

Caso por caso: clínica y lazo social

XIMENA CASTRO-SARDI (EDITORA ACADÉMICA)



Caso por caso: clínica y lazo social

XIMENA CASTRO-SARDI (EDITORA ACADÉMICA)

 Editorial
Universidad
Icesi

 UNIVERSIDAD
ICESI

Caso por caso: clínica y lazo social

© XIMENA CASTRO-SARDI (EDITORA ACADÉMICA)
Y VARIAS AUTORAS

Cali. Universidad Icesi, 2020.

234 pp. 17x24cm

ISBN: 978-958-5590-25-0 | 978-958-5590-26-7 (PDF) |

978-958-5590-27-4 (ePub)

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/disc.3.2020>

Palabras Clave: 1. Salud mental | 2. Psicología clínica |
3. Psicoanálisis aplicado | 4. Estudios de caso

Código Dewey: 150

© **Universidad Icesi**

Primera edición / Junio de 2020

Colección «Discernir»

Rector

Francisco Piedrahita Plata

Secretaría General

María Cristina Navia Klemperer

Director Académico

José Hernando Bahamón Lozano

Coordinador Editorial

Adolfo A. Abadía

Diseño y Diagramación

Natalia Ayala Pacini | nataliaayalapb@gmail.com

Revisión de Estilo

Paola Vargas Heredia

Editorial Universidad Icesi

Calle 18 No. 122-135 (Pance), Cali – Colombia

Teléfono: +57 (2) 555 2334 | E-mail: editorial@icesi.edu.co

<http://www.icesi.edu.co/editorial>

Impreso en Colombia – *Printed in Colombia*

La publicación de este libro se aprobó luego de superar un proceso de evaluación doble ciego por dos pares expertos.

La Editorial Universidad Icesi no se hace responsable de las ideas expuestas bajo su nombre, las ideas publicadas, los modelos teóricos expuestos o los nombres aludidos por el(los) autor(es). El contenido publicado es responsabilidad exclusiva del(los) autor(es), no refleja la opinión de las directivas, el pensamiento institucional de la Universidad Icesi, ni genera responsabilidad frente a terceros en caso de omisiones o errores.

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

ÍNDICE

07	Prólogo
11	Presentación
EL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN CLÍNICA	
17	CAPÍTULO 1 <hr/>
	La experiencia del CAPsi: una invención y sus enseñanzas
31	CAPÍTULO 2 <hr/>
	Supervisión y formación clínica
LOS CASOS	
49	CAPÍTULO 3 <hr/>
	Autismo y psicosis en la infancia
77	CAPÍTULO 4 <hr/>
	Síntomas contemporáneos en la adolescencia
99	CAPÍTULO 5 <hr/>
	Mujeres, entre la violencia y la palabra
123	CAPÍTULO 6 <hr/>
	Efectos subjetivos del conflicto armado colombiano
149	CAPÍTULO 7 <hr/>
	Salud mental en el ámbito laboral
171	EPÍLOGO <hr/>
	Subjetividad y escucha
ANEXO	
185	Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi). Informe de actividades (2014-2019)
229	Sobre los autores

NOMENCLATURA



Preguntas para discutir en el aula

El CAPsi, un lugar donde la palabra tiene valor y es acogida con ética por el otro

De los múltiples aciertos que tiene esta publicación, quisiera referirme a dos de ellos de manera puntual. El primero es la documentación de una experiencia a la vez apremiante y singular, que es la del *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)* de la Universidad Icesi de Cali. Dadas las urgencias subjetivas desencadenadas por los diferentes avatares sociales y políticos de nuestro país, y específicamente en la zona geográfica de la ciudad en la que opera el Consultorio, se hacen necesarios dispositivos de atención que no solo puedan recibir a esta población, sino que estén bien orientados en su práctica; que no solo se sumen a los otros dispositivos existentes, sino que puedan acoger, con la ética y cuidado necesario, la palabra del otro. El segundo mérito al que quisiera referirme es a los resultados de investigación y reflexiones que esta publicación le ofrece al lector. Es decir, el libro no se limita a documentar la experiencia (valiosísima en sí misma) del CAPsi, sino que expone, a partir de casos clínicos puntuales y un marco teórico sólido, la lógica de las intervenciones psicológicas y psicosociales y las enseñanzas que se extraen del caso por caso.

El libro presenta un trabajo riguroso en el que se detalla la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial único en nuestro país y los efectos de las intervenciones en la población atendida. A través de la exposición de casos clínicos, logra presentar los efectos subjetivos de las intervenciones, el acogimiento de la palabra y demanda de los usuarios del servicio y la orientación que tiene cada una de ellas, sostenida éticamente y con la especificidad del caso por caso. El libro ilustra muy bien el funcionamiento y valor del dispositivo de intervención, al igual que su papel fundamental frente a las demandas psicológicas en un contexto social, cultural, económico y político como el colombiano. Es una experiencia que merece ser replicada en otros contextos del país y que además puede ser de gran interés para otros países (latinoamericanos, principalmente) que pueden tener demandas de atención psicológica, si bien muy distintas, en algún punto similares. El trabajo está bien organizado y las temáticas de cada uno de los casos presentados son

relevantes. Cada caso tiene un comentario que permite comprender su complejidad y su profundidad.

Es un problema de nuestro gremio el que muchas veces experiencias valiosísimas no se documenten y si bien logran producir efectos notables para la recuperación de las personas, no puede extraerse de allí un saber que pueda ser tomado por otros y tenido en cuenta para direccionar su trabajo o la creación de nuevos dispositivos o incidir en políticas públicas. También puede suceder que se documente de una manera que no permita su contrastación con otras fuentes; a pesar de que queda el registro de su existencia, lo hace de un modo solipsista que no permite su articulación con otras experiencias. Considero que esta publicación logra, a la vez, registrar la experiencia global y describir nítidamente el dispositivo de intervención, y además presentar casos cuyo valor no es el de sumarse a nosologías mayores de las que son exponentes o partes; sino que transmiten, en el recorte de un caso, la construcción, lectura y orientación de la intervención. Esa orientación no parte de hacer de cada caso la expresión patognomónica de una nosología, ni ofrecerse como el modelo de intervención a seguir. Más bien, ilustra en el caso por caso la ética de la escucha, el cuidado que se tiene con la palabra del otro y lógica de la intervención que se sigue del modo como se ha entendido, a partir de la palabra del sujeto, aquello de lo que se juega en su propio sufrimiento y las dificultades que presenta en sus arreglos con la vida.

Adicionalmente, cabe resaltar que esta publicación ofrece el encuentro con un dispositivo de atención psicosocial que, de comienzo a fin, está orientado por el psicoanálisis –en este caso por el psicoanálisis de orientación lacaniana–, lo cual es poco habitual en nuestro país y en nuestro medio. Este libro logra mostrar cómo esa orientación en la intervención frente a las necesidades psicológicas tan complejas que recibe el CAPsi, permite hacer una lectura acertada de los casos, acoger con atención y respeto la palabra del otro en la que enuncia su demanda y, a través de la palabra misma del profesional del CAPsi, ir produciendo efectos sobre el sufrimiento del sujeto.

Como libro para trabajar en el aula de clase en la formación de psicólogos, permite abordar elementos teóricos y clínicos, a la vez que ser una brújula ética para las intervenciones realizadas. Las preguntas orientadoras al final de cada capítulo constituyen un muy buen material para las clases. El libro combina acertadamente lo singular del caso

con su contrastación con referencias bibliográficas nacionales e internacionales relevantes para la comprensión teórica de los fenómenos destacados en los casos. Es de un enorme valor académico y clínico que esta experiencia no quede suscrita únicamente a la memoria de los profesionales, estudiantes y consultantes del CAPsi, sino que pueda ser socializada a una comunidad mucho mayor a través de una publicación rigurosa y de calidad como la que el lector tiene en sus manos.

Es un trabajo meritorio el de la editora, Ximena Castro Sardi, y de las autoras y autores que convoca, y un acto a celebrar el de la editorial de Icesi el apoyar esta publicación que es una contribución urgente y necesaria para la orientación de las intervenciones psicosociales en nuestro país.

MIGUEL GUTIÉRREZ-PELÁEZ

Universidad del Rosario

Programa de Psicología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Profesor titular

PRESENTACIÓN

Caso por caso: clínica y lazo social es un libro de texto dirigido a estudiantes, profesionales e investigadores en el campo de la salud mental, la psicología clínica y el psicoanálisis aplicado. Presenta una selección de 10 casos atendidos en el *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)* de la Universidad Icesi entre 2014 y 2018. Los casos son construidos para dar cuenta de la singularidad de los motivos de consulta, síntomas y modos de respuesta de cada sujeto, así como de la dirección de un tratamiento psicológico en un dispositivo asistencial en salud mental.

El estudio de casos es un método privilegiado en la formación clínica de los psicólogos y otros profesionales de la salud. La construcción rigurosa de estos casos, acompañada de un comentario experto que traza puentes entre la singularidad de cada uno y asuntos epistémicos, éticos y técnicos propios del ejercicio de la psicología clínica, se convierten en un rico material de estudio para aquellos interesados en formarse en este campo. Esta recopilación de casos no solo da cuenta de la diversidad de problemáticas y modos de manifestación del sufrimiento psíquico y social, sino de la utilidad que puede tener un dispositivo de escucha a la hora de tratarlos. En esta medida, este libro se constituye también en un producto de investigación, ya que se basa en la sistematización y análisis de la casuística atendida en el CAPsi a lo largo de cinco años.

Este libro de texto incluye un primer capítulo, escrito por Ximena Castro, en el que se presentan los principios y el modelo de atención del CAPsi, dispositivo creado inicialmente con un doble propósito: fortalecer la formación clínica del programa de psicología de la Universidad Icesi y ofrecer un servicio oportuno y gratuito de orientación psicológica, dirigido a los grupos más vulnerables de la ciudad de Cali. En este capítulo se resaltan algunas de las enseñanzas que se han extraído de la experiencia del CAPsi.

El segundo capítulo, escrito por Mónica Larrahondo, trata sobre el lugar central de la supervisión en la formación clínica de los psicólogos. A partir de un recorrido por diferentes modelos de supervisión, nos presenta una mirada en profundidad desde la perspectiva del psicoanálisis; así como una serie de reflexiones psicoanalíticas sobre la supervisión clínica en contextos universitarios, para luego resaltar el valor de la supervisión caso por caso, orientada hacia la singularidad de los sujetos que se atienden en el CAPsi.

En los siguientes cinco capítulos, diversos autores, que han participado como practicantes, psicólogas y supervisores del Consultorio, presentan los diez casos seleccionados y clasificados de acuerdo a diversas problemáticas de salud mental. Con el fin de preservar la confidencialidad de los consultantes y siguiendo lo establecido en el consentimiento informado, tanto los nombres propios como cualquier dato que permita su identificación, se modifican en todos los casos expuestos. Posterior al relato de cada caso, se presenta un comentario que alude a cuestiones epistémicas, éticas y técnicas con base en la teoría y clínica psicoanalítica, acompañado de una guía de preguntas para promover la discusión de cada uno de los casos en el aula. De manera específica, en el capítulo tercero, Mónica Larrahondo, presenta un caso de psicosis y otro de autismo en la infancia, en cuyos comentarios se resaltan conceptos de gran utilidad para el diagnóstico como lo son los *fenómenos elementales*, al igual que los *intereses específicos*, *la iteración*, y *las series y circuitos* presentes en la clínica del autismo. Nuris Martelo y Mario Marín exponen, en el cuarto capítulo, la construcción de dos casos relacionados con las manifestaciones sintomáticas de la adolescencia, en los que se ilustra claramente la tesis psicoanalítica lacaniana de la *adolescencia como síntoma de la pubertad*.

El quinto capítulo, escrito por Margarita Munévar y Diana Huertas, nos da una mirada, a través de los dos casos expuestos, a la problemática de la violencia de pareja y de género en contextos de vulnerabilidad social; en su comentario subrayan los conceptos de *responsabilidad* y *rectificación subjetiva*. Los dos casos presentados en el sexto capítulo, por Ximena Castro, dan cuenta de algunos efectos subjetivos del conflicto armado; el *síntoma*, el *trauma*, el *duelo* y la *angustia* son algunos de los conceptos que orientan el comentario de los casos. En el capítulo séptimo, Paula Ledesma y Lina Guerrero, presentan dos casos atendidos en el marco de un programa de acompañamiento psicosocial para fomentar la inserción laboral.

El epílogo del libro es una reflexión, fundamentada en el psicoanálisis, sobre la subjetividad y la escucha escrito por Ángela María Jaramillo, profesora y directora del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia.

Como anexo se incluye un informe del CAPsi que da a conocer datos sociodemográficos y problemáticas de salud mental de la población aten-

dida desde enero de 2014 hasta diciembre de 2019, así como un inventario completo de las actividades de docencia, extensión e investigación.

Se propone que este libro sea usado como material de estudio en los cursos del área clínica del Programa de Psicología de la Universidad Icesi, ya que expone el enfoque y el modelo de atención clínica que ha sido construido conjuntamente por el equipo de profesoras y supervisoras del CAPsi, uno de los laboratorios de aprendizaje experiencial de Icesi.

XIMENA CASTRO-SARDI

**EL DISPOSITIVO DE
ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN
CLÍNICA**

CAPÍTULO 1

**La experiencia del
CAPsi: una invención
y sus enseñanzas**

XIMENA CASTRO-SARDI

En el año 2013 un grupo de profesores del departamento de estudios psicológicos de la Universidad Icesi fuimos convocados por Lelio Fernández, el entonces decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, para pensar en formas de fortalecer la formación clínica de los estudiantes del Programa de Psicología. Legítimamente preocupado por las múltiples demandas que hoy se les formulan a los psicólogos en las diferentes organizaciones donde laboran y por la responsabilidad social de estos profesionales en el marco de la Ley que regula el ejercicio profesional del psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006), nos hacía un llamado a proponer estrategias y dispositivos pedagógicos que promovieran el desarrollo de competencias en intervención clínica. Fue en ese momento que surgió la idea de crear un consultorio psicológico que compartiera su sede con el Consultorio Jurídico de la Universidad en el centro de la ciudad y que atendiera a la misma población: personas provenientes de sectores vulnerables.

El diseño de la propuesta no solo contempló las necesidades de formación y docencia; sino, también un análisis del contexto en términos de la oferta de servicios de atención en salud mental en la ciudad, lo que condujo a identificar una demanda creciente de atención y una oferta escasa de dispositivos a nivel primario. El *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi)* abrió entonces sus puertas en enero de 2014, proponiendo un modelo basado en la “utilidad social de la escucha” (Miller, 2004, p. 1) y con una postura crítica frente a la creciente medicalización del sufrimiento psíquico; así como de las prácticas segregativas y estigmatizantes que suelen ser dominantes en el campo de la salud mental hoy en día (Castro-Sardi, 2016). Algunos principios y conceptos del psicoanálisis de orientación lacaniana aplicado a la salud mental, al igual que del campo de la salud mental comunitaria han operado como brújula epistémica y ética para el diseño y sostenibilidad del modelo de atención del CAPSi.

1.1 LA INVENCION DEL MODELO CAPSI

El modelo clínico del CAPSi no responde a estándares ni protocolos, pero se orienta por los siguientes principios que orientan en el abordaje caso por caso, uno por uno, y que parten del reconocimiento de: (i) la centralidad de lo clínico, como *práctica de escucha del otro*; (ii) la importancia

de una *posición ética* en relación al acto clínico; (iii) la apuesta por la *subjetividad* y el *lazo social* situada siempre en un contexto histórico-cultural. A continuación se presentan los principios:

- En medio de la diversidad de terapéuticas en el campo de la salud mental en la actualidad, que van desde la oferta farmacéutica promovida por la psiquiatría biológica, hasta las terapias alternativas, homeopáticas y espiritualistas; consideramos que el psicólogo sigue teniendo un lugar privilegiado en nuestras sociedades, cuando se trata de abordar el malestar subjetivo a través de *la escucha y la palabra*.
- Lo anterior implica, necesariamente, preguntarse por la posición subjetiva y ética del psicólogo clínico, evidenciando que su trabajo y los efectos que sus palabras y sus actos tendrán en el sujeto que le formula una demanda, pasan necesariamente por *su subjetividad*. El psicólogo que interviene clínicamente debe estar advertido del poder que tienen las palabras y los actos que desde su posición se enuncian; de estos él/ella tendrá que hacerse responsable. Tal como lo plantea Miller (2003) “no hay clínica sin ética”.
- Considerando que la subjetividad en el campo de la psicología clínica no es una mera variable, sino que constituye el eje de la intervención; la formación permanente del clínico debe articularse en torno a tres dimensiones: la *dimensión ética* (la posición del psicólogo); la *dimensión teórica* (su comprensión de la subjetividad y del malestar psíquico) y la *dimensión práctica* (el método de psicodiagnóstico y la dirección de un tratamiento).
- Entendemos la clínica psicológica ante todo como una *praxis*. Es una práctica que responde a una demanda de un sujeto que sufre y se dirige a un psicólogo en búsqueda de una salida de su malestar. Sin la formulación de una demanda no hay clínica. Esto excluiría de lo clínico cualquier intervención que se realice con un individuo o un grupo basado en una suposición de malestar atribuida *a priori* desde el lado del psicólogo o de la institución donde este labora.

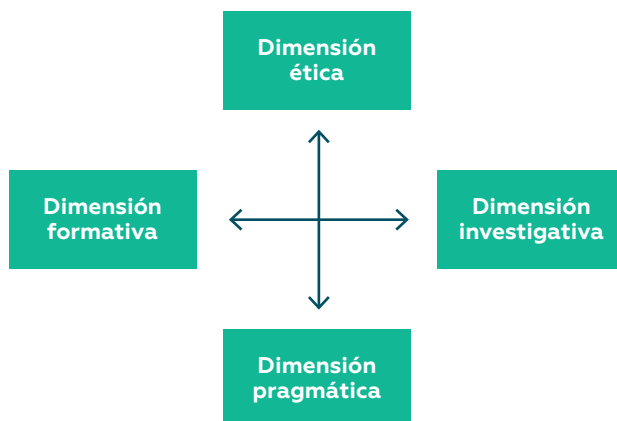
- La respuesta que proporciona el psicólogo a la *demanda clínica* que un sujeto le dirige, dependerá de la lectura y la interpretación de la demanda. Por ello, el psicólogo debe contar con un marco interpretativo sobre la subjetividad y sobre el malestar psíquico. Desde esta perspectiva, no es posible intervenir clínicamente sin situarse en una concepción epistémica.
- La noción de *subjetividad* que se propone aquí implica el abordaje de los sujetos en su singularidad, sabiendo que la realidad psíquica y la realidad social están estrechamente vinculadas, hasta tal punto que sería superfluo tratar de diferenciarlas. Esta noción de subjetividad va más allá de la tradicional dicotomía individuo-sociedad, aproximándose al malestar del sujeto en relación a los contextos y significados sociales que lo han constituido y lo constituyen. El abordaje de la singularidad incluye la posibilidad de realizar intervenciones grupales, siempre y cuando la subjetividad no quede eclipsada por la identidad del colectivo.
- De la misma manera que la subjetividad solo puede ser abordada en relación a un *registro social-simbólico* (mundo de lenguaje), el sufrimiento psíquico tampoco puede comprenderse aquí sin la referencia a las coordenadas de la cultura donde este sujeto se desenvuelve. En otras palabras, el síntoma de un sujeto es entendido como una construcción singular frente al malestar que se vive en el lazo social. El sufrimiento del sujeto remite siempre a una dificultad en la relación con el Otro, llámese desinserción, exclusión, precarización del lazo social. Desde nuestra perspectiva, el síntoma y el lazo social son indisolubles. Más que buscar la restitución de los lazos sociales previos, la clínica que aboga por la singularidad y la libertad subjetiva, apunta a la reinvención de nuevos lazos, “lazos menos cargados de pathos” en palabras de Laurent (2006).
- Al tomar partido por la subjetividad y al desciframiento de los síntomas con base en la historia singular situada en un contexto social, nuestra orientación clínica se posiciona de manera crítica frente a la reducción de lo clínico a un conjunto de técnicas de adiestramiento adaptativo, al silenciamiento producido por el

uso generalizado de los psicofármacos y a las prácticas estigmatizantes que resultan de la medicalización de la vida. Nuestra propuesta de intervención clínica apunta prioritariamente a la reinserción y a la inclusión social, a través de la identificación y potencialización de los recursos subjetivos y las redes de apoyo socio-comunitarias de los sujetos que consultan (Galende, 2008).

- En lo que concierne al método y la técnica en la clínica, nos distanciamos de la protocolización y estandarización de un tratamiento, para priorizar en su lugar el despliegue de una *escucha desprejuiciada* y alejada del ideal de vida de la persona del terapeuta. Una escucha que esté atenta a lo nuevo, lo sorprendente, lo impredecible que constituye la singularidad de un sujeto (Laurent, 2006). Una escucha que surja de una posición de no-saber y que permita al sujeto sufriente construir sus propias respuestas. Si bien esta perspectiva es crítica de los rótulos y etiquetas diagnósticas con base en los manuales fundamentados en un “checklist” de signos y síntomas (tipo DSM); se reconoce la utilidad y necesidad del arte del diagnóstico como *acto clínico*, que debe surgir del *juicio clínico* necesariamente basado en un *saber clínico*, y cuyo fin único es orientar una intervención (Miller, 2003). Nos alejamos de toda concepción de un diagnóstico automático, precipitado y estigmatizante; en su lugar optamos por favorecer un trabajo responsable y riguroso sobre hipótesis diagnósticas, que siempre serán objeto de discusión y debate en el marco de una postura epistémica (Castro-Sardi, 2016).

Los principios anteriormente descritos se cristalizan en una serie de prácticas institucionales articuladas que se despliegan cotidianamente en el CAPSi y que pueden resumirse en el siguiente esquema o modelo de intervención, que a su vez se cristaliza en la supervisión clínica:

FIGURA — 1
Modelo del Capsi



- **Dimensión ética.** Por la responsabilidad social que implica el trabajo clínico, es necesario supervisar la forma como se conduce un caso, los efectos que la intervención del psicólogo tiene en el consultante, posibilitando la identificación honesta de errores y la rectificación de la posición subjetiva del psicólogo cuando esta última obstaculiza la conducción de un proceso.
- **Dimensión pragmática.** En la terapéutica se trata de apuntar a la responsabilidad subjetiva del consultante, evitando que quede eclipsado por demandas colectivas que lo fijan a posiciones victimizantes; la identificación de recursos subjetivos e invenciones propias del consultante que le permiten arreglárselas frente al malestar social o familiar; y la identificación de recursos comunitarios que contribuyan a la reinserción social del consultante (redes de remisión, interconsulta con instituciones jurídicas, vínculos con colectivos e instituciones de proximidad).
- **Dimensión formativa.** La supervisión es central para la formación clínica. Esta es definida como un espacio dialógico de aprendizaje donde el practicante narra los aspectos que considera relevantes de las sesiones atendidas y el supervisor escucha atentamente,

enfocando su atención en tres aspectos: la posición subjetiva del practicante; las intervenciones realizadas y sus efectos, así como los aspectos relativos al caso; y orientar una escucha de la singularidad del caso.

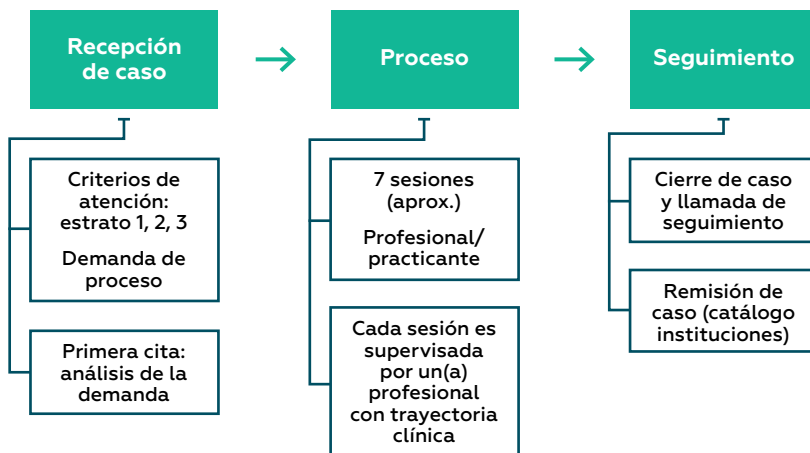
- **Dimensión investigativa.** Se proponen espacios académicos donde se revisan y revisitan los referentes conceptuales que pueden servir para orientar el trabajo sobre los casos clínicos. Se trata de ubicar referentes conceptuales y promover el vínculo entre la praxis y la teoría en lo que atañe la psicopatología, el diagnóstico diferencial, la relación terapéutica y la conexión con otros saberes (Castro-Sardi, 2016).

Con respecto a la ruta y proceso de atención psicológica que brinda el CAPsi, se inicia con la recepción de la llamada de solicitud de cita, donde priman los principios de libertad, autonomía y responsabilidad de los consultantes. La primera cita es atendida sin excepción por una psicóloga graduada, con experiencia clínica, capaz de realizar una primera entrevista donde se provee información clara sobre el proceso, se firma un consentimiento informado,¹ y se indaga sobre el motivo de consulta con el fin de realizar un “triage” inicial de los casos para su asignación a los practicantes o a psicólogos graduados en caso de mayor complejidad o, cuando el caso lo exija, hacer una derivación externa oportuna y dirigida. Después de ello se hace una revista de casos donde se asignan a los diferentes practicantes y profesionales que conforman el equipo. El proceso, que en términos generales, puede describirse como un proceso terapéutico de corta duración, se desarrolla en aproximadamente siete sesiones con una regularidad de un encuentro semanal, cuyos efectos se evalúan en supervisión en la sexta o séptima sesión, para tomar una decisión con respecto a la continuación, cierre o derivación a otros servicios especializados en salud o a centros comunitarios de capacitación en oficios, oficinas de reinserción laboral, actividades deportivas

1. La firma del consentimiento informado es un requisito para la atención en el CAPsi. Este consentimiento consta de dos partes: una sobre el proceso de atención y otra sobre el uso de la información para fines pedagógicos e investigativos.

y recreativas, entre otros. Tres meses después de cerrado el proceso, se realiza una llamada de seguimiento con el propósito de evaluar la percepción de los consultantes sobre la atención que recibieron en el Consultorio. El proceso terapéutico de cada consultante es supervisado, sesión por sesión, por psicólogos con amplia trayectoria clínica y formación psicoanalítica. En la supervisión se revisa la conducción del proceso, los efectos sobre los síntomas del consultante y la posición subjetiva de los practicantes. Además, se propende por la identificación de recursos subjetivos e invenciones propias por parte del consultante, que le permitan buscar posibles salidas a su malestar; así como recursos comunitarios que contribuyan a su reinserción social.

FIGURA — 2
Ruta del proceso de atención y orientación psicológica del CAPsi



1.2 LAS ENSEÑANZAS

Desde que comenzamos la atención psicológica dirigida a la población vulnerable de la ciudad y pusimos en marcha el modelo y ruta de atención en el año 2014, han pasado por el CAPsi más de 1.300 consultantes y 35 estudiantes-practicantes del programa de Psicología de Icesi. A lo largo

de estos años, nos hemos dado la tarea de sistematizar la experiencia, de producir datos estadísticos relevantes sobre las características socio-económicas de la población y los motivos de consulta; pero sobre todo, de construir algunos casos para su presentación y discusión en diversos espacios académicos, en particular el seminario *Caso por Caso* que se desarrolla en varias sesiones cada semestre y del cual se han seleccionado la mayoría de los casos que se presentan en este libro. La experiencia del CAPsi nos ha dejado incontables enseñanzas a los profesores, investigadores, supervisores y estudiantes que hemos participado en él. Quisiera mencionar aquellas que considero más relevantes.

- **Sobre su pertinencia y función social:** la creciente demanda de consultantes e instituciones, así como el aumento de la referenciación personal (voz a voz) del servicio que presta el CAPsi, dan cuenta de su pertinencia en un contexto caracterizado por la escasez de dispositivos de atención primaria en salud mental, además de las barreras de acceso a los pocos servicios que existen. Lo anterior nos confirma, día tras día, la importancia del servicio asistencial que se brinda y la importancia de sostener su gratuidad, considerando el nivel socio-económico y la alta vulnerabilidad social de los consultantes que acuden. Hemos aprendido que la cuestión del pago de la sesión y del dinero, tan importante en los tratamientos orientados por el psicoanálisis, en el caso del dispositivo CAPsi se sustituye tanto por el costo que implica movilizarse hasta el centro de la ciudad desde sectores marginales, como por los ingresos que se dejan de recibir la mayoría de los consultantes al estar ausentes de sus trabajos y actividades de generación de ingresos. La gratuidad entonces no ha significado un obstáculo en lo que se refiere al logro de efectos terapéuticos; por el contrario, ha posibilitado que personas a quienes se les han vulnerado sus derechos fundamentales encuentren un lugar de escucha y de restitución de su dignidad. Además de lo anterior, la ubicación céntrica del CAPsi, considerada en un principio inconveniente por algunos críticos que proponen dispositivos asistenciales de proximidad, también ha resultado beneficiosa. No han sido pocos los consultantes, niños y adultos, que se han referido a lo que les ha significado desplazarse hasta el centro respecto a su inclusión

en la ciudad. Muchos de ellos, provenientes de los barrios más marginales del Distrito de Aguablanca, valoran la posibilidad de relacionarse con la ciudad de otro modo. Este hace parte de los efectos inesperados del CAPsi.

- **Escucha y acompañamiento de la cronicidad mental:** cuando diseñamos el dispositivo, no imaginábamos la alta demanda de personas que sufren de enfermedades mentales crónicas. Suponíamos que las instituciones existentes en la ciudad eran suficientes para proveer el tratamiento y la rehabilitación psico-social necesarios en estos casos. Sin embargo, hemos encontrado que en promedio el 10% de las personas que consultan, son o han sido pacientes psiquiátricos en busca de un lugar de escucha y acompañamiento que normalmente no encuentran en instituciones de mayor complejidad. Esta demanda ha significado un gran desafío para todo el equipo del CAPsi y hemos sostenido espacios de formación, supervisión e investigación en temáticas relacionadas con psicosis y autismo para poder estar a la altura de tan importante tarea. Algunos de los casos presentados en este libro dan cuenta de este trabajo.
- **Obstáculos para el trabajo en red:** con respecto a nuestra intención inicial de sostener un trabajo en red con otras instituciones asistenciales, de acuerdo a los principios del modelo de la salud mental comunitaria; la experiencia de trabajo en el CAPsi nos ha mostrado que al estar por fuera del sistema público de salud, el trabajo en red se enfrenta con una serie de obstáculos. No empero, hemos optado por mantener nuestra autonomía como dispositivo universitario privado con el propósito de sostener la oferta de un servicio oportuno, gratuito, ligero en procesos burocráticos; con un sistema de “triage” con enfoque diferencial, de tal forma que se superen las barreras de atención de las que adolecen la mayoría de los centros de salud de la red pública en la ciudad. La experiencia nos ha enseñado que el sostenimiento de nuestra autonomía ha generado, después de varios años de funcionamiento, otras formas de cooperación, referenciación y derivación, por fuera los circuitos burocráticos formales, en las que prevalece el bienestar de los consultantes sobre otras consideraciones administrativas.

- **La supervisión clínica en el centro de la experiencia formativa:** contemplado desde el diseño del modelo de atención CAPsi, el dispositivo de supervisión clínica ha probado ser el lugar por excelencia del aprendizaje clínico de los estudiantes. La supervisión individual con los practicantes, de cada caso, sesión por sesión, ha sido una constante que se ha defendido institucionalmente a lo largo de los años. Recortes presupuestales y restricciones institucionales han derivado, en varias ocasiones, en propuestas de reducción de este espacio. Se ha solicitado que no sea individual, que se reduzca el tiempo de supervisión o incluso que no se supervisen todos los casos. En este punto no hemos cedido porque consideramos que es el espacio de formación clínica por excelencia, altamente valorado por los estudiantes y necesario para la protección de los consultantes. La experiencia nos ha enseñado que el modelo, la frecuencia y la intensidad de la supervisión clínica individual promueven la calidad de la atención y de la formación clínica de los estudiantes. En otras palabras, la supervisión es la columna vertebral del CAPsi.
- **Una investigación clínicamente relevante:** las preguntas y proyectos de investigación que hemos abordado en el CAPsi provienen de la experiencia clínica y, por lo tanto, los hallazgos y resultados se revierten sobre la práctica clínica. Hemos concebido, desde el comienzo, que la investigación no vaya por un camino distinto a la praxis, como suele suceder en muchos centros de investigación, tal como lo señalan la OMS y el Global Forum for Health Research, en un estudio en los países en desarrollo “donde se mostró claramente que la investigación y la atención marchan por distintos derroteros” (Desviat, 2011, p. 4.619). Los impasses, los problemas, los tropiezos, pero también los aciertos y éxitos terapéuticos nos han conducido a formular preguntas y proyectos de investigación, cuyos hallazgos enriquecen tanto la docencia como la misma supervisión clínica y la conducción de los tratamientos. La experiencia del CAPsi nos ha enseñado que la praxis y la investigación pueden ir en la misma vía y que éstas se retroalimentan permanentemente.

- **La pertinencia del psicoanálisis aplicado a un dispositivo de atención en salud mental:** esta es quizás una de las enseñanzas más significativas. Contrario a lo que comúnmente se afirma sobre el psicoanálisis, en términos de la larga duración, alto costo de los tratamientos y poca aplicabilidad por fuera de la consulta privada con una población económicamente acomodada; la experiencia del CAPsi nos ha enseñado que es posible un psicoanálisis aplicado a la terapéutica en contextos de vulnerabilidad social. A lo largo de estos años, cada caso lo ha confirmado: la utilidad de la nosología psicoanalítica para el diagnóstico, la concepción del sujeto del inconsciente, de la transferencia, de la pulsión, el deseo y el goce, entre otros conceptos psicoanalíticos han sido orientadores y operativos en la conducción de los tratamientos. Algo muy importante: nunca hemos pretendido que el CAPsi sea un dispositivo de formación en psicoanálisis, sino un dispositivo de formación clínico para estudiantes de psicología orientado por algunos principios y conceptos psicoanalíticos. En este ha sido fundamental contar con supervisores clínicos formados en este campo, con una postura ética, y capaces de diferenciar la formación que dispensa una escuela de psicoanálisis de otros dispositivos y espacios en los que se aplica el psicoanálisis y se obtienen efectos terapéuticos. Esta distinción es sin duda fundamental para poder sostener la experiencia del CAPsi.

REFERENCIAS

- CASTRO-SARDI, X.** (2016). Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental. En Bravo, O. A. (ed.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Icesi.
- DESVIAT, M.** (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. En *Ciência & Saúde Coletiva* 16(12), pp. 4.615-4.621.

GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.

LAURENT, E. (2006). Principios rectores del acto analítico. *Asociación Mundial de Psicoanálisis*. Recuperado de: <http://ampblog2006.blogspot.com.co/2006/09/principios-rectores-del-acto-analtico.html>

MILLER, J.-A. (2003). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

MILLER, J.-A. (2004). De la utilidad social de la escucha. En *Revista Virtualia* (10).

CAPÍTULO 2

**Supervisión y
formación clínica**

MÓNICA PATRICIA LARRAHONDO ARANA

Es bastante frecuente encontrar en el campo de la psicología clínica la superposición de la práctica y la clínica, como si ambos términos fueran sinónimos que definen la formación del clínico. Sin embargo, es preciso distinguir lo que es la *experiencia práctica*, de la *clínica* que se produce a partir de ella. Para ello se ha decidido retomar, como marco epistémico, el psicoanálisis lacaniano, donde la *experiencia práctica* es justamente eso: una experiencia, y como toda experiencia tiene un punto imposible de transmisión. Lacan (2012), en la “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos (1973)”, afirma que el sentido de una práctica se aprehende por el hecho de que en ella se fuga el sentido, por lo que sus efectos son imposibles de calcular. Efectivamente, nunca se sabe los impactos que una experiencia práctica tiene en la vida de un ser hablante, pero lo que sí se puede saber es que se trata de un encuentro inédito.

El sentido de una práctica no es el conocimiento, tampoco la aplicación de la teoría, es el hecho de tener una experiencia en la que el clínico, en el encuentro con el paciente, se confronta con lo más singular y enigmático de cada uno. En ese orden de ideas, Miller (2008) afirma que la experiencia práctica es un arte que compromete la creatividad del clínico, en tanto siempre hay algo que escapa a la nosología psiquiátrica y por consiguiente, no se puede intervenir de manera estándar. De allí que la clínica psicoanalítica sea, ante todo, la clínica de lo singular.

Desde la perspectiva lacaniana, habría entonces un redoblamiento del clínico, donde uno remite a la *experiencia práctica*, en la que ocurre el encuentro de un ser hablante con aquel que orienta su tratamiento; y otro al momento de elaboración teórica respecto a lo que acontece en dicho encuentro. Lo anterior tiene su fundamento en una cita de Lacan (1974) del *Seminario 22*, cuando dice en la clase del 10 de diciembre de 1974 que “es indispensable que el analista sea al menos dos: el analista para tener efecto, y el analista que a esos efectos los teoriza”. En este “al menos dos” la posición del clínico que conduce el tratamiento no se confunde con la posición de aquel que formaliza su práctica.

Lo anterior es algo que también señala Freud (2001) en un pequeño texto titulado “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, cuando aconseja al clínico “no especular ni cavilar mientras analiza, y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar sólo después de concluido el análisis.” (p. 114). En otras palabras, recomien-

da no cavilar teorías mientras se está frente al paciente, pues ello hace obstáculo a la escucha. Freud plantea la asociación libre como la regla fundamental del psicoanálisis, pero a ello le corresponde por parte del médico la *atención flotante*, que no es más que la capacidad de escuchar sin prejuicios personales y/o teóricos. Dice Freud: “si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad falseará la percepción posible” (2001, p. 112). Es por esta razón, que Freud aconseja al clínico dejarse sorprender por los virajes discursivos del paciente durante la entrevista, y pensar sobre ello posteriormente, cuando la cita haya concluido, entre sesiones.

El tiempo de la clínica queda definido entonces como un momento lógico de conceptualización y de formalización. La clínica “es un sobre-agregado a la experiencia [práctica], y no va de suyo.” (Schejtman, 2013, p. 25). Dentro del psicoanálisis lacaniano el espacio privilegiado para conceptualizar la clínica que se desprende de la experiencia práctica es la *supervisión*, pues es allí donde el clínico, con sus apuntes y observaciones, piensa la singularidad del caso a la luz de la psicopatología psicoanalítica.

Schejtman (2013) en un trabajo titulado “Clínica psicoanalítica”, retoma la distinción entre la *experiencia práctica* y la *clínica* a partir del conocido juego “piedra, papel y tijera”; donde, como bien se sabe, ninguno de los elementos predomina sobre el otro, en tanto la tijera vence al papel, el papel a la piedra y la piedra a la tijera. Entonces, Schejtman nos dice que el estudiante en su formación clínica asiste primero a seminarios teóricos, “que provee esa tijera conceptual sin la cual es imposible realizar ningún “recorte” clínico: no hay clínica sin recorte” (2013, p. 25). Posteriormente, el estudiante llega con la información conceptual a la *experiencia práctica*. “La tijera conceptual es puesta a prueba, se las ve allí con lo real de la experiencia, digamos, la piedra” (Schejtman, 2013, p. 26), que necesariamente agujerea la información recibida, aunque no vence del todo a la tijera conceptual. Ahora bien, del encuentro con la piedra el estudiante “se retira de allí con sus marcas: las que le deja el encuentro con la experiencia.” (p. 26). Es en este momento donde el estudiante formaliza la experiencia práctica, para lo cual es requisito indispensable la presencia de otros, que van desde el supervisor hasta el comentador del caso en un ateneo clínico, e incluso

el público mismo. Es así como la clínica llega a ser escrita en el papel, presente no solo en el cuaderno de apuntes del estudiante, sino en la misma teoría psicoanalítica. La clínica es entonces la lectura que se hace sobre la práctica, y al mismo tiempo la escritura que surge a partir de ella. De este modo, la escritura sobre el papel termina incidiendo sobre la tijera conceptual inicial.

Se propone entonces pensar la formación del psicólogo clínico como un campo de investigación, donde la “práctica” y la “clínica” se encuentran en una suerte de continuidad topológica similar a la de una banda de Moebius, superficie de una sola cara y un solo borde en la que, para nuestro tema de interés, no es posible pensar la práctica sin la concepción que se tenga de la clínica. Es por esta razón que entre “práctica” y “clínica” hay una continuidad necesaria a contemplar en la formación del clínico, donde la *supervisión disciplinar* es el punto de conexión necesario entre una y otra. De allí que este trabajo centre sus reflexiones en torno a la *supervisión*, definido en el *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)* como un espacio de diálogo donde el practicante narra los aspectos que considere relevantes de su práctica; y el supervisor lo escucha atentamente enfocándose en tres aspectos: la posición subjetiva del practicante, las intervenciones realizadas y los aspectos singulares del caso. (Castro-Sardi, 2016). Pero antes de ahondar en la manera particular como hemos pensado la supervisión al interior del CAPsi, conviene introducir lo que tradicionalmente se ha entendido como “supervisión” en la psicología, particularmente en Colombia; pues sobre ella gravita, por un lado, una confusión en el marco legal de sus alcances y limitaciones al momento de orientar la práctica de un estudiante; y, por otro lado, diferentes modelos de supervisión que corresponden a diversas maneras de pensar la clínica.

2.1 MODELOS DE SUPERVISIÓN CLÍNICA

Las prácticas profesionales *supervisadas* es un requisito indispensable para graduarse como psicólogo, teniendo una relevancia particular en el campo clínico, en tanto la legislación colombiana establece que cualquier psicólogo titulado tendría la capacidad de “ejercer labores de evaluación e intervención en casos clínicos.” (Caycedo, 2018, p. 15). Es decir,

independientemente del campo en el que se desempeñe el psicólogo en Colombia, este es un profesional de la salud, por lo que “la formación en psicología clínica y la correspondiente práctica [supervisada] debe ser incluida en los programas de psicología.” (Ley N°1090, 2006).

Las prácticas profesionales supervisadas son definidas como dispositivos de aprendizaje, en las cuales los estudiantes de último año ingresan por un periodo de tiempo a trabajar en los diferentes campos de acción de la psicología; siempre y cuando estén “bajo la supervisión de un miembro de la planta docente o de un clínico con experiencia, ya que se parte del supuesto de que la supervisión de calidad enriquece el proceso de desarrollo profesional.” (Bastidas y Velásquez, 2015, p. 5).

Durante el periodo de práctica, cada programa designa unos créditos académicos, a partir de los cuales se establece la intensidad horaria semanal que suele oscilar entre 10 y 40 horas, y la supervisión se desarrolla conforme a lo que el estudiante se encuentra en su ejercicio práctico. (Caycedo, 2018). El espacio destinado para la supervisión es usualmente de una hora a la semana, en la cual se debe discutir los casos atendidos, los proyectos psicosociales que cada estudiante debe realizar durante su año de práctica y la escritura de estudios de caso. Lo anterior implica que la discusión sobre los casos no sea de manera exhaustiva, y el estudiante deba privilegiar qué caso discutir cuando se dispone de tiempo para hacerlo.

Así mismo, se considera como aspecto fundamental, para la calidad de la práctica, “la delegación progresiva de funciones y la especificación de las competencias a desarrollar dentro del contexto de la práctica clínica.” (Caycedo, 2018, p. 16). Es en el espacio de práctica donde el estudiante articula la información teórica recibida durante su carrera con los casos atendidos en su práctica. Para ello la figura del *supervisor* resulta fundamental, en tanto es el responsable de contribuir al “desarrollo de las competencias profesionales que se necesitan para ejercer la profesión de forma autónoma, responsable y efectiva” (Bastidas y Velásquez, 2015, p. 6); y, al mismo tiempo, velar por el bienestar y tratamiento de los consultantes que están atendiendo sus practicantes.

Ahora bien, en lo que respecta al modelo de supervisión que se ejerce en Colombia, la concepción de la misma varía según el modelo epistemológico que la fundamenta. Se encuentra, por ejemplo, la concepción heredada de la psicología norteamericana donde la supervisión es un

clinical training, actividad profesional en la que confluye la educación y el entrenamiento. Bastidas y Velásquez (2015) en su artículo “Modelo lógico de la supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica”, retoman esta definición norteamericana de supervisión clínica a partir del trabajo desarrollado por Falander y Shafranske; en el cual se piensa la supervisión como un proceso interpersonal colaborativo de observación, evaluación y retroalimentación, donde “la adquisición de conocimientos y habilidades se da por medio de la instrucción, el modelamiento y la resolución conjunta de problemas.” (Bastidas y Velásquez, 2015, p. 5).

Pensar la supervisión como un espacio de instrucción y moldeamiento, es pensar en la posibilidad de estandarizar la experiencia práctica, aspecto que permite pensar en una clínica basada en protocolos de atención. Un ejemplo de lo anterior es uno de los participantes de la investigación realizada por Bastidas y Velásquez (2015), quien afirma que evalúa a sus estudiantes supervisados según el seguimiento de sus instrucciones. Dice: “[Yo identifico evidencias del aprendizaje de los supervisados al] ver qué tanto incorporaron las sugerencias que dimos [en] la sesión de supervisión anterior.” (p. 28). Otro ejemplo de ello es un supervisor que durante la primera semana de práctica busca que el supervisado “conozca el protocolo, que sepa por qué se hace, que discutamos el protocolo, en qué momento se utiliza, cómo nació [...] qué opina [el supervisado], qué debe hacer [en el protocolo], qué observa, cómo se debe llevar a cabo” (p. 30); aunque después, este mismo supervisor, señala que es preciso enseñar a los estudiantes “cómo ir soltándose un poco, cómo armar su estructura, cómo ir dejando ese formato.” (p. 30).

Un modelo de supervisión afín al anterior, es el *modelo desarrollista de la supervisión*, “donde hay una serie de etapas caracterizadas por niveles progresivos de autonomía del supervisado e intervención del supervisor.” (Bastidas y Velásquez, 2015, p. 23). Dentro de este modelo se identifica una estructura de las sesiones de supervisión en las que se definen las actividades a realizar en cada una de las sesiones. Bastidas y Velásquez (2015) reconocen este modelo de supervisión como propio de un modelo cognitivo conductual.

Los anteriores modelos parten del supuesto según el cual el saber está del lado del supervisor, quien además de impartir información sobre el proceder práctico, es el encargado de evaluar al estudiante. Sin

embargo, cabría preguntarse ¿cuál es el saber que se pone en juego en la supervisión?, ¿de qué saber se trata?

En ese orden de ideas, los autores señalan otro modelo de supervisión, bastante común en los programas de pregrado, que consiste en el diálogo socrático en el que se pone en juego una dialéctica que apunta a la construcción de saber. En este modelo lo que se busca es “generar formas de razonamiento y planes de acción, de tal manera que estos no sean simplemente dictaminados por el supervisor.” (Bastidas y Velásquez, 2015, p. 21). En comparación con los modelos anteriores, este no tiene actividades estandarizadas, ni tampoco se ejerce a partir de protocolos de atención, lo que no significa que sea menos efectivo. Así mismo, cabría preguntarse por el tiempo de saber que se dialectiza al interior de las supervisiones. En últimas, ¿de qué saber se trata en el ejercicio clínico de la supervisión?, ¿qué es lo que se supervisa?

Las anteriores preguntas fueron formuladas en el Coloquio “Escucha y salud mental en contextos de vulnerabilidad social”, realizado a propósito de los cinco años del CAPsi. Las respuestas a estas preguntas fueron formuladas a partir de la teoría psicoanalítica, y giraron en torno al principio según el cual habría que dejarse enseñar por el caso clínico, y en ese orden de ideas ni el practicante de psicología, ni el supervisor tienen *Todo el saber*, en tanto cada caso mella, como se dijo anteriormente, la teoría conceptual. Esta es, quizás, la particularidad del modelo de supervisión que se desprende de la teoría psicoanalítica.

2.2 LA SUPERVISIÓN CLÍNICA DESDE EL PSICOANÁLISIS

La definición norteamericana de *clinical training* dista radicalmente de la definición psicoanalítica de supervisión clínica, la cual es designada por Lacan con el término “control”. Desde esta perspectiva, la supervisión no es un análisis personal, pero tampoco un acto meramente académico y pedagógico en el sentido de adquisición de conocimientos teóricos y habilidades clínicas. Para el psicoanálisis, “la supervisión es una «institución», y de las más prestigiosas luego del análisis personal, para la formación del analista.” (López, 2011, p. 105).

Maeso (1999) en un artículo titulado “La transferencia en el control” recuerda que “la supervisión surge en el campo psicoanalítico como nece-

sidad de consulta, orientación y aprendizaje respecto de los tratamientos que los practicantes jóvenes tenía en curso.” (p. 48). Retomando un poco la historia del psicoanálisis, encuentra que la supervisión era en un principio una relación informal que se hacía con un analista experimentado; pero, posteriormente pasó a ser uno de los pivotes fundamentales para la formación del analista, siendo el supervisor un analista vinculado a una Escuela psicoanalítica. En este punto, Maeso (1999) hace una distinción entre lo que sería la práctica del control al interior de la International Psychoanalytical Association (IPA) y la que Lacan instituye en su Escuela.

En la IPA, la supervisión se organizaba alrededor de una consulta con analistas más experimentados, formalizándose la frecuencia, duración y pago de honorarios. Así mismo, los supervisores debían, además de asegurarse de la transmisión del psicoanálisis, “observar y corregir la práctica que el candidato lleva adelante” (Maeso, 1999, p. 49); por lo que el clínico, interesado en formarse como analista, debía presentar de forma obligatoria el material de al menos dos pacientes. Ahora bien, dado que la transferencia estaba asentada en la autoridad personal del supervisor, era frecuente observar al interior de la IPA la identificación con este, por lo que no se aconsejaba supervisar con el propio analista.

Lacan, por su parte, cuestiona la burocratización y estandarización de la IPA. En la Escuela de Lacan “no hay reglamentación que prescriba cómo debe ser la enseñanza, el análisis y menos, la supervisión. [...] La Escuela, al no subsumir bajo un concepto la pregunta por el ser del analista, sostiene una tensión que deriva en una formación permanente.” (Maeso, 1999, p. 49). En este orden de ideas, Laurent (2019) plantea que “el acto analítico como tal no se enseña pero sí se puede controlar” (p. 48); y nos recuerda que Lacan, en sus conferencias en las universidades estadounidenses, afirma que en el control de lo que se trata es de escuchar en el practicante del psicoanálisis una “nueva dimensión, una nueva mansión del decir (nueva dit-mension).” (Laurent, 2019, p. 49). En el control, el practicante al transmitir el caso revela su posición subjetiva. Dice Laurent: “Esta «mansión del decir», es decir, esta eficacia particular del decir, es una eficacia distinta de la eficacia científica, es distinta de la informativa [...] Designa algo de lo que se puede transmitir de una relación al goce.” (2019, p. 49). Entonces, la función del supervisor es la de hacer aparecer esta nueva mansión del decir, que no es más que la posición de goce de quien orienta el tratamiento.

Desde la orientación lacaniana, el practicante de psicoanálisis puede supervisar con quien desee, incluido su propio analista. La manera como se dan los controles responde a la subjetividad de cada analista, por lo que algunos supervisan con harta frecuencia, mientras otros lo hacen cuando los tratamientos se estancan o los pacientes se desestabilizan. Lo fundamental para esta orientación es *que la supervisión se imponga por sí misma y no que sea impuesta por otro*.

De lo anterior se deriva la siguiente pregunta: ¿cómo convertir la supervisión disciplinar, que se impone en los programas de psicología, a una supervisión que se imponga por sí misma? Decir que “se impone por sí misma” implica que el practicante vea la necesidad de supervisar sus casos; y en efecto, hay practicantes que “saben” que una parte de su formación clínica pasa por la práctica de la supervisión. Sin embargo, esto es algo que no siempre se da; es decir, no es natural que un estudiante de psicología quiera supervisar su *experiencia práctica*, bien sea porque lo confronta tanto que es preferible evitar el dispositivo, o porque su deseo no está puesto en la “formación clínica”. Entonces, ¿cómo causar el deseo, más allá del deber, de supervisar nuestra práctica clínica? He allí el embrollo para los educadores del psicoanálisis en la universidad, donde la clave pareciera recaer en el deseo de quien lo encarna. No obstante, López (2011) se anima a plantear una respuesta a partir de la siguiente paradoja: “el control (como acto clínico) tiende a atemperar el control desmedido e insensato del superyó sobre la práctica del analista «en control»” (p. 106), en este caso del estudiante.

2.3 REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LA SUPERVISIÓN CLÍNICA EN LA UNIVERSIDAD

Es un hecho que la *experiencia práctica* no proporciona certezas ni cálculos que puedan prever los efectos de las intervenciones, ni mucho menos garantizar la eficacia del tratamiento. En su lugar, lo que se le aparece al clínico es la incertidumbre y la exigencia superyoica que vocifera preguntas inquietantes como: “¿has dicho bien?”, “¿has hecho lo correcto?”. Entonces, López (2011) plantea que el practicante del psicoanálisis en lugar de ser controlado por la voz feroz del superyó, controla su práctica para atemperar la voracidad superyoica que lo

habita. En este sentido, “la función del supervisor es encarnar esa otra cara del Jano superyoico suscitando el reconocimiento simbólico del trabajo del supervisado. Se trata de una práctica orientada hacia una “nueva alianza” con el superyó.” (López, 2011, p. 107).

Lo anterior significa que el supervisor, lejos de ser el *personal trainer*, el entrenador de habilidades clínicas, que posee *Todo el saber* y evalúa el “ejercicio práctico” del estudiante, debe ser aquel que, desde una posición de total honestidad, *reconoce al sujeto* que lleva a controlar sus casos y trabajar sobre su enunciación. Como dice López (2011): “si hablo de «reconocimiento» no es para promover la aceptación ingenua, la falta de actitud crítica, la incitación al “todo vale”, sino para volver sobre la importancia que otorgó Lacan al reconocimiento instituyente del sujeto.” (p. 107).

Entonces, así como Lacan (2005) dijo que “un psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista” (p. 317), una supervisión es lo que se realiza con un supervisor, siendo este último “el instrumento” con el cual, y a través del cual, el practicante puede situarse en su escucha. Como bien lo dijo una practicante del CAPsi en el Coloquio realizado por los cinco años del consultorio: “la escucha de los supervisores permite escucharnos”.

Ahora bien, en calidad de supervisora del CAPsi, he encontrado que el practicante de psicología, en la transmisión de sus casos, desconoce muchas veces que su cuerpo y su subjetividad se encuentran implicados al momento de escuchar a un paciente, lo que se traduce en relatos descriptivos que muchas veces dificulta la cuestión diagnóstica. De allí que una de las primeras preguntas que realizo en las supervisiones es ¿usted qué piensa del caso?, pregunta que hago no tanto para que me den una explicación teórica, sino para que en su discurso él pueda escucharse, y con ello decantar sus prejuicios y saberes preconcebidos.

En el espacio de supervisión del CAPsi hemos identificado que el error más común del practicante es cómo él va procesando la información que le va surgiendo del paciente, pues muchas veces hay allí sesgos producidos por su propia historia de vida, pero también por los saberes académicos; y es justamente esos “sesgos” los que resultan ser un obstáculo para “dejar ser a quien se confía a ustedes” (Miller, 2012, p. 98); y cuando esto se elabora en el espacio de supervisión, es allí cuando “hacemos clínica”, al mismo tiempo que contribuimos a la formación del clínico.

López (2011) resume la función del supervisor como la de mitigar la exigencia superyoica para que esta no contamine el acto clínico en la práctica, a lo cual agregamos: para que el practicante pueda escucharse. Para ello, el supervisor debe, por un lado, no ubicarse en la posición de evaluador, en tanto ello implica un redoblamiento de la voz superyoica; y, por otro lado, renunciar a imprimir al supervisado su propio estilo y sus propias reglas. En pocas palabras, el supervisor debe aceptar su condición de “instrumento” al momento de ejercer la supervisión. Finalmente, López (2011) plantea que “la función del control no es la de reprimir ni la de consentir, sino la de favorecer que el analista pueda autorizarse por sí mismo. Y para esto el supervisor es la herramienta con que cuenta el analista en formación.” (p. 108). Extrapolando esta cita al contexto universitario, podríamos decir que la función de la supervisión no es la de reprimir al estudiante, ni la de consentir a cualquier tipo de intervención; sino la de favorecer que cada quien intervenga sin estándares, con su estilo, y sobre todo *con principios éticos*.

Baudini (2010) señala a partir de Lacan que habría dos momentos de la supervisión: el primero consiste en que aquellos que supervisan son como el rinoceronte, “hacen poco más o menos cualquier cosa –y agrega– y yo los apruebo siempre. Efectivamente, ellos siempre tienen la razón.” (Baudini, 2010, p. 97). El segundo consiste en conmovir la posición subjetiva del practicante.

En este sentido, la supervisión es una de las herramientas en la formación del clínico que sirve para cuestionar el saber ya establecido, al mismo tiempo que introduce una terceridad con el objetivo de verificar cómo cada practicante se la juega en la transferencia con sus pacientes; pues es necesario asegurarse que la posición del practicante no haga obstáculo al tratamiento, que en “la práctica” él no cuente como sujeto. De allí que la supervisión debe tener por función *deshechizar al practicante* de su propia posición subjetiva.

Entonces, lo que se supervisa no es tanto al paciente, sino la enuncianción del clínico que comenta el caso, sin con ello descartar la necesidad de psicoterapia para el practicante mismo, aspecto que además se hace indispensable para algunos estudiantes que han iniciado su práctica clínica. Como bien lo afirma Jaramillo (2019) en una conferencia dictada en el marco de los cinco años del CAPSi: “que las universidades no puedan exigir a los estudiantes que se analicen, no significa que no sea necesario”.

2.4 LA SUPERVISIÓN CASO POR CASO

Para finalizar, se quisiera mencionar la *particularidad* de la supervisión en el CAPsi, pues la misma es una supervisión del caso por caso, ejercicio clínico exhaustivo que demuestra que un caso no se parece a otro, por más que compartan el mismo diagnóstico. En relación a este punto, Miller (2012) en un capítulo titulado “Singularidad” plantea:

la pertenencia de un singular es un problema que atormenta a la clínica en relación con el diagnóstico, es lo que pone fácilmente en aprietos –si lo dejamos– al clínico en el control, y suele constituir lo más importante que se plantea: ¿se trata de una psicosis o de una neurosis?, ¿esta histeria es en realidad una psicosis? La inteligencia del practicante es requerida por la preocupación de repartir y asignar al paciente a una clase o a otra. Lo constatamos, y es una inquietud por otra parte muy difícil de desplazar. Resulta difícil darle la paz que puede hacer reinar el punto de vista de lo singular, en la medida en que implica un *dejar ser*: dejar ser a quien se confía a ustedes, dejarlo ser en su singularidad (p. 98).

El modelo de atención CAPsi parte de la concepción de la *clínica psicológica como una praxis de lo singular*, aspecto que incide en el discernimiento de la demanda, el ejercicio diagnóstico y el tratamiento. Castro-Sardi (2016), en un artículo titulado “Salud mental y atención psicosocial”, define la clínica psicológica del CAPsi como “una práctica que responde a una demanda de un sujeto que sufre y se dirige a un psicólogo en búsqueda de una salida de su malestar.” (p. 131). En este sentido, dentro del modelo de supervisión del Consultorio, resulta fundamental distinguir la *demanda singular* del que consulta, excluyendo “cualquier intervención que se realice con un individuo o grupo basado en una suposición de malestar atribuida *a priori*” (Castro-Sardi, 2016, p. 131).

En lo que al diagnóstico se refiere, hay que decir que si hay algo que enseña el modelo de supervisión CAPsi es que más allá de la estructura (neurosis, psicosis y perversión), e incluso del tipo clínico (histeria, neurosis obsesiva, esquizofrenia, etc.) se encuentra la *singularidad subjetiva*, lo que significa, por ejemplo, que un psicótico no se parece a otro. Esto implica una *clínica de la escucha* que surge “de una posición de no-saber y que permita al sujeto sufriente construir sus propias respuestas.”

(Castro-Sardi, 2016, p. 132). De este modo, nos alejamos de la concepción de síntoma como un malestar que merece ser silenciado, así como de la tendencia a realizar un diagnóstico categorial basado en el DSM. En lugar de ello, concebimos al síntoma como “una construcción singular frente al malestar que se vive en el lazo social” (Castro-Sardi, 2016, p. 132); y al diagnóstico “como acto clínico, que debe surgir del juicio clínico basado en un *saber clínico*, y cuyo fin único es orientar una intervención.” (idem). Intervención que además prioriza la identificación y potencialización de los recursos subjetivos y las redes de apoyo socio-comunitarias. (Castro-Sardi, 2016).

Martelo (2019) nos recuerda que los consultantes del Consultorio son personas que usualmente han pasado, o están pasando, por momentos de mucha angustia, lo cual los deja en algunos casos en situaciones de desamparo. En este sentido, el modelo CAPsi tal vez sea único en nuestro país, en tanto ofrece al practicante, muchas veces angustiado por la misma angustia del paciente, la posibilidad de supervisar cada sesión.

Sin embargo, esto es algo que si bien parte de una postura ética de respeto por la intimidad del consultante y una posición responsable de quienes crearon el modelo, lo cierto es que el practicante está sólo en ese encuentro con cada consultante, y en ese sentido tiene que retomar su formación teórica, pero también ir construyendo en el espacio de supervisión su propia manera de intervenir y evitar que su subjetividad esté en juego. (Martelo, 2019).

Por último, pero no por eso menos importante, en el espacio de supervisión del CAPsi también se realiza un ejercicio de construcción de caso clínico, que posteriormente es socializado en un ateneo clínico titulado *Caso por Caso*. En este espacio de discusión clínica el practicante debe dar cuenta del tratamiento efectuado, así como de su formación clínica, ante un público conformado por los estudiantes de psicología y comentaristas del caso. Estos últimos no necesariamente son psicólogos, pueden ser profesionales de otras disciplinas, pues se parte del supuesto que el conocimiento se construye en un diálogo interdisciplinar. De este modo, la formación clínica que provee el CAPsi se asemeja al juego “piedra, papel y tijera” señalado por Schejtman (2013), en tanto la tijera conceptual es puesta a prueba en la experiencia práctica, la que a su vez

es conceptualizada en el espacio de supervisión y formalizada en *Caso por Caso*, contribuyendo así al desarrollo de la teoría.

Y en lo que respecta a la pregunta por el tipo de saber que se pone en juego en el modo de supervisión CAPsi, consideramos que se trata del saber de aquel que ha pasado por la “experiencia de su práctica clínica”, y esta experiencia la ha tenido tanto el practicante de psicología como el supervisor clínico. Por esta razón, la supervisión es concebida como un espacio de diálogo donde no es posible supervisar sin escuchar, y donde lo que se supervisa es la enunciación del practicante.

REFERENCIAS

- BAUDINI, S.** (2010). Dos momentos del control. En Laurent, E. (comp) *Opacidad del síntoma, ficciones del fantasma* (pp. 97-100). Buenos Aires, Argentina: Colección de la Orientación Lacaniana. Gramma Ediciones.
- BASTIDAS, H., Velásquez, A.** (2015). Modelo lógico de la supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica: concepciones de supervisores clínicos. En *Avances en psicología latinoamericana*. Recuperado el 19 de agosto de 2019, de <https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79945606007/index.html>
- CAYCEDO, C.** (2018). Perspectivas de la regulación de las prácticas en psicología clínica: un trabajo conjunto entre el Estado y la academia. En *Libro Memorias Encuentro Nacional de Prácticas Reppsi 2018*. Recuperado el 25 de agosto de 2019, de <https://www.ascofapsi.org.co/pdf/Libros/LIBROMEMORIAS2018.pdf>
- CASTRO-SARDI, X.** (2016). Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental. En Bravo, O. (comp.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (pp. 121-157). Cali, Colombia: Colección el sur es cielo roto.
- FREUD, S.** (2001). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras Completas, Tomo XII* (pp. 107-120). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- LACAN, J.** (2012). Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos (1973). En *Otros Escritos* (pp. 579- 585). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- LACAN, J.** (2005) Variantes en la cura tipo (1953). En *Escritos 1.* (pp. 311- 348). Buenos Aires, Argentina: Editorial Siglo XXI.
- LACAN, J.** (1974). *El Seminario. Libro 22. RSI.* Inédito.
- LAURENT, E.** (2019). ¿Cómo se enseña la clínica? En *¿Cómo se enseña la clínica?* (pp. 39-48). Buenos Aires, Argentina: Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.** (6 de septiembre de 2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. [Ley 1090 de 2006]. En *Colegio Colombiano de Psicólogos*. Recuperado el 18 de agosto de 2019, de http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf
- LÓPEZ, H.** (2011). La supervisión. Una vía del autorizarse por sí mismo. En *Psicoanálisis y el Hospital.* (40), pp. 105- 108. Argentina. Ed. Verano.
- MAESO, G.** (1999). La transferencia en el control. En *Caldero de la Escuela,* (66), enero-febrero/ 1999, pp. 48-50. Buenos Aires, Argentina: Publicación de la Escuela de la Orientación Lacaniana.
- MARTELO, N.** (2019). Supervisión y formación clínica. Trabajo presentado en el Coloquio *Escucha y salud mental en contextos de vulnerabilidad social.* Universidad Icesi. Programa de Psicología.
- MILLER, J.-A.** (2012). Singularidad. En *Sutilezas analíticas* (pp. 97-108). Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- MILLER, J.-A.** (2008). El Ruiseñor de Lacan. En *Del Edipo a la sexuación* (pp. 245-263). Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- SCHEJTMAN, F.** (2013). Clínica psicoanalítica. En Schejtman, F. (comp.), *Psicopatología clínica y ética: de la psiquiatría al psicoanálisis* (pp.17-66). Buenos Aires, Argentina: Gramma ediciones.

LOS CASOS

CAPÍTULO 3

Autismo y psicosis en la infancia

MÓNICA PATRICIA LARRAHONDO ARANA

OBJETIVO GENERAL

Reflexionar sobre los alcances y límites del dispositivo CAPsi en el tratamiento del autismo y la psicosis en la infancia, mediante la construcción de dos casos clínicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diferenciar el autismo como un tipo clínico distinto al de la psicosis en la infancia, planteando su especificidad en el diagnóstico y el tratamiento.
2. Reconocer en el caso presentado de psicosis en la infancia algunos criterios diagnósticos, en particular fenómenos del lenguaje, fragmentación corporal y fenómeno elemental.
3. Identificar la especificidad clínica del autismo en lo que respecta al "encapsulamiento autista" o "neo borde" y su posible tratamiento.

Bleuler, psiquiatra contemporáneo a Freud, describió por primera vez la conducta autista como uno de los síntomas fundamentales presentes en la esquizofrenia. El “au” del autismo tiene como origen el “autoerotismo” desarrollado por Freud, donde el sujeto esquizofrénico en lugar de enlazarse al mundo libidinalmente se retrae hacia su propio psiquismo (Tendlarz, 2015). Lo anterior explica que el autismo haya sido considerado durante mucho tiempo como una forma extrema de la esquizofrenia; sin embargo, desde finales de los 60’s las asociaciones de padres de niños autistas han venido reclamando su especificidad diagnóstica, con el objetivo de obtener derechos a una educación especial y beneficios en su seguridad social. Es así como el autismo se ha convertido en el diagnóstico predominante de la época, en detrimento de las psicosis en la infancia, e inaugurando lo que se conoce como “una epidemia diagnóstica”. (Laurent, 2013).

Actualmente la OMS estima que 1 de cada 160 niños es diagnosticado con “Trastorno del Espectro Autista” (TEA), y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos informa que 1 de cada 59 niños tiene TEA. Y aunque Colombia no cuenta con cifras oficiales sobre autismo, en el Boletín de Salud Mental del 2018 se indica que el número de menores de edad que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor, habiendo más demanda en niños de 5 a 9 años. El *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi)*, por su parte, reporta que entre 2014-2018 se han atendido 22 niños diagnosticados con enfermedad mental, lo que representa un 7% de los niños atendidos en este periodo. Cabe mencionar que por enfermedad mental se entiende las “alteraciones mentales crónicas, donde se percibe una ruptura radical del lazo social y un riesgo de vida para el sujeto.” (Informe Quinquenal del CAPSi, 2019). En esta categoría diagnóstica se incluye la psicosis y el autismo.

Ahora bien, tanto las estadísticas del Boletín de Salud Mental, como los casos del CAPSi, indican que dentro los síntomas más frecuentes por los cuales se consulta en la infancia se encuentra las dificultades en el lenguaje y el jugar poco con otros niños, indicadores esenciales para el diagnóstico de TEA. No obstante, los trastornos en el lenguaje y las dificultades para relacionarse con los demás también son señales presentes en otros diagnósticos, de allí la necesidad de interrogar si hay, en efecto, más niños autistas, o si por el contrario se está frente a una burbuja diagnóstica.

Sea cualquiera el caso, lo cierto es que hay en Colombia una tendencia al aumento de casos de enfermedad mental en la infancia, lo que contrarresta con la escasez de dispositivos de salud mental que garanticen una atención integral y oportuna, que incluya lo que establece la ley 1616 de Salud Mental: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial. En Cali, por ejemplo, se observa que además de la falta de centros especializados y personal capacitado en salud mental; se encuentra, por un lado, barreras de acceso asociados a las dificultades económicas y la burocracia inherente al sistema de salud; y, por otro lado, la primacía del tratamiento farmacológico sobre la rehabilitación psicosocial. Es en este sentido que el CAPsi es un dispositivo de salud mental novedoso, en tanto está basado en una *clínica de la escucha*, cuya ética considera al sujeto, independientemente de su edad y/o diagnóstico, en su “sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria” (Galende, 2008, p. 9).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente capítulo pretende ahondar, desde el psicoanálisis lacaniano, en el diagnóstico y tratamiento del autismo y la psicosis en la infancia a partir de la presentación de dos casos clínicos atendidos en el CAPsi. La elección de los diagnósticos responde, al interés epistémico de diferenciar el autismo de la psicosis en la infancia; y, al interés clínico de dar cuenta de los efectos terapéuticos que se pueden producir en tratamientos orientados psicoanalíticamente en dispositivos de escucha de tiempo limitado.

El primer caso corresponde entonces a “Simón”, un niño de siete años diagnosticado con psicosis; y el segundo a “Marcus”, un niño de seis años diagnosticado con autismo. Ambos casos fueron atendidos por más de un año, excediendo las siete sesiones propuestas por la institución; sin embargo, esto no entró en conflicto con el modelo CAPsi, en tanto el mismo privilegia la singularidad subjetiva.

Antes de abordar los casos, conviene introducir algunos conceptos fundamentales del autismo y la psicosis en la infancia, para después proseguir con la presentación de los casos y sus respectivos comentarios. Por último, se finaliza el capítulo con reflexiones finales y preguntas guía que orienten al lector en el estudio de esta temática.

3.1 AUTISMO Y PSICOSIS: UNA MISMA FAMILIA DE PROBLEMAS

Autores lacanianos como Laurent (2013) y Tendlarz (2015) definen al autismo como un *funcionamiento subjetivo singular* distinto al de la psicosis en la infancia, e incluso independiente de la psicosis esquizofrénica. Sin embargo, Laurent considera que el autismo y la psicosis se encuentran en una “misma familia de problemas” (Laurent, 2011), pues ambos coinciden con lo que Lacan designa como *forclusión del Nombre del Padre*, mecanismo psíquico específico de la psicosis.

En “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, Lacan (2005) distingue la neurosis de la psicosis a partir de la inscripción del significante primordial “Nombre del Padre” (NP), el cual produce la prohibición del incesto, que en forma extensiva se entiende como castración de goce; y, por otro lado, la respuesta a lo enigmático del deseo del Otro, que a esta altura de su enseñanza es entendido como deseo materno. El NP es aquello que facilita el encadenamiento significativo, lo que se traduce en la posibilidad de encontrar significaciones a lo incomprendible del Otro y la existencia. Como bien plantea Maleval (1998): “la teoría analítica llama Nombre del Padre al significante impronunciado que asegura el ser del sujeto en sus fundamentos, y que clausura las preguntas acerca del origen.” (p. 139).

Lacan plantea que en la neurosis hay NP, y en la psicosis no hay NP, exclusión radical que nombra *forclusión del Nombre del Padre*, y que tiene por efecto una ausencia en la significación fálica. Lo anterior explica que en la psicosis las alusiones, los entredichos y los chistes carezcan de significación, así como la presencia de un goce no regulado. Es por la forclusión del NP que el desencadenamiento psicótico se produce cuando el sujeto se topa con una experiencia enigmática que lo confronta con un vacío de significación. A este encuentro Lacan lo nombra como el llamado a Un Padre real, que viene a romper las identificaciones imaginarias que sostiene al sujeto, dejándolo en la penumbra del abismo. También “es muy importante tener en cuenta que no se trata sólo de la confrontación con un vacío de significación, sino con el encuentro, con la emergencia de un goce fuera de la regulación simbólica.” (Millas, 2014, p. 44).

De lo anterior se desprende la hipótesis en la que se afirma el autismo y la psicosis se encuentran en “la misma familia de problemas”, pues en ambas el NP está forcluido, lo que se traduce en síntomas como la

literalidad del discurso, la poca capacidad de introspección, la excitación psicomotriz e incluso los trastornos en el lenguaje. “Pero si uno trata de constatar la especificidad del autismo sería un error considerarlo solo «como una forma extrema de», porque forma extrema al mismo tiempo significa que es algo distinto sin reconocer la especificidad del problema” (Laurent, 2011, p. 12). De allí que Laurent considere más orientador distinguir autismo y psicosis a partir del *retorno de goce*.

3.2 EL RETORNO DE GOCE

El “gocce” es un concepto lacaniano que indica cierto exceso de satisfacción en el cuerpo, que al ser demasiado genera malestar. En la psicosis, al no haber NP que acote el goce, el mismo retorna al propio sujeto de diversas maneras según sea el tipo clínico. En la paranoia, el goce recae sobre el Otro, constituyendo así al Otro malo perseguidor. En el *Seminario 2*, Lacan (2006) explica que cuando el sujeto le habla a un semejante, en realidad le está hablando al Otro. Entonces, cuando se afirma que en la paranoia el goce retorna sobre el Otro, significa que el sujeto concibe a ese Otro como alguien que goza de él.

En la esquizofrenia el goce recae sobre el propio cuerpo, dando lugar a fenómenos de fragmentación corporal y de muerte subjetiva. El cuerpo del esquizofrénico es vivido como un cuerpo ajeno, que puede ser testimoniado bajo la forma de automatismo mental, donde el sujeto tiene la sensación de que una fuerza extraña incide en sus movimientos y/o pensamientos. Así mismo, se pueden encontrar relatos en los que los órganos son percibidos por fuera del cuerpo. Aparecen también los movimientos estereotipados y la conducta hiperquinética, testimonio del goce que invade el cuerpo. En lo que respecta a los fenómenos de muerte subjetiva, estos hacen referencia a fantasmas de mutilación y mortificación.

Finalmente, en relación al autismo, el retorno del goce recae sobre el borde, conocido también como “caparazón autista”, “encapsulamiento autista” o “neo-borde”. Laurent (2013) afirma que en el neo-borde hacen parte las estereotipias, las ecolalias, los objetos fijos (conocidos también como objetos autísticos), los intereses específicos y demás conductas que ponen a distancia al Otro. Laurent (2013) considera que “el cuerpo-caparazón del sujeto autista es un neo-borde, porque constituye un

límite casi corporal, infranqueable, más allá del cual ningún contacto con el sujeto parece posible” (Laurent, 2013, p. 84). De esta manera, el neo- borde funciona como una burbuja de protección ante un Otro que le resulta invasor. Esto es una particularidad que no se evidencia en la psicosis, sea esta esquizofrénica o paranoica. Teniendo presente lo anterior, se continúa con la presentación de los casos.

3.3 UNA GEOGRAFÍA SIMBÓLICA: EL CASO DE SIMÓN¹

Simón es un niño de siete años que asistió al CAPsi en compañía de su madre, remitido por una institución educativa por problemas de conducta y dificultades en el aprendizaje. Al momento de la consulta, sus padres se encontraban separados desde hacía dos años, estando su padre radicado en otro país. Simón vivía entonces con su madre y sus dos hermanos mayores.

En la primera cita, la madre comentó que la maestra del colegio le informó que el niño no atendía en clase, se distraía fácilmente con sus compañeros y no soportaba que lo tocaran. Adicionalmente, mencionó que el consultante no había podido aprender las letras y los números, por lo que se encontraba repitiendo transición. Al hablar a solas con Simón, comentó que cuando se enojaba *“algo se apoderaba de él”*, y cuando sus compañeros de clase lo molestaban mucho y le gritaban, *“le estresaban el cerebro”*, sentía como *“un martillo en la cabeza”* que lo golpeaba muy fuerte.

La madre informó en las primeras sesiones que Simón en una ocasión lastimó el ojo de un compañero con su propio dedo. Al indagar sobre estos sucesos, el menor comentó que desde hacía unas semanas todas las mujeres lo perseguían y querían besarlos porque *“estaban como locas”*. También mencionó que se escondía detrás de las palmeras para que las niñas no lo vieran; y afirmó que una niña en su colegio tenía un cuchillo en su bolsillo, lo perseguía todos los días y *“quería matarlo”*.

¹ Caso clínico presentado por Julián Ocampo, practicante de psicología, en Caso por Caso el día 28 de febrero de 2019 con el título *“Fragilidad psíquica e invenciones en la infancia: El caso de Simón.”*

Cuando se le preguntó a Simón qué hacía él cuando lo perseguían, este respondió que utilizaba la *"técnica del camaleón"*, la cual consistía en que el consultante se quedaba muy quieto para camuflarse y volverse el color de su entorno. Simón afirmaba que de esta forma evitaba que las niñas lo vieran.

3.3.1 Una geografía simbólica

Al inicio del tratamiento, Simón se presentaba como un niño inquieto, con un discurso que se destacaba por ser verborreico, con fuga de ideas y cambios drásticos en la conversación. El psicólogo practicante informaba que *"habló cinco minutos corrido"*, sin ningún tipo de puntuación. Al mismo tiempo, observaba que se movía mucho al hablar, *"gesticulando bastante"* y cambiando *"de un tema a otro sin ninguna pausa ... parecía una caricatura"*. Simón le confesó que *"se lo toman las palabras"*, y él en esa cita empezó a jugar con ellas a través de la sonoridad. También manifestó que mientras jugaba le *"vibraba la pierna"*, aunque fenomenológicamente no se evidenciaba temblor alguno.

En el transcurrir de las primeras sesiones se observó que Simón tenía un desorden en lo simbólico, en donde parecía no lograr discernir entre la fantasía y la realidad. Por esta razón, se planteó intervenir acotando la cantidad de juguetes con los que jugaba, así como los tiempos de diálogo entre los personajes. También, se decidió que los juegos llevaran una historia que mantuviera una continuidad durante el proceso terapéutico empleando frases como: *"en el capítulo anterior"*, o, *"esta historia continuará"*. Dicha estrategia tuvo por efecto que Simón lograra organizarse en las sesiones, hilando sus relatos y adhiriéndose a los tiempos de diálogo de cada personaje. En este punto conviene mencionar que en las primeras entrevistas Simón reproducía insistentemente en sus juegos la presencia de un vampiro que lo perseguía, y por consiguiente la necesidad de escapar.

En la sesión número quince, ya con el segundo practicante, Simón trajo a consulta una carpa plegable, la cual situó en la mitad del consultorio, ingresó a ella e invitó al terapeuta a entrar en la carpa. Gracias a este recurso, se planteó trabajar límites espaciales como el adentro y el afuera de la carpa, apuntando a una geografía simbólica que funcionara en la distinción entre la fantasía y la ficción. Se realizó entonces

una distinción entre el juego dentro de la carpa, donde cada uno tenía nombres ficticios; y el juego por fuera de la carpa, donde se desarrollaban actividades en las que se llamaban por su verdadero nombre.

Por aquel tiempo, la madre refirió que su hijo había mejorado mucho su comportamiento en el colegio. Como ejemplo, mencionó que hubo un evento en la piscina donde los profesores no se quejaron de la conducta de Simón, y esto nunca antes había pasado; pues usualmente cuando el colegio realizaba este tipo de actividades, le decían que no mandara al niño. No obstante, sesiones después la madre refirió que su hijo le había pegado a la compañera que lo molestaba mucho, por lo que se procedió a comunicarse con el colegio. La maestra comentó que la niña, la misma de la cual Simón evitaba que lo mirara, era insoportable con él, y consideraba que el comportamiento de Simón era una manera de defenderse de ella. Se recomendó al colegio la presencia de un adulto que mediara la relación de Simón y esta compañera.

Tras las vacaciones de diciembre, Simón volvió a presentarse con verborrea, fuga de ideas e incoherencias en el discurso. Para esta ocasión hubo cambio de practicante, quien salió abrumado de la sesión, no solo por la dificultad que tuvo en seguir la conversación del menor, sino por la efusividad con la que jugaba. Comentó que Simón no paraba de sacar los juguetes, y al finalizar la sesión solicitaba “tiempo extra”. Había algo imparable en Simón. Por su parte, la madre comentó que decidió cambiarlo de colegio debido a que no quería que lo estigmatizaran.

En supervisión se decidió continuar trabajando en función de una geografía y ordenamiento simbólico, con el conteo de juguetes y el desarrollo de juegos donde se trabajaban, además de la distinción entre un “adentro” y un “afuera”, la identificación de lugares seguros donde pudiera refugiarse y pasar desapercibido ante la mirada del Otro. Esto tuvo por efecto un apaciguamiento en su inquietud motora y una mayor claridad en su discurso. Por ejemplo, en una de las últimas sesiones Simón pudo salirse del juego para explicar al practicante lo que tenía que hacer, retornando después a su rol dentro del juego.

Sin embargo, hay que decir que, en cierto modo, en Simón seguía persistiendo cierta confusión entre el “adentro” y el “afuera”. En una ocasión se molestó por el ruido proveniente de la calle, acercándose a la ventana del consultorio e insultando a las personas causantes del ruido. Seguido a ello, se dio una leve cachetada en la cara, y cuando se le indagó

sobre esta conducta, refirió que había un *youtuber* que hacía lo mismo. Al conversar con la madre, ella negó autoagresiones en la casa, lo que permitió suponer que la cachetada respondía más a una imitación de la conducta del *youtuber* que a una auténtica autoagresión; no obstante, se le indicó a Simón que en este espacio no estaba permitido hacerse daño.

3.3.2 Moldeando el cuerpo

En el último periodo del tratamiento, Simón empezó a formar cuerpos con plastilina. En un inicio el consultante hacía las extremidades corporales muy largas, lo que ocasionaba que los cuerpos no se sostuvieran de pie, algo que lo enfurecía. Frente a ello el practicante le propuso conectar las partes del cuerpo ayudándose de palillos de dientes, y de esta forma lograr una estabilidad mayor. Mientras armaba el primer cuerpo de plastilina, Simón decía: *“hay que ponerle orejas para que escuche, y ojos para que vea”*.

De esta manera fue como Simón comenzó a trabajar la concepción de un cuerpo, en la que se articuló la representación imaginaria del cuerpo con el Otro perseguidor. En una sesión, Simón armó en plastilina el cuerpo de una niña, y mientras lo hacía hablaba más detalladamente sobre las niñas, y cómo ellas lo afectaban en su estabilidad emocional. Volvió a decir que las niñas lo *“estresaban”*, y agregó que sentía *“como si lo picaran por todo el cuerpo, como picaduras de abejas”*. También volvió a mencionar la técnica de camaleón como un recurso para evitar ser objeto de la mirada del Otro.

En las siguientes sesiones la dinámica de armar cuerpos en plastilina se desplazó a hacer platos de comida y jugar a *“Master Chef”*. En el juego se planteaba una competencia de platos entre él y el practicante, para lo cual era necesario hacer una receta y tener un jurado, este último interpretado usualmente por el consultante. Durante varias sesiones, Simón ganó la competencia, y en pocas ocasiones el jurado probaba el plato del terapeuta. Solo en una sesión, Simón le propuso al practicante que fuera el jurado. Frente a ello, el practicante le preguntó cómo hacía para dar un veredicto, pidiéndole ayuda para decidir. Simón le dijo que debía decir, y cuando el practicante en su rol de jurado hacía el anuncio del ganador, el consultante lo felicitó y le dio la mano.

El tratamiento finalizó cuando la madre decidió radicarse en el extranjero con sus hijos, y antes de irse, comentó que anteriormente Simón tenía episodios de ira en los que llegaba a partir una puerta; sin embargo, esta ira ha cesado de producirse desde que empezó asistir al dispositivo de escucha ofertado por el CAPsi. En lo que respecta a Simón, se observa no solo un alivio sintomático, sino la alegría de vivir.

3.4 COMENTARIO DEL CASO

Castro-Sardi (2016) considera que el objetivo de la atención a pacientes psicóticos en el dispositivo CAPsi debe estar orientado a detectar clínicamente los fenómenos elementales, la coyuntura dramática y los recursos subjetivos y/o sociales que contribuyan a la estabilización del paciente. Siguiendo este ordenamiento lógico, se propone en este comentario abordar las siguientes temáticas: el desencadenamiento, el fenómeno elemental y la estabilización en la psicosis.

3.4.1 Desencadenamiento y fenómeno elemental

Para el psicoanálisis de orientación lacaniana, la psicosis es una estructura clínica que no varía a lo largo del tiempo, es la misma en la niñez que en la adultez. Lo anterior es algo que enseña la clínica con pacientes psicóticos adultos, quienes llegan a veces a testimoniar la presencia de fenómenos psicóticos en la infancia que se caracterizan por ser extraños, sutiles, breves y enigmáticos. Estos fenómenos iniciales muchas veces no son expresados oportunamente porque los mismos resultan tan familiares que no vale la pena decirlos; y, en caso que los digan estos pueden no ser escuchados, en tanto se los confunden con fantasías de los niños. En este sentido, el caso de Simón resulta ejemplar, pues enseña que los fenómenos psicóticos en la infancia distan de la fantasía por su valor de certeza, y el tratamiento consiste en encontrar los recursos para afrontar estos fenómenos que lo interpelan.

Decir que en la psicosis hay desencadenamientos supone aceptar, por un lado, que el psicótico no permanece desencadenado y, por otro lado, que puede ocurrir que no todos los psicóticos se desencadenen. Lacan (2002) en el *Seminario 3* plantea el desencadenamiento psicótico

como el encuentro contingente con una vivencia inédita que carece de significación. En este punto conviene aclarar que cualquiera puede toparse con situaciones inéditas, la diferencia está que el psicótico al no contar con el NP, tiene la sensación “de haber llegado al borde del agujero” (Lacan, 2002, p. 289). A este momento lógico Lacan lo designa como “coyuntura dramática”, vivencia que supone la emergencia de Un Padre que confronta al sujeto a un vacío de significación; pero también a la emergencia de un goce “que arrasa la dimensión del sentido, que anula el campo de la realidad y que tiene a la perplejidad como correlato subjetivo” (Millas, 2014, p. 44).

Entonces, si la estructura psicótica conserva la misma lógica en la infancia y en la adultez, sería posible establecer las coordenadas de la “coyuntura dramática” en el desencadenamiento de la psicosis en la infancia; sin embargo, la clínica demuestra que muchas veces esta no puede ser precisada. En Simón, por ejemplo, no se encuentra una coyuntura dramática como tal, si mucho se podría suponer que el llamado a Un Padre estaría referido al aprendizaje de los números y las letras. Lo que sí es posible identificar son los efectos clínicos de la forclusión del NP, que en Simón se evidencia a través de los desórdenes en el lenguaje, donde además se identifica la emergencia de un goce por fuera de toda regulación. Basta con recordar cuando los practicantes referían el juego sin sentido de la sonoridad de las palabras, así como lo “imparable” de su discurso: “*Hablaba cinco minutos corrido*”, cambiaba “*de un tema a otro sin ninguna pausa*”. La anterior descripción corresponde a un fenómeno clínico que en psiquiatría es designado como “ideorrea”, y que Clérambault incluyó bajo el término “pequeño automatismo mental”.

El automatismo mental hace referencia a la presencia de fenómenos iniciales en la psicosis que preceden a la formación delirante y que se caracteriza por ser mecánicos, neutros, no sensoriales y anideicos. Que sea *mecánico* significa que es ajeno a la voluntad del sujeto. Que sea *neutro* quiere decir que carece de tonalidad afectiva. Que sea *no sensoriales* significa que no son alucinaciones con contenido temático. Y que sea *anideico* significa que los mismos carecen de raciocinio o ideas.

Lacan retoma el “automatismo mental” de Clérambault para erigir su concepto “fenómeno elemental”, el cual tiene la misma estructura del delirio, por lo que el mismo verifica la psicosis. (Lacan, 2002). El fenómeno elemental es entonces un fenómeno súbito, anideico, atemá-

tico y neutro, que aparece como una pieza suelta en el discurso, que al carecer de toda significación, confronta al sujeto con una experiencia enigmática. En algunos casos esta experiencia encuentra su respuesta en un segundo momento lógico denominado por Lacan como “significación personal”, que se formula como una certeza. Sin embargo, para muchos psicóticos la experiencia enigmática queda muchas veces a la espera de una significación.

Miller (2001) plantea tres tipos de fenómenos elementales:

- a. Fenómenos de automatismo mental, los cuales hacen referencia a los fenómenos de influencia, la irrupción repentina de pensamientos, al vacío de pensamiento, al robo de palabras, etc.
- b. Fenómenos que concierne al cuerpo, en donde aparecen “fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza con relación al propio cuerpo” (p. 24).
- c. Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad, que hacen referencia al testimonio de experiencias inefables, inexpresables, de certeza absoluta o de significación personal. Es cuando el paciente dice que puede ver en el mundo “signos que le están destinados y que contiene una significación que él no puede precisar, pero que le están dirigidos exclusivamente a él” (p. 24).

En Simón se puede identificar la presencia de fenómenos elementales de tipo automatismo mental, así como fenómenos elementales que conciernen al cuerpo. Respecto a los fenómenos de automatismo mental se encuentra el fenómeno de influencia, donde Simón no es dueño de sus pensamientos, pues los mismos se le presentan como algo extraño, independiente y autónomo. Un ejemplo de ello se encuentra al inicio de la consulta cuando dice que al enojarse “*algo se apoderaba de él*”; otro ejemplo, cuando confiesa que “*se lo toman las palabras*”. Lacan (2006b) en el *Seminario 23* describe este tipo de fenómenos como “palabras impuestas” o “palabras emergentes”.

En lo que respecta al fenómeno elemental que concierne al cuerpo, aparece en Simón dos cuestiones: el primero referido a momentos de júbilo, cuando dice que le “*vibraba la pierna*” al jugar. Aquí cabría suponer que el retorno de goce recae sobre el cuerpo, teniendo por efecto

la extrañeza de su propia pierna. El segundo, hace referencia a una sensación corporal articulada a la irrupción de un Otro malo perseguidor, encarnado para él en las niñas. Esto se encuentra de manera difusa al inicio del tratamiento, cuando dice que sus compañeros le “*estresaban el cerebro*” y sentía como “*un martillo en la cabeza*”; pero, aparece más claro cuando le confiesa al practicante que las niñas lo estresan a tal punto que siente “*como si le picaran por todo el cuerpo, como picaduras de abejas*.” Este punto es muy interesante porque aparece, por un lado, la presencia de las niñas como un Otro malo que goza de él, ellas “*estaban como locas*” y “*quería matarlo*”; pero, por otro lado, el efecto que produce la presencia del Otro malo sobre su cuerpo, “*como si le picaran todo el cuerpo*”. En Simón, el Otro malo toca el cuerpo, y todo el tratamiento consiste en la construcción de una geografía simbólica que lo preserve de un Otro que goce de él.

3.4.2 Estabilización en la psicosis

Así como la estructura psicótica no varía en la niñez y en la adultez, “la dirección de la cura en la psicosis guarda una misma orientación en la psicosis de adultos y de niños” (Tendlarz, Larrahondo y Mas, 2013, p. 134). Lacan (2002) en el *Seminario 3* plantea que en la psicosis conviene que el analista se ubique en el lugar del “secretario del alienado”, cuidando que la transferencia no dé un giro persecutorio o erotómano. El analista como secretario del alienado no está en posición de sujeto supuesto saber; todo lo contrario, está en una docilidad orientada, en tanto se deja enseñar por lo que el psicótico tiene para decir, al mismo tiempo que desde allí lo ayuda en la construcción de una *geografía simbólica* que funcione como suplencia. (Tendlarz, 2014).

A lo largo del tratamiento de Simón se puede verificar una docilidad orientada por parte de los practicantes de psicología, quienes lejos de ubicarse en la posición de saber, se sirvieron de los recursos de Simón para apuntar hacia una geografía simbólica que funcione como punto de estabilización. Se observa entonces la creación de historias conectadas una sesión tras otra bajo los *slogans* “*en el capítulo anterior*”, o “*esta historia continuará*”; así, como también el uso de la plastilina para el armado de un cuerpo, y luego la creación de juegos. Sin embargo, el punto decisivo fue cuando Simón trae la carpa, objeto particular que

bajo transferencia se empleó para trabajar en el armado de una geografía simbólica. Es a partir de la carpa que él fue ordenando su mundo entre un adentro y un afuera, al mismo tiempo que hablaba sobre sus estrategias para esconderse de la mirada del Otro. Lo anterior tuvo por efecto terapéutico la capacidad de salirse del rol interpretado en el juego, hablarle al practicante, y después retomar el juego sin perderse en el caos de un mundo sin NP.

Por último, conviene aclarar que en el caso de Simón no se evidencia la construcción de una metáfora delirante que sirva como suplencia, quizás porque la misma requiere de un tiempo de construcción que trasciende la infancia. No obstante, el tratamiento de Simón enseña los distintos recursos creativos que se pueden desplegar en una clínica donde se privilegie a un sujeto de palabra que participa activamente en su tratamiento. (Castro-Sardi, 2018, p. 11).

3.5 LA CIUDAD DE LA DOCTORA: EL CASO DE MARCUS²

Marcus es un niño de seis años que asistió al CAPsi remitido por institución educativa por presentar bajo rendimiento escolar, y negarse a asistir al colegio. Vivía con su padre, madre y una hermana de trece años; siendo todos oriundos de otra ciudad, y habiendo llegado a Cali cinco meses antes de la consulta. En la primera cita asistieron los padres y Marcus, por lo que la psicóloga optó por escuchar primero a los padres en presencia de Marcus, y posteriormente atenderlo a solas. En ese encuentro inicial el padre describió a Marcus como “el perfecto emperador”, haciendo alusión a la dificultad que tenía en seguir límites. La madre, por su parte, informó que, entre los siete meses y los dos años, Marcus tuvo convulsiones epilépticas, por lo que estuvo medicado durante esos dos años con ácido valproico. El médico de entonces les dijo que las convulsiones se

2. Caso presentado por la practicante de psicología Daniela Ortiz en Caso por Caso el día 7 de septiembre de 2017 con el título “Del dibujo a la escritura: El caso de Marcus”. Caso incluido en la tesis de pregrado de la estudiante Natalia Rivera titulada *El uso de los intereses específicos en el tratamiento de tres casos de niños autistas*, presentada en junio de 2018.

debían a “episodios de rabia”, explicación a la que la madre le encontró poco sentido.

Mientras los padres hablaban, Marcus se comportaba inquieto, decía palabras sueltas, mal pronunciadas, fuera de contexto y en un tono de voz alto; y cuando la psicóloga se quedó a solas con él, se pudo percatar que no mantenía la mirada, repetía todo lo que se le decía, y era difícil entenderle. No obstante, se pudo escuchar que Marcus no quería ir al colegio porque “le daba miedo”, sin ahondar en el tema. A lo largo de esta primera cita Marcus dibujó la serie infantil de dibujo animado Peppa Pig, evidenciando destrezas en el dibujo.

En relación a las evidentes problemáticas en el lenguaje, los padres refirieron que ellos sabían interpretar lo que Marcus quería decir, sin considerar este desorden como una problemática a tratar. Frente a ello se les recomendó corregir a Marcus cuando no pronunciara bien las palabras, y/o cuando sus frases fueran desarticuladas, dejándoles claro la necesidad de que él se esforzara en hacerse entender para los demás.

3.5.1 El dibujo: un interés específico

Durante las primeras sesiones Marcus se presentaba bastante inquieto, en ocasiones excitado y sin registrar las personas a su alrededor. Sesiones después se pudo verificar que este comportamiento se acentuaba cuando algo de su rutina cambiaba, por lo que desde el comienzo se respetaron las pequeñas rutinas que él iba instaurando al interior de la consulta.

De entrada, Marcus incluyó el dibujo como parte de su rutina, dibujando exclusivamente los dibujos animados que veía en televisión, especialmente Peppa Pig. En una ocasión, cuando se le propuso dibujar sobre su familia, dibujó la familia de Peppa Pig, y al preguntarle sobre ello respondió: “*El papá de Marcus es papá cerdito*”, señalando en el dibujo al padre de Peppa Pig.

En esta primera fase del tratamiento se orientó a que el paciente dibujara un marco en los dibujos que realizaba, con el objetivo de que el mismo tuviera un ordenamiento simbólico. Retroactivamente se pudo verificar que la construcción del marco en el papel se hizo extensivo al dispositivo mismo, dado que a partir de allí Marcus enmarcó un ordenamiento serial de las sesiones, el cual consistía en: 1° se saludaba; 2° se dibujaba (y para ello había que hacer primero un marco); y 3° se

guardaba el dibujo en una carpeta. Estas carpetas fueron elaboradas en el transcurso del tratamiento con el objetivo de guardar los dibujos que se iban realizando, según las categorías que se iban desplegando. Por ejemplo, en un inicio se contó con dos carpetas: la carpeta de “programas de T.V”, donde se guardaba dibujos de Peppa Pig, de las Chicas Superpoderosas, de Cartoon Networks, etc.; y la carpeta “Marcus”, donde se archivaban los dibujos en los que él aparecía. Posteriormente se fueron agregando más carpetas, según la temática de la que hablara; por ejemplo, sobre el final del tratamiento se incluyó la carpeta “Las Copas de fútbol”, donde incluía los dibujos de “La Copa América”, “La Copa Mundial de Fútbol Rusia 2018”, etc.

Al finalizar este periodo de ordenamiento simbólico, Marcus logró decir oraciones articuladas y narrar hechos de su vida cotidiana con una coherencia lógica. Incluso, logró incluirse de manera indirecta en sus narraciones. Por ejemplo, en una ocasión, cuando dibujó a *“Peppa en la luna”* comentó: *“Una vez vi la Luna en Medellín por Discovery Kids”,* y *“yo no puedo ir a la luna porque me gusta mi casa en Cali”*. Esta manera de incluirse en el discurso, a través del dibujo, persistió por bastante tiempo en el tratamiento, llegando en ocasiones a narrar hechos de su vida cotidiana sin hacer referencia a personajes de televisión. Ahora bien, su discurso se caracterizaba por ser literal y, en algunas ocasiones, por referirse a sí mismo en tercera persona; por ejemplo, en una ocasión dijo mientras dibujaba: *“Marcus fue con papá Carlos y mamá Mile a McDonalds, donde comieron hamburguesa y helado”,* a lo que la practicante le dijo que ella también ha ido a McDonalds, y Marcus le respondió *“Yo no te vi”*.

3.5.2 La ciudad de la doctora

Con la segunda practicante se hizo evidente que, si bien Marcus había adquirido el lenguaje, este no tenía la intencionalidad de comunicar algo a un Otro. Persistían las estereotipias, la ecolalia y los estribillos. Cambiaba de tema súbitamente y en ocasiones hablaba un poco agitado, en medio de una lluvia de palabras que poco se conectaban entre sí, dejando a la terapeuta por fuera de la conversación.

A partir de lo anterior, la hipótesis diagnóstica se especificó hacia el lado del autismo, entendido por Laurent como un funcionamiento

subjetivo singular en el que se evidencia la presencia de actitudes y comportamientos que “funcionan como una burbuja de protección para el sujeto” (Laurent, 2013b, p. 79). Por consiguiente, el tratamiento se orientó hacia un desplazamiento de esta burbuja, nombrada también como “encapsulamiento autista”. Para ello se partió de sus intereses específicos: los dibujos y los programas de televisión. Así mismo, se tuvo en cuenta la importancia de los marcos, límites y rituales para la estabilidad del niño, en aras de ampliar el encapsulamiento autista y dar lugar a un mayor intercambio de palabras y objetos.

El trabajo clínico continuó con el dibujo, los marcos y las carpetas, todos ellos realizados en la misma serie establecida con la primera practicante. En este contexto, un día Marcus se dibujó junto a la practicante en el consultorio, incluyendo lo que estaba afuera del mismo: el edificio de la esquina y la panadería de enfrente, en la que decía comer con su madre antes de entrar a la consulta. A este dibujo lo llamó “*la ciudad de la doctora*”, dando cuenta de la transferencia que Marcus había puesto en el dispositivo. A partir de este momento Marcus comenzó no solo a percatarse de las personas que habitaban en el CAPsi, sino a preguntar por ellas. En una ocasión, estando dentro del consultorio escuchó a alguien toser afuera, le preguntó a la practicante qué fue lo que había escuchado, al mismo tiempo que salía a preguntar: “*Margarita, ¿tienes gripa?*”

A la rutina planteada por el mismo Marcus –el saludo, el dibujo, y el guardar el dibujo–, se agregó posteriormente el juego y la conversación. De este modo, se estableció para cada sesión la siguiente serie: 1° se saludaba, 2° se dibujaba, 3° se jugaba y 4° se guardaba el dibujo en la carpeta. Cabe señalar que la conversación era un elemento transversal a las distintas fases de la serie. De este modo, Marcus no solo relataba su vida cotidiana a partir del dibujo, sino que hablaba sobre ella a través del juego.

3.5.3 Ampliación de la serie

Con el transcurrir de las sesiones, Marcus no solo regresó de nuevo al colegio, sino que comenzó hablar sobre sus compañeros de clase. Comentó, por ejemplo, que tenía dos amigos a quienes la profesora los regañaba por no terminar rápido; y en otra ocasión dijo que él y un compañero se habían portado bien (haciendo el gesto del pulgar hacia arriba), y que otro compañero se había portado mal porque no dejaba estudiar a los demás (haciendo el gesto del pulgar hacia abajo). Posteriormente

hablaba de la profesora y de sus compañeros por sus nombres, llegando a narrar la vida cotidiana de su colegio.

En una ocasión ingresó al consultorio diciendo querer dibujar “HTV”, porque *“es lo que veo ahora”*, y mientras dibujaba, comentó que en su casa su hermana se ponía a cantar la música que reproducía este programa de televisión, y acto seguido, él mismo comenzó a cantar mientras dibujaba.

Posteriormente, Marcus introdujo en el tratamiento juegos que reproducían los programas que él observaba. Comenzó entonces por escenificar un noticiero, en el que ponía a narrar a la psicóloga la trágica noticia del accidente aéreo ocurrido el 28 de noviembre del 2016 en Medellín, en el que viajaban los jugadores del equipo de fútbol brasileiro Chapecoense, teniendo por saldo 71 personas fallecidas y 6 sobrevivientes. Mientras la psicóloga narraba la noticia, él estrellaba el avión. Este juego se repitió una y otra vez hasta que la psicóloga introdujo la existencia de los sobrevivientes. En ese momento, Marcus los llevó al hospital, les compró agua y, entonando una voz distinta, los regañó por *“andar montados en avión”*. A la semana siguiente Marcus dibujó los logos del *“programa de hoy”*, y propuso recrear nuevamente la noticia del Chapecoense, pero en esta ocasión él fue el reportero, y narró la noticia con la terminología propia de un periodista.

La practicante observó que la reiteración de la noticia del Chapecoense tenía por efecto cierta excitación psicomotriz, por lo que en supervisión se acordó en acotar el goce introduciendo otras noticias. Esto dio lugar a que Marcus introdujera programas de cocina, narrándolos con un tono de voz y un lenguaje propio de un uruguayo o argentino, diciendo palabras como *“heladera”*, *“Ketchup”* y *“fiambre”*.

Entonces, de los programas de televisión dibujados, se pasó a los programas de televisión narrados, estableciendo la siguiente serie: 1° la noticia de Chapecoense, 2° el programa de cocina y 3° el programa HTV. La reiteración constante de los programas seguía produciendo en Marcus un plus de excitación, al mismo tiempo que se extraviaba en su relato. Por lo anterior, se decidió apuntar a un menos de goce, introduciendo los *“cortes comerciales”*.

3.5.4 Del dibujo a la escritura

La sesión de goce tuvo como efecto que en un encuentro Marcus solo dibujara *“el programa de hoy”*, eligiendo a uno entre la serie de progra-

mas que veía. Fue así como un día llegó al consultorio con el programa “HTV Sexy”, y pidió “dibujar” las letras de la palabra “sexy”. Dice: “*la s de sapo, luego sigue la x*”, ante lo cual se le corrigió, y él consintió a dejarse enseñar. A partir de ese momento se agregó a la serie establecida la escritura de palabras, encontrando incluso cierto interés y placer al nombrar las letras y los números.

Paralelo a la escritura, la serie de programas de televisión se fue ampliando e incluyendo los “*programas de deportes*”, y con ello las diferentes copas de fútbol: Copa América, Copa Mundial de Fútbol Rusial 2018 y Copa Sudamericana. En una de las sesiones, dibujó el escudo de un equipo de fútbol de la ciudad de Cali escribiendo su nombre completo con la ayuda de la practicante; y seguido a ello dijo: “*ahora soy la doctora*”, imitando los actos que la practicante solía hacer cuando se finalizaban las sesiones.

En la última sesión con la segunda practicante, se le comentó sobre el cambio de “*doctora*”, y aunque parecía haber aceptado este hecho, en el juego dijo que “*Peppa va a morir*”, e hizo la representación de ello sin agregar una sola palabra. Al finalizar, guardó su dibujo como siempre, salió del consultorio, se despidió con un abrazo y se asignó una nueva cita para el año siguiente, pues era el mes de diciembre y el personal del CAPSi salía a vacaciones.

Después de las vacaciones se efectuó el último tramo del tratamiento, el cual inició como solía comenzar cuando conocía a alguien: con el dibujo. Lo diferente de esta ocasión es que Marcus ya contaba con el interés de la escritura, el que después fue dando lugar a un interés por hacerse entender con los demás. En una ocasión, al dibujar a “*Pou³ enfermo*”, dice que falta un termómetro, pronunciando mal dicha palabra, y preguntando a la practicante cómo se dice. En sesiones posteriores continuó preguntando por la forma cómo se decían las palabras, así era como practicaba su pronunciación.

Finalmente se decidió cerrar el tratamiento con Marcus, entendiendo que el CAPSi es un dispositivo de psicoanálisis aplicado en salud mental, que tiene sus alcances y sus limitaciones, además de que se observaron efectos terapéuticos que concernían a una ampliación del encapsulamiento.

3. Pou es la mascota virtual de un videojuego lanzado para Blacberry, iOS y Android, que fue además traducido en 16 idiomas.

to autista. Los padres estuvieron de acuerdo con el cierre del tratamiento, reconociendo que Marcus “ya no tenía los problemas con los que llegó”.

3.6 COMENTARIO DEL CASO

Los estudios de Lacan sobre el autismo y la psicosis en la infancia iniciaron en el *Seminario 1* en el año 1954, y lo hace justamente con el estudio de dos casos emblemáticos de autismo: el caso “Robert” de Rosine Lefort, y el caso “Dick” de Melanie Klein. En aquel tiempo, el autismo era concebido como un polo extremo de la esquizofrenia. Desde el inicio de su enseñanza, Lacan se distanciaba de sus colegas psiquiatras en lo que respecta a la etiología del autismo, pues a diferencia de ellos negaba una causa orgánica; en su lugar sostenía, como bien sospechaba la madre de Marcus, una causa diferente.

Desde el inicio de su enseñanza, Lacan situó la problemática del autismo en la inserción del niño en el campo del lenguaje. Plantea que en el autismo “el sistema por el que llega a situarse en el lenguaje está interrumpido a nivel de la palabra” (Lacan, 2012, p. 135). Para Lacan el lenguaje y la palabra no son lo mismo. En el autismo el sujeto “dispone del lenguaje, puede enunciar y comunicar, pero no está en la dimensión del llamado que es la primera forma de direccionalidad al Otro.” (Tendlarz, 2013, p. 38).

Marcus, en efecto, disponía del lenguaje, pero no hacía uso de la palabra. “*Mientras los padres hablaban, Marcus [...] decía palabras sueltas, mal pronunciadas, fuera de contexto y en un tono de voz alto [...] repetía todo lo que se le decía, y era difícil entenderle*”, y todo esto ocurría “*sin registrar las personas a su alrededor*”. El autismo de Marcus se constata en el uso de un lenguaje autoerótico. Como dice Lacan (2012) en el *Seminario 1*, en el autismo “el punto significativo es simplemente este: no dirige ningún llamado” (p. 134), y Marcus por más que hable, no se dirige a Otro. Incluso, cuando le habla a la practicante, lo hace evadiendo ser sujeto de la palabra, hablando ocasionalmente en tercera persona.

Retomando a Lacan, se podría decir que en Marcus el pasaje que va del lenguaje a la palabra quedó detenido; pero también el pasaje del dibujo a la escritura. Esto último es lo que se considera como el rasgo singular y distintivo del caso, pues enseña que la letra como imagen es distinta a la letra como escritura.

Al inicio del tratamiento Marcus no escribía, tan solo dibujaba imágenes, y las letras eran imágenes para él. En este punto es interesante cómo el CAPsi no se deja confundir cuando Marcus plasmó en el papel “Cartoon Network”, pues en ningún momento se pensó que él escribía, todo lo contrario, lo incluyeron en la carpeta de “los programas de televisión”. En ese orden de ideas, se podría pensar que las dificultades en el aprendizaje estaban referidos al hecho de que en Marcus la letra no había trascendido su estatuto de imagen. La letra, en su valor de signo, aparece recién al final del tratamiento.

3.6.1 Reiteración de las series

Lo interesante del caso de Marcus es que además del congelamiento de la imagen, se encuentra la reiteración incesante de los dibujos, así como el uso estereotipado de rutinas y series. Laurent (2013), retomando a Miller, entiende la reiteración de palabras, series y comportamientos en el autismo como la *iteración del Uno de goce*, que no es más que la reiteración del goce que recae sobre el borde.

La reiteración de lo *Uno* manifiesta la “imperiosa necesidad de que las cosas obedezcan a un orden simbólico absoluto, inmutable y repetitivo, sin ninguna clase de interrupción” (Laurent, 2013b, p. 49). Esto es algo que se constata en Marcus, cuyas estereotipias y excitaciones psicomotrices “*se acentuaban cuando algo de su rutina cambiaba*”. Lo anterior corrobora la hipótesis según la cual, “la iteración alivia al autista puesto que le permite vivir en un mundo ordenado y seguro frente a la presencia del Otro” (Tendlarz, 2014, p. 99). Se observa entonces cómo desde el inicio del tratamiento hay una posición ética en cuanto a respetar lo que a Marcus le produce tranquilidad, enmarcando en la literalidad del dibujo el marco simbólico de la sesión. Pero antes de abordar la cuestión del tratamiento, conviene mencionar que en Marcus la constante reproducción de dibujos es entendido como *objeto autista*, en tanto es un objeto particularizado e inseparable que hace parte de su neo-borde. En relación a lo anterior, Maleval (2014) plantea que cuando el borde se concretiza en un objeto, como es en el caso de Marcus, puede ocurrir que se agregue dos elementos más: la imagen del doble y el interés específico. En la singularidad de este caso, se puede identificar que al objeto autista se le agrega el interés específico por los programas de

televisión, lo que permite un desplazamiento hacia la escenificación de los mismos y, posteriormente, la escritura.

3.6.2 Clínica del circuito

La *iteración del Uno de goce*, manifestado en las series de sus dibujos, desemboca en lo que Laurent (2013) nombra como “clínica del circuito”, o de los circuitos desplegados. Esta clínica consiste en el desplazamiento del borde autista a partir de los objetos autistas e intereses específicos. Entonces, lo primero que hace el psicoterapeuta es establecer un “lazo sutil” con el niño autista, para así ingresar en su encapsulamiento y desde allí lograr un desplazamiento por contigüidad, en el que se puedan admitir nuevos objetos y personas. Sin embargo, “la inclusión de lo nuevo debe acompañarse de la extracción de otra cosa” (Laurent, 2013, p. 85).

El caso de Marcus resulta ejemplar para dar cuenta de *la clínica del circuito* y el desplazamiento del neo-borde. Este tratamiento se inaugura con la identificación del dibujo como objeto autístico, y con la observación detallada de que el niño se desborda cuando su rutina cambia. Fue entonces cuando se realizaron dos actos psicoterapéuticos: primero, se propuso realizar marcos en los dibujos; segundo, se elaboraron junto con el niño diferentes carpetas en las que Marcus iba haciendo series y clasificaciones. El efecto terapéutico de estos dos actos fue el alivio sintomático a partir de la instauración de la primera serie establecida: 1° se saluda, 2° se dibuja y 3° se guarda el dibujo en la carpeta. Allí Marcus logra “*decir oraciones articuladas y narrar hechos de su vida cotidiana con una coherencia lógica. Incluso, logró incluirse en sus narraciones.*”

El respeto por las series construidas dio lugar a la “*la ciudad de la doctora*”, título de uno de sus dibujos que indican el establecimiento de un “lazo sutil”, a partir del cual se desplaza su neo-borde, incluyendo en él a otras personas y objetos.

Luego, a la serie inicialmente establecida se incluyeron el juego y la conversación, donde el juego vino a reemplazar los dibujos que antes realizaba de su vida cotidiana. Con el pasar de las sesiones, incluyó en sus narraciones las experiencias vividas en el colegio, llegando no solo a nombrar sus compañeros y profesores, sino también las emociones que sentía. Ejemplo: “*en una ocasión dijo que él y un compañero se habían portado bien (haciendo el gesto de pulgar hacia arriba)*”.

De este modo, la expresión pictórica de su interés por los programas infantiles fue desplazada metonímicamente por programas de música, y después por el noticiero, programas de cocina y fútbol. También hubo un desplazamiento respecto a la forma como él comunicaba su interés específico, pues del dibujo pasó a una suerte de “juego de roles”, donde él era, por ejemplo, el periodista. Fue así como la serie inicial fue sustituida por la siguiente serie: “1° la noticia del Chapecoense, 2° el programa de cocina y 3° el programa HTV.”

En este punto conviene mencionar que la reiteración “actuada” de los programas de televisión, más específicamente la noticia del Chapecoense, activó en Marcus un exceso de goce. Frente a lo cual se hizo necesario hacer intervenciones que apuntaran a una *extracción del goce*, teniendo por efecto *la escritura*. Prueba de ello es que, en una de las últimas sesiones, la practicante de psicología le pide elegir a *Uno* de los programas de televisión, eligiendo “HTV sexy”, y acto seguido “pidió «dibujar» las letras de la palabra «sexy»”. Si bien el pedido es por “dibujar”, hay que percatarse que el *pedido que hace es por la escritura*.

Se ve entonces cómo la extracción del *Uno de goce* tuvo por efecto la inclusión de Marcus en la escritura y, finalmente, en la emisión de una palabra dirigida a Otro. En una de las últimas sesiones, mientras hacía un dibujo menciona que al mismo le falta un “termómetro”, pronunciando mal dicha palabra; no obstante, le pregunta a la practicante cómo se dice. Lo anterior da cuenta no solo de la inclusión de la practicante en su encapsulamiento autista, sino del nacimiento de un llamado, “primera forma de direccionalidad al Otro” (Tendlarz, 2013, p. 38).

Por último, se concluye que el pasaje del dibujo a la escritura no es sin la transferencia ocurrida en “*la ciudad de la doctora*”, a partir de la cual se pudo realizar lo que Laurent (2013) ha designado como “clínica del circuito y la extracción”, donde la sustracción de goce fue introducida por la vía del significante a través del marco dibujado en el papel, y posteriormente por “los cortes comerciales”. El caso de Marcus enseña que la extracción de *Un* elemento de goce puede tener por efecto el nacimiento del Otro en el autismo.

REFERENCIAS

- BOLETÍN DE SALUD MENTAL N°4.** (2018). Recuperado el 11 de agosto de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- CASTRO-SARDI, X.** (2018). Sobre la actualidad de la clínica psicoanalítica de la psicosis: el caso H. En Bravo, B. (comp.), *Una década del programa de psicología de la Universidad Ices. Trayectorias y enfoques* (pp. 9-39). Cali, Colombia: Colección el sur es cielo roto.
- CASTRO-SARDI, X.** (2016). Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental. En Bravo, O. (comp.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (pp. 121-157). Cali, Colombia: Colección el sur es cielo roto.
- CAPSI.** (2019). "Informa Quinquenal". Recuperado el 11 de agosto de 2019, de <https://www.icesi.edu.co/centros-academicos/images/Centros/capsi/archivos/infografia%20CAPsi%205%20a%C3%B1os.pdf>.
- GALENDE, E.** (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- LACAN, J.** (2012). La tópica de lo imaginario. En *El Seminario. Libro 1. Los Estudios técnicos de Freud (1954)* (pp. 119-140). Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- LACAN, J.** (2006). Juego de escrituras. En *El Seminario. Libro 2. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954-1955)* (pp. 159-174). Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- LACAN, J.** (2006b) *El Seminario. Libro 23. El Sinthome (1975-1976)*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- LACAN, J.** (2005). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1958). En *Escritos 2* (pp. 513-564). Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI.
- LACAN, J.** (2002). La significación del delirio. En *El Seminario. Libro 3. La Psicosis (1955-1956)* (pp. 29-45). Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

- LAURENT, E.** (2013). *La Batalla del autismo. De la clínica a la política*. Buenos Aires, Argentina: Gramma Ediciones.
- LAURENT, E.** (2011). A modo de prólogo. Entrevista a Éric Laurent. En Laurent, E. (comp.), *El sentimiento delirante de la vida* (pp. 7-13). Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.
- MALEVAL, J.** (2014). Clínica del espectro del autismo. En Tendlarz, S. (comp.), *Estudios sobre el autismo* (pp. 41-71). Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.
- MALEVAL, J.** (1998). *La lógica del delirio*. Barcelona, España: Ediciones del Serbal.
- MILLAS, D.** (2014). *El psicoanálisis pensado desde la psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Gramma Ediciones.
- MILLER, J.-A.** (2001). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Eolia- Paidós.
- TENDLARZ, S.** (2015). *Clínica del autismo y de la psicosis en la infancia*. Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.
- TENDLARZ, S.** (2014). Relaciones y diferencias entre el autismo y la psicosis en la infancia. En Tendlarz, S. (comp.), *Estudios sobre el autismo* (pp. 93-104). Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.
- TENDLARZ, S., Larrahondo, M., & Mas, M.** (2013). Informe de investigación. En Tendlarz, S. (comp.), *¿Qué es el autismo? Infancia y psicoanálisis* (pp. 109-140). Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.



PREGUNTAS PARA DISCUTIR EN EL AULA

Los casos presentados verifican que la forma de presentación inicial del sujeto autista difiere de la del psicótico, encontrando divergencias en lo que respecta al retorno del goce, que sin duda determina los fenómenos clínicos. Así mismo, se comprueba la eficacia de un tratamiento centrado en una escucha psicoanalítica, teniendo por efectos terapéuticos el apaciguamiento de la angustia a través del lazo transferencial, el ordenamiento simbólico y la construcción de arreglos frente a un goce que desborda de manera particular a cada sujeto. Por otro lado, se corrobora la importancia de la supervisión clínica, especialmente en estos casos, pues los mismos fueron conducidos por diferentes practicantes; no obstante, lo que le dio consistencia al tratamiento en cada uno de ellos fue la supervisión, que en ambos fueron realizados por la misma persona. Sin embargo, cabe la posibilidad de pensar que frente a la diversidad de practicantes, una sola orientación clínica puede garantizar la lógica de un tratamiento, independientemente quien lo encarne.

Finalmente, se formulan las siguientes preguntas al aula:

1. ¿Qué diferencias habría en la presentación inicial del sujeto autista respecto del sujeto psicótico?
2. ¿Qué diferencias habría en el tratamiento del autismo respecto al tratamiento de la psicosis?
3. De acuerdo a la teoría psicoanalítica, la psicosis es la misma en la infancia y en la adultez; sin embargo, es un hecho que en la infancia existen algunas particularidades. En ese sentido, ¿qué particularidades se observan en el caso de Simón?
4. ¿Qué es un fenómeno elemental?
5. ¿Qué es el neo-borde del autismo?
6. ¿Qué nos enseña los casos en relación a la supervisión clínica?

CAPÍTULO 4

Síntomas contemporáneos en la adolescencia

NURIS MARTELO PUERTA
MARIO MARÍN MURILLO

OBJETIVO GENERAL

Destacar los efectos terapéuticos de un dispositivo de atención breve como el CAPsi, a través de la revisión de casos que exponen problemáticas y síntomas de la adolescencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reflexionar sobre los interrogantes que se generan en los adolescentes, ante las expresiones emergentes de su sexualidad y sus efectos en su proceso de constitución psíquica.
2. Reconocer en los síntomas adolescentes los diferentes procesos de remoción y desasimilación parental, como una respuesta que construyen frente a su malestar.
3. Identificar a través de los casos presentados, qué función cumplen los síntomas y el fenómeno de pasaje al acto, con relación a la angustia.

El presente capítulo aborda las adolescencias bajo sus síntomas contemporáneos y las posibles salidas, mediante dos casos clínicos que fueron atendidos en el *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi)*. En ambos se trata de establecer qué es lo sintomático que los aqueja y cómo los adolescentes pudieron construir, mediante el proceso terapéutico, otras salidas que les posibilitaron un acotamiento de la angustia. En el primer caso, un púber nos enseña cómo ante lo traumático –un accidente que deja como secuela, la pérdida temporal del control de esfínteres– emerge la violencia de los pares y el consultante genera un síntoma de rechazo a la escuela. La intervención terapéutica permitió una modificación en su posición subjetiva y un despliegue de otro síntoma bajo transferencia, hasta llegar finalmente a la formulación de las preguntas sobre su propia sexualidad, que desde hacía cierto tiempo lo angustiaba.

En el segundo caso, una adolescente llega por un síntoma de auto-lesiones y fenómenos somáticos que aparecen, del lado de la identificación, como respuesta frente a su encuentro con la sexualidad. A partir de puntuaciones muy precisas, se van presentando rectificaciones subjetivas que posibilitan la separación con su madre, las cuales favorecen la disminución de los síntomas y emergen nuevas respuestas e invenciones que le ayudan a tramitar su angustia.

Para la lectura de los casos es importante guiarnos por algunos elementos centrales, entre los que se encuentran, el concepto de adolescencia como síntoma de la pubertad –desarrollado por Alexandre Stevens (2019), quien la plantea como el efecto y las manifestaciones que emergen del encuentro con lo real en el cuerpo–; las formaciones sintomáticas, las cuales nos permitirán orientarnos en la comprensión de la subjetividad de los consultantes; las intervenciones de las psicólogas, con la intención de explorar sus posibles efectos sobre los síntomas de los adolescentes. Todos estos elementos serán articulados en el análisis del comentario final.

Otro aspecto que consideramos pertinente para orientar la reflexión es la creciente presencia de la mirada legal puesta sobre los conflictos propios de la adolescencia. La legislación escolar colombiana ha avanzado en la garantía de los derechos de los estudiantes. Sin embargo, ese avance se constituye en algunos momentos en un empuje a lo legal, que suele ubicar al sujeto en el lugar de víctima y desconocer su responsabilidad subjetiva frente a situaciones que le generan malestar

o incertidumbre. Este efecto se presenta fundamentalmente porque los padres, tomando provecho de este estatuto, pretenden resolver por esta vía muchas de las situaciones que se presentan. Por otro lado, la escuela, en un afán por incluir en sus procedimientos los recursos legales como una manera de protegerse, también intenta responder mediante la aplicación de protocolos; en algunos casos, sin que los adultos se detengan a escuchar o a mediar ante las situaciones de violencia que se han incrementado en los entornos escolares. Bajo esta tendencia se corre el riesgo de desplazar la función de autoridad que les corresponde, en la medida en que los adolescentes son abandonados a la ferocidad de sus expresiones violentas, porque la escuela no se ubica como un tercero por encima de ellos que los regule. Tal como lo plantea Ignatieff (2001) la violencia se desborda cuando se ha roto una estructura de regulación simbólica de los conflictos que le permita sentir a los sujetos que son alojados por una institución, con independencia del lugar que ocupen.

Así mismo, este desplazamiento de la responsabilidad subjetiva, tendrá asidero en la presencia de pasajes al acto. Este es un concepto que proviene de la psiquiatría clásica y fue introducido en la criminología en el siglo XIX. Lacan lo retoma para demostrar que la estructura del pasaje al acto revela un verdadero acto, no se trata de un mero movimiento, sino que requiere de un decir que no está dicho. No conlleva una satisfacción ni una utilidad. La puesta del acto no es cifrable, no es anticipable, es una apuesta a lo definitivo. Se caracteriza por la perentoriedad o la ruptura, las consecuencias no son necesariamente favorables al sujeto.

Retomando la comparación entre acting out y pasaje al acto, podemos afirmar que en ambos estaría presente un valor de goce. Pero si en el acting out el sujeto representa, sin saber, una verdad sobre su historia, en el pasaje al acto él se apaga en detrimento de su acto. (Apolinário, 2010, p. 70).

En los casos desarrollados en el presente capítulo, los consultantes ofrecen respuestas que se pueden indicar como pasajes al acto, frente a los cuales fue necesario generar interrogantes sobre la posición y la responsabilidad subjetiva que les implicaba.

Cada sujeto construye su realidad psíquica a partir de lo que Lacan llamó “fantasma”, este puede ser una frase, o una imagen que se forma con los significantes o palabras que vienen del Otro y dejan marcas en

el cuerpo del sujeto. Ese encuentro con esas palabras que marcan, tiene una cara de mortificación, de goce.

A continuación, se presentan los casos: “El síntoma somático en un caso de neurosis” y “Adolescencia, síntoma e invención”. Posterior a la presentación de los casos se encuentra el comentario sobre ambos, que implica un análisis sobre los aspectos que consideramos relevantes. Por último, se sugieren las preguntas para el aula.

4.1 CASO ERICK: EL SÍNTOMA SOMÁTICO EN UN CASO DE NEUROSIS¹

Erick tiene 12 años, fue remitido por la coordinadora de su colegio debido a la situación vivida en clase, la cual él define como “pequeño incidente mortal” (encopresis), el cual ocurrió en dos oportunidades. Teme que si va al colegio se vuelva a repetir. Refiere que en la primera ocasión fue agredido por sus compañeros de clase, tanto física como verbalmente; mientras que, en la segunda, pasó desapercibido. En ambas ocasiones, antes de asistir al colegio, presentó dolor de estómago, pero decidió no prestarle atención. Erick se siente apoyado por su núcleo familiar, el cual está conformado por ambos padres, su hermano de 17 años y sus abuelos; aunque de estos últimos no le brindan un soporte afectivo.

En la entrevista con la madre, esta se divide, mostrando su angustia la cual es correlativa de la *falta en ser*, evidenciando un aspecto de su inconsciente, cuando recuerda la escena de la primera situación; llora y dice que evita enviarlo a clase, debido a que presencié cómo su hijo fue rodeado por sus compañeros y le tiraban piedras. El recuerdo de esa imagen aún la desestabiliza.

Durante la primera entrevista, Erick expresó su dolor por el manejo que el colegio hizo de su situación; no encontró el apoyo requerido de las figuras de autoridad, aun cuando él les pidió ayuda. Se mostró muy reiterativo sobre este aspecto. Sin embargo, fue capaz de confrontar a sus compañeros cuando ellos se dieron cuenta del “incidente” y empezaron a contárselo al resto de la clase. Los abordó y les dijo que “lo que

1. Caso presentado por Lina Guerrero en el Seminario Caso por Caso en octubre de 2015, bajo supervisión de Nuris Martelo.

habían hecho no estaba bien, que debieron haberlo ayudado, porque a cualquiera le puede suceder". La psicóloga le resalta la importancia de tener una palabra con sus compañeros.

Sobre la historia escolar de Erick, la madre refiere que ha tenido varios "inconvenientes": en grado tercero le diagnosticaron dispraxia, la cual le afectaba en el proceso de lectura y escritura, además de presentar altos niveles de dispersión, los cuales incidían en su aprendizaje, pero los maestros lo atribuían a "pereza"; por lo tanto no implementaban ninguna estrategia didáctica diferencial que favoreciera su proceso de aprendizaje. La madre enfatizó que los maestros "no le tuvieron paciencia a su hijo", "no aceptaban que él tenía un trastorno". Estas dificultades fueron diagnosticadas por especialistas. Sin embargo, en la última cita con el psiquiatra, les informan que Erick ya no presentaba este trastorno, pero la madre insiste en seguir considerando que lo presenta, en tanto cree que aún se le dificulta concentrarse en sus tareas diarias.

Erick sufrió un accidente de tránsito el año anterior que le afectó la cadera. Este suceso fue muy difícil para la familia porque, de acuerdo con la madre, por poco termina con la vida de su hijo, tuvo un proceso de recuperación prolongado de cinco meses; y durante este periodo apareció el síntoma de la encopresis temporal. A pesar de estar incapacitado por su médico, él decide retomar sus clases y es en ese tiempo donde le ocurren los incidentes en el colegio. Después del evento traumático, Erick parecía estar desarrollando una fobia escolar, en tanto expresaba en consulta que sentía ansiedad, expresada en dolor de estómago cada vez que pensaba en volver al colegio; él lo nombra como algo "psicológico", puesto que esto le ocurre cuando piensa en las frases ofensivas que le dicen: "el que se cagó". Ante su negativa de ir al colegio, los padres deciden no presionarlo y aceptan que falte a clases.

Posteriormente, asistió a consulta con su padre, quien explicó lo que han hecho frente a la situación vivida por su hijo, así como de las intervenciones realizadas por el colegio tras el incidente, las cuales a su juicio han sido "negligentes"; puesto que como padres tuvieron que presentar un derecho de petición, en el que le exigieron a la institución una acción de reparación para su hijo. A raíz de esa carta, el colegio solicitó algunas recomendaciones a la psicóloga practicante para llevar a cabo el proceso de reparación con el joven dentro de la institución educativa. El consultante refiere que le pidieron disculpas en muchas ocasiones,

pero para él no es suficiente porque fue un evento *traumático* que lo afectó *psicológica y emocionalmente*. Señala que el colegio quiere dejar esto en el pasado, pero él piensa que no es algo que se solucione de la noche a la mañana y anhela que todos los estudiantes que se burlaron le ofrezcan una disculpa. Este aspecto fue acotado, puesto que intentar involucrar a todos los estudiantes del colegio, también podría retornar en más agresiones o burlas.

Una demanda frecuente en el entorno escolar es buscar la supresión de los síntomas, razón por la cual tanto niños como adolescentes son derivados a consulta psicológica, en algunos casos sin intentar un primer abordaje para alojar lo sintomático; por ello en ocasiones se hace necesario interrogar la escuela, sugerir intervenciones que permitan acoger lo singular de cada sujeto, evitando la marginación de algunos estudiantes. Evidentemente tampoco se trata de promover lo sintomático, pero sí de atender lo particular, evitando de esta manera caer en la homogenización. Por otra parte, a nivel clínico, se trata de recortar la cara de goce de lo sintomático, en este caso manifiesto en el deseo de que todos los estudiantes se disculpen. Finalmente este aspecto fue movilizado, de modo que Erick puede situarse de manera distinta: *“Me preguntan ¿quién fue el que se cagó?, digo no sé, no quiero que se riegue la bola si les digo que fui yo”*.

4.1.1 El síntoma bajo transferencia

Una vez acotada su posición de goce, Erick trae un síntoma bajo transferencia: expresa que cuando va por los pasillos del colegio siente que es observado, tampoco desea salir a la calle porque cree que sus vecinos se fijan en él y también ciertos animales, en especial su perro, sin poder precisar qué es lo que observan en él. Esto permite leer de qué objeto se trata en el fantasma del sujeto, la mirada; lo cual es tenido en cuenta en la orientación de su tratamiento. En la supervisión se indica que la psicóloga debe recortar su mirada ante el consultante, cuidando de sostener la mirada por espacios breves y ubicando las sillas de manera que no queden frente a frente. Este elemento fantasmático permitió ubicar que el sujeto se queja de sentirse en posición de objeto, lo cual desencadena su angustia y los comportamientos de evitación; no sabe qué quiere el Otro de él. Esta angustia vela también su dificultad en el

lazo con los otros, pues dice que prefiere “*contarle mis cosas a mi perro, porque él me entiende*”. En las asociaciones aparece que esta posición “ser visto”, está ligada a su historia familiar, en la cual él ha sido visto como enfermo, lo cual se reactualiza con el accidente de tránsito y su consecuente pérdida del control de esfínteres. La madre expresa que ella siente “lástima” por la situación de su hijo, por eso no le insiste en que vaya al colegio, porque teme que se presente nuevamente el incidente. Si bien no es posible decir que el púber está en una posición de objeto en el fantasma de la madre, es una madre que se vuelca sobre su hijo, se ubica en el lugar de toda madre para el sujeto y no permite que su deseo como mujer aparezca. Como lo señala Miller (2005), esta madre angustiada parece que no desea, o desea mal como mujer, porque el sentimiento de culpa la invadió, y el síntoma somático de Erick se apoya en esta situación. En una de las entrevistas, la madre expresó que sentía mucha culpa cuando le insistió a su hijo para que acudiera al colegio, teniendo malestar estomacal.

4.1.2 Tratamiento y efectos terapéuticos

Con el objetivo de lograr que el consultante construya una salida o invención para su sufrimiento sintomático y no continuara sumido en el lugar de víctima, se le invitó a hablar de sus gustos, pasatiempos y a proyectarse hacia el futuro. Sin embargo, la contingencia vivida en el colegio que él nombró como “una herida grande que no ha podido cerrar”, lo llevó a decidir continuar sus estudios desde su casa, bajo las orientaciones de los maestros de su colegio, quienes le enviaban los talleres y materiales de estudio, mientras concluye ese período escolar; puesto que su familia decidió cambiarlo de colegio para el siguiente año lectivo.

Al final del proceso terapéutico emergieron algunas inquietudes sobre la sexualidad propias de la adolescencia, de la localización de la pulsión genital y de las transformaciones de su cuerpo; las cuales también, en un momento, se dirigen bajo transferencia a la terapeuta. Evoca una situación vivida hace dos años, cuando cuenta: “*me preguntaron sobre lo que haría si me tocaran mis partes íntimas*”, así que realiza la misma pregunta a la psicóloga, la cual no responde a su demanda, y el joven agrega que solo desea saber, porque es un interés investigativo del tipo “*Sherlock Holmes*”. Seguidamente reformula su inquietud de forma directa y dice

“¿qué harías si yo te toco?”. Frente a la curiosidad sexual de Erick, se le planteó la importancia de hablar este tema con su padre, alguien cercano a él, que puede orientarlo. Pero su respuesta siempre fue negativa, porque lo consideraba como algo “*vergonzoso*”, prefiriendo investigar él mismo a través de libros, internet, o comentarlo con algún amigo.

Para finalizar, es importante mencionar un efecto terapéutico, Erick se moviliza de la posición “no ir más al colegio”, que durante un tiempo parecía que se convertiría en una fobia escolar. Después de la aparición constante del síntoma evidenciada en dolor de estómago e incontinencia, cada vez que tenía que ir a clases, ahora puede ir al colegio en compañía de su madre a recoger los talleres que debe presentar, sin evidencia de angustia.

Debido a los dos eventos traumáticos (accidente de tránsito e incidente escolar) se desencadenó la somatización asociada a la escuela; los cuales después de ser puntualizados por las intervenciones de la psicóloga practicante, permitió recortar el goce que lo hacía insistir en querer que todos se disculparan, y esto favoreció la construcción de un síntoma bajo transferencia, “sentirse observado”, que ubicó el objeto en su fantasma. Teniendo en cuenta este aspecto, para sosegar su angustia se optó por la búsqueda de recursos e invenciones propias del consultante, como sus gustos, pasatiempos, relaciones de amistad, entre otros; que en sesiones posteriores, traía por sí mismo, sin que se lo preguntaran. La queja inicial sobre la negligencia del colegio y las posibles agresiones de sus compañeros dejó de ser lo fijo en su discurso, logrando expresar: “*ya me busqué una vida*”. Teniendo en cuenta lo evidenciado sobre su objeto, se evitó en todas las sesiones la mirada sostenida de la psicóloga hacia el joven, puesto que en ocasiones expresó que le preocupaba “sentirse observado”. Es importante resaltar la movilización del deseo que se produjo en el momento en que empezó a expresar los intereses sobre sus cambios corporales, la pulsión genital, etc., propias de la adolescencia.

El camino posible a la cura fue la búsqueda de recursos propios del joven y acudir a sus redes de apoyo, orientar a la escuela en la reparación que permitió un apaciguamiento del síntoma, etc. Recursos que de alguna forma tuvieron efecto, porque cuando llegaba a consulta lograba hablar de otros intereses relacionados con su edad, es decir, que la escuela pasó a un segundo plano. Desplazando su interés en satisfacer esa curiosidad por lo sexual, como respuesta a su adolescencia.

4.2 CASO DAYANA: ADOLESCENCIA, SÍNTOMA E INVENCION²

La madre de Dayana, quien la acompaña a la primera consulta, refiere que ha estado muy preocupada por su hija, porque desde hace un año se realiza cortes en los brazos. Tal vez reconociendo que algo más allá de la casualidad se juega en los episodios que vive su hija, considera importante mencionar que un año atrás, Dayana tuvo un accidente en el que se cayó del balcón del segundo piso de la casa. Sin embargo, habla de esta situación de modo apresurado y sin intención reflexiva. Como deseando no ser escuchada o no haberlo nombrado. Ante esta particularidad, la psicóloga intenta ampliar la información sobre el accidente, pero se encuentra con su silencio. La madre no logra dar cuenta de lo sucedido.

A partir de esta posición, la psicóloga decide señalar que el evento seguramente no fue solo un accidente e intenta ayudarle a interrogarse sobre las razones del mismo, a la vez que explora por qué ante la aparente caída, no fue remitida a psicología cuando sucedió y qué le hace considerar importante mencionar el evento en la presente consulta. Dayana que había permanecido en silencio hasta este momento, interrumpe para decir que su madre no sabía nada, solo fue hace unos meses que pudo hablar con ella sobre lo que le ocurrió. La intervención de Dayana, que bien puede ser una demanda a una madre que no sabe, es recibida por esta con alivio y agrega que desde hace un año su hija ha mejorado mucho en la comunicación, “ahora está más abierta a hablar”.

Dayana tiene 14 años, actualmente cursa grado noveno de bachillerato, vive con su madre y su hermana mayor de 16 años en un barrio marginal de Cali. Sus padres están separados, el padre tiene otra hija con su pareja actual. La adolescente es llevada a consulta porque presenta situaciones que ponen en riesgo su vida y otras manifestaciones relacionadas con su salud, tanto en casa como en el colegio. Es un caso en el que se observaron movimientos (rectificaciones subjetivas) con relativa prontitud, debido a que la psicóloga tratante realizó puntuaciones que resultaron ser precisas en función de las necesidades de la consultante.

2. Caso atendido por Margarita Munevar, supervisado por Ximena Castro y presentado en el seminario *Caso por Caso* en marzo de 2016 con comentario de Mario Marín.

Posterior a la sesión inicial, por criterio profesional, la adolescente ingresa sola a la consulta y será ella quien pueda nombrar lo que siente. Manifiesta que quiere “ponerle un alto” a esta situación que está viviendo y se pregunta a sí misma “qué está haciendo con su vida”.

4.2.1 Un corte a la soledad

En su relato sobre las autolesiones, dice que al principio se cortaba porque se sentía muy sola, puesto que tiene una mala relación con su hermana, y casi no habla con sus padres que están separados. Comenta que ahora se corta por cualquier cosa, y enfatiza que “cuando se corta siente placer, ve la sangre y se siente completa”. Con la intención de ayudarle a recortar su goce, se utiliza el límite que ella misma está surgiendo, se le señala que ella quiere “ponerle un alto”. La adolescente consiente el límite y responde que sí.

Estas manifestaciones también generaron efectos sobre el lazo social; se alejó de su amiga más cercana porque siente que le hace daño cuando le cuenta que se ha cortado; ahora comparte más tiempo con dos amigas, las cuales también se cortan, pero en general ella se “ha aislado”, ahora casi no sale con sus amigos.

En un intento de ayudarle a tomar distancia de los argumentos que usa para sujetarse a su síntoma, se le pregunta ¿a quién se hace daño?, ella responde que a sí misma y refiere que para ella es muy importante la lógica, cree que debe haber lógica en lo que hace, y por eso no cree en Dios. Inmediatamente rectifica y plantea que seguramente “lo que ella hace no tiene lógica, porque se está haciendo daño”. La psicóloga hace uso de este pequeño movimiento para sostener el interrogante sobre qué saber hay en esa no lógica y en sus actos. Con esta intervención, cierra la sesión.

En la siguiente sesión refiere un episodio que pasa por la identificación con sus compañeras de colegio. Se desmayó en el salón de clases y el médico le envió unos exámenes para el corazón. En el recuento de este evento menciona que cuando se despertó, sus compañeros estaban alrededor de ella. Le expresa a la psicóloga que le va a contar algo, pero que no se lo puede decir a su madre. Manifiesta que se desmayó porque algo muy extraño pasó. Comenzó a sentir como una “energía muy pesada”, y se fue a una esquina del salón donde todos dicen que

es un espacio negativo. Después de un momento comenzó a sentir que le faltaba el aire, y experimentó que ella se separaba de su cuerpo, se podía ver desde lejos. Sintió que una amiga, que es vidente, se hacía a su lado. En el momento en que se despertó, su amiga le dijo que cuando ella se fue a la esquina del salón, observó que una niña estaba a su lado. Al parecer este suceso es una nueva búsqueda de identificación a un rasgo distinto al de los cortes, una identificación a otra mujer que puede tener una conexión espiritual y está a su lado, de esta manera se intenta separar del lazo sintomático con las que se cortan.

En una sesión posterior, Dayana inicia contando que los cortes han cedido y que ha retomado los lazos con sus amigas más cercanas y amigos del barrio. En cuanto a su desmayo refiere que en los exámenes médicos no encontraron ningún problema físico. En ese momento emerge una clara asociación entre sus síntomas y su experiencia con la sexualidad. Es así como inmediatamente pasa a hablar de su primera relación sentimental con un joven de su misma edad, relación que terminó hace dos meses. Cuenta que tuvo muchos problemas dado que ella se enteró, por una amiga en común, que su ex novio es bisexual. Enterarse de esto fue muy difícil para ella y no supo cómo manejarlo.

Tal parece que abordar su desencuentro con lo sexual le permite a la adolescente nombrar lo que se inscribe de la relación con su madre, en sus diferentes episodios. Después de nombrar su decepción amorosa, expresa que considera contradictorio que, a pesar de tener una relación conflictiva con su madre, duermen juntas y agrega que “lo único que comparten es la cama”. Sobre esto la psicóloga interviene preguntando “si eso sería lo que habría que compartir con la madre”.

4.2.2 Efectos terapéuticos

Al parecer, estas asociaciones también generan movimientos en su cadena de significantes; un nuevo fenómeno surge en su cuerpo, siente un fuerte dolor en el pecho, no localizado, y en el sistema de salud es atendida ordenándole un electrocardiograma. Cuando se amplía el contexto sobre este episodio, menciona que generalmente siente estos dolores en los momentos en que está sola, y normalmente lo que hace cuando esto sucede es dibujar y escribir, haciendo referencia a su interés por estas actividades. Además, en la cadena asociativa sobre ese dolor

en el pecho, dice que su último dibujo fue sobre una pareja besándose y una mujer embarazada. Es posible inferir que el desmayo en el salón y la opresión en el pecho son una manera de respuesta sintomática ante las preguntas sobre la sexualidad: la orientación bisexual de su novio y el anhelo de un embarazo.

Durante la semana previa a la nueva sesión, estuvo viviendo en la casa de su padre. Al indagar por la experiencia, manifiesta que con él casi no habla, pero se llevan bien, le gusta visitarlo, porque está “más tranquila” en ese lugar. Posterior a la estadía en la casa de su padre, cuenta que en casa de su madre ha estado durmiendo en su propia cama, se siente bien de poder hacerlo.

Esta conquista le permite ubicar una nueva manera de vincularse con su madre; aspecto que evidencia a través de un relato en el que simboliza la necesidad de un retorno, asumiendo un grado de responsabilidad subjetiva, una posible sanción después de los abruptos cortes, que al parecer ha logrado tramitar sin necesidad de lastimarse. Como una manera de ratificarlo, comenta que a veces ve televisión con su mamá. Ve programas de historias de la “vida real” que dejan enseñanzas. Acto seguido relata la historia de una joven que hace amigos que beben y tiene un novio que roba. Al final la joven de la historia, termina pidiéndole perdón a la mamá y en la cárcel.

Una nueva situación pone a prueba el cambio de posición que Dayana ha estado construyendo en relación a su madre; la salida que elige permite inferir que su angustia está cediendo y que necesita de menos actos que dejen marcas sobre su cuerpo, a la vez que da cuenta de una separación que se ha ido gestando con mayor tranquilidad. Narra que se encontró unas pastillas de acetaminofén en un cajón, le provocó tomarlas, pero se dijo: “no puedo”. Refiere que no le dijo nada a la mamá, pero las dejó “ahí quietas, no las quiero ver”. La psicóloga le pregunta “¿qué tal botarlas?”, responde que no sabe. Por lo tanto le hizo énfasis en el hecho de no haberlas ingerido.

Hacia el final del proceso, la consultante manifiesta que en el colegio les han asignado el proyecto de realizar su propia página web. Ella ha pensado en realizar un blog en donde se pueda contar las historias de las personas que han pasado por una situación muy difícil, como experimentar episodios depresivos y se hayan realizado autolesiones. Considera que esto podría ayudar a que las personas “no sientan que están solas,

que hay otros que han pasado por lo mismo”. Se resaltó el valor de esta iniciativa y se le sugirió que las historias tengan mayor énfasis en las salidas que encontraron ante la situación; al igual que se le sugiere la posibilidad de usar sus propios dibujos para el contenido del blog.

4.3 COMENTARIO DEL CASO

Lacadée (2010) plantea que la adolescencia es el tiempo lógico en el que el sentimiento de la vida se manifiesta de manera más activa, y exige encontrar nuevas formas de relación más allá del círculo de la familia. El joven quiere estar con otros, afuera, quiere ser libre. El espacio de la casa es insuficiente para alojar el *flujo de energías vitales que lo agita, para la verdadera vida*. El adolescente se enfrenta a un impasse, al sentimiento de *extrañeza ante su metamorfosis*. Experimentará sentimientos de vergüenza, que lo pueden llevar a sentir odio, fastidio hacia sí mismo y/o sus padres.

Ante la irrupción de lo real, el deseo sexual genital, el adolescente libraré una batalla y para ello recurre a algunos mecanismos defensivos, entre los cuales pueden darse algunas manifestaciones sintomáticas. Esa irrupción de lo real, a menudo aparece de manera violenta en el cuerpo del niño(a), con manifestaciones como la erogenización de un cuerpo desconocido en búsqueda de un objeto que puede producir en el sujeto, en un momento dado, gran angustia. En algunos momentos, el cuerpo puede estar tomado por algo pulsional que se puede tornar invasivo.

Atravesar esa etapa de riesgos, donde se reactualiza el encuentro con el deseo sexual y se hace posible la elección de su objeto de amor, exige pagar un precio, a veces alto, pero en la que cada sujeto tendrá que hacer su propia invención. Recordemos que los púberes viven una serie de transformaciones en su cuerpo, difíciles de manejar, las cuales implican hacer un duelo por el cuerpo infantil conocido, para hacerse a uno nuevo que debe ser investido libidinalmente, en esa nueva investidura. Los púberes y adolescentes recurren al espejo y en la actualidad a la “selfie” en un intento por integrar la imagen que tiene de su cuerpo de niño(a) con la nueva; otros, por el contrario, intentan evitar ser fotografiados porque la imagen que les devuelve la foto no corresponde con su yo ideal.

Recoger las manifestaciones de estos dos adolescentes, Erick y Dayana, con sus modos singulares y de acuerdo al momento de vida en que se encuentran, implica reconocer en su relación con lo sexual, un aspecto que favorece un punto de encuentro entre las dos historias, en el cual se hallan ancladas sus respuestas iniciales, convertidas en formaciones sintomáticas por la dificultad para relacionarse con aquello que se presenta como enigma. Es un desencuentro que cada quien debe resolver con sus propias invenciones, poner a prueba su saber y desplegar su capacidad para hacer con eso que no funciona.

Es así como Erick y Dayana van transitando entre encopresis, cortes y “accidentes”, como una manera inconsciente de expresar su angustia frente a su nueva condición subjetiva; el proceso terapéutico busca acompañarlos en la invención de una respuesta a su sufrimiento sintomático sin tanta mortificación.

El caso de Dayana evidencia de manera interesante las manifestaciones de una adolescente para responder a la tarea psíquica más importante de este periodo; hacer un proceso de remoción de la energía libidinal puesta en la relación con la familia, es decir, una necesidad de tomar distancia de lo familiar, de confrontar la posición de autoridad, de transformar el tipo de vínculo que se ha establecido hasta el momento como una manera de “cortar” con la infancia y el lugar privilegiado que la misma ofrece para ella y para sus padres. Nos encontramos con una chica creando sus propias respuestas como salida a un proceso que es singular para cada sujeto.

Del lado de Erick, por el contrario, las fuertes experiencias somáticas nos pueden indicar precisamente que son expresiones de su angustia por el inminente llamado a la separación, que le plantea la llegada de la pubertad. En esta medida se generan movimientos que demandan la mirada de su familia, que lo ubican en posición de enfermo, garantizando una presencia protectora, con la que seguramente buscan (Erick y su familia) sostener una condición infantil; –y qué más infantil que no controlar esfínteres– como un intento de aplazar lo inaplazable, crecer. Proceso que tiene innegables efectos sobre su relación con lo sexual, que como se verá más adelante se convierte en el interrogante con el que sostiene sus síntomas.

Para ilustrar lo planteado es importante hacer alusión al síntoma en el niño, y para ello podemos orientarnos con el texto “Dos notas sobre

el Niño” de Lacan (1969), el cual enseña que el síntoma del niño puede responder a aquello que no funciona en la estructura familiar; entendiendo el síntoma como un representante de la verdad que muestra dos realidades: la verdad de la pareja parental, y la verdad sobre el deseo materno, en el que el niño es ubicado como objeto de su fantasma. Al parecer la pareja parental de Erick siempre está ocupándose de él, de sus accidentes, lo cual lo deja en el lugar de niño, con unas vivencias de su sexualidad algo intrusivas, al igual que la mirada, de las cuales poco se ha permitido hablar con sus padres.

De la misma forma Miller, retomando los planteamientos lacanianos, explica que el “*niño colma o divide*” (Miller, 2005, p. 3); es decir, colma el deseo materno o lo divide, haciendo que el sujeto femenino no solo se posicione desde su lugar de madre, sino también desde el lugar de mujer; pero entre más colma el deseo materno, mayor es la angustia, porque esta se encuentra relacionada con “*la falta de la falta... [Y] la madre angustiada es, de entrada, la que no desea –o desea poco, o mal– como mujer*” (Miller, 2005, p. 3). Es decir, que la angustia de la madre se debe a la falta de la división entre el rol de mujer y el rol de madre, que al concentrarse en esta última nutre el sentimiento de culpabilidad en ella ante el síntoma somático que presenta el niño.

Es importante tener claro que la separación de los padres de la infancia no es una tarea sencilla, no se vive de manera tranquila, sin turbulencias; esta ruptura no pasa inadvertida para el adolescente, para la familia, ni para la sociedad. Teniendo en cuenta que para cumplir con su objetivo recurren a estrategias abruptas y dolorosas, que suelen traducirse en angustia y malestar para todos.

Estas remociones, que en un caso se evaden y en el otro se anhelan, son empujadas por los efectos psíquicos que traen consigo las transformaciones corporales y un encuentro con nuevas manifestaciones sexuales, con los interrogantes que le generan lo inédito en su cuerpo, en la búsqueda de un saber hacer con aquello que se presenta como novedoso, todos aquellos aspectos que, de acuerdo con Stevens (2019), permiten entender la adolescencia como síntoma de la pubertad.

Para Mesa (s.f.), la adolescencia marca un tiempo de ruptura, “de corte”, de preguntas, de inconformidad, de desacomodo, de incompreensión, de un no saber a dónde ir, de un no saber qué se quiere, donde los

interrogantes por el ser, reactivan el ¿quién soy? Es por eso que se actualiza la pregunta por el ser en relación a la sexualidad y la muerte (p. 8).

En este orden de ideas se pueden considerar las manifestaciones en estos adolescentes como expresiones que responden a estos movimientos psíquicos, bajo los cuales se pueden aventurar algunos posibles significados. En primer lugar, es preciso pensar los cortes en los adolescentes como modos de respuesta ante una angustia. En Dayana la angustia parece ser por la relación con su madre y por su experiencia con su realidad sexual. Se encuentra muy atrapada en esta relación y ante ello exhibe o se presentan tres elementos iniciales, que conectados entre sí podrían hablar de su necesidad de tomar distancia. Por un lado, los cortes como una necesidad, al parecer el “corte” que no puede hacer en la relación con su madre, que no logra atravesar por su palabra, lo repite sobre su cuerpo, como una manera de actuar su necesidad de separación, de tramitar su angustia por la presencia materna que la invade.

Otra lectura aportada por Kaplan (1991), frente a este tipo de manifestaciones, indica que ante el malestar con los padres por el proceso en el que se encuentra inmerso, es posible que el adolescente revierta sobre sí este sentimiento de odio, como posibilitador del desprendimiento de los padres; es decir, que el odio se vuelva contra sí mismo ante la incapacidad de soportar el odio hacia sus padres, así prefiere lastimarse o castigarse. En esta medida aparecen las reacciones depresivas o fantasías suicidas.

De otro lado aparecen los silencios como un límite, como una manera de poner distancia, que podrían no ser suficientes. En algunos casos el silencio, o el mutismo en los adolescentes responde a un duelo por la infancia perdida, o por la relación que se ha transformado. Sin embargo, en Dayana pareciera que se presenta más como una resistencia, una necesidad de reafirmar ese corte con la madre. Proceso de separación que tampoco se favorece bajo la presencia de un padre que ayude con esta tarea de poner distancia con la madre, incluso desde el acto de dormir juntas.

Otro de los elementos significativos es el accidente, el cual puede ser leído como un llamado desesperado a una madre que “no sabe”. Nos encontramos ante una madre que en su discurso pasa rápido por estos eventos, lo que puede significar pasar rápido sobre su hija; esta posición finalmente pareciera indicar que no sabe sobre ella. Es decir, ¿no conoce

sobre lo femenino?, al parecer no comprende cómo transmitir una respuesta ante el interrogante que está desbordando a su hija.

Cuando se habla de caer, es importante preguntarse qué es lo que ha caído: ¿la madre?, ¿la infancia y lo que ella representa?, ¿el tipo de vínculo que sostenían?; teniendo en cuenta que no es lo mismo ser la madre de un niño, que de un adolescente. Cuando nace un adolescente con todas sus arremetidas, muere un niño, pero también muere un padre en la relación que habían construido hasta el momento. Ante esta realidad es importante preguntarse: ¿qué esperar de los padres?, ¿cómo deben actuar las familias ante el malestar expresado por el adolescente?

La confrontación generacional es necesaria y estructurante, los padres no pueden evitar el conflicto y la confrontación con sus hijos; no deben ceder ante su propia angustia, pretendiendo no enterarse o no saber por temor a perder el amor infantil que estos les proveen; no deben ceder en los límites para convertirse en cómplices e impedir así la natural necesidad de ser destituidos por ellos del lugar de ideal (desasimiento del padre), para dar lugar a nuevas identificaciones y nuevos ideales representados por los intereses sociales y culturales. Deben estar en la capacidad de soportar el malestar que esto les genera sin introducir la culpa en los adolescentes, sentimiento que puede traducirse en formas de lastimarse a sí mismo.

Como se viene mencionando, todos estos movimientos son favorecidos por la emergencia de nuevas manifestaciones en la sexualidad, con sus inevitables efectos sobre el psiquismo de los adolescentes. En Dayana toman forma sobre su dolor en el pecho, el cual logra asociar con su angustia a través de sus dibujos sobre parejas besándose y una mujer embarazada; expresiones que implican la presencia de nuevas significaciones sobre su feminidad, “estar embarazada” que puede ser leído como estar en problemas, pero también como una condición de dejar atrás su infancia.

En el caso de Erick, lo sintomático que se traducía en una inhibición escolar, dio paso luego a mostrar un interés por el saber acerca de la sexualidad, cómo podía manejar lo intrusivo del otro. En primera instancia a través de la mirada, pero luego eso intrusivo deriva en ser tocado por el otro, pregunta que lo acompañaba desde hacía un tiempo y que manifestó en la relación transferencial con su terapeuta, en el dispositivo del CAPsi. Respecto a la construcción de este saber que se encuentra en

juego, para el cual Erick no quiere involucrar a su padre, Miller (2015) nos ofrece una orientación sobre el cambio de posición en los adolescentes frente a sus búsquedas. En su intervención titulada “En dirección a la adolescencia” habla sobre una autoerótica del saber como una nueva condición que acompaña al sujeto adolescente, la cual pasa por la incidencia del mundo virtual, en donde el saber ya no es depositado en los adultos, ya no es necesaria su mediación para acceder al mismo, pues está disponible automáticamente en la máquina. Dice Miller que el saber está en el bolsillo, no es más el objeto del Otro. A diferencia de la erótica del saber de otros momentos en los que pasaba por la relación al Otro, porque implicaba ir a buscarlo, extraerlo de ese Otro.

Así mismo, es interesante pensar en la función de la lógica en Dayana, la cual parece ser un significante que la identifica y le genera un interrogante frente a sus actos como un intento de protegerse de los mismos, aspecto que nos da cuenta de que es un asunto que la desborda, en la medida en que los síntomas no pasan por el saber racional; si la lógica está tan presente, si lo tiene tan claro, ¿por qué se sigue lastimando?, sin duda esto nos da cuenta de la repetición de un goce, que se resiste a ser cortado.

Por último, es necesario señalar la importancia de los ritos de pasaje como un mecanismo privilegiado para tramitar una salida de la condición adolescente. Los ritos representan la separación simbólica, favorecen el tránsito entre una posición y otra; hacen del paso a la edad adulta un proceso menos angustiante y menos culpabilizante, porque los chicos se sirven de él para sentirse autorizados a dar el paso en una sociedad que les muestra cómo es posible ser adultos. Sin embargo, en nuestras sociedades cada vez se tiene menos claro el rito de paso, es decir, de manera más frecuente se abandona más a los adolescentes en su necesidad de reconocer en los adultos formas de hacer y de relacionarse con la vida, se quitan como referentes que muestran un camino válido, propiciando una posición de desamparo. En palabras de Miller (2005) existe una destitución de la tradición, los registros tradicionales que enseñaban, lo que conviene ser y hacer para ser un hombre, para ser una mujer, retroceden. Intimidados ante el dispositivo social de la comunicación, son destituidos.

De igual manera Tavoillot (2009) considera que nuestra época tiene la nostalgia de los ritos de pasaje. Después de la terminación del servicio

militar, la desacralización del matrimonio y el desencantamiento del duelo, buscamos reinventar algo que nos recordaría ese hecho simple y, sin embargo, “inevitable”. Plantea que, frente al angustiante flujo de lo inexorable, los ritos son balizas tranquilizadoras, escansiones regulares de una vida ordinaria.

Ante esta ausencia, los proyectos devienen como reemplazo, ofrecen a los adolescentes una oportunidad de salida; en la medida que se hace, construye una posición de esperanza, de futuro; les hace posible pensar un tiempo que va más allá del inmediato que pueden estar viviendo en medio de la angustia y la incertidumbre. Vemos que Dayana hacia el final del proceso ofrece como invención un proyecto que le permite tramitar una salida, le abre la posibilidad de tomar distancia de los cortes a partir de compartir con otros, de reconocer angustias similares en otros, un proyecto que le permite hacer vínculo. Erick, por su parte, continúa con su investigación “tipo Sherlock Holmes” acerca de la sexualidad, pero sin querer involucrar al padre como depositario de sus inquietudes, sino que recurre al Otro de la virtualidad, con quien no siente vergüenza de expresar sus más íntimos deseos.

REFERENCIAS

- APOLINÁRIO, C.** (2010). Acting-out y pasaje al acto: entre el acto y la enunciación. En Gómez, G Compiladora. *Acto, pasaje al acto y acting out en psicoanálisis* (pp. 65-76). Bogotá, Colombia: Colección Temas Cruciales.
- IGNATIEFF, M.** (2001). El narcisismo de la diferencia menor. En *El honor del guerrero* (pp. 39-72). Madrid, España: Suma de letras.
- KAPLAN, L.** (1991). *Adolescencia, el adiós a la infancia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LACAN, J.** (1988). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y Textos 2* (pp. 393-394). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- LACADÉE, P.** (2010). La Transición de la “verdadera vida”. En *El despertar y el exilio*. Madrid, España: Editorial Gredos, S.A.
- MESA, M.** (s.f.) *La adolescencia*. Documento no publicado.

- MILLER, J.-A.** (2005). El niño, entre la mujer y la madre. En *Virtualia*. Junio-julio, Año IV (13), pp. 2-5.
- MILLER, J.-A.** (2015). En dirección a la adolescencia. En *El psicoanálisis*, (28). Recuperado de: <http://elpsicoanalisis.elp.org.es/numero-28/en-direccion-a-la-adolescencia/>
- RAMÍREZ, M.** (2003). Segunda Parte: La escuela, el aprendizaje y sus dificultades. En *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Medellín, Colombia: Edición Universidad de Antioquía.
- STEVENS, A.** (2019). La adolescencia, síntoma de la pubertad. En *Fort-da, revista de psicoanálisis con niños*. Recuperado de: <http://www.fort-da.org/fort-da13/stevens.htm>
- TAVOILLOT, P.-H.** (Septiembre de 2009). La sabiduría del pasaje [Traducido al español de *La sagesse du passage*]. En *Philosophie magazine*, (32).



PREGUNTAS PARA DISCUTIR EN EL AULA

1. ¿Qué elementos favorecen la separación de los adolescentes de su posición de fuga o errancia?
2. ¿Qué renunciaciones consideran que hicieron los adolescentes para que operara el recorte al goce?
3. ¿Qué modalidades de respuesta al encuentro con lo real identifican en cada uno de los adolescentes?
4. ¿Qué es lo que está en juego en las respuestas que cada adolescente ofrece frente a su angustia?

Mujeres, entre la violencia y la palabra

DIANA MARCELA HUERTAS SICACHÁ
MARGARITA M. MUNÉVAR ROJAS

OBJETIVO GENERAL

Reflexionar sobre los efectos de un proceso psicoterapéutico en dos mujeres víctimas de violencia de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reconocer las posiciones subjetivas que asumen dos mujeres frente a la violencia de género que viven.
2. Identificar en los dos casos clínicos, las intervenciones terapéuticas que apuntan a la rectificación subjetiva.

La problemática de la violencia contra las mujeres cada vez logra más visibilidad en las discusiones de opinión pública y en el ámbito académico, dado que es una problemática que ha cobrado la vida de muchas mujeres en Colombia. El informe Forensis destaca:

que entre los años 2004 a 2008, 6603 mujeres fueron víctimas de homicidio, 238 fueron asesinadas como producto de la violencia económica; 437, por violencia intrafamiliar; 694, por violencia sociopolítica; 811, por violencia impulsiva (venganzas, riñas y delitos sexuales). (*Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 2010, citado por De la Peña, 2015, p. 329).

Por consenso global este fenómeno ha sido denominado violencia de género, se define como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (*Departamento de Derecho Internacional, Organización de los Estados Americanos –OEA–*, 1994, p. 1). El *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi)* a lo largo de sus 5 años de funcionamiento, ha recibido mujeres que han vivido esta problemática: un total de 94 consultantes. A continuación, se presentarán dos casos¹ con sus respectivos comentarios, con el fin de lograr develar las posiciones subjetivas que asumen estas mujeres ante la violencia, desde diversos ámbitos de la vida y las posibles salidas que han construido.

Asimismo, es importante aclarar que la anterior definición de violencia de género, no se considera suficiente para dar cuenta de una problemática universal y transversal a las diferentes culturas; por tanto, para propósitos del presente capítulo, resulta pertinente escoger una comprensión de la violencia que permita resaltar la rectificación subjetiva en el proceso psicoterapéutico (Castro-Sardi, y Munévar, 2018), este, entendido como la posibilidad de que las mujeres se formulen una pregunta sobre su implicación en los fenómenos de violencia que han tenido a lo largo de su vida. Se tomará como referente a Martínez (2016), quien propone que la violencia es un tipo de relación social en la

1. Los nombres de las personas mencionadas en los casos han sido modificados para salvaguardar sus identidades.

que la subjetividad de la víctima es negada o disminuida, entendiendo por subjetividad el poder de decisión frente a diversas situaciones. Para Martínez (2016) la violencia puede no contar con el uso de la fuerza física y con consecuencias inmediatas y visibles, como es el caso del maltrato psicológico.

5.1 DESALOJO, AGRESIONES Y SOLEDAD: UN CASO DE VIOLENCIA

Lola es una mujer de 58 años que acude al CAPsi por recomendación de la estación de policía a la que asiste por una de las agresiones de su expareja. Tras el desalojo de su vivienda ubicada en un barrio al que se llamará Campanar,² debido al proyecto municipal “ciudad paraíso”,³ se vio obligada a regresar al lugar en el que años atrás vivió situaciones de maltrato físico y psicológico. La consultante tuvo 28 sesiones en el CAPsi. Lola estudió hasta segundo de primaria y gran parte de su vida se ha dedicado a las ventas. Actualmente no trabaja, sus ingresos provienen de la renta de habitaciones de la casa en la que vive.

5.1.1 Síntomas iniciales y primeras consultas

Lola refiere que sus problemas empezaron hace nueve meses, tras el desalojo del barrio Campanar, donde vivía con su madre y una hermana. Trabajaba en ventas por catálogo y tenían puestos ambulantes de comida. Cuenta que vivían en un espacio pequeño pero propio, en un barrio marginado e inundado por la violencia y la drogadicción, pero “vivía mejor y era feliz”, según comenta.

Tras el desalojo, las tres se vieron obligadas a iniciar la búsqueda de un nuevo lugar para vivir, se encontraron con precios de renta inalcanzables, por lo que decidieron pedir ayuda a sus hermanos, quienes

2. Barrio central y marginado de la ciudad de Cali, poblado por habitantes que en su mayoría se dedican al reciclaje y viven en inquilinatos. La drogadicción y la delincuencia son fenómenos que azotan este sector de la ciudad.

3. Proyecto de renovación urbana del centro-oriente de la ciudad de Cali.

tenían pocos recursos económicos, así que solo lograron ubicar a su hermana y a su mamá. Lola al verse en la calle, sin dinero y sin su familia, no encontró otra alternativa que volver a la casa en la que vivía con sus hijos y su exesposo, a quien se llamará Carlos, con quien estuvo casada 34 años, y de quien se separó hace 6 por maltrato físico, verbal y psicológico. Hace 4 años inició el proceso de separación de bienes y aún está a la espera del avalúo catastral de la casa para poder venderla e irse a vivir sola. Esta casa está ubicada en otro sector de la ciudad, más seguro en términos sociales, pero en la que vive a diario una situación desgarradora, un verdadero calvario.

La consultante refiere que desde que volvió a este lugar “ha estado en crisis”; cuenta que duerme solo 3 horas por noche, no le provoca comer y tiene constantes conflictos con sus hijos y con Carlos, quien además de ser agresivo con ella, tiene problemas con el alcohol, consume alucinógenos y pelea constantemente con la gente del barrio. También la abruma la relación conflictiva que tiene con sus hijos, refiere sentirse atacada por todos, sale poco de su habitación, dice no tener amigos ni vecinos con quienes se lleve bien, “todos la odian”, “todas son mozas de Carlos” y refiere un dolor crónico en las manos que le impide hacer cualquier actividad manual. Señala que se siente sola y no encuentra salida. Como posible red de apoyo aparece un grupo de oración al que asiste semanalmente, dice que en este espacio se distrae, por lo que se resalta la importancia de no abandonarlo.

Manifiesta que no ve ninguna solución a esta dinámica violenta, pues siente que se está reactualizando un conflicto que vivió años atrás y del cual logró poner fin yéndose de la casa, situación que ahora se presenta como un imposible para ella, por lo que en las primeras sesiones aparece como demanda la asesoría jurídica. Se aclara la separación de lo jurídico y lo psicológico, se propone continuar el proceso en psicología para encontrar alternativas que le permitan aliviar su angustia mientras consigue vender la casa, ella acepta.

La orientación de la supervisión en estas primeras sesiones apuntó a buscar opciones para que Lola no permanezca tanto tiempo en la casa. Se indaga la posibilidad de vincularse a otra actividad que le permita estar fuera de casa, con el objetivo de minimizar las agresiones constantes que la desbordan. Se pregunta si le gustaría asistir a algún curso gratuito de manualidades, deporte o lectura, pero responde que “nunca

hay cupo”, “no tiene plata para transportarse”, “le duelen las manos”; con estas sugerencias se muestra molesta, sube el tono de la voz y señala que nadie la entiende. Durante las primeras sesiones la consultante se muestra muy angustiada, enojada y presenta llanto constantemente; recibe cada intervención un poco prevenida.

5.1.2 Respuestas frente a la situación de violencia

La consultante dice que está “desesperada” y le da miedo no poder controlarse. En una ocasión cogió un cuchillo para matar a Carlos por la rabia que sentía; se detuvo porque temía agredir a sus hijos si estos intervenían. A pesar de su impulso, logró detenerse, se encerró en su habitación y apuñaló todas las sábanas que tenía para “desahogarse”. Se resalta que pudo detenerse, pero se hace especial énfasis en que pudo haber sido muy grave. Se trabaja sobre la pregunta de si hay otras formas de desahogarse.

Acoger el malestar de Lola, despojada de señalamientos y recomendaciones del “deber ser”, permitió una primera muestra del lazo transferencial que se empezó a tejer entre psicóloga-consultante. Hacia la quinta sesión, Lola señala: “usted es la única que no me ataca, por eso me gusta venir aquí”, esto permitió que recibiera de forma diferente las recomendaciones. En supervisión se recomienda la interconsulta con psiquiatría, la cual fue bien recibida por la paciente. La cita fue asignada dos meses después.

Lola se quejaba constantemente de su dificultad para dormir por lo cual se indagó por sus hábitos y rutinas, y se señaló que quizá esto tiene relación con el problema. Refiere que fuma una cajetilla diaria de cigarrillos, se toma “una olladita” diaria de café y come muy poco. Se pregunta si “la olladita” de café tiene que ver con su dificultad para dormir, a lo que responde que no tiene ninguna relación. Se señala que el exceso de café puede alterar su sistema nervioso central, además de alterar el sueño, lo que podría exacerbar su impulsividad. Se propone disminuir un poco el consumo y tomar avena, jugos naturales o agua en su lugar, Lola no se muestra muy convencida, pero dice que lo va a intentar. Cabe aclarar que el café no es el único causante de la alteración del ciclo del sueño, la sugerencia de disminuirlo apunta a que sus hábitos de consumo no exacerben la sintomatología que está presentando, la cual tiene más relación con su conflicto psíquico.

A lo largo de las sesiones, Lola logra identificar que sus respuestas impulsivas y agresivas frente a la dinámica familiar violenta, en la que está inmersa, solo genera más de lo mismo, lo que representa el punto de fracaso de la posición que asumió frente a este conflicto. Esto la lleva a cuestionarse sobre alternativas, que da cuenta de recursos psíquicos que permiten apuntar a la rectificación subjetiva de la consultante.

5.1.3 Efectos terapéuticos

A lo largo del tratamiento se tocaron temas de su pasado que le generaban malestar; poner en palabras eventos traumáticos y evocar lo que estos significaron para ella, ha tenido un efecto terapéutico que le ha permitido disminuir el monto de angustia que presentaba al llegar al CAPsi. Por un lado, en su historia familiar narra la situación de precariedad económica en la que creció y la violencia que ha permeado su historia de vida. Cuenta con tristeza las dificultades que de niña tuvo que pasar, en especial por la relación con su madre, quien la agredía física y verbalmente. Se resalta que a pesar de estos acontecimientos que dejaron huellas imborrables en su memoria, ha logrado perdonar y entablar una relación diferente con su madre, pues actualmente se hace cargo de ella y es parte de su red de apoyo.

También cuenta con dolor la relación con Carlos, las agresiones físicas, los abusos sexuales y el maltrato psicológico que vivió durante los 34 años que estuvo a su lado. Tras años de aguantar esta situación, decide irse de la casa y así encontrar tranquilidad después de años de sufrimiento. Se resalta la valentía que tuvo para alejarse de su pareja, dando cuenta de recursos psíquicos propios que le permitieron cambiar la situación en la que se encontraba. Hablar sobre estos aspectos le han permitido resignificar experiencias de su pasado, dándole lugar a sus propios recursos emocionales, abriendo un abanico de posibilidades frente a la difícil situación en la que se encuentra, pues ha logrado ver las situaciones abrumadoras por las que ha pasado en su vida y las alternativas que ha encontrado.

La consultante refiere que ha empezado a salir con sus vecinas, hacen actividades en conjunto como cocinar, visitar municipios aledaños y hacer ejercicio, además del grupo de oración. Asiste también a clases de baile y cuando se siente mal en su casa sale a caminar. Dice que las cosas en

su casa “están más tranquilas”, no porque desaparecieran las agresiones y los conflictos, sino porque ella responde frente a estas de una forma diferente. Se señalan los grandes cambios que ella ha tenido y cómo estos han impactado en la dinámica familiar. Se resaltan los recursos propios que ha encontrado a lo largo del proceso y se le anima a continuar en esta nueva posición que asumió frente a este escenario de violencia en el que vive, la cual da cuenta de la responsabilidad subjetiva de Lola.

En cuanto al consumo de café, expresa que “le encantan las agüitas” que se le recomendaron, refiere que ha disminuido enormemente el consumo diario de cafeína, logrando dormir entre 6 y 7 horas por noche y se siente mucho más tranquila. Con relación al síntoma de dolor en las manos, que nombraba constantemente en las primeras sesiones, aparece como algo psicossomático, pues fue un elemento que trajo como un impedimento, rechazando así cualquier opción que se le proponía para realizar actividades fuera de su casa. Esto puede dar cuenta de un goce por parte de la consultante en estas dinámicas violentas que vivía. No volvió a mencionar el dolor que la aquejaba, e incluso refiere que disfruta cocinar, cuidar sus plantas y hacer oficio en su cuarto para ver todo limpio. Son actividades manuales que en un inicio eran impensables para ella. Respecto a la cita en psiquiatría, fue cancelada debido a un cambio en su EPS, pero sigue a la espera de esta. Continúa asistiendo al grupo de oración y a las clases de baile.

5.2 COMENTARIO DEL CASO

Este caso nos enseña cómo una mujer víctima de violencia social y de género logra hacerse responsable de su posición de sujeto y encontrar alternativas frente a las dinámicas violentas en las que está inmersa, señalando la importante diferencia entre *posición* y *condición* de víctima, y dando cuenta de los efectos terapéuticos de la escucha y la palabra. El caso de Lola permite pensarse la violencia desde varios ejes y deja también algunos interrogantes.

Para empezar, es importante tener presente que las situaciones violentas son una constante y no una excepción en las relaciones humanas (Gushiken, 1999), por lo que resultan insuficientes las perspectivas sobre violencia intrafamiliar y de género que afirman que estos fenómenos los viven quienes presentan problemas de autoestima, un bajo nivel socio-

cultural y/o educativo, vivieron en la infancia situaciones de violencia, dificultades económicas, problemas de salud mental, viven en sectores marginados, entre otros factores sociales de este tipo (Wicks, 1997, p. 408). ¿Cómo se explicaría entonces la violencia entre personas que no cumplen con ninguno de estos “criterios”? Esta pregunta permite pensarse las múltiples aristas que tiene este fenómeno. En el caso de Lola, se cumplen varios de estos factores de riesgo, pero sería reduccionista pensarlos en términos causa-efecto y se dejaría de lado todo el entramado psíquico de la posición subjetiva que asume frente a esta realidad.

En el caso aparece la violencia social, una dinámica que busca mantener el poder social sin importar a qué precio. Esto se puede evidenciar en el desalojo de su casa en el barrio Campanar, sustentado en unos ideales de renovación urbana. Esta mujer se vio obligada a vender su casa, poco le importaba la reconstrucción del centro y los supuestos beneficios que esto iba a traer para la ciudad, solo quería conservar un lugar para vivir, lejos de los maltratos constantes de su expareja.

También, se logra entrever una forma de violencia social donde priman las dinámicas de poder que permean la estructura social en la que vivimos, donde los sujetos en situación de vulnerabilidad no tienen voz frente a estas decisiones, están ubicados como sujetos pasivos. En el caso de Lola, el desalojo se efectuó porque debió cumplir una orden sin la posibilidad de negarse o de siquiera expresar su opinión sobre los hechos. Este tipo de violencia social ubica a la consultante en *condición* de víctima, es decir, un sujeto que ha sufrido directa o indirectamente la vulneración de su dignidad humana (Castro-Sardi y Munévar, 2018), y que está permeado por exclusión, marginalidad, menosprecio, entre otros (Arias, 2012). Sin embargo, a pesar de los hechos vivenciados por el sujeto, su posición frente a estos no es necesariamente victimizante a la espera de una ayuda asistencialista; hay una diferencia entre *condición* y *posición* de víctima. La primera hace referencia a los hechos violentos que vulneran al individuo, y a las implicaciones legales que los mismos traen, mientras que la segunda es la forma en la que se asumen y se significan dichos acontecimientos. Lola está en *condición* de víctima por lo sucedido, pero su posición cambió a lo largo de la intervención, viró al agenciamiento y empoderamiento frente a su sufrimiento psíquico (Castro-Sardi y Munévar, 2018), lo que le permitió responsabilizarse subjetivamente y movilizar su *posición*.

Dejar su vivienda fue una imposición de poder que produjo el desalojo del refugio que Lola había encontrado, y al desaparecer este recurso, se sitúa nuevamente en una posición de vulnerabilidad que reactualiza un escenario violento en el que vivió muchos años atrás, escenario que también puede pensarse desde la perspectiva de violencia de género, entendida como cualquier agresión contra una mujer por el simple hecho de serlo. Se muestra un ciclo de violencia que parece no parar. La violencia de género, según Jaramillo (2014), si se logra desentrañar la posición subjetiva de las víctimas de este tipo de violencia, se encuentra que “las mujeres no están fijadas a un hombre en particular, son a un modo de relación estructurada con él” (p. 168). En la historia de Lola un tipo de violencia, como la social, fertiliza el camino para otro tipo de violencia, como la de género.

Lo anterior no pretende situar a la mujer en una posición victimizante que termine por traducirse en la necesidad de abordajes asistencialistas, pero sí es importante pensarse el impacto que instituciones de poder tienen sobre sujetos como Lola, para así preguntarnos ¿cuál es el alcance de nuestras intervenciones?, ¿hasta qué punto los efectos terapéuticos logrados en un dispositivo como el CAPsi pueden perdurar en el tiempo si el problema estructural de la violencia permanece en nuestra sociedad?

El Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) es un dispositivo gratuito de intervención clínica que tiene una visión global de la salud mental, entiende el malestar del sujeto con relación a sus contextos (Castro y Munévar, 2016) y propone abordar este malestar subjetivo a través de la escucha y la palabra, bajo el principio de la “utilidad social de la escucha” (Miller, 2004, p. 1). Este dispositivo fue diseñado para responder a las problemáticas de salud mental y de exclusión social que se presentan en los sectores más vulnerables del sur occidente colombiano. Desde este dispositivo se considera que un aporte al fenómeno de la violencia es apuntar, en el proceso terapéutico, a que el sujeto cuestione su responsabilidad en la dinámica violenta y su posición victimizante como justificación de la misma, para que así puedan asumir la responsabilidad subjetiva por los impulsos y tendencias agresivas que se actualizan en estas situaciones (Gallo, 1999, p. 2).

El psicoanálisis, marco de referencia del dispositivo CAPsi, reconoce que los vínculos familiares siempre comportan lazos de odio, de rencor, de hostilidad, y no son propios de un tipo de familia considerado “anor-

mal” (López, 2002). Es por esto que se apunta a que los sujetos logren hacerse responsables por la agresividad que experimentan y despliegan (Gallo, 1999, p. 128,) cuestionando su posición de sujetos, como en el caso de Lola, y así lograr la rectificación y responsabilización del sujeto en el conflicto. En un primer momento, la consultante llega desesperanzada, triste, angustiada, irritable, con nula tolerancia a las intervenciones iniciales, en busca de una respuesta asistencialista de enfoque jurídico que le permita solucionar la venta de su casa. Las intervenciones estuvieron orientadas bajo el principio de que “*la escucha y la palabra* tienen un lugar privilegiado en el tratamiento del malestar subjetivo, el despliegue de una *escucha desprejuiciada*, alejada del ideal de vida del terapeuta y de los referentes morales convencionales” (Castro, 2014) permitieron que la consultante se sintiera acogida, lo cual dio paso a que se tejieran las primeras puntadas del lazo transferencial.

Alojar el malestar de Lola permitió que pudiera hablar de su sufrimiento para así construir salidas simbólicas (Galende, 1997) frente a un ciclo de violencia que parecía imposible de terminar, estas salidas fueron posibles tras la identificación de recursos de la consultante, tanto subjetivos como sociales. Por un lado, los recursos psíquicos de Lola, que le habían permitido anteriormente cuestionar por qué permitía actos violentos en su contra por parte del padre de sus hijos e incluso de su madre en su infancia, son los que ella logra identificar en el tratamiento; se da cuenta que puede hacer algo frente a esto, que hay alternativas y posibles salidas del ciclo violento en el que vivía y logra movilizar su posición de víctima a la de una mujer agente de su situación familiar, lo cual se considera un importante logro terapéutico.

Por otra parte, también logra identificar los recursos sociales con los que cuenta, el grupo de oración, sus vecinos, su madre y las actividades a las que se vincula, que cumplen un papel fundamental en el proceso de Lola. En un primer momento parecía no contar con ninguna red de apoyo, para ella el Otro era siempre amenazante, incluso la psicóloga, pues “nadie la entendía” “todos la odiaban”. Al alojar sin señalar, se logró, poco a poco, la identificación de estos recursos, abriendo así la posibilidad de apoyarse en el tejido social que la rodea.

El alivio sintomático de Lola deja ver varias aristas, por un lado, la disminución de los síntomas somáticos que presentaba, el dolor en las manos, la falta de sueño y apetito; también el malestar psíquico que se

reflejaba en su aislamiento, tristeza y agresividad con la que se relacionaba con sus familiares; y si bien la situación en su casa continuó siendo violenta, ella se situó de forma diferente frente a esta, logró identificar que como respuesta a esa forma de relación, ella había optado por responder con más violencia, agredir y agredir-se, con sus rutinas, con su aislamiento y con su impulsividad. También da cuenta del movimiento psíquico que hubo en ella frente a la demanda que tenía del espacio terapéutico, su pedido inicial es asistencialista, dirigido al apoyo jurídico en la venta de su casa, lo que dificultó en gran medida el inicio del proceso, pero posteriormente se encaminó a trabajar sobre el malestar que la situación familiar le estaba generando. Las intervenciones direccionadas a resaltar los recursos con los que anteriormente se enfrentó a situaciones similares la llevaron a hablar sobre esto y a cuestionar su posición haciendo posible su movilización subjetiva.

5.3 DEL SOMETIMIENTO A LA PALABRA: EL CASO DE LUISA

Luisa es una mujer de 31 años que solicita cita en el CAPsi por remisión de la Defensoría del Pueblo, dado que la abogada de esta institución la nota afectada emocionalmente por el proceso de demanda que interpuso contra Andrés, su exesposo. Esto debido al maltrato familiar, tanto físico como verbal, hacia ella y el abuso sexual hacia su hija y su hermana menor. Al momento de la denuncia, que fue hecha un año atrás de la cita en el dispositivo, su hija tenía 14 años y su hermana menor tenía 16 años. El proceso de acompañamiento psicológico tuvo una duración de ocho sesiones.

Respecto al proceso judicial, la consultante narra que a inicios del 2017 se entera del abuso de su exesposo hacia su hija, ella lo confronta y él niega lo ocurrido. Luisa cuenta que desde ese momento su vida cambió, pero siguió con él por miedo a las amenazas que le hacía; hasta que, en diciembre de 2017, huye en horas de madrugada hacia la casa de su padre. En enero del 2018 la consultante hace el primer intento de demanda contra su esposo en la Fiscalía, pero le informan que ha pasado mucho tiempo, por lo que no pueden ayudarla. Meses después ella vuelve a intentarlo, en ese momento un detective la escucha y decide ayudarle con el proceso; Luisa dice: “fue un ángel para mí” y así, logra poner la demanda.

Durante el proceso en el CAPsi, como medida provisional mientras se establecía la fecha del juicio, Andrés se encuentra en la cárcel. La consultante vive con su hija en la casa de sus padres, en un municipio aledaño a Cali. Refiere que tiene una buena relación con su padre (quien es su mayor apoyo) y su tío; en cuanto a la relación con su madre, refiere que siente que ella no la quiere, dice: “nunca me ha querido como una hija”. Luisa trabajaba en su negocio de papelería y ventas varias, pero la familia de su exesposo la fuerza a entregar el local, dado que Andrés era el dueño. Así, ella pierde su fuente de trabajo, por lo que la preocupación por sus ingresos económicos será un tema recurrente a lo largo del proceso.

5.3.1 Presentación inicial

En las primeras sesiones del acompañamiento psicológico, la consultante refiere sentirse “como con un bajonazo”, siempre tiene “una lagrimita”, no tiene ganas de hacer nada y ha estado durmiendo con su hija con la luz prendida porque no logran dormir solas. Agrega que ha tenido algunas discusiones con su hija y se pregunta si esto tiene relación con el maltrato vivido por parte de Andrés. Luisa estuvo casada con él durante 11 años y a lo largo de la relación, él le decía constantemente que era una “malagradecida”, “buena para nada”, una “perra”, “fea”, etc. Se le pregunta a la consultante qué piensa de esos sucesos y responde que en esas ocasiones le dolía mucho que le dijera esas palabras, pero después él se convertía en un “esposo amoroso”, la invitaba a comer y le daba regalos “caros” a ella y a su hija y que, por ende, ella luego se decía a sí misma que era “una malagradecida” y olvidaba el maltrato.

Sobre la relación con su exesposo, refiere que buscaba alejarla de su familia, le prohibía tener redes sociales, no la dejaba estudiar, tener amigos, ni verse con sus parientes. Respecto a la relación íntima con Andrés, afirma que nunca fue muy complaciente con ella, en muchas ocasiones no importaba si Luisa no quería tener relaciones sexuales, incluso menciona: “parecía que prácticamente me violaba”. A pesar de estas situaciones, decide estudiar un técnico en administración, pero para hacerlo tuvo que mentirle a su exesposo. Cuando Luisa narra lo ocurrido en su relación de pareja, se pregunta: “¿por qué tenía que someterme a mi esposo?” y se responde que no cree que deba hacerlo más, porque ahora sabe el “valor” que tiene.

Luisa narra que en el último año de su relación de pareja discutían frecuentemente, de modo que en el momento en el que su hija le cuenta el abuso ejercido por este hombre hacia ella y hacia la hermana menor, la consultante opta por separarse de Andrés. También, expresa que no sabe con seguridad qué pasó, ante esto se interviene diciéndole: “está bien no querer saberlo”, resaltándole que lo importante es que “les creyó.” Sin embargo, su hija ha intentado acercarse a ella para hablar sobre el abuso, pero ella dice que “no puede”. Se le advierte que es necesario que su hija y su hermana puedan asistir a un espacio de escucha profesional, en el que puedan hablar de lo ocurrido, por esto, comenta que no ha sido posible tener el acompañamiento psicológico que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) debe ofrecer a las víctimas de abuso sexual. Más adelante en el proceso, la abogada de la Defensoría le ofrece interponer una acción judicial para poder acceder a ese servicio.

También explica que ella ya no es la misma, que su forma de pensar cambió mucho y que ya no soporta a los hombres, ni está interesada en ninguna relación sentimental. Dice que cuando la tratan amablemente, ella reacciona de modo “seco” y los rechaza. Para ejemplificar este cambio, cuenta que en una entrevista de trabajo que tuvo un mes atrás, sintió que el señor que iba a ser su jefe quería “algo más” con ella, dado que le dijo que en los viajes de trabajo tenían que compartir habitación. Considera que no la veía por sus cualidades laborales sino por su físico y por ser mujer.

5.3.2 Ciclos de violencia y construcción de salidas

Hacia la mitad del tratamiento la consultante habla sobre la relación con su madre, refiere que de niña pensaba que era “adoptada”, porque sentía que su madre no la quería y tenía conflictos con su familia materna. Luisa considera que el origen de la mala relación con su madre se da cuando a los nueve años, decide contarle que su abuelo materno la abusaba sexualmente; sobre esto dice: “él me hacía cosas”. La madre no le creyó y la tildó de mentirosa. Por otro lado, su padre sí le creyó y como solución, prohíbe la entrada del abuelo a la casa.

Agrega que su madre considera que quedó en embarazo en su adolescencia por “rebeldía” hacia ella que lo vio como una oportunidad de salir de su casa, pero su padre no la dejó ir y la apoyó. Luisa quedó en

embarazo de un vecino, Camilo, el cual vive actualmente en otra ciudad, expresa que han tenido una buena relación como padres. Posteriormente, a la edad de 18 años, la consultante se casa con Andrés. Comenta que lo conoció antes de cumplir los 18, dice: “él era mucho mayor, me lleva 21 años y él se encargó de enamorarme y conquistarme”. La consultante, como lo expresa en las sesiones, “siempre” tuvo la idea de que un hombre mayor era más serio, comprensivo y la iba hacer feliz.

Luisa comenta que, al contraer matrimonio, se mudó de la casa de sus padres y es ahí cuando “recupera” a su hija; ella manifiesta que cuando vivían con ellos, su madre cuidaba de su hija y sentía que ella le “quería quitar” a su niña, porque solía decir: “mis tres hijas”, haciendo referencia a Luisa, su hermana menor y a su hija. Anota que así en ese momento haya recuperado a su hija “la dejó de lado”, porque “siempre fue una buena estudiante y no se metía en problemas”, consideraba que no necesitaba de ella. De ese modo, la consultante dice que “se dedicó a su esposo y al trabajo”. En el transcurso de las consultas, muestra que desea “dedicarse a su hija” y “estar con ella cuando lo necesite”.

En las siguientes sesiones, Luisa manifiesta que sigue igual, “con un bajonazo”. En reiteradas ocasiones menciona que no quería asistir a la cita, pero que su padre le insistía. En dichas ocasiones se le resalta que “vino y está aquí.” Ella cuenta que “no sabe qué le pasa”, que está en la cama, y no desea hacer nada más, no logra dormir bien, porque tiene pesadillas con su exesposo, pero no las quiere narrar. Durante la sesión, logra ubicar que lo que está sintiendo se debe a “la espera” del juicio, sobre el cual ha pensado desistir, pero la abogada le ha pedido que no lo haga. Ante esta sintomatología se le sugiere interconsulta con psiquiatría, ella acepta la indicación, pero explica que no tiene servicio de EPS. Se le orienta para que haga uso del servicio del Hospital Psiquiátrico en caso de urgencia. También se le ofrece ser escuchada en el CAPSi dos veces a la semana, pero ella informa que por sus dificultades económicas no podría costear los pasajes a Cali. Como alternativa, se le propone que cuando no pueda asistir a las sesiones, llame y será escuchada por la practicante. La consultante no hace uso de esta opción.

Con la fecha del juicio cada vez más cerca, Luisa se siente “más angustiada”, y “siente que todos se le vinieron encima”, porque se ha enterado de que los vecinos dicen que su exesposo va a salir de la cárcel y que ella es una “mentirosa”. Asimismo, esta situación ha afectado a su hija, ya que

una compañera del colegio, que es hija de una amiga de su exesposo, la empujó en la escuela aludiendo a la inocencia de Andrés. Luisa decide hacer frente a esta situación por la vía legal para solicitar una orden de restricción, esto con la ayuda de la abogada que lleva su proceso.

Las últimas sesiones son cada 15 días por la dificultad económica de Luisa, ella se muestra más tranquila, dado que tuvo un trabajo temporal en una campaña electoral, lo cual le permitió “distraerse”, explica que también le ha ayudado mucho poder hablar en el dispositivo. Otros factores que le han ayudado son que ha podido compartir más tiempo con su hija y salir a varias celebraciones, como la del día de la madre. También ha podido distanciarse de los conflictos con su madre, porque Luisa le ha restado importancia a las discusiones que tienen, dice que su madre puede estar pasando por la menopausia y por eso suele estar de malhumor. Otro apoyo para la consultante ha sido un amigo que la ha estado acompañando, pero ella le ha dicho que no está interesada en tener una relación sentimental.

En la octava sesión se intenta profundizar sobre su posición de mujer, frente a lo cual Luisa afirma que le gusta ser mujer, pero que siente que es “una desventaja”, que “siempre los hombres buscan algo más”. En la campaña política en la que trabajó unos días, le ofrecieron continuar, pero en la reunión con uno de los encargados, este intentó besarla y ella logró zafarse e irse. Después de esta sesión la consultante no vuelve al CAPsi, se intenta contactarla por teléfono, pero no es posible.

5.4 COMENTARIO DEL CASO

A lo largo del proceso de acompañamiento psicológico de Luisa, se puede ver cómo ha vivido una serie de actos de violencia, desde el ámbito más íntimo: su familia y su pareja; hasta el ámbito público: el barrio, el trabajo y las instituciones estatales de justicia y de asistencia social.

Respecto a las primeras esferas del ámbito público, el barrio y la familia del exesposo de la señora, se identifica el silencio cómplice del entorno y el acoso cómplice de la familia del agresor, los cuales han sido elementos que impiden que las mujeres reporten oportunamente los abusos vividos ante las instancias judiciales (Rincón, 2019). Asimismo, desde las instituciones estatales se configura la violencia contra la

mujer, a partir de su actuar negligente para ofrecer una restitución de derechos, que se da en el primer intento que tiene la consultante para demandar a su exesposo y posteriormente cuando no se le brinda el servicio de acompañamiento psicológico a su hija por parte de la institución responsable, tal como se establece en la Ley 1146 de 2007, que este se constituye en un derecho de los menores de edad que hayan sido víctimas de abuso sexual.

Retomando el primer intento de Luisa de buscar la instancia judicial, en el cual también se presenta “como reflejo de la discriminación dentro de los sistemas de justicia, la investigación de los crímenes contra las mujeres rara vez se produce. El sistema no está habilitado para escuchar las denuncias” (León-Escribano, 2008, p. 80). Esta discriminación da cuenta de cómo la violencia contra la mujer no se restringe solo a los ámbitos íntimos de la vida familiar, sino que además se puede comprender cómo la violencia contra la mujer es un elemento universal a toda cultura (Bassols, 2012; Jaramillo, 2013), y trasciende los círculos sociales.

Del mismo modo, es importante reconocer este elemento estructural de la violencia de género, entendiéndola “como producto de relaciones asimétricas de poder que presionan a la mujer a adoptar roles estereotipados de la femineidad basados en la sumisión” (Alencar- Rodríguez y Cantera, 2013, p. 87). Sin embargo, es pertinente realizar la pregunta de si los roles estereotipados son condición suficiente para dar cuenta de las diversas posiciones subjetivas que puede asumir una mujer ante actos de violencia en contra de ella, desde diversos ámbitos. Por ejemplo, el caso de Luisa muestra que ella es objeto de maltratos y abusos por parte de su esposo; pero en el ámbito público, es decir en el contexto laboral, ella logra librarse de los intentos de abuso ejercidos por dos hombres que le ofrecían un empleo. Para poder abordar estos elementos singulares, es importante acudir a una teoría que cuente con una perspectiva del caso por caso, como lo es el psicoanálisis, en la cual se reconoce la conexión entre el síntoma y las condiciones del orden social, aunque el fenómeno de la violencia no esté considerado una teoría explicativa previa (Ruiz, 2014). Este abordaje teórico permite tener una lectura de la violencia de género y poder develar los elementos subjetivos del caso de Luisa.

Igualmente, en la problemática de la violencia de género se observa la disyuntiva de cómo en la época contemporánea se ha instalado el discurso de la promulgación de los derechos universales, y los logros

de las luchas del feminismo por alcanzar una igualdad de derechos y oportunidades respecto a los hombres. No obstante, se hace evidente que no todas las mujeres se inscriben en ese discurso, o no ejercen sus derechos en todos los ámbitos de su vida. Ante esta disyuntiva, Jaramillo (2013) plantea que “los derechos y el poder públicamente reconocidos no se inscriben como derecho en la subjetividad” (p. 65). Para esta autora, el acto de ejercer los derechos primero pasa por un acto subjetivo de autorizarse, de considerarse merecedor de ese derecho.

En el caso de Luisa, parece que el proceso subjetivo de autorizarse a realizar el acto de demandar ante la fiscalía pasó por la motivación de intentar proteger a su hija de su exesposo. Para la consultante, haber sostenido ese proceso judicial durante un año y el acompañamiento jurídico realizado por la abogada, le ha permitido plantearse una primera pregunta sobre sí misma, sin que esto exima de la responsabilidad legal a su exesposo. Desde la primera sesión en el CAPsi, ella se cuestiona respecto a su posición de haberse “sometido” a este hombre durante 11 años y enuncia que ahora se da cuenta de su “valor”.

Las dos enunciaciones de Luisa, “someterme” y “valor”, son elementos que se deben profundizar en relación con la narrativa producida en el proceso psicológico en el CAPsi y que tal vez están signados por un mismo suceso, el encuentro con un real en su infancia: el abuso sexual por parte de su abuelo materno. Desde el psicoanálisis, el real es un concepto central y ha sido ampliamente desarrollado; y para propósitos de este capítulo se entenderá “en el sentido de lo imposible de soportar en el orden simbólico de la subjetividad, de lo inasimilable en la realidad psíquica” (Gómez, 2004, p. 92); es decir, lo real son los encuentros que tienen las personas con experiencias de horror que no son posibles de ser nombradas totalmente por el mundo simbólico, algo siempre se escapa.

La consultante al narrar la anterior escena cuenta que primero decidió acudir a su madre para denunciar los abusos de su abuelo, pero esta no le cree. En este punto aparece una figura crucial en la subjetividad de las personas, que es la madre, la cual es el Otro primordial, que ofrece cuidado y protección, pero en la mujer también se constituye un referente de feminidad y maternidad, del cual provienen ideales y normas (Jaramillo, 2013). Para la consultante la figura materna, es una madre que no cree en su palabra, y posteriormente ella interpreta que su madre no la quiere por haber decidido hablar de los actos perversos

del abuelo. Se podría decir que para Luisa se ha instalado un mandato materno de su sometimiento ante el goce de un hombre y la culpa que surge por haber denunciado al abuelo. Por ende:

la culpa articulada a la imposición inconsciente de los mandatos maternos es uno de los obstáculos subjetivos que impiden la apropiación y el ejercicio de los derechos. La culpa impide cualquier expresión de negociación, pero a su vez, desata una posición sacrificial y de renuncia. (Jaramillo, 2013, p. 70).

La culpa en Luisa se sigue presentando en la relación con su esposo, cuando en los maltratos ejercidos por este, él le dice que es una “malagradecida”, y de esa forma se sigue sosteniendo el imperativo materno, que es un elemento del sometimiento de la consultante. Empero, este pierde su eficacia cuando este hombre abusa de su hija, logrando de este modo poner una distancia a los dichos maternos al creer en las palabras de su hija. Esta decisión de Luisa es resaltada y validada por el CAPsi, como un elemento en el que ella surge como sujeto responsable y de acción. Otro modo que tiene la consultante para distanciarse de la madre es el estudio y las actividades laborales (Jaramillo, 2013), en este ámbito la mujer no consiente el sometimiento, incluso durante la relación con su exesposo, ella le miente para poder estudiar un técnico en administración y ella maneja su negocio de papelería.

Respecto a la enunciación de Luisa sobre su “valor”, se puede interpretar que también hace referencia al valor de su palabra, dado que a pesar de que su madre no le “cree” el abuso sexual ejercido por el abuelo, su padre sí le cree y actúa en consecuencia prohibiendo la entrada del abuelo a la casa. Pareciera que, en el orden social, este punto de que a Luisa se le crea su palabra es crucial para el establecimiento de redes de apoyo, ya que es a partir de que el detective de la Fiscalía le cree, que la Defensoría y el CAPsi le creen, que alojan su palabra y se hace posible que ella se posicione como un sujeto de derechos en el ámbito público.

El caso de Luisa da cuenta de la importancia de crear, apoyar y desarrollar espacios donde la palabra que ha sido silenciada por vía de la violencia sea articulada, escuchada e interpretada, desde los espacios más íntimos hasta la realidad social (Bassols, 2012). Contar con diversos espacios de escucha, en el ámbito jurídico y psicológico, le ha permiti-

do a la consultante, hasta cierto punto, movilizarse hacia una posición subjetiva diferente a la de mujer sometida. Sin embargo, para ella ha sido muy difícil sostener su palabra ante la institución judicial, porque durante el proceso en el CAPsi fue evidente cómo la angustia se incrementaba en la medida en que se aproximaba la fecha del juicio, ante lo cual se intervino alojándola y usando una estrategia que iba más allá del espacio convencional del consultorio, que fue ofrecerle una escucha vía telefónica.

Para finalizar, durante el proceso también se presentaron algunos límites, en el momento en el que se direcciona el acompañamiento hacia una pregunta de su ser como mujer, su sexualidad, la posición que ha tomado en su relación de pareja, ella deja de asistir al CAPsi. En la última sesión, se puede ver cómo aún persiste una idea de la desventaja de la mujer ante los hombres, y cómo ella sigue en una posición de renuncia de su satisfacción sexual, dado que, por 11 años en su matrimonio, tenían relaciones sexuales sin importar si ella quería tenerlas o no, y actualmente ella ha sido enfática en no querer volver a tener una relación de pareja.

REFERENCIAS

- ARIAS MARÍN, A.** (2012). Teoría crítica y de derechos humanos: hacia un concepto crítico de víctima. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 36, 1-30.
- ALENCAR- RODRÍGUEZ, D.** & Canteras, E. (2013). Intervención en violencia de género en la pareja: el papel de los recursos institucionales. En *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, 13(3), pp. 75-100.
- ARAMBURO, N.** (2010). Nuevas perspectivas sobre violencia intrafamiliar, un enfoque psicoanalítico. En *Revista Affectio Societatis Universidad de Antioquia*. 7(13), pp. 1-18.
- BASSOLS, M.** (2012). La violencia contra las mujeres. Cuestiones preliminares a su tratamiento desde el psicoanálisis. Recuperado de: <http://miquelbassols.blogspot.com/2012/11/la-violencia-contra-las-mujeres.html>

- BODELÓN, E.** (2014). Violencia institucional y violencia de género. En *Anales de la cátedra Francisco Suárez, Revista de filosofía, jurídica y política*, 48, pp. 131-155.
- CASTRO-SARDI, X.** (2014). The Wanna be. Acción Lacaniana. En *El psicoanálisis y la universidad. Hacia la intervención de un dispositivo de formación e intervención en salud mental*. Recuperado de: <http://thewannabe.nel-amp.org/Ediciones/011/template.php?file=La-NEL-en-accion/Universidad/El-psicoanalisis-y-la-universidad.html>
- CASTRO, X. & Munévar, M.** (2016). Consultorio de atención psicosocial (CAPsi): Clínica y lazo social. En *Experiencias significativas en psicología y salud mental*, pp. 16-29.
- CASTRO-SARDI, X. & Munévar, M.** (2018). Escuchando a las víctimas del conflicto armado colombiano: la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial. En *Revista CS*, (25), pp. 81-109. Recuperado de: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/2696/3449
- DE LA PEÑA, L. A.** (2015). Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla Psicología desde el Caribe. En *Psicología desde el Caribe*, 32(2), pp. 327-342.
- DEPARTAMENTO DE DERECHO INTERNACIONAL.** Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.
- GALLO, H.** (1999) Usos y abusos del maltrato. En *Una perspectiva psicoanalítica*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- GALENDE, E.** (1997). *Un horizonte incierto, psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- GONZALES, M.** (2008). Sobre historia de las mujeres y violencia de género. En *Clío Y Crímen*, (5), pp. 14-23.
- GÓMEZ, G.** (2004). Traumatismos de guerra: memoria y olvido. En *Desde el jardín de Freud*, (4), pp. 84-101.

- GUSHIKEN, R. A.** (1999). La rivalidad y los celos, fundamento del vínculo social. En *Affectio Societatis*, (4), pp. 1-5.
- JARAMILLO, A. M.** (2013). Las Mujeres: entre el sacrificio y la negociación. En *Boletín de Antropología*. Universidad de Antioquia, Medellín, 28(45), pp. 62-75. Recuperado de: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/viewFile/17768/15344>
- JARAMILLO, A. M.** (2014). Mujeres maltratadas: ¿Víctimas o sujetos? En *Affectio Societatis*. Medellín. Universidad de Antioquia, 11(21), pp. 167-169.
- LEÓN-ESCRIBANO, D.** (2008). Violencia y género en América Latina. En *Pensamiento Iberoamericano*, (2), pp. 71-91.
- LÓPEZ, Y.** (2002) ¿Por qué se maltrata al más íntimo? En *Una perspectiva psicoanalítica del maltrato infantil*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- MARTÍNEZ, A.** (2016). La violencia. En *Conceptualización y elementos para su estudio*. Distrito Federal, México: Política y cultura.
- MILLER, J.-A.** (2004). De la utilidad social de la escucha. En *Revista Virtualia*, (10). Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/jamiller-01.html>
- QUIÑONEZ, F.** (2017). La violencia de género y el derecho penal. En *Dominio de las ciencias*, 3(4), pp. 447-458.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA (10 DE JULIO DE 2007)**. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. [Ley 1146 de 2007]. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/LEY_1146_de_2007_Colombia.pdf
- RINCÓN, R.** (2019). El Supremo advierte del “silencio cómplice” del entorno de las víctimas de violencia de género. En *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2019/07/10/actualidad/1562763961_408353.html
- RODRÍGUEZ, O. A. & Moreno, C. M.** (2018). Psicoanálisis e instituciones. Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales. En *Affectio Societatis*, 15(28), pp. 196-227.

- RUIZ, G.** (2014). De la violencia como significativo social a la singularidad del caso. En Sawicke, P. & Stillo, B. (Comps.) *Relaciones Violentas entre el amor y la tragedia*, (pp. 105-119). Buenos Aires, Argentina: Grama ediciones.
- RUIZ, M.** (2018). No dejar de amar a quien hace sufrir. En *Affectio Societatis*, 15(28), pp. 124-134.
- UBIETO, J.** (2008). Posiciones subjetivas en los fenómenos de maltrato. En *Revista Virtualia* (18), pp. 1-4.
- WICKS-NELSON, R.** & Israel, A. (1997). Maltrato en la infancia y la juventud. En *psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 408-411). Madrid, España: Prentice Hal.



PREGUNTAS PARA DISCUTIR EN EL AULA

1. ¿Qué se logra rectificar subjetivamente en una mujer que es víctima?
2. ¿Qué aporta la psicología a un fenómeno estructural como la violencia?
3. ¿En qué medida es posible aliviar el malestar subjetivo si un sujeto está permeado por síntomas sociales desgarradores como la pobreza, la exclusión y la violencia?

Efectos subjetivos del conflicto armado colombiano

XIMENA CASTRO-SARDI

OBJETIVO GENERAL

Reflexionar sobre los alcances y límites de un dispositivo como el CAPsi para alojar y tratar los efectos psíquicos de la violencia y la guerra.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los efectos traumáticos singulares de acontecimientos violentos a través de dos casos clínicos de mujeres víctimas.
2. Reconocer algunos modos de respuesta singulares y colectivos de las víctimas del conflicto armado colombiano.
3. Debatir sobre la actualidad de la clínica psicoanalítica del trauma y el duelo.

Atentas a las demandas del entorno y del contexto socio-político colombiano, durante el segundo año de funcionamiento del *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)*, en 2015, creamos una línea de atención dirigida a las víctimas del conflicto armado. Desde la promulgación de la Ley de víctimas y restitución de tierras, Ley 1448 de 2011, en la que se establecen las medidas de reparación material y simbólica de las personas que han sufrido los estragos de la violencia relacionada con el conflicto armado colombiano, se ha visto la necesidad de establecer mecanismos precisos de rehabilitación psicosocial. Desde la misma ley se define el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas –PAPSIVI–, que propone unos principios y estrategias de atención y se ha implementado en los diferentes territorios del país desde hace varios años (Acción Social, 2011).

La creación de la línea de atención a víctimas en el CAPsi obedeció en parte a la demanda de diversas instituciones, tanto públicas como privadas, como lo son la Unidad de atención a víctimas del municipio, la oficina regional del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), entre otras, que se encargan de registrar a las víctimas, brindar atención humanitaria y orientarlas hacia otras instituciones especializadas de atención en función de las necesidades. El CAPsi, como dispositivo de atención psicosocial en salud mental, se encuentra listado como institución que ofrece tratamientos psicoterapéuticos y procesos de acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado.

En este capítulo se presentan dos casos, de mujeres víctimas, seleccionados de un total de 96 víctimas atendidas desde comienzos de 2015 hasta mediados de 2019. Otros cuatro casos de víctimas han sido ya documentados y publicados en el artículo “Escuchando a las víctimas del conflicto armado colombiano: la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial” (Munévar y Castro-Sardi, 2018). La dirección de los tratamientos por parte de las psicólogas que atendieron estos dos casos, así como el análisis que hacemos de estos en este capítulo, se apoyan en algunos principios y referentes epistémicos del psicoanálisis de orientación lacaniana aplicado al campo de salud mental (Miller, 2005; Di Ciaccia, 2010; Laurent, 2010) y en particular a la atención de sujetos que han vivido experiencias traumáticas en contextos de violencia y de guerra (Briole, 2015; 2018).

6.1 VÍCTIMA Y TRAUMA: ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES

Antes de exponer los casos, es necesario repasar algunos de estos referentes que atañen tanto a la concepción de “víctima” con la que trabajamos, como a la forma como entendemos los efectos “traumáticos” de una experiencia violenta.

El primer principio tiene que ver con la atención del *uno-a-uno*, del caso por caso, distanciándonos del supuesto de que por estar inscritas y reconocidas como víctimas en un marco institucional, habitan dicha identidad como todas las demás. Nos interesa, en el abordaje de los casos, elucidar las formas singulares de apropiación de una identidad que define un colectivo; es decir, que no damos por sentado que para todas las víctimas, dicha nominación simbólica tenga las mismas consecuencias a nivel subjetivo. A lo largo de nuestra experiencia en la atención a víctimas, hemos podido constatar que mientras algunas no se identifican con esta nominación, otras se sobre-identifican con ella y la asumen como su identidad privilegiada ante el Otro social. De igual manera, la mayoría entiende que “ser víctima” en Colombia hoy es una de las vías más directas hacia la obtención de derechos ciudadanos en un contexto caracterizado por la exclusión y la marginalización social (Castro-Sardi y Erazo, 2019).

De la misma forma que la “condición de víctima” en este contexto social tiene repercusiones diversas en cada sujeto, la vivencia de una experiencia violenta afecta también de formas diferentes a cada uno. Existe una especie de consenso en diferentes campos del saber, que una víctima es por definición un sujeto afectado por un trauma; y el saber psiquiátrico y psicopatológico tiene un lugar dominante a la hora de certificar si alguien es o no víctima en función de su nivel de afectación traumática. Es así como surge en la década de 1970, en los Estados Unidos, el diagnóstico *trastorno de estrés post-traumático* (Fassin y Rechtman, 2009). En lo que respecta a la clínica del trauma o a un tratamiento posible del trauma en el CAPsi, tomamos distancia del paradigma hegemónico psiquiátrico (Laurent, 2005; Sauvagnat, 2007; La Sagna, 2014). Entendemos entonces que una experiencia violenta puede ser un evento traumático que produce marcas singulares que dependen de la constitución psíquica de cada cual y nos apoyamos en los desarrollos teóricos, tanto clásicos como contemporáneos, del psicoanálisis sobre el concepto de trauma.

Por un lado, reconocemos que hay acontecimientos traumáticos, los actos de destrucción masiva en las guerras y las catástrofes naturales son dos ejemplos muy claros de esto. Se trata de acontecimientos que producen efectos de “disrupción” en los sujetos. Esto ha sido descrito como el síndrome de repetición traumática por psiquiatras y psicoanalistas expertos en estos campos (Briole, 2005) y fue magistralmente descrito por Freud (2004) en sus desarrollos sobre las neurosis traumáticas de guerra. La referencia a la pesadilla que revive el momento de horror y que se repite es una referencia prínceps en psicoanálisis en la medida que contribuyó al desarrollo del concepto fundamental de pulsión de muerte (Freud, 2004). Sin embargo, el trauma no se reduce al acontecimiento; cuando hablamos de trauma es necesario tener en cuenta tanto el acontecimiento contingente, un Real, es decir un “imposible” de simbolizar (Lacan, 2012), como al sujeto con su respuesta siempre singular. El encuentro con un Real produce efectos distintos en cada sujeto, de acuerdo a su constitución libidinal y estructura psíquica. Como nos lo enseñó Freud y lo subrayó después Lacan, el sujeto responde con su fantasma y su síntoma frente a lo real. Así mismo, el encuentro con un acontecimiento traumático, en tanto es inesperado, sorpresivo, sin sentido e imposible de narrar (Castro-Sardi, 2019) reactualiza en cada sujeto, de forma singular, el trauma primordial en el cual hace énfasis Lacan en su última enseñanza: el encuentro del lenguaje con el cuerpo gozante, como dos elementos heterogéneos, que marca la entrada del sujeto humano al mundo (Leguil, 2018).

Para resumir, siempre que se hable de clínica del trauma desde la perspectiva psicoanalítica lacaniana, es necesario tener presentes las siguientes coordenadas conceptuales. En cada trayectoria vital hay encuentros contingentes que pueden ser considerados como un Real y que constituyen un agujero en lo simbólico, es decir, una imposibilidad de respuesta por medio del lenguaje. Es lo que Lacan llama en francés *trou-matisme*¹ (Castro-Sardi, 2019). El encuentro con un acontecimiento traumático produce una diversidad de respuestas, aunque se constata que en el momento mismo del acontecimiento el efecto general suele ser el

1. Neologismo en francés que condensa “traumatisme” (trauma) y “trou” (agujero).

“congelamiento”, la “petrificación”, lo que se describe como una suerte de suspensión de las funciones psíquicas y una pérdida de los referentes temporales (Crocq, 2002; 2014; Emmanuelli, Cremniter, Pelloux, 2014);² es lo que Freud (2004) llamó “terror” al describir las neurosis traumáticas, terror que a su vez desencadena la repetición de las pesadillas como una tentativa de ligar el exceso energético que no ha sido integrado al funcionamiento psíquico. Sin embargo, una vez superado el momento de “terror” y “congelamiento”, los sujetos construyen una respuesta determinada por su lógica fantasmática, siendo esta absolutamente singular (La Sagna, 2014).

Es importante precisar que la ensambladura del fantasma con el síntoma constituye la manera como cada sujeto ha respondido al trauma primordial, aunque se debe tener presente que no todos los sujetos cuentan con este recurso psíquico (Chiriaco, 2012). En el caso de los sujetos psicóticos, el encuentro con un Real, puede producir otro tipo de respuestas a falta de la pantalla protectora del fantasma, como lo son los fenómenos elementales, los delirios, los pasajes al acto o fenómenos psicósomáticos. Por lo anterior, en la clínica del trauma es muy importante poder precisar cuestiones diagnósticas al mismo tiempo que se identifican las formas de respuesta singulares, ya sea sintomáticas, fantasmáticas, fenómenos elementales o actos, que dan cuenta de los efectos que en cada sujeto puede producir un acontecimiento traumático.

6.2 LA DEMANDA AL CAPSI Y CONTEXTO SOCIAL DE LAS CONSULTANTES-VÍCTIMAS

Una clínica del sujeto, en oposición a una clínica protocolizada o estandarizada, toma como supuesto fundamental, lo que llamamos en el CAPSi con base en el psicoanálisis, una *demanda subjetiva*. Es usual

2. El efecto de congelamiento ha sido magníficamente descrito por el psiquiatra francés Louis Crocq, estudioso de los efectos psíquicos de las guerras mundiales en los combatientes. Crocq (2014) ha acuñado la metáfora del efecto “Medusa” para describir la petrificación en la que se encuentran los “heridos psíquicos de la guerra”. Describe así que el psiquiatra del trauma de guerra es una suerte de lucha de Perseo contra la Medusa.

que los sujetos lleguen al dispositivo siguiendo las recomendaciones de instancias de asistencia jurídica o social que muchas veces interpretan como imperativas. Este tipo de demandas basadas en un pedido de un tercero son bastante comunes en el caso de las víctimas del conflicto armado, porque se les transmite que el proceso de atención psicosocial es una ruta obligatoria, lo que se constituye en un obstáculo para un tratamiento que se basa en una demanda subjetiva. En estos casos es entonces necesario hacer un trabajo de subjetivación de la demanda, con el fin de poder iniciar un proceso que siga las orientaciones propias de una clínica del sujeto, es decir una clínica que apuesta por un sujeto de palabra, responsable de su enunciación y de la fabricación de sus respuestas y arreglos, siempre singulares, frente a lo real. Tratándose de víctimas del conflicto armado colombiano sabemos que ese real en juego tiene que ver con un contexto social caracterizado por una violencia desencadenada, sin límites, fragmentada, que se volvió banal y cotidiana en muchos territorios de Colombia (Pécault, 2012; 2016).

Si bien es cierto que la firma de los acuerdos de paz con las FARC, a finales de 2016, ha tenido un efecto importante de pacificación en términos de reducción de secuestros, masacres, reclutamiento de menores, asesinatos, desapariciones y desplazamiento masivo de la población (Pécault, 2017); en los últimos dos años se ha visto un aumento significativo del número de asesinatos de líderes sociales en ciertas zonas rurales del país, en las que la violencia se agudiza al encontrarse con condiciones históricas y estructurales de exclusión social y abandono estatal. Este es el caso de las comunidades de la región del Pacífico colombiano, en particular ciertas zonas del Chocó, Nariño y el norte del Cauca, en los que territorios otrora dominados por las FARC, han pasado a ser campo de disputa de otros grupos al margen de la ley como el ELN, nuevas bandas criminales, grupos paramilitares y disidencias de las FARC, en torno al cultivo y tráfico de droga, así como a la explotación ilegal de recursos naturales y mineros. Este panorama de violencia sigue produciendo el destierro de poblaciones nativas, indígenas y afrocolombianas, así como el asesinato selectivo y sistemático de líderes y lideresas que luchan por la defensa de los derechos de sus comunidades (Ortiz, 2018).

El flagelo del destierro es un fenómeno que impacta de manera particular a las poblaciones afrocolombianas y, sobre todo, a sus mujeres. El Registro Único de Víctimas muestra que las mujeres afrocolombianas,

raizales y palenqueras representan el 28% de la población en situación de desplazamiento y el 9.3% de las mujeres víctimas, es decir, 270.719 mujeres afrocolombianas, 3.766 raizales y 127 palenqueras.³ De acuerdo con el informe de la Comisión Interamericana, sustentado en datos del Ministerio de Interior y de testimonios del Grupo Mujer y Género (CONPES, 2013), las problemáticas más apremiantes para las mujeres afrocolombianas víctimas son, en primer lugar, la urgencia de proteger con garantías sus derechos frente al riesgo que significa ser mujer de una minoría étnica; en segundo lugar, la precariedad de los servicios, medios y trámites que tienen que sortear para acceder a la salud; y en tercer lugar, la necesidad de prevenir y afrontar la violencia intrafamiliar en contextos de violencia política (Ortiz, 2018). Este es el trasfondo social de los dos casos que se presentan a continuación.

6.3 EL CASO DE ROSA⁴: TRAUMA, TERROR Y SÍNTOMA

Rosa, una mujer afrocolombiana de 43 años, llega al CAPsi por recomendación de una asociación católica que asiste a las víctimas desplazadas por la violencia. Demanda atención para su hijo menor que “parece muy afectado” por los eventos violentos que han sufrido. Sosteniendo un semblante orgulloso y valiente, Rosa se presenta como “una mujer que ha dedicado su vida a la defensa de los derechos humanos en su territorio”. Trabajó para una ONG, fue líder de su territorio y representante en el consejo municipal de su pueblo. A lo largo de los últimos años, su posición de liderazgo le ha costado una serie de amenazas de grupos armados que la perciben como un obstáculo frente a sus intereses.

En este punto, Rosa afirma haber superado estas situaciones en el pasado, porque antes de ella “no comía de miedo” y gracias a eso, logró

3. Datos válidos para el año 2018.

4. El caso de R fue presentado con el título “Liderazgo social, violencia y trauma: el caso de Ana” por Margarita Munévar, psicóloga del CAPsi, en las *Jornadas de celebración de los 5 años del CAPsi*, en la Universidad Icesi, 7 de febrero de 2019. La construcción del caso que se presenta aquí es diferente a la presentada en esas jornadas, a pesar de que se basa en el mismo registro clínico.

sus objetivos. Pero hace unos meses, a medida de que las amenazas se hacían cada vez más repetitivas, se vio obligada a abandonar su hogar, familiares y amigos para buscar refugio en Cali con sus cuatro hijos. Una vez en la ciudad, se mudó a la casa de una amiga de la misma región, que experimentó una situación similar de desplazamiento, con la que Rosa se identifica como “defensora de derechos humanos y madre soltera”.

Si bien la solicitud inicial de Rosa se dirige a la necesidad de tratar el sufrimiento de su hijo, la escucha de su enunciación en la primera sesión permitió situar en los intersticios de sus declaraciones cargadas de coraje, una brecha sintomática: se siente “muy nerviosa y no puede dormir bien” desde hace unas semanas. Aunque al principio se mostraba renuente, finalizando la sesión acepta continuar asistiendo a las citas para hablar sobre aquello que la pone “nerviosa”.

Con cierta dificultad en la sesión siguiente Rosa habla de un encuentro enigmático que la dejó aterrorizada y estupefacta: hace unos días, mientras viajaba en un autobús, un hombre blanco, tatuado en el brazo, se le acercó. Comienza a llorar, explicando que dicho encuentro la conduce al momento en el que un hombre armado entró de forma violenta a su casa hace poco más de un mes. Es como si el encuentro en el autobús fuera la repetición de la escena; es una imagen que se repite en su mente, una y otra vez: Rosa estaba en su casa, cuando un hombre armado, tatuado en la parte superior del brazo, entró forzosamente a su casa y le apuntó con un arma, amenazándola: o se va del pueblo o la mata. En ese momento, su hijo menor entró y fue testigo de la amenaza. Al relatar estos recuerdos, llora desconsoladamente, luego se queda en silencio por un largo tiempo, y después de decir que está “perdida en sus pensamientos”, comenta que no puede “hacer nada”, se siente paralizada. El encuentro casual en el autobús con el hombre tatuado, renovó el miedo relacionado con el evento traumático de la amenaza que la obligó a abandonar su casa.

Rosa inicia así un proceso que durará siete sesiones, en las cuales ella podrá ubicar e historizar el evento traumático, superar el terror que la paraliza y no le permite el reposo, y fabricar algunas soluciones para recrear el vínculo con su trabajo y su vida. Aunque se beneficiará de los efectos terapéuticos del dispositivo de escucha, Rosa se detendrá frente a la pregunta por la sexualidad femenina. La posibilidad de hablar libremente y a su propio ritmo, dejando espacio para los largos silen-

cios y sollozos, sin prescribir una abreacción, así como la elaboración de las reminiscencias relacionadas con el acontecimiento traumático, permitieron que Rosa comenzara a enunciarse en singular, más allá de su fuerte identificación con el colectivo: líderes y defensores de derechos humanos. De un “nosotros” portador de los ideales políticos de justicia e igualdad con el que se identificaba, Rosa pasa a hablar de sí-misma a través de sus sueños.

Primer sueño: Rosa se dirige a la casa de su padre y para eso tiene que cruzar un matorral donde “sabe que hay serpientes”, aunque estas no se ven. A pesar de que siente mucho miedo en el sueño, se atreve a saltar rápidamente, sin mirar el piso, para llegar a la casa. Se le señala que ella logra superar el miedo y llegar a la casa de su padre. Esto allana el camino para que hable sobre la relación con su padre: un hombre valiente, también un defensor de derechos, un líder comunitario y un miembro de la junta de acción local. Desde la edad de 13 años, ella ha acompañado y ayudado a su padre en el desempeño de sus funciones. Revela así una fuerte identificación con el padre y habla durante esta sesión, con admiración y en detalle, acerca de las luchas políticas que han liderado juntos.

Segundo sueño: Rosa está subiendo una escalera, los escalones son cada vez más distantes entre sí, lo que le produce angustia. Al final de las escaleras, se encuentra en una fiesta sin zapatos. Afirma que en su comunidad, llegar a un lugar descalzo es un mal presagio... El sueño llega a su fin cuando recibe dos cajas, cada una con un juego de llaves, que Rosa interpreta como una elección entre dos opciones: ser madre y garantizar la seguridad de sus hijos o ser defensora y líder en su comunidad. Ubicará allí la razón de su insomnio más reciente: pasa su tiempo pensando en este dilema. Se interviene con la pregunta “¿Cuál es el dilema?”

En las siguientes sesiones, Rosa hablará sobre las actividades que ha reiniciado gradualmente con el apoyo de algunas redes institucionales y familiares. El miedo que la había paralizado y confinado comienza a ceder el paso a acciones concretas de protección: cambia su número de teléfono, cuida sus conversaciones y considera retomar su trabajo, pero en un pueblo que tiene mejores condiciones de seguridad para el trabajo político y comunitario. La ONG para la que trabaja, decide dar a los proyectos más visibilidad que a las personas que lideran y toma otras medidas de protección para los activistas. Ella comienza a sentir

que “no todos son enemigos”. Además, reconoce las importantes redes de solidaridad de su familia, mencionando la “coperacha”, una práctica solidaria que consiste en compartir e intercambiar bienes y comida, una especie de economía solidaria comunitaria. El vínculo con la tierra, la producción de alimentos y “la coperacha” parece ser una forma de reestablecer un vínculo, y ella quiere recrear las condiciones para regresar a su territorio, a otro municipio donde su padre y sus seis hermanos se han mudado. “Somos muy unidos, a pesar de las dificultades”.

La reciente noticia del asesinato de un líder en su región le genera gran angustia. Decide no ir al funeral porque “nos han advertido que en el funeral de los líderes siempre hay un gran riesgo”. Sus colegas, mujeres defensoras de derechos humanos, le dicen “que se ha vuelto cobarde”; ella se pregunta si es cierto y si ahora “está comiendo de miedo”. Rosa se sitúa de otra forma frente a los dichos del grupo, y afirma que quiere proteger su vida y la de su familia, porque si está muerta, ya no podrá trabajar para su comunidad. Esta afirmación subjetiva se le subraya con énfasis y se introduce una diferenciación entre “comer de miedo” y protegerse, dadas las circunstancias.

Hacia el final del tratamiento en el CAPSi, llega con más entusiasmo y cuenta que pudo organizar su mudanza con sus hijos a la casa de uno de sus hermanos en otro pueblo. Allí se contacta con una asociación que defiende los derechos de las comunidades frente a la explotación minera, pero con estrategias menos frontales y adoptando ciertas medidas de protección y seguridad que les han sugerido. “Quiero seguir haciendo el mismo trabajo que he hecho toda mi vida, pero sin exponerme tanto. Yo también soy madre”, afirma.

En la última sesión, Rosa se muestra confusa y dividida cuando narra que su hija de 18 años le ha preguntado recientemente si deseaba volver a contraer matrimonio algún día. Ella le responde de forma altiva y decidida: “¡No! Cuando estuve casada yo me hacía cargo de todo. Estoy bien como estoy”. Se muestra resuelta a no querer hablar de esto por el momento, lo que se le respeta. Se cierra el proceso con su agradecimiento por el espacio de escucha y un recuento de lo que para ella significó poder hablar. El estado de terror y estupefacción estaban ya superados y Rosa había encontrado un modo de retomar su vida después del acontecimiento traumático. Sin embargo, al enfrentarse con la pregunta sobre su ser de mujer, manifiesta “no estar lista para hablar de eso”.

6.4 COMENTARIO DEL CASO

El caso de Rosa nos enseña cómo una escucha terapéutica orientada por el psicoanálisis puede permitir que las preguntas planteadas por el acontecimiento se conviertan en preguntas planteadas por un sujeto, en singular. En siete sesiones, se logró pasar de lo más arbitrario que define un acontecimiento a un trabajo de historización subjetiva, que le permitió a Rosa tratar el encuentro con lo real de la muerte (Briole, 2018). El ciclo del tratamiento se cierra con la apertura del inconsciente y la formulación de la pregunta sobre su deseo como mujer, ante lo cual erige una defensa.

La distinción entre terror, miedo y angustia y su relación con el trauma, planteada por Freud (2004) cobran toda su vigencia en el caso de Rosa:

Terror, miedo angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el peligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente; en cambio se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor sorpresa. No creo que la angustia pueda producir una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror. (p. 12)

El verdadero trauma no se produce solo por sorpresa, debido a la falta de preparación del sujeto. Lo que permite la preparación y evita el trauma, según Freud, es la angustia. Cuando esta preparación está ausente, “hay terror y el trauma domina” (La Sagna, 2014). Esto es lo que vemos en el caso de R: está paralizada, “petrificada” en términos de Crocq (2014), un estado en el que se suspenden las funciones psíquicas. En efecto, permanece “fijada psíquicamente” al momento traumático (Freud, 2004), fijación que se condensa en la imagen del tatuaje. Además, esta fijación con la imagen del tatuaje ilustra lo que Briole (2018) enfatiza sobre la pulsión escópica, siempre implicada en el encuentro con el horror. Se podría decir que el encuentro cara-a-cara con el victimario y su mirada quedan capturadas en la imagen del tatuaje, y esta mirada persiste e insiste en mirar al sujeto cuando se cruza con otras miradas en encuentros contingentes, como el que Rosa tiene en el autobús.

Podemos constatar también cómo la sólida identificación de Rosa con los ideales políticos la ubican en una posición fantasmática, como la que “no come de miedo”, según su decir. A pesar de las constantes advertencias y de la peligrosidad del contexto, Rosa no sufría ni de miedo, ni de angustia; gozaba en una posición de coraje ciego. El encuentro con el hombre tatuado en el autobús la ubica retroactivamente frente a lo real del encuentro con la muerte. Es así como Rosa nos enseña que un encuentro traumático, un encuentro con lo real puede sumergir al sujeto en un estado de terror y estupefacción proporcional al agujero que se abre debido a la imposibilidad de representar aquello que la confronta. En el dispositivo del CAPsi se crearán las condiciones para que tenga lugar un encuentro entre un sujeto capturado por la irrupción de un real y una palabra que lo reintroduce en la trama de su propia historia (Emmanuelli, Cremniter, Pelloux, 2014). Gracias al lazo transferencial que posibilitó su enunciación, Rosa atravesó el terror y logró vincular lo traumático del encuentro con algunas coordenadas inconscientes, tomando distancia de sus identificaciones, en particular aquella que la incluía en el conjunto de aquellos y aquellas que “no comen de miedo”; vía que la empujaba a una posición de heroísmo sacrificial.

Un desplazamiento de su posición subjetiva fue posible gracias a que consintió al dispositivo de escucha que la invitaba a poner en palabras las marcas de afecto que dejó en ella el encuentro con el horror. Los sueños que Rosa produce, relata e interpreta, bajo transferencia, son un importante indicador del trabajo de elaboración psíquica que emprende. Briole (1987) distingue tres tipos de sueños a partir de la construcción de un caso de neurosis traumática de guerra. Los sueños de figuración o las pesadillas traumáticas, aquellos que repiten la escena traumática de forma mimética, en la que la mirada como objeto pulsional, aparece en primer plano; los sueños de subjetivación o puesta en escena, en los que hay un trabajo de escritura y elaboración; y los sueños de interpretación, en los que el significante de un nuevo encuentro sustituye la repetición de la imagen traumática. Rosa narra dos sueños de angustia, que no son propiamente pesadillas repetitivas, y que vienen de alguna manera a sustituir la presentificación de la pulsión escópica, condensada en el tatuaje que la mira y la inmoviliza. Los sueños abren la vía a la relación con el padre y con el territorio de los antepasados, así como su posición como madre y sujeto. Quizás se trata de sueños de subjetivación en los

que el sujeto evita “mirar” para pasar sobre aquello que le produce horror (las serpientes en el primer sueño), está angustiada por la falta de zapatos, pero también debe elegir entre dos juegos de llaves. Emerge así el sujeto de la elección, en singular, independiente del empuje que proviene del grupo.

Los sueños dan cuenta de un trabajo psíquico que va desde el terror y la estupefacción producidos por el encuentro, cara a cara, con lo más real que es la muerte, a una subjetivación de la que surge un cuestionamiento de su posición fantasmática. Finalmente se detiene, por lo menos en este ciclo de trabajo subjetivo, frente a lo que es más traumático, es decir, “la imposible escritura de la relación sexual” (Lacan, 1973); se evidencia así la función de pantalla que los ideales políticos tienen para este *ser hablante*. El trauma, para Lacan, es el signo mismo del encuentro con lo real, pero en tanto desencuentro, como lo demuestra la repetición. No tenemos acceso directo al trauma de lo real; el trauma está siempre infiltrado por el fantasma. Entre el sujeto y la sexualidad hay una pantalla que lleva la marca de su inserción en lo imposible de la relación sexual (Chiriaco, 2012). Esto significa que más allá de los traumas que resultan de los acontecimientos de la realidad, como lo es la amenaza de muerte que cae sobre Rosa, siempre hay otra realidad, mucho más evasiva, que es el saber sobre la sexualidad (La Sagna, 2014). Se podría decir que el encuentro con el cuerpo del Otro del goce es el *troumatisme* (agujero del trauma), detrás del acontecimiento traumático de la amenaza de muerte.

Para concluir el comentario, considero que el caso de R. nos deja al menos tres enseñanzas clínicas valiosas: en primer lugar, los efectos terapéuticos de un dispositivo de escucha respetuoso de los tiempos del sujeto y de su modo de elaborar el trauma. En segundo lugar, se recorren algunas identificaciones, se sitúa la posición fantasmática, para cuestionarlas y conmoverlas, logrando un distanciamiento de un heroísmo trágico que hacía que el sujeto fuese equivalente a la pulsión de muerte. Sobre este punto, vale la pena recordar lo que dice Lacan (2003) en su comentario sobre Antígona: “Sólo los mártires pueden no tener ni compasión ni temor. Créanme, el día del triunfo de los mártires será el incendio universal” (p. 320). Finalmente, es interesante constatar que la pregunta por su sexualidad como mujer que le llega formulada por su hija es, al mismo tiempo, el punto de detención de este ciclo de tratamiento (Miller, 2005), y la introducción al inconsciente (Miller,

2006) mediante la formulación de lo que sería un síntoma psicoanalítico, propiamente dicho.

6.5 DUELO DIFERIDO, INTERRUPCIÓN DEL DESEO: EL CASO DE ANA

Ana es una joven de 19 años originaria del departamento del Chocó que, como muchas personas de su territorio, se vio obligada a desplazarse debido a las constantes amenazas de los grupos armados. Un año y medio antes de su llegada al CAPsi, su padre, líder social de su territorio, fue asesinado. Lejos de ser un evento aislado, dicho asesinato hace parte de una ola de violencia que acabó con la vida de más de 120 líderes sociales en todo el país en 2018, golpeando con fuerza las zonas rurales del pacífico colombiano.

Huyendo de este contexto de violencia, Ana, junto con su madre, hermano, pareja e hijo de dos años, no tuvieron otra opción que refugiarse temporalmente en diferentes lugares, hasta que llegaron a la ciudad de Cali cuatro meses antes de la primera consulta. Acude al CAPsi, remitida por el área de recursos humanos de la empresa donde trabaja como empleada en servicios generales, a causa de su ausentismo e incapacidades laborales sucesivas: lleva dos semanas sin poder salir de su casa. Manifiesta sentirse “muy aburrida”, no quiere salir y solo piensa en regresar a su pueblo natal. Se siente sola, desanimada, tímida y con muchas inhibiciones. También tiene miedo y se muestra desconfiada ante el dispositivo de escucha. Al principio, tiene dificultad para hablar y llora angustiosamente. Se opta entonces por alojar y validar su sufrimiento sin hacer preguntas, para dejar espacio a la palabra y generar un vínculo de confianza y confidencialidad.

Ana no ha dejado de llorar desde que llegó a la ciudad; llora por su padre, quien era su “único apoyo y su guía”, “cuando quedó embarazada él entendió e incluso la aconsejó”. Teme no tener a nadie que la ayude a resolver sus problemas; se siente “abandonada” desde que murió su padre. La salida forzada del entorno violento donde ella y su familia se encargaron durante varios meses de su supervivencia y protección parecía haber suspendido su trabajo de duelo. Se abrió el espacio para hablar de esta pérdida señalando que su sufrimiento actual estaba re-

lacionado con ese suceso. Entonces, no sin dificultad, Ana comienza a contar la historia no solo de las circunstancias que rodearon la muerte de su padre, sino también de su estrecha relación con él.

Como líder social, su padre mantenía algún contacto con los grupos armados del territorio, porque estaba a cargo de garantizar el bienestar de las personas y tenía que negociar con ellos cuando era necesario. Sin embargo, unos días antes de su asesinato, Ana y su madre notaron que estaba preocupado, aunque él negó que hubiera sucedido algo extraordinario. Una tarde cualquiera, los miembros de un grupo llegaron en busca del padre y él tuvo que acompañarlos en un bote río arriba, sin dar muchas explicaciones, pero insistiendo que era su deber hacerlo. Unos días después los miembros del grupo armado regresaron a la aldea e informaron del asesinato, advirtiendo a la familia que si querían recuperar el cuerpo lo debían hacer rápidamente en un lugar específico; en caso contrario sería enterrado en una fosa común. El ejército les advirtió que esa zona estaba plantada con minas antipersona, por lo cual se abstuvieron de recuperar el cuerpo del padre. Después de esto comenzaron a recibir una serie de amenazas y a pesar de la protección de las fuerzas armadas, estas no cesaron y finalmente se vieron obligados a dejar el territorio. Para ellos no era claro de quien provenían las amenazas, si bien podían ser del grupo armado, también podían ser de otros habitantes del pueblo que querían evitar problemas con el grupo. Esta situación confusa deriva en una gran desconfianza frente a sus vecinos y parientes en el pueblo y por lo mismo no están seguros de mantener el contacto con ellos, aun estando a cierta distancia.

Además de su estado melancólico y de retraimiento, Ana se encuentra con obstáculos imaginarios en las relaciones actuales con su familia: aunque manifiesta que quiere estar con su hijo, declara que no es fácil porque a menudo prefiere encerrarse y pedirle a su pareja o a su madre que se ocupen del niño. Mas recientemente, decidió enviar a su hijo a la casa de su abuela paterna porque su prima, quien los aloja actualmente, no lo trata bien. Con confusión expresa que tiene que elegir entre continuar estudiando o trabajar para contribuir financieramente a su hogar. A pesar de que su madre y su esposo están dispuestos a asumir la responsabilidad financiera, Ana no quiere ser una carga para ellos y teme decepcionarlos; tampoco quiere decepcionar a su tía que la ayudó a encontrar su trabajo actual. Al mismo tiempo, lamenta que su padre

no haya tenido tiempo suficiente para pasar tiempo con su nieto a quien estaba muy apegado. Su relato es confuso y angustioso; no sabe qué hacer, al mismo tiempo tiene afán de decidir.

La relación con su prima es una fuente de malestar; se revela una rivalidad imaginaria. Su enunciación es pueril y habla de su padre como “el único que podría ayudarla en esta situación”. El padre de Ana aparece como un Otro idealizado, muy consistente, completo, sin falta. “Ayudó a mucha gente”, fue el entrenador del equipo de fútbol juvenil desde joven, “era un verdadero líder”, fue el presidente del consejo municipal. Lamenta el hecho de que unos días después de su muerte, varias personas en la aldea hablaran mal de su padre, insinuando que era corrupto; estos rumores son insoportables para ella.

La practicante asume en la relación transferencial una postura de acoger y validar el sufrimiento de Ana; poco a poco, la desconfianza disminuye y se comienza a puntuar su discurso confuso con una fuerte pregnancia imaginaria: la rivalidad con los otros y el temor a defraudarlos, en particular su prima, los conflictos con su madre y su tía, los rumores del pueblo. También se introduce una pausa en su temporalidad precipitada: no existe una obligación de decidir de inmediato qué debe hacer, más bien se trata de tomarse un tiempo para pensar lo que desea hacer. Estas intervenciones logran apaciguar su angustia y disminuir su suspicacia, el llanto cede espacio a una enunciación más pausada. Las intervenciones de la practicante apuntan a interrogar sutilmente su fuerte identificación con el padre y “su hijo como el único motor” de sus decisiones y su deseo; también se hace una distinción entre el padre muerto y su hijo, porque en su discurso se mencionan de manera indiferenciada. Sin dar consistencia a la rivalidad imaginaria con su prima, y los conflictos y rumores familiares, se opta más bien por señalar los puntos de apoyo con los que cuenta pero que no percibe por estar inmersa en un estado de confusión, de encierro e impotencia. Sus empleadores estaban dispuestos a ayudarla a estudiar mientras mantenía su trabajo; un abogado de la Unidad de Atención a Víctimas, estaba trabajando con interés en el trámite de protección, reparación y recuperación del cuerpo del padre para que pudieran realizar los ritos funerarios; el espacio para hablar libremente en el CAPsi estaba abierto para continuar tratando su dolor.

Ana inicia así el trabajo de duelo que se había pospuesto durante el último año y medio debido a la preocupación por su supervivencia y

la de su familia; durante varias sesiones, trae recuerdos e historias en torno a la figura de su padre. Surge la pregunta en la discusión del caso: ¿se trata de la pérdida de un objeto idealizado o de la idealización de un objeto amado perdido?

Hacia la sexta sesión, Ana manifiesta un gran interés por rendir homenaje a la memoria de su padre; es él quien le transmitió el deseo de saber, el deseo de aprender y estudiar. Le gustaría terminar su bachillerato y estudiar derecho, aceptando la ayuda que sus jefes y colegas le han ofrecido; decide salir más con su familia y pasar más tiempo con su hijo, quien ha vuelto a vivir con ella hace unos días. Afirma que se siente más tranquila y no tiene miedo de salir de la casa como antes. Con su familia, emprende acciones legales a través de la oficina de reparación de las víctimas; les han ofrecido la posibilidad de un refugio político en otro país. Es algo que van a considerar con calma, informándose mejor. Comienza a retomar los lazos con su trabajo y las personas que la rodean y la apoyan. Ana expresa con un mejor ánimo que está lista para continuar con su vida, aunque también menciona, de forma desinteresada y apática, la ruptura reciente con su pareja. Se le ofrece el espacio para seguir hablando de esto, pero por falta de tiempo no lo acepta. Ha retomado su trabajo y se va a preparar para presentar los exámenes preuniversitarios. Agradeciendo el espacio de escucha dice al final del último encuentro en el CAPsi: “mi padre era un hombre muy bueno... Creo que ser tan bueno también tiene consecuencias”.

6.6 COMENTARIO DEL CASO

El caso de Ana nos enseña sobre el duelo, un duelo que fue diferido por las circunstancias violentas de su entorno. La respuesta ante la pérdida del objeto amado, argumenta Freud (2004),

contiene idéntico talante dolido la pérdida del interés por el mundo exterior -en todo lo que no recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor -en remplazo, se diría, del llorado- el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto (p. 3).

Freud señala que el trabajo de duelo tiene que hacerse “en detalle”, rasgo por rasgo, es un recorrido por los recuerdos relacionados con el objeto perdido. Esta tarea, que necesariamente implica una identificación con el objeto amado, preserva el vínculo con él, mientras se tramita simbólicamente la ruptura de la separación.

El trabajo de duelo al que se enfrenta Ana requiere un gran gasto de tiempo y libido, porque implica darse cuenta de que el objeto tan amado ya no existe y que es necesario retirar la libido de sus vínculos con este objeto. La fuerte identificación con el padre idealizado, como único soporte del deseo de Ana, la puso en riesgo de permanecer unida al objeto perdido, lo que habría eternizado el duelo. La posibilidad de hablar, no sin el dolor producido por la obligación de abandonar un objeto que adquiere más valor en la medida que se ha vuelto imposible, le permite a Ana reencontrar la brecha del deseo.

Para Ana, el padre muerto, que se había vuelto inaccesible, encarnaba perfectamente la causa del deseo. Este caso nos muestra cómo la falta, que hasta ese momento había despertado el movimiento del deseo, es colmada por el objeto perdido que toma su lugar, interrumpiendo el deslizamiento metonímico del deseo. El trabajo de duelo termina en el momento en que el ser amado es despojado de su brillo narcisista y pasa al registro de los recuerdos. El deseo de rendir homenaje a la memoria de su padre parece ser un producto de este trabajo de duelo en Ana, aunque en la elaboración de su duelo enfrenta una dificultad adicional: los ritos funerarios que suelen cubrir la pérdida con una trama simbólica aún no se han llevado a cabo. Las circunstancias violentas, arbitrarias y deshumanizadas de esta muerte hacen que el trabajo de duelo se encuentre truncado. Las condiciones del asesinato del padre de Ana, que se han convertido en un lugar común en el contexto de la violencia en Colombia, nos recuerdan que:

La guerra deshumaniza la muerte, dispone de la muerte. Convierte a los cuerpos en piezas esparcidas que se recogen después de la batalla; piezas separadas que fueron un instante antes, cuerpos habitados por una historia. La guerra va a buscar a los hombres en todas partes, los arranca de su historia, uno por uno. (Briole, 2015, p. 76).

¿Cómo hacer el duelo de un ser querido, cuando se está atrapado en las fauces de la guerra? ¿Cómo elaborar una pérdida en medio de un acontecimiento traumático? Son algunos interrogantes que nos plantea el caso de Ana. Después del asesinato del padre vino un período en el cual la sobrevivencia era lo prioritario; fue en la ciudad, en un entorno más seguro, que Ana vive la crisis que la lleva al CAPsi, episodio crítico que se presenta con ciertos visos melancólicos, se asoma incluso una tendencia a hacer un corte más radical con el Otro. Su hijo no tenía importancia, tampoco su trabajo, los otros se le vuelven insoportables. Hay una proliferación de lo imaginario. Pero no hay que confundirse en cuanto al diagnóstico: se trata para ella de la pérdida real de un objeto amado, la muerte de su padre, que como toda muerte produce un agujero que el significante no puede suturar. El sujeto se ubica en el lugar de la privación y se priva de poder nombrar y bordear este agujero en lo real que es la muerte. Entonces es necesario reconstituir la trama simbólica que produzca una marca en lo real. En esto consiste el trabajo de duelo que Ana inicia.

La función del duelo, nos enseña Lacan, es subjetivizar la pérdida al inscribir un nuevo trazo, que cubra este agujero en lo real producido por la pérdida. De ahí la importancia de los ritos funerarios que proveen un marco de significado para poder nombrar lo imposible y permitir que aquello que ha muerto en lo real, pueda encontrar la muerte en lo simbólico. Por otro lado, el sufrimiento del duelo necesita de la escena social, del encuentro con los otros; es allí donde el dolor asociado a la pérdida encuentra su localización y sus límites. Lacan (2014) aborda este tema cuando señala las consecuencias siniestras en el duelo de Hamlet por la muerte de su padre, por el incumplimiento de los plazos de los banquetes fúnebres. También en su comentario de Antígona, Lacan afirma que:

No se trata de terminar con quien es un hombre como con un perro.
No se puede terminar con sus restos olvidando que el registro del ser de aquel que pudo ser ubicado mediante un nombre de ser preservado por el acto de los funerales. (Lacan, 2003, p. 335).

Los ritos funerarios son consustanciales al trabajo de duelo, siendo una de las condiciones de su posibilidad. Cuando estos se impiden el trabajo de duelo no puede funcionar, se interrumpe. La omisión de este acto simbólico favorece el cese del trabajo durante el primer momento de

duelo en el que el sujeto niega la pérdida. El rito funerario contribuye a mitigar la angustia proporcionando una inscripción simbólica del agujero en lo real.

A falta de un ritual simbólico para desarrollar su duelo, podríamos decir que Ana encontró en el CAPsi un lugar para hacerlo. ¿Se trata entonces de restaurar los ritos y el lugar del Otro para inscribir su dolor? El psicoanálisis utiliza el sentido para tratar lo real, pero no se queda allí. Consiste hasta cierto punto de restaurar el marco significante que trata el agujero de lo real que implica una muerte, sin olvidar, como Lacan (2007) enfatiza, en recuperar fundamentalmente la función de causa del deseo. Por esta razón, una escucha orientada por el psicoanálisis no restaura al Otro simbólico, sino que pone a operar el *objeto a* (objeto causa) para permitir el despliegue del discurso que posibilitará que el sujeto pueda subjetivizar lo real imposible que implica la muerte.

Sin embargo, nos preguntamos sobre la función de la idealización del padre en este caso, donde las condiciones de su muerte fueron de una violencia inaudita y la fuerza aniquiladora de la guerra todavía está presente en la vida de Ana. Aunque el repliegue narcisista y la identificación con el objeto perdido son inherentes al trabajo de duelo, constatamos en este caso la idealización del padre como una respuesta a la amenaza de muerte que aún pesa sobre Ana y su familia en un entorno violento. Sería necesario tener presente aquí la ruptura de la temporalidad que la guerra produce: para quienes han tenido estas experiencias de violencia y guerra, “no es tanto el encuentro con la muerte lo que los socava, sino el hecho de que ya no creen en su historia” (Briole, 2015, p. 76).

Podríamos plantear la hipótesis que este llamado desesperado al padre, haciendo eco del “¿Padre mío por qué me abandonaste?” (Lacan, 2003, p. 306) tiene la función de vincular a esta sujeto desterrada y desgarrada de su historia con sus lazos de parentesco y re-inscribirla en una estructura de filiación. Pareciera que esta imagen del Buen-Padre, el conductor que trabaja por el bien de todos, es una identificación simbólica que sirve como un velo contra la pulsión de muerte desnudada ante sus ojos. ¿Podría considerarse este ideal como una defensa contra lo real del exterminio de los otros que la guerra pone en marcha? Una imagen ideal que Ana misma comenzó a cuestionar mientras se preguntaba sobre su propio camino; como lo expresó en la última sesión “ser tan bueno también tiene sus consecuencias”. Fórmula sorprendente que

resuena con lo que dice Lacan sobre la esencia de la tragedia: “El bien no podría reinar sobre todo, sin que apareciese un exceso real sobre cuyas consecuencias fatales nos advierte la tragedia” (Lacan, 2003, p. 310). Su enunciación se convierte en un sutil signo de una rectificación subjetiva; posiblemente el surgimiento de un sujeto no incauto que enfrenta las consecuencias del acto, incluso de aquel que se hace en nombre del bien.

Ciertamente, Ana encontró en el CAPSi un lugar donde retomar un trabajo de duelo que había sido diferido por las circunstancias violentas de su entorno, labor que abrió paso tanto al restablecimiento de sus lazos con el Otro de su nueva vida en la ciudad, como a una pregunta por su deseo que apenas comenzaba a formularse. La imagen del padre idealizado desfallecía para dar cabida a un recuerdo digno de homenaje y al reconocimiento por parte de Ana de un legado fálico: el deseo de saber y estudiar. No hay duda de que quedaría por recorrer un largo trecho de trabajo subjetivo que pueda admitir un pasaje de ser la hija digna de su padre a ser una madre dividida para su hijo... y *Aún*, mujer-síntoma, quizás.

REFERENCIAS

- ACCIÓN SOCIAL.** Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (2011). En *Ley de víctimas y restitución de tierras*. Recuperado en julio de 2019, de: http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/ley_victimas/ley_victimas_completa_web.pdf
- BRIOLE, G.** (1987). Rêve et névrose traumatique de guerre. *Ornicar*, 43, pp. 38-44.
- BRIOLE, G.** (2005). Après l'horreur, le traumatisme. *Quarto*, 84, pp.16-21.
- BRIOLE, G.** (2015). Dans les mâchoires de la guerre: Arrachement. En Brousse, M. H. (Coord.), *La psychanalyse à l'épreuve de la guerre*. París, Francia: Berg International.
- BRIOLE, G.** (2018). Les événements ont-ils un visage. *La Cause du Désir*, 100, pp. 139-145.
- CASTRO-SARDI, X. & Erazo, C.** (2019). Sufrimiento y agencia política: pesquisa sobre la condición de víctima en Bojayá, Colombia. *Athenea Digital*, 19(1), e2271. Recuperado de: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2271>

- CASTRO-SARDI, X.** (2019). Inventiones frente a lo real del trauma o las voces de las víctimas de la masacre de Bojayá, Chocó. *Affectio Societatis*, 16(30), pp. 11-38.
- CONPES (2013)**. Lineamientos de política pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado. En *Consejo nacional de política económica y social*. República de Colombia.
- CROCQ, L.** (2002). Persée, la Méduse et l'effroi. *Revue Francophone du stress et du trauma*, 2, Issy-les-Moulineaux, pp. 133-138.
- CROCQ, L.** (2014). *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*. Paris, Francia: Odile Jacob.
- CHIRIACO, S.** (2012). *Le désir foudroyé. Sortir du traumatisme par la psychanalyse*. Paris, Francia: Navarin Editeur.
- DI CICCIA, A.** (2010). «La pratique des réunions cliniques et la cartographie du réel». *Mental*, 24, pp. 119-122.
- EMMANUELLI, X.;** Creminiter, D. & Pelloux, P. (2014). «Au-delà de la catastrophe, l'urgence». *La Cause du Désir*, 86, pp. 8-16.
- FASSIN, D., & Rechtman, R.** (2009). *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton: Princeton University Press.
- FREUD, S.** (2004). Duelo y melancolía (1917). En *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- FREUD, S.** (2004). Más allá del principio del placer (1920). En *Obras Completas, Tomo XVIII*. (pp. 1-62). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- LACAN, J.** (2014). *El Seminario. Libro VI. El deseo y su interpretación (1958-59)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LACAN, J.** (2003). *El Seminario. Libro VII. La ética del psicoanálisis (1959-60)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LACAN, J.** (2007). *El Seminario. Libro X. La angustia (1962-63)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LACAN, J.** (1973). *Les non-dupes-errent. Séminaire XXI*. (inédito). Recuperado de: <http://gaogoa.free.fr/SeminaireS.htm>.

- LACAN, J. (2012). Radiofonía (1970). En *Otros escritos* (pp. 433-468). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LA SAGNA, P. (2014). Les malentendus du trauma. *La Cause du Désir*, 86, pp. 40-50.
- LAURENT, E. (2005). Le traitement de l'angoisse post-traumatique: sans standards mais non sans principes. *Quarto*, 84, pp. 22-30.
- LAURENTT, E. (2010). Présentation. La pratique des réunions cliniques et la cartographie du réel. *Mental*, 24, p. 111.
- LEGUIL, C. (2018). L'événement traumatique, un lambeau de discours. *La Cause du Désir*, 100, pp. 139-145.
- MILLER, J.-A. (2005). *Efectos terapéuticos rápidos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- MILLER, J.-A. (2006). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- MUNÉVAR ROJAS, M.; Castro-Sardi, X. (2018). Escuchando a las víctimas del conflicto armado colombiano: la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial. *CS*, (25), 81-109.
- ORTIZ, D. (2018). *Mujer, afrochocoana y víctima: reparación psicosocial por medio del alabao en Bojayá, Chocó*. (Tesis de pregrado). Universidad Icesi, Cali, Colombia.
- PÉCAULT, D. (2012). Brouillage de l'opposition «ami-ennemi» et «banalisation» des pratiques d'atrocité. À propos des phénomènes récents de violence en Colombie. *Revue Problèmes d'Amérique Latine*, 83, pp. 9-32.
- PÉCAULT, D. (2016). Les configurations de l'espace, du temps et de la subjectivité dans un contexte de terreur : l'exemple colombien. *Problèmes d'Amérique Latine*, 100, pp. 43-62.
- PÉCAULT, D. (2017). Les lendemains incertains de l'accord de paix avec les Farc. *Esprit*, 432, pp. 20-23.
- SAUVAGNAT, F. (2007). Le trauma psychique. Questions cliniques, éthiques et politiques. *Psychologie Clinique*, 24, pp. 7-16.



PREGUNTAS PARA DISCUTIR EN EL AULA

1. ¿Cuáles son los efectos terapéuticos en relación a algunas de las intervenciones que se realizaron en el dispositivo?
2. Con base en la noción de rectificación subjetiva (Miller, 2006) argumente si en cada uno de estos casos se presentó como efecto del proceso en el CAPsi.
3. ¿Por qué se habla en estos casos de “ciclo” de tratamiento?
4. ¿Cómo fue la forma en que se trabajó en torno a la relación transfe-rencial en estos casos?

CAPÍTULO 7

Salud mental en el ámbito laboral

PAULA ANDREA LEDESMA CEPEDA
LINA MERCEDES GUERRERO LÓPEZ

OBJETIVO GENERAL

Abordar la salud mental en el trabajo a través de la construcción de dos casos clínicos, en los que se tuvo presente su estructura psíquica y su posición subjetiva en el ámbito laboral (empleo o emprendimiento).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los criterios que hacen parte de cada estructura psíquica, y desde la cual cada sujeto ha asumido una posición ante los acontecimientos vividos.
2. Ubicar las invenciones construidas por cada sujeto para responder a su propia realidad y las que logran elaborarse bajo transferencia.
3. Reflexionar sobre el impacto, significación, representación o función que ha tenido el empleo o emprendimiento en la vida de cada sujeto.

En Colombia, “desde 2013, los reportes de las administradoras de riesgos laborales (ARL) y de las entidades promotoras de salud (EPS) dan cuenta de un incremento en los casos de ansiedad y depresión, ocupando el tercer lugar entre los más reportados (...)” (Ministerio de Salud, 2017) en salud laboral, sumando que algunos de los accidentes que surgen dentro de estas entidades, tienen de base riesgos psicosociales o problemáticas de salud mental en los trabajadores (Ministerio de Salud, 2017).

Según la Organización Panamericana de la Salud “*la globalización está contribuyendo a un aumento en estrés relacionado al trabajo y sus trastornos relacionados*” (OPA, 2017, p. 3), ya que cada individuo se ve con la necesidad de cumplir con las exigencias que el entorno le solicite. Esta situación se ha vislumbrado a partir de las observaciones que han realizado las organizaciones frente el ausentismo de sus trabajadores, ya sea por incapacidades, accidentes laborales y rotación constante de personal; aspectos que han llevado a diferentes entidades a indagar sobre el bienestar laboral con el que cuenta el empleado.

Ante las acciones que se han desarrollado por parte de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para actuar sobre la salud mental de los individuos, en Colombia la ley 1616 de 2013 pone a disposición las acciones que se deben seguir para garantizar el pleno derecho a la salud mental en la nación. Dentro de esta ley se plantea en los artículos 9, 21 y 40 la importancia de la prevención y la acción de los trastornos mentales en el ámbito laboral con el fin de mitigar factores de riesgo psicosocial en el trabajo, que pueda afectar directamente a cada uno de sus trabajadores; para ello se debe contar con un equipo de profesionales que tengan los conocimientos necesarios para intervenir en este sector, con el propósito de operar sobre los riesgos psicosociales presentes en el trabajo (Ley 1616 de 2013).

En torno a las situaciones mencionadas en salud mental, instituciones como Fundación WWB y Cuso Internacional se interesaron en conocer las incidencias o problemáticas que llevan a las personas a no establecerse en un espacio laboral, o continuar con un emprendimiento. Es a partir de estas cuestiones que las entidades mencionadas recurren al *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)* de la Universidad Icesi, para solicitar el servicio de psicología, y así hacer una intervención conjunta sobre el tema.

La fundación WWB desde sus inicios ha hecho una apuesta por mejorar la calidad de vida de la mujer y sus familias, promoviendo sus ideas de negocio, a través de programas de capacitación que faciliten sus procesos de emprendimiento; brindando a su vez un apoyo económico por medio del Banco WWB (creado en el 2011). Además de ello, la fundación busca que la mujer se empodere de su proyecto de emprendimiento como un plan de vida que esté a su alcance, mejorando el entorno social en el que está inmersa.

Por otro lado, la ONG Cuso Internacional, en compañía del gobierno canadiense, ha implementado en Colombia el proyecto “Empleos para construir futuro”, en el cual han presentado sumo interés en la inserción inclusiva y sostenimiento laboral de mujeres, jóvenes o víctimas del conflicto armado que se encuentran entre su primer y cuarto mes de vinculación laboral. Para ello brindan un acompañamiento psicosocial en cooperación con el CAPSi en diferentes organizaciones de la ciudad de Cali.

De acuerdo con los convenios realizados en el año 2017 entre el CAPSi y dichas instituciones, fue necesario ofrecer el servicio de psicología a los participantes en otros escenarios de la ciudad, saliéndose del consultorio. Especialmente con las empresas e instituciones vinculadas en ambos proyectos, esto con el fin de eliminar barreras de acceso al servicio, como lo es la cuestión del desplazamiento. A continuación, abordaremos dos casos pertenecientes a los proyectos que el CAPSi desarrolló con la Fundación WWB y Cuso Internacional. Cabe resaltar que en cada una de ellas se hablará sobre su estructura psíquica, sus vivencias y como esta se ven permeadas en el trabajo o emprendimiento.

7.1 SALUD MENTAL Y TRABAJO: CONSTRUYENDO LAZO SOCIAL

7.1.1 Motivo de consulta y Estructura familiar

Lucía es una mujer de 30 años de edad que inicia consulta con el CAPSi, por sugerencia de la empresa textil en la que trabaja, porque para ese momento había tenido varios actos conflictivos con sus compañeras de labor. El proceso se inició en desarrollo del convenio gestado con la ONG

Cuso Internacional, dándole a esta persona el tratamiento terapéutico correspondiente en cinco sesiones, que se terminaron antes de escribir el presente capítulo.

En la primera cita la consultante manifestó que no soportaba *“la grosería”* y *“las malas palabras”* de una de las compañeras de trabajo, que la indignaba y la ponía de *“mal genio”*. Que por ello, ese día solicitó en área administrativa permiso para retirarse de la jornada laboral. Expresó no sentirse tan *“fuerte”*, pues se vinculó a la empresa para tratar de superar problemas *“personales”* que la estaban afectando.

Lucía es madre cabeza de hogar, tiene y vive con tres hijos cuyas edades oscilan entre los 3, 5 y 7 años; cuenta con el apoyo de su señora madre, quien se encarga de cuidarle los menores mientras ella trabaja. Respecto al padre de sus dos hijos menores, manifestó no tener buena relación, la cual se deterioró más cuando tuvo que denunciar a su ex suegro, por haber abusado sexualmente de uno de ellos.

7.1.2 Desarrollo del proceso

Al inicio del tratamiento, la consultante se presenta como una persona *“fuerte”*, lo que se evidencia en su postura y en la forma como se expresa a lo largo de las citas, manteniéndose alerta ante lo que sucedía en la sesión; por otro lado, dijo que tenía dificultades para conciliar el sueño. Al hablar sobre los problemas personales que han influido en ese disgusto con su compañera, ella expresa que su vida ha *“cambiado”* desde la ocurrencia del acto abusivo al que fue sometido su hijo, ya que a raíz de la denuncia penal empezó a recibir constantes *“amenazas”* por parte de los familiares paternos del niño y por ello tuvo que irse de su propia casa para evitarse mayores problemas. Esto la conllevó a buscar un trabajo que, además de sacarla de esa situación engorrosa, le permitiera tener una estabilidad económica; dado que su anterior actividad laboral, de venta de productos por catálogo, no le generaba suficientes ingresos.

Durante la primera sesión la consultante afirmó: *“pensé y planeé suicidarme y quitarles la vida a mis hijos”*. Dijo que en ese momento solo pensaba en lo ocurrido con su niño, y observaba como ella con sus hijos no eran *“felices”*. Para Lucía, a raíz de ese desgarrador suceso, su vida se convirtió en algo *“horrible”*. Pero debido a una visita que recibió

la consultante en su casa, de un grupo de Testigos de Jehová, quienes le preguntaron “¿considera que hay una nueva oportunidad de ser feliz?”, su ideación mortífera logró suspenderse.

En cierto modo el ámbito laboral ha significado para ella un apoyo, ya que los dueños de la empresa le han colaborado otorgándole permisos para presentarse a las audiencias penales y a las terapias de psicología que recibe su hijo, al igual que le permiten asistir a las citas psicológicas con el CAPSi; resultando así su trabajo como un posible factor de protección, de desarrollo personal y de poder brindar una mejor condición de vida para sus hijos. No obstante, para ese momento no había podido tener una relación de cordialidad con sus compañeras de trabajo, consideraba que con ellas el ambiente era pesado, lo cual se constituía en un factor que la indisponía en ese espacio y la llevaba a no querer hablar con ellas.

Durante el proceso, el tratamiento se encausó a lograr que la consultante dejara de considerarse culpable de todo lo que le pasaba, ya que constantemente manifestaba que todo lo que le ha sucedido es algo que “merece”, porque es su “culpa” permitir que diferentes situaciones pasen. Entre esta posición de culpa ella enfatizó haber “destruido” su núcleo familiar cuando estaba pequeña, en tanto su padrastro se va de la casa luego que ella denunciara haber sido abusada por él. Sus hermanos le reprocharon su actuación y la culparon de su ausencia, esto llevó a que su madre se sumiera en un prolongado sufrimiento. Por todo esto ella se sintió culpable y para remediar esa situación le pidió a su mamá que buscara el regreso de su padrastro al hogar, con la condición de que no siguiera abusando de ella. Infortunadamente con ese regreso su padrastro continuó con sus abusos sexuales, lo que la llevó a sentir que la “imagen de familia” que tenía había quedado “destruida”. A partir de esas desagradables vivencias, Lucía empezó a mostrarse como una adolescente “rebelde”.

En consulta manifestó otras situaciones de las que ella se declara culpable, así no tenga ninguna responsabilidad, como lo fue el reclamo que una amiga le hizo, acusándola de ser la amante de su esposo; al igual que el maltrato verbal que recibió por parte de su ex esposo, quien le criticaba su aspecto físico, llevándola al punto de no querer mirarse en un espejo, siendo esa la razón para no tener espejos en su casa. En este aspecto se le cuestiona y ante ello la consultante expresa no querer verse. Ella expresa que estas situaciones la “llevan a la vulnerabilidad”,

sintiéndose “*destruida*”. Dichos escenarios la hacen pensar que las personas, en tanto la “*conocen*”, la “*destruyen*”. Se le puntúa a la consultante el significante “*destruir*” en relación con su familia, con su amiga y con su ex esposo; se le pregunta qué es destruir y ella responde que es cuando se “*acaba la fe a todo*”.

Lucía se ausentó unas semanas del trabajo debido a un accidente doméstico y al retomar el proceso la consultante comentó que en esos días de ausencia los había dedicado a “*pensar y reflexionar*” sobre las cosas que han sucedido en su vida. Una de las actividades que le permitió reflexionar fue un juego que tuvo con sus hijos, en el cual hicieron uso del espejo; manifestando que la pregunta realizada en la sesión anterior la había hecho pensar sobre el tema, por lo que decidió mirarse en el espejo “*sin ropa*” y que al verse, empezó a “*destacar*” que en el reflejo vio una persona “*madura*”, “*que ha avanzado*”, que no representaba ese “*cadáver*” de la chica “*rebelde*” que fue, y que a su vez, influyó en no quererse mirar en ese cristal, ya que se sentía como una “*caricatura*” que no le permitió mostrarse como alguien “*real*”, por ello necesitó del espejo para poder ver la “*real Lucía*”.

Ante la mención que hizo la consultante, se trabajó sobre las situaciones que había “*construido*” en los diferentes entornos, apuntando hacia su ámbito laboral. Respecto a este tema ella consideraba que no ha podido “*confiar en las personas*”; sin embargo, lo ha intentado al acercarse más a sus compañeras de trabajo, pues ha pasado de estar con la “*manía*” de alejarse leyendo un libro, mientras estas almuerzan y comparten; a intentar “*integrarse*” con ellas, mostrando la persona que “*realmente*” es. Al respecto expuso que le había agradado mucho la preocupación que había notado en sus compañeras frente a su recuperación, tras haberse quemado parte de su rostro en un accidente casero. Este acercamiento en su trabajo le ayudó a darse cuenta cómo sus compañeras la veían, pues la consideraban “*antipática*”, “*como loca*”, que no se acercaba y no compartía con ellas.

Este aislamiento, respecto a sus compañeras de trabajo, es compatible con lo que ella manifestaba de haber vivido por mucho tiempo en un mundo de “*fantasía*” en el que podía alejarse de su entorno. Para ella la fantasía estaba encausada a mostrarse como una persona “*divertida*”, alguien que no era “*real*”. Lucía empezó a considerar que el haberse salido de la “*fantasía*” le había implicado “*crecer y madurar*”, la había

llevado a ser “*adulta*”. Se le dejó presente que crecer como persona es parte del ser, es convertirse en alguien “*real*”.

De acuerdo a lo manifestado por la consultante, se pudo evidenciar que ella buscaba otra forma de relacionarse con un Otro, diferente a ese que abusa y la lleva a escudarse bajo una fantasía en la que queda excluida su propia imagen. Es en este punto del proceso psicoterapéutico que se direccionó a que la consultante pudiera relacionarse y mejorar sus lazos sociales en uno de los ámbitos de su vida como lo es el laboral.

En la cuarta sesión Lucía expresó la inconformidad que sentía frente a la forma de hablar de sus compañeras, pues es “*rarísima*”; llevándola a pensar que la “*humanidad se ha degradado*”, ya que ellas, en ocasiones, llegan a ser groseras. Añade que ha tenido diferencias con ellas, porque en ocasiones las corrige cuando se expresan mal, por lo que sus compañeras han llegado a llamarla “*la sabionda*”, como si fuese alguien “*superior*” a ellas. Sin embargo, dichas expresiones la hacen sentir “*inferior*”. A pesar de estas diferencias la consultante logró mejorar sus relaciones con sus compañeras, a partir del “*límite*” que fijó en torno al “*respeto*” que debe existir en ambas partes. No obstante, estos límites la hacen sentirse “*sola*”, entanto esto no le permite establecer una “*complicidad*” con sus compañeras.

En la quinta sesión la consultante mostró un interés por “*contribuir*” con la empresa, para retribuir toda la ayuda que los jefes les han brindado frente a sus situaciones de salud y de índole legal por las que ha atravesado con sus hijos. Ella ha podido ver el trabajo como un espacio en el que puede conocer personas “*buenas*” como sus jefes, que la han apoyado en los momentos que lo ha necesitado. Interviene mencionando a sus compañeras como personas que también hacen parte de este grupo.

Durante el proceso se buscaron los recursos subjetivos de la consultante para construir un lazo con sus compañeras, en el que no tuviese intervención la agresividad y que por el contrario se presenten situaciones en las que pudiese compartir con ellas.

Debido a que la consultante renunció a su trabajo, para dedicarse al cuidado de uno de sus hijos, que se vio afectado por una delicada enfermedad, no se dio la continuidad del proceso. Se intentó establecer contacto con Lucía para dar continuidad de las citas en el consultorio, pero no fue posible comunicarse con ella; por lo que se decidió, en supervisión, dar por terminado el proceso terapéutico.

7.2 COMENTARIO DEL CASO

La información que el caso de Lucía ha proporcionado, lleva a reflexionar sobre los recursos subjetivos que esta persona ha construido frente a las situaciones que se han presentado en su vida. Si bien se puede evidenciar que el motivo de consulta inicialmente va ligado a las dificultades que tiene con sus compañeras de trabajo, con las cuales no había establecido una comunicación directa, esta no resultaba ser más que una de las defensas¹ presentes en su estructura (clínica), a partir de las vivencias por las que ha atravesado, dando muestras de su sufrimiento y lo que esos acontecimientos han influido en ella para generar salidas frente a sus síntomas.

Los sucesos presentes en la historia de la consultante, dan cuenta del trauma que en ella se encuentra anclado a otras vivencias anteriores al trabajo, en las que ha estado presente el “abuso” en distintas formas (padrastró, amiga y ex pareja), llegando a darle un significado específico, en el que su forma de protegerse es por medio de la “fantasía”, de ser esa “caricatura” que le permite nombrarse. Sus eventos traumáticos le resultan innombrables, se muestran como un “(...) elemento irrepresentable e indecidible, pero no en sí mismo, sino respecto a la escena con la que se relaciona” (SanFelippo, 2010, p. 440), es decir, los “abusos” aparecen como algo real que fragmenta su lazo social. Sin embargo, las experiencias presentes en el trabajo parecen dividirla y llevarla a preguntarse sobre la efectividad de sus invenciones. Desde este punto en el que Lucía inicia su proceso terapéutico, cabe preguntarse ¿cómo el trabajo influye en ella para que quiera y pueda construir un lazo con el Otro?²

Para dar respuesta a esa pregunta es necesario abarcar la demanda que ella hace hacia el Otro, teniendo en cuenta el síntoma presente al momento de iniciar su proceso psicoterapéutico. Cárdenas (2009) ma-

1. Término explicado bajo la concepción de “Invención”, que es entendida desde Miller (2007) como “la creación a partir de materiales existentes” (p. 2), es decir una nueva construcción a partir de los recursos con los que cuentan los sujetos que surgen en situaciones coyunturales.

2. Desde el “Seminario 16” de Lacan (1968) se entiende al Otro con mayúscula, como ese universo simbólico que precede al sujeto y se presta como medio de interacción con los otros, es decir, sus semejantes.

nifiesta que “(...) el síntoma ubica el fracaso del lazo social, el síntoma hace posible el vínculo social. El sujeto nace en el campo del Otro y permanece siempre ahí. El psicoanálisis demuestra que lo único que hace lazo social es que el síntoma se dirige al otro” (p. 19). Para Lucía iniciar labores en una empresa implica tener un acercamiento al Otro desde una perspectiva en la que no pueda hacer uso de su “fantasía”, uso de la invención que traía consigo para mantener un lazo social y con la que evitaba ser “abusada”. Las diferencias presentadas con sus compañeras y lo incomprensible que terminaban siendo ellas para la consultante, muestran ese pedido que realiza hacia el Otro frente a la situación traumática por la que estaba pasando (abuso de su hijo) en ese instante; es así como la sugerencia hecha por la compañía textil en la que labora, para iniciar proceso en el CAPSi, le permite dar con un espacio en que puede alojar su subjetividad y contar con un acompañamiento, que le posibilite encontrar un arreglo frente a su malestar.

En lo concerniente al ámbito laboral, el trabajo, según Luque, Gómez y Cruces (2000) debe considerarse como un espacio “(...) con valor intrínseco en la medida que puede contribuir (...) a las características y expectativas de la persona a su desarrollo personal y profesional” (p. 4); tal como sucede en Lucía al contar con una labor en donde muestran preocupación por su salud mental, en tanto presenta situaciones personales y laborales que no permiten un adecuado desempeño y crecimiento laboral. Encontrando así una empresa que fomenta, no solo un valor monetario a la labor de Lucía, sino que implica un valor social que toma un significado importante para la consultante, en tanto siente que el contar con los permisos para asistir a las audiencias, sobre el proceso legal frente al abuso de su hijo y el tiempo que le dan para asistir a consulta dentro de su tiempo laboral, son una manera de apoyo por parte de la empresa.

Respecto a la relación de Lucía con sus compañeras, en el transcurso de la intervención psicológica se evidencian movimientos que pasan de lo conflictivo a lo “constructivo”. La manera inicial en la que la consultante nombra la relación con sus compañeras, no es otra que la presente bajo su defensa frente al Otro que la puede “destruir”, por lo que su escudo estaba ligado a reaccionar de manera agresiva con ellas o preferir leer un libro en el espacio de almuerzo, con el fin de no tener contacto. Con su proceso terapéutico y debido a diferentes eventos fortuitos (como

el accidente doméstico), ella logra situar a sus compañeras desde otra perspectiva en la que se puede “construir confianza”, siendo pertinente en su acercamiento entender cómo ha sido vista por ellas y cómo ella misma se veía, debido a que “el trabajo constituye una fuente importantísima de identidad personal y social” (Luque, *et al.*, 2000, p. 7) que influye positivamente en la consultante al momento de hacer arreglos frente a su síntoma, en vía a la construcción de un lazo social.

Finalmente, a lo largo del presente texto se han mostrado los puntos en los que el trabajo resulta ser un escenario en el cual la consultante logra construir un lazo social, a partir de la acogida por parte de la empresa, del llamado al Otro hecho por ella, que le posibilita, con los recursos que la organización le brinda, establecer nuevos arreglos frente al malestar generado por los “abusos” a lo largo de su vida, con los cuales puede replantearse como sujeto que logra vincularse hacia el otro bajo la consecución de “la confianza” y lo que ha podido “construir” en torno a sus vivencias. De esta manera se observa que la organización textil se preocupa por brindar un espacio para la salud del trabajador, con el fin que logre hacer una rectificación subjetiva a su síntoma. Es por ello, que la empresa se ubica para la consultante como una red de apoyo, que la inscribe de significados como sujeto perteneciente al entorno social.

7.3 CONSTRUYENDO UN PLAN DE LA “A” A LA “Z”: EL CASO DE ISABEL

7.3.1 Motivo de consulta y estructura familiar

Isabel es una mujer de 47 años de edad, que solicitó el servicio del CAPsi por medio del convenio realizado con la Fundación WWB en ese momento, institución a la que perteneció porque estaba en un proceso de emprendimiento con ellos. Su consulta fue debido a problemas laborales y de pareja. Actualmente el proceso terapéutico con Isabel está finalizado y tuvo una duración de seis sesiones, siendo atendida en las instalaciones de la Fundación.

En palabras de Isabel, llegó a consulta por “dos cosas”: las discusiones con su esposo y “confusión” respecto a su proyecto de emprendimiento. En la actualidad, Isabel vive con su esposo con el que lleva 20 años de

casada y tiene dos hijos con él, de 16 y 17 años, respectivamente. Refiere que la convivencia familiar se ve afectada por las discusiones con su pareja, pues teme que puedan llegar a afectar a sus hijos.

La consultante solía llegar sola y de manera voluntaria. Para las primeras citas vestía con uniforme, puesto que trabajó en la misma institución en la que se le atendía. Se mostró dispuesta y colaboradora con la entrevista, aunque con un poco de timidez al inicio, pero después logró desenvolverse mejor. Su afecto se caracterizó por ser plano, con un discurso verborreico.

7.3.2 Desarrollo del Proceso

En la primera sesión, Isabel hizo referencia a los dos motivos de consulta ya nombrados. En el primero, se evidenció inconformidades en la relación de pareja, debido a que la consultante manifestó molestia con su esposo, por los gustos de este en las salidas cada fin de semana y el consumo de licor. Por esta discordia y diferencias entre ambos, Isabel intentó separarse de él en dos ocasiones, las cuales fueron fallidas porque dijo sentirse “*amarrada*” a aquel hombre, interrogándose la razón. Se le rescató la importancia de esta pregunta.

Mientras que el segundo tema traído por ella es una “*confusión*” por la actividad que debe pensarse para iniciar su propio proyecto de emprendimiento, dado que anteriormente estuvo trabajando con su hermana en otro, pero por diferencias entre ellas decidieron separarse y tomar caminos diferentes a nivel laboral.

Ante ambas situaciones que le han generado inestabilidad a Isabel, ella expresó que siempre ha tenido “*un plan de la A a la Z*”, tanto en las ocasiones que estuvo separada de su esposo, como cuando terminó el negocio con su hermana. Por lo que buscó formarse para adquirir un empleo, así que realizó un Técnico en Peluquería, trabajó en la decoración de uñas, y en el momento en que consultó realizaba un Técnico en Asistencia Administrativa. Además, rescató su interés por la pintura en tela como una posible idea de negocio, aunque con algunas dudas.

Debido a ello, en supervisión se nombró la importancia de destacarle a la consultante el hecho de que es posible que sus planes se sostengan mientras haya una persona más acompañándola, porque esto ocurrió con su hermana, que al separarse de ella finalizó el negocio que tenían

juntas. Tal vez su incapacidad para separarse esté relacionado con el temor de que se acabe el plan de tener una familia, del cual se siente orgullosa porque piensa es “lo único” que ha conseguido en su vida y lo nombró como su “*polo a tierra*”. También, fue importante trabajar en un deseo propio que le permitiera estructurar un plan, debido a que los diferentes cursos que ha realizado no le han permitido construir uno, sino tenerlos como añadidura.

Desde la segunda sesión que se intentó rastrear un deseo en ella, Isabel nombró con entusiasmo el trabajo que desempeñaba en ese momento como practicante del Técnico Administrativo, así que se le rescató este interés en su empleo. Instaurando así su deseo en un negocio propio, donde se proyectó como administradora. Aunque desconociendo una razón social puesto que nombró “*un bloqueo*” en ella, que nutrió con comparaciones de familiares y conocidos: “*es que mis amigas, mi hermana, todo lo que han hecho y yo nada*”, ubicándolos a ellos como puntos de referencia por sus profesiones, trabajos, entre otros. Sin embargo, se observa en la tercera sesión que este reproche fue apropiado del discurso de la madre hacia la consultante: “*usted se cree importante y no ha conseguido nada*”, razón por la que se alude a sí misma con “*menosprecio*” porque no creía que fuese capaz de realizar lo que deseaba, ya que las palabras de su madre como de su familia han tenido gran importancia en la toma de sus decisiones.

De acuerdo a esto, es posible evidenciar la posición que ha tenido esta mujer ante el mundo, identificándose con el “*menosprecio, no creerse*”, que ha sido generalizado a la esfera familiar, personal y profesional. En la primera, se sintió como “*en la mitad*” de sus hermanos mayores y menores, en donde “*luchaba*” por el respeto y el cariño de ellos. En el ámbito personal no pensó que un hombre fuese a quererla, pues se creía “*el patito feo*” y manifestó que los hombres se aburrían con ella. Quizá de ahí surja el temor en separarse de su actual pareja. Mientras que en la esfera profesional, mencionó que “*no encajaba*” en su grupo de estudio, al verlos a todos jóvenes y ella no percibir lo mismo. Así como en su proceso de emprendimiento, porque en ese momento estaba en construcción de un proyecto y a su vez trabajaba en la institución, no se ubicaba ni en un lugar ni en el otro. Isabel se presentó referencial ante la relación con los otros, al sentirse excluida y no aceptada por ellos, creyendo que al ser similar a estas personas, lo lograría.

A pesar de esta percepción, ella buscaba ser aceptada, tener un lugar en el deseo del otro, razón por la que ayudaba constantemente, “aconsejaba” a sus amigos, familiares, porque tuvo la impresión de que poseía información que les servía a ellos. Pero el inicio de su formación técnica fue una manera en la que ella tuvo para tomar distancia de la complacencia al otro, aludiendo: “*me paré en la raya*” porque dejó de estar dedicada a los demás para empezar a preocuparse por sí misma, a su deseo. Aunque haya intentado tomar distancia, Isabel destacó que ha preferido “*crear sociedades, reunir a los otros*” para que trabajen con ella. Una afinidad muy ligada a su interés en la administración, donde podría liderar un grupo, pero este tendría que seguirla. Incluso ese fue su rol en el trabajo realizado con su hermana, mientras aquella hacía los productos, Isabel se hacía cargo de la parte administrativa.

7.3.3 Efectos terapéuticos

En la tercera sesión, Isabel tomó una decisión respecto a la actividad que le interesaría establecer para su proyecto de emprendimiento, por medio de la elaboración del logo, en el que dibujó una bailarina, explicando que “*pintar es como bailar*”, porque es una “*expresión de sentimientos que llevan un ritmo*” de sus propias vivencias. Ha elegido la pintura en tela con el fin de trabajar conjuntamente, planteando la posibilidad de invitar a su madre que hace productos de aseo personal y a su hija que pinta en cerámica, para que emprendieran juntas. Una idea que estructura mucho mejor en la sexta sesión, puesto que desea integrar los saberes aprendidos de sus diferentes formaciones en compañía de sus familiares.

Mientras que en las últimas sesiones trajo de nuevo el tema de su pareja, respecto al interrogante que tuvo, se respondió que tal vez ella necesite “*una autoridad, un respaldo*” con sus hijos, porque siente que no podría imponerla sola. Incluso manifestó un temor a “*quedarse sola*”, teniendo en cuenta la imagen que tiene de sí misma de menosprecio y la manera en que se presenta ante el otro. Añadiendo que ella “*no lo acepta como es* (a su esposo)”, llamándose “*intolerante*”, porque deseaba que fuera según sus expectativas, pero no como es él en realidad. Explica que le ha costado “*aceptarlo*” como una persona diferente a ella, por lo que se le resaltó este aspecto. Durante el proceso Isabel afirmó que pretendía ser como los demás pues sentía que “*no encajaba*”, teniendo

como consecuencia la negación de sí misma, que a su vez generaba un sentimiento constante de angustia. Sin embargo, cuando dio espacio a su propia particularidad, se hizo dar un lugar en el mundo de los otros y de sus modos de relacionarse.

7.4 COMENTARIO DEL CASO

Teniendo en cuenta la construcción del caso de Isabel, es posible observar la forma particular en la que se posiciona ante el relacionamiento con los otros, que será transversal en los tres ámbitos de su vida traídos por ella en el proceso terapéutico: familiar, personal y laboral. Debido a ello, en este comentario, será importante trabajar la posición subjetiva asumida por la consultante en dichas esferas, haciendo énfasis en su vida laboral, en donde se verá en juego la manera en que su deseo se encuentra relacionado con el otro, al esperar una aprobación del mismo.

Inicialmente será importante hacer referencia al término de posición subjetiva, desde un marco de referencia psicoanalítico, en donde se traerá como punto de partida a Miller en su libro sobre *Introducción al Método Psicoanalítico* (2005); el cual siguiendo a Lacan, hizo una diferenciación entre el sujeto de hecho y el sujeto de derecho. En el primero de ellos, alude a la conducta del sujeto que es meramente observable y puede ser descrita por cualquier persona; mientras que lo interesante para la clínica psicoanalítica, será el sujeto de derecho que toma una posición frente a lo que le ocurre, relacionado con sus conductas o hechos (Miller, 2005). Desde esta perspectiva no resulta importante la veracidad de las situaciones, porque como lo describe Miller “*lo esencial es lo que el paciente dice*” (Miller, 2005, p. 38), la forma en la que el sujeto se ubica a partir de sus dichos, que le permite tomar un lugar ante ellos. A esto es a lo que Miller llamó como “Localización” o “Posición Subjetiva”.

Además de ello, Rostagnotto (2012) dirá que la posición subjetiva es:

La respuesta del sujeto a la división fundante del lenguaje, es decir frente a la falta estructural, que produce la castración,³ en términos freu-

3. Entiéndase castración como la falta estructural con la que todo sujeto se encuentra, una ausencia que provoca miedo, más allá de la posición que cada sujeto asuma (Aquino, 2016).

dianos. La respuesta que cada sujeto da a la castración, es particular, única, e inconsciente, fundante de la subjetividad. (Aquino, 2016, p. 31).

De acuerdo a esto, es posible observar en Isabel la manera en que hace referencia a las situaciones vividas, ubicando la forma en la que se posiciona ante los otros y ante el mundo en sus formas de relacionarse. En donde sus tres esferas: personal, familiar y laboral; guardan una relación entre sí, pues con cada una se ha identificado con el sentimiento de “menosprecio”, inferioridad ante los otros, de minusvalía, no sentirse parte de ningún lugar, sino que traía las palabras de “no encajar”, por “estar en la mitad”, no consideraba su capacidad de tener un lugar o desarrollarse por su cuenta. Y es importante señalar cómo las palabras escuchadas por parte de la madre como “usted se cree importante y no lo es... no ha conseguido nada”, son determinantes en Isabel, ya que las adopta como parte de ella, de su estructura y es desde ahí que se relaciona con los otros. Lo cual se generaliza, no sólo en el ámbito familiar, sino también personal y laboral, como se observa en el caso.

Sin embargo, en este comentario se hará referencia únicamente al ámbito laboral, en donde teniendo en cuenta la descripción del caso, se observa cómo ella tiene una pregunta ante esto, porque no había podido elegir una actividad para empezar su proyecto de emprendimiento. Además había un afán por efectuarlo, que surge tras los dichos desde los que se ha ubicado, como el sentir que “no ha hecho nada” por su cuenta. Entonces el hecho de tomar una decisión le permitiría a ella tener un estatus diferente, no solo consigo misma sino con los otros, “aumentando su grado de independencia personal, su autonomía económica y sus posibilidades de realización personal” (Ayala, Cabezas y Filippis, 2011, p. 2).

Aquella fue una de las expectativas que tuvo la consultante, de acuerdo al contenido de sus dichos, pero como se observó en su discurso y la forma en que se localiza ante este, se puede inferir que “estamos gobernados por la manera como se inscribió el Otro,⁴ con su palabra, acción, silencio o indiferencia, efecto que da cuenta cómo lo externo se hace íntimo” (Jaramillo, 2013, p. 64), que se percibe en la “confusión” nombrada por Isabel ante una presión por elegir una actividad de negocio, o “bloqueo”, puesto que deseaba realizar muchas cosas, pero no

4. Explicado anteriormente.

lograba definir una. Incluso trajo su construcción de un “*plan de la A a la Z*” que le permitiera tomar alguno de los oficios aprendidos, pero estos no fueron suficientes para que el plan tuviera una consistencia. Puesto que se evidenció que los planes que tuvo solo le funcionaron siempre y cuando estuviera acompañada por alguien más, como lo que ocurrió con el negocio que tenía con su hermana, que al separarse de ella quedó desorientada. Y es posible que sienta que el plan que ha hecho con su pareja de tener una familia ha permanecido en el tiempo porque continúan juntos, ya que cuando estuvo separada de él creyó que sería incapaz de sostenerla. Se genera la hipótesis de si acaso el deseo de esta mujer se encuentra íntimamente sujetado al deseo del Otro, debido al lugar en el que se ubica en relación a los otros, su posición subjetiva, pues considera que prefiere reunirlos para trabajar con ellos. Por lo que se formula la pregunta: ¿acaso esta forma de trabajo está relacionada con la necesidad que tiene esta mujer por obtener una aprobación por parte de los otros, que le brinde un soporte a su propio deseo?

Será importante entonces hacer referencia al término de deseo, que ha sido abarcado en Freud como en Lacan. Pero antes de hablar de este concepto, es importante hacer alusión al término de necesidad que “surge de un estado de tensión interna que encuentra satisfacción por acción específica que procura el objeto adecuado” (Barrionuevo y Sánchez, 2013, p. 3), y que está relacionado con el instinto de supervivencia, como por ejemplo el apetito. Sin embargo, esta experiencia satisfactoria deja en el sujeto una huella mnémica⁵ perdurable, por eso Freud va a llamar como deseo al intento por evocarla, “la percepción enlazada con aquella primera satisfacción... [Mientras que] la reaparición de la percepción bajo forma alucinatoria es la realización del deseo” (Barrionuevo y Sánchez, 2013, p. 3). Es decir que la realización del deseo entraría en el orden de lo imaginario.

Mientras que para Lacan (2008):

5. El registro corporal de las vivencias, Freud lo trabaja a lo largo de su obra, para dar cuenta de cómo los acontecimientos se inscriben en la memoria, en el aparato psíquico (Barrionuevo y Sánchez, 2013).

El deseo es movimiento, es un desplazamiento metonímico⁶ a través de objetos que imaginariamente lo habrían de colmar, el deseo permite que la libido invista los objetos del mundo, los de la fantasía, y que no se produzca su estasis en el cuerpo; el deseo comporta la falta, el vaciamiento de goce. (Bueno, 2012, p. 11).

Por lo tanto, en Isabel es posible observar cómo su deseo por trabajar en compañía de otros en su proyecto de emprendimiento cumple la función imaginaria de colmar sus ansias por tener un negocio propio, que le permitirá a ella satisfacer el interés que tiene en la administración del mismo, enseñándoles el conocimiento que dice poseer porque quiere “ayudar” a los demás. Esto se evidencia tal y como se ejemplifica en el “Seminario 17” de Lacan (1969), parece que la consultante siempre busca un amo, a quien le da una connotación de supuesto saber, pero a su vez que no sepa tanto para que ella pueda “reinar” sobre él y no viceversa (Lacan, 2008).

Debido a ello se muestra cómo el hecho de que Isabel haya tomado una decisión y una elección sobre el futuro de su emprendimiento, le ha permitido tomar una posición distinta a la mencionada durante el proceso, en donde no se creía con la capacidad de realizar alguna acción. Parece entonces que estar en compañía de otros le permite a ella tener cierta seguridad sobre lo que está haciendo, adquirir un lugar diferente, un soporte a su deseo que por estructura irá ligado a otro.

REFERENCIAS

- AQUINO, M.** (2016). La Posición Subjetiva como Herramienta Diagnóstica en Psicoanálisis Lacaniano. En *Trabajo integrador final de práctica supervisada de Investigación*. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- AYALA, J.; Cabezas, A, & Filippis, G.** (2011). La Integración de la Mujer en el Ámbito Laboral. En *Revista Electrónica de Psicología Social “Poiésis”*, (22), pp. 1-11. Medellín, Colombia: FUNLAM.

6. Lacan uso la expresión “Metonimia” como la posibilidad que tiene el sujeto para indicar su lugar en el deseo (Bueno, 2012).

- BARRIONUEVO, J. & Sánchez, M.** (2013). Deseo, deseo del Otro y fantasma. En *Universidad de Buenos Aires*. Recuperado el 18 de Julio de 2019, de: <https://docplayer.es/24509286-Deseo-deseo-del-otro-y-fantasma.html>
- BUENO, J.** (2012). Ecos del deseo en el cuerpo, el enigma de la autoinmunidad. En *Affectio Societatis*, 9(17), pp. 1-13. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- CÁRDENAS, M.** (2009). Formas singulares de lazo. En *Virtualia*. Recuperado el 4 de septiembre de 2019, de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/397/dossier-sintoma-y-lazo-social-enapaol/formas-singulares-de-lazo>
- CASTRO, X. & Munévar, M.** (2018). Escuchando a las víctimas del conflicto armado colombiano: la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial. En *Revista CS*, (25), pp. 81-109. Recuperado el 7 de septiembre de 2019, de: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/2696/3449
- JARAMILLO, Á.** (2013). Las Mujeres entre el Sacrificio y la Negociación. En *Boletín de Antropología*, 28(45), pp. 62-75. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- LACAN, J.** (2008). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 17: El Reverso del Psicoanálisis: 1968-1969*. 1° edición. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LACAN, J.** (2008). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 16: De un Otro al otro: 1969-1970*. 1° edición. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LUQUE, P.; Gómez, T. & Cruces, S.** (2000). El trabajo: Fenómeno psicosocial (Cap. 10). En Guillen, C. (coord.), *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. Madrid, España: Mc Graw-Hill.
- MILLER, J.-A.** (2005). *Introducción al Método Psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- MILLER, J. A.** (2007). La invención psicótica. En *Revista Virtualia* (16). Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/500/formas-contemporaneas-de-la-psicosis/la-invencion-psicotica>
- MINISTERIO DE SALUD.** (2017). Salud mental, clave para el desarrollo de empresas y trabajadores. En *Ministerio de salud y protección social*. Recu-

perado el día 06 de septiembre de 2019, de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mental-clave-para-el-desarrollo-de-empresas-y-trabajadores.aspx>

SAN FELIPPO, L. (2010). Conceptualizaciones del trauma en Freud y Lacan. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.



PREGUNTAS PARA DISCUTIR EN EL AULA

A partir de lo visto en el caso de Lucía:

1. ¿Cómo se podría pensar una solución con los recursos que cuenta Lucía, para seguir anudándose a su lazo social?
2. ¿En qué estructura y tipo de estructura podríamos ubicar el caso de Lucía?
3. ¿Cuál es la maniobra que realiza el terapeuta en el caso?

De acuerdo a lo expuesto en el caso de Isabel:

1. ¿Cuál sería la demanda de tratamiento de Isabel?
2. ¿En qué estructura psíquica se podría ubicar a Isabel y cuáles serían sus principales elementos?
3. ¿Cuáles son los recursos con los que cuenta la consultante y las invenciones construidas?

Subjetividad y escucha

En el contexto actual, los profesionales formados para atender situaciones en las cuales se implica el sufrimiento humano, tales como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, entre otros, se interrogan constantemente por las posibles formas de recibir dicho sufrimiento, el alcance de su quehacer y la eficacia del mismo. El punto de partida de la atención de estas situaciones, sea cual sea la disciplina desde la que se haga, es la escucha. Pero, ¿cuál escucha?, ¿se trata de cualquier escucha?, ¿es simplemente oír, registrar y expresar la opinión de quien se presta para esta labor?

Este artículo tiene el propósito de exponer algunas ideas en torno a la escucha, ideas y propuestas inspiradas e inscritas en el psicoanálisis, y, especialmente, derivadas de una experiencia con personas maltratadas y afectadas por diversas expresiones de violencia, en ámbitos privados, sociales y políticos. Y aunque la experiencia referida se inscriba en una problemática particular, como lo es el maltrato y la violencia, es posible extender los aprendizajes suscitados por la misma a otro tipo de circunstancias que afectan con particular agudeza a los individuos, produciéndoles, como consecuencia, diversos tipos de sufrimiento y efectos duraderos que, en ocasiones, se traducen en enfermedad física.

La palabra “escuchar” posee varias acepciones en el Diccionario de la Real Academia. Una de ellas alude a “Prestar atención al que se oye”, (RAE, 2016). Lamentablemente, cada día es más frecuente la falta de atención en la escucha, lo que la convierte en un “oír”, en un acto de percepción de sonidos sin consecuencias para quien habla ni para quien se supone que escucha. La prisa y los hábitos, poco a poco instalados como efectos del uso continuo de aparatos electrónicos que prometen la comunicación perfecta, estar permanentemente conectados a cables o mirando una pantalla, ha empalidecido el interés por la palabra del otro, situación que provoca severas sensaciones de aislamiento. Sin embargo, la escucha es la herramienta más eficaz cuando se pretende escudriñar y dialectizar los nudos y parálisis derivadas de vivencias inscritas en el espectro del horror y el sin-sentido. La escucha es una actividad potente para facilitar la tramitación y elaboración de consecuencias psíquicas derivadas de

eventos violentos y agresivos, algunos de ellos instituidos en la categoría de traumas por quienes los padecieron. En este contexto, puede aludirse, por ejemplo, a situaciones inscritas en el conflicto social y político; pero, igualmente, en dinámicas familiares y escolares, entre otros.

Si la violencia y la agresión se traducen en una sustracción de la condición de humanidad de quien es objeto de las mismas, la escucha produce un restablecimiento de dicha condición, lo cual se constituye en un paso ineludible en la tramitación y elaboración de vivencias caracterizadas por el horror. En este contexto es importante explicitar que la escucha de la cual hablamos, no tiene el objetivo de precisar las necesidades para buscar su satisfacción. Nos referimos, por el contrario, a hacer posible el ingreso a una dimensión en la cual quien sufre tiene conciencia de su sufrimiento, pero no sabe por qué ni cómo evitarlo, porque se trata de un sufrimiento que insiste, repetitivo, angustiante e inevitable.

En 1890 Freud escribió un texto que marcaría buena parte de la técnica terapéutica que construyó y reformuló a lo largo de su quehacer clínico; se trata del texto que tituló “Tratamiento Psíquico (Tratamiento desde el alma)”. Evocaré una afirmación que resulta central en lo que voy a presentarles:

Tratamiento psíquico quiere decir (...) tratamiento desde el alma (...) con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico... un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico (...) será preciso emprender un largo rodeo para hacer comprensible el modo en que la ciencia consigue devolver a la palabra una parte, siquiera, de su poder ensalmador (Freud, 1890, p. 115).

Me centraré en la escucha, en la posición requerida para escuchar de manera potente en el sentido del sujeto, no del individuo. Muchas disciplinas implementan esta técnica como estrategia de intervención. Reconocer la importancia de la escucha, en ocasiones, es insuficiente para asumir una posición favorable que suscite los efectos de construcción de un saber, por parte de quien habla, sobre el sufrimiento que soporta ignorando las causas del mismo, sus dinámicas y lógicas. Se trata de potenciar el surgimiento de un saber del que no tiene consciencia quien habla y que resulta fundamental para cuestionar posiciones que alientan el padecimiento.

Psicoanálisis y escucha

Actualmente, muchos académicos y profesionales se preguntan ¿para qué sirve el psicoanálisis? Al respecto puede decirse que el psicoanálisis formaliza conceptualmente una dimensión del psiquismo a partir de la práctica clínica, dimensión de la cual no tienen noticia otros profesionales de las disciplinas PSI (como psicólogos, psiquiatras, terapeutas, entre otros); y no porque a estos profesionales les falte voluntad, sino porque el marco conceptual en el cual se formaron e intervienen no inscribe conceptos como el inconsciente, la pulsión, la represión, entre otros, que apuntan a esclarecer los aspectos paradójales de la vida humana.

El psicoanálisis, además, está concebido y formalizado para acoger la singularidad del sufrimiento de un sujeto y permitir que quien habla, construya un saber sobre dicha singularidad implicada en su forma de sufrir. Y admitiendo los límites en el alcance, las diferencias de escenario, la diversidad en las expresiones de la transferencia, es posible sugerir que la posibilidad de permitir la emergencia de “sujeto” puede hacerse tanto en la consulta individual como en la intervención en grupos, a condición de que la escucha sea ofrecida por un profesional formado en psicoanálisis, es decir, alguien capturado por los efectos y producciones de “sujeto”, tanto en sí mismo como en otros.

Decir “sujeto” apunta a una dimensión distinta al yo como sede de la voluntad, la decisión, el control, el juicio. “Sujeto” se inscribe a las contradicciones, paradojas y aporías presentes en quien habla y actúa desconociendo las causas de lo que dice y lo que hace; a las interrupciones de la intención en el buen decir. Los efectos del sujeto, por ejemplo, se encuentran en los lapsus, olvidos, en las pesadillas; en la escisión entre lo que se dice querer y lo que efectivamente se hace; en la insistencia, inevitable para la conciencia y la voluntad, del exceso de sufrimiento aun pudiéndose impedir. A esta otra vertiente del ser humano, al contradictorio y paradójal, apunta la escucha que se propone.

En este contexto, la subjetividad se puede comprender como los efectos psíquicos que desencadena poseer un cuerpo erotizado, tener padre y madre y, esencialmente, estar constituidos por los efectos de la palabra del otro; es decir, configurados y constituidos por el lenguaje, no solo entendido como estructura en la cual se inscribe un sujeto, sino, también, el lenguaje materializado en significantes que provienen del

Otro¹ para inscribir a un sujeto en la particularidad de una relación de deseo, a los que suma el efecto contundente que desencadena el carácter pulsional del cuerpo.

Ahora bien, es indispensable insistir en el carácter singular del sufrimiento; este carácter lo anunciaba el propio Freud cuando establecía una analogía entre el síntoma de la neurosis obsesiva y el tabú que tiene presencia en comunidades. A partir del examen de uno y otro, es decir, del tabú –fenómeno colectivo– y prohibición obsesiva –fenómeno individual–, encuentra en ambos **un placer vinculado con lo inconsciente**, placer expresado en la consciencia como miedo, en ambos casos. Refiriéndose a este aspecto, tanto en el fenómeno colectivo como en el individual, concluye: “ese placer es, en **cada individuo** del pueblo, **inconsciente como en el neurótico**” (Freud, 1913, p. 39).² Lo que implica que cada quien asume, registra, percibe y reacciona de manera singular frente a los eventos, singularidad que depende de sus vicisitudes pulsionales.

Desde esta perspectiva, lo que se “escucha” es la manera singular como cada hablante asume y registra en sí mismo un hecho, una vivencia, aunque se trate de un evento vivido en el contexto comunitario, de un problema de salud pública como las violencias domésticas, de pareja, intrafamiliar, social, política, armada, etc. Escuchar lo singular apunta al propósito de facilitar la construcción de un saber sobre lo que da fundamento a la posición, también singular, asumida frente al hecho y a su registro histórico individual.

Cuando se apunta al propósito que se acaba de referir, no puede escucharse sin marco conceptual, sin tener como punto de partida una concepción del ser humano, una concepción sobre la escucha como tal y del saber a construir. Por ejemplo, un profesional que supone que el sufrimiento humano se deriva de la carencia de objetos requeridos para la satisfacción de las necesidades básicas, apuntará con la escucha a determinar las carencias y tendrá como objetivo la satisfacción de las mismas.

1. Cuando se alude al Otro con mayúscula, se apunta a la estructura simbólica que acoge a un individuo desde antes de nacer, estructura esencialmente configurada por discursos. Desde esta perspectiva, hay una diferencia entre el otro, como semejante y el Otro como estructura simbólica.

2. Negrillas de la autora.

Desde la perspectiva que se propone, la escucha no es un ejercicio altruista, ni caritativo y tampoco puede hacerse de cualquier manera. Acentúo estos aspectos porque muchas personas, independientemente de su oficio y formación, suponen que, por el solo hecho de ser humanos, poseen las condiciones para realizar intervenciones mediante la escucha. Y no es así. Diría que la escucha con fines de construcción de saber por parte de quien habla, es uno de los oficios más exigentes porque implica, por parte de quien se presta para realizarla, abstenerse de sí mismo, de sus fantasmas, prejuicios, antecedentes históricos; pero, además, poseer un saber sobre sus propias vicisitudes pulsionales, de tal modo que le permita situarse en una posición que solo podría describir como “instrumento al servicio de la construcción del saber por parte del otro”. ¿Por qué acentúo estos elementos? Por una razón evidente: quienes han sido afectados por problemáticas sociales, tales como las violencias, presentan relatos a veces atroces, horrorosos, atemorizantes, que pueden causar efectos de horror y espanto en quien los escucha. Y ese efecto de terror puede traducirse en dificultades en la escucha y dar lugar a procesos de identificación, por ejemplo, a sentimientos de lástima que pueden materializarse en acciones o juicios poco favorables para el interés de construir un saber.

Con la escucha se tiene el propósito de facilitar que quien sufre pueda servirse de la intervención en y por medio de la palabra para desentrañar lo que es oculto para él mismo, sobre su posición y reacción frente a los eventos vividos.

Colectivo e individual

La propuesta de escuchar, con las características establecidas, supone la pregunta de si es posible servirse del psicoanálisis para intervenir el malestar y el sufrimiento derivados de eventos violentos inscritos en ámbitos colectivos. Al respecto, es necesario explicitar que es imposible intervenir los problemas sociales; siempre se escucha a seres humanos afectados, inscritos o implicados en problemáticas sociales, familiares, políticas y sociales. Ahora bien, ¿es posible escuchar teniendo en consideración al sujeto, tal como el psicoanálisis lo formaliza?

Frente a la pregunta planteada, a menudo, se alude a un prejuicio cuyo contenido es la suposición, según la cual el psicoanálisis es una clínica y teoría de lo individual y por este motivo no podría ocuparse de lo

colectivo. En este contexto es indispensable hacer una observación: todo sufrimiento es singular, por lo tanto, individual, pero, además, todo padecimiento entraña la subjetividad. En lo referido al sufrimiento, no existe uniformidad. Solo hay singularidad. Esto quiere decir que el sufrimiento, el padecimiento y el malestar es siempre individual, aunque su punto de partida sea un evento o acontecimiento enmarcado en lo colectivo.

Con el propósito de disponer de los elementos conceptuales que haga posible la comprensión de la afirmación que antecede, es importante desentrañar las implicaciones de la subjetividad en las problemáticas sociales. El mismo Freud escribió varios textos que se ocupan de fenómenos inscritos en el vínculo social, y su interés evidente es demostrar que dichos fenómenos poseen su fundamento en la subjetividad tal como la formalizó a partir de su práctica clínica. Por ejemplo, en “Tótem y tabú” Freud se esmera en demostrar de qué manera la estructura de un fenómeno como el síntoma es análoga a la estructura de la prohibición.

De un modo semejante se conduce en el texto titulado “Malestar en la cultura”, elaboración en la cual demuestra la imposibilidad de pensar el vínculo social sin la pulsión de muerte, aspecto que solo puede ser descubierto en la escucha del uno por uno y, sin embargo, se deduce que no hay vínculo social sin pulsión, ni subjetividad sin vínculo; de este modo, lo íntimo es lo más externo y lo externo es lo más íntimo.

De otro lado, en el contexto explicativo del texto “Tótem y tabú”, en el fundamento del vínculo social, se encuentra el horror al incesto, que se traduce en prohibición; siendo también el punto de ordenamiento de la organización social. En “Malestar en la cultura”, en lugar del horror encontramos la pulsión como punto de partida del superyó, aspecto sin el cual sería impensable el vínculo y, además, la tiranía del sujeto hacia sí mismo. Hay una suerte de analogía en la estructura de ambas obras —“Tótem y tabú” y “Malestar en la cultura”— sin que ello signifique una identidad absoluta, es decir, existe en dichos textos una semejanza que no los hace idénticos, pero, si cercanos en la lógica argumentativa del autor. La analogía se establece en la perspectiva de análisis que Freud, en una y otra obra, privilegia y cuyo punto de partida es la formalización del sujeto del inconsciente, a partir del trabajo clínico, es decir, de la escucha del uno por uno.

Ahora bien, ¿cuál es el aspecto que se poner en primer término en la escucha de un individuo agobiado por los efectos de una problemática

social?, ¿cuál es el horizonte y orientación de la escucha referida? Se trata de privilegiar al enigma que suscita en quien habla el exceso de daño y sufrimiento que no se puede evitar. Su padecimiento incomprensible e inexplicable para él mismo, para su familia y para otros profesionales.

Se parte de un presupuesto: siempre existe una lógica en el discurso de quien habla exponiendo su intimidad, lógica impecable e implacable. Habitualmente, es quien escucha quien obstaculiza el surgimiento de dicha lógica, resistencia que se expresa mediante el horror suscitado por la descripción de escenas, vivencias, pensamientos y fantasías por parte de quien habla. Y ante el horror, se responde con el cierre de la escucha, el juicio, la identificación y el consejo. Son las vías más expeditas para amurallar el discurso del otro.

El exceso en el mal, en el sufrimiento, la paradoja que ello entraña, son aspectos nombrados por los propios individuos, lo evidencian poniendo de relieve su impotencia para evitarlo. Y es justamente este carácter de exceso en el sufrimiento y la imposibilidad para evitarlo, el aspecto desconocido y no tenido en cuenta por las intervenciones derivadas de disciplinas distintas al psicoanálisis, disciplinas que se orientan, generalmente, a poner el énfasis en las condiciones sociales y culturales que contextualizan las problemáticas o que contemplan una versión de la subjetividad en la que acentúan los efectos en términos de representaciones e identificaciones imaginarias derivados de los discursos sociales.

Bien puede sospecharse y es sólo una idea, que dar el énfasis en estos aspectos que hacen caso omiso de las paradójales satisfacciones que habitan algunas problemáticas, opera a la manera de tapón a esa suerte de sin sentido que puede evidenciarse, por ejemplo en el siguiente relato:

“Uno violó a mi mamá y dos a mí. Estaba oscuro y llovía duro, con truenos y rayos. Se fueron a la media hora. Después me enfermé, me daba fiebre, me sentía débil, con mareos y vómitos. Después de esto no fui capaz de volver al colegio y con mi mamá decidimos no denunciar pues nos dijeron: ‘si abren la boca se las cerramos” (Testimonio recuperado de: <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/feature/colombia-feature-2011-14-04.htm>, 10 de septiembre de 2019).

¿Cómo no conmoverse ante relatos semejantes?, ¿cómo evitar el juicio moral?, ¿cómo no ubicarse en el lugar de juez del agresor?, ¿cómo no identificarse con la víctima de hechos tan terribles o no evocar temores referidos a la propia persona o familia? Para la construcción de una

posición de escucha de relatos y vivencias con estas características, es necesario haberse formado escuchándose nombrar los propios horrores, estar familiarizado con la dimensión más oscura y enigmática de la vida humana; es necesario haber renunciado al ideal según el cual el ser humano está orientado por el bien propio y ajeno.

Uno de los argumentos con el cual se pone en tela de juicio servirse del psicoanálisis y de la formación psicoanalítica en la escucha de personas afectadas por el conflicto armado, por ejemplo, es la idea según la cual el psicoanálisis requiere ciertas condiciones no posibles por fuera de un consultorio. Sin embargo, es viable tener como principio de orientación de la escucha enfatizar la singularidad teniendo en cuenta los conocimientos y experiencia sobre el psiquismo. Se trata de una escucha que singularice, que no colectivice.

En el discurso contemporáneo tiene una enfática presencia la defensa de los derechos humanos, lo que es perfectamente comprensible y coherente con las nociones de ciudadanía, con las aspiraciones de equidad, igualdad y justicia. Desde el punto de vista del ideal, resulta ineludible la consolidación de los derechos humanos y su traducción en leyes y mecanismos de protección para aquellos sectores de la población considerados vulnerables. Sin embargo, los derechos humanos con todas las leyes y mecanismos de protección a los que ha dado lugar, no consiguen neutralizar, erradicar ni evitar la lógica paradójal del sujeto; en pocas palabras, ni el discurso de los derechos, ni las leyes diseñadas para protegerlos nos cura de inconsciente y menos, de pulsión. Incluso, a veces, se ubican al servicio de estos.

Derechos, paradojas y teoría

Existe la creencia según la cual la promulgación de leyes que protejan contra el sufrimiento, así como la instalación de mecanismos de atención e intervención del mismo o la admisión y reconocimiento de los derechos humanos de los sectores de la población más expuestos a la vulneración de sus derechos, es la vía para erradicar el malestar, las violencias y las agresiones; sin embargo, la realidad contradice esta consideración y expectativa.

En lo referido a las violencias contra las mujeres, por ejemplo, teóricos y militantes del movimiento social de mujeres, creyeron, errónea-

mente que la promulgación de leyes y mecanismos de protección, sería suficiente para erradicar esta problemática; sin embargo, puede afirmarse, sin temor a error, que las leyes y mecanismos de protección, aunque necesarios, resultan insuficientes para impactar contundentemente la problemática referida, es decir, a pesar de la existencia de leyes, instancias y mecanismo de protección, el número de mujeres maltratadas no disminuye. Se asiste, además, a un fenómeno llamativo: muchas mujeres maltratadas son conscientes del sufrimiento que padecen en la relación violenta, saben, además, de las leyes y mecanismos que las protegen, y, aun así, declaran no poder dejar al hombre que las golpea. Y no se trata de mujeres mayores, como suele imaginarse, se trata también, dolorosamente, de mujeres muy jóvenes quienes frecuentemente se muestran dispuestas a consentir expresiones de violencia que resultan inimaginables en el tiempo de los derechos. No es impreciso suponer que ni las políticas públicas, ni las leyes o mecanismos de protección transforman los aspectos estructurales implicados en las violencias, aspectos íntimamente entramados en la subjetividad y, por ello, en la singularidad. Cada situación de violencia es singular. Orientarse por la singularidad no solo es una recomendación del psicoanálisis, sino también la única manera de conducirse para desentrañar la lógica precisa de cada situación narrada.

Habitualmente se supone que en la escucha basta con el estudio concienzudo de teorías que explican las problemáticas, los conocimientos, por ejemplo, de sociología, de historia o las estrategias de intervención social o, incluso, de psicoanálisis y así, encontramos personas expertas en teorías, en conceptos, incluso psicoanalíticos. Pero, el saber académico nunca es suficiente, hasta puede ser un severo obstáculo para dar lugar a la sorpresa que lo inesperado suscita al entrañar la singularidad.

Si la apuesta es propiciar un espacio de palabra en el cual el otro construya un saber sobre su posición en la problemática que lo agobia, es necesario contar con la subjetividad y orientar la escucha en la dirección que ella señala. De este modo, no existen reglas inamovibles y estereotipadas sino principios, por ejemplo, el saber lo tiene el otro y no el cartón del profesional; no se trata de comprender, sino de facilitar la emergencia de lo inesperado, de lo incalculado, de lo sorpresivo por paradójal y contrario al ideal que resulte; del mismo modo, es indispensable abstenerse de la tentación de dar consejos. Los consejos son

verdades evidentes que, por alguna razón, el otro no puede inscribir, creer o conducirse según esa verdad. Tampoco se trata de sentir lástima, pena o conmiseración. Esta respuesta por parte de quien escucha solo legitima la posición de víctima, excluyendo cualquier posibilidad del surgimiento de un sujeto que se haga responsable de sí.

Cada vez que se pone en escena la palabra de un sujeto que sufre y nuestra apuesta se orienta, no a instruirlo o aconsejarlo, sino a que construya un saber de sí, resulta indispensable tener *experiencia de palabra y escucha* sobre el propio sufrimiento y ello con el objetivo de no dejarse enganchar en dinámicas de identificación o en lógicas de intervención soportadas en los propios fantasmas. *Experiencia* es distinto a *conocimiento*. La experiencia es la construcción de saber derivada de la propia vivencia. El conocimiento es la acumulación de lecturas con utilidad limitada cuando se trata de la intervención.

Ser analista no es haber leído mucho psicoanálisis, ni subrayar libros, ni ponerle anotaciones al margen, ni colorearlos con resaltadores. Leer siempre es un buen ejercicio para disponer de temas interesantes para una conversión en fiestas y encuentros de amigos, pero es muy poco útil cuando se trata de la escucha y la intervención contando con el sujeto. La escucha y la intervención en la dirección y propósitos señalados, se soportan en la propia experiencia de análisis. Surcar el propio inconsciente, estar advertido de los recovecos y sin salidas de la pulsión, poder anticipar los puntos de repetición, resulta fundamental para quien escucha. Algunos dirán no contar con las condiciones para emprender un análisis o que no pueden exigir a funcionarios o empleados estar en análisis. Es cierto; no se puede exigir y es costoso. Pero ello no quiere decir que no sea necesario. El no poderlo exigir no quiere decir que no sea indispensable.

Puedo asegurar, luego de muchos años de búsqueda y construcción, que solo la práctica esmerada y argumentada permiten la disposición para acoger el sufrimiento del otro sin empeñarse en resolverlo, ni en curarlo ni en ofertar propuestas que conducen al fracaso inevitable. A veces me pregunto ¿por qué cuesta tanto admitir los límites de la intervención?, porque les aseguro que no todo se puede hacer. No todo. En ocasiones basta con la disposición a escuchar, sin juzgar, sin pretender saber lo que el otro requiere o pretende decir. Tampoco podemos olvi-

dar que no todo puede decirse y que la verdad más inquietante siempre habita en lo imposible de nombrar.

ÁNGELA MARÍA JARAMILLO BURGOS

Referencias

- FREUD, S.** (1979/1890). "Tratamiento Psíquico (Tratamiento desde el alma)". En *obras completas*, Tomo I. Buenos Aries, Argentina: Amorrortu editores.
- FREUD, S.** (1979/1913). "Tótem y tabú". En *obras completas*, Tomo XIII, Buenos Aries, Argentina: Amorrortu editores.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA [RAE].** (2016). Definición de escuchar. Edición Tricentenario. Recuperado el 8 de septiembre de 2019, de: <https://dle.rae.es/?id=GLkff9P>

ANEXO

**CONSULTORIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CAPSI).
INFORME DE ACTIVIDADES (2014-2019)**

El *Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi)* de la Universidad Icesi es un espacio de formación, investigación e intervención psicosocial que busca responder a las problemáticas de salud mental y de exclusión social de sectores vulnerables de la ciudad de Cali y municipios aledaños.

El presente informe expone una descripción detallada de la labor de atención psicosocial del CAPSi, desde el año 2014 hasta el año 2019. El documento se divide en:

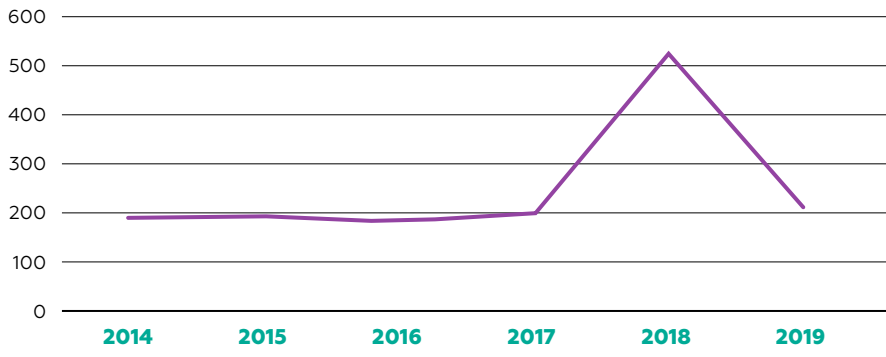
1. Línea de atención psicológica
2. Proyectos de cooperación
3. Actividades de docencia e investigación

En la primera parte se incluyen los datos de 1.501 personas que han asistido al consultorio a lo largo de 6 años (un total de 5.553 sesiones), en los cuales se tienen en cuenta variables socioeconómicas para caracterizar a la población. Con ello se da cuenta de uno de los objetivos del CAPSi, pues el servicio está dirigido a personas provenientes de estratos 1, 2 y 3. Asimismo, se dan a conocer otros datos relevantes, tales como el nivel educativo de los consultantes y acudientes de los menores de edad, su grupo etario, género, estado civil, afectaciones relacionadas con la violencia y las problemáticas en salud mental. Se muestran también datos relacionados con la causa y el motivo por el cual se cierra el proceso de atención psicológica. Adicionalmente, se expone el catálogo de instituciones especializadas y las demandas institucionales que se formulan al Consultorio. En los dos últimos apartados, se exponen las actividades de la línea de Atención psicológica, las diferentes estrategias de docencia y los resultados de investigaciones desarrolladas (ver Gráfico 1).

1. LÍNEA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Uno de los propósitos del Consultorio es ofrecer un espacio de escucha y orientación psicológica de duración limitada, basada en la demanda y responsabilidad subjetiva de los consultantes, cuyo fin es propiciar una elaboración de los padecimientos psíquicos y un restablecimiento de sus lazos sociales. Lo anterior se logra no solo acogiendo las condiciones

GRÁFICO — 1
Número de personas atendidas anualmente



Fuente: CAPSi Icesi.

psíquicas de los sujetos que consultan, sino reconociendo sus particularidades culturales, recursos sociales y comunitarios. Este proceso tiene una duración aproximada de 7 sesiones, cada sesión es supervisada por una profesional con trayectoria en psicología clínica. A continuación, se presenta una caracterización de la población atendida en el CAPSi, así como de las problemáticas en salud mental identificadas.

1.1 Caracterización de la población atendida en el CAPSi

1.1.1 Conocimiento del CAPSi

Desde el 2014, el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi) se ha dado a conocer en la ciudad y municipios aledaños a través de diferentes entidades e instituciones. Desde septiembre de 2017 y enero del 2018, se iniciaron trabajos de intervención comunitaria en cooperación con la Fundación WWB Colombia y Cuso International (ONG canadiense) respectivamente. En la siguiente gráfica se observa que el proyecto realizado en cooperación con Cuso International durante el año 2018, gracias al cual se atendieron 326 personas, representó un aumento importante del impacto social del CAPSi. Durante sus 6 años de funcionamiento, la

mayor cantidad de remisiones fueron proporcionadas por la ONG Cuso, que derivó el 19 % de los consultantes.

La segunda fuente de consultantes del CAPSi son las Instituciones Educativas estatales (Colegios, SENA, CDI). En los últimos años ha sido notorio el aumento de las remisiones por parte del SENA, lo cual se atribuye tanto a la vulnerabilidad social de la población, como al hecho de que algunas de las profesionales que laboran allí son egresadas de la Universidad Icesi que recomiendan el servicio que ofrece el CAPSi. Las Instituciones Educativas estatales han remitido, durante estos 6 años, al 17% de los beneficiarios del CAPSi.

A su vez, es importante anotar que la referencia personal o “voz a voz” junto con las Brigadas de Atención, son el tercer medio por el cual las personas se enteran del espacio. Como se ve reflejado el 14% de los consultantes indicaron conocer el dispositivo mediante recomendaciones de personas que habían acudido al Consultorio anteriormente. Asimismo, el 14% de los consultantes han asistido al CAPSi después de las Brigadas de Atención que se realizan en sectores vulnerables de la ciudad con la participación de estudiantes de octavo semestre que cursan la clase de Psicología clínica.

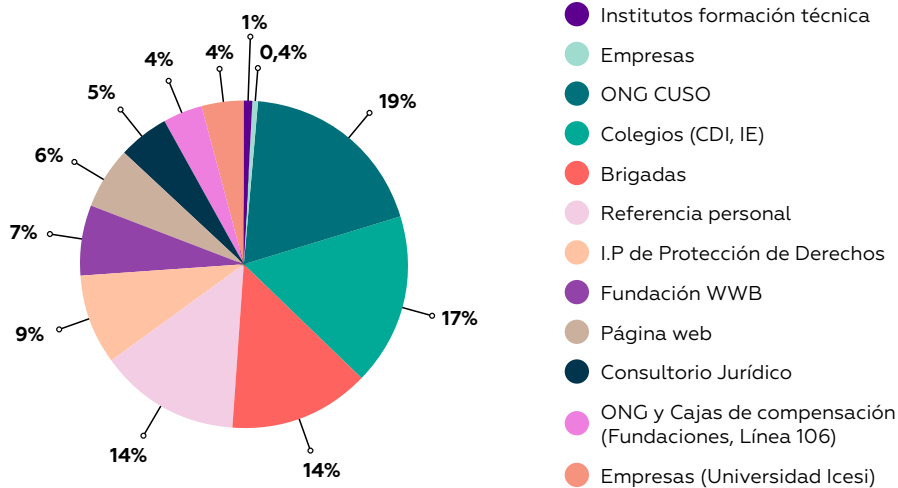
Las Instituciones estatales de protección de derechos, como la Defensoría del Pueblo, la Personería Municipal, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la ESE Oriente son el cuarto medio a través del cual las personas se enteran del Consultorio. Son también fuentes importantes de referenciación de casos, particularmente de personas en situación de alto riesgo y vulnerabilidad social. En el transcurso de 6 años, desde el 2014 hasta el 2019, el 9% de consultantes asistieron por referencia de estas instituciones.

La Fundación WWB Colombia, en el marco de un proyecto de cooperación llevado a cabo entre agosto de 2017 y septiembre de 2018, ha remitido el 7% de los consultantes del Consultorio, ampliando el impacto de este a mujeres inscritas en programas de capacitación para el emprendimiento.

El 6% de los consultantes del CAPSi han llegado por medio de la página web y, en menor proporción, a través de avisos de prensa (free-press) publicados en el primer semestre de 2014, recién se inició el servicio.

También se encuentra el vínculo con el Consultorio Jurídico (CJ) de Icesi que ha posibilitado tanto la remisión como la asesoría, acompaña-

GRÁFICO — 2
Conocimiento del CAPSi



Fuente: CAPSi Icesi.

miento y atención en crisis en las conciliaciones de familia y otros procesos jurídicos. Durante el periodo comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2019, el CJ ha remitido el 5% de los consultantes del CAPSi.

Las cajas de compensación como Comfenalco y Comfandi, ONG, organizaciones internacionales y fundaciones, como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Médicos Sin Fronteras, Corpolatin - línea 106, Fundación Carvajal, Fundación SIDOC, Fundación Samaritanos de la Calle, entre otras; remitieron el 4% de los beneficiarios de la atención psicológica que brinda el CAPSi. Asimismo, la Universidad Icesi también remitió al 4% de los consultantes.

Por último, se encuentran los Institutos de formación técnica que remitieron al 1% de los consultantes y las empresas que remitieron al 0,4%.

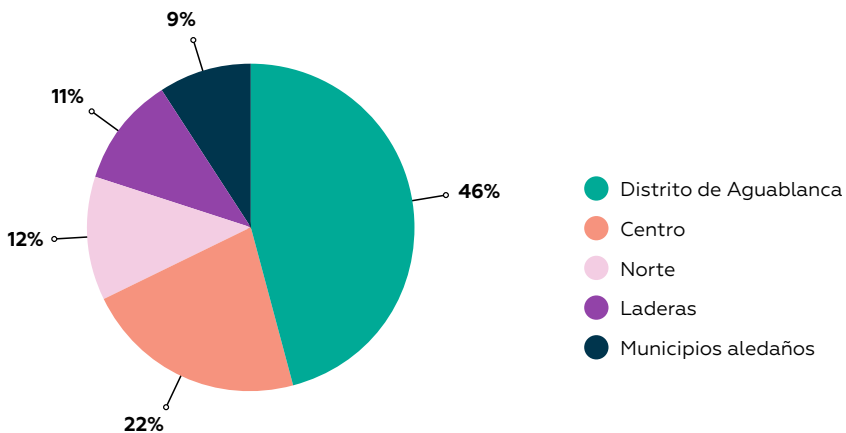
1.1.2 Sector de la ciudad

Con el propósito de categorizar los sectores de los cuales provienen los consultantes, se han establecido cuatro categorías que permiten agrupar las comunas de la ciudad de Cali, así como los municipios aledaños.

Desde el año 2014, se constata que el 46% de los consultantes provienen del *Distrito de Aguablanca*, sector compuesto por las comunas 7, 13, 14, 15, 16, 17 y 21 de la ciudad de Cali. Entre los barrios de proveniencia de los consultantes se destacan Mojica, El Vallado, Alfonso Bonilla Aragón, y Los Comuneros. En segundo lugar, el 22% de los consultantes del CAPsi provienen del sector, aquí denominado *Centro*, integrado por la comuna 4 de Cali, donde residen la mayor parte de los consultantes provenientes de este sector, y las comunas 8, 9, 3, 10 y 12. El 12 % de los consultantes habitan el sector *Norte*, el cual está conformado por las comunas 2, 4, 5 y 6.

Por otro lado, se encuentra el sector denominado aquí *Laderas* de donde provienen el 11% de los consultantes del CAPsi; esta zona abarca las comunas 1, 18, 19, 20 y 22 ubicadas en la ladera de la Cordillera Occidental que atraviesa la ciudad de sur a norte e incluye barrios como Siloé, La Sirena, Alto Nápoles, Terrón Colorado. Es probable que este porcentaje menor se explique por el hecho de que en este sector hay una oferta más amplia de servicios sociales y de salud comparado con otras comunas de la ciudad, como los que están asociados a la ESE Ladera y a otras organizaciones y fundaciones con una fuerte presencia y reconocida trayectoria de intervención social en este territorio.

GRÁFICO — 3
Sector de proveniencia de los consultantes



Fuente: CAPsi Icesi.

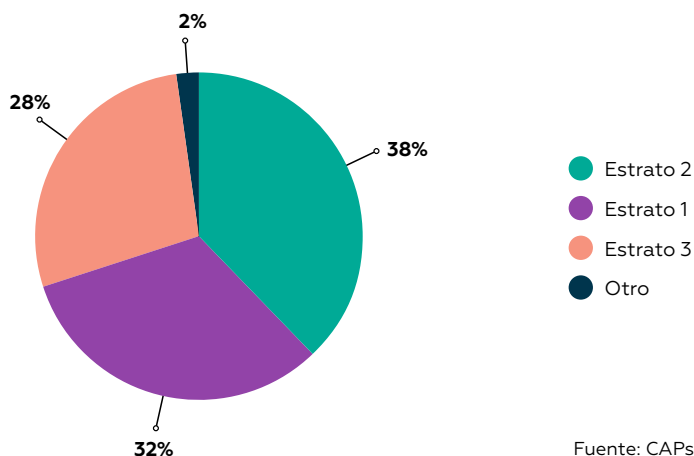
En el CAPsi también consultan personas que residen en municipios aledaños que abarcan el área metropolitana de Cali: un 9% de consultantes provienen de municipios como Palmira, Jamundí, Yumbo, Candelaria, Santander de Quilichao, entre otros.

1.1.3 Estrato socioeconómico

Siguiendo con el objetivo que tiene el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) de brindar un servicio profesional de atención psicológica, orientación e intervención psicosocial a poblaciones de escasos recursos económicos y/o en condiciones de vulnerabilidad social, se prioriza a personas provenientes de los estratos 1, 2 y 3, cuyos ingresos económicos sean iguales o inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes por hogar; siendo eventual que se brinde acompañamiento a personas que viven en estratos superiores (categoría “Otro”) por sufrir condiciones de exclusión por enfermedad mental y no tener acceso a servicios de salud.

Como se observa en la siguiente gráfica, el 38% de los consultantes pertenecen al estrato socioeconómico 2, el 32% corresponde al estrato socioeconómico 1 y el 28% pertenece al estrato socioeconómico 3. En menor cantidad (2%) han consultado personas de otros estratos.

GRÁFICO — 4
Estrato socioeconómico



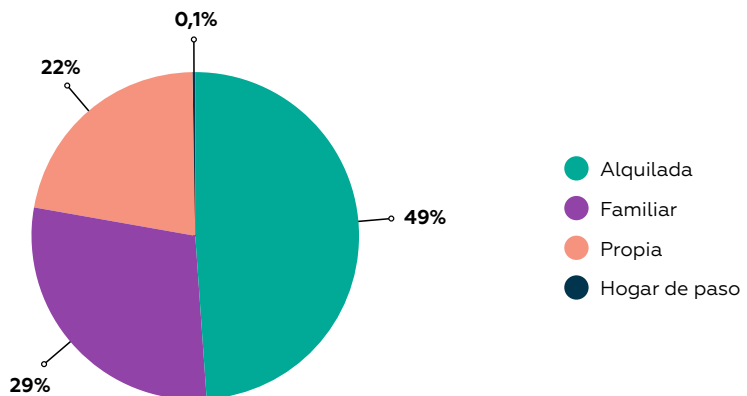
Fuente: CAPsi Icesi.

1.1.4 Tenencia de vivienda

En la caracterización de la población que ha asistido al CAPsi, desde el año 2014 hasta el año 2019, se definieron cuatro categorías para la vivienda: alquilada, cuando un miembro del hogar paga periódicamente por vivir en una parte o en la totalidad de la vivienda; propia, cuando esta ha sido adquirida por un miembro del hogar, con pago total o parcial de la misma; familiar, cuando en la vivienda habitan una o más familias o grupos de personas; y hogar de paso, ubicación inicial y provisional que se les brinda a personas desplazadas a causa del conflicto armado, migrantes y refugiados. Para esta población se encontró que el 49% de los consultantes reside en una vivienda alquilada, un 29% habita en una vivienda familiar y un 22% es propietario. En menor medida se encuentran los consultantes que residen en hogares de paso, representando al 0,1% de la población atendida.

Las categorías sector y estrato (mencionadas anteriormente), se relacionan intrínsecamente con el tipo de vivienda en el que viven los consultantes. Teniendo en cuenta que el dispositivo de atención está dirigido a estratos 1, 2 y 3, es probable que los recursos económicos para comprar viviendas sean reducidos, siendo esta opción una de las que menos presenta la población. Las viviendas familiares y alquiladas generan dinámicas

GRÁFICO — 5
Vivienda de los consultantes

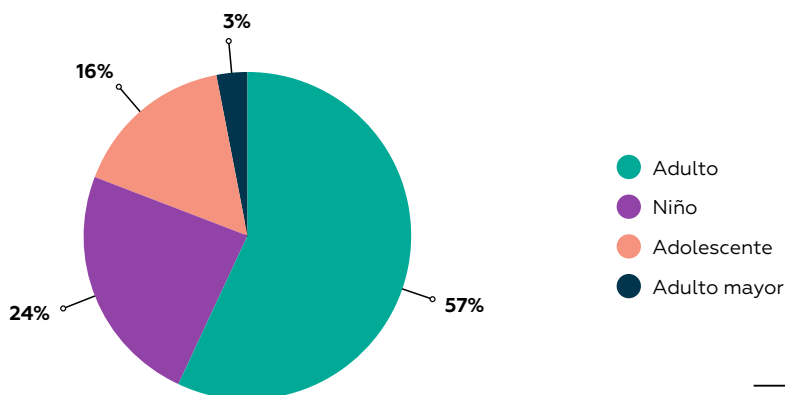


distintas, tanto familiar como psicológicamente, que resultan de interés en el análisis cualitativo de la casuística (caso por caso) ya que se relacionan con la frecuencia y modos en los que se desarrollan las discusiones familiares; las formas como se viven las tensiones entre lo público, lo privado y lo íntimo; las preocupaciones económicas e inestabilidad generadas por la exigencia del pago mensual de las cuotas de arriendo, entre otros.

1.1.5. Grupo etario

Desde el año 2014 hasta diciembre del 2019 la mayor parte de la población que asistió al Consultorio es adulta (57%), seguida por los niños (24%) y adolescentes (16%). Se observa que en estos 6 años la consulta de adultos mayores no fue muy representativa, durante ese período solo consultó el 3% de la población atendida en el CAPsi. De este modo, la mayor demanda se presenta por parte de la población adulta, quienes acuden principalmente por referencia de fundaciones y referencia personal. En cuanto a los niños, se puede decir que se dirigen al consultorio dado un número importante de remisiones por parte de las Instituciones Educativas. La consulta por parte de los adolescentes se presenta esencialmente por remisión escolar y por las Brigadas de Atención que realiza el CAPsi por fuera de su sede; también, se encuentran casos en los que son ellos mismos quienes demandan ayuda psicológica en momentos de crisis.

GRÁFICO — 6
Grupo etario



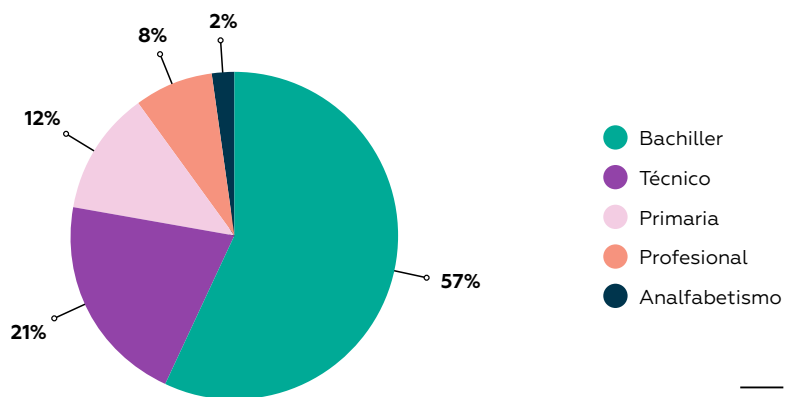
Fuente: CAPsi Icesi.

1.1.6. Nivel educativo

La siguiente gráfica muestra el nivel educativo de los consultantes mayores de 18 años únicamente, puesto que los niños y adolescentes que asisten al CAPsi se encuentran todos escolarizados y la gran mayoría de los niños atendidos en el CAPsi asisten por efecto de una remisión por parte de una institución educativa, mayormente por fracaso escolar, comportamientos agresivos o problemas de convivencia.

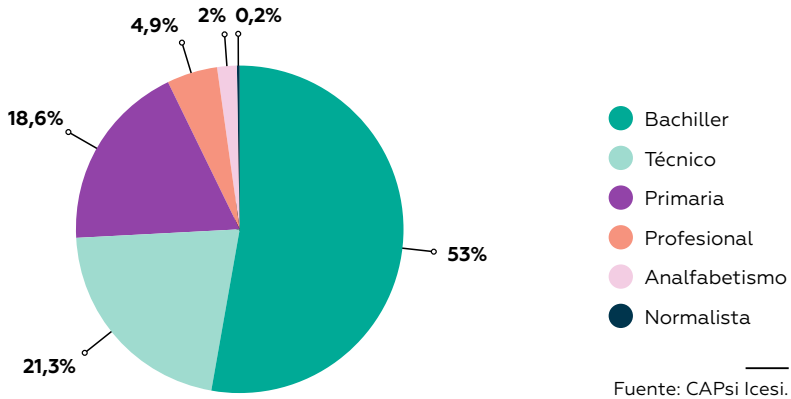
Según el DANE,¹ en el 2018 en la ciudad de Cali el 34.0% del total de la población económicamente activa, ha logrado solo la Educación Secundaria, es decir el título de bachiller; esta cifra es significativa en relación a los datos del CAPsi, ya que da cuenta que a nivel local se presenta un mayor porcentaje de personas con un nivel educativo medio, siendo este el caso de 57% de los consultantes. En el caso de acudientes de menores de edad que son atendidos en el Consultorio, se tiene que el 53% ha realizado sus estudios hasta el bachiller. Entre los consultantes mayores de edad, el nivel educativo más usual, seguido del bachiller, es el estudio técnico representado por el 21% de la población atendida.

GRÁFICO — 7
Nivel educativo de los consultantes adultos



1. Para el 2018 la proporción de la población económicamente activa (PEA) con educación media fue 34,0%.

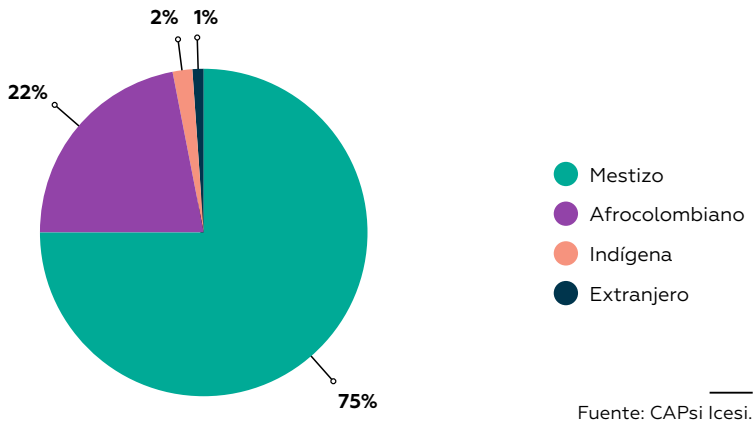
GRÁFICO — 8
Nivel educativo de los acudientes



1.1.7. Reconocimiento étnico

La ciudad de Cali se destaca en Colombia por contar con una población multiétnica y pluricultural en la que habitan grupos étnicos como el afrocolombiano, indígena y mestizo. El siguiente gráfico muestra el reconocimiento étnico de las personas que han asistido a consulta en

GRÁFICO — 9
Reconocimiento étnico

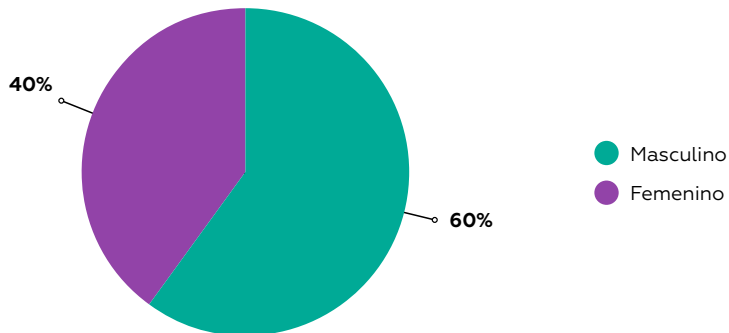


el CAPsi en el transcurso de 6 años (2014-2019). Los datos muestran que el grupo étnico que mayor participación ha tenido en el Consultorio ha sido el mestizo (75%), seguido del afrocolombiano (22%) y en menor cantidad el grupo étnico indígena (2%). También se incluye en este gráfico el porcentaje de migrantes atendidos (1%).

1.1.8. Género

En el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi), en general, predominan los consultantes de género femenino. En los últimos 6 años, el 75% de los consultantes se identificaron como mujeres, y el 25% como hombres.² Esta cifra es del total de consultantes que recibieron atención para este periodo y muestra una diferencia mínima en la demanda con respecto al género del periodo anterior, consistente en 5 años desde el 2014. Es pertinente mencionar que un total de 7 consultantes adolescentes se

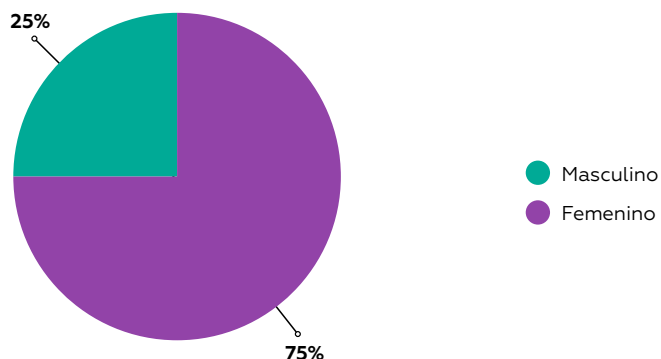
GRÁFICO — 10
Género de consultantes menores de 18 años



Fuente: CAPsi Icesi.

2. Según las cifras de proyección de la Alcaldía de Cali para el 2018, el 52% de la población caleña serían mujeres, mientras que el 48% serían hombres. Ref.: Alcaldía de Santiago de Cali (2014). "Cali en Cifras 2014". Departamento Administrativo de Planeación. Santiago de Cali, Colombia.

GRÁFICO — 11
Género de consultantes mayores de 18 años



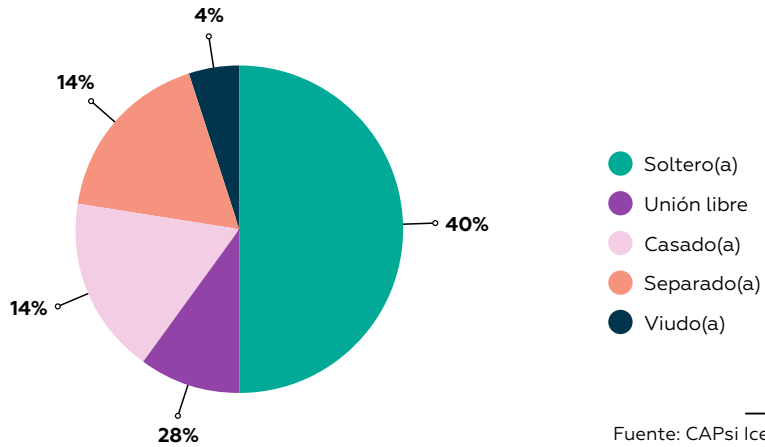
Fuente: CAPsi Icesi.

encuentran en crisis relacionadas con la identidad de género e iniciando procesos de transición de género, 3 de ellos se sumaron en el último año. Aunque aún no se reconocen todos como LGBTi, se ha incluido esta categoría en el sistema de registro.

1.1.9. Estado civil

De acuerdo con los datos recogidos en el periodo de enero del 2014 a diciembre de 2019, se encuentra que el 40% de los consultantes y acudientes de los menores de edad atendidos son solteros, el 28% vive en unión libre y el 14% es casado. Una posible hipótesis para explicar esta tendencia es el costo económico que implica el trámite del matrimonio, teniendo en cuenta la capacidad adquisitiva de la población objetivo del CAPsi. Además, el aumento de los consultantes separados (14%) puede relacionarse con que una de las principales problemáticas atendidas en el CAPsi, desde su inicio hasta el año 2018, han sido los conflictos de pareja. Es necesario mencionar además que se atendieron en un 4% consultantes viudos.

GRÁFICO — 12
Estado civil



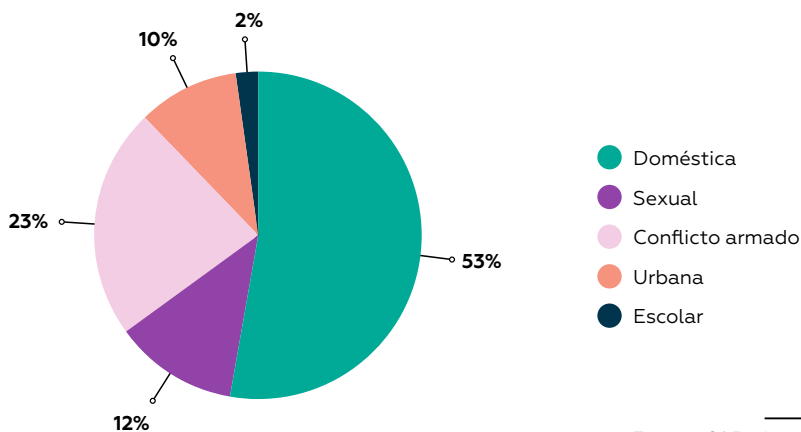
1.1.10. Personas afectadas por violencia

De los 1.495 consultantes atendidos en el CAPSi, desde enero de 2014 hasta diciembre de 2019, 19% de los consultantes reportaron haber sido afectados por algún tipo de violencia. A partir de la información recogida, se han categorizado estas afectaciones así:

- Doméstica (53%): violencia familiar o de pareja, que puede ser psicológica y/o física.
- Por conflicto armado (23%): víctimas del desplazamiento, destierro o familiares de personas asesinadas por grupos armados, sin ser necesariamente reconocidos como víctimas por parte del Estado.
- Sexual (12%): asociada a abusos, violaciones y tentativas de acceso carnal violento.
- Urbana (10%): asociada a actos perpetrados por pandillas, atracos, extorsiones, amenazas y riñas callejeras.
- Escolar (2%): matoneo y acoso en contextos escolares.

También se encuentra que 23% del total de los consultantes (años 2014-2019) son reconocidos por el Estado como víctimas del conflicto armado (registrados en la Unidad de Víctimas, Ley 1448 de 2011). Los proyectos de la Fundación WWB y Cuso, tuvieron como beneficiarios a personas víctimas del conflicto armado y un número significativo de estas fueron remitidas al Consultorio.

GRÁFICO — 13
Tipos de violencia



Fuente: CAPSi Icesi.

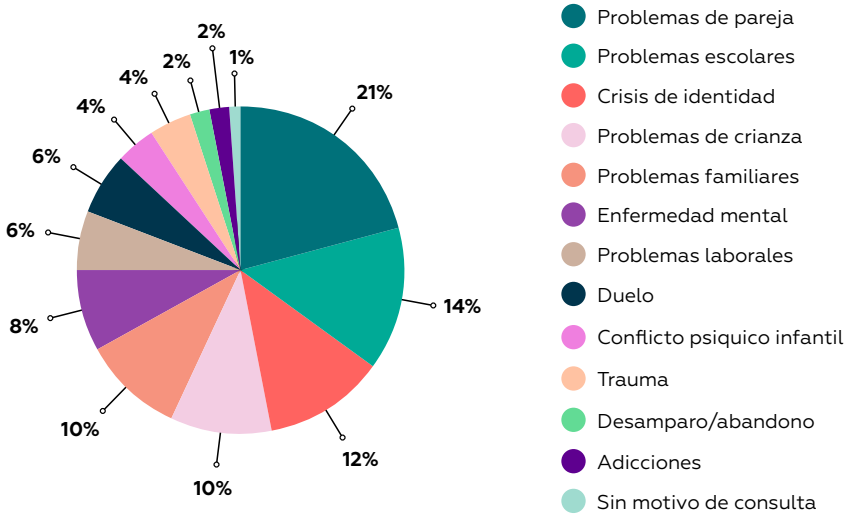
1.1.11. Problemas de salud mental

El gráfico que a continuación se presenta muestra 12 segmentos en los que se categoriza a cada consultante en problemáticas de salud mental. Dicha caracterización es producto de una síntesis entre el motivo de consulta inicial de cada consultante y el problema sobre el cual se decide intervenir.

A continuación, se explica en qué consiste cada uno de los segmentos, en orden de mayor a menor incidencia:

- **Problemas de pareja (21%):** hace referencia a las dificultades relacionadas con la sexualidad, infidelidad, problemas de comunicación, de desgaste y separación que los consultantes ubican en relación a su vida en pareja.

GRÁFICO — 14
Categoría de salud mental



Fuente: CAPSi Icesi.

- **Problemas familiares (10%):** esta categoría hace referencia a las problemáticas identificadas con el núcleo familiar, en cuanto a los conflictos que se pueden presentar con los padres, hermanos o familiares cercanos del consultante. También, se utiliza esta categoría cuando se identifican dificultades en tanto los padres o acudientes de un menor de edad, no cuentan con los recursos para tramitar los conflictos con sus hijos.
- **Problemas escolares (14%):** esta categoría se utiliza cuando un menor de edad presenta dificultades en el colegio, ya sea con sus compañeros, profesores o la misma institución. En su mayoría, estos casos cuentan con remisión escolar.
- **Crisis de identidad (12%):** se acude a esta categoría cuando la principal problemática tratada tiene que ver con un momento de vacilación subjetiva que le impide a un sujeto definir un proyecto de vida o decidirse por una elección sexual, amorosa, laboral, entre otras. Es usual que estas crisis se presenten en los púberes y

adolescentes, quienes están atravesando por un momento crucial en la construcción de su identidad vocacional y sexual. También puede presentarse en un joven adulto en el momento de culminar su carrera y enfrentar el mundo laboral o en un adulto mayor en el momento de la jubilación, entre otros momentos que implican un cambio radical en la trayectoria de vida.

- **Enfermedad mental (8%):** hace referencia a trastornos o alteraciones mentales crónicas, donde se percibe una ruptura radical del lazo social o un riesgo vital para el sujeto. Se trata principalmente de casos de psicosis, esquizofrenias, autismo y depresiones mayores con riesgo de suicidio. Problemas laborales (7%): se categorizan aquí aquellos casos donde se identifica en primer lugar un conflicto asociado al empleo u ocupación que se ejerce o a las relaciones con jefes y compañeros de trabajo (pérdida del empleo o riesgo de despido, reorientaciones vocacionales y laborales, acoso y matoneo laboral, entre otros).
- **Duelo (6%):** se entiende como el efecto emocional que tiene la persona frente a una pérdida importante, enfermedad y fallecimiento de un ser querido o una experiencia de destierro.
- **Conflicto psíquico infantil (4%):** principalmente se utiliza para categorizar los casos en los que los niños manifiestan un gran sufrimiento por alguna problemática familiar y comentan situaciones que vulneran su bienestar mental o emocional. Se incluyen aquí síntomas infantiles comunes como las enuresis y fobias.
- **Trauma (4%):** esta categoría se usa cuando los consultantes dan cuenta de la vivencia de un evento que se presentó en su vida de forma sorpresiva y abrupta, generando un estado de sideración tal que les impide continuar con su vida cotidiana y elaborar simbólicamente lo que sucedió.
- **Desamparo/abandono (2%):** se presenta en consultantes que no tienen familiares, redes de apoyo o han sido dejados en algún lugar al cuidado de otro. Se presenta sobre todo en adultos mayores.
- **Adicciones (2%):** con esta categoría se identifican los consultantes que presentan conductas adictivas, como el consumo

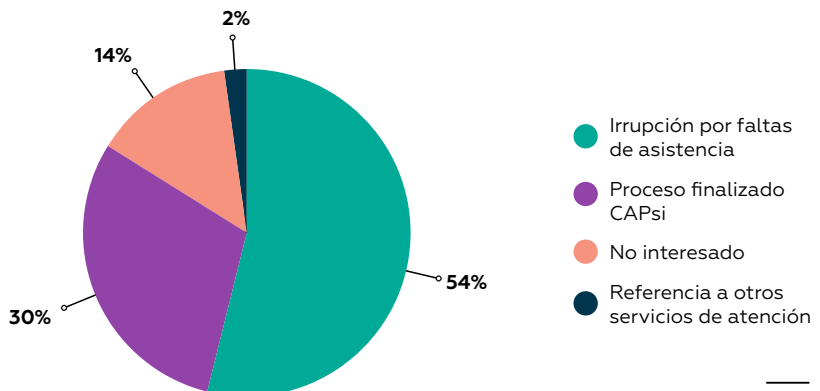
abusivo de sustancias psicoactivas y alucinógenos, la ludopatía y adicción a videojuegos, sexo compulsivo, etc., y esto provoca una interrupción de sus actividades cotidianas y una fractura de sus lazos sociales.

- **Sin motivo de consulta (1%):** en esta categoría se ubican las personas que asisten al dispositivo, pero no encuentran un motivo para seguir asistiendo al proceso psicológico que se les ofrece. Se ha identificado un aumento en el número de casos que se categorizan aquí en la implementación de los proyectos en cooperación con la Fundación WWB y Cuso, desde los cuales se promovía el acercamiento del servicio de atención a la población sin una demanda previa por parte de la persona.

1.1.12. Cierres de proceso y motivos de interrupción

El gráfico a continuación muestra las causas por las cuales se cierra el proceso de intervención de psicología en el CAPsi. De acuerdo con los datos, la causa más significativa de cierre es la interrupción por faltas de asistencia (54%), seguido de la finalización del proceso con el CAPsi (30%) que indica el porcentaje de casos que fueron culminados. Por último, es-

GRÁFICO — 15
Causa de cierre e interrupción del proceso

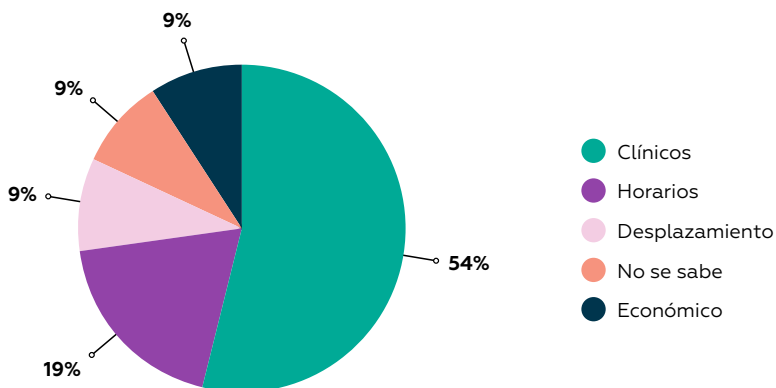


Fuente: CAPsi Icesi.

tán las categorías No interesado (14%) que da cuenta de que la persona no desea continuar el proceso terapéutico porque no encuentra sentido para hacerlo, remisión a otros servicios de atención (2%) cuando son remitidos desde el CAPsi a otras entidades de salud mental especializada. Como se ha mencionado anteriormente, durante el año y medio que la ONG Cuso lleva trabajando junto al dispositivo, esta ha sido la principal fuente de consultantes, muchos tuvieron una primera cita gracias a que el equipo se acercó a sus lugares de trabajo a atenderlos; por lo tanto, la gran mayoría no tenía motivo de consulta o asistieron a varias sesiones ya que creían que era un requisito que la organización les pedía, por esto, estas personas se categorizaron en la sección Interrupción por faltas de asistencia, aumentando así el porcentaje de la misma.

Teniendo en cuenta que la causa más representativa de cierre es la interrupción por faltas de asistencia (54% de los consultantes atendidos en el CAPsi), a continuación se resumen los motivos y representatividad con que estas interrupciones se dan. El 54% de los motivos de interrupción del proceso en el CAPsi son Clínicos, esta categoría se refiere a los efectos de una intervención realizada y/o la dificultad del consultante de abordar por la palabra puntos críticos que se identifican en el proceso; también a la dificultad de establecer un lazo de confianza con el/la practicante.

GRÁFICO — 16
Motivo de interrupción



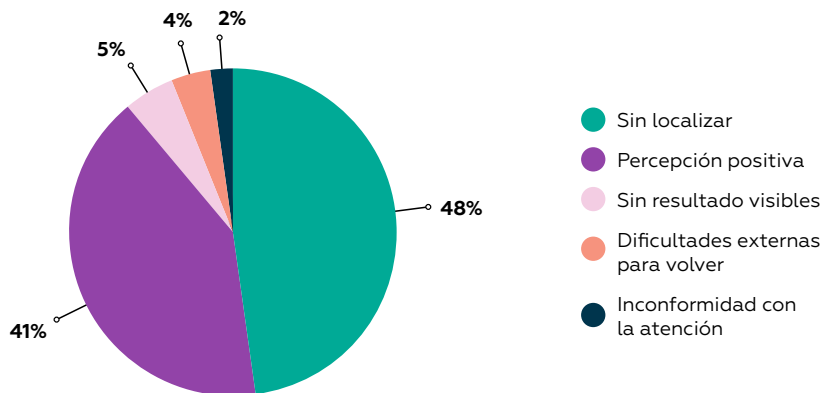
Fuente: CAPsi Icesi.

Los porcentajes restantes (46%), corresponden respectivamente a la dificultad con los horarios de atención (19%), a las distancias o tiempo de desplazamiento hasta el Consultorio (9%); en algunos casos no se logró establecer el motivo de interrupción (9%) y, por último, se identifica el factor económico asociado al costo del transporte (9%).

1.1.13. Seguimiento del proceso

Esta categoría muestra las respuestas obtenidas en las llamadas de seguimiento realizadas dos meses después de la finalización del proceso con los consultantes. Así, del total de personas llamadas se localizó el 52% de los consultantes que ha asistido desde enero de 2014 hasta diciembre de 2019, de los cuales el 41% tiene una percepción positiva de la atención recibida en el CAPsi. Un 2% de las personas consultadas reportan inconformidad con la atención o el servicio del CAPsi en cuanto al agendamiento de citas, disponibilidad horaria, duración de las sesiones, entre otras. Un 5% de las personas localizadas reportan que no hubo resultados notorios post-intervención; el 4% refiere que tuvo dificultades externas para continuar con el proceso ya sea por costos de traslados o motivos laborales. Además, un 96% de aquellos consultantes que se ubicaron recomendaría el servicio a otras personas.

GRÁFICO — 17
Seguimiento del proceso



1.2 Demandas Institucionales

El Consultorio de Atención Psicosocial (CAPSi) se está dando cada vez más a conocer en la sociedad caleña, es por ello que hay constantes solicitudes de parte de un número cada vez mayor de instituciones interesadas en establecer convenios de interconsulta y otras formas de cooperación. La ampliación de la red de cooperación institucional del CAPSi posibilita la realización de Brigadas de Atención y se abren oportunidades para proponer proyectos de investigación e intervención. Entre las instituciones que hacen demandas al CAPSi, se destacan las instituciones educativas públicas, algunas fundaciones y organizaciones del tercer sector y entidades públicas como las Comisarías de Familia, el ICBF, Defensoría del Pueblo, entre otras.

Las instituciones educativas solicitan principalmente la atención psicológica para los estudiantes, y solicitan Brigadas de Atención en sus territorios. En cuanto a las empresas, la principal demanda es la atención psicológica a sus empleados. Igualmente se han solicitado charlas institucionales, capacitaciones o atención psicológica para mejorar los puntos críticos del programa de riesgo psicosocial. Además, organizaciones como el Centro de Orientación de Migrantes buscan intervenciones orientadas en el trabajo de duelo relacionado con el proceso migratorio. Las instituciones son en su mayoría públicas y pertenecen a las comunas 19, 3, 20, 13, 4 y 15 (sector Centro, Norte, Distrito de Aguablanca y Laderas).

A continuación, se presenta la lista de Instituciones Educativas que, para este año, han solicitado atención para sus estudiantes en el CAPSi:

- Institución Educativa Juan Pablo II
- Escuela Piloto Harold Eder
- I.E. Ciudad Modelo
- I.E. Nuevo Latir
- I.E. República de Israel
- I.E. San Marcos
- I.E. Santa Isabel de Hungría
- I.E. Santa Librada
- I.E. Normal Superior Farallones

- I.E. Joaquín de Caicedo y Cuero
- I.E. Libardo Madrid Valderrama 22
- I.E. Rodrigo Lloreda Caicedo
- I.E. Gabriel García Márquez
- I.E. Comfandi Prados de Oriente
- I.E. Humberto Jordán Mazuera
- C.D.I. Cariño Remansos
- Hogar Santa María Goretti
- Hogar San José
- Tecnocentro Somos Pacífico
- SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje)
- Escuela de Aviación del Pacífico

Por otra parte, están las fundaciones y/o proyectos que tienen como pedido los servicios de evaluación y terapia para sus poblaciones beneficiarias. A continuación, se especifican algunas de ellas:

- **Fundación Unbound:** es una organización internacional sin ánimo de lucro fundada por católicos laicos. Su misión está orientada en apoyar a las personas de escasos recursos económicos, para esto brinda atención personalizada y beneficios directos a los niños, jóvenes y ancianos y a sus familias, para que puedan vivir con dignidad, alcanzar su potencial deseado y participar plenamente en la sociedad. Además, invitan a vivir en solidaridad con las personas de escasos recursos económicos a través del apadrinamiento personalizado. También fomentan relaciones de respeto mutuo, comprensión y apoyo sin ningún tipo de prejuicios. Unbound solicitó, durante el año 2019, la remisión de algunos de sus casos al CAPSi.
- **Centro de orientación para los Migrantes:** este centro de apoyo para los migrantes nace en el 2018, liderado por la Arquidiócesis de Cali, con el objetivo de brindar información acerca de las

consecuencias de quedarse ilegalmente en Colombia. Además, crea proyectos de atención integral para la población migrante a través de asesorías espirituales, programas de atención psicosocial y de reconstrucción de proyectos de vida.

- **Fundación Panamericana para el Desarrollo (FUPAD):** esta organización está desarrollando el proyecto de apoyo a desplazados internos colombianos mediante la mejora en la asistencia humanitaria, la capacidad institucional y los mecanismos de protección; en el cual brinda acompañamiento psicosocial grupal a las víctimas de desplazamiento forzado en fase de inmediatez que llegan a la Unidad de Atención y Orientación a Víctimas. Para ofrecer una atención más integral, se comunican con el CAPSi solicitando la remisión de los casos de víctimas del conflicto armado, para el acompañamiento psicoterapéutico individual.
- **Defensoría del Pueblo:** la entidad ofrece apoyo jurídico a víctimas de violencia sexual y de género, y ha manifestado gran interés por el trabajo del CAPSi, ofreciéndose como aliado para presentar proyectos y obtener financiación internacional. Actualmente, la Defensoría remite casos para acompañamiento psicológico, de forma paralela al proceso jurídico que ellos asesoran.
- **Casa Matria:** esta oficina de la administración municipal se encarga de coordinar y hacer seguimiento a la implementación de la Política Pública de las Mujeres en Santiago de Cali: Reconocimiento, Equidad de Género e igualdad de Oportunidades. Ha manifestado interés en hacer una alianza con el CAPSi para ofrecer acompañamiento psicológico en su nueva sede de Agua Blanca, que se inaugurará a mediados de 2019. Actualmente, Casa Matria remite casos para atención individual y desde el CAPSi se referencia esta institución para casos de violencia de género.

Otras entidades que han pedido que se atienda la remisión de casos para atención psicológica son:

- Secretaría de Educación
- Secretaría de Seguridad y Justicia

- Secretaría de Salud
- Médicos Sin Fronteras
- Centro Educativo Exploradores del Futuro (Candelaria)
- Unidad de Atención y Orientación al Desplazado
- Personería Municipal de Santiago de Cali
- Línea amiga 106/Corpolatín
- Programa de Atención Psicosocial a Víctimas (PAPSIVI)
- E.S.E Ladera
- E.S.E Oriente
- E.S.E Centro
- Fundación Samaritanos de la Calle
- Fundación Telefónica
- Fundación Paz y Bien
- Fundación SIDOC
- Fundación Carvajal
- Fundación para la Orientación Familiar (FUNOF)
- Comité Internacional de la Cruz Roja
- CAV (Centro de Atención a Víctimas) de la Fiscalía
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- Institución Educativa Juan XXIII - Sede Principal
- Comisión Colombiana de Juristas
- Comisaría de Familia Fray Damián
- Casa de Justicia los Mangos
- Salamanca
- SUMMAR Productividad
- Diamante
- Agatex S.A.S
- Crepes & Waffles

1.3 Catálogo de Instituciones especializadas

Uno de los propósitos que tiene el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) es brindar una atención integral a cada uno de sus consultantes tanto en el proceso, como en el seguimiento que se deba realizar después de hacer cierre. Por esto la entidad cuenta con un amplio catálogo de instituciones al que la población puede recurrir en caso de necesitar seguimiento de larga duración, para ello se tiene en cuenta las siguientes instituciones con las que el CAPsi ha compartido información.

Respecto a la atención en salud mental, las entidades prestadoras de salud o E.S.E se encuentran distribuidas en zonas como Laderas, Centro, Norte y Oriente, cada una de ellas cuenta con un hospital de cabecera (nivel uno) y diferentes dependencias donde se prestan servicios de salud de nivel dos. A esto se suma otra entidad de gobierno como las Comisarías de Familia que hay en funcionamiento en la ciudad de Cali, estas sirven como espacios de reflexión, orientación y conciliación de diferentes problemáticas que se puedan presentar dentro del núcleo familiar, presentando prioridad a una atención tanto jurídica, como psicosocial.

Lo que concierne a la atención a víctimas, el CAPsi cuenta con el contacto de entidades como la Unidad de atención y orientación a víctimas del desplazamiento (UAO), la Defensoría del Pueblo, Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS), el Centro de Atención a Víctimas (CAV) de la Fiscalía; donde se prestan servicios que contribuyan al restablecimiento de los derechos vulnerados, brindando asesoría jurídica, psicológica y social, y el Centro de Atención e Investigación Integral Contra la Violencia Familiar (CAVIF).

Teniendo en cuenta que muchos de los consultantes se encuentran en búsqueda de un empleo o generación de ingresos que les permita mejorar su estabilidad económica, se ha brindado información de diferentes entidades que prestan el servicio de obtención de empleo como lo son el Centro de empleo Comfandi, la bolsa de empleo Comfenalco, Prospera Aguablanca, la Fundación Paz y Bien, la Fundación Alvaralice, entre otros.

Al momento de derivar un proceso, se tienen en cuenta instituciones o fundaciones que presten servicios de atención psicológica que permita complementar el proceso que el consultante ha llevado inicialmente en el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi), es por ello que se cuenta con la información de entidades como la Asociación para la Salud Men-

tal infantil y del Adolescente (SIMA), en la que se prestan servicios de terapia individual, terapia familiar y psiquiatría; también se encuentra la Fundación para la Orientación Familiar (FUNOF), que brinda especial servicio a proyectos en familia, con intervenciones psicosociales.

El catálogo de instituciones especializadas, además de contar con entidades prestadoras de salud, también cuenta con entidades como hogares de paso, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, centros de atención en salud sexual, hogares para el adulto mayor, entre otros. La información que se brinda de estas instituciones se ha obtenido gracias al trabajo de contacto y relacionamiento que se ha liderado desde el CAPsi, identificando a las 23 personas responsables e indagando sobre los servicios que ofrecen. De esta manera se ha generado la posibilidad para que los consultantes del CAPsi se beneficien de otras redes de apoyo institucionales y comunitarias, así como las rutas de atención acordes con su capacidad económica y su lugar de residencia.

2. PROYECTOS DE COOPERACIÓN

El propósito de esta línea de acción es generar procesos cooperativos y participativos con entidades gubernamentales, ONG, fundaciones, organizaciones comunitarias y sociales que tengan una trayectoria en un territorio dado. Estos programas cuentan con un enfoque colectivo, sin perder de vista la subjetividad, generando procesos de inserción social y fortalecimiento de los lazos sociales de personas que viven en situación de vulnerabilidad. Los proyectos y programas de prevención son diseñados a la medida, de acuerdo con un análisis de las demandas, del contexto y de la problemática; y apuntan al lugar del sujeto y del significado que tiene para él o ella su conflicto. Se priorizan problemáticas de alta incidencia en los sectores más vulnerables, tales como las diferentes manifestaciones de violencia y otras expresiones de la segregación y exclusión social. Durante el 2014 y el 2018 se realizaron los siguientes proyectos:

Intervención clínico-comunitaria en el barrio “El Calvario” en cooperación con la EMRU (Empresa Municipal de Renovación Urbana)

Esta empresa estatal ejecuta acciones urbanas integrales y desarrolla programas y proyectos derivados de las políticas y estrategias contenidas en el P.O.T. de la ciudad de Cali. Actualmente se encuentra implementando las actividades relacionadas con el traslado de los habitantes del barrio El Calvario, uno de los sectores donde se desarrollará el plan urbanístico denominado “Ciudad Paraíso”. El equipo de Gestión Social de esta institución solicitó, en el año 2016, la asesoría y el apoyo del CAPsi frente a la dificultad persistente en los habitantes del barrio para afrontar este desplazamiento urbano. De esta manera, se identificó que el grupo en el que más se evidencia esta dificultad es el de los adultos mayores. A partir de esto, el equipo del CAPsi elaboró una propuesta piloto de intervención clínico-comunitaria, que tuvo como objetivo crear un espacio de encuentro colectivo y de conversación que permitiese a los adultos mayores identificar recursos subjetivos y comunitarios para enfrentarse al cambio que tendrán que hacer, partiendo de sus experiencias y saberes de vida.

En cuanto a los hallazgos más representativos de este proceso de intervención, se evidenció que estas personas consideran el traslado como una oportunidad de cambio, una posibilidad de mejorar sus actuales condiciones de vida; al mismo tiempo manifestaron, ante el inminente traslado, un sentimiento de nostalgia y añoranza de los tiempos pasados, de su historia y vínculos con el barrio que habitaron por más de dos décadas, así como de incertidumbre frente al cambio que se avecina y la ubicación en un sector desconocido de la ciudad.

Brigada de atención en residencias de reubicación en cooperación con el Plan Jarillón de Cali

Este Plan es un macroproyecto de ciudad que busca evitar un posible desastre social, económico, ambiental y de infraestructura a través de la recuperación de la estructura del dique construido para contener el cauce del Río Cauca y el reasentamiento de las familias que lo ocupan de manera irregular.



El proyecto cuenta con programas de acompañamiento psicosocial con jornadas de salud y vacunación; capacitaciones en proyecto de vida, emprendimiento, liderazgo, derechos ciudadanos, convivencia y valores humanos. Con el propósito de fortalecer ese acompañamiento, el grupo de apoyo psicosocial buscó el CAPSi para la realización de una jornada de brigada psicológica el 13 de octubre de 2016, en la que se ofreció atención a las personas reubicadas en el Complejo Habitacional Río Cauca, en la comuna 21 de la ciudad. Durante la jornada se atendieron diferentes problemáticas como conflictos familiares, escolares, duelos, desplazamiento forzado, entre otros. En el desarrollo de la jornada se contó con la participación de los estudiantes del curso “Taller de formación profesional: Clínica y de la Salud” de la Universidad Icesi.

Apoyo psicosocial a familias víctimas en procesos de restitución de tierras en cooperación con la Comisión Colombiana de Juristas

Es una organización no gubernamental con sede en Bogotá, la cual busca por medios jurídicos el pleno respeto en Colombia de los derechos humanos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales, así como del derecho humanitario. Ofrece apoyo a las víctimas del conflicto armado

en el litigio de restitución de tierras. Durante los meses de agosto y septiembre de 2016 el CAPsi llevó a cabo un convenio con esta organización, por medio del cual se brindó acompañamiento psicológico a familias víctimas del conflicto armado vinculadas a procesos de restitución de tierras en el marco de la Ley de Víctimas.

Estrategia de atención en salud mental dirigida a las beneficiarias de los programas de la Fundación WWB Colombia

La Fundación surge del WWB Banco con el propósito de apoyar el crecimiento de los empresarios de bajos ingresos, especialmente la mujer empresaria. Su misión es contribuir a elevar el nivel de vida de la población de menores ingresos, preferiblemente de la mujer empresaria y su familia, mediante programas de educación, capacitación, divulgación, investigación y servicios complementarios.

La Fundación buscó la cooperación del CAPsi para el apoyo psicosocial en los procesos de emprendimiento, dado que identificó problemáticas personales, familiares, motivacionales, que interferían en sus planes de emprendimiento. Ante estas problemáticas el CAPsi propuso un proyecto que integraba procesos de acompañamiento psicológico



y talleres de sensibilización sobre la utilidad de un espacio de escucha psicológica. También se ejecutó un programa de capacitación en pautas de remisión en salud mental, dirigido a los facilitadores de la FWWB, con el propósito de brindar herramientas para la identificación de posibles casos de riesgo y una adecuada remisión de estos casos, teniendo en cuenta la importancia de la confidencialidad de la información privada. El proyecto se ejecutó desde septiembre de 2017 hasta julio de 2018, y se atendieron aproximadamente 100 beneficiarias/os de la FWWB.

Estrategia de atención psicosocial - Proyecto SCOPE "Empleos para construir futuro" en cooperación con Cuso International

El proyecto SCOPE "empleos para construir un futuro" es un proyecto implementado por la organización Cuso International. Esta es una organización benéfica registrada en Canadá y Estados Unidos, cuyo objetivo es trabajar junto con la población local en otros países, para mejorar la vida de las personas que viven en condición de pobreza y desigualdad social.

Este proyecto brinda capacitaciones con el propósito de mejorar las oportunidades de empleabilidad de mujeres, jóvenes y víctimas del conflicto armado en 8 ciudades de Colombia (Bogotá, Soacha, Medellín,



Quibdó, Cali, Buenaventura, Cartagena y Barranquilla). Con el objetivo de contribuir a la inserción y permanencia laboral de los beneficiarios a su primer empleo, Cuso se alió con el CAPsi para ofrecer servicios de consulta psicológica. Durante la ejecución de este proyecto se han realizado acuerdos para ofrecer atención terapéutica individual en las instalaciones de empresas como: Diamante, SUMMAR Productividad, Agatex, Peñatex, Salamanca, Spataro Napoli y Crepes & Waffles. El acompañamiento psicosocial brindado por el CAPsi se realizó por un año desde enero de 2018.

Además, durante el segundo semestre del 2019 se inició la formulación del programa de prevención del acoso escolar, en cooperación con el Grupo de Acciones Públicas de Icesi (GAPI). Este programa está dirigido a las Instituciones Educativas de Cali, y tiene el propósito de construir herramientas y capacitaciones para la prevención e intervención de esta problemática, en el cual pueda participar toda la comunidad educativa: los estudiantes, docentes, directivas y los acudientes.

3. ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Desde el CAPsi, en tanto laboratorio de aprendizaje experiencial, se lideran regularmente una serie de actividades de docencia e investigación, con el propósito de fortalecer la formación clínica de los estudiantes de psicología de la Universidad, así como contribuir a la generación de nuevo conocimiento a partir de la experiencia de intervención clínica y comunitaria. A continuación, se describen las principales estrategias y prácticas en docencia, seguidas de los espacios de discusión académica y de los resultados de investigación:

3.1 Estrategias de docencia

- **Supervisión clínica:** durante estos 6 años en el CAPsi se han realizado 1.100 horas de supervisión, con la colaboración de 4 psicólogas profesoras del Departamento de Estudios Psicológicos. Esta estrategia se aborda a partir de cuatro dimensiones. La primera es la *dimensión ética*, en la cual se reconoce la responsabilidad

social que implica el trabajo clínico y la necesidad de supervisar la forma como se conduce un caso, al igual que los efectos que la intervención del/la psicólogo/a tiene en el/la consultante, posibilitando la identificación honesta de errores y la rectificación de la posición subjetiva del psicólogo cuando esta última obstaculiza la conducción de un proceso.

En la segunda dimensión, lo *pragmático o terapéutico*, se apunta a la responsabilidad subjetiva del consultante, evitando que quede eclipsado por demandas colectivas que lo fijan a posiciones victimizantes; se promueve la identificación de recursos subjetivos e invenciones propias del consultante que le permiten arreglárselas frente al malestar social o familiar; y la identificación de recursos comunitarios que contribuyan a la reinserción social del consultante (redes de remisión, interconsulta con CJ, GAPI, vínculos con grupos e instituciones de proximidad).

La tercera dimensión es lo *formativo*, al reconocer la supervisión como un espacio dialógico de aprendizaje donde el practicante narra los aspectos que considera relevantes de las sesiones atendidas y el supervisor escucha atentamente, enfocándose en tres aspectos: la posición subjetiva del practicante; las intervenciones realizadas por este y sus efectos, así como los aspectos relativos al caso. Se trata de orientar una escucha de la singularidad del caso.

Por último, en la dimensión *investigativa*, se propician discusiones académicas donde se revisan y revisitan las teorías que pueden servir para orientar el trabajo sobre los casos clínicos. Se trata de ubicar referentes conceptuales relevantes para el caso y promover el vínculo entre la praxis y la teoría en lo que atañe la psicopatología, el diagnóstico diferencial, el vínculo terapéutico, el diálogo con otros saberes. Se identifican rasgos comunes a los casos y problemáticas de mayor incidencia.

- **Supervisión grupal:** a partir de una escucha interesada del practicante, el supervisor promueve la reflexión y la conversación sobre los aspectos antes mencionados y provee algunas pautas y recomendaciones precisas para la dirección del proceso frente a un grupo de estudiantes. El grupo tiene la posibilidad de pre-

guntar, proponer, discutir y cuestionar aspectos relacionados con el proceso de supervisión del caso. En esta dinámica la profesora retoma las intervenciones del grupo para aclarar ciertos conceptos en relación a los objetivos de aprendizaje (demanda, diagnóstico, vínculo, dirección y logros del proceso).

- **Observación de primera sesión (sombra):** en esta estrategia los estudiantes tienen la oportunidad de observar una primera sesión de un proceso de atención psicológica, la cual es dirigida por la psicóloga del CAPsi. Posteriormente, la experiencia es discutida en algunos de los cursos del área clínica para dar cuenta de las intervenciones realizadas por la profesional y los posibles efectos. En este período participaron 226 estudiantes de octavo semestre de psicología.
- **Brigadas psicológicas:** a través de esta actividad los estudiantes de psicología de octavo semestre tienen la oportunidad de atender consultantes de forma autónoma en una jornada organizada por el CAPsi. Desde el 2014 hasta el 2019, se han realizado 14 brigadas de atención psicológica, en lugares como la Fundación Carvajal, sede El Poblado y en la Institución Educativa La Buitrera, sede Nuestra Señora de las Lajas. En estas jornadas participaron un total de 200 estudiantes, quienes tuvieron la oportunidad de atender directamente a los consultantes y reflexionar sobre su experiencia.

3.2 Pasantías internacionales

El CAPsi ha acogido tres pasantes internacionales, una de ellas proveniente de Alemania y dos de Canadá. En el segundo semestre del año 2016 se contó con la presencia de **Lina Niederhöfer**, pasante internacional de la Maestría en psicología clínica de la Universidad Friedrich-Schiller, Jena, Alemania. Lina participó en diversas actividades del CAPsi, como la atención psicológica a consultantes y el diseño de talleres con la población adulto mayor de un barrio vulnerable de la ciudad de Cali.

De mayo de 2017 a abril de 2018 estuvo vinculada como pasante internacional **Rosa Elena Delgado**, ciudadana colombo-canadiense, trabajadora social, cooperante de Cuso International. Su labor como cooperante consistió en el diseño metodológico de la investigación

sobre la incidencia del acompañamiento psicológico en la inserción y permanencia laboral (Proyecto Cuso-CAPsi).

En mayo de 2018, **José Alejandro Camargo**, ciudadano colombo-canadiense, psicólogo de MacGill University de Montréal, Canadá, inició su trabajo como cooperante de Cuso por un año, participando en una investigación sobre la incidencia del acompañamiento psicológico en la inserción y permanencia laboral; realizando entrevistas, y análisis de datos cualitativos y cuantitativos.

3.3 Redes internacionales

El CAPsi forma parte, desde el año 2017, de la **World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)**, en calidad de “Collaborating Centre for Research and Training-CCTR”, entrando en relación con una nueva red mundial de centros que brindan servicios de rehabilitación psicosocial a personas con enfermedades mentales crónicas, para ofrecer oportunidades de formación e investigación. Entre los centros aceptados se encuentran el Africa Mental Health Foundation –AMHF– (en Nairobi, Kenia) y la Psychiatric Rehabilitation Unit, Sheikh Khalifa Medical City (en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos).

3.4 Actividades de investigación

3.4.1. Foro internacional en salud mental e intervención psicosocial

Este espacio tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento de un vínculo efectivo entre la investigación académica y la formulación de políticas públicas, y de programas de intervención en salud mental. Hasta la fecha se han desarrollado tres foros internaciones y ha contado con invitados internacionales de países como Argentina, Italia, Mozambique, Brasil, entre otros.

- I Foro internacional de políticas en salud mental e intervención psicosocial (julio de 2014).
- II Foro internacional de políticas en salud mental e intervención psicosocial (agosto de 2015).

- III Foro internacional de políticas en salud mental e intervención psicosocial (agosto de 2016).

3.4.2. Seminario Caso por Caso, clínica y lazo social

Este espacio fue creado con el propósito de propiciar una discusión clínica de los casos del CAPsi, debatir sobre la actualidad de la clínica psicológica, así como promover el diálogo interdisciplinar. A continuación, se listan las sesiones realizadas desde el 2015, cuando se creó el seminario, hasta el año 2019:

- *Violencia sexual y trauma: Dos años de silencio* (agosto 2015).
A cargo de: Margarita Munévar (Psicóloga CAPsi).
Comentan: Diana Quintero (GAPI), Aurora Vergara (CEAF) y Ximena Castro (CAPsi). *Problemas de aprendizaje en la clínica: El caso de Jimmy* (septiembre 2015).
- A cargo de: Ana María Drada (estudiante en práctica CAPsi).
Comentan: Jackeline Cantor (Directora del Programa de Psicología), Maristela Cardona (Coordinadora de licenciaturas) y Mónica Larrahondo (Supervisora CAPsi).
- *Atropello escolar en la clínica* (octubre 2015).
A cargo de: Lina Guerrero (estudiante en práctica CAPsi).
Comentan: Nuris Martelo (psicóloga escolar y supervisora del CAPsi) y José Eduardo Sánchez (Profesor de psicología educativa).
- *Un caso de psicosis* (octubre 2015).
A cargo de: Ximena Castro (Directora CAPsi).
Comenta: Héctor Gallo (Psicoanalista y profesor de la Universidad de Antioquia).
- *Adolescencia, síntoma e invención* (febrero 2016).
A cargo de: Margarita Munévar (Psicóloga CAPsi).
Comenta: Mario Marín (Psicólogo escolar y profesor de psicología).
- *El niño de los zombis* (abril 2016).
A cargo de: Stephany Solórzano (estudiante en práctica CAPsi).
Comenta: Miguel Gutiérrez (Psicólogo y psicoanalista Universidad del Rosario).

- *Maltrato y responsabilidad subjetiva* (mayo 2016).
A cargo de: Paula Ledesma (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Gloria Irina Castañeda (Psicóloga), Luz María Zuluaga (Asesora del consultorio jurídico-derecho de familia) y Nuris Martelo (Psicóloga escolar y supervisora CAPSi).
- *Violencia, desplazamiento y respuestas subjetivas* (agosto 2016).
A cargo de: Margarita Munévar (Psicóloga CAPSi).
Comentan: Omar Bravo (Director de maestría en Intervención Psicosocial) y Yoseth Ariza (CEAF).
- *Un mundo fuera del mundo* (septiembre 2016).
A cargo de: Andrés Cadavid (estudiante en práctica CAPSi-ESE Ladera).
Comenta: María Angélica Aristizabal (Psicóloga de la Fundación Valle del Lili).
- *La Isla de Joseph* (octubre 2016).
A cargo de: Laura Silva (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Gladys Martínez (Psicoanalista) y Victoria Durán (Psiquiatra HUV).
- *Entre la escritura y el golpe: el caso de John* (noviembre 2016).
A cargo de: Melissa Bolaños (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Andrea Zúñiga (Psicóloga y psicoanalista) y Nuris Martelo (Psicóloga y Supervisora CAPSi).
- *Terror, trauma y síntoma: El caso de una familia víctima de la violencia* (febrero 2017).
A cargo de: Margarita Munévar (Psicóloga CAPSi) y Ximena Castro (Profesora del Departamento de Estudios Psicológicos, Universidad Icesi, Directora del CAPSi).
Comenta: Gabriela Recalde (Directora del GAPI).
- *Conflicto y maltrato familiar: El caso de Peter* (abril 2017).
A cargo de: Stefanía Salazar (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Laura Cadavid (Socióloga) y Mónica Larrahondo (Psicóloga y Supervisora CAPSi).

- *Adolescencia, cuerpo e histeria: El caso de Alicia* (mayo 2017).
A cargo de: María Fernanda Alomía (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Nuris Martelo (Psicóloga y Supervisora CAPSi) y Julián Lasprilla (Psicoanalista, profesor del Departamento de Artes y Humanidades, Icesi).
- *Del dibujo al lenguaje: el caso de Marcus* (septiembre 2017).
A cargo de: Daniela Ortiz (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi), Jackeline Cantor (Psicóloga educativa Icesi) y Sandra Muñoz (Neuropsicóloga).
- *Conflictos de pareja y de familia: El caso de Roberto* (octubre 2017).
A cargo de: Juan José Paz (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Nuris Martelo (Psicóloga y Supervisora CAPSi), Jaime Castro (Psicoanalista miembro de la AMP) y Erika Márquez (Directora del Programa de Sociología, Icesi).
- *Hacerse un padre, el duelo en la infancia* (marzo 2018).
A cargo de: Kaetano Quirós Cortez (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Natalia López Lesmes (Magister en Familia, Psicóloga Fundación Valle del Lili).
- *De la agresividad a la palabra: El caso de Juan* (abril 2018).
A cargo de: Valentina Rivera Urrego (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Nuris Martelo (Supervisora CAPSi) y Luz Adriana Chaves (Psicóloga Clínica).
- *El caso de una mujer abusada* (mayo 2018).
A cargo de: Paula Andrea Mejía (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Gladys Martínez (Psicoanalista Asociación Mundial de Psicoanálisis).
- *Salud Mental y Trabajo: Construyendo Lazo Social* (agosto 2018).
A cargo de: Paula Andrea Ledesma (Psicóloga egresada de la Universidad Icesi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Saryth Valencia (Magister en Gestión Humana y Desarrollo Organizacional).

- *Adolescencia y malestar subjetivo: La escritura como invención singular* (septiembre 2018).
A cargo de: Diego J. Velasco (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Victoria Durán (Psiquiatra y profesora de Psicopatología Universidad Icesi).
- *“Me lleno con muy poco” Un caso de anorexia* (octubre 2018).
A cargo de: María Camila Suarez (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Psicoanalista y supervisora CAPSi) y Margarita Munévar (Psicóloga CAPSi, Magister en Intervención Psicosocial).
- *Del desalojo al calvario: Un caso de violencia* (noviembre 2018).
A cargo de: Diana Marcela Huertas S. (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Nuris Martelo (Supervisora CAPSi) y Jaime Amparo Alves (Investigador visitante en el Centro de Estudios Afrodiaspóricos- CEAf).
- *Fragilidad psíquica e invenciones en la infancia: El caso de Simón.* (febrero 2019).
A cargo de: Julián Ocampo (estudiante en práctica CAPSi)
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Laura Martínez (Psicóloga clínica FVL, Magister en psicoterapia con niños, adolescentes y familia).
- *Deserción escolar y salud mental: El caso de Nicolás* (marzo 2019).
A cargo de: Valeria Ríos (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Juliana Rosado (Neuropsicóloga, Directora de investigación Instituto Tobías Emanuel) y Margarita Munévar (Supervisora CAPSi).
- *Entre los celos y el deseo de estar a la altura* (abril 2019).
A cargo de: Ladibeth López (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Nuris Martelo (Supervisora CAPSi) y Jaime Castro (Psicoanalista, Miembro de la AMP).
- *Demanda escolar y aprendizajes diversos* (mayo 2019).
A cargo de: Ámbar G. Mosquera (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Yamileth Bolaños (Psicóloga, Magister en estudios sociales y políticos).

- *Exclusión escolar: El caso de Camilo.* (septiembre 2019).
A cargo de: Ibeth Cuasmayan Muñoz (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Margarita Munévar (Supervisora CAPSi) y Liliana Poveda Sánchez (Psicóloga escuela media Colegio Bolívar, Magíster en intervención psicosocial).
- *Entre la nada y el desafío: El caso de Emilio.* (octubre 2019).
A cargo de: Valentina Avendaño (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Mónica Larrahondo (Supervisora CAPSi) y Tatiana Calderón (Psicóloga Clínica, Doctorando en Psicología, Profesora Universidad San Buenaventura).
- *De la abnegación materna a la posibilidad: El caso de Silvana.* (noviembre 2019).
A cargo de: Vanessa Bastidas (estudiante en práctica CAPSi).
Comentan: Nuris Martelo (Psicoanalista y supervisora CAPSi) y María del Carmen Buriticá (Psicóloga, Magíster de la Universidad del Valle, Profesora Universidad Icesi).
- *Tratamientos posibles en un hospital Psiquiátrico.* (noviembre 2019).
A cargo de: Ladibeth López y Valentina Estrada (estudiantes en práctica Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle).
Comentan: Mónica Larrahondo (Psicoanalista y supervisora CAPSi) y Mónica Cajiao (Médico Psiquiatra y psicoanalista. Psiquiatra Sala 5).

3.4.3. Escucha y salud mental en contextos de vulnerabilidad social (Coloquio). Con motivo de la celebración de los 5 años del Consultorio de Atención Psicosocial- CAPSi. Universidad Icesi, Cali, Colombia. Jueves 7y viernes 8 de febrero de 2019

A continuación, se expone el programa del Coloquio:

- *Apertura*
Jerónimo Botero, Decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Icesi.
- *Presentación de informe Capsi 5 años*
Ximena Castro, Directora CAPSi, profesora del Departamento de estudios psicológicos, Icesi.

Comenta: María Adelaida Arboleda, PhD en salud mental comunitaria, Jefe de Departamento. Psiquiatría, Universidad del Valle.

- *Panel: Psicoanálisis aplicado a la salud mental en contextos de vulnerabilidad social*
 “Subjetividad y escucha”, Angela María Jaramillo, Universidad de Antioquia.
 “Los dispositivos de escucha: Su ética, rigor y emergencia”. Miguel Gutiérrez Peláez, Universidad del Rosario.
 “Memoria y subjetividad: Los poderes de la palabra”, Gloria I. Castañeda, Institución Universitaria Antonio J. Camacho.
- *La formación clínica en el programa de Psicología-Icesi:*
 José Eduardo Sánchez, Director de Programa.
- *Presentación de caso clínico:*
 Margarita Munévar, Psicóloga CAPSi
 Comentan: Mónica Larrahondo, supervisora clínica CAPSi y Daniela Castellanos, profesora de Antropología, Icesi.
- *Conversatorio: Supervisión y formación clínica*
 Presentación modelo supervisión CAPSi: Ximena Castro.
 Nuris Martelo, supervisora CAPSi.
 Mónica Larrahondo, supervisora CAPSi.
 Natalia López, supervisora clínica FVL.
 Valentina Rivera, egresada CAPSi-Icesi.
 Modera: Jackeline Cantor, profesora del Departamento de Estudios Psicológicos, Icesi.
- *Atención psicosocial, salud mental e inserción laboral*
 Presentación de Proyecto Cuso-CAPSi: Alejandro Matos, Director País Cuso Internacional, y Ximena Castro.
- *Presentación de resultados de investigación*
 Manuel Amaya, coordinador territorial, proyecto SCOPE, Cuso.
 Yuli Salazar, coordinadora proyecto CAPSi-Cuso.
 José Camargo, asistente de investigación, proyecto CAPSi-Cuso.
 Comenta: Martín Nader, Jefe de Departamento de Estudios Psicológicos, Icesi.

- **Conversatorio: escucha y sufrimiento social**
Jan Grill, profesor de Sociología, Universidad del Valle.
Diana Solano, profesora de Estudios Jurídicos, Icesi.
Omar Bravo, director Maestría Intervención Psicosocial, Icesi.
Jaime Castro, psicoanalista, Asociación Mundial de Psicoanálisis, Director NEL-Cali.

3.5 Eventos académicos y ponencias

- “La utilidad social de la escucha: sobre la experiencia del CAPsi”, Ximena Castro.
- *Foro Internacional en salud mental e intervención psicosocial*. Universidad Icesi, Cali, 30 y 31 de julio de 2014.
- “Psicosis y atención primaria: la experiencia del CAPsi”, Ximena Castro. *Brain Festival*, Universidad Icesi. Cali, abril 29 de 2015.
- “Subjetividad y lazo social: hacia un modelo de atención clínico-comunitario”, Ximena Castro. *Foro Internacional en salud mental e intervención psicosocial*. Universidad Icesi. Cali, 8 de agosto de 2015.
- “La supervisión clínica en el CAPsi como buena práctica docente”, Ximena Castro.
- *II Encuentro de Buenas Prácticas Docentes*. Universidad Icesi. Cali, 28 de agosto de 2015.
- “Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi): Clínica y lazo social”, Margarita Munévar. *II Convocatoria Experiencias significativas en psicología y salud mental*. Ceremonia de Premiación COLPSIC. Bogotá, 23 de junio de 2016.
- “La experiencia del Consultorio de Atención Psicosocial en la atención a víctimas”. Ximena Castro. *Conversatorio de la Rama de la WAPR-Colombia (World Association for Psychosocial Rehabilitation)*. Universidad del Rosario, Bogotá, 8 de octubre de 2016.

- “La pasión de la víctima: un delirio contemporáneo”, Ximena Castro. *IX Jornadas de la Nueva Escuela Lacaniana*. Guayaquil, 20-23 de octubre de 2016.
- “Caso clínico: La isla de Joseph”, Laura Silva. *XIV Encuentro de Centros de Atención Psicológica*. Universidad Católica de Pereira, 21 de octubre de 2016.
- “Acompañamiento psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia: Nuevos desafíos para la clínica psicológica”. Ximena Castro. *Congreso Interamericano de Psicología*. Mérida, México, julio de 2017.
- “Conflictos de Pareja y Familia: El caso de Roberto” (Poster). Juan José Paz. *III Encuentro Nacional de Estudiantes de Psicología*. Cali, Colombia, octubre de 2017.
- “Postconflicto y salud mental. Entre ideales, invenciones y contingencias” (Foro organizado por el CAPsi-Icesi y la Nueva Escuela Lacaniana (NEL-Cali). *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle*. Cali, Colombia, julio de 2018.
- “Adolescencia y malestar subjetivo: La escritura como invención singular” (Ponencia). Diego José Velasco. *XVI Encuentro Nacional de Centro de Atención Psicológica*. Pereira, Colombia, octubre 2018.
- “Violencia y desplazamiento. Apuntes psicoanalíticos sobre la segregación racial en Cali” (Ponencia). Ximena Castro. *Ciclo de conferencias: El psicoanálisis en la ciudad*. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, noviembre de 2018.
- “Escucha y salud mental en contextos de vulnerabilidad social” (Coloquio). Con motivo de la celebración de los 5 años del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi). Universidad Icesi, Cali, Colombia. Jueves 7 y viernes 8 de febrero de 2019.
- “Fragilidad psíquica e invenciones en la infancia: El caso de Simón” (Ponencia). Julián Ocampo (practicante del CAPsi). *XVII Jornada de Encuentro de Centros de Atención Psicológica*. Universidad Católica, Pereira, Colombia, octubre 2019.

3.6 Publicaciones:

- Castro Sardi, X. Munévar, M. (2016). Consultorio de atención psicosocial (CAPsi): Clínica y lazo social. En: *Experiencias significativas en psicología y salud mental (2nda edición)*. Bogotá, Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos. Recuperado de: http://colpsic.org.co/aym_image/files/experiencias_significativas.pdf
- Castro Sardi, X. (2016). Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental. En Bravo, O. (Ed.), *Salud mental y atención psicosocial*. Cali, Colombia: Universidad Icesi.
- Castro Sardi, X. (Julio, 2017). Acompañamiento psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia: Nuevos desafíos para la clínica psicológica. Ponencia presentada en el *Congreso Interamericano de Psicología*. Mérida, México.
- Paz, J.J. (Octubre, 2017). Conflictos de Pareja y Familia: El caso de Roberto. Poster presentado en el *III Encuentro Nacional de Estudiantes de Psicología*, Universidad Icesi, Cali, Colombia.
- Castro Sardi, X. (2018). Sobre la actualidad de la clínica psicoanalítica de la psicosis: el caso de H. En *Una década del programa de Psicología en la Universidad Icesi, Trayectorias y enfoques*. Cali, Colombia: Universidad Icesi.
- Castro-Sardi, X. (2019). Sobre mi experiencia pedagógica en el campo de la psicología clínica. En *Las profes. Ellas enseñan, ellas relatan*. Editorial Universidad Icesi. Recuperado de: http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/84970/3/rodriguez_profes_ense%c3%b1an_2019.pdf

Proyectos de grado de psicología asociados a la intervención realizada en CAPsi

- Laura Silva. (2016). “Identidad en víctimas afrodescendientes del conflicto armado colombiano”. Asesora: Ximena Castro.
- Vanessa Franco. (2016). “Deseo de sujeto y asunción de responsabilidad en un contexto de vulnerabilidad social: Un estudio de caso”. Asesora: Ximena Castro.
- Ana María Drada. (2016). “Proyecto de intervención clínico-comunitario para una población de la tercera edad en condición de desplazamiento”. Asesor: Omar Bravo.
- Lina Guerrero. (2016). “Posición subjetiva de cinco niños ante su síntoma: Estudios de caso”. Asesora: Nuris Martelo.
- Angie Salguero. (2016). “Efectos subjetivos de la violencia en un niño: Un estudio de caso”. Asesora: Ximena Castro.
- Paola A. Osorio y Natalia Betancourt. (2017). “Violencia de género: Un abordaje clínico”. Asesora: Ximena Castro.
- Laura Romero y Samanta Escobar. (2017). “El estatuto del cuerpo en la psicosis en la infancia, una mirada psicoanalítica”. Asesora: Mónica Larrahondo.
- Diana C. Santa. (2018). “El lugar del psicólogo en el diagnóstico y el tratamiento de la psicosis”. Asesora: Ximena Castro.
- Marisol Benítez. (2018). “Las víctimas en la rehabilitación psicosocial: Desde los discursos y prácticas de psicólogos del PAPSIVI”. Asesora: Ximena Castro.
- Natalia Rivera. (2018). “El uso de los intereses específicos en el tratamiento de tres casos de niños autistas”. Asesora: Mónica Larrahondo.
- Ladibeth López y María Alejandra López. (2018). “Desencadenamiento psicóticos en la infancia”. Asesora: Mónica Larrahondo.

- Proyectos de grado de la Maestría de intervención psicosocial asociados a la intervención realizada en CAPsi:
- Margarita Munévar. (2016). "Tras las pistas de una invención: Sistematización de una experiencia de atención psicológica breve a víctimas del conflicto armado". Asesora: Ximena Castro.

Reconocimiento

- En el año 2016, el CAPsi ocupó el Primer Puesto en la Convocatoria de experiencias significativas en psicología y salud mental del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC).

SOBRE LOS AUTORES

XIMENA CASTRO-SARDI

Psicóloga de la Universidad de los Andes. Máster y candidata a doctora en psicoanálisis de la Universidad de Paris VIII. Máster en Ciencias Sociales del New School for Social Research, Nueva York. Profesora del departamento de estudios psicológicos y directora del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) de la Universidad Icesi. Su línea de investigación se centra en el psicoanálisis aplicado a la salud mental y a la intervención psicosocial con víctimas de la violencia y otros grupos vulnerables. Entre sus publicaciones más recientes se destaca el artículo titulado: "Invenciones frente a lo real del trauma o las voces de las víctimas de la masacre de Bojayá, Chocó".

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0740-9293>

Correo electrónico: xcastro@icesi.edu.co

MÓNICA PATRICIA LARRAHONDO ARANA

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Magister en Psicoanálisis de la Universidad de Buenos Aires. Supervisora del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) de la Universidad Icesi. Docente del programa de Psicología de la Universidad Icesi y de la Facultad de Psicología de la Universidad San Buenaventura Cali, institución en la cual también se desempeña como docente de la Especialización en Psicología Clínica con orientación psicoanalítica y de la Maestría en Psicología. Es psicoanalista miembro de la Nueva Escuela Lacaniana (NEL) y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1409-201X>

Correo electrónico: mplarahondo@gmail.com

NURIS MARTELO PUERTA

Psicóloga, Especialista en teorías, métodos y técnicas en investigación social de la Universidad del Valle. Profesora de psicología de la Universidad Icesi y supervisora de estudiantes en práctica clínica en el CAPsi. Psicoanalista, asociada a la NEL-Cali (Nueva Escuela Lacaniana).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7555-2940>
Correo electrónico: nurismartelo@hotmail.com

MARIO MARÍN MURILLO

Psicólogo, Especialista en Intervención con Familias Universidad del Valle. Magíster en Intervención Psicosocial Universidad Icesi. Línea de trabajo en violencia escolar y adolescencia, profesor de psicología de la Universidad Icesi.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3142-7512>
Correo electrónico: mariomarin7@gmail.com

MARGARITA M. MUNÉVAR ROJAS

Psicóloga y docente supervisora del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi), Universidad Icesi. Magíster en Intervención Psicosocial, Universidad Icesi. Sus temas de investigación se han centrado en el análisis de la relación entre salud mental y problemáticas sociales, la violencia en las relaciones de pareja y las víctimas del conflicto armado.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0418-3070>
Correo: mmmunevar@icesi.edu.co

DIANA MARCELA HUERTAS SICACHÁ

Psicóloga de la Universidad Icesi. Realizó su práctica académica en el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) y en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV). Gran interés en el trabajo con diversos colectivos sociales en situación de exclusión: población penitenciaria, pacientes con enfermedades mentales, entre otros.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6350-7843>
Correo electrónico: dianahuertas05@hotmail.com

PAULA ANDREA LEDESMA CEPEDA

Psicóloga egresada de la Universidad Icesi. Se ha desempeñado como terapeuta en una IPS de la ciudad de Cali brindando atención a personas con autismo y otros diagnósticos en salud mental. Ha trabajado como psicóloga de proyectos de extensión en el Consultorio de Atención

Psicosocial (CAPsi), abordando problemáticas de inserción laboral y salud mental en el trabajo. Sus principales áreas de interés se orientan a la salud mental en el entorno laboral y la psicología con orientación psicoanalítica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4008-9823>

Correo electrónico: paulandrealedesma@hotmail.com

LINA MERCEDES GUERRERO LÓPEZ

Psicóloga egresada de la Universidad Icesi. Ejerce su profesión en un proyecto a nivel departamental, que pretende por medio de espacios de escucha no convencionales promover la salud mental en el Valle del Cauca. Trabajó también como psicóloga de proyectos de extensión en el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi), en el que se abarcaron diferentes problemáticas que giraron en torno a los procesos de emprendimiento. Su principal interés es la psicología clínica con enfoque psicoanalítico, desde la que ha tenido aproximaciones en temáticas como: la posición y la responsabilidad subjetiva.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6030-0983>

Correo electrónico: lina.guerrero_14@hotmail.com

ÁNGELA MARÍA JARAMILLO BURGOS

Psicóloga de la Universidad de Antioquia, Magíster en Ciencias Sociales, de la Universidad de Antioquia. Docente e investigadora vinculada con la Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Psicoanálisis, Grupo de investigación Psicoanálisis, sujeto y sociedad. Ha participado en investigaciones con el psicoanálisis de problemas sociales contemporáneos, particularmente, sobre las lógicas subjetivas implicadas en las violencias contra las mujeres.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5772-9594>

Correo electrónico: angela.jaramillo@udea.edu.co

OTROS TÍTULOS DE LA COLECCIÓN

— **Fundamentos para la evaluación y manejo de la vía aérea**

IVÁN FERNANDO QUINTERO CIFUENTES

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/disc.2.2020>

— **Herramientas financieras y valoración de activos y pasivos financieros bajo NIIF**

LUIS BERNARDO TELLO R.

DOI: <https://doi.org/10.18046/EUI/disc.1.2019>



Este libro se terminó de imprimir y encuadernar en junio de 2020 en los talleres de Carvajal Soluciones de Comunicación (cotizaciones@carvajal.com), en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia. En su preparación, realizada desde la Editorial Universidad Icesi, se emplearon tipos Asap en 10/14. La edición consta de 200 ejemplares y estuvo al cuidado de Adolfo A. Abadía.

El libro presenta un trabajo riguroso en el que se detalla la experiencia de un dispositivo de atención psicosocial único en nuestro país y los efectos de las intervenciones en la población atendida. A través de la exposición de casos clínicos, logra presentar los efectos subjetivos de las intervenciones, el acogimiento de la palabra y demanda de los usuarios del servicio y la orientación que tiene cada una de ellas, sostenida éticamente y con la especificidad del caso por caso. El libro ilustra muy bien el funcionamiento y valor del dispositivo de intervención, al igual que su papel fundamental frente a las demandas psicológicas en un contexto social, cultural, económico y político como el colombiano. Es una experiencia que merece ser replicada en otros contextos del país y que además puede ser de gran interés para otros países (latinoamericanos, principalmente) que pueden tener demandas de atención psicológica, si bien muy distintas, en algún punto similares. El trabajo está bien organizado y las temáticas de cada uno de los casos presentados son relevantes. Cada caso tiene un comentario que permite comprender su complejidad y su profundidad.

MIGUEL GUTIÉRREZ-PELÁEZ