DA-DE-LA-SALUD-2018.pdf>
- Araya, C., Casassus, S., Guerra, C., Salvo, D., Zapata, J. y Krause, M. (2017). Criterios que supervisores clínicos chilenos consideran relevantes al momento de supervisar: un estudio cualitativo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(1), 47-5. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399005.pdf>
- Arista, E. C. C., Rodríguez, S. C., García, J. G., López, S. M., Antillón, A. S. y Vega, D. M. V. (2016). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. ITESO.

- Ballesteros de Valderrama, B., Muñoz-Martínez, A., Novoa-Gómez, M., Bazzani-Orrego, D., Brandwayn-Briceño, N., Lasso-Báez, R., Pachón-Basallo, M. y Restrepo-Vélez, D. (2019). Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-14. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/18-4%20\(2019\)/64761787004/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/18-4%20(2019)/64761787004/)
- Bastidas-Billbao, H. y Velásquez, A. M. (2016). Modelo lógico de la supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica: concepciones de supervisores clínicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), 293-314. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242016000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242016000200007)
- Brown, S. (2019). Supervision. *Therapy Today*, 30(10), 22-24. <https://www.bacp.co.uk/bacp-journals/therapy-today/2019/december-2019/articles/in-practice/>
- Callender, K. A. & Lenz, A. S. (2018). Implications for Wellness-Based Supervision and Professional Quality of Life. *Journal of Counseling & Development*, 96(4), 436-448. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcad.12225>
- Calvert, F. L., Crowe, T. P. & Grenyer, B. F. S. (2017). An Investigation of Supervisory Practices to Develop Relational and Reflective Competence in Psychologists. *Australian Psychologist*, 52(6), 467-479. <https://doi.org/10.1111/ap.12261>
- Céspedes P. L. y Puentes, B. C. P. (2014). Supervisión en contexto grupal: reflexiones desde la mirada intersubjetiva. *De Familias y Terapias*, 23(36), 109-126. [https://www.researchgate.net/publication/279205219\\_Supervision\\_en\\_contexto\\_grupal\\_Reflexiones\\_desde\\_la\\_mirada\\_intersubjetiva](https://www.researchgate.net/publication/279205219_Supervision_en_contexto_grupal_Reflexiones_desde_la_mirada_intersubjetiva)
- Ceruti, P. y Ibaceta, F. (2014). Prácticas de supervisión en el Centro de Especialistas en Intervención Estratégica. *De Familias y Terapias*, 23(37), 69-87. [https://www.researchgate.net/publication/347464163\\_Practicas\\_de\\_supervision\\_en\\_el\\_Centro\\_de\\_Especialistas\\_en\\_Intervencion\\_Estrategica](https://www.researchgate.net/publication/347464163_Practicas_de_supervision_en_el_Centro_de_Especialistas_en_Intervencion_Estrategica)
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2002). *Introduction to Clinical Psychology: Science and Practice*. McGraw-Hill Humanities.
- Crowe, T. P., Oades, L. G., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Williams, V. C. (2011). Parallel Processes in Clinical Supervision: Implications for Coaching Mental Health Practitioners. *International Journal of Evidence Based Coaching & Mentoring*, 9(2), 56-66. <https://psycnet.apa.org/record/2012-08456-005>
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795003>
- Dyason, K. M., Shanley, D. C., Hawkins, E., Morrissey, S. A., & Lambert, M. J. (2019). A Systematic Review of Research in Psychology Training Clinics: How Far Have We Come? *Training and Education in Professional Psychology*, 13(1), 4. <https://psycnet.apa.org/record/2018-19296-001>

- Eaves-Simpson, T., Robinson, J. L., & Brown, E. (2018). Is Reflective Supervision Enough? An Exploration of Workforce Perspectives. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 478-488. <https://doi.org/10.1002/imhj.21719>
- Fernández-Fernández, D. y Barrantes-Sáenz, G. (2017). Reflexiones sobre la supervisión clínica. Una experiencia de formación universitaria. *Revista Reflexiones*, 96(2), 11-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6283872>
- Galán-Jiménez, J. S. F. y De Ávila-Ramírez, X. Y. (2018). Ética y supervisión en psicoterapia. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 13(1), 28-40. [https://www.researchgate.net/publication/32522544\\_Etica\\_y\\_supervision\\_en\\_psicoterapia\\_Ethics\\_and\\_supervision\\_in Psychotherapy](https://www.researchgate.net/publication/32522544_Etica_y_supervision_en_psicoterapia_Ethics_and_supervision_in Psychotherapy)
- Gazzola, N., De Stefano, J., Thériault, A., & Audet, C. (2014). Positive Experiences of Doctoral Level Supervisors-in-training Conducting Group-format Supervision: a Qualitative Investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(1), 26-42. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03069885.2013.799263>
- Gómez-Gómez, E. N. (2016). La interdisciplinarietà. Hacia nuevos derroteros en la formación de psicoterapeutas. En T. Zohn-Muldonn, E. N. Gómez-Gómez y R. Enríquez-Rosas (Eds.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas* (págs. 21-44). ITESO.
- Gómez, M. y Peláez, G. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862015000200006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862015000200006&script=sci_abstract&tlng=es)
- Hall, J., Kasujja, R., & Oakes, P. (2015). Clinical Supervision for Clinical Psychology Students in Uganda: an Initial Qualitative Exploration. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 1-9. [https://www.researchgate.net/publication/279305307\\_Clinical\\_supervision\\_for\\_clinical\\_psychology\\_students\\_in\\_Uganda\\_An\\_initial\\_qualitative\\_exploration](https://www.researchgate.net/publication/279305307_Clinical_supervision_for_clinical_psychology_students_in_Uganda_An_initial_qualitative_exploration)
- Hernández-Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/204>
- Hess, A. K. (2011). Psychotherapy Supervision. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (págs. 703-722). American Psychological Association (APA).
- Knapp, S. J., VandeCreek, L. D., & Fingerhut, R. (2017). Consultation and Clinical Supervision. In S. J. Knapp, L. D. VandeCreek, & R. Fingerhut, *Practical Ethics for Psychologists: A Positive Approach* (págs. 257-271). American Psychological Association (APA).
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Rev. CES Psicol.*, 10(1), 83-98. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423550874006.pdf>
- Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia psicológica*, 23(2), 75-84. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523208.pdf>

- McNeill, B. W., & Stoltenberg, C. D. (2016). Common Supervisory Issues. In B. W. McNeill & C. D. Stoltenberg, *Clinical Supervision Essentials Series. Supervision Essentials for the Integrative Developmental Model* (págs. 103-114). American Psychological Association (APA).
- Meydan, B., & Koçyiğit, M. (2019). The Supervisory Relationship Experiences of Turkish First Time and Advanced Supervisees. *Qualitative Research in Education*, 8(1), 89-121. [https://www.researchgate.net/publication/331483909\\_The\\_Supervisory\\_Relationship\\_Experiences\\_of\\_Turkish\\_First-Time\\_and\\_Advanced\\_Supervisees](https://www.researchgate.net/publication/331483909_The_Supervisory_Relationship_Experiences_of_Turkish_First-Time_and_Advanced_Supervisees)
- Mitchell, D. (2019). Reflections on Existential Supervision. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 30(2), 275-284. <https://link.gale.com/apps/doc/A597616578/HRCA?u=anon~71a046cd&sid=googleScholar&xid=42588f97>
- Montiel, A. L. V. (2020). Modelos contemporáneos de supervisión clínica: nuevas direcciones. *Multidisciplinary Health Research*, 5(1). [https://www.researchgate.net/publication/348475580\\_Modelos\\_contemporaneos\\_de\\_supervision\\_clinica\\_nuevas\\_direcciones](https://www.researchgate.net/publication/348475580_Modelos_contemporaneos_de_supervision_clinica_nuevas_direcciones)
- Nel, L., & Fouche, P. (2017). Experiences of Master's Students Regarding Clinical Supervision in an Applied Psychology Programme in South Africa. *Teaching in Higher Education*, 22(1), 30-43. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13562517.2016.1213230?journalCode=cthe20>
- Neumann, M. E. (2019). El equipo reflexivo en supervisión grupal con equipos que trabajan en maltrato infantil. *Revista de Familias y Terapias*, 28(46), 47-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7173801>
- Novoa-Gómez, M. y Córdoba, Ó. A. (2019). Pertinencia de la formación para la supervisión clínica. En G. A. Campos-Avenidaño, M. A. Castaño-Hernández, M. G. Ángulo y V. Sánchez-Mendoza, *Diálogos sobre investigación: Avances científicos Konrad Lorenz* (págs. 85-115). Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101-112. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x?journalCode=rapy20>
- Pakdaman, S., Shafranske, E., & Falender, C. (2015). Ethics in Supervision: Consideration of the Supervisory Alliance and Countertransference Management of Psychology Doctoral Students. *Ethics & Behavior*, 25(5), 427-441. <https://doi.org/10.1080/10508422.2014.947415>
- Ros, B. Z. (2018). *La supervisión psicológica en Cuba: estado actual de su desarrollo*. Integración Académica en Psicología.
- Rundquist, E. (2014). Supervision of Art Psychotherapy: Transference and Countertransference. En J. Savege Scharff, *Clinical Supervision of Psychoanalytic Psychotherapy* (págs. 73-84). Routledge.

- Savege-Scharff, J. (2014). Supervision in the Learning Matrix. En J. Savege Scharff, *Clinical Supervision of Psychoanalytic Psychotherapy* (págs. 147-170). Routledge.
- Shafranske, E. P., & Falender, C. A. (2016). Clinical Supervision. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Education and Profession* (págs. 175-196). American Psychological Association (APA).
- Vethencourt-D'Escrivan, V. (2018). Cómo vivencian los psicoterapeutas en formación el inicio de su entrenamiento y la supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 26(1), 64-72. <https://www.redalyc.org/journal/1339/133959553008/>
- Villafuerte-Montiel, A. (2016). La práctica de la supervisión clínica en México: Una actividad profesional en desarrollo. *Multidisciplinary Health Research*, 1(2), 43-46. <https://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1560/1412>
- Wampold, B. E. (2019). *Theories of Psychotherapy Series. The Basics of Psychotherapy: An Introduction to Theory and Practice* (2nd ed.). American Psychological Association (APA).
- Watkins, C. y Milne, D. (2014). *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. John Wiley & Sons.
- Witmer L. (1907). University Courses in Psychology. *The Psychological Clinic*, 1(1), 25-35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138536/pdf/psychol-clin69646-0029.pdf>
- Zas, B. (2015). Formación en supervisión psicológica: peculiaridades de su desarrollo en la preparación del profesional de la psicología en Cuba. *Integración Académica en Psicología*, 3(7), 39-47. <http://integracion-academica.org/anteriores/16-volumen-3-numero-7-2015/84-formacion-en-supervision-psicologica-peculiaridades-de-su-desarrollo-en-la-preparacion-del-profesional-de-la-psicologia-en-cuba>
- Zohn-Muldonn, T. y Valencia-Vega, D. M. (2016). La supervisión del trabajo psicoterapéutico: una mirada reflexiva de la complejidad. En T. Zohn-Muldonn, E. N. Gómez-Gómez y Rocío Enríquez-Rosas (Eds.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas* (págs. 115-152). ITESO.

# Nosología y diagnóstico forense de la competencia parental en casos de custodia o patria potestad

*Alejandra Betancur Jaramillo<sup>1</sup>  
y Diego Armando Heredia Quintana<sup>2</sup>*

## Introducción

La psicopatología, especialmente aquella vertiente que se configura a través de los sistemas de diagnóstico categorial, ha transversalizado múltiples escenarios del ejercicio psicológico, generando con ello una influencia significativa en la toma de decisiones judiciales. No obstante, pareciera que a tales sistemas se les deriva una responsabilidad que

---

1. Licenciada en Humanidades-Lengua Castellana, Universidad de Antioquia. Psicóloga, Tecnológico de Antioquia. Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Correo: alejandra.betancurj@udea.edu.co

2. Psicólogo, Universidad de Antioquia. Especialista en Valoración del Daño en Salud Mental, Universidad CES. Maestrando en Salud Mental Aplicado a lo Forense, Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Docente y perito del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia. Coordinador del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyco-nex). Correo electrónico: diego.heredia@udea.edu.co

no les es atribuible, que desborda su alcance, redundando incluso en discursos de incapacidad para el ejercicio de diversas acciones o funciones, entre ellas, la parentalidad, lo cual resulta inevitablemente en valoraciones psicológicas orientadas a determinar competencias para su ejercicio. Es por ello que la pregunta por la influencia de la nosología en el marco de la actividad pericial no es menor, y precisamente a través de quienes realizan una práctica forense se constituye en la vía para conocer qué papel tiene la nosología en la constitución del diagnóstico forense en casos de custodia o patria potestad.

Para tales efectos, la investigación de la cual resulta este artículo se sirvió de un enfoque cualitativo y usó un diseño fenomenológico que permitió identificar, aprehender y comprender las precepciones y significados para los psicólogos forenses al momento de aproximarse al tema de estudio (Martínez, 2006; Hernández *et al.*, 2014). Para ello se realizó un análisis a través de entrevistas a 4 expertos psicólogos que desempeñan labores periciales en la Regional Noroccidente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), así como de lo contenido en la *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses sobre patria potestad (o potestad parental) y custodia* (INMLCF, 2010b) y en el *Protocolo evaluación básica en psiquiatría y psicología forenses* (INMLCF, 2009). En dicho análisis se diseñaron categorías y subcategorías, las cuales comprendían clasificaciones nosológicas (semiología y psicopatología, y evaluación psicopatológica) y diagnóstico forense (competencia parental y métodos de evaluación de la competencia parental); no obstante, durante el proceso de análisis surgió la necesidad de crear una nueva categoría orientada a la competencia profesional (formación, experiencia general y experiencia específica).

Ahora bien, para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), ente oficial que se encarga de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales de los menores, la custodia se refiere a la que tiene aquella persona que convive a diario con el menor de edad, ofreciéndole protección física y emocional. Por otra parte, la patria potestad

se circunscribe a una serie de derechos y deberes que se les asignan a ambos padres con relación a la atención de las necesidades integrales para potenciar el desarrollo global de sus hijos. La misma institución prevé que existe la posibilidad de que un padre, aun si no tiene la custodia, de igual manera pueda ejercer la patria potestad, salvo en situaciones judiciales donde la ley lo prive del derecho (ICBF, 2016).

Un reporte sobre violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, correspondiente al 2020, muestra una cifra de 5.069 casos (INMLCF, 2020), algunos de ellos terminan en procesos administrativos o incluso penales, a fin de procurar el bienestar de los menores al interior de sus hogares. En la práctica cotidiana de la psicología forense en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) se ha encontrado que esta vertiente de violencia está relacionada, en un alto porcentaje, con los criterios respecto a quién puede o no ser un cuidador adecuado para mantener la custodia de un niño, especialmente cuando ese cuidador o padre de familia manifiesta alguna patología o afección mental, lo que normalmente causa inquietud y temor, ya que puede verse vulnerada la integridad física o psicológica de los hijos.

Para los efectos precisos de la evaluación de la custodia y la patria potestad, el INMLCF cuenta con una guía orientada a determinar la idoneidad para ejercer el rol parental con el fin de garantizar el cumplimiento de los deberes para con los hijos, velando por sus intereses y su sano desarrollo físico y mental. En este punto es necesario indicar que para el ICBF la idoneidad es un concepto limítrofe entre el mundo jurídico y el psicológico, pues responde a una serie de criterios científicos y técnicos que sirven para establecer cuándo una persona o una pareja tiene las características necesarias que permiten brindarle al menor el desarrollo integral de sus potencialidades en medio de un ambiente contenedor, teniendo en consideración los ejes moral, físico, social y mental (ICBF, 2019; Acevedo *et al.*, 2018).

Esta noción de idoneidad o capacidad mental no es ajena a los procesos de evaluación de la custodia o patria potestad, pues se procuran

las mismas condiciones a fin de acreditar idoneidad en el cuidado de los menores. Al respecto, el INMLCF (2010a) propone algunos criterios de evaluación de padres e hijos, cuyo objetivo es “Realizar la valoración del núcleo familiar dando cuenta de la descripción de los vínculos afectivos, los rasgos de personalidad, el desarrollo moral, el funcionamiento global, y presencia o ausencia de enfermedad mental del padre y de la madre” (pág. 20). Ahora, en la determinación de la capacidad, tanto para el ICBF como para el INMLCF, la referencia sobre la enfermedad o el trastorno mental constituye un tópico de evaluación; empero, la posición del INMLCF parece ser más flexible, mientras que para ICBF resulta ser una condición excluyente.

Ambas referencias permiten observar que existe una especie de reproche sobre el trastorno mental y su posible interferencia respecto de las adecuadas prácticas parentales. De dichas referencias se desprende la idea de que la salud mental, el desarrollo evolutivo y el rol propio de los niños pueden verse afectados en los casos de padres con trastorno psiquiátrico, a causa de las dificultades para el cuidado y el apoyo a nivel físico y psicológico, es decir, para ejercer una adecuada función parental, ya que dicho trastorno implicaría problemas de vinculación afectiva junto a pautas desadaptativas de crianza que aumentan, a su vez, el riesgo físico y psicopatológico en los hijos, causado principalmente por la adversidad psicosocial, las relaciones familiares disfuncionales y la severidad y cronicidad del trastorno psicológico parental.

En esta misma línea, se indica que la valoración de la capacidad parental en casos de trastorno mental se cierne sobre tópicos como el desarrollo evolutivo del menor y los factores ambientales y familiares que le son propios; dichos aspectos se observan en seis dimensiones, según el modelo propuesto por Rodrigo-López *et al.* (2009): “a) Cuidados básicos; b) Garantías de seguridad en la protección del menor; c) Calidez emocional; d) Estimulación del menor; e) Guía y límites al comportamiento del menor; y f) Estabilidad en sus vidas” (pág. 114); empero, es de resaltar que estos no resultarían ajenos al ejercicio pericial sobre

cualquier persona que se encuentra en disputa de una custodia o patria potestad.

Ahora bien, la psicología forense, como disciplina del Sistema Médico Legal, se constituye como un soporte técnico-científico que permite a las autoridades judiciales y administrativas tomar decisiones frente a eventos jurídicamente relevantes que tienen alguna conexidad con fenómenos asociados al estado mental de las personas, derivando así al análisis sobre las circunstancias que les rodean, su funcionamiento global, la actitud, el afecto y el lenguaje durante la evaluación, sus relaciones interpersonales, entre otros factores que pueden llegar a alterar la capacidad o se constituyen como condición resultante de un hecho (INMLCF, 2009; Hernández, 2011; Espinosa *et al.*, 2016).

En el INMLCF, el concepto pericial, de acuerdo a lo nombrado anteriormente, parece trascender la noción de incapacidad que representa el cuadro nosológico, constituyendo su diagnóstico forense a través de diversos tópicos, entre ellos la detección de factores de riesgo/protección, pues como indican Muñoz y López (2016): “La mayoría de los factores de riesgo/protección tienen múltiples dimensiones medibles” (pág. 132); asimismo, para efectos de la determinación de la competencia parental, la expresión de cada uno de estos factores influye de forma independiente y global en el resultado, lo cual sugiere discrecionalidad sobre la condición psicopatológica que eventualmente puedan tener los padres. No obstante, el diagnóstico forense se orienta a describir “las consecuencias del diagnóstico y de los síntomas sobre la capacidad para asumir la patria potestad y la custodia del hijo o hija” (INMLCF, 2010a, pág. 26), lo cual genera que la discusión sobre el impacto del diagnóstico nosológico y su relación con la competencia parental sea de total vigencia.

Como se logra observar, no parece haber un criterio unificado frente al trastorno mental y su impacto sobre la competencia parental, de allí que resulta necesario preguntarse: ¿qué incidencia tiene la clasificación nosológica en el análisis y diagnóstico forense de la competencia parental en casos de custodia o patria potestad realizados por los

psicólogos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), sede Regional Noroccidente?

## Resultados

### *Categoría competencia profesional*

Compuesta, a su vez, por 3 subcategorías susceptibles de análisis: *formación, experiencia general y experiencia específica*, esta categoría, si bien no fue propuesta desde la fase de diseño debido a las calidades supuestas en los peritos, fue necesario considerarla por efecto de los diversos elementos obtenidos durante la fase preliminar de las entrevistas, los cuales expresaban unas calidades, conocimientos y procesos de formación específicos que ameritaban su análisis, pues estas características condicionaban sus posturas frente al fenómeno central de la investigación.

En general, los peritos tienen formación posgraduada y cuentan con una experiencia que va desde los 10 hasta los 30 años en la realización de informes periciales, de los cuales casi un 90 % responde a procesos por delitos sexuales. También reportan que para poder conceptuar respecto a los casos se apoyan en todo el material allegado por la autoridad, guías y procedimientos institucionales. Frente al análisis de la competencia parental en custodia y patria potestad se sirven de la guía específica institucional, considerando antecedentes psicopatológicos y cuadros nosológicos, acudiendo en algunos casos, también, a instrumentos paramétricos.

### *Categoría clasificaciones nosológicas*

Esta categoría incluye como subcategorías a la semiología y psicopatología, y a la evaluación psicopatológica, así como las referencias ofrecidas por los expertos en razón del uso de los manuales diagnósticos vigentes (DSM y CIE10); de igual modo, los elementos analizados en el material allegado por la autoridad con el fin de conocer los antecedentes de enfermedad mental.

En términos semiológicos y psicopatológicos, se abordan condiciones como el consumo de sustancias psicoactivas o alcohol, discapacidad intelectual, esquizofrenia, trastorno bipolar, entre otros, y en cuanto a personalidad se referencian los trastornos límite y antisocial como los más frecuentes, centrándose, asimismo, en el funcionamiento global y la capacidad intelectual del evaluado.

### *Categoría diagnóstico forense*

Se incluyen aquí los conocimientos sobre competencia parental y métodos para evaluación de la competencia parental, subcategorías que, a saber, se desarrollan en torno a la condición psíquica –que no necesariamente riñe con el ejercicio parental– y a los métodos de evaluación, para lo cual todos usan la *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses sobre patria potestad (o potestad parental)*; empero, uno de ellos complementa su proceso de evaluación pericial acudiendo a otras herramientas con respaldo científico.

Para los peritos, el diagnóstico forense es la respuesta que se ofrece al ente judicial en razón del nexo causal entre un fenómeno jurídico y la salud mental, y permite orientar las decisiones que se toman en la administración de justicia. Para la determinación del diagnóstico forense frente a la competencia parental, estos resaltan el análisis de la constitución del vínculo como elemento que, estando presente, puede prevenir la aparición de conductas irresponsables o negligentes, aspectos que también son revisados a través de la entrevista directa, la lectura previa del expediente allegado y, en algunos casos, con medidas paramétricas que describen roles y/o competencias parentales, además de la evaluación de contextos específicos de utilidad para evaluar las afecciones psíquicas, el desarrollo de funciones de cuidado, educación y de provisión de lo necesario para la crianza de los hijos.

El informe resultante se expresa en términos de si una persona tiene o no la capacidad para ejercer la función paterna, considerando entre los aspectos ya mencionados, la adherencia al tratamiento o a la

inserción en procesos terapéuticos o educativos que le permita, en tal caso, recuperar a sus hijos.

## Discusión

Las entrevistas realizadas a los peritos psicólogos del INMLCF de la Regional Noroccidente (Sede Medellín) permiten observar diversos elementos comunes y específicos que dan cuenta de las consideraciones que tienen alrededor de las categorías y subcategorías de trabajo propuestas para el análisis del diagnóstico psicopatológico en la evaluación pericial de la competencia parental en los casos de custodia y patria potestad.

En primera instancia, se encontró que todos cuentan con estudios de postgrado y formación continua en el área forense o afines; adicionalmente, tienen una experiencia que oscila entre 10 y 35 años al interior de la institución, lo que expresaría una experticia frente a la actividad pericial, especialmente en lo concerniente a la evaluación de la competencia parental debido a las valoraciones específicas que han realizado y que tienen como fin la determinación judicial y/o administrativa de la custodia y patria potestad. Estos dos aspectos permiten tener la posibilidad de plantear ejercicios de reflexión sobre los elementos epistemológicos y metodológicos de dicha evaluación forense, así como mantener una posición crítica sobre el adecuado manejo de los casos.

Precisamente, en razón del ejercicio pericial, las valoraciones para la determinación de casos de custodia o patria potestad pretenden conocer a través de una evaluación psicológica las posibilidades de que un padre o una madre ejerzan responsablemente las labores de crianza de sus hijos, esto es, que dentro de las funciones básicas de la familia se contemplen: “comunicación, afectividad, educación, apoyo social, apoyo económico, adaptabilidad, generación de autonomía, adaptación y creación de normas” (Torres *et al.*, 2008, pág. 32). De acuerdo con lo nombrado por los expertos, pese a que dichas evaluaciones se

circunscriben al ámbito de la familia, existen casos en los cuales otras evaluaciones periciales podrían ser fundamentales para la toma de decisiones sobre la custodia en fueros diferentes, tal es el caso del proceso penal. Se señala que, en este último, especialmente en delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (NNA), se hacen paralelamente procesos administrativos de verificación de derechos, según lo establecido por la Ley 1098 de 2006, y que, además, estas conductas generalmente son perpetradas al interior de las mismas familias o en entornos cercanos a ellas (INMLCF, 2019) y se entienden como modalidades de maltrato infantil por cuanto expresan “malos tratos físicos y emocionales, el abandono, la negligencia o descuido, (...) y la explotación de los menores con fines económicos o de cualquier tipo” (INMLCF, 2010b, pág. 20).

Por tal razón, los psicólogos examinan las dinámicas familiares, el entorno cercano, la forma de los lazos afectivos, la manera de comunicarse, si se trata de una familia con tendencia a ocultar información o normalizar situaciones de maltrato o abuso, si existe displicencia o desinterés por parte de los padres, etc., es decir, todo aquello que pueda convertirse en factor de riesgo para el menor. Así mismo, en la evaluación podrán revisarse aspectos relacionados con el impacto psicológico en el menor (antes y después de los hechos), su funcionamiento global, alteraciones de la conducta, el sueño o la alimentación, temores, pérdida de interés en actividades, dificultad para concentrarse, entre otros (INMLCF, 2010b). En razón de estas anotaciones es que la pericia en otros ámbitos, aun cuando no intente explicar la competencia parental de padres o cuidadores, sí puede exhibir escenarios de riesgo y redundar en acciones administrativas que, de ser necesario, implicarán retirar al menor de su hogar mientras se esclarecen los hechos investigados o se toman decisiones al respecto.

Para la evaluación pericial, estos peritos tienen como principal insumo los parámetros de la evaluación institucional contenidos en la *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses sobre patria potestad (o potestad parental) y custodia* (INMLCF, 2010a),

que busca principalmente conocer si se cuenta con “una estructura psíquica que le posibilite asumir y desempeñar eficientemente su rol de padre o madre, para que mediante el ejercicio de sus derechos y autoridad sobre los hijos menores pueda garantizar el cumplimiento de sus deberes” (pág. 10). En razón de este proceso, se integra el diagnóstico clínico a la evaluación para determinar si existen síntomas que configuren un cuadro nosológico, y si esta sintomatología afecta el funcionamiento global del examinado, ya que, a mayor compromiso de dicho funcionamiento, menor probabilidad de ejercer adecuadamente el rol parental.

Esta guía, que se convierte en el marco de referencia, no debería ser exclusiva para la evaluación, como pudo extraerse de la entrevista a S4, pues para comprender el funcionamiento de los sujetos es importante complementar con otros protocolos especializados y aplicar algunos instrumentos como el MMPI, el Test de Millon, el de La Torre de Londres (TL), el PAI (Personality Assessment Inventory), debido a que permiten conocer, a través de los rasgos de personalidad, la disposición de los examinados frente a la relación con los otros y su cuidado; es de anotar que los instrumentos referidos son usados en el ámbito forense para la evaluación en casos de custodia de menores (Ortiz *et al.*, 2017). Contrario a esto, los demás peritos se ciñen al uso de la *Guía* y sus elementos constitutivos, limitando con ello otras perspectivas que pueden complementar el análisis en el proceso de evaluación.

Por otro lado, para llegar al diagnóstico forense de la competencia, entendido como la categoría psico-legal que expresa el posible nexo causal entre un fenómeno jurídico y la salud mental, los peritos coinciden con Muñoz y López (2016), quienes indican que dicho diagnóstico es el resultado de la convergencia entre diferentes aspectos que brindan una mirada integral sobre el fenómeno, para ser puesta al servicio de la justicia que, como último eslabón de la investigación, utilizará esta información para tomar decisiones impactantes en la vida de quienes estén asociados al caso legal. Es por ello que, en el marco del análisis, los peritos psicólogos se orientan a la revisión de factores

que intervienen en el desempeño del ser humano desde diversos escenarios de su realidad: sus antecedentes, el núcleo familiar, los factores de riesgo y las relaciones intrafamiliares (INMLCF, 2010a), para, de esta manera, concluir si un padre tiene o no la competencia parental.

Ahora bien, cuando estos evalúan las competencias parentales, aunque ellas no están descritas explícitamente en la guía institucional, debido a su formación y experiencia sí buscan dar cuenta de las particularidades psíquicas, económicas, físicas, emocionales y morales, así como de la forma en que las mismas garantizan un ambiente protector para el menor. En este punto, los entrevistados ponen de presente la necesidad de analizar el componente psicopatológico, ya que, si un trastorno altera las capacidades de autogobierno y toma de decisiones, impactará también en la capacidad parental. Esta evaluación, más allá del etiquetaje, busca conocer las características y repercusiones del trastorno desde los factores de riesgo y protección para precisar el pronóstico sobre la competencia priorizando siempre la seguridad y el bienestar del menor, sin dejar de lado que el trastorno por sí solo no es constitutivo de incapacidad, aun cuando se reconoce que hay condiciones mentales que interfieren con el ejercicio responsable de la función parental.

En razón de dicho tópico de evaluación, los peritos refieren que algunas condiciones psicopatológicas como el trastorno límite de personalidad o el antisocial, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la discapacidad cognitiva, el déficit intelectual, la capacidad mental, etc., inciden significativamente y no se consideran “sanas” para la crianza de un menor; no obstante, son reiterativos al indicar que los diagnósticos psicopatológicos son relevantes, más no determinantes en la evaluación pericial.

A pesar de estas salvedades, la presencia de un trastorno psicológico en uno o en ambos padres, como se ha mencionado, se considera una amenaza que interfiere en la crianza del menor (Romero *et al.*, 2014) y que, a la par, aparecen algunos ejes visibles en comportamientos y actitudes o aptitudes como irresponsabilidad, vida callejera, mendicidad,

prostitución, patrones de consumo de sustancias, desarrollo moral, asimilación de las normas sociales, normas higiénicas y normas de cuidado, entre otros, que tienen una incidencia significativa en el rol de padres y, aunque pueden limitar este rol, consideran que con una adecuada red de apoyo y debido acompañamiento se logran sopesar de manera adecuada.

Conforme a lo discutido, cuando se reconocen cuadros nosológicos que podrían impactar el ejercicio de la parentalidad, los peritos refieren centrar su atención en aspectos tales como la adhesión al tratamiento, la consciencia de la enfermedad, la adaptación a la sociedad, etc., pues les resulta más preciso para ofrecer una visión global del sujeto que permite brindarle al juez un análisis individual del caso y el entendimiento sobre la realidad de la persona evaluada. Es así que la evaluación y el diagnóstico forenses de la competencia parental implican valorar los modos de asumir las responsabilidades y comportamientos no negligentes frente a la crianza, así como la capacidad para construir vínculos. Este último aspecto se ha constituido como una competencia específica, resultando fundamental porque proyecta la posibilidad de desarrollar vínculos seguros con el menor (Bermejo *et al.*, 2014).

Frente a este último aspecto, resulta llamativo que, en la evaluación que realizan los entrevistados, este componente vincular, así como otras competencias específicas, no sea nombrado alrededor de sus procesos de valoración. Si bien se remiten tanto a condiciones sociales como psicopatológicas desde los modelos y propuestas de evaluación institucional, desde las perspectivas forenses predominantes pareciese que no basta con tener una buena salud mental, ser capaz intelectualmente, comportarse según las normas y/o cubrir las necesidades esenciales de un menor, si no existe un adecuado relacionamiento paterno-filial, constituido por una comunicación abierta, afecto recíproco, apropiada contención de emociones negativas, seguridad, aceptación, autonomía, validación de sentimientos, etc. (Alfonso *et al.*, 2014). En función de esto, podría decirse que la ausencia de trastornos o algún síndrome

psicopatológico, teóricamente, constituye la base mínima de la capacidad, puesto que la asepsia psicopatológica no siempre es garantía para generar un vínculo seguro con el menor. Aquí cabe resaltar que así lo entienden indirectamente los entrevistados cuando encuentran condiciones psicopatológicas, pues reconocen que algunas acciones paralelas al proceso de evaluación pericial podrían facilitar el ejercicio del rol e incidir en la valoración positiva de la autoridad judicial; entre ellas, señalan: cumplir con indicaciones administrativas, asistir responsablemente a tratamiento, cambiar acciones o conductas de riesgo, etc.

Aunque los dictámenes no son vinculantes para la administración de justicia, finalmente estos hallazgos del proceso de evaluación se condensan en el informe pericial, el cual constituye la base de opinión y es el medio preliminar de conocimiento de los resultados. Los peritos indican que en este convergen los elementos más relevantes del proceso pericial debido a que dicho documento se orienta a facilitar una comprensión integral del individuo evaluado y de la incidencia de la salud mental en el fenómeno jurídico explorado (INMLCF, 2009; Hernández, 2011; Espinosa *et al.*, 2016); no obstante, lo descrito por el INMLCF (2010a) permite visualizar que lo psicopatológico ocupa un lugar relevante en la evaluación, ya que el informe debe concentrar el análisis sobre “rasgos de personalidad, desarrollo moral, funcionamiento global, presencia o ausencia de enfermedad mental” (pág. 20) y su injerencia en el ejercicio de la custodia y la patria potestad.

## Conclusiones

Uno de los vínculos esenciales del sistema familiar es el paterno-filial, siendo los padres responsables de transmitir su propio estilo de vida a los hijos a través de sus modos de crianza y convirtiéndose, a la vez, en garantes de bienestar. Sin embargo, no siempre el vínculo paterno es predictivo de la formación o del desarrollo adecuado de los hijos, esto debido a múltiples variables psicológicas y sociológicas propias de los

padres, sus historias de vida, sus rasgos de personalidad, su equilibrio emocional, entre otros factores que pueden derivar en una paternidad disfuncional y un ambiente familiar insatisfactorio, generando en los menores aspectos desfavorables de frustración, tristeza, depresión, violencia, etc.

Estos fenómenos que pueden alterar el desarrollo o acompañamiento de los hijos, generalmente son evaluados en los procesos de familia cuando se entiende que hay vulneración de los derechos de los NNA, toda vez que implican un factor de riesgo emocional y físico que, para efectos de la determinación de una custodia o una patria potestad es necesario explorar a través de la prueba pericial; es allí donde el componente nosológico cobra un valor fundamental dentro del ejercicio de administración de justicia que procura priorizar el bienestar del menor involucrado, sin perder de vista los derechos de los padres quienes, pese a una enfermedad mental, pueden desempeñar adecuadamente su ejercicio parental.

Con lo discutido hasta ahora es comprensible que se generen dudas respecto a las garantías de seguridad física y psicológica de los menores, máxime porque existen posturas que no recomiendan otorgar una custodia en presencia de alteraciones psicopatológicas graves (Reyes *et al.*, 2004; ICBF, 2019); no obstante, tras la revisión de la información proporcionada por los peritos del INMLCF y su análisis a través de los recursos epistemológicos, podría afirmarse que un trastorno mental no puede constituirse por sí solo como la causa de privación del derecho a disfrutar de los hijos, puesto que la capacidad para asumir su custodia –si bien debe analizarse desde el punto de vista nosológico con el fin de identificar algunas garantías básicas a la familia– y el desarrollo evolutivo de los hijos dependen en gran parte de que el entorno familiar favorezca el establecimiento de un clima afectivo de contención, seguridad y confianza.

De acuerdo con los referentes conceptuales disponibles en la actualidad, y en contraste con el contenido de las entrevistas realizadas a los

peritos forenses, la competencia parental no solo está dada por los cuidados básicos sobre los menores, sino que responde a un conjunto de aptitudes y actitudes frente a las demandas asociadas a la realización de sus tareas vitales (Rodrigo-López *et al.*, 2009).

Ahora, en aquellos casos en los cuales converge un trastorno mental o una alteración descrita nosológicamente, el análisis de la competencia parental debe explorar otros tópicos además de la capacidad psíquica, tales como: conciencia de la enfermedad, adherencia a un tratamiento farmacológico (en caso de requerirse), funciones de cuidado, educación, crianza y canales adecuados de comunicación con los hijos, en un contexto natural y cotidiano, encaminados a fortalecer el vínculo y el apego seguro, la calidez emocional y, sobre todo, a brindar garantías de protección y estabilidad (Rodrigo-López *et al.*, 2009).

De otro lado, dada la dificultad manifiesta en la evaluación de la capacidad parental para la asignación de custodia a través del INMLCF, valdría la pena ampliar las fuentes de referencia, ya que las guías y protocolos que se usan parecen no ser suficientes frente a las demandas conceptuales que actualmente se presentan alrededor de la competencia parental. Es así que se observa la necesidad de rediseñar estos parámetros de evaluación institucional, además de adoptar otras herramientas especializadas con las cuales se puedan valorar adecuadamente las competencias necesarias para la parentalidad; permitiendo que la evaluación no se restrinja solo a la identificación de una estructura mental normal o patológica, sino que trascienda a una perspectiva en que se puedan identificar habilidades que hagan posible el ejercicio de la función de crianza en el contexto familiar.

## Referencias

- Acevedo, L., Marín, J., Heredia, D., Gómez, M., Múnera, N., Correa, L. y Medina, J. (2018). La adopción homoparental en Colombia: presupuestos jurídicos y análisis de la idoneidad mental. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28(1), 58-65. <https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/articulo20180202124730.pdf>

- Alfonso, C., Valladares, A., Rodríguez, L. y Selín, M. (2014). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *Cienfuegos 2014. MediSur*, 15(3), 341-349. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180051460009>
- Bermejo, F., Estévez I., García, M., García, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Parra, J., Polo, A., Sueiro, M. y Velásquez, F. (2014). *CUIDA: Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. TEA Ediciones.
- Espinosa, A., Lobo, A., Guerrero, A. y Ospina, V. (2016). *Psicología forense en el proceso penal con tendencia acusatoria. Guía práctica para psicólogos y abogados*. Manual Moderno.
- Hernández, G. (2011). *Psicología jurídica iberoamericana*. Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª. ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (s.f). *¿Cuál es la diferencia entre custodia y patria potestad?* <https://www.icbf.gov.co/cual-es-la-diferencia-entre-custodia-y-patria-potestad>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2016). *Concepto 72 de 2016*. [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto\\_icbf\\_0000072\\_2016.htm#:~:text=3.1%20En%20Colombia%20la%20Patria,los%20hijos%20menores%20de%20edad](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto_icbf_0000072_2016.htm#:~:text=3.1%20En%20Colombia%20la%20Patria,los%20hijos%20menores%20de%20edad)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2019). *Lineamiento técnico administrativo del programa de adopción* (Versión 3). [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm16.p\\_limeamiento\\_tecnico\\_del\\_programa\\_de\\_adopcion\\_v3.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm16.p_limeamiento_tecnico_del_programa_de_adopcion_v3.pdf)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2009). *Protocolo evaluación básica en psiquiatría y psicología forenses* (Versión 1). <https://n9.cl/iifir>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2010a). *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses sobre patria potestad (o potestad parental) y custodia* (Versión 1). <https://n9.cl/n8m2k>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2010b). *Guía para la realización de pericias psiquiátricas o psicológicas forenses en niños, niñas y adolescentes presuntas víctimas de delitos sexuales*. <https://n9.cl/r6p6>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2020). *Cifras de lesiones de causa externa. Violencia Intrafamiliar en Colombia año 2020*. Observatorio del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa* (2ª. ed.). Trillas.
- Muñoz, J. M. y López, J. J. (2016). Valoración psicológica del riesgo de violencia: alcance y limitaciones para su uso en el contexto forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 130-140. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016300083>

- Ortiz, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del inventario de evaluación de la personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 110-124. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243057743004.pdf>
- Reyes, O., Sánchez, F. y Sánchez, P. (2004). Separación o divorcio: Trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 92, 90-110. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000400006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400006)
- Rodrigo-López, M. J., Martín-Quintana, J. C., Cabrera-Casimiro, E. y Máiquez-Chaves, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200003)
- Torres, L., Ortega, S., Garrido, A., Reyes, L. y Guadalupe, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>

# La promoción de la salud mental y sus efectos de prevención de las adicciones y otros problemas

*Maricelly Gómez Vargas<sup>1</sup>*

## Introducción

Respecto al uso de sustancias psicoactivas, se han identificado sus prevalencias en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; DANE, 2020) y su aumento durante la pandemia por el Covid-19 en el año 2020 (United Nation Office on Drugs and Crime, 2020). Sin embargo, el uso de drogas también se ha asociado a otros fenómenos sociales y psicológicos tales como la estigmatización (Tirado *et al.*, 2019), la depresión, la violencia intrafamiliar, entre otros (Pascale, 2020). Ante este panorama, surge la pregunta por el significado de la prevención: qué es lo que se previene y cómo, inquietudes que se pretenden abordar

---

1. Psicóloga y Magíster en Psicología, Universidad de Antioquia. Doctoranda en Psicología, Universidad Federal de Bahía, Brasil. Docente Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex), Universidad de Antioquia. Correo: maricelly.gomez@udea.edu.co

en este texto teniendo en cuenta los conceptos de salud mental desarrollados por dos enfoques de la psicología. El primero se refiere a los modelos de bienestar emocional, psicológico y social que surgen a finales de los años 50 a partir del constructo Salud Mental Positiva, propuesto por la psicóloga social Marie Jahoda (Muñoz *et al.*, 2016); y el segundo a la perspectiva psicosocial de Ignacio Martín-Baró (1984), cuyo énfasis está centrado en asumir la salud mental como una dimensión de las relaciones sociales. Estas dos perspectivas se proponen como complementarias porque en ellas se pueden articular los elementos centrados en el individuo con aquellos más propios de las comunidades y con ambas diseñar programas fundados en los principios de la promoción de la salud mental que tengan *efectos* de prevención. La alusión a los efectos supone que, teóricamente y en la práctica, la promoción de la salud mental permite la prevención de diversas problemáticas, entre ellas las adicciones, pues al promover los aspectos positivos de la salud en términos de capacidades, habilidades y recursos psicológicos y sociales, su potenciación tiene como consecuencia la prevención de múltiples situaciones y no de una originaria o única, por lo menos si se parte en psicología de una concepción de salud mental centrada en su connotación positiva.

Para poder sustentar esto se presentan los conceptos de salud mental, promoción y prevención delimitados al área de la psicología para diferenciarlos de las posturas médicas y de la salud pública, relacionándolos con situaciones de adicciones y otros problemas de salud mental. Después se describen unas actividades para la implementación de un programa de promoción de la salud mental en coherencia con los presupuestos conceptuales de las perspectivas psicológicas privilegiadas. Este programa puede dirigirse a grupos poblacionales amplios, puesto que todas las personas, aún aquellas con patologías, cuentan con una cantidad de capacidades y recursos individuales, familiares y sociales que son susceptibles de ser promovidos, y con esto prevenir que algo peor suceda.

## Conceptos de salud mental

Antes de abordar las discusiones conceptuales sobre promoción y prevención es preciso delimitar lo que para este texto se asumirá como salud mental. Esta expresión se ha caracterizado por la diversidad de acepciones a ella relacionadas, pues la han reconocido como un conjunto de discursos (Guinsberg, 2007), un concepto (Hernández-Holguín, 2020), una noción (Miranda, 2018), un estado de bienestar (República de Colombia, 2013; OMS, 2001, 2004), un asunto de relaciones (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015; Martín-Baró, 1984) y como problemas psicopatológicos, siendo esta última la connotación más conocida (Lopera, 2012; Villalobos, 2020).

Para lo que aquí se propone con miras a la prevención de las adicciones y otros problemas de salud mental, se entenderá a esta como *bienestar*, en coherencia con los presupuestos de los modelos de bienestar, y también como una *dimensión de las relaciones sociales*, tal como la define Martín-Baró. Aunque se correspondan con presupuestos epistemológicos opuestos, su interrelación facilita una ampliación de la mirada con incidencia en la práctica de la promoción y la prevención en psicología.

La primera perspectiva representada por los modelos de bienestar se caracteriza porque alude a tres tipos de bienestar: emocional, psicológico y social. Cada uno se asocia, según Bholmeijer *et al.* (2017), a la definición de la salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001, 2004), tal como se aprecia en la TABLA 1.

El bienestar emocional o subjetivo se basa fundamentalmente en el cúmulo de experiencias placenteras, indicador de salud mental que para ciertos contextos no tendría aplicabilidad. Por ejemplo, la categoría calidad de vida, asociada a este modelo, señala que hay bienestar cuando se cuenta con ingresos económicos, acceso a salud, educación, entre otros, lo que, en países como Colombia, tiene unas barreras por todos conocidas. No obstante, este tipo de bienestar propende por un cambio en las políticas públicas basadas en el respeto a los derechos

TABLA 1. Relación entre una definición institucional y los modelos del bienestar

<b>Definición OMS (2001, 2004)</b>	<b>Modelo de bienestar</b>	<b>Autor/a</b>
Estado de bienestar	Bienestar emocional o subjetivo	(Diener, 1984)
Individuo consciente de sus capacidades	Bienestar psicológico	(Ryff, 1989)
Capacidad de afrontar las dificultades de la vida cotidiana, trabajar, ser fructífero y contribuir a la comunidad	Bienestar social	(Keyes, 1998)

*Fuente:* Elaboración propia adaptada de Bholmeijer *et al.* (2017).

humanos y la equidad social, de allí que tenga mayor impacto en países más desarrollados. En este modelo, el bienestar, y por tanto la salud mental, debe contar con la presencia de afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción con la vida (Diener, 1984).

Para complementar esta propuesta teórica surge el bienestar psicológico de Carol Ryff en 1989. Los criterios que dan cuenta de este esfuerzo por alcanzar el potencial propio y de autorrealización son:

- Autoaceptación: actitud positiva hacia uno mismo y su pasado.
- Dominio del entorno: capacidad de elegir y moldear el entorno según sus necesidades.
- Relaciones positivas con otros: capacidad de empatía.
- Crecimiento personal: sentido de desarrollo y estar abierto a nuevas experiencias.
- Autonomía: dirección personal según estándares sociales e individuales y capacidad de resistir presiones externas.
- Propósito en la vida: sentimiento de que la vida tiene un propósito.

Debido a que también esta propuesta tiene sus límites, pues se centra en elementos del individuo sin alusión a su entorno, se va a destacar el bienestar social operacionalizado por Corey Keyes. Los aspectos del

bienestar que lo componen son descritos por Blanco y Díaz (2005), aunque en ellos todavía se identifica un énfasis en las capacidades subjetivas de las personas respecto a lo que perciben de la sociedad:

- Integración social: evaluación de la calidad de las relaciones.
- Aceptación social: estar y sentirse perteneciente a una comunidad donde se deben tener actitudes positivas hacia los otros y aceptar aspectos positivos hacia nosotros mismos.
- Contribución social: sentimiento de utilidad y autoeficacia.
- Actualización social: creencia y confianza en el futuro de la sociedad.
- Coherencia social: capacidad para entender el funcionamiento de la sociedad.

Como estos modelos conceptuales del bienestar surgen enmarcados en países anglosajones y más centrados en funciones psicológicas de orden individual, es necesario ampliar la mirada teniendo en cuenta las reflexiones del enfoque psicosocial de Martín-Baró (1984), puesto que recoge aspectos situados histórica y socialmente que permiten reconocer, por ejemplo, la violencia política en Colombia, condición social similar a la que describirá este autor respecto de la guerra en El Salvador y que, pese a la antigüedad del análisis, sigue siendo vigente para el contexto colombiano. Martín-Baró señala que los trastornos mentales representan un problema que aqueja a unos cuantos, pero que en medio de la guerra lo más relevante no son precisamente los diagnósticos psicopatológicos, sino la pobreza y la exclusión social. Por eso, la salud mental no será un estado individual, como se enfatiza en los modelos de bienestar, y sí una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, aclarando que esta dimensión se presenta “de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes)” (pág. 3). De este modo, y sin desconocer la existencia de

la patología, se esclarece la distinción entre las formas como se manifiestan los problemas de salud mental y aquello que fundamenta a la salud mental en sí misma, es decir, las relaciones sociales.

Para poder entender este énfasis en las relaciones sociales, retomamos de Colombia las experiencias de grupos de campesinos en el oriente antioqueño, reseñadas por la profesora de la Universidad de Antioquia, Beatriz Elena Arias, en sus artículos de 2014 y 2016. En el primero, la salud mental se asocia a la noción de resistencia social: ante los grupos armados, los campesinos implementaron una serie de actos –nacidos muchos de ellos de forma espontánea– que les permitía un cuidado a nivel individual, familiar y colectivo; vendían sus objetos personales para evitar que los insurgentes se los robaran y así expresar el control de su entorno, se las ingeniaban para reunirse y continuar con prácticas religiosas, decidieron tácitamente usar solo ciertos colores en la ropa o imponerse el toque de queda de manera voluntaria. En su estudio de 2016, Arias reconoce en las comunidades de campesinos una resignificación de la relación con la tierra para promover entre ellos una soberanía campesina alimentaria compartiendo las semillas o las recetas para preparar alimentos; con esto, asumían posturas colectivas de autonomía, ya que veían en el Estado una permanente negativa para una reforma agraria que realmente los beneficiara.

Contar con estas dos perspectivas de la salud mental, una más enfocada en las capacidades individuales, en términos de bienestar, y la otra en función de las potencialidades colectivas, permite tomar distancia de los modelos centrados en la enfermedad y aclarar qué es eso que se promueve en psicología. Y aunque pueden existir otros conceptos de salud mental, el énfasis en lo positivo en ambos modelos es lo que facilita la articulación con las definiciones de promoción y prevención, que por lo demás exige unos ajustes para el ámbito de la psicología, y con dicha claridad fundamentar las estrategias de promoción con efectos de prevención de las adicciones y otros problemas de salud mental.

## ¿Qué se entiende por promoción y prevención?

Los términos promoción y prevención no son, como muchas otras expresiones, propias del campo de la psicología, ellas cuentan con una historia que supera los alcances de este texto, pero de ambas se pueden retomar algunas referencias. De la promoción de la salud se encuentra lo siguiente:

TABLA 2. Definiciones de la promoción de la salud (PS)

Documento	Definición
Carta de Ottawa de la OMS (1986)	La PS consiste en proporcionar a la gente “los <i>medios</i> necesarios para mejorar su salud y ejercer un <i>mayor control</i> sobre la misma” (pág. 29).
OPS y OMS (1990)	La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como “la suma de las <i>acciones</i> de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (pág. 29).
Hancock (1994)	Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más <i>control</i> sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la <i>agenda política</i> .
Ley 1616 de 2013 (Colombia)	“Artículo 5º: La promoción de la salud mental es una <i>estrategia intersectorial</i> y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer <i>control</i> de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano”.

*Fuente:* Elaboración propia adaptada a partir de Restrepo (2001) y de la Ley 1616 de 2013 (Las cursivas son añadidas).

Según lo anterior, la promoción en el ámbito de la salud pública consiste en una práctica intersectorial con dos objetivos: brindar los medios y la información para que el individuo y la comunidad mejoren su salud al cambiar sus hábitos; y modificar los determinantes sociales, potestad de los Estados y de otros sectores de la sociedad. Llama la atención que en todas las definiciones, excepto la de 1990, se reitere el control

individual y colectivo de la salud, coincidiendo con el concepto de prevención de drogodependencias que Becoña (2002) retoma de Martín-Baró (1995) como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (pág. 21). Con este foco en el control basado en la educación y en los cambios socioambientales se identifica una superposición de los términos prevención y promoción.

Sin embargo, el diccionario de la Real Academia Española (2019) define la promoción en su acepción de impulsar el desarrollo, que, para nuestro caso, es el desarrollo de la salud mental, o sea, de las emociones positivas, la autorrealización y la integración social de acuerdo con los modelos de bienestar, o de las relaciones sociales según la perspectiva psicosocial. Por su parte, este mismo diccionario determina que la prevención tiene como función la evitación del riesgo. Para aclarar este asunto, es preciso avanzar en el análisis revisando lo que se ha entendido por prevención y el lugar de esta en la psicología para, con base en esto, considerar sus contribuciones a la prevención de las adicciones y de otros problemas por medio de la lógica de la promoción de la salud mental.

Aedo (2020) señala que la prevención ha permeado diversos campos, tales como la seguridad, la educación, la economía, la justicia penal, la medicina, entre otros. No obstante, el autor hace énfasis en la prevención como un *evento* que tiene lugar en las interacciones cotidianas entre las personas. También señala que es una *racionalidad* orientadora de prácticas. En su etimología, la prevención se refiere a la *acción* de prever un evento; de allí que se identifica una doble significación: como acto y como conjunto de ideas racionales que sustentan las acciones. Aedo (2020) también introduce en esta discusión la forma que tomaría la prevención en un orden discursivo específico.

Según lo anterior, se trata de estar atentos a los matices ideológicos y políticos que pueda tener un conjunto de argumentos racionales y

sus respectivas actividades con miras a proteger a una población de fenómenos ya provocados por quienes, al mismo tiempo, los quieren prevenir, generando con ello un control social disfrazado de la ilusión de ayuda. Un ejemplo de esto lo presenta Aedo (2020) en su estudio sobre la intervención preventiva en familias de personas privadas de la libertad, para evitar en ellas que sus miembros tengan conductas delictivas o desarrollen problemas emocionales que alteren su salud mental, indicando que ante esto no se ha aceptado que ha sido la propia sociedad la que ha motivado la cárcel como castigo a la población principalmente pobre.

Además de este llamado a no perder de vista el trasfondo ideológico y biopolítico del tema, es necesario tener en cuenta las clasificaciones de las prácticas de prevención formalizadas principalmente por el discurso médico, tal como puede observarse en la tabla 3.

Nótese que al interior de la prevención universal se alude a la promoción de la salud por la vía de la educación en salud para evitar la aparición de problemáticas, de allí que:

las acciones de promoción de la salud en el caso colombiano han estado orientadas fundamentalmente a la modificación de estilos de vida de los individuos, lo que en la práctica se traduce en que las acciones de promoción de la salud se tornen desarticuladas, fragmentadas y fusionadas con las acciones de prevención de la enfermedad (Rodríguez-Villamil *et al.*, 2013, pág. 33).

Ahora bien, si para el ámbito de la medicina es difícil hacer estas delimitaciones entre promoción y prevención, para la psicología es también una tarea compleja, pues debe considerarse lo siguiente:

1. Si se caracteriza la clasificación de los niveles de prevención de Gordon (1987) en función del riesgo, en psicología su comprensión es ambigua, pues estos riesgos, aunque pueden ser predictores, no son tan exactos como los riesgos para evitar la caries, o

TABLA 3. Clasificaciones de la prevención

<b>Prevención según Caplan (1980): momento de aparición del problema</b>	<b>Prevención según Gordon (1987): ¿quién se encuentra en riesgo?</b>
<p><i>Primaria</i> Medidas orientadas a evitar la aparición de un problema de salud controlando los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. <i>No hay problema.</i></p>	<p><i>Universal</i> Dirigida a la población en general, se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática. <i>Población sin riesgo.</i></p>
<p><i>Secundaria</i> Destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). <i>Está próximo a aparecer el problema.</i></p>	<p><i>Selectiva</i> Enfocada en desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. <i>Población cercana al riesgo.</i></p>
<p><i>Terciaria</i> Acciones relativas a la recuperación y tratamiento de la enfermedad clínicamente manifiesta mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas, buscando su reducción. <i>El problema ya existe.</i></p>	<p><i>Indicada</i> La intervención se dirige a grupos de la población que ya tienen el problema o están expuestos a altos factores de riesgo. <i>Ya hay riesgo.</i></p>

Fuente: Elaboración propia adaptada a partir de Caplan (1980) y Gordon (1987).

son predictores de muchos tipos de problemáticas. Por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las ideaciones suicidas y el abuso de drogas comparten los mismos tipos de factores de riesgo tales como violencia intrafamiliar y social, características de personalidad, condiciones socioeconómicas, nivel de educación, etc.

- Además, para el caso de la prevención en Caplan (1980), la explicación psicológica para determinar el momento de aparición del malestar difícilmente se puede remontar a un único inicio, porque una historia de vida es multidimensional y trasciende lo cronológico; y en este sentido, si se parte de la lógica literal de la

prevención delimitada por el diccionario de la RAE, es decir, de evitar el riesgo, esto sería imposible de lograr en psicología porque la vida misma y el día a día en las relaciones interpersonales, familiares, sociales y el entorno involucran un conjunto simultáneo de vivencias que pueden ser riesgosas según el ambiente, las personas y los significados o efectos subjetivos derivados de ellas.

Reconociendo esta complejidad conceptual de la prevención, se concluye que ella, en su sentido estricto de evitar la ocurrencia de algo negativo y específico, tiene unos límites en psicología. Primero, porque promover, en su acepción de fortalecer o potenciar, ofrece una alternativa a la idea de la promoción basada en la educación en salud, es decir, en brindar información para modificar los estilos de vida y los comportamientos de riesgo. Y segundo, porque el riesgo, desde una postura del realismo ontológico, existe independientemente de las percepciones, conocimiento y posibilidad de su ocurrencia (Aven *et al.*, 2011), diferenciándose así de las comprensiones del riesgo que han pretendido determinar los límites entre lo normal y lo anormal y, con base en esto, indicar quién podría tener problemas (Spink *et al.*, 2007), abordaje característico del discurso de la medicina sobre la promoción y la prevención.

De acuerdo con lo anterior, la propuesta de promoción que será reseñada a continuación no sigue los lineamientos adjudicados a las clasificaciones de la prevención según el inicio del problema o el nivel de riesgo sugeridas por Caplan y Gordon respectivamente. Y, por tanto, si el punto de partida se basa en una conceptualización de la salud mental coherente con los modelos de bienestar y del enfoque psicosocial, las acciones pueden dirigirse a cualquier tipo de persona, puesto que en todas se pueden fortalecer o promover capacidades individuales y colectivas. De este modo, la especificidad de la promoción de la salud mental en psicología está dada por la definición que se tenga de dicha noción.

Finalmente, es preciso clarificar que en esta propuesta, y en congruencia con su soporte conceptual, se asumirán los recursos y capacidades como aquellos atribuibles a las emociones positivas, la autorrealización y la capacidad de evaluar el entorno. Complementario a esta perspectiva, se tendrán en cuenta las relaciones colectivas en sí mismas y la capacidad de agencia de las personas y comunidades para exigir al Estado las condiciones sociales, económicas, materiales y de oportunidades equitativas para una vida digna. Estos serán los elementos promovidos y fortalecidos durante la ejecución del programa y cuyo efecto en un mediano y largo plazo será la prevención de conductas adictivas o de otros problemas de salud mental en la población convocada a participar de las actividades.

## Conclusiones y recomendaciones

El diseño metodológico del programa de promoción de la salud mental desde la perspectiva del bienestar y el enfoque psicosocial debe tener presente que puede llevarse a cabo por medio de actividades prediseñadas para el trabajo individual o grupal o también construidas con los actores durante el proceso. La idea es que las opciones sean diversas y centradas en las acciones implementadas en la vida cotidiana. Por eso las sugerencias reseñadas en la TABLA 4 son susceptibles de ampliación en función de las vivencias que tengan los participantes en los hogares, las aulas de clase, el barrio, las oficinas o lugares de trabajo, etc., pero todas encaminadas hacia la promoción de cada uno de los elementos subrayados por el respectivo referente conceptual de la salud mental.

También cabe aclarar que, independiente de que se hagan encuentros individuales o grupales, es necesario definir los objetivos de las modalidades de intervención. Es decir, que bajo la modalidad de taller o de acompañamiento individual existen prácticas cuyos objetivos se asocian a la promoción de la salud mental en su doble connotación de entrega de información o de potencialización de fortalezas y recursos

TABLA 4. Sugerencia de acciones de promoción acorde con los referentes conceptuales

<b>Modelo conceptual de la salud mental</b>	<b>Acciones</b>
Bienestar subjetivo o emocional	Registrar permanentemente los periodos de bienestar por medio de diarios socializados en diferentes encuentros individuales o grupales. Identificar las creencias que impidieron los periodos de bienestar. Fortalecer las emociones positivas.
Bienestar psicológico	Usar las fortalezas, cualidades y talentos en la vida cotidiana. Escribir cada noche al menos tres cosas positivas que ocurrieron en el día. Escribir cartas de agradecimiento y entregarlas personalmente o por medio de llamadas telefónicas. Responder constructivamente a las buenas noticias de los demás. Saborear al menos un momento en el día y describir lo que sintió sin hacerlo de manera acelerada.
Bienestar social	Por medio de actividades individuales o grupales promover lo siguiente: Capacidad de evaluar positivamente el entorno. Aceptación de los otros y de sí mismo. Autoeficacia y sentimiento de utilidad. Confianza en el futuro y en la sociedad. Entendimiento del medio.
Énfasis psicosocial de las relaciones	Las actividades pueden surgir de manera espontánea en el trabajo colectivo. Las actividades estructuradas no permitirían que los grupos puedan proponer, a partir de sus propias capacidades, lo que para ellos representa la promoción de salud mental.

*Fuente:* Elaboración propia.

individuales y sociales. Estas modalidades de trabajo se van a diferenciar de otras actividades más cercanas a la idea del tratamiento, que, aunque también tienen efectos de prevención de que algo peor ocurra, se adscriben más a perspectivas centradas en la cura y no tanto a la promoción de capacidades.

Las modalidades más cercanas a la promoción de la salud por la vía de la información y la potencialización son respectivamente la asesoría y la consultoría. La primera, a veces asociada a la psicoeducación, tiene como fin orientar, con base en el conocimiento psicológico, en un tema

específico a la persona, comunidad o institución. Mientras que la consultoría, propuesta desde 1952 por Carl Rogers y luego por enfoques conductistas durante los años 90, busca el fortalecimiento de capacidades personales o repertorios conductuales (Gómez y Peláez, 2015). De modo similar a la consultoría, están también las intervenciones clínicas positivas, entre las que se destacan la terapia del bienestar, la psicoterapia positiva y la terapia de aceptación y compromiso (Bholmeijer *et al.*, 2017).

Por su parte, podría reconocerse en la intervención en crisis una modalidad eminentemente preventiva, pues evita no el riesgo inicial, pero sí uno posterior; se trata de una ayuda humanitaria que busca resolver las consecuencias inmediatas de un suceso traumático y preparar a la persona para afrontar eventos futuros (Pineda-Marín y López-López, 2010). Slaikeu (2000) y Gantiva-Díaz (2010) clarifican que la intervención en crisis tiene dos momentos diferenciados: los primeros auxilios psicológicos o primera ayuda psicológica (OMS, 2012) y la terapia de crisis.

El primer momento se lleva a cabo antes de las 72 horas de ocurrido el incidente crítico y tiene una duración de minutos u horas; el profesional o voluntario identifica el daño, propicia la expresión de las emociones y la activación de los diferentes recursos institucionales y de la red de apoyo social. El segundo momento, es decir, la terapia de crisis –que no es psicoterapia–, estaría enfocado en los casos de personas que requieran consultas especializadas si después de 6 semanas no han superado los síntomas producidos por la situación crítica y precisan de un apoyo para la resignificación de la crisis, razón por la cual requiere de unas 5 o 6 sesiones aproximadamente. No obstante, tanto en los primeros auxilios psicológicos, como en la terapia de crisis, se busca el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento<sup>2</sup>, de allí que también ellos tengan un componente de promoción de la salud mental.

---

2. Las estrategias de afrontamiento basadas en el control del entorno tienen su origen en el discurso médico durante las décadas de los años 30 y 40 del siglo xx. En 1937, la psicología del yo asumirá los mecanismos de defensa como formas de relacionarse con el medio. En 1978, Lazarus y Launier definen el afrontamiento como un esfuerzo intrapsíquico orientado en la acción ante

Finalmente estaría la psicoterapia, cuyo afán de tratamiento se ordena en función de los aspectos etiológicos del problema y por eso la necesidad de formación especializada en las corrientes psicológicas, diferente a los conocimientos mínimos exigidos para las otras modalidades de intervención soportados en las teorías de los procesos básicos y superiores, el ciclo vital y en los conceptos básicos tales como personalidad, autoestima, motivación, emoción, entre otros (Gómez y Peláez, 2015). De acuerdo con esto, la psicoterapia se centra en la causa del problema, mientras que la asesoría, la consultoría y la intervención en crisis privilegian las capacidades y recursos psicológicos y colectivos de los individuos y comunidades, por eso su asociación con la promoción de la salud mental y los efectos de prevención que ellas provocan.

En conclusión, esta revisión introduce varias reflexiones que obligan a una delimitación conceptual de la salud mental, pues a esta suelen asociarse expresiones como enfermedad o trastorno (Miranda, 2018; Lopera, 2012), y por eso las dificultades para delimitar las prácticas de promoción y prevención. Así, una perspectiva de la salud mental en su versión positiva fundamenta las acciones de promoción que, realizadas desde una perspectiva psicológica, pueden contemplar, entre muchas otras, las contribuciones de los modelos de bienestar y del enfoque psicosocial, las cuales se consideran aquí como las más pertinentes con las dinámicas sociales, históricas, económicas y políticas que caracterizan a Colombia. Las repercusiones de esto en la prevención de las conductas adictivas y otros problemas de salud mental se pueden comenzar a evidenciar si al menos se da el giro terminológico y conceptual que, en vez de priorizar la prevención, se preocupe más por la promoción en salud mental, lo que a su vez les permitirá a los profesionales e instituciones unas claridades metodológicas y técnicas sobre aquello que pretenden promover y prevenir.

---

eventos externos e internos. Pero será en 1986 que Lazarus y Folkman presentarán su propuesta más conocida sobre el tema. Incluirán en la concepción del afrontamiento los aspectos cognitivos y conductuales para atender a las demandas percibidas como desbordantes (Macías *et al.*, 2013).

## Referencias

- Aedo, A. (2020). Una seguridad (muy) interior del Estado. El trabajo de la prevención en familias de reclusos. *Revista de Estudios Sociales* 71, 2-14. <https://doi.org/10.7440/res71.2020.01>
- Arias, B. E. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colectiva*, 10(2), 201-211. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.222>
- Arias, B. E. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 232-239. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>
- Aven, T., Renn, O., & Rosa, E. (2011). The Ontological Status of the Concept of Risk. *Safety Science*, 49(8-9), 1074-1079. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.04.015>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A. y Westerhof, G. J. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 34-41. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819>
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA). Periodo 2019*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. <https://ssrn.com/abstract=2162125>
- Gantiva-Díaz, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 143-145. <https://doi.org/10.21500/19002386.1153>
- Gómez, M. y Peláez, G. P. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83. <https://doi.org/10.21500/19002386.1815>
- Gordon, R. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Rep*, 98(2), 107-109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrepp00112-0005.pdf>
- Guinsberg, E. (2007). "Salud mental" y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En: *Temas y desafíos en salud colectiva* (págs. 245-272). Lugar Editorial.

- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3). <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perspectivas-conceptuales-en-salud-mental-y-sus-implicaciones-en-el-contexto-de-construccion-de-paz-en-colombia/16943?id=16943&id=16943>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology, Quarterly*, 61, 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Lopera, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, 7, 60-75. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/263>
- Macías, M. A., Madariaga-Orozco, C., Valle-Amarís, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051>
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=585>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental* (Tomo I). Ministerio de Salud y Protección Social. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/33308>
- Muñoz, C. O, Restrepo, D. y Cardona D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-73. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental* (Hoja informativa, No. 220).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS, War Trauma Foundation, Visión Mundial Internacional. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf;jsessionid=497BCF27716288C6ECAC869E55192A82?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=497BCF27716288C6ECAC869E55192A82?sequence=1)
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por covid-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), 247-251. <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/566>

- Pineda-Marín, C. y López-López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: Más que un “Guarde la calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica*, 28(2), 155-160. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000200003>
- Real Academia Española (RAE). Promoción. En *Diccionario de la lengua española* (edición de tricentenario). Consultado el 13 de noviembre de 2020.
- Real Academia Española (RAE). Prevención. En *Diccionario de la lengua española* (edición de tricentenario). Consultado el 13 de noviembre de 2020.
- República de Colombia. (2013). *Ley 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Restrepo, H.E y Málaga, H. (2001). *Promoción de salud: cómo construir una vida saludable*. Editorial Médica Internacional.
- Rodríguez-Villamil, N., Valencia-González, A. y Díaz-Mosquera, P. (2013). Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. *Revista hacia la promoción de la salud*, 18(1), 26-40. <https://revistasoj.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2174>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Slaikou, K. (2000). *Intervención en crisis*. Manual Moderno.
- Spink, M. J., Menegon, V., Bernardes, J., & Coêlho, A. (2007). The Language of Risk in Psychology: a Social Constructionist Analysis of a Psychological Database. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 151-160. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441205>
- Tirado, A. F., Calderón, G., Restrepo, S., Vásquez, V. y Orozco, I. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicología en Pesquiça*, 13(1), 22-32. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200300478>
- Villalobos, F. (2020). Psicología y salud mental, los retos que nos ha develado el Covid-19. En N. Molina Valencia. (Ed.), *Psicología en contextos de Covid-19, desafíos poscuarentena en Colombia* (págs. 91-100). Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). *World Drug Report*. [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen\\_Ejecutivo\\_Informe\\_Mundial\\_sobre\\_las\\_Drogas\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo_Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf)

# Freud a propósito de la defensa en la etiología de las psiconeurosis 1893-1896

*Kelly Vargas García<sup>1</sup>*

*Era indudable que neurosis y psicosis no estaban separadas por una frontera neta, como tampoco la había entre salud y neurosis*

Sigmund Freud, “Breve informe sobre el psicoanálisis”

## Introducción

A finales del siglo XIX, Freud, gracias a la indagación y formulación de factores etiológicos en la histeria opuestos a la comprensión de los médicos de la época, abre la vía para el surgimiento de la clínica de curación

---

1. Psicóloga, Universidad de Antioquia. Máster en Ciencias Sociales y Humanas: mención Psicoanálisis, Université Paris 8. Estudiante del Doctorado en investigación en Psicopatología y Psicoanálisis, Universidad de París. Profesora de cátedra Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex), Universidad de Antioquia. Miembro del foro de psicoanálisis del Campo Lacaniano. Correo: [kelly.vargas@udea.edu.co](mailto:kelly.vargas@udea.edu.co)

por la palabra, a saber, el psicoanálisis. Este viraje conceptual desbroza un terreno para la intelección de lo psíquico, en el cual, si bien se emplean los términos desarrollados por las disciplinas médicas, entre ellos, neurosis, psicosis, etc., se reformula la psicopatología al integrar el concepto de defensa en la causación de la histeria. Es menester subrayar que la inserción de esta categoría establece una relación estrecha entre la defensa y la afección, por consiguiente, el esclarecimiento etiológico no remite ni a la herencia ni a la degeneración. El psicoanálisis se consolida así como una teoría sobre los procesos psíquicos inconscientes y una apuesta terapéutica orientada por el síntoma.

En consideración de lo anterior, este trabajo se propone analizar el concepto de defensa en la etiología de las psiconeurosis presente en algunos textos de Freud redactados entre 1893 y 1896. La revisión de este período obedece a dos razones: en primer lugar, por los efectos en la clínica, entre ellos, el abandono del método hipnótico acogido por Freud hasta entonces, y, en segundo lugar, por las repercusiones en el edificio del psicoanálisis y en la psicopatología; tal como me propongo soportar a lo largo de este ejercicio, entre 1893 y 1896 se encuentran esbozados algunos de los conceptos fundamentales para el surgimiento de la teoría del inconsciente. El desarrollo de este propósito comporta dos tiempos: en el primero, *la defensa en la etiología de las psiconeurosis*, se abordan los efectos de esta noción en la conceptualización y clasificación de las psiconeurosis y el aparato psíquico, y, en el segundo, *la defensa entre lo patológico y la salud*, se explora la relación entre el edificio de la defensa, lo sano y las afecciones, en contraste con algunos presupuestos de la medicina, en particular, la familia neuropática de Jean-Martin Charcot y la teoría de la degeneración moral de Benedict August Morel.

## La defensa en la etiología de las psiconeurosis

Este apartado abarca la definición y clasificación freudiana de las psiconeurosis y su relación con el concepto de defensa. De entrada, en el

“Manuscrito B”, Freud (1992/1893) sugiere la siguiente clasificación de las afecciones: neurastenia, histeria traumática, neurosis mixta – resultado de la presencia de las dos afecciones precedentes en mujeres– y las neurosis de angustia que, aunque comparten síntomas con la neurastenia, se caracterizan por el apronte angustioso. Para Freud (1992/1893), la histeria y la neurastenia son dos afecciones de carácter sexual diferenciadas de las enfermedades hereditarias, en cuya etiología resaltan dos elementos: “la condición necesaria sin la cual el estado no sobrevendría (...) y los factores ocasionadores” (pág. 218). Así, aunque un influjo sobrevenido de manera secundaria puede ocasionar la afección, Freud (1992/1893) concede a la condición necesaria un lugar fundamental, puesto que, tal como el nombre lo indica, adviene el detonante del padecimiento. Ahora, en lo concerniente a las neurosis de angustia, Freud discierne dos formas: “estado permanente y ataque de angustia” (pág. 221); si bien ellas pueden aparecer de manera combinada, el ataque de angustia se presenta fundamentalmente en la histeria y los síntomas permanentes en la neurastenia.

En todo el manuscrito, además de la clasificación de las afecciones mencionadas, resaltan varios elementos; el primero consiste en la dificultad de considerar, de manera exclusiva, el fundamento hereditario en la etiología de estas enfermedades por la incidencia que ejerce el carácter sexual; el segundo reside en la tarea del médico, pues, para Freud (1992/1893), este debe prevenir la neurosis y, en consecuencia, el esfuerzo terapéutico debe estar orientado hacia la profilaxis; y el tercero concierne a la incidencia de lo sexual en lo social, pues dada la imposibilidad de evitar las dificultades presentes en la relación entre los sexos: “la sociedad parece destinada a caer víctima de las neurosis incurables que rebajan a un mínimo el goce de la vida, destruyen la relación conyugal y arruinan por herencia a la generación entera” (pág. 223). Freud sugiere, además, que las neurosis, una vez instaladas, son incurables; no obstante, la sociedad y la medicina pueden realizar esfuerzos para prevenirlas. En suma, para Freud (1992/1893) el factor

sexual es predominante para comprender la causación de las neurosis y su incidencia no se restringe al individuo, sino que abarca también el funcionamiento de las sociedades.

En 1894 Freud publica “Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)”, trabajo en el que reordena la clasificación precedente, desaparece la neurastenia y reagrupa las afecciones en dos grandes grupos: neurosis y psicosis –en las primeras se encuentran las fobias, las representaciones obsesivas y la histeria; en las segundas, las psicosis de defensa y la confusión alucinatoria–; y, por último, sugiere las neurosis mixtas, resultado de la combinación de síntomas histéricos, obsesivos o fóbicos y, a su vez, considera, con cierta frecuencia, la irrupción de la psicosis en cualquiera de las neurosis. Además, Freud (1991/1894) enseña que las psiconeurosis sobrevienen cuando las representaciones, que tienen relación con lo sexual, se tornan inconciliables y el yo despliega la defensa que da lugar a la afección. Esto ocurre bajo dos modalidades; la primera cuenta, a su vez, con dos formas: la histeria y las representaciones obsesivas-fobias. La histeria se produce cuando el afecto se divorcia de la representación inconciliable, se aleja y se debilita la representación; como efecto de este esfuerzo, el desplazamiento del afecto traspone: “*a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*” (pág. 50, énfasis añadido). En lo tocante a las representaciones obsesivas y fobias, para Freud (1991/1894) son el resultado de enlaces falsos en los que el afecto de la representación inconciliable se desplaza a otra con el fin de mantenerla al margen y ahuyentarla de la consciencia.

Ahora bien, Freud considera no solo la defensa descrita, sino también una segunda: “existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima *{verwerfen}* la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido” (1991/1894, pág. 59).

En este caso se instaura una psicosis alucinatoria que, para Freud, deviene refugio del yo; es decir, la psicosis se convierte en el amparo del yo como respuesta ante la representación inconciliable, desasiendo el vínculo del yo con la realidad objetiva y, además, posibilitando la emergencia de alucinaciones. Es importante remarcar que Freud considera exitoso este tipo de defensa, dado que: “El yo se arranca de la representación insoportable” (pág. 60), a saber, se lleva a cabo el cometido de la defensa porque se suprime por completo la representación. Sin embargo, es importante destacar que la presencia de las alucinaciones deviene, al mismo tiempo, signo de su desgarradura.

A partir de lo anterior, se puede inferir que el ejercicio defensivo es fallido por varias razones: en primer lugar, porque genera una huella mnémica que “no ha sido sepultada {*untergeben*}, sino que forma en lo sucesivo el núcleo de un grupo psíquico segundo” (Freud, 1991/1894, pág. 51); en segundo lugar, porque se requiere un esfuerzo constante en el psiquismo, toda vez que se producen enlaces asociativos con la representación desalojada, la cual continua presente a través de la huella mnémica. En definitiva, el síntoma está enlazado con la defensa porque es el resultado del ataque defensivo que el yo ejerce contra la representación de carácter inconciliable; este planteamiento, de entrada, es problemático porque erige un enlace entre la salud y la defensa, mecanismo necesario para el funcionamiento del aparato psíquico; por esta razón, Freud (1991/1894) no contrapone la salud, por ejemplo, a los estados conversivos que se manifiestan en la histeria. Más adelante, se revisa con amplitud la relación que se suscribe aquí entre defensa y salud. Freud vuelve sobre esta cuestión en el prólogo a la primera edición de “Estudios sobre la histeria” (1992/1893-1895), trabajo conjunto con Breuer, en el cual, en lo que atañe a la tesis sobre la génesis del trauma psíquico, reitera su enlace con lo sexual, articulando el concepto de defensa con el de represión.

Las elaboraciones hasta aquí descritas conducen a Freud (1896) a edificar una teoría sobre el psiquismo que se consolida en el

“Manuscrito K” (1992/1896a), trabajo en el cual, a diferencia del “Manuscrito B”, la herencia desaparece como eje explicativo en lo que concierne a la elección de neurosis; el interés de Freud reside, por entero, en identificar la etiología y la trayectoria de las neurosis a partir del funcionamiento psíquico. Así pues, el reordenamiento de los estados patológicos contempla muchas formas de afección que son reunidas por Freud (1992/1896a) en cuatro tipos: histeria, neurosis obsesiva, paranoia y duelo, entendidas como: “aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales” (pág. 260). Los afectos psíquicos ocupan un lugar esencial en la emergencia de la afección a partir de dos condiciones: el carácter sexual y su acontecer previo a la madurez, cuya reunión trae por consecuencia no solo el “daño permanente en el yo” (pág. 260), sino también la instalación en el psiquismo de una tendencia defensiva normal.

Freud sugiere, entonces, la siguiente trayectoria de la enfermedad en las neurosis:

- 1) La vivencia sexual (o la serie de ellas) prematura, traumática, que ha de reprimirse. 2) Su represión a raíz de una ocasión posterior que despierta su recuerdo, y así lleva a la formación de un síntoma primario. 3) Un estadio de defensa lograda, que se asemeja a la salud salvo en la existencia del síntoma primario. 4) El estadio en que las representaciones reprimidas retornan, y en la lucha entre estas y el yo forman síntomas nuevos, los de la enfermedad propiamente dicha; o sea, un estadio de nivelación, de avasallamiento o de curación deforme. (pág. 262).

De este decurso se puede inferir que lo sexual es vivenciado en lo psíquico de manera prematura y traumática, y que pone en marcha el mecanismo de la represión, cuya consecuencia es la formación de un síntoma primario; la presencia del síntoma primario atestigua, de un lado, el fracaso de la represión y, del otro, que su puesta en marcha es equivalente a la salud, vale decir, en el aparato psíquico la instalación de la neurosis tiene un efecto salutífero porque defiende al psiquismo del

trauma de lo sexual. Los síntomas subsiguientes son retoños que guardan relación con el síntoma primario y se convierten en manifestaciones propias de la enfermedad; otro asunto de interés reside en la cuestión de la curación deforme, lo que significa que los síntomas son, en sí mismos, un esfuerzo de curación del aparato psíquico, a pesar del carácter fallido de la defensa y el sufrimiento que comporta su existencia.

En este recorrido Freud (1992/1896a) expone que en la configuración psíquica de la neurosis las diferencias en las manifestaciones se expresan en: la forma en que se produjo la represión, el retorno de las representaciones reprimidas y el tipo de formación del síntoma. Adicional, en lo concerniente a la formación del síntoma en las diversas neurosis: paranoia, neurosis obsesiva e histeria, Freud inserta la “defensa secundaria” (Freud, 1992/1896a, pág. 265), la cual, sumada a la trayectoria descrita anteriormente, permite distinguir varios tipos de síntoma: el primario de la defensa, los de compromiso de la enfermedad, los secundarios de la defensa y los de avasallamiento del yo. En la misma vía, también en 1896, en el texto “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, Freud (1991/1896b) vuelve sobre las ideas expuestas en su trabajo homónimo de 1894 y, sumado a las consideraciones del “Manuscrito K”, profundiza en la defensa. De esta manera, se tiene que las psiconeurosis de defensa reciben su nombre a causa del mecanismo que participa en su etiología, resultado “del intento de reprimir una representación inconciliable que había entrado en penosa oposición con el yo del enfermo” (Freud, 1991/1896b, pág. 163). Freud refuerza sus tesis anteriores constatando la equivalencia entre la defensa y la represión, pues ambos conceptos remiten al esfuerzo del aparato psíquico por desalojar una representación de carácter inconciliable que guarda relación con lo sexual y, por consiguiente, lo reconducen a erigir una nueva teoría sobre el funcionamiento del psiquismo.

De tal manera que, en la Carta 52, Freud (1992/1896b) decanta su teoría de las psiconeurosis a través de un reordenamiento con énfasis

en lo sexual, así las “psiconeurosis sexuales: histeria, neurosis obsesiva y paranoia” (pág. 277) le permiten desarrollar el primer modelo de aparato psíquico que, aunque será ampliado posteriormente en la primera tópica de 1915 y en la segunda tópica de 1923, comporta las bases de la estructura y funcionamiento de lo inconsciente. Freud (1992/1896b) construye un psiquismo soportado en la “estratificación sucesiva, pues de tiempo en tiempo el material preexistente de huellas mnémicas experimenta un reordenamiento según nuevos nexos, una retranscripción {*Umschrift*}

 (pág. 274), vale decir, en el psiquismo, resultado de las retranscripciones que sufren las huellas mnémicas, se genera una distinción en tres sistemas; es necesario destacar el uso del término retranscripción, pues sugiere de entrada una re-escritura del material a partir de los nuevos nexos que establecen las huellas mnémicas.

Para sintetizar, el planteamiento de Freud (1992/1896b) es el siguiente: primeramente, se sitúan las “P son neuronas donde se generan las percepciones a que se anuda conciencia, pero que en sí no conservan huella alguna de lo acontecido” (pág. 275), es decir, el aparato psíquico se consolida a partir del influjo de elementos que preexisten y que, en esta ocasión, Freud denomina percepciones, frente a las cuales el sujeto no tiene maniobra, pues las recibe de manera directa y, aunque no generan huella, consolidan un acervo que arropa a un sujeto una vez llega al mundo; ahora, en segundo lugar, se encuentra la primera retranscripción que Freud denomina “Ps [signos de percepción]” (pág. 275), esta aparece cuando la percepción se convierte en signo, es decir, cuando se instala la huella que, como el signo, requiere interpretación; en tercer lugar, está la segunda retranscripción, que recibe el nombre de “Icc (inconciencia) (...) Las huellas Icc quizá correspondan a recuerdos de conceptos, de igual modo inasequibles a la conciencia” (pág. 275), de este modo, tanto los signos de percepción, como las huellas mnémicas que logran pasar a lo inconsciente, no son susceptibles de conciencia y, además, se contraponen a la memoria; por último, la tercera retranscripción es la “Prc (preconciencia) (...)

ligada a representaciones-palabra, correspondiente a nuestro yo oficial.” (pág. 275), es decir, el material, otrora sin el recurso a la palabra que, a pesar del sometimiento al proceso de reescritura que comporta la retranscripción, puede advenir y manifestarse en la consciencia, lo cual funda un yo instalado, a modo de puente entre la incidencia de lo inconsciente y la consciencia.

En consideración de lo anterior, es posible afirmar que el aparato psíquico se configura como un conjunto de relaciones entre los sistemas: *p-percepción*, *ps-signos de percepción*, *icc-inconsciente*, *pre-preconsciencia* y, por último, *coc-consciencia* –relicto de las retranscripciones de los sistemas anteriores soportadas en la reescritura del material–. Los límites entre un sistema y otro se producen cuando se traduce el contenido que transita al sistema posterior; no obstante, el recorrido de las retranscripciones es consecuencia de la operación de dos tipos de defensa: la normal y la patológica; la primera, como subraya Freud (1992/1896b), se produce como efecto del *displacer*, y, la segunda, se genera cuando una huella mnémica no logra ser traducida de un sistema al otro. En definitiva, la estratificación del aparato psíquico es consecuencia del accionar de la defensa, la cual intenta, de una parte, recuperar la estabilidad psíquica y reducir el *displacer*, pero, al mismo tiempo, es el origen de las afecciones. Freud instituye un aparato psíquico que, al estar comandado por la defensa, no escapa de las afecciones pues devienen inherentes a su accionar; en otras palabras, no existe la condición humana sin la afección y tanto la defensa “normal” como la “patológica” se convierten en dos tiempos del obrar psíquico justamente porque en el devenir de las retranscripciones existe un tipo de material cuya característica fundamental es la imposibilidad de advenir en la consciencia. Las formulaciones hasta aquí expuestas, a partir de la institución de la defensa y su despliegue en el aparato psíquico, introducen una pregunta esbozada someramente hasta el momento: ¿qué relación existe entre la defensa, lo patológico y la salud?

## La defensa entre lo patológico y la salud

El concepto de defensa, tal como se esbozó en el apartado anterior, se articula no solo con lo patológico, sino también con la salud. Este apartado explora esta relación en oposición a las explicaciones etiológicas sobre las patologías del espíritu que aporta la medicina de finales del siglo XIX, con especial énfasis en los postulados de Jean-Martin Charcot y Benedict August Morel. Para empezar, es necesario indicar que Freud (1992/1925), a pesar de participar en las lecciones de Charcot en la Salpêtrière entre 1885-1886, abandona las enseñanzas recogidas en París por considerarlas de interés anatómico-patológicas y descuidar el componente psicológico de la neurosis, por esta razón en la clínica, gracias al abandono de la hipnosis, inventa el método de curación por la palabra. Se tiene, por ejemplo, que Freud en el texto “Charcot”, homenaje que rinde a quien otrora fue su maestro con ocasión de su inesperado fallecimiento en 1893, anota:

Charcot propuso (...) una fórmula simple: la herencia cuenta como única causa; de acuerdo con ello, la histeria es una forma de la degeneración, un miembro de la «famille névropathique»; todos los otros factores etiológicos desempeñan el papel de causas de oportunidad, de «agents provocateurs». (Freud, 1991/1893, pág. 22).

Adicional, si se revisan directamente las lecciones de Charcot, se identifica que, en efecto, este otorga un lugar fundamental a la familia neuropática y a su transmisión hereditaria, es decir, la carga hereditaria familiar se convierte en la causa principal para la aparición de la patología (Gelfand, 1987), así:

la herencia se produce en la unión entre esas dos enfermedades. Un histero-epiléptico puede engendrar un epiléptico, un epiléptico un histero-epiléptico, empero es necesario subrayar que el uno y el otro pueden engendrar maniáticos, vesánicos; ya les dije que el árbol neuropatológico tiene numerosas ramas, y cada una de ellas puede dar frutos diversos. (Charcot, 1875, pág. 178, traducción propia).

De esta manera, Charcot resuelve la cuestión de la etiología y la patología mental gracias a la preponderancia de la herencia y la degeneración, continuando, de este modo, la corriente epistemológica de Benedict August Morel, cuyo argumento explicativo en el campo de las patologías mentales se consolida con la publicación del *Tratado de las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* en 1857; Morel, a diferencia de Pinel y Esquirol –orientados por una clasificación psicopatología del síntoma–, se propone establecer una clasificación de las patologías sustentada en la etiología degenerativa (Caponi, 2009); sus presupuestos se encuentran vinculados a la transmisión de la disposición hereditaria y el supuesto de un hombre primitivo que, traído del catolicismo, constituye la norma frente a la cual se producen las desviaciones; lo anterior, se suma a la supuesta influencia de las condiciones climáticas, en particular tropicales, que inciden en la jerarquía de las razas y le permiten a Morel (1857) sustentar una causación degenerativa de leyes morales cuyo carácter mórbido se empeora con la transmisión entre generaciones (Pinell, 2016). En síntesis, la explicación etiológica de Morel (1857) sobre la degeneración se ampara en el discurso científico y religioso y sienta, de este modo, las bases de un régimen clínico orientado por la higiene social, la regeneración de la raza y, sobre todo, en el caso de la histeria, por la prevalencia de la herencia mórbida.

Freud (1894), en contraposición a Morel y Charcot, se interroga si la puesta en marcha del mecanismo de la defensa puede considerarse patológica. Así, por ejemplo, en “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” (1992/1893-1895) de los “Estudios sobre la histeria”, trabajo redactado en 1892 en conjunto con Breuer, introduce, en relación a lo patológico y lo sano, un vínculo “simbólico entre el ocasionamiento y el fenómeno patológico, como el que también las personas sanas forman en el sueño” (pág. 31). Este planteamiento permite inferir que, una vez toma noticia de los fenómenos de la vida psíquica, entre ellos: el sueño y las manifestaciones sintomáticas, la línea que separa salud y enfermedad se desteje, pues

ambos fenómenos son producto del acontecer psíquico. De esta manera, a pesar de la herencia médica presente en el psicoanálisis a través de la nominación de las afecciones, la nueva comprensión de la dimensión humana propuesta por Freud se opone, de manera directa, a las explicaciones hereditarias y degenerativas, por ejemplo, cuando subraya la inteligencia manifiesta en pacientes histéricos: “entre los histéricos uno encuentra a los seres humanos de más claro intelecto, voluntad más vigorosa, mayor carácter y espíritu crítico” (pág. 38).

En esta vía se encuentra que Freud (1991/1896a), a través de la comunicación “La herencia y la etiología de las neurosis”, descontento con las explicaciones hereditarias de Charcot, propone un edificio teórico que interroga la incidencia de la herencia familiar como factor etiológico, y se pregunta, incluso, aunque se encuentren antecedentes hereditarios, si habría alguna familia exenta completamente de ello: “estoy convencido de que la herencia nerviosa por sí sola no puede producir las psiconeurosis si está ausente la etiología específica” (págs. 155-156). Dado que Freud (1991/1896a) reliva en la emergencia de la neurosis condiciones que no se reducen a lo hereditario, pues sustrae causas específicas y concurrentes, deja de conceder a los marcadores biológicos la vía privilegiada de explicación, por esta razón afirma que: “es indudable que ciertas neuropatías pueden desarrollarse en el hombre perfectamente sano y de familia irreprochable” (pág. 144). Si se exploran, en primer lugar, las causas concurrentes, se vislumbra su participación accidental en la etiología de la neurosis; dichas causas, para Freud, se revisten de interés terapéutico para otras disciplinas, a sabiendas que no comportan la curación total:

poseen un interés práctico, porque la consideración de esas causas banales puede proporcionar unos puntos de apoyo para una terapia que no tenga como mira la curación radical y se conforme con hacer retroceder la afección a su estado anterior de latencia. (pág. 148).

En cambio, en lo tocante a las causas específicas, es menester subrayar que se encuentran vinculadas a la salud –entendida como un estado

aparente presente en el individuo cuya neurosis no se ha procurado un estallido— (Freud, 1991/1896a); en otras palabras, aunque las causas específicas presten condiciones para la neurosis, ellas, en sí mismas, no suponen la desestabilización o estallido del síntoma, lo cual sugiere que la salud no solo es aparente, sino también transitoria. Neurosis y salud no se excluyen y, en consecuencia, la emergencia de los síntomas no se puede valorar en términos de degeneración y, menos aún, como una condena familiar, así:

puede mantenerse por largo tiempo un estado de salud aparente que es en verdad un estado de predisposición neurótica; si entonces una causa banal sobreagrega su acción, ello bastará para que la neurosis devenga manifiesta. (...) pues la naturaleza de la neurosis estará siempre dominada por la causa específica preexistente. (pág. 148).

¿Y cómo se entienden las causas específicas? Freud (1991/1896a) conduce la etiología de las neurosis a una causa fundamental: “la vida sexual del individuo” (pág. 149). Dado el descuido y el abandono del asunto por parte de la medicina, Freud rescata la cuestión y la sitúa en el corazón de las neurosis. ¿Y qué entiende Freud por sexual en este período? Es una vivencia de satisfacción infantil que, por su carácter prematuro, genera una huella psíquica que funda un trauma; los acontecimientos posteriores, las denominadas “causas concurrentes” (pág. 154) solo producen efectos patógenos en la medida en que entran en conexión con la huella mnémica originaria, a saber, “gracias a su conexión con la impronta patógena primaria, y aspirados por ella, como sus recuerdos devendrán inconscientes a su vez y podrán contribuir al acrecentamiento de una actividad psíquica sustraída del poder de las funciones conscientes” (pág. 154)

Asimismo, en el texto “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, Freud (1991/1896b) retoma la cuestión del estallido neurótico y sostiene que es el resultado del “despertar la huella mnémica de esos traumas de la infancia, huella que no deviene entonces consciente, sino que conduce al desprendimiento de afecto y a la represión” (pág. 167); el estallido resulta de la asociación entre un evento

actual y una huella mnémica primordial que, a pesar de estar reprimida, establece enlaces que le permiten exteriorizarse a través de las manifestaciones sintomáticas, entre ellas: “el síntoma defensivo primario” (pág. 170). En consecuencia, el enlace entre defensa, síntoma primario y salud deviene, cada vez, más sólido: “Escrúpulos de la conciencia moral, vergüenza, desconfianza de sí mismo, son esos síntomas, con los cuales empieza el tercer período, de la salud aparente, pero, en verdad, de la defensa lograda” (pág. 170).

Ahora, en cuanto a la enfermedad, ¿qué lugar le concede Freud? Ella hace su aparición con el retorno de los síntomas, es decir, la configuración del aparato psíquico comporta el logro de la defensa, pero también su fracaso, lo cual da lugar a la “defensa secundaria” (Freud, 1991/1896b, pág. 172). En suma, salud y enfermedad quedan desprovistas de las categorías degenerativas, mórbidas y hereditarias, pues Freud inaugura con esta nueva concepción del síntoma un continuo entre salud y enfermedad resultado de las exteriorizaciones de la huella mnémica primordial que, una vez instalada, comanda el aparato psíquico. En esta trayectoria, el logro de la defensa es equivalente a la instalación del síntoma primario, es decir al estado de salud aparente, al cual le sigue: “El período siguiente, el de la enfermedad, se singulariza por el *retorno de los recuerdos reprimidos*, vale decir, por el fracaso de la defensa” (Freud, 1991/1896b, pág. 170, énfasis añadido). En definitiva, la defensa, en principio salutífera, participa de la conformación del síntoma, lo cual relega la enfermedad a los períodos en los que se producen los estallidos, vale decir, momentos en los que se devela la amplitud de los retoños del síntoma, denominados “*formaciones de compromiso* entre las representaciones reprimidas y las represoras” (pág. 170, énfasis añadido).

## Consideraciones finales

Mientras que en la clínica médica el síntoma se opone a las formas de la salud, pues “se convierte en significativo de la enfermedad” (Foucault,

2001, pág. 133), el psicoanálisis, contrario a estos presupuestos, sitúa en el origen de la condición humana el fracaso de la defensa, vale decir un mecanismo cuyo funcionamiento es fallido; gracias a Freud (1991/1896c) el síntoma es, sobre todo, el resultado de la puesta en marcha de una defensa contra lo traumático, lo cual, en sí mismo, comporta efectos salutíferos al aparato psíquico. En razón de lo anterior, Freud (1991/1896c), en oposición a la medicina de la época y a pesar de las burlas, presenta en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología el trabajo “La etiología de la histeria”, una propuesta de investigación de las causas de la histeria que surge del siguiente principio clínico: prestar “oídos a los enfermos o a sus allegados sobre los influjos nocivos a los cuales ellos mismos reconducen la contracción de aquellos síntomas neuróticos” (Freud, 1991/1896b, pág. 191); así, la apuesta freudiana, de manera similar al trabajo del arqueólogo, consiste en escuchar:

las numerosas inscripciones halladas, bilingües en el mejor de los casos, revelan un alfabeto y una lengua cuyo desciframiento y traducción brindan insospechadas noticias sobre los sucesos de la prehistoria, para guardar memoria de la cual se habían edificado aquellos monumentos. (pág. 192).

Freud (1991/1896c), sin desconocer los determinantes biológicos, reconoce que en la etiología de las afecciones, en este caso de la histeria, se encuentra la dimensión del lenguaje, y, en consecuencia, es necesario interpretar las manifestaciones del síntoma como una lengua cifrada que en el trabajo terapéutico exige el establecimiento sucesivo de cadenas asociativas con el fin de alcanzar la huella mnémica fundamental. La consolidación de la cadena asociativa devela que el síntoma es el resultado de múltiples conexiones con las huellas mnémicas, vale decir, restos de las pulsiones sexuales:

La cadena asociativa siempre consta de más de dos eslabones; las escenas traumáticas no forman unos nexos simples, como las cuentas de un collar, sino unos nexos ramificados, al modo de un árbol genealógico, pues

a raíz de cada nueva vivencia entran en vigor dos o más vivencias tempranas, como recuerdos. (pág. 196).

Para concluir, es posible afirmar que la identificación de las múltiples cadenas asociativas engarzadas en el síntoma permite a Freud (1991/1896c) no solo abandonar la teoría de la herencia y la degeneración sostenida por Charcot y Morel, sino localizar un “*punto nodal* (...) cadenas asociativas singulares” (pág. 198, énfasis añadido) alrededor de las cuales se establecen los nexos que entran en conexión con el síntoma de diversas maneras. Es menester resaltar que Freud (1991/1896b) contempla, de un lado, el síntoma tipo, a partir del cual se puede afirmar que se trata de una histeria, en este caso, por la inervación corporal y, del otro, indica la existencia de síntomas y cadenas asociativas singulares en las que hay un compromiso singular que tiene una incidencia en el contenido y en la cadena de asociaciones que se establecen. Por último, Freud abre la vía para la comprensión de la afección en términos universales y, al mismo tiempo, reconoce la singularidad expresada en el síntoma, inaugura una terapéutica de la palabra –cuyo método de asociación libre e interpretación se orienta por la cifra que se desliza en la cadena asociativa–, e integra el psiquismo a un complejo sistema de retranscripciones que, desde su configuración, acogen el síntoma en la dimensión individual, pues presta una función, en principio, salutífera en el origen del aparato psíquico.

## Referencias

- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiæ Studia*, 7(3), 425-445. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000300004>
- Charcot, J. M. (1875). *Leçons sur les maladies du système nerveux : faites à la Salpêtrière. Tome 1*. Delahaye. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65690300>
- Freud, S. (1991/1893). Charcot. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. III, págs. 7-24). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1991/1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. III, págs. 41-61). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991/1896a). La herencia y la etiología de las neurosis. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. III, págs. 139-156). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991/1896b). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. III, págs. 157-184). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991/1896c). La etiología de la histeria. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. III, págs. 185-218). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1893). Manuscrito B. La etiología de las neurosis. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. I, págs. 217-222). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1893-1895). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos históricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud). En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. II, págs. 27-44). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1896a). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. I, págs. 260-268). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1896b). Carta 52. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. I, págs. 274-281). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1915). Lo inconsciente. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. XIV, págs. 153-214). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1923). El yo y el ello. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 1-66). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1923). Breve informe sobre el psicoanálisis. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 199-222). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1925). Presentación autobiográfica. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. XX, págs. 1-70). Amorrortu Editores.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. Siglo Veintiuno Editores.
- Gelfand, T. (1987). Réflexion sur Charcot et la famille névropathique. *Revue Histoire des Sciences Médicales*, 20(3), 244-250. <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1987x021x003/HSMx1987x021x003x0245.pdf>

Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. J. B. Baillière. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762.image>

Pinell, P. (2016). Genèse et réception de la théorie de la dégénérescence. *Revue européenne des Sciences Sociales*, 54(1), 183-200. <https://doi.org/10.4000/ress.3507>

# Aproximación psicoanalítica a la locura en la estructura neurótica

*Jorge Enrique Chacón Afanador<sup>1</sup>*

## Introducción

El presente artículo se desprende de un trabajo de investigación que aborda la noción de locura en la estructura neurótica. Dicho trabajo reconoce, como aspecto significativo, plantearse la pregunta por la locura en pleno siglo XXI, a sabiendas de que disciplinas como la psiquiatría han realizado esfuerzos por erradicarla. Enfrentar este desafío, y asumirlo con rigurosidad para aceptar preguntas y encontrar respuestas que de alguna manera no transigen con lo ya sabido, es un reto que habilita el reencuentro con una noción cargada de diversas connotaciones, toda vez que ha recibido diversos significados a lo largo de siglos. Incluso, un término que, hoy en día, parece pertenecer al léxico vulgar

---

1. Psicólogo, Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Especialista en Teorías, Métodos y Técnicas de Investigación Social, Universidad Industrial de Santander (UIS). Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Magíster en Filosofía, Universidad Industrial de Santander (UIS). Docente Grupo de Investigación Estudios Socio Humanísticos, Universidad de Santander (UDES). Correo: j.enrique.chacon65@gmail.com

y no tanto al considerado científico. Los fenómenos de la locura hoy en día son un enigma; frente a esto, la psiquiatría ha querido abordarla a partir de construcciones propias de un saber sobre la base de una disciplina soportada en la observación de signos y síntomas, con pretensiones de normalizar al loco y adaptarlo mediante la puesta en funcionamiento de prácticas que lo apartan o expulsan de su entorno. Es sabido que el saber de la psiquiatría, sobre la base de manuales diagnósticos y estadísticos, somete al loco a una mirada orgánica defectuosa a partir de una postura neurocientífica, con lo cual se descarta la pregunta por el sujeto.

El objetivo que se pretende alcanzar se centra en analizar la relación entre la locura y la neurosis a partir de los planteamientos realizados por Sigmund Freud y Jacques Lacan, con lo cual se responde a la pregunta de investigación planteada, a saber: ¿Qué estatuto darle a la locura en la estructura neurótica? En ese sentido, se intenta rastrear la noción de locura en relación con la neurosis; así mismo, se plantean como objetivos específicos describir la noción de neurosis en Freud, explicar la noción de locura a partir de las propuestas freudiana y lacaniana y discernir el lugar de la locura en la neurosis.

Para ello, se realiza en un primer momento un acercamiento a la noción de locura a partir de los aportes realizados por Sigmund Freud y Jacques Lacan en el campo de la neurosis, específicamente de la neurosis histérica y la obsesiva. Finalmente, y con base en lo anterior, se busca articular los señalamientos abordados por los autores mencionados, de manera tal que se logre responder a la pregunta de investigación.

Cabe señalar que, si bien el tema de la locura se encuentra presente a lo largo de la historia, su definición y concepto ha evolucionado, principalmente al interior de las disciplinas interesadas en su estudio, como es el caso específico del psicoanálisis y la psiquiatría, que han abordado al loco de manera diferente, bien enalteciendo su locura, abordándola en relación con la posesión demoníaca, o aislándolo en asilos y hospitales bajo el propósito de garantizar el orden social. La locura ha sido

abordada por autores más recientes, quienes, en la misma línea de la propuesta en este artículo, analizan y discuten los aportes realizados por Freud y Lacan en cuanto al tema de la locura.

Es así como, en un primer lugar, se puede mencionar a Pablo Muñoz (2008), con su artículo “El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan”, en el cual señala que Lacan se refiere a una locura que no es la psicosis, una locura esencial al ser humano, es decir, una locura de todos que es la locura propia del ser hablante, y otra locura de otro estilo, la cual hace referencia a la psicosis. Plantea Muñoz en este artículo que si la locura puede coincidir o no con la psicosis, lo mismo puede afirmarse respecto de la locura y la neurosis.

Igualmente, Muñoz (2009), en el texto “Algunas elaboraciones psicoanalíticas en torno del uso del concepto de locura como distinto del concepto de psicosis”, fundamentalmente da respuesta al problema clínico introducido muy tempranamente por Freud, cuando afirma que hay psicosis de defensa que pueden interrumpir episódicamente la trayectoria de una neurosis.

Dicho autor, en “La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan I: Locura y neurosis” (2010a) y “La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan II: Locura y psicosis” (2010b), aborda como problema fundamental la cuestión problemática de su delimitación conceptual en la obra de Jacques Lacan, en donde el término locura es empleado de diversas maneras. Para el autor, dicha variedad se soporta en su articulación con distintos conceptos y problemas clínicos. La presentación de los diversos usos permite alcanzar una mirada amplia de las ventajas que conlleva servirse de las nociones de locura que se encuentran presentes en la obra de Lacan.

Por otra parte, José María Álvarez (2007), en el artículo “Locuras que no lo parecen”, señala que la preocupación por delimitar las fronteras de la locura es antigua, y que fue con el nacimiento de la psiquiatría que se convirtió en una exigencia que esta nueva ciencia debía asumir y resolver. Para dicho autor, como consecuencia de la consolidación de la ideología de las enfermedades mentales a lo largo del siglo XIX, se

produjo una hipertrofia de la nosografía psiquiátrica que daba cuenta de las dificultades en trazar las lindes divisorias entre las diversas enfermedades mentales, y entre estas y la normalidad.

Respecto al soporte metodológico empleado en la investigación que antecede a este texto, está dado por el paradigma de investigación cualitativa que, acorde con lo planteado por Martínez (2010), se fundamenta en la comprensión del sentido, así como en la orientación de las acciones humanas. A su vez, la comprensión interpretativa se soporta en un proceso propio de la hermenéutica, a partir de la cual toda la experiencia se realiza al interior de un marco contextual.

Por otra parte, la investigación se soporta en un diseño metodológico propio de los estados del arte, los cuales, de acuerdo con Galeano (2000), se definen como una estrategia investigativa que tiene como soporte la realización de un inventario que permite la sistematización y exposición rigurosa del saber construido sobre un campo de conocimiento o una temática determinada. Al interior de esta estrategia se hace posible identificar unos enfoques que fundamentan tres tipos diferentes de definiciones: en primer lugar, permite rescatar, para así describir; en segundo lugar, comprender; y en tercer lugar, recuperar con el objetivo de invitar a la reflexión y consolidación de nuevos conocimientos. Así, la unidad de análisis que soporta la investigación está dada por la noción de locura en la estructura clínica neurótica a la luz de la teoría psicoanalítica; para abordar dicha unidad, se establecieron como categorías de análisis los conceptos locura y neurosis, según los planteamientos teóricos propuestos por Freud y Lacan.

Finalmente, dentro de las técnicas de recolección de la información, se recurre a la revisión bibliográfica entendida a partir de lo planteado por Gálvez (2002), como un procedimiento estructurado que permite delimitar, rescatar y crear en un discurso, en un texto, la información relevante resultado del proceso de revisión, y de esta manera responder al problema o pregunta de investigación. Para la elaboración de la revisión bibliográfica se tuvieron en cuenta las siguientes fases:

1. La investigación documental que da lugar al proceso de búsqueda y selección de material bibliográfico relacionado con la pregunta o problema que fundamenta el ejercicio investigativo.
2. Una vez seleccionadas las fuentes bibliográficas, se realiza la lectura analítica y crítica de los contenidos expuestos en las mismas.
3. Registro de la información y elaboración de los registros escritos que permitan reconocer de manera práctica las ideas centrales y las conceptualizaciones actuales de las categorías que fundamentan la empresa investigativa.

Como soporte para las técnicas de recolección de la información, esta se realizó a través de una matriz (Excel) bibliográfica, instrumento diseñado por el Grupo de Investigación Psyconex de la Universidad de Antioquia, la cual permite, por un lado, sistematizar cada uno de los textos que conforman la población documental que sustenta la presente investigación y, por otro lado, seleccionar el material considerado irrelevante.

## Desde la locura hacia la neurosis

Teniendo en cuenta los planteamientos en torno al tema de la locura señalados por Michel Foucault (1993) en su *Historia de la locura en la época clásica*, y a partir de la concepción de neurosis soportada en los postulados freudianos, principalmente en torno a la histeria y a la neurosis obsesiva, abordando algunas diferencias en la manera como la psiquiatría y el psicoanálisis la han estudiado, se realiza una aproximación a la locura en la neurosis teniendo como horizonte la pregunta de investigación planteada.

El tema de la locura no ha dejado de ser contemporáneo y ha estado siempre presente en la historia de la humanidad. Si bien la locura se ha venido abordado desde diferentes disciplinas y ciencias, entre

las que se destacan la filosofía y la psiquiatría, en cada una de estas el tratamiento que recibe el loco es diferente; bien puede ser exaltando su locura, asociándolo a posesiones demoníacas, entre otras, con lo cual se lo ha llevado a la purificación a partir de su exclusión o muerte, o mediante su aislamiento en hospitales bajo la pretensión de garantizar el orden social.

Sigmund Freud concibe un saber a partir del cual considera la posibilidad de abordar al sujeto de forma diferente, rompiendo con la teoría clásica del conocimiento. Ese sujeto que conoce no se define por su naturaleza propia, sino por su reintroducción al juego racional. Frente a esto, Freud atribuye una realidad diferente (la realidad inconsciente); la conciencia (sede de la voluntad y de la razón), centro de la vida psíquica, empieza a ocupar otro lugar de interés para Freud, señalando así una división subjetiva surgida a partir de la concepción de su primera tópica, que se inicia a partir del momento en que el sujeto entra en el orden simbólico y, por tanto, es con el lenguaje con lo que el sujeto se representa y, a su vez, se divide.

La locura es, por tanto, una contingencia a la que todo ser hablante está expuesto debido a su doble condición: por un lado, la condición de ser vivo, y por otro, la condición de sujeto del deseo, el habla y la angustia. Quizás por lo anterior, la locura continúa halando las marcas del discurso psiquiátrico, selladas por una testaruda negación, en la medida en que también se le llama des-orden, sin-razón, des-varío, in-consciencia, a-normalidad, a-lienación, des-equilibrio. Por tanto, la locura se convierte en un término difícil de definir en la medida en que carece de un significado restringido y delimitado.

El vínculo estrecho existente entre razón y juicio, entre realidad y normalidad, empuja a la locura del lado de la irrealidad y la anormalidad, viéndose, entonces, como lo otro de la razón. Su etimología remite a una inflación, hasta una inflamación de las manifestaciones subjetivas, a una pasión exacerbada, a un despliegue que desborda y a la pérdida del juicio.

Es claro que ante esta negatividad con la que se le refiere a la noción de locura, se encuentra la idea de un aparente orden, de la razón, de la normalidad, del equilibrio, que organiza la vida psíquica. Actualmente se reduce al término sereno y objetivo de enfermedad mental, concepto que, remitiéndonos al campo de la medicina, ya que es de allí de donde proviene, nos enfrenta a la dificultad de definirlo cuando de abordar el campo psíquico se trata; al hacerlo, las nociones de enfermedad y salud mental dirigen la comprensión psiquiátrica de la locura.

Debe señalarse que ambos conceptos se encuentran saturados de nociones ideológicas que les otorgan contenido. Frente a la imposibilidad de dar una definición, toma sentido la ambición de clasificar, describir y ajustar desde la nosografía, realidades que no explican nada y que solo permiten ocultar la incapacidad de conocer lo que se pretende abordar. La carga de nociones ideológicas que absorben a la psiquiatría la colocan de manera inevitable en una posición de amo: el psiquiatra en el lugar de la verdad, el “enfermo” en el lugar del error.

Abordar el tema de la locura resulta complejo dado lo impregnado que se encuentra por elementos ideológicos, así como también ante la ambigüedad de sus fronteras con la cordura o la razón, cuando es posible constatar que la relación del hombre con el mundo, pero fundamentalmente consigo mismo, es una relación conflictiva al comprobarse las divisiones de sus actos. Freud aborda dichos actos como elaboraciones patológicas; por ello, para él, la psicopatología tiene que ver con actos, olvidos, palabras, producciones del inconsciente, deformaciones del deseo y, por tanto, transgresoras del orden y la razón.

El interés por realizar un recorrido teórico que permita trazar las fronteras de la locura no es nuevo; sin embargo, es con el nacimiento de la psiquiatría que se convierte en una exigencia científica. Es con los desarrollos de Michel Foucault (1993) en su *Historia de la locura en la época clásica* que se logra delinear el recorrido de las transformaciones de la figura del loco a lo largo de la historia, mostrando cómo este (por medio de la mirada del médico) es considerado insano y se convierte, a

partir de este momento, en objeto de investigación al interior del campo de la medicina.

Ahora bien, frente al interés principal de responder a la pregunta por el estatuto de la locura en la neurosis, cabe mencionar que Freud en “Estudios sobre la histeria” (1975/1893-1895) entrevió de manera muy temprana la posibilidad de enloquecer sin que por ello se tratara de un síntoma de estructura psicótica. Menciona el autor en el texto mencionado: “la aprensión existente (...) en todo neurótico, de caer presa de la locura” (pág. 106). De igual manera, en el texto “Análisis terminable e interminable” (Freud, 1975/1937) señala que las anormalidades del yo, en muchas ocasiones, al sujeto lo asemejan al psicótico.

Así, es el interés principal del presente artículo explorar la articulación de la locura con la neurosis, abordando el agudo problema clínico que presenta lo que se promueve como neurosis “enloquecidas” o formas “psicóticas”, para hacer referencia a esos casos de neurosis en los que los síntomas presentan similitud con los síntomas típicos de las psicosis desencadenadas: “aparentes” psicosis. Por tanto, es posible plantear otras preguntas relacionadas con la pregunta problema, a saber, por ejemplo: ¿el enloquecimiento de una neurosis es un fenómeno de estructura neurótica por el hecho de suceder “en” una neurosis?, ¿o se trata de un fenómeno que refleja que el funcionamiento de la estructura neurótica se ha alterado o se ha suspendido? O, dicho de otra manera: las locuras no psicóticas ¿son locuras neuróticas? Las que no son psicóticas, ¿deben ser, de manera forzada, neuróticas? Así, dichas preguntas ponen en cuestión si lo que no se encuentra en el campo de las psicosis debe ser encajado en el terreno de las neurosis, o si es posible pensar otro lugar para este tipo de fenómenos de la clínica.

Entonces, que la locura no sea un asunto exclusivo de la estructura psicótica abre las fronteras clásicas de las neurosis y las psicosis, y, a su vez, deja un margen que o bien puede ser llenado con otra categoría clínica —ajustada quizá a la patología de hoy y siguiendo una lógica del encuadramiento estructuralista—, o bien convertirse en un corte que

abre la posibilidad de entender neurosis y psicosis, y también las locuras, desde otras perspectivas.

La separación locura – psicosis se entiende a partir de la posibilidad de que un síntoma se presente desde el punto de vista semiológico como lo que corrientemente se describe como síntoma psicótico, pero cuya estructura no corresponda a la estructura psicótica; es decir, estar frente a la posibilidad de enloquecer, sin que por ello se trate de un síntoma de estructura psicótica.

Una fórmula que queda planteada con lo expuesto hace referencia a la suspensión de la neurosis (Muñoz, 2011). La elaboración hasta aquí realizada permite pensar las locuras de manera aparte del binarismo de la neurosis – psicosis. Así, la fórmula planteada respecto a la suspensión de la neurosis soporta un trabajo para pensar las locuras por fuera de ese binarismo.

El término neurosis fue también un término de la psiquiatría que, a lo largo del siglo XIX, alcanza a designar una amplia variedad de desarreglos de tipo nervioso, muchos de ellos caracterizados por una extensa diversidad de síntomas. El abordaje hecho por Freud lo altera en la medida en que lo convierte al psicoanálisis, inicialmente por vía de su teoría de la defensa, así como tiempo después a través del mecanismo de la represión y la metapsicología.

De acuerdo con Jorge Jinkis (1983), la neurosis en Lacan se convierte en una clase de síntoma; neurótico es el nombre dado al sujeto supuesto a la estructura de un síntoma. Lacan realiza grandes precisiones respecto a cuál es la estructura del síntoma neurótico; es así como en el *Seminario 3: Las psicosis* (1984/1955-1956) señala que su estructura es fundamentalmente la de una pregunta (pág. 249), que para el caso de la histeria gira en torno a “¿soy hombre o soy mujer?”, en oposición a la obsesión, cuya pregunta está dada por: “¿soy o no soy?”.

Dichas preguntas se encuentran vinculadas, la primera al propio sexo, y la segunda a la contingencia de la propia existencia, profundizando dos ausencias en el significante, el de la mujer y el nombre de la propia muerte.

Por otra parte, en dicho seminario, Lacan se refiere a la estructura de cadena del lenguaje articulada de los síntomas neuróticos, oponiéndola a la estructura desarticulada del síntoma psicótico. En el *Seminario 3*, y quizás de manera reiterada, Lacan opone los fenómenos articulados y la dialéctica del síntoma neurótico a los fenómenos no articulados y al estancamiento en relación con toda dialéctica del síntoma psicótico; dicho en otras palabras, la aptitud para hacer lazo o no.

Consecuentemente se refiere a esta posibilidad de hacer lazo o no con el otro (el semejante), la suspensión de la neurosis se manifiesta como locura al adoptar formas clínicas que comportan la interrupción de las dinámicas subjetivas facilitadas por la estructura neurótica del síntoma. Por tanto, esta articulación entre locuras y desencadenamiento se justifica aun cuando no se recubran entre sí.

Ahora bien, el mecanismo de *Verwerfung* expresa lo que se puede entender como detención de la neurosis, teniendo en cuenta que para Lacan el proceso de simbolización significa asimilar en la cadena de lo simbólico lo que viene de lo imaginario y de lo real. En el *Seminario 1*, Lacan señala que: “el sujeto desarrolla en el discurso analítico su verdad, su integración, su historia. Pero en esa historia hay huecos: allí donde se produjo lo que fue *Verworfen* (...), es decir, un rechazo originario” (1981/1953-1954, págs. 411-412), esto es, rechazo de la inscripción simbólica que puede ser puesta bajo la protección de la *Verwerfung*.

Acude Lacan a ejemplificar la tesis anterior soportándose en las fijaciones imaginarias que no logran ser asimiladas en el desarrollo simbólico de la historia del sujeto, toda vez que resultan ser traumáticas, definiendo el camino analítico de la siguiente manera:

Se trata de que el sujeto pueda totalizar los diversos accidentes (...) A través de la asunción hablada de su historia, el sujeto se compromete en la vía de realización de su imaginario truncado (...) En esta línea, el sujeto pone una y otra vez sus manos a la obra, y confesando en primera persona su historia, progresa en el orden de las relaciones simbólicas fundamentales donde tiene que encontrar el tiempo, resolviendo las detenciones y las inhibiciones (...). (Lacan, 1981/1953-1954, pág. 412).

Esta cita resulta elocuente en la medida en que señala que la *Verwerfung* es el rechazo de la simbolización, que para este caso no tiene relación alguna con la forclusión del significante paterno, característico de la psicosis, sino que se refiere a un rechazo de la simbolización —misma que puede tener efectos posteriores—, es decir que lo imaginario y lo real rechazado podrán ser admitidos en el discurso articulado, en la cadena significativa.

Vale la pena señalar que en la corriente psicoanalítica de orientación lacaniana el concepto de forclusión hace referencia al rechazo del significante primordial, a saber, el Nombre del Padre; eso significa que no se inscribe en la cadena significativa, con lo cual el sujeto queda sin una forma de regulación del goce.

Ahora bien, siguiendo con Lacan y su acercamiento a la locura, cabe resaltar que la referencia que dicho autor toma para construir su postura sobre la locura, la encuentra en Hegel y en la concepción que este filósofo tiene de la locura humana, llamada de igual manera *locura general*, consistente en un tipo de individualismo que inicia en el siglo XVIII con su *Fenomenología del espíritu* de 1806 y en donde el filósofo da muestra de diferentes formas de la conciencia hasta llegar al saber absoluto.

Para Hegel, el individuo es un ser sobre todo social, hacedor de lo social, pero, por sobre todo, efecto de lo social. Dicha concepción es entonces dialéctica, lo cual resulta consecuente con su idealismo absoluto, postura que surge del hecho de que solo el todo tiene sentido y que dicha totalidad es solo dialéctica, en la medida en que se concibe como lo que es y lo que no es, al mismo tiempo. Así, esta dialéctica del espíritu, a partir de la cual un individuo constituye y es constituido, es muestra de la relación entre el todo y las partes. Este individualismo al que se refiere Hegel se orienta a escindir todo vínculo entre lo singular y lo universal, entre el individuo y el todo del que forma parte y contribuye a constituirlo. Dicho individualismo se encuentra articulado, según Hegel, con la locura humana, a través de lo que este autor llama ley del corazón y delirio de infatuación. Dicha ley del corazón supone

la articulación entre un elemento universal, la ley, y otro individual, el deseo.

Lacan, retomando la postura hegeliana respecto a la locura humana, se acerca a una articulación de la concepción de la locura con su teoría del conocimiento paranoico, a partir del cual postula la dimensión paranoica del yo humano, mucho más allá de la psicosis, la cual apunta a la identificación. Plantea el autor que el yo tiene estructura paranoica, toda vez que es sede de una alienación paranoica. Es así como en el texto “Algunas reflexiones sobre el yo” (1995/1951) señala que: “el estudio del conocimiento paranoico me llevó a considerar el mecanismo de alienación paranoica del yo como una de las precondiciones del conocimiento humano” (pág. 11).

Se entiende, entonces, que el yo es una construcción que se constituye sobre la base de la identificación imaginaria, identificación especular establecida en el estadio del espejo. Por tanto, el yo resulta el lugar en el cual el sujeto se aliena de sí mismo, en la medida en que vía la identificación se transforma en el otro semejante. Dicha alienación del yo se asemeja a la paranoia en la medida en que la estructura del yo y la estructura de la paranoia implican un delirio de conocimiento y dominio absoluto, además de unidad y continuidad.

Las anteriores referencias convergen en “Acerca de la causalidad psíquica” (2007/1946), texto en el cual Lacan, puede decirse, extrae todas las consecuencias para el psicoanálisis de la concepción hegeliana sobre la locura. En síntesis, Lacan realiza una seria crítica a los planteamientos de Henry Ey respecto de la teoría órgano-dinámica de la psicosis, llegando a polemizar fuertemente con la concepción de Ey sobre la psicosis, sin dudar en calificarla de incompleta y falsa, pues si bien se enriquece con ideas mecanicistas, no logra desprenderse de la noción del cuerpo como *res extensa* cartesiana. La síntesis de la crítica realizada por Lacan al planteamiento de Henry Ey radica en señalar que se le escapa la verdad del psiquismo y de la locura, en la medida en que “el fenómeno de la locura no es separable del problema de la

significación para el ser en general, es decir, del lenguaje para el hombre” (pág. 164). Por tanto, se hace preciso analizar la locura partiendo de la relación del sujeto con el lenguaje, que es considerado ya un instrumento de la mentira y la verdad del sujeto, por tanto, en un registro que implica lazo social y lógica: “la locura es vivida íntegra en el registro del sentido” (pág. 164).

Ahora, retomando el concepto de forclusión, este se entrevé en el texto freudiano denominado “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoide*) autobiográficamente descrita”, en el cual señala que: “Lo cancelado adentro [Verwerfung] retorna desde afuera” (Freud, 1975/1911b). Posteriormente, en el texto de 1923, “Neurosis y psicosis”, Freud plantea para la psicosis: “el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia” (1975/1923, págs. 151-161).

Normalmente, el mundo exterior gobierna al ello por dos caminos: “en primer lugar, por las percepciones actuales, de las que siempre es posible obtener nuevas, y, en segundo lugar, por el tesoro mnémico de percepciones anteriores que forman, como «mundo interior», un patrimonio y componente del yo” (Freud, 1975/1923, pág. 153-154).

Por tanto, la psicosis no establece una relación con la realidad teniendo como base la represión, cuestión que es propia de las neurosis, sino que se debe más bien a una ruptura con el mundo exterior, producto de una “grave frustración {denegación} de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable” (Freud, 1975/1923, págs. 156-157).

Ya desde 1911 en Freud se insinúa la forclusión; *Verwerfung* traduce: rechazo, recusación, reprobación. Así, en la psicosis se trata un rechazo que, como se mencionó anteriormente, se refiere al rechazo del Nombre del Padre, que brinda regulación del goce del sujeto, o, dicho de otra manera, da origen a la castración del sujeto. En esta misma línea podemos citar a Freud cuando en el artículo “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico” (1975/1911a), señala que el neurótico se

extraña de la realidad efectiva porque la encuentra (en su totalidad o en un fragmento) insoportable: “El tipo más extremo de este extrañamiento de la realidad objetiva nos lo muestran ciertos casos de psicosis alucinatoria en los que debe ser desmentido el acontecimiento que provocó la insania” (pág. 223). De esta manera, la locura adquiere la forma de la confusión alucinatoria fundamentalmente por la vía alucinatoria del objeto, en la medida en que su rechazo, llevado hasta la *Verwerfung*, comporta la inscripción simbólica de la falta —con las consecuencias que esto trae para la relación con lo real y lo imaginario y que se ponen en evidencia con la alteración de la concepción de la realidad—.

Freud señala con claridad que tanto en la neurosis como en la psicosis se presenta una pérdida de la realidad; lo que la distingue es la manera en que esta última es reemplazada. Señala que en la neurosis dicho reemplazo se hace a través de la fantasía; frente a la pérdida de objeto, la fantasía puede reemplazar al objeto que se pierde. En la psicosis lo que sucede es otra cosa, el rechazo de la representación que inscribe como perdido al objeto, el fragmento de la realidad objetiva anudada al objeto, es rechazado; ya no es, entonces, la fantasía lo que lo sustituye, sino la alucinación. Al respecto, en el texto denominado “Neuropsicosis de defensa” (1975/1894) plantea: “Esta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a las representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en confusión alucinatoria” (pág. 60).

Así pues, la cesación de la función de ocultamiento del fantasma, arrebatada por la negativa de inscripción de la pérdida real como falta simbólica, permite la generación de fenómenos cuya estructura neurótica no se comprueba. Frente a esta vacilación fantasmática se obstaculiza la metonimia requerida para situar al objeto fuente del deseo, se altera la estructura de situación de la falta y, así, lo que falta —no en lo real— surge en lo imaginario mediante la alucinación. En este sentido, se señala que la detención da la posibilidad de la metáfora y, en consecuencia, la desaparición de la construcción discursiva de

lógica neurótica que se reemplaza por delirios y alucinaciones. Es por lo anterior, y de acuerdo con Muñoz (2011), que se plantea la idea de la suspensión de la neurosis, caracterizada por fenómenos como los señalados que permiten pensar en locuras no psicóticas.

Con todo lo anterior, es claro que nos enfrentamos a fenómenos que introducen una pregunta sobre la estructura que correspondería a quien los porta. O se trata de una psicosis no desencadenada en lo que se creía era una neurosis, o se trataría de una neurosis con síntomas supuestamente psicóticos que se explicarían con esta noción de suspensión de la neurosis. Vale la pena dejar abierta la posibilidad de pensar que tal vez el mismo Lacan se vio enfrentado a esta inquietud y que en su última clínica, la llamada borromea, intenta resolver el asunto ya no por la vía de los mecanismos explicados (represión - *Verwerfung*), sino por la de los tipos de anudamiento.

## Conclusiones

El recorrido teórico realizado a partir de la indagación realizada permitió organizar una serie de referencias relacionadas con las nociones de locura y neurosis, fundamentalmente a partir de los aportes de Sigmund Freud y Jacques Lacan. Dicho recorrido facilitó la identificación de diversos empleos de la noción de locura, lo cual ha generado consecuencias teóricas, clínicas y psicopatológicas que se intentan despejar.

Los hallazgos realizados permiten establecer que el loco, o quien con sus actos da muestra de cierta irracionalidad de la locura, queda confinado a una psiquiatrización deshumanizante. Frente a esto, es importante la postura del psicoanálisis pues resalta que la escucha abre la dimensión ética de la apuesta a la subjetividad del loco. Por tanto, el discurso psicoanalítico marca significantes diferencias frente al loco.

Por otra parte, el recorrido documental realizado respecto a la locura y la neurosis deja abierto el debate y la discusión ineludible para el psicoanálisis, toda vez que permite un acercamiento respecto al estatuto

diagnóstico propio del psicoanálisis, al igual que la discusión en torno a los postulados de los posfreudianos respecto de los límites entre la neurosis y la psicosis. Por lo tanto, queda abierto el espacio en el cual nos enfrentamos a fenómenos que introducen una pregunta respecto a si es posible pensar una psicosis no desencadenada en lo que se creía una neurosis o, por el contrario, se trataría de una neurosis con síntomas supuestamente psicóticos que se explicarían con la noción de suspensión de la neurosis.

La locura, a partir de los abordajes realizados, permitió poner en entredicho cualquier intento de ordenación de clasificación psicopatológica; frente a lo anterior, se pone en cuestión la idea universal capaz de reunir a profesionales de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis. Si bien la locura debe ser distinguida de la psicosis, es importante también analizar en qué punto pueden encontrarse y/o confundirse. A su vez, vale la pena tener en cuenta que lo que tiene valor para pensar la relación locura – psicosis no tiene aplicación para la relación locura – neurosis; por lo anterior, la locura asume un valor de cuestionamiento entre la lógica binaria neurosis – psicosis.

Así pues, la locura puede encontrarse dentro de ciertas formas neuróticas, pero a su vez podemos encontrarla en otras formas que comportan la suspensión de la neurosis, sin que esto necesariamente la lleve a considerarse del lado de la psicosis. En ese sentido, la investigación realizada permite señalar ciertas formas articuladas al desencadenamiento de neurosis y psicosis.

Queda abierta la posibilidad de analizar una concepción de locura en cuanto fenómeno, diferente pero articulada a la concepción de locura como estructura. Así, el valor clínico de la locura se diversifica, al igual que se deja planteada una aprehensión conceptual que se resiste a ser reducida a una fórmula. Asumir la locura como una herramienta conceptual que permita introducir el debate y el reordenamiento de los conceptos y mecanismos alrededor de dicha noción, invita a realizar lecturas diferentes y, así, logra poner algunas cosas en otro lugar y dejar otras sin resolver.

Entonces, a partir de lo abordado, y a manera de conclusión, se puede señalar que la detención de la posibilidad de la metáfora y, por tanto, la desaparición de la construcción discursiva de la lógica neurótica que se reemplaza por delirios y alucinaciones, es lo que podría entenderse como manifestación de locura.

Finalmente, se abre un espacio en el cual nos enfrentamos a fenómenos que introducen una pregunta respecto a si es posible pensar una psicosis no desencadenada en lo que se creía una neurosis o, por el contrario, se trataría de una neurosis con síntomas supuestamente psicóticos que se explicarían con la noción de suspensión de la neurosis, caracterizada por fenómenos como los señalados que permiten pensar en locuras no psicóticas. Tal vez Lacan mismo se vio enfrentado a esta inquietud y, quizás, en la clínica borromea intenta resolver el asunto ya no por la vía de los mecanismos explicados (represión - *Verwerfung*), sino por la de los tipos de anudamiento, lo cual sería tema para abordar en otro momento.

## Referencias

- Álvarez, J. M. (2007). Locuras que no lo parecen. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII, 373-375. <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019653009.pdf>
- Foucault, M. (1993). *Historia de la locura en la época clásica*. Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (1975/1893-1895). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. II, págs. 195-261). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1975/1894). Las neuropsicosis de defensa. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. III, págs. 41-43). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1975/1911a). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. XII, págs. 217-230). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1975/1923). Neurosis y psicosis. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (Vol. XXII, págs. 151-161). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1975/1937). Análisis terminable e interminable. En J. Strachey (Ed), J.L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads), *Obras completas* (Vol. XXIII, págs. 211-225. Amorrortu Editores.
- Galeano, M. (2000). Investigación Cualitativa: estados del arte. Informe de investigación. Medellín. Facultad de ciencias sociales y humanas. Universidad de Antioquia, CISH.
- Gálvez, A. (2002) Revisión bibliográfica: uso y utilidades. <https://www.federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol3n10pag25-31.pdf>
- Jinkis, J. (1983). Transferencia y alucinación. En *Lo que el psicoanálisis nos enseña*. Lugar Editorial.
- Lacan, J. (1981/1953-1954). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Paidós.
- Lacan, J. (1984/1955-1956). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 3: Las psicosis*. Paidós.
- Lacan, J. (1995/1951). Algunas reflexiones sobre el yo. En *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, (41), 9-21. <https://psicopatologia1unlp.com.ar/bibliografia/seminario-lacan/Algunas%20reflexiones%20sobre%20el%20yo.pdf>
- Lacan, J. (2007/1946). Acerca de la causalidad psíquica. En *Escritos 1* (págs. 151-153). Siglo Veintiuno Editores.
- Martínez, M. (2010). *Epistemología y metodología cualitativa en las ciencias sociales*. Trillas.
- Muñoz, P. (2008). El concepto de locura en la obra de Lacan. *Anuario de Investigaciones*, 15, 87-98. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862008000100041](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100041)
- Muñoz, P. (2011). *Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*. Letra Viva.
- Muñoz, P. (2010a). La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan I: Locura y psicosis. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 103-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139946045>
- Muñoz, P. (2010b). La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan II: Locura y psicosis. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 113-122. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946046.pdf>
- Muñoz, P. (2009). Algunas elaboraciones psicoanalíticas en torno del uso del concepto de locura como distinto del concepto de psicosis. *Anuario de Investigaciones*, XVI, 125-132 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945050>.

# Apuntes sobre la diferencia sexual, la sexuación y la posición sexuada del hombre: breve recorrido por la teoría psicoanalítica

*Edwin Andrés Restrepo Zuleta<sup>1</sup>*

## Introducción

En ocasiones, y para algunos de los que iniciamos el encuentro con el psicoanálisis, puede existir el imaginario de que este se ha fundado desde el punto de vista de la masculinidad y que, tal vez, todo sobre el hombre ya se ha dicho, mientras que el gran enigma sigue siendo la mujer, con quien se mantiene una deuda.

El complejo de Edipo y el complejo de la castración se han construido inicialmente a partir de la experiencia del niño, no tanto de la niña, evidenciando de alguna manera la deuda antes mencionada con

---

1. Psicólogo, Universidad Católica Luis Amigó. Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia. Correo: edwin.restrepoz@udea.edu.co

respecto a la mujer; sin embargo, tal vez esta sea una idea sesgada y aunque se presume que sobre el hombre todo ha sido dicho, vemos cómo en la actualidad se dificulta dar una definición sobre él, no en el sentido genérico del término, el cuál atañe a la humanidad, sino en cuanto posición del sujeto propiamente dicho.

Para el psicoanálisis, las definiciones de hombre y de mujer no se dan simple y llanamente por efecto de la composición anatómica, tal como lo conciben algunas instituciones sociales como la religión, frente a lo cual, según Araujo y Rogers (2000), tener pene o tener vagina no garantizan ubicarse en una u otra posición sexuada, por lo que las nociones de masculino y femenino no se corresponden necesariamente con la dotación biológica.

Partiendo de esta premisa psicoanalítica que Freud mismo había planteado en su teoría, en el recorrido que se ha trazado para este ejercicio investigativo se busca abordar algunas cuestiones de la constitución sexual humana y entender cómo en el encuentro con el complejo edípico y la castración tiene lugar no solo la diferencia sexual, sino aquello que puede significar ser un hombre para el psicoanálisis.

## Algunas cuestiones preliminares en la teoría freudiana sobre la diferencia sexual

Para abordar la diferencia sexual, Freud (2017/1905) inicia un recorrido a partir de la sexualidad infantil, la cual había sido dejada de lado en las investigaciones sobre la sexualidad hasta ese momento. Al plantear *la organización de la sexualidad infantil*, Freud (2017/1905) identifica varios estadios (oral y anal) en que la pulsión sexual se sitúa en lo que se denominan zonas erógenas, que inicialmente cumplen una función de satisfacción de necesidades biológicas, indispensables para la supervivencia humana.

Posterior a los estadios oral y anal tiene lugar la organización fálica en la que las pulsiones parciales se orientan hacia una zona rectora.

En esta fase juegan un papel importante tanto el complejo de Edipo como el complejo de castración. En este momento, y a consecuencia de la pregunta por el origen de los niños, el infante construye la idea de que todas las personas tienen pene, idea que se desvanece cuando, producto de la pulsión de saber, se da cuenta de que no todos los demás niños lo tienen como él, sino que algunos (niñas) carecen de él (Freud, 2017/1905). Allí surge la pregunta: ¿qué ha pasado con él?, una pregunta que orienta la experiencia del complejo edípico y de castración.

Freud (2017/1900) hace referencia por primera vez a Edipo en la “Interpretación de los sueños”, allí el autor acude a la tragedia de Sófocles para abordar la cuestión de los deseos amorosos y hostiles entre el infante y sus padres. En “Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre” hace uso de la expresión “complejo de Edipo”, pero en esta ocasión alude al despertar de las huellas mnémicas de algo que tuvo lugar en la infancia (Freud, 1986/1910a), y en la “21ª Conferencia. Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales” (1991/1916) menciona que en el niño existe un deseo de tener a la madre como objeto, solo para él, lo que lo lleva a experimentar sentimientos hostiles hacia su padre, a quien ve como rival cuando percibe expresiones de afecto hacia ella. Sin embargo, el niño no solo siente hostilidad hacia el padre, también se identifica con él como poseedor de la madre, en palabras del autor: “se ve precisado a amar y admirar a su padre (...) no solo lo quiere imitar, sino eliminar para ocupar su lugar” (Freud, 2012/1913, pág. 249).

En cuanto a la castración, esta también tiene lugar en el estadio de la organización fálica, y al respecto, en la teoría freudiana se pueden distinguir cuatro momentos de la castración: en el primero tiene lugar la certeza del niño de que todos tienen pene; en el segundo, la amenaza de la castración por parte de la censura que el otro impone al niño, en cuanto a la manipulación de sus genitales; en el tercer momento, el niño se da cuenta que su certeza es falsa, puesto que hay seres que no tienen pene y actualiza la amenaza de castración con la teoría de que los otros han perdido el órgano a raíz de la censura impuesta en el segundo

momento; y en el último momento, se da cuenta de que también la madre carece de él y se instaura definitivamente la angustia de castración, en la cual el niño intenta desmentir esta verdad, y en algunos casos se logra con el objeto fetiche, no obstante, al no poder hacerlo, el niño elige su pene y renuncia a la posesión de la madre para no perderlo.

El complejo de castración es para el niño la salida del complejo de Edipo, mientras que en la niña la experiencia es inversa, ella ya se encuentra castrada y no logró escapar a la castración; en otras palabras, para ella la amenaza de castración se ha cumplido de alguna manera pues no tiene el pene, pero el niño todavía puede hacer algo para evitarlo. De este modo tenemos, por un lado, la renuncia del niño al objeto de amor y la identificación con quien posee dicho objeto, evitando así la materialización de la amenaza, y por el otro lado, la aceptación de la castración en la niña, y la identificación con el padre como su objeto de amor (Freud, 1992/1924, pág. 186).

Teniendo en cuenta lo anterior, el órgano sexual masculino desempeña un lugar privilegiado; en este punto, y retomando lo planteado por Freud (1992/1923): “la oposición reza aquí: genital masculino, o castrado” (pág. 149), con lo cual el autor da a entender que existe en dicho momento algo masculino, más no por ello hay un opuesto femenino; y hasta este momento, más que una diferencia, se enuncia la existencia o la carencia del pene.

En la fase genital propiamente dicha, las pulsiones parciales se han organizado en torno al falo, y la elección de objeto que inicialmente se había planteado con relación a las figuras parentales ahora se actualiza bajo la lógica del *après-coup*, con la cual se experimenta la resignificación de dichas elecciones que se hacen ahora sobre un objeto externo, contrario o del mismo sexo. Al respecto, Freud (2017/1905) menciona que con la pubertad se presentan ciertos cambios en la sexualidad infantil, agregando que, para alcanzar la nueva meta sexual, las pulsiones parciales se supeditan al primado genital. Con lo anterior, se introducen diferencias importantes entre uno y otro sexo, ya que para Freud

(1992/1923) el objetivo último de la organización genital es la disposición de los genitales para la reproducción, sin embargo, en el caso del hombre, la meta sexual se orienta a “la descarga de los productos genésicos” (Freud, 2017/1905, pág.189), en tanto que la mujer tiene como meta recibir dichos productos.

Tenemos, entonces, que la teoría freudiana establece en la pubertad la diferencia entre masculino y femenino a partir de las nociones de activo y pasivo. A lo masculino le atañe no solo la posesión del pene, sino la producción genésica y el sujeto; con respecto a lo femenino, “el objeto y la pasividad” (Freud, 1992/1923, pág. 149). Sin embargo, y pese a las diferencias establecidas hasta ahora entre uno y otro sexo, para el psicoanálisis la cuestión de la diferencia no está zanjada totalmente, y se precisa poner atención en lo que Freud (2017/1905) ha denominado como: *el recurso de la bisexualidad*, con lo cual señala que en los seres humanos existe una “disposición originariamente bisexual” (Freud, 2017/1905, pág. 129), tanto a nivel biológico como psíquico. Lo anterior es enunciado a partir de la observación de algunos rasgos genitales del sexo opuesto que han sufrido alteraciones hasta la consolidación del órgano sexual, como también de la presencia de rasgos secundarios y terciarios de la sexualidad, correspondientes al sexo opuesto.

En “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” (Freud, 1992/1920), el autor aduce que, por lo general, en los sujetos se presentan rasgos secundarios característicos del sexo opuesto, no obstante, la existencia de estos caracteres no conlleva la inversión de la elección del objeto, sino que permite pensar en el hermafroditismo psíquico, distinto del somático. De tal manera que lo que se pone en juego y sobre lo cual Freud (1992/1920) es enfático, es que no solo se trata de la reafirmación de la bisexualidad somática, sino de una disposición psíquica bisexual que permanece en la vida de los sujetos, en donde un hombre puede poseer ciertas cualidades otorgadas a la feminidad, pero no por ello ser homosexual, elemento que no debe pasar desapercibido en el marco de la pregunta que guía este ejercicio.

La bisexualidad psíquica fue esbozada por Freud no solo en “Tres ensayos de teoría sexual” (2017/1905), sino también en el estudio sobre “Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci” (1986/1910b) y luego en la 33<sup>a</sup> conferencia de introducción al psicoanálisis, denominada “La feminidad” (2008/1932), trabajos en los que Freud muestra cómo en las representaciones de los sujetos de antaño a la madre se le atribuían mitológicamente atributos del hombre, lo que da pie para pensar que, aunque lo biológico establece unas diferencias marcadas entre hombre y mujer, lo anatómico se agota ante las nociones de femenino y masculino, pues están más en el orden de lo anímico que de lo biológico (Freud, 2008/1932), reafirmando que para el psicoanálisis, por ahora freudiano, la conformación biológica de los cuerpos no determina que un sujeto sea hombre o mujer, lo que deja un vasto camino por recorrer en función de la pregunta ¿qué significa un hombre para el psicoanálisis?

En suma, tenemos hasta ahora que en la constitución sexual de los sujetos, desde el punto de vista freudiano, la cuestión sobre la diferencia sexual se zanja, en primer lugar, desde las particularidades anatómicas de uno y otro sexo, desde los atributos que inscriben a uno y otro en el lugar de lo activo y lo pasivo, lo cual es trascendido, a su vez, con la noción de la bisexualidad psíquica y con la manera en que tanto el varoncito como la niña viven la experiencia en los complejos edípico y de castración.

Ahora bien, en el recorrido que iniciamos a continuación por algunos pasajes de la teoría lacaniana veremos cómo Lacan, retomando los constructos clásicos del complejo de Edipo y del complejo de castración freudianos, abre una vía a través de la cual se trasciende lo ya planteado y emerge la castración y la manera en la que esta es vivenciada por cada sujeto como eje fundamental para articular en los seminarios del 18 al 20 la lógica de la sexuación, lógica en la que, como veremos, más allá de la diferencia entre uno y otro, el producto es la elección de la posición sexuada de cada sujeto.

## Apuntes sobre el complejo de Edipo y la castración en el psicoanálisis lacaniano

En este momento, partimos de que al retornar a Freud, Lacan eleva los postulados sobre la ley de la castración, la prohibición del incesto y la exogamia, desde el punto de vista estructural hacia el orden simbólico, es decir, al orden del lenguaje, algo que no fue ajeno a Freud, pero que se consolida y se sustenta con los planteamientos lacanianos. De este modo, y para encarar la cuestión del complejo de Edipo, Lacan (2010/1957-1958a) hace referencia a lo que denomina la metáfora paterna, esto es, la función del padre, no del padre de la realidad, sino del padre simbólico que llega para ocupar el lugar de la madre.

Para el psicoanálisis lacaniano no es necesario que exista un padre que viva con la madre y el niño para que tenga lugar el complejo de Edipo, el cual se da incluso en ausencia de un padre de la realidad, pues lo que opera es la función; en términos de Lacan (2010/1957-1958a), “el padre existe sin estar” (pág. 172), y aunque no figure en la composición familiar, no quiere decir que no exista en el complejo edípico (Lacan, 2010/1957-1958a). Así pues, lo que se propicia con la metáfora paterna en el complejo de Edipo es el lugar que el padre viene a ocupar, el cual no es otro que el lugar que ocupa la ley, sustituyendo el deseo de la madre.

En la clase X sobre “Los tres tiempos del Edipo”, Lacan (2010/1957-1958b) hace una crítica a la forma de entender el Edipo freudiano, por agotarlo a la estructuración de la sexualidad infantil. El autor invita a pensar el complejo de Edipo más allá del ternario simbólico, niño, madre y padre, en el cual el padre es un padre de la realidad, y conduce a un abordaje desde el ternario imaginario, es decir que pone la mirada en la lectura de la relación niño, madre y falo, en la cual el padre pasa de lo real, en términos de la realidad, a lo simbólico por la significación otorgada por el lenguaje.

Partiendo de lo anterior, tenemos entonces tres tiempos desde los cuales Lacan (2010/1957-1958b) hace lectura del complejo de Edipo.

El primero de ellos aborda la relación entre el niño y su madre, relación que es influida por el deseo del niño y de la madre. Sobre este primer tiempo, Lacan (2010/1957-1958b) menciona: “El niño depende del deseo de la madre, de la primera simbolización de la madre, y de ninguna otra cosa” (pág. 187), en otras palabras, el niño precisa de la existencia del deseo en la madre para que su subsistencia esté garantizada; pero más allá del deseo materno que garantiza la sobrevivencia, existe el deseo del niño, el cual es el deseo de lo que desea la madre.

En este primer tiempo tiene lugar la pregunta: “¿Qué desea el sujeto?” (Lacan, 2010/1957-1958b, pág. 188), pregunta que permite pasar de la necesidad afectiva del niño a la simbolización de la madre. En esta línea, tenemos que el niño le ofrece a la madre –la cual ha experimentado la castración–, la posibilidad de la completud en la medida en que le ofrece ser el objeto de su deseo, es decir que él se identifica como el falo. Así pues, Lacan va más allá de lo planteado por el Edipo freudiano, puesto que para él no se trata de la actividad y la pasividad en términos de tener o no el objeto real-pene, sino de la posibilidad de ser o no el falo (Lacan, 2010/1957-1958b).

Ahora bien, para el niño el deseo de la madre es el deseo del Otro, y para alcanzarlo requiere de un mediador, puesto que la madre no es el Otro, sino que existe un más allá de ella en el cual la madre ubica su deseo. Así, pues, se precisa de la posición del padre en el orden simbólico como medio para acceder a ese más allá (Lacan, 2010/1957-1958b, pág. 189).

En el segundo tiempo, el padre no interviene únicamente en el deseo del niño, sino que es el interdictor del deseo de la madre. De esta manera, el padre ejerce para con el niño la amenaza de la castración y, al mismo tiempo, priva a la madre del falo como objeto de su deseo. En este segundo tiempo se pone en juego también un freno ante el deseo del sujeto de alcanzar y poseer todo; desde luego, todo se puede desear, pero no por ello todo se puede tener. En la línea de lo anterior, Lacan (2010/1957-1958b) manifiesta que: “El padre priva a alguien de lo que a fin de cuentas no tiene, es decir, de algo que solo tiene existencia

porque lo hace surgir en la existencia en cuanto símbolo” (pág. 190). Por tanto, es preciso destacar que el padre no castra al niño y a la madre; sobre el niño recae la amenaza y sobre la madre la privación de lo que desea y que, desde luego, no tiene. En síntesis, por efecto de la interdicción del padre simbólico la madre deja de ser una madre fálica y se abre para ella la vía del deseo más allá del falo.

Finalmente, en el último tiempo tenemos, por un lado, la identificación del niño con el padre, y por el otro, el descubrimiento de que el padre no tiene el falo, es decir, que el padre no es la ley, sino que esta reside en el Otro. El padre, bajo la presunción de poseer el falo interviene el deseo de la madre y del niño, metaforizando el lugar de la madre. La presencia simbólica del padre despierta en el niño deseos hostiles hacia él, en tanto que el padre lo aleja del objeto de su deseo; pero no solo se trata de una respuesta hostil hacia el padre, sino que también tiene lugar lo que denomina Lacan (2010/1957-1958b) como el Edipo invertido, en el cual amor e identificación tienen cabida en la experiencia del niño y se convierten en la vía para el declive del complejo.

Por tanto, la identificación con el padre se refiere a que la esperanza del niño está puesta en tener el falo en el futuro, así como su padre lo tiene y lo ofrece a su madre, lo cual, según Lacan (2010/1957-1958b), sería la forma adecuada para que tenga lugar el declive del complejo edípico. Esta esperanza de ocupar el lugar del padre tiene relación con lo propuesto por Freud (2012/1913) en “Tótem y Tabú”, sin embargo, el sujeto en la cotidianidad nunca logrará ocupar ese lugar mítico del padre de la horda primitiva, si acaso, logrará acercarse a la noción de padre en términos de la procreación, lo que en última instancia remite al lugar de un padre en el plano de la realidad.

En la línea de lo ya mencionado, el producto del amor hacia el padre es la identificación con él, y, según lo planteado por Freud (1992/1924), dicha identificación introduce al niño en el periodo de latencia y posteriormente en la pubertad, permitiendo en este último momento que la mirada sea dirigida a ser alguien como el padre o como un padre.

Es preciso destacar que la identificación con el padre también puede derivar en una identificación inversa, esto es, el sujeto se ubica en una posición pasiva, no queriendo ser como el padre o como un padre, sino aspirando a tener su amor, toda vez que el padre hostil deviene amoroso y, por tanto, se abre la vía para que el sujeto sea merecedor de dicho amor. A propósito, Lacan (1958) refiere:

Pero como hacerse amar por él consiste en primer lugar en pasar a la categoría de mujer, y uno siempre conserva su pequeño amor propio viril, esta posición, como nos lo explica Freud, supone el peligro de la castración, aquella forma de homosexualidad inconsciente que deja al sujeto en una situación conflictiva con múltiples repercusiones –por una parte, el retorno constante de la posición homosexual con respecto al padre, y por otra parte su suspensión, es decir, su represión, debido a la amenaza de castración que supone tal posición. (págs. 175-176).

Lo antes mencionado hace referencia a que el sujeto ubicado en la posición de mujer se las tiene que ver con la castración propiamente dicha y no solo con la amenaza de castración. Recordemos que Freud (1992/1925) plantea que en la niña la castración es algo consumado, mientras que en el niño lo que tiene lugar es la amenaza de ser castrado; ahora bien, no se trata de la ausencia del órgano, sino de la posición en la que el sujeto se ubica, y esto será importante para los planteamientos que Lacan hace más adelante en su obra cuando propone las fórmulas de la sexuación. Así pues, para aclarar el papel del padre en la castración, Lacan (2008/1956-1957) recurre a la tabla de tres pisos planteada por él mismo.

FIGURA 1. Tabla de tres pisos

AGENTE	FALTA DE OBJETO	OBJETO
Padre real	Castración	imaginario
Madre simbólica	Frustración	real
Padre imaginario	Privación	simbólico

Nota: *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 4: La relación de objeto* (2008/1956-1957, pág. 599).

En esta tabla vemos cómo Lacan (2008/1956-1957) ubica al padre real y al padre imaginario, pero no al padre simbólico. Para el autor, el padre simbólico atañe a aquel constructo mítico a partir del cual se ordena todo; dice Lacan (2008/1956-1957): “el padre simbólico es el significante del que nunca se puede hablar, sin tener al mismo tiempo su necesidad y su carácter” (pág. 221), de allí que, en esta tabla, el padre tenga el carácter de real e imaginario como agentes para operar la ley que reside en el padre simbólico.

El padre real atañe a aquel que difícilmente podemos ver en la realidad, ya que no se trata del padre que engendra, el padre de la realidad, sino de aquel que se encuentra bajo el velo del fantasma del sujeto (Lacan, 2008/1956-1957). Es el padre que permite que el niño fantasee con lo horrorosa que puede llegar a ser la castración y se decida por la protección de su posesión. Recordemos que la castración no es una experiencia real sino imaginaria, y la función del padre real es precisamente propiciar esa experiencia imaginaria de la castración.

Contrario al padre real, el padre imaginario tiene como función la privación en el plano de lo simbólico, no solo del niño, sino de la madre; este padre atañe al padre gozador, al padre terrorífico (Lacan, 2008/1956-1957) que accede a todo y priva del falo al niño y a la madre. Pero más allá de estos dos agentes, aparece la madre como simbólica, ya que ella introduce al infante en el campo del lenguaje y en la fase pre-edípica como objeto de amor. La función de la madre no es privar y castrar al niño, sino frustrarlo en el plano de lo real a partir de la presencia-ausencia de ella; la madre no estará siempre para su satisfacción (Lacan, 2008/1956-1957).

## De la diferencia sexual a la lógica de la sexuación y la posición sexuada del hombre

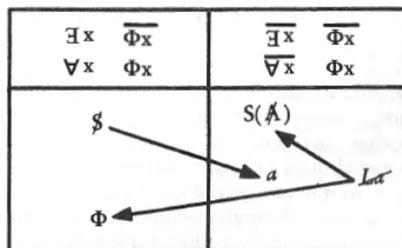
En el recorrido que hemos realizado hasta ahora por los postulados freudianos y lacanianos sobre la diferencia sexual, el Edipo y la

castración, vemos una serie de diferencias entre unos y otros, pero también, la forma en que se ha trazado una senda para comprender la diferencia sexual en términos de la identificación (Brodsky, 2004). Sin embargo, a la altura del *Seminario 19*, Lacan (2012/1971-1972) nos lleva a abordar la sexualidad y la diferencia sexual desde la sexuación, un término que, según lo señalado por Brodsky (2004), no tiene una tradición en los constructos psicoanalíticos sino hasta el propio Lacan.

En la línea de lo anterior, Brodsky (2004) sugiere tener en cuenta tres distinciones fundamentales sobre este concepto. En primera instancia, la sexuación podría situarse en el orden imaginario, es decir, la constitución biológica de los cuerpos. El segundo significado puede hacer alusión al orden simbólico, teniendo en cuenta la identificación con el orden significante y la manera en la que el sujeto responde a esa identificación. Y finalmente, tenemos que la sexuación se define como *elección* del sujeto, elección que tiene que ver con el goce; configurando “una sexuación articulada a lo real” (Brodsky, 2004, pág. 11) y que, a su vez, anuda los registros de lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real.

De este modo, para comprender la sexuación ha sido menesteroso el recorrido realizado hasta ahora, ya que lo que se pone en juego a esta altura de la enseñanza de Lacan es la manera en que los sujetos se relacionan con la castración, se identifican con el falo y eligen una manera de goce. Veamos cómo esto tiene lugar en el esquema que Lacan (2019/1972-1973b) nos propone.

FIGURA 2. Esquema de las fórmulas de la sexuación



Nota: *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 20: Aun* (2019/1972-1973b, pág. 95).

El gráfico anterior se divide en dos lados, cada uno de ellos cuenta con una sección superior y otra inferior. El lado izquierdo es denominado el campo del Todo, correspondiente al hombre o a la sexuación masculina; y el lado derecho es el campo del No-Todo, correspondiente a la mujer o a la sexuación femenina. En la parte superior de cada lado, Lacan (2019/1972-1973b) hace uso de los matemas que ha venido desarrollando en el *Seminario 19*, los cuales le permiten graficar lo que implica que un sujeto se ubique de uno u otro lado, en términos de la forma que se elige para gozar.

Hablar de hombre o mujer a partir de lo que propone Lacan (2019/1972-1973b) alude a los lugares en los que puede inscribirse cualquier ser hablante, “sea cual fuere, esté o no provisto de los atributos de la masculinidad” (Lacan, 2019/1972-1973b, pág. 97), esto quiere decir que para el psicoanálisis lacaniano lo biológico no corresponde al lugar en el que se inscribe el sujeto, es una elección y no un determinismo anatómico.

En el lado izquierdo tiene lugar la ley de la castración, una ley universal, fundada por Uno que se excluye así mismo de cumplirla. Se trata del Padre de la horda primitiva que establece la ley de la prohibición del incesto que somete a todos menos a él (Freud, 2012/1913). Esta excepción pone la función fálica como elemento central sobre el que se constituye el conjunto del hombre, todos están atravesados por la ley, menos uno, y esa excepción hace de este conjunto, un conjunto cerrado, por eso se habla de los hombres como un universal.

Cabe agregar que la fórmula propuesta en la parte superior del lado del Todo,  $\exists X \overline{\Phi X}$  (existe al menos uno que no está atravesado por la función fálica), tiene la característica de que no cesa de escribirse, ya que es fundamental que la función fálica se instaure, y para que esto ocurra se requiere la excepción (Lacan, 2019/1972-1973c) y la fórmula inferior de este mismo lado  $\forall X \Phi X$  (todos están atravesados por la función fálica), cesa de escribirse, ya que se funda en la primera; por tanto, es necesaria la función fálica y que por lo menos Uno esté por fuera de dicha función para poder hablar del campo del Todo.

En el lado del No-Todo, Lacan (2019/1972-1973c) propone la inexistencia de la excepción; así pues, la ley de la castración de este lado no es una ley universal, de hecho, tiene la característica de imposibilidad por la falta de excepción. En esta línea, la fórmula superior  $\exists \bar{X} \Phi \bar{X}$  (no existe ninguna  $x$  que no esté sometida a la función fálica) se plantea como aquella que no cesa de no escribirse, no puede ser escrita puesto que no existe, y esto atañe a la imposibilidad de la relación sexual (Lacan, 2012/1971-1972). En cuanto a la fórmula inferior del lado derecho,  $\forall \bar{X} \Phi X$  (para no toda  $x$  la función fálica es válida), se declara como aquella que cesa de no escribirse, es decir, que la relación con la función fálica no es necesaria para que un sujeto se ubique en el lado derecho, el lado del No-Todo. En el lado izquierdo, la castración es una necesidad, mientras que del lado derecho, es una imposibilidad, de ahí que no exista la relación sexual en tanto que no existe proporción de uno y otro lado, algo que no tiene que ver con la constitución anatómica, sino con la relación con la castración.

Ahora bien, en la parte inferior del esquema, Lacan (2019/1972-1973b) expone la relación de los sujetos ubicados en uno y otro lado, con el goce. En el recuadro inferior del lado izquierdo aparece el sujeto  $\exists$  y la función fálica  $\Phi$ , o el significante que sostiene al sujeto  $\exists$  (Lacan, 2019/1972-1973b), y el autor señala que solo por medio del fantasma ( $\exists \&a$ ), el sujeto ubicado desde el campo del Todo puede acceder al objeto  $a$ , ubicado en el campo del No-Todo. Teniendo presente que no hay proporción sexual, el sujeto debe valerse del fantasma para acceder a la pareja sexual.

El panorama en el recuadro inferior derecho es distinto, allí, el grafo que destaca es  $L$  (la tachada), lo que hace referencia a que La Mujer no existe, como universal puesto que no hay posibilidad de escribirla (Lacan, 2019/1972-1973b). La inexistencia de la excepción en este lado del esquema no nos permite hablar de la singularidad de la mujer. También tenemos en este campo una doble direccionalidad, hacia el goce del Otro  $S(X)$  y hacia el goce fálico  $\Phi$ . Distinto al hombre, Lacan (2019/1972-1973a) dice que: “la mujer tiene un goce adicional,

suplementario respecto a lo que designa como goce la función fálica” (pág. 89), dicho goce del Otro hace referencia a un goce que no se circunscribe a una parte del cuerpo, es un goce que habita el cuerpo, “un goce más allá del falo (...)” (pág. 90), y que no puede ser representado por ningún significante, por tanto, *La* mujer (la tachada), al menos no-toda, podrá tener lugar en la ley de la castración.

De tal modo, tenemos que la función fálica  $\Phi$  es la segunda vía de goce desde el lado del No-Todo, y podemos pensar que esta es una manera de experimentar la castración por parte de un sujeto ubicado en la posición sexuada de la mujer y, por tanto, esta segunda vía posibilita un encuentro de ella con la función fálica. Por consiguiente, poseer el falo y perderlo es una manera de experimentar la castración, la cual es posible por medio de un significante sustitutivo del falo.

Finalmente, y a modo de recapitulación, tenemos que con el abordaje de las tres distinciones de la sexuación, a saber, la constitución anatómica –plano Imaginario–, la identificación con el orden significativo –plano Simbólico– y la elección de goce –plano Real–, traídos a colación por Brodsky (2004) y sustentados en este recorrido desde los planteamientos propios de Freud y Lacan, nos vamos acercando poco a poco a los atributos de un sujeto que elige situarse del lado del Todo en las fórmulas de la sexuación.

El sujeto hombre para el psicoanálisis lacaniano, a diferencia de lo esbozado en la teoría freudiana, trasciende la dualidad pasiva y activa; es aquel que tiene un modo particular de vérselas con la castración, su elección de goce se supedita a la función fálica, distinto a la manera en la que, como acabamos de ver, lo hace el sujeto que se posiciona en el campo de la mujer.

La función fálica mide a todos los sujetos ubicados del lado izquierdo de las fórmulas con el mismo rasero, a excepción de uno que funda la ley; en palabras de Barros (2020), “la función fálica es igualadora” (pág. 30), haciendo alusión a que todo sujeto que se posiciona sexualmente como hombre se somete ineludiblemente a la ley y, por tanto, de

lo que se trata es de la necesidad del límite en el campo del Todo, en donde la ley se hace imprescindible, no obstante, y más allá de esta, en el hombre existe la aspiración de quebrantar dicha ley.

Según Barros (2020), la castración deviene en desafío para el sujeto-hombre, la prohibición y el límite animan al hombre a probar su virilidad, aunque su vida corra riesgos. De este modo, y siguiendo lo planteado por el autor, la transgresión lleva consigo una experiencia gozosa que supera el acceso al objeto al que se aspira; así las cosas, el goce fálico no se agota en el deseo de acceder sin límites a lo prohibido por el padre de la horda primitiva freudiana, sino de probarse a sí mismo que puede hacer frente a ese padre todopoderoso, en otros términos, probar su virilidad a través de la rivalidad fálica.

En este orden de ideas, y a partir de la osadía viril, tenemos que en la posición sexuada del hombre existe una estrecha relación con la imprudencia, la violencia y hasta la muerte. El hombre no teme correr riesgos para probarse y ratificarse en su posición, según Barros (2020) existe, además, una condición esencial en el hombre, la condición de ser expendable (sustituible), en palabras propias del autor, ser “un uno que está de más y es desechable” (pág. 31), y a partir de dicha condición recurre al pavoneo, al alarde de su virilidad, a la exaltación de sí mismo y, por qué no, a la rivalidad, el riesgo, la fuerza y hasta la violencia para velar esa condición esencial y ratificar su virilidad.

Detrás de esa necesidad imperiosa de ratificación se halla disimulada una manera de gozar egoísta y de velar la angustia que le produce su propia falta. Al respecto, Barros (2020) refiere: “un mínimo de experiencia demuestra que los varones no son tan medidos, ni con el cuerpo de las mujeres, ni con el suyo propio” (pág. 27), haciendo referencia al vínculo que existe entre la lógica del goce fálico y la violencia ejercida en contra del partenaire y de sí mismo, vínculo este que cada vez se devela con mayor frecuencia en la actualidad.

Ahora bien, al plantear que la ratificación de la virilidad sirve como vía para mirar de reojo la falta del sujeto, se hace referencia a lo que,

en el seminario sobre la angustia, Lacan (2007/1962-1963) refiere con relación al modo en el que hombre y mujer atraviesan la castración; ella no teme develar su falta, de hecho, develarla le permite establecer una relación más directa con el Otro, lo que en el caso del hombre no es posible. En otras palabras, la relación del sujeto hombre con el Otro es una relación esencial y se establece necesariamente a través de la angustia de castración (Lacan, 2007/1962-1963).

La mujer vive la castración de manera directa, más no real, imaginariamente algo le falta, y a la vez no le falta nada; de otra parte, en el hombre poseedor de algo, precisamente ese algo le falta, por tanto, aquello que se denomina virilidad u hombría no puede existir sin la castración y la amenaza de esta (Barros, 2020).

Así las cosas, es por medio de la angustia como se sostiene el goce del hombre, en este sentido, Lacan (2007/1962-1963) hace referencia a otra característica propia del sujeto ubicado en dicha posición, a saber, que el hombre buscará la manera de no dejar ver su deseo, en tanto que hacerlo conlleva a exponer su propia falta, verbigracia, dejar ver aquello que precisamente no hay.

El hombre debe recurrir al fantasma para velar su falta y poder hacerse con el objeto del deseo, tal y como nos ha sido graficado en el esquema de las fórmulas de la sexuación, y la virilidad se asume propiamente en la medida en la que el sujeto logra vérselas con el deseo de la mujer y no huye de este (Barros, 2020). Esto remite de forma directa a la experiencia de amor del sujeto, en donde, por un lado, podría aferrarse al falo imaginario de la madre y sostener su fetiche para negar la castración, o por el otro, reconocer la castración y “desear y amar al objeto castrado” (Barros, 2020, pág. 51), lo cual atañe a la elección de goce propia de la posición masculina.

Ciertamente, y en función de lo que argumenta Barros (2020), la verdadera potencia del hombre, más allá de la ostentación viril y la exaltación de su vanidad, radica en “saber-estar-ahí, ante el deseo de una

mujer” (pág. 76), un deseo que deviene de otro que es reconocido como sujeto castrado.

## Conclusiones

Al realizar este breve recorrido, tenemos que para el psicoanálisis las nociones de hombre y mujer no se supeditan a la constitución anatómica de los cuerpos, tampoco pretende negar las diferencias biológicas entre los sexos, sin embargo, el acento está puesto en la dimensión simbólica de la sexualidad, la cual atañe a la relación de los sujetos con la castración, constructo que, junto con el complejo de Edipo, son fundamentales para el abordaje y la comprensión de la sexuación.

La noción de bisexualidad psíquica permite trascender el prejuicio de que los hombres y las mujeres tienen rasgos secundarios y terciarios que los definen y los ubican en uno u otro lado, de tal manera que masculino y femenino obedecen más a un acuerdo de orden cultural que a la subjetivación misma de una y otra posición.

El sujeto es para el psicoanálisis lacaniano un sujeto sexuado, y lo planteado por Lacan en las fórmulas de la sexuación permite ubicar los conceptos de hombre y mujer como valores sexuales y posiciones respecto de la elección del goce. Por tanto, lo que facilita la existencia del hombre como valor sexual es la necesidad ineludible de la castración; así pues, para el psicoanálisis, el hombre se define mediante la función fálica y no por la tenencia del órgano viril.

Finalmente, el sujeto ubicado en la posición de mujer se las ha tenido que ver constantemente con la falta, es decir, se trata de una relación más real con el Otro. Por su parte, el sujeto-hombre mantiene una relación estrecha con la función fálica, lo que también lo lleva a un encuentro con la falta, recurriendo al fantasma para velar esta carencia, por lo que, tener el órgano no garantiza la completud y, contrario a las mujeres, pareciera que el hombre recurre a ciertos artificios para reafirmar su virilidad.

Teniendo en cuenta la existencia en el sujeto hombre de una tendencia a la transgresión del límite y la relación que existe entre la violencia y el goce masculino, cabe preguntarse: ¿Cómo podría aportar al fenómeno de la violencia del sujeto hombre hacia su partenaire, la comprensión de la lógica de la sexuación, más aún, el estudio de la posición sexual masculina?

## Referencias

- Araujo, K. y Rogers, F. (2000). El hombre: ¿existe? En Olavarría, J y Parrini, R. (Ed.), *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad*. Editorial Flacso.
- Barros, M. (2020). *La condición perversa: tres ensayos sobre la sexualidad masculina* (1ª. ed.). Grama Ediciones.
- Brodsky, G. (2004). *Clínica de la sexuación*. Nueva Escuela Lacaniana.
- Freud, S. (1986/1910a). Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. (Contribuciones a la psicología del amor I). En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XI, págs. 164-165). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1986/1910b). Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XI, págs. 53-127). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1991/1916). 21ª Conferencia. Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XVI, págs. 292-308). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XVIII, págs. 137-164). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1923). La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad). En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 141-150). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 177-188). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992/1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XIX, págs. 259-276). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (2008/1932). 33ª Conferencia: La feminidad. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XXII, págs. 104-125). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2012/1913). Tótem y tabú. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XIII, págs. 1-162). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2017/1900). La interpretación de los sueños (Primera parte). En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. IV, págs. 269-274). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2017/1905). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. VII, págs. 109-222). Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (2007/1962-1963). Más allá de la angustia de castración. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La angustia* (págs. 53-65). Paidós.
- Lacan, J. (2008/1956-1957). Del complejo de castración. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 4: La relación de objeto* (págs. 217-232). Paidós.
- Lacan, J. (2010/1957-1958a). La metáfora paterna. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente* (págs. 165-184). Paidós.
- Lacan, J. (2010/1957-1958b). Los tres tiempos del Edipo. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente* (págs. 185-202). Paidós.
- Lacan, J. (2010/1957-1958c). Los tres tiempos del Edipo (II). En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente* (págs. 203-220). Paidós.
- Lacan, J. (2012/1971-1972). La pequeña diferencia. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 19: ...O peor* (págs. 11-24). Paidós.
- Lacan, J. (2019/1972-1973a). Dios y el goce de L mujer. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 20: Aun* (págs. 79-93). Paidós.
- Lacan, J. (2019/1972-1973b). Una carta de amor. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 20: Aun* (págs. 95-108). Paidós.
- Lacan, J. (2019/1972-1973c). Sobre el saber y la verdad. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 20: Aun* (págs. 109-121). Paidós.

# El arte abyecto en la obra de David Nebreda en relación a la noción de real lacaniano

*Adriana María Ramírez Zapata<sup>1</sup>*

*El artista debe ser ciego a las formas “reconocidas” o “no reconocidas”,  
sordo a las enseñanzas y los deseos de su tiempo.*

*Sus ojos abiertos deben mirar hacia su vida interior y su oído prestar  
siempre atención a la necesidad interior. Entonces sabrá utilizar con la  
misma facilidad los medios permitidos y los prohibidos.*

*Este es el único camino para expresar la necesidad mística. Todos los  
medios son sagrados, si son interiormente necesarios. Todos los medios  
son sacrílegos si no brotan de la fuente de la necesidad interior*

Kandinsky

---

1. Psicóloga y especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Universidad de Antioquia.  
Psicóloga en consulta particular. Correo: adriana.ramirezz@udea.edu.co

## Introducción

Las vanguardias artísticas surgidas en la década de los años sesenta del siglo pasado marcaron y modificaron la concepción de la estética tradicional desde la noción de lo bello. La obra de arte ya no es vista como una totalidad que atrae para sí la mirada del espectador, ni como algo que se presenta como plenitud y suficiencia de lo sensible; su sentido y valor se encuentran ahora en su poder de descentramiento y en la capacidad con la que lleva al espectador más allá de sus propios límites. En la obra de David Nebreda encontramos este tipo de expresión que se aleja de la experiencia sublime y apaciguadora para instaurar sensaciones de horror, asco y angustia. El psicoanálisis, desde sus planteamientos, realiza una elaboración del porqué los seres hablantes crean objetos de arte, a través de nociones como la sublimación en Freud y lo real en Lacan. Desde estos planteamientos, se pretende explorar cómo los objetos producidos por Nebreda, a partir de sus características transgresoras y abyectas que causan en el espectador horror y repudio, se articulan a las elaboraciones del psicoanálisis con respecto a la creación artística.

Nebreda nació en Madrid en 1952; al culminar su formación en artes plásticas ya había sido diagnosticado con esquizofrenia paranoide –aunque la enfermedad ya se había manifestado desde la edad de 19 años (Panera, 2002, pág. 9)–, alternando periodos de pérdida de conciencia con otros de total lucidez. Vive solo y aislado sin mantener contacto social. En su familia se presentan también casos de graves trastornos psiquiátricos. Nebreda somete su cuerpo a largos periodos de ayuno y silencio, a prácticas extremas de dolor físico como pinchazos, cortes y quemaduras, se ha cosido la piel y cubierto el cuerpo y la cara con sus propias heces y fluidos corporales como sangre u orina. Según Panera, para Nebreda sus obras no se tratan de performances o meros registros fotográficos, al respecto lo cita: “Mi propia realidad es bastante peor que las fotos”, aludiendo al hecho de que sus fotografías no deben de considerarse

exclusivamente como documentos o registros de su situación humana, sino como creaciones artísticas en el sentido estricto (Panera, 2002, pág. 10). Si bien, en términos psicopatológicos, Nebreda está atravesado por la psicosis, se muestra en conexión con el acto de creación, reconociendo el proceso a través del cual llega a la producción de un objeto de arte que queda documentado a través de la fotografía del autorretrato, en cuyo terreno Nebreda ha logrado desarrollar una práctica artística (Amorós-Blasco, 2005, pág. 178).

Desde la perspectiva psicoanalítica, la cuestión del engaño es fundamental en la conceptualización que se hace del arte; Lacan afirma que el objetivo de la pintura es engañar al ojo (Lacan, 1997, pág. 109). Desde esta concepción, el artista produce engaños: lo que pinta, lo que escribe, son un engaño. El fantasma, por su parte, es una noción que le sirve a Lacan para pensar este asunto; el fantasma tendría estructura de ficción, siendo una formación imaginaria que intenta dar respuesta a lo real (Ramírez, 2005, pág. 6), esto es, lo que está fuera de significación, mediante la creación de nuevos objetos (el objeto *a*). Dice Lacan que el fantasma deja reducido al sujeto en la ignorancia de lo que hay más allá de la apariencia, y de ahí el engaño, ya que no es posible ir más allá, porque de lo real (*das Ding*) como lo no simbolizable solo se tiene su representación por la apariencia y por lo que logra bordear en la obra de arte a través del objeto bello creado y, así, evitar la muerte, el placer absoluto. No obstante, la obra de arte contemporánea, como el arte abyecto, parece contradecir el efecto fascinador y contemplativo que podría generar el encuentro con la obra, como aquello que crea un velo mediante lo bello alrededor del vacío como real, puesto que en la obra de arte contemporánea el objeto de arte no produce contemplación sino rechazo.

En el tipo de producción artística que ejecuta Nebreda aparecen objetos que, desde la mirada, contradicen todas aquellas formas de lo bello y el proceso de engaño mediante el cual se rodea la Cosa, lo real; por el contrario, parece descubrirlo con cosas extrañas y cuerpos torturados a

través de los *performances* o las representaciones hiperrealistas. Este objeto de arte se presenta desde la imagen de un hombre destrozado, desfigurado, que comienza a poner en escena la parte ominosa que también lo determina, como aquel vacío constitutivo imposible de llenar. Si la estética tiene como finalidad echar una suerte de velo, de pantalla sobre el horror de la castración, surge la pregunta de si en este tipo de reproducción artística, la pantalla, el velo, aparece rasgado poniendo la mirada del sujeto frente a lo real –como aquello imposible de nombrar–, lo que se opone a la noción clásica de belleza –como aquellos objetos de arte valorados como artículos de lujo y admiración–, entonces, ¿cómo se relacionan los objetos de arte que produce Nebreda con la noción de real que desarrolla el psicoanálisis lacaniano?

Para el desarrollo de la pregunta se ubican tres categorías analíticas, partiendo inicialmente de los elementos gráficos y conceptuales que caracterizan la obra visual de David Nebreda y el arte abyecto; luego se aborda la noción de real, *das Ding*, en Lacan en relación a la creación y la experiencia artística y finalmente, se retoma cómo las características trasgresoras que enmarcan el arte abyecto que ejecuta Nebreda podrían hacerle frente a lo real, desde la noción de vacuola desarrollada por Lacan en el *Seminario 16*.

Como estrategia metodológica se recurrirá a la iconografía, método desarrollado por el historiador de arte alemán Erwin Panofsky (1892-1968), a través del cual se intenta profundizar e interpretar el significado de las imágenes producidas en el contexto del arte, “cuyo sentido es impenetrable o simplemente incongruente para su propio destinatario y productor” (Ramírez, 1996 pág. 297). Así mismo, este método permite establecer conexión con otras áreas y disciplinas del saber con el fin de abordar los problemas de la representación, de las particularidades visuales del tema que aborda la obra y los aspectos de su creación, que son comunes a las obras maestras y a los productos «artesanales» (Ramírez, 1996, pág. 295), conexión que en el presente trabajo se articulará con el psicoanálisis de orientación lacaniana.

Para Panofsky, el significado intrínseco o contenido de la obra está por encima del acceso al ámbito consciente, lo que conlleva a que el significado expresivo de la obra esté por debajo de ésta; al respecto dice: “Parece que de alguna manera el inconsciente «explica» en última instancia todos los niveles del significado” (Ramírez, 1996, pág. 302). Es así como desde esta estrategia metodológica, el análisis iconográfico, se hace posible desde cierto rigor y profundidad indagar por aquellos elementos y puntos de referencia que pueden permitir valorar superposiciones, deslizamientos, contradicciones y puntos de unión entre la conceptualización de los objetos de arte con la teoría psicoanalítica desde la revisión de diversas fuentes literarias y bibliográficas.

## Elementos gráficos y conceptuales que caracterizan la obra visual de David Nebreda y el arte abyecto

*Yo soy un hecho histórico, con o sin el consentimiento de la historia. Y la vergüenza será para ella si hay que cambiar la primera frase por la última, yo “es” un hecho histórico ante el enemigo universal, devenido por reducción uno mismo*

David Nebreda

Sangre, heridas, quemaduras, laceraciones, cocidos de piel como efectos de autolesiones, son las acciones desde donde Nebreda se apoya para dar paso a su obra, donde su propio cuerpo es sometido a diferentes procesos, planeados de manera cuidadosa. Recurre a ayunos que lo llevan a la extrema delgadez, al corte y la generación de lesiones mediante el uso de cuchillas y objetos punzantes, además de usar sus propios fluidos corporales (heces) como parte de su intervención artística. Según lo referencia Amorós-Blasco, para Nebreda “es en este estado de exaltación donde el autor realiza su fotografía y se ‘transcribe’ de tal forma, convirtiéndose en un intermediario de sí mismo” (2005, pág. 179).

Desde la conceptualización de su producción artística, Nebreda precisa que las heridas, que la “actividad sutil de la auto agresión” en sí no está hecha para hacer una fotografía, que no tiene la foto como fin; por eso, vinculando el proceso artístico a una dimensión más mística dice:

Todas las situaciones de dolor o de castigo activas –sangre, quemaduras, flagelación, etc.–, como pasivas –hambre, cansancio físico, aislamiento, privación sensorial, etc.– obedecen a las intenciones, a los rituales, al requerimiento de materiales concretos que la mayor parte de ellos no han sido objeto de registros fotográficos. (entrevista a Nebreda citada por Amorós-Blasco, 2005, pág. 179).

Para el comisario de arte Javier Panera (2013), las referencias iconográficas del artista son casi religiosas y pueden relacionarse con los movimientos barroco y protobarroco, apreciación que Nebreda de alguna manera aceptó como condicionante estético, ya que ha tendido a rehusarse a ser inscrito en algún tipo de movimiento artístico desarrollado a través de la historia del arte. Para el comisario, su producción artística, su composición fotográfica tienen que ver con la identidad, con la reivindicación del dolor como un elemento de construcción propio, una reafirmación de la personalidad hecha, como lo expresa Nebreda, “en una situación psíquica muy delicada, era un trabajo insoportable, psíquicamente insoportable” (entrevista a Nebreda citada por Amorós-Blasco, 2005, pág. 203).

Panera resalta en la obra de Nebreda en su composición a nivel figurativo e iconográfico, la referencia del *Ece Hommo*, tanto desde el sentido religioso como en el artístico, el cual remite a la imagen del cuerpo deteriorado y torturado de Cristo dentro del contexto judeo-cristiano, referente que, además, para Panera remite al concepto más exacto y literal del término “aquí estoy yo”, “yo me manifiesto a través de mis heridas y de mis excrementos”; y solo cuando toma consciencia de que eso hace parte de él, se revela, se materializa su identidad, por lo

que para Panera, en Nebreda la diferencia entre la “realidad real” y el relato construido se diluye.

Dentro del contexto del arte como lo aborda Panera y la autora Amorós-Blasco, las series fotográficas de Nebreda hacen referencia a la historia del arte que va desde el siglo xv de la pintura gótica y el Renacimiento hasta el Barroco español, caracterizado por elementos iconográficos como: sacrificio, locura, dolor, castigo, esterilización, mortificación y éxtasis. Si bien las obras de Nebreda representan este tipo de imágenes, aparece un rechazo al ilusionismo, que se configuraba como una técnica pictórica que caracteriza al barroco y que permite alcanzar un alto grado de realismo en las obras, creando espacios que generan la ilusión de realidad. Por el contrario, él muestra su cuerpo mortificado, exhibiendo sus laceraciones sin ninguna pretensión o simbolización en la imagen creada.

En la obra de Nebreda prevalece el uso de los espejos mediante la idea de la realidad y su doble, como el personaje que crea a través del dolor, materializando así su identidad, lo que habla, para Panera, de su verdad, siendo su obra una necesidad del artista para sacarla fuera. De igual manera, para Amorós-Blasco, el doble fotográfico es la documentación de una práctica ascética rígida y radical que abre una nueva perspectiva de la imagen a través de la iconización de él mismo (2005, pág. 183), elemento que le proporciona una identidad que afirma su existencia.

También en su producción fotográfica aparecen los utensilios y elementos con los cuales se auto inflige las lesiones, tales como la cuchilla de afeitar, las agujas, los bisturís, que sin la presencia del sujeto siguen remitiendo a hechos de martirio y sacrificio, evocando las marcas en el cuerpo, las laceraciones en la piel que, desde la perspectiva iconográfica, remiten a la imagen de Cristo abordada en el Barroco, quien sufrió el martirio en manos de los hombres al cumplir el mandato de un Padre que le ordenó el sacrificio (Amorós-Blasco, 2005, pág. 187). En el caso de Nebreda, él realiza sus prácticas de penitencia para un

propósito: sus fotografías, donde a través de sus métodos controla e interviene sus lesiones y heridas; así, la penitencia y el sacrificio que lleva a cabo en la producción de sus obras remiten también a la religiosidad; sin embargo, cabe aquí preguntarse si ¿acaso esta tendencia no responde también a la insistencia de otro empuje, a la invasión de lo real, de aquello que está por fuera del sentido?

Para Lacan, la imagen de Cristo es importante para comentar el Barroco, ya que en ninguna otra parte, como en el cristianismo, se descubre en una forma más patente la obscenidad como “exhibición de cuerpos que evocan el goce” (Lacan, 1992, pág. 137), cuyas representaciones e imágenes son mártires de un sufrimiento más o menos puro; donde la imagen atrapa el goce del sufriente mártir, siendo el Barroco la “regulación del alma por la escopia corporal” (Lacan, 1992, pág. 140). De este modo Lacan ubica al Barroco como un arte que demuestra la incidencia del Otro en el cuerpo representado en la imagen obscena, siendo este tipo de iconografía la producción de una imagen que atrapa el goce sufriente del mártir.

Por otro lado, el arte abyecto está caracterizado por signos de violencia y transgresión sobre el cuerpo que permiten, para Hernández-Sánchez (2016, pág. 140), aflorar lo que seguramente sea el tema principal en relación con esta propuesta estética: el de la pérdida de la identidad, donde el cuerpo asumió una doble condición: por un lado puso la mirada al frente de aquellos elementos que desde lo pictórico aparecían velados, que en el arte tradicional son expuestos mediante referentes de lo bello, voluptuoso, claro y limpio, dando inicio, de esta manera, a un proceso de “espectralización”.

En este mismo sentido se encuentra la autora Julia Kristeva, quien en el texto *Poderes de la perversión* (1988) señala que lo abyecto es aquello que perturba una identidad; para ella no es la ausencia de limpieza o de salud lo que determina lo abyecto, sino aquello que perturba un sistema, un orden que no responde, por lo tanto, a un límite o a una regla.

Kristeva define lo abyecto como una categoría constituyente del sujeto: “Lo abyecto es la violencia del duelo de un ‘objeto’ desde siempre perdido” (1988, pág. 24), ubicándolo en la dimensión de la falta; así, lo abyecto para la autora es un objeto caído, radicalmente un excluido, que atrae hacia allí donde el sentido se desploma, conceptualización que en términos psicoanalíticos se relaciona con la falta, la castración, lo real, como aquello que tras de sí deja para un sujeto el paso por el significante. Así, para esta autora la abyección es el reconocimiento de la falta fundante de todo ser, y la orina, la sangre y el excremento “vienen entonces a asegurar a un sujeto en falta lo que le es propio” (pág. 9).

La teorización de Kristeva sobre lo abyecto retoma nociones y conceptos desarrollados por el psicoanálisis lacaniano, sin embargo lo asocia con la perversión en la medida que lo abyecto no asume una interdicción, una ley o una regla; así, desde esta perspectiva, la producción artística en su origen está tocada por un elemento de simbolización, a diferencia de la noción lacaniana de lo real, ya que para ella lo abyecto sería un elemento expulsado inicialmente por la represión; al respecto la autora dice: “encuentran una existencia simbólica, a la que deben plegarse las lógicas mismas de lo simbólico, los razonamientos, las demostraciones, las pruebas, etc. Es entonces cuando el objeto cesa de estar circunscripto, razonado, separado: aparece como... abyecto” (1988, pág. 24).

Esta puntualización de la autora sobre el concepto de lo abyecto es un elemento diferenciador importante, ya que, de alguna manera, las referencias que se encuentran en esta teorización de lo abyecto en torno al arte contemporáneo parecen integrarla, quedándose posiblemente en una perspectiva de lo abyecto como aquello que debe de ser expulsado y expuesto en los objetos del arte, y no como un elemento que ha estado fuera de toda significación, como lo plantea Lacan.

## Noción de real, *das Ding*, en Lacan en relación a la creación y la experiencia artística

*¡¡En efecto!!; En una fotografía, sí! La consecuencia de esta doble realidad es la creación de este doble fotográfico. Cuando yo digo que, yo también estoy diciendo las únicas referencias que tengo de mi propia imagen, son las que me da el doble fotográfico*

David Nebreda

El ámbito que Lacan evoca como el de la Cosa, *das Ding*, inicialmente es tomado de las elaboraciones que realizaron Sigmund Freud y Martin Heidegger; la teorización de ambos autores lo llevaron a situar la Cosa como el vacío, lo innombrable e irrepresentable. Freud, en el “Proyecto de psicología para neurólogos” (1979/1895), hace referencia al término de *das Ding* como aquello que en la relación del niño con el Otro materno, el Otro primordial, permanece como un cuerpo extraño en el interior del psiquismo ya que, por un lado, una parte queda integrada en el sistema de representaciones –lo que conlleva a un reconocimiento del Otro materno como algo familiar, doméstico–, y por otro lado, queda algo en la relación con ese otro primordial que le es inquietante, incomprensible, y que escapa a todo sentido permaneciendo como una cosa inadmisibles, como un cuerpo extraño al cual el sujeto nunca tendrá acceso.

La palabra alemana *das Ding*, la Cosa en la teoría psicoanalítica, es una noción que retoma Lacan en el *Seminario 7. La ética del psicoanálisis* para elaborar la de sublimación, que define como “elevar un objeto a la dignidad de la Cosa” (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 138), noción que relaciona la creación de objetos en el ámbito artístico como una posible respuesta ante lo incognoscible, frente a aquello que en lo humano se encuentra por fuera del orden de lo simbólico, es decir, de lo real como aquello a lo que el sujeto no tiene acceso, que siente perdido,

pero que, sin embargo, paradójicamente desea encontrar. De manera inicial, al igual que Freud, Lacan suponía la pérdida de la madre, desde la elaboración del complejo de Edipo, el complejo de castración y la ley del incesto, como la pérdida de un lugar de goce, lo que relaciona a la noción de *das Ding*, la Cosa, como un proceso económico de la energía psíquica, siendo esta una pérdida originaria de goce, lo que abre para Lacan el esbozo a la elaboración del objeto *a* como real.

Sin embargo, por esta vía de teorización, *das Ding* no es solo lo in-nombrable, como aquello que está más allá del sentido y de toda representación, sino aquello que al mismo tiempo empuja al sujeto más allá del principio de placer; para Lacan, lo que evoca Freud en el campo del *das Ding* es del orden de una paradoja ética frente a “eso que, en la vida, puede preferir la muerte” (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 128), elemento que en la teoría psicoanalítica se denomina goce y que no es más que la manifestación de lo real como fuera de significado en el cuerpo, como una sensación que se impone y que conlleva para el sujeto sufrimiento y lo acerca a lo mortífero.

Para Lacan, la experiencia del inconsciente es externa al sujeto, la designa en el lugar del Otro, y es desde donde construye su fórmula: “el inconsciente es el discurso del Otro” (Lacan, 2010, pág. 30); es decir que el inconsciente está estructurado como un lenguaje y que el hombre, para Lacan, crece tanto inmerso en el mundo del lenguaje como en el llamado natural, por lo que el lenguaje determina al humano, incluso antes de nacer por medio del deseo en que los padres lo acogen, designándole referentes y significantes frente a sus posibles expectativas y también, por qué no, frente a su rechazo, ubicándolo por esta vía en la dimensión de objeto; al respecto Lacan dice: “el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en el objeto de la madre” (2010, pág. 56).

Esta posición de objeto en relación al Otro frente a lo que puede ser su deseo, como aquel lugar asignado y referenciado, lleva al sujeto a un lugar que Lacan asigna como descentrado, pues lo conduce a sostener un significante que se repite; de allí su fórmula: “el deseo del hombre

es el deseo del Otro” (Lacan, 2010, pág. 39), pues el destino del sujeto estará dado por sus intentos de responder por aquello que de forma imaginaria y a manera de conjetura supone el Otro pueda querer de él, por lo que, lo dice el autor, el deseo es el efecto del significante en el cual el lenguaje hace surgir un sujeto.

Para Lacan, la estructura del lenguaje se inscribe en lo real y brinda la oportunidad de dar un sentido más allá del supuesto realismo que es solo efecto del discurso, diferenciando de esta forma lo real de la realidad; para Lacan, por más que se desarrolle el sistema de realidad, deja a una parte anclada en el principio de placer, que es lo perteneciente a lo real. Así, según Lacan, la práctica del significante, el estar atravesado por el lenguaje, hace surgir un sujeto condenado a sostenerse con un significante que se repite, “es decir a sostenerse dividido” (Lacan, 2010, pág. 23), división que es estructural en la medida que el sujeto es hablante, ya que si bien el lenguaje permite articular ciertos aspectos o atributos de los objetos, no todo puede ser nombrado a través de éste; ante una percepción hay algo que, por la vía del lenguaje, de lo simbólico, puede ser atrapado; la palabra, en este caso, está articulada a la cosa, sin embargo queda algo que no logra ser simbolizable algo se pierde: *das Ding*, lo real.

A partir de la definición que el psicoanálisis tiene del sujeto como un ser inmerso en lo simbólico, en el lenguaje, postula que la percepción no es algo consciente que el sujeto hace desde la razón, sino que está determinada por un aspecto fantasmal, por el agujero que deja la travesía por lo simbólico; al respecto, afirma Lacan que los “elementos imaginarios del fantasma llegan a recubrir, a engañar al sujeto” (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 123). Así, los objetos producidos vía la sublimación son sustitutos de *das Ding*, de la Cosa, se crean ante la imposibilidad de representar lo irrepresentable; la sublimación, por lo tanto, permite la sobrevaloración del objeto, es decir, que sea elevado a la dignidad de la Cosa, cuyas características se encuentran en los objetos producidos o creados en el arte, objetos que son valorados en la cultura

ya que responden a ideales sociales que de alguna manera exaltan la creación de nuevas formas significantes.

Es decir, cuando el objeto logra cumplir su función de elevarse a la dignidad de la Cosa, significa que logra representarla mediante el objeto creado, ya que si *das Ding*, la Cosa, está del lado de lo real, fuera de significación, el sujeto a través de la creación puede representarla por medio de otra cosa, a través de un objeto creado. Según la psicoanalista Beatriz Maya, este objeto estará “camuflado bajo la forma del engaño que es lo bello” (Maya, 2003, pág. 117), lo que de alguna manera impone un límite en relación a *das Ding*, siendo un objeto de intercambio entre el artista y el espectador, ya que el sujeto a través de la creación sublimatoria se garantiza su deseo y evita acceder al goce absoluto que, como dice Lacan, acerca a lo mortífero. Por lo tanto, el fantasma hace alusión a una formación psíquica encargada de mantener en cause la energía vital (el empuje pulsional) hacia la búsqueda y creación de nuevos objetos y evita que alcance un límite intolerable, el encuentro con *das Ding*, que significaría así mismo la descarga total de dicha energía, es decir, la muerte.

Lacan hace del alfarero el paradigma de la sublimación artística, ya que crea a partir del vacío, como un acto mediante el cual no lo taponna, ni lo obstruye, sino que, por el contrario, a través de lo que hace, evoca la Cosa, el vacío, del que según Lacan toda obra de arte nace y cuya finalidad es delimitarla, presentificarla y ausentificarla (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 174).

Así que bordear este agujero, dibujarlo, fotografiarlo, pintarlo o escribirlo para tratar de atrapar mediante algún tipo de representación lo que es irrepresentable, es lo que constituye el objeto del arte; sin embargo, este no puede ser cualquier objeto; es, según Lacan, “un objeto hecho para representar la existencia del vacío en el centro del real que se llama la Cosa, ese vacío tal como se representa en la representación, se presenta como un *nihil*, como nada” (Lacan, 1990, pág. 151). Este objeto para aproximarse a la Cosa, a lo real, deberá reunir las características de lo inédito, lo novedoso e irrepitible (Ramírez, 2005, pág. 50)

En los objetos de este tipo, como lo refiere Lacan, “El efecto de belleza es un efecto de enceguecimiento” (1990, pág. 337) frente a lo que no puede ser mirado, como el lugar de vacío, de agujero, que se relaciona con lo real, y frente a lo cual dice Lacan que se trata, efectivamente, de una ilustración del instinto de muerte. Por lo tanto, el objeto de arte tiene como finalidad poner un velo, a través de la creación, sobre el vacío de *das Ding*. Para Lacan, la belleza ocupa un lugar entre lo real, lo imposible de nombrar y le asigna un lugar de velo, de engaño porque, a la vez que a partir de éste se crean objetos de formas bellas, lo evoca como un imposible: “esa cosa, es de alguna suerte revelada con una potencia insistente y cruel” (Lacan, 1990, pág. 199). La belleza es lo que vuelve a evocar a *das Ding*, evoca el horror, el vacío frente a lo no simbolizable que para el sujeto es la muerte, lo real.

La verdadera barrera que detiene al sujeto ante el campo innombrable del deseo radical, en la medida en que es el campo de la destrucción absoluta, de la destrucción más allá de la putrefacción es, hablando estrictamente, el fenómeno estético en la medida en que es identificable con la experiencia de lo bello, lo bello en su irradiación deslumbrante, lo bello del cual se dijo es el esplendor de lo verdadero. Es, evidentemente, porque lo verdadero no es demasiado bonito de ver que lo bello es, si no su esplendor, al menos, su cobertura. (Lacan, 1990, pág. 262).

Si para Lacan el bien constituye una primera red de detención, lo bello es la segunda y es una forma de detención frente a aquella tendencia paradójica de lo humano, orientada en dirección al campo de la destrucción, encontrando por esta vía que lo bello está más cerca del mal que del bien. Es así como lo bello cubre el deseo de muerte como una barrera que preserva al sujeto de él; de ahí que la belleza sea definida para Lacan como un señuelo que atrapa y fascina pero que, a la vez, apunta a otra cosa.

En esta vía, la obra de Nebreda en que produce, a través del autorretrato, objetos con características abyectas, parecen cumplir con las propiedades de lo novedoso, lo inédito e irrepetible que relaciona Lacan con la creación sublimatoria; no obstante, para el espectador la experiencia

estética no está en la apreciación de lo bello, no es la belleza la que aparece como una barrera frente a lo que está más allá de *das Ding*, la Cosa, es decir que el vacío que debe de estar presente en la obra artística bajo el velo de la belleza parece ser revelado, descubierto, por lo que nos preguntamos si ¿esta manifestación artística que ejecuta Nebreda destruye, entonces, el efecto estético?; y, siendo así, ¿por qué su creación ha tenido un impacto en la cultura del arte contemporáneo, generando una posible nueva forma y dimensión de valorar y apreciar dicho contenido, siendo exhibida en museos y expuesta desde diversas expresiones artísticas?

En un texto de 1919, Freud introduce el término “lo ominoso”, como aquello que para el sujeto representa una experiencia del orden de lo terrorífico, de lo siniestro, que causa horror y angustia, y que, así mismo, desborda su capacidad de comprensión ante la presencia de una imagen, una representación o una escena de contenido desgarrador o violento, experiencia que los objetos de arte producidos por Nebreda parecen evocar; para Freud, la condición esencial para la ocurrencia del sentimiento ominoso es la incertidumbre intelectual: “Lo ominoso sería siempre, en verdad, algo dentro de lo cual uno no se orienta” (Freud, 1975/1917-1919, pág. 221), ubicando al espectador en relación a la experiencia estética en una perplejidad total.

Freud indica que esta condición para que se produzca el sentimiento de lo ominoso es que el surgimiento de la incertidumbre intelectual esté en relación a si algo es inanimado o inerte, y que la semejanza de lo inerte con lo vivo llegue demasiado lejos, o, como lo muestra Nebreda, que la presencia de la muerte sea evocada en el cuerpo lacerado, maltratado. Para Freud, la experiencia de lo ominoso parecer reconducir a la angustia de castración, aspecto que se ha abordado y que está asociado a aquello no simbolizable, que en primera instancia tiene que ver con lo inaccesible de la madre, con lo innombrable de la muerte, con lo real, la Cosa (*das Ding*), siendo este el factor de la repetición que vuelve ominoso algo en sí mismo inofensivo y que nos impone la idea de lo fatal (Freud, 1975/1917-1919, pág. 237).

Para Freud, el motivo del doble es también efecto de lo ominoso; este referente, según el autor, permite indagar por los vínculos del sujeto con la propia imagen vista en el espejo, en la sombra y por el miedo a la muerte; “el doble fue en su origen una seguridad contra el sepultamiento del yo, una «enérgica desmentida [*Dementierung*] del poder de la muerte»” (Freud, 1975/1917-1919, pág. 235); fue asociado a la fase del narcisismo, así la idea del alma inmortal pudo ser el primer doble para defenderse del aniquilamiento, como un seguro de supervivencia frente a lo ominoso anunciador de la muerte –que por esta vía el doble permite proyectar fuera de sí, como algo ajeno–.

Así, el doble podría ser, en el ámbito del arte, el objeto que el artista fabrica a través de la elaboración estética; como en el caso de los autorretratos que produce Nebreda mediante el uso que hace de los espejos para fotografiar su sangre y sus excrementos, lo que para él es “la experiencia de su propia muerte” (Amorós-Blasco, 2005, pág. 182). Las imágenes límite del doble fotográfico en la obra de Nebreda abren, según Amorós-Blasco (2005), una ventana a un mundo de otra naturaleza ofreciendo la imagen de su cuerpo tras el sacrificio que se inflige:

Las únicas referencias que tengo de mi propia imagen, son las que me da el doble fotográfico (...) yo nunca veo lo que estoy fotografiando. Yo construyo (más que compongo) puntos de referencia para estos doble fotográficos en relación a esta doble realidad; no tengo otro camino para hacerla. (Nebreda citado por Amorós-Blasco, 2005, pág. 194).

Para esta autora, el doble fotográfico que produce Nebreda a través del autorretrato son imágenes límites que necesita para no desaparecer, ya que siente la vida como un riesgo constante por el que puede ser aniquilado; así, el doble sería aquello capaz de proporcionarle una presencia en el mundo y una identidad. Es decir que, si bien desde el referente estético es posible que su obra ponga la mirada en aquello abyecto –en la Cosa, en lo más ajeno, mediante la imagen que crea tan cercana a la muerte, a la crueldad y a la violencia de su cuerpo

torturado—paradójicamente, le sea imprescindible para mantenerse vivo. Para Nebreda, el doble fotográfico es todo el proyecto “de un deseo de desaparición” (Amorós-Blasco, 2005, pág. 202) que, a través del registro fotográfico, de la creación, hace, así mismo, aparecer; y desde las características abyectas en la cuales parece estar construido podría, a su vez, hacer emerger lo ominoso como algo que, destinado a permanecer en lo oculto, ha salido a la luz.

Se podría plantear sí, ¿el arte que produce Nebreda sometiendo su cuerpo a experiencias extremas, cercanas al auto aniquilamiento, le permiten de alguna manera el intercambio dialéctico, el encuentro con el otro mediante la exposición de sus obras, acto a través del cual se presenta movilidad, transformación y devenir en cada repensar, planear y producir un nuevo proyecto fotográfico?

En este sentido, será preciso revisar y considerar el arte contemporáneo a la luz de aquello que hoy es valorado como objeto de arte, quizás cumpliendo con su característica de dignidad, aunque, como se ha desarrollado en el arte de Nebreda, sus obras parecen exponer lo real, desde la obscenidad, la crudeza y el horror.

## Nebreda muestra la “Vacuola”

*En este proyecto de desaparición, de doble realidad que explico extensamente en mis textos, el tema del dolor desaparece... El sufrimiento pierde todo su significado, dejando de existir. La realidad de la moral, de la sensación, desaparece. No se sabe si existe una moralidad; si esto está bien o mal, ya sea desde el punto de vista psíquico como desde el punto de vista moral. La cuestión no tiene sentido. Vuestra cuestión no tiene sentido alguno*

David Nebreda

En la enseñanza de Lacan ubicada en el *Seminario 7*, la creación de un objeto de arte corresponde a bordear la Cosa, *das Ding*, definida como aquel real fuera de significado que está en relación con el goce y

el deseo de muerte, irrepresentable para el sujeto, que marca, así mismo, la pregunta que dirige al Otro, tratando de estructurar una posible respuesta y configurar una posición frente al mundo. Siendo en el ámbito del arte, lo bello, el velo que lo cubre, intenta, vía la sublimación, dar forma a este vacío a través de los objetos creados; y por este camino ser una barrera que, como dice Lacan, intenta preservar al sujeto del deseo de muerte, como una forma de detención frente a aquella tendencia de lo humano direccionada al campo de la destrucción; justo en este elemento se podría ubicar la vertiente ética de la creación, por cuanto promueve la vida desde un posible lazo y vínculo social, como pueden encontrarse en la realización y producción de Nebreda a través de la exposición de sus obras fotográficas, la publicación de artículos y libros y en las limitadas entrevistas que ha concedido, a pesar de que sus obras no estén tramitadas por lo bello.

Para Recalcati (2006), la tesis lacaniana de la obra de arte como organizador del vacío, de *das Ding*, es una estética de lo real que pone una distancia ante el goce absoluto que sería la muerte; sin embargo, para este autor esta estética si bien está en relación con lo real, no debe ser degradada en el culto realístico de la Cosa que, como lo expone, sucede en gran parte del arte contemporáneo; ya que para este autor generaría “el realismo psicótico del arte” (Recalcati, 2006, pág. 12), siendo la exhibición del cuerpo del artista, como en el *body art* y en el arte abyecto –como se encuentra en Nebreda–, una encarnación pura y directa, sin ningún efecto de mediación de lo real obscuro de la Cosa; así, sostiene que al aproximarse demasiado a la Cosa no hay obra de arte posible, pues “el aire psíquico resultaría irrespirable” y no habría creación, solo destrucción de la obra, eliminando el efecto estético, ya que no cumpliría con la condición de la sublimación como creación de una representación que toma distancia de la Cosa.

El arte que produce Nebreda a través de sus autorretratos, concebidos y planeados meticulosamente por el artista, parecen no estar direccionados de manera intencional hacia la búsqueda de la belleza como

categoría estética, ni generar un marco interpretativo frente a lo que desde el campo de la mirada se puede captar; por el contrario podría producir un rechazo de la mirada en el espectador, aspecto que parece ir en contravía del efecto apolíneo de la mirada depuesta en el cuadro y, como lo expone Lacan, encaminada a cierta satisfacción. Sin embargo, el trabajo de Nebreda podría contar como categoría estética puesto que está en relación con lo ominoso, evidenciando más bien un empeño por enfocar el vacío. El arte abyecto parece insistir en deponer la mirada en frente al vacío, en la ausencia y carencia del sentido, de frente a lo real.

Este tipo de creación artística pone al espectador ante un encuentro con lo real, concepto que Lacan desarrolla en el *Seminario 11* como la *Tyché*, una función de lo real como encuentro, que es esencialmente fallido puesto que lo real es *inasimilable* (Lacan, 1997/1964, pág. 63), y que además debe de ser taponado bajo la forma de la creación de lo bello, como imagen apaciguadora, apolínea, cuya contemplación estética para Lacan intenta *trompe-l'oeil*, engañar al ojo (Lacan, 1997, pág. 109), invitando a través de las bellas formas a deponer la mirada.

Sin embargo, en la obra de Nebreda, desde los elementos de asco y horror que ejecuta, la mirada no parece deponerse, más bien, sus obras parecen, según Amorós-Blasco, oscilar entre la belleza y lo monstruoso, rozando lo sublime –en la concepción kantiana del término– desde cierta proporcionalidad del efecto repulsivo de la crueldad de sus imágenes, con el efecto fascinador que, así mismo, producen, siendo esta característica la vía por la cual su proyecto adquiere poder y posible vigencia e importancia en el arte contemporáneo, “mediante la fijación inamovible de un pasado que muestra la cara de la muerte” (Amorós-Blasco, 2005, pág. 197).

De igual manera, para Lacan, Antígona es una figura que permite ver el punto de mira que define el deseo, lo que denota un misterio inarticulable, innombrable, “pues hacía cerrar los ojos en el momento en que se la miraba” (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 298); para él, esta imagen está puesta en el centro de la tragedia y es ella quien fascina con su brillo insoportable, el que, a su vez, intimida (Lacan, 1990/1959-1958). Lo

anterior porque brinda y acerca al momento en que la vida se confundirá con la muerte, es decir, que su brillo reside en su condición de muerta en vida, o de viva muerta, en una zona límite entre la vida y la muerte “donde el rayo del deseo a la vez se refleja y se refracta” (pág. 299) produciendo el efecto luminoso de lo bello, y, es al atravesar ese límite entre la vida y la muerte donde lo siniestro aparece.

Tanto lo real como el héroe trágico están, para Lacan –según Varela (2003, pág. 88)–, fuera del lenguaje, del orden simbólico, ya que “el héroe de la tragedia está siempre fuera de los límites, arrancado de la estructura en algún punto”. Y con ese estar fuera, continua Varela, Lacan da a entender que no hay para el héroe trágico nada que lo sujete, que sujete su deseo de ser; sin embargo, el doble fotográfico que Nebreda desarrolla en su obra aparece como aquello capaz de darle sentido a su existencia, de proporcionarle un lugar en el mundo, una identidad a través del dolor y del sufrimiento que se inflige en el proceso de construcción de sus obras, y mediante el poder de la imagen que crea, como un acto imprescindible para mantenerse vivo, a pesar del efecto desgarrador y terrible que se podría experimentar ante la presencia de sus obras donde “su sangre es la prueba y él mismo es la señal” (Amorós-Blasco, 2005, pág. 197). Al respecto dice Lacan:

El análisis muestra claramente que el sujeto desprende un doble de sí mismo al que vuelve inaccesible al anonadamiento, para hacerle soportar lo que en esta ocasión debemos denominar, con un término tomado del dominio de la estética, los juegos del dolor. Pues efectivamente se trata ahí de la misma región en la que se recrean los fenómenos de la estética, cierto espacio libre. Aquí yace la conjunción entre los juegos del dolor y el fenómeno de la belleza, nunca subrayada, como si sobre ella pesase no sé qué tabú, no sé qué interdicción, emparentada con esa dificultad, que conocemos bien en nuestros pacientes, de confesar lo que en sentido estricto es del orden del fantasma. (Lacan, 1990, pág. 313).

Continuando con la línea del mito, para Lacan el límite que el cristianismo estableció en el lugar de todos los demás dioses está bajo la

forma de esa imagen ejemplar que atrae secretamente hacia ella todos los “hilos de nuestro deseo”: la imagen de la crucifixión, en la cual el ser subsiste en el sufrimiento; así, para Lacan, la imagen central de la divinidad cristiana absorbe todas las imágenes del deseo del hombre (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 314). En el caso de la obra de Nebreda, como lo expone Amorós-Blasco, la ascensión aparece por la degradación, con la carne desgarrada como la forma de adquirir espiritualidad y donde el cuerpo sigue siendo el soporte de una marca (Amorós-Blasco, 2005, pág. 185).

Como en el caso de una de sus obras, donde Nebreda expone su cuerpo estigmatizado mediante heridas y laceraciones, derramando su sangre y realizando prácticas de punición y castigo para autorizarse un nuevo nacimiento, evitando, no obstante, ubicarse en una posición de mártir, ya que mediante la planeación y construcción de su obra procura controlar el alcance de su intervención frente a la construcción iconográfica que concibe y proyecta; así, su sacrificio, aunque en semejanza, expone Amorós, no reclama el sufrimiento de Cristo. Así mismo, para Nebreda, la integración de la materia fecal en sus obras introduce la posibilidad de la autogénesis como una especie de autodisciplina, de penitencia, ya que el “hundir el cuerpo en una máscara fecal es una mortificación” (Clair citado en Amorós-Blasco, 2005, pág. 187), un sacrificio que podría remitir también al ámbito de la religiosidad.

Por ejemplo, en la obra donde su cara es impregnada de excrementos no aparece un posible nivel interpretativo, no crea una imagen ambigua o una representación con algo, es la presencia efectiva del residuo corporal, de aquello que la cultura rechaza por ser objeto de repudio al sobrepasar los límites establecidos; allí, lo que debería aparecer oculto bajo la forma de lo bello emerge y produce asco y repudio, provocando sensación de extrañeza y desconcierto, develando posiblemente lo siniestro, el abismo, mediante imágenes que no se pueden soportar.

El asco, según Kant, se podría considerar como una de las ramas de lo siniestro siendo condición y límite de este; para Kant, el arte puede

abarcas cualquier tema, así como remover cualquier sentimiento, sin importar la moralidad o el horror que pueda producir, excepto el asco, pues, según Kant, el asco supondría la pérdida del efecto estético: “sólo una clase de fealdad no puede ser representada conforme a la naturaleza sin echar por tierra toda satisfacción estética, por lo tanto, toda belleza artística, y es, a saber, la que despierta el asco” (Citado por Palacio, 2017, pág. 23). Para Kant, no puede resultar agradable aquello que produce rechazo, ya que el sentimiento de asco va ligado al sentido del gusto y es puramente gustativo. No obstante, para el psicoanálisis, a partir de la concepción que tiene del sujeto como un ser inmerso en lo simbólico, la percepción no es algo consciente que el sujeto hace desde la razón o desde el juicio, sino que está determinado por un aspecto fantasmal, por el agujero que deja la travesía por lo simbólico, por lo que, afirma Lacan, los “elementos imaginarios del fantasma llegan a recubrir, a engañar al sujeto” (Lacan, 1990/1959-1958, pág. 123).

Para Recalcati, desde estas características en las que se podría enmarcar el arte como lo ejecuta Nebreda, mediante el asco y el horror, más que bordear el vacío de la Cosa, *das Ding*, como condición de la sublimación, este tipo de producción artística estaría más en relación con la intrusión de la Cosa que cancela el vacío (Recalcati, 2006, pág. 79) generando una emergencia de lo real de la Cosa, más que una sublimación de la Cosa como ausente, presentificada. Para Recalcati, este tipo de creación artística responde a un culto del vacío tal y como se encuentra en la imagen anoréxica y esquelética de los autorretratos de Nebreda, que, según él, producen un fetichismo mortífero del vacío.

Desde la perspectiva que plantea Recalcati, lo que está en juego no es, de hecho, la ascesis del espíritu del cuerpo que manifiesta Nebreda, sino una encarnación del espíritu en el hueso, una cosificación literal, instaurado según lo refiere en un realismo narcisístico de la anorexia, que encuentra una correspondencia significativa en el realismo maligno y en el exhibicionismo perverso que caracteriza *el body art*; mientras la sublimación artística se funda sobre una elevación del objeto a

la dignidad de la Cosa, “en el realismo del *body art* estamos delante de la aparición sin velos de la Cosa” (Recalcati, 2006, pág. 39).

Cabe la pregunta en este punto, si ¿en el arte abyecto ejecutado por Nebreda, poniendo su cuerpo como objeto, apunta a aquel brillo de Antígona que describe Lacan como imagen de la pasión y del deseo, donde aparece algo disuelto y repelente, es decir la Cosa? En el *Seminario 16. De un Otro al Otro*, Lacan aborda la dialéctica del placer que para él implica un nivel de estimulación a la vez buscado y evitado, de un justo límite, de un umbral, e incluye en este la centralidad de una zona prohibida, porque el placer sería allí demasiado intenso, designando esta centralidad como el campo del goce y que se define como todo lo que proviene de la distribución del placer en el cuerpo. Esta distribución, su límite interno, es lo que Lacan designó como vacuola, *das Ding*, como “lo que nos es más cercano sin dejar de sernos exterior” (Lacan, 2008/1972-1973, pág. 206).

Para Lacan, por la configuración de la vacuola, del agujero propio del goce, desde la tensión insoportable, se constituye allí el borde como una suerte de defensa. Es decir que, para Lacan, la sublimación en la creación de objetos desde la cualidad de lo bello logra elevarlos a su condición de dignidad idealizándolos como producción valorada por lo social, que produce la satisfacción misma de la pulsión; son objetos creados, como indica el autor, “justamente para no ocuparnos de nuestros problemas, que son mucho más importantes” (Lacan, 2008/1972-1973, pág. 212). Entonces, la obra de Nebreda podría plantearse o pensarse como una invitación a pasar la mirada por aquello más oscuro o siniestro que habita lo humano, a ponerse de frente a lo más abyecto, siendo él, como la figura de Cristo, quien hace el sacrificio a través del sufrimiento para mostrarlo y personificarlo, como un proceso de renacimiento cuyo punto de partida es la “experiencia afectiva de su propia muerte”.

## Conclusiones

El abordaje iconográfico desde el cual se realizó el acercamiento a la obra de David Nebreda permite precisar que, si bien su formato –basado en el autorretrato– se podría ubicar, según los especialistas en el arte, en la representación barroca, caracterizada por el sacrificio, la locura, el dolor, el castigo, la esterilización, la mortificación y el éxtasis –intentando alcanzar un alto grado de realismo en las obras a través de la creación de espacios y escenas que generaban la ilusión de realidad–; la obra de Nebreda no parece ir en vía de la ilusión del realismo, ya que su ejecución busca mostrar su cuerpo mortificado, exhibiendo sus laceraciones sin ninguna pretensión o simbolización en la imagen creada –aspecto que lo podría ubicar más en el movimiento abyecto, el cual rechaza el ilusionismo e incluso cualquier sublimación de la mirada del objeto, en un intento por evocar lo real en sí mismo, que para Foster (2001) son escenas de desastre, llenas de “sangre, vómitos y mierda, decadencia y muerte”–. Así, estas imágenes evocan el cuerpo vuelto del revés, lo de dentro fuera, al sujeto literalmente abyecto, expulsado. Sin embargo, aparece que la noción de real abordada en el contexto del arte, retomada de la filósofa Julia Kristeva, marca un punto diferenciador de la noción de real lacaniana, ya que para la autora lo abyecto parte de una represión originaria que subyace al orden simbólico, mientras que para Lacan lo real es lo que no pasa por la simbolización, lo que no entra a hacer parte de la cadena significante, lo que queda por fuera de todo sentido.

Así pues, en la obra de Nebreda, por la experiencia límite donde la intervención sobre su cuerpo pone al espectador ante lo ominoso que, como lo define Freud, deja al sujeto desorientado, la figura del doble desarrollada en el autorretrato es un referente estético que, si bien ubica la mirada en lo abyecto, en la Cosa, como la imagen que crea tan cercana a la muerte, a la crueldad y a la violencia de su cuerpo torturado,

probablemente y paradójicamente le sea necesaria para mantenerse vivo, ya que son obras fabricadas y valoradas en el medio social, en el ámbito del arte, cumpliendo con el sentido de la sublimación, creando un objeto de intercambio entre el artista y el espectador que de alguna manera le garantiza su deseo y le evita acceder al goce absoluto que, en términos de Lacan, sería la muerte.

Es posible concluirse que la obra de David Nebreda surge como un nuevo referente estético a pesar de no cumplir con la condición de lo bello como la segunda forma de detención frente al goce absoluto, siendo el bien el primero, tal como indica Jacques Lacan, y aunque constituye una experiencia límite, le otorga un lugar en el mundo, una posición que lo mantiene en la vida haciendo lazo social, aunque sea al vilo de la muerte, develando a *das Ding*, lo real.



David Nebreda, *Autorretratos*.

*Nota:* <https://steemkr.com/cervantes/@azulnaranja/el-fotografo-david-nebreda-el-autorretrato-de-la-esquizofrenia>

## Referencias

- Amorós-Blasco, L. (2005). *Abismos de la mirada. La experiencia límite en el autorretrato último*. Cendeac.
- Coccoz, V. (2006). El cuerpo-mártir en el barroco y en el body art. En M. Recalcati *et al.*, *Las tres estéticas de Lacan* (págs. 115-135). Ediciones del Cifrado.
- Freud, S. (1975/1917-1919). Lo ominoso. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. XVII, págs. 215-251). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1979/1895). Proyecto de psicología para neurólogos. En J. Strachey (Ed.), J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas* (Vol. I, págs. 323-446). Amorrortu Editores.
- Foster, H. (2001). *El retorno de lo real: la vanguardia a fines del siglo*. Akal.
- Hernández-Sánchez, D. (2016). Carne de perfil: Sobre la progresiva espectralización de los cuerpos. *Episteme*, 36(2), 137-151. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ens/article/view/12553](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ens/article/view/12553)
- Kristeva, J. (1988). *Poderes de la perversión*. Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1990/1959-1958). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 7: La ética*. Paidós.
- Lacan, J. (1992). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 20: Aun*. Paidós.
- Lacan, J. (1997/1964). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2008/1972-1973). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 16: De un Otro al otro*. Paidós.
- Lacan, J. (2010). *Intervención y textos 2*. Manantial.
- Maya, B. (2003). *Psicoanálisis y poesía: un desciframiento del bien-decir*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Panera, J. (2002). *David Nebreda. Autorretratos*. Editorial Universidad de Salamanca.
- Ramírez, A. (2005). *Arte minimal: una mirada psicoanalítica* (Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia). Universidad de Antioquia.
- Ramírez, J. A. (1996). Iconografía e iconología. En V. Bozal-Fernández, *Historia de las ideas estéticas y de las teorías artísticas contemporáneas. Volumen 2* (págs. 293-310). Antonio Machado Libros.
- Recalcati, M. (2006). *Las tres estéticas de Lacan: (psicoanálisis y arte)*. Ediciones del Cifrado.
- Varela, B. C. (2003). Lacan y la esencia de Antígona. *Trama y Fondo: Revista de Cultura*, (15), 83-94. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/85973>

## Cibergrafía

- Panera, J. (2013). *David Nebreda, ...12 años después* [Video]. Entrevista por Julián Álvarez. Vimeo. <https://vimeo.com/68454947>



Teléfono: (57) 604 219 53 30. Telefax: (57) 604 219 50 13  
Correo electrónico: [imprenta@udea.edu.co](mailto:imprenta@udea.edu.co)



El grupo de investigación Psyconex (Psicología, psicoanálisis y conexiones) de la Universidad de Antioquia (Colombia) mantiene vigente su actividad mediante proyectos de investigación y su firme apuesta por la transmisión del saber, particularmente, promoviendo un debate multidisciplinar en torno a las concepciones psicopatológicas, la salud y la enfermedad. Este libro reúne y recrea las temáticas precedentes, estimulando aristas de análisis y una reflexión sobre el lazo social, eje alrededor del cual se ordena la actualización de la formación de profesionales de la psicología y de otros campos de las ciencias sociales para su ejercicio profesional.