
ENTRE EL FUROR CLASIFICATORIO Y LA ESCUCHA DEL ACONTECER SUBJETIVO: DIVERGENCIAS ENTRE LAS DISCIPLINAS PSI Y LA CLÍNICA ANALÍTICA

Between the classificatory frenzy and the listening to subjective events: Divergences
between *psy* disciplines and analytical clinical practice

Ivonne Sierra Ortiz ¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7252-7720>

Emma Lourdes Cerecer Ortiz ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9106-9340>

¹ Universidad Autónoma de San Luis Potosí

RESUMEN

Las disciplinas *psi* son herederas de los tratamientos morales llevados a cabo durante el siglo XIX. Dicho legado se ha infiltrado tanto en su *praxis* como en la reflexión que de ella hacen, delineando un proceder metodológico particular, que suele atender más a lo que discursivamente demandan las instituciones imperantes de la época que a lo suscitado en el orden psíquico, lo cual tiene como correlato la emergencia y proliferación de terapéuticas sin sujeto que toman como eje central de su práctica al diagnóstico, dejando por fuera aquello que nos hace humanos: el acontecer subjetivo. La apremiante insistencia por normativizar la vida interior en favor de la rápida (re)inserción al mundo de la productividad se ha consolidado como un imperativo que exige crear dispositivos que enaltezcan la técnica, desestimando las reflexiones e interpelaciones que emergen en el encuentro con la singularidad. De aquí que, el objetivo del presente artículo consiste en destejer algunos de los posicionamientos clínicos tanto de la psicología como del psicoanálisis para analizar, desde una posición crítica, los fundamentos, los discursos y las relaciones de poder que preceden y sostienen la *praxis* de ambas disciplinas.

Palabras clave: Subjetividad, psicoanálisis, disciplinas *psi*, metodología.

ABSTRACT

The *psy* disciplines are inheritors of the moral treatments conducted during the 19th century, that legacy has infiltrated their *praxis* and their reflection on it, delineating a particular methodological procedure, which tends to pay more attention to what discursively demand the prevailing institutions rather than what is aroused in the psychic order, which correlates with the emergence and proliferation of therapies without subject that take the diagnosis as the central *axis* of their practice, leaving out what makes us human: the subjective field. The pressing insistence on standardizing inner life in favor of the rapid (re)integration into the word of productivity has been consolidated as an imperative that demands to create devices that enhance technique, dismissing the reflections and questions that emerge in the encounter with singularity. Hence, the objective of this article is to analyze some of the clinical positions of both psychology and psychoanalysis in order to analyze, from a critical position, the foundations, discourses and power relations that precede and sustain the *praxis* of both disciplines.

Keywords: Subjectivity, psychoanalysis, *psy* disciplines, methodology.

Recibido: 17 de julio de 2024. Aceptado: 12 de mayo de 2025.

Correspondencia: Ivonne Sierra Ortiz, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Calle de Los Talleres no. 186, col. Valle Dorado, C.P. 78399 San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Correo electrónico: ivonne_so@hotmail.com

Introducción

La metodología es el soporte técnico y conceptual que guía el estudio de los fenómenos en cualquier trabajo investigativo, ya que orienta el camino para la aproximación, la reflexión y la escritura de los hallazgos a través de su epistemología. Dicha orientación ocurre en dos direcciones. Por una parte, la metodología le ofrece al proceso de investigación un arsenal de herramientas prácticas y lógicas que permiten echar a andar los proyectos y dar cuerpo a lo que se descubre. Por otro lado, construye para el investigador una posición teórica que le permite observar y teorizar su objeto de estudio. Así, la mirada y la escucha que se dirige a determinado fenómeno se analiza desde un marco epistémico específico, incluso cuando es necesario acudir a otros saberes para ampliar la reflexión. El despliegue de la díada metodológica permite hacerles frente a las preguntas emergentes, al tiempo que va delineando una posición crítica acerca de las estrategias utilizadas, de manera que sea posible reajustar las pautas metodológicas en caso de que no sean las adecuadas para dar lectura al fenómeno en cuestión.

Las investigaciones que se enfocan en el estudio de lo humano no deberían ser la excepción a este principio. No obstante, de la mano de Foucault sabemos que el encargo social que precede la génesis de las terapéuticas que atienden al sufrimiento del otro, consiste en normativizar la vida interior; práctica que se inauguró, en un primer momento, con los sujetos que estaban asilados en espacios institucionales y posteriormente fue extendiéndose hacia diversos recintos de lo social, ensanchando la intención normativa.

Dicho encargo social también se ha trasminado a gran parte de las investigaciones del campo *psi*, sobre todo a aquellas disciplinas que buscan responder a la demanda de controlar y/o erradicar el sufrimiento a través de cuadros nosológicos y tratamientos que permiten mantener una vida productiva que coincide con el interés del discurso de la época. Las que destacan en este conglomerado son: la psiquiatría clásica, la psicología cognitiva y/o conductual y el amplio bagaje de psicoterapias breves, ya que dichos abordajes no ofrecen un armado de ficción subjetiva ni poseen tejido epistémico alguno que argumente su proceder. A ellas nos referiremos cada vez que mencionemos a las “disciplinas *psi*”, haciendo alusión a que más que un campo de saber, lo que consolidan es una puesta en práctica de diversos dispositivos cuya finalidad es disciplinar la vida.

Cabe comentar que, si bien Michel Foucault sigue siendo clave para entender cómo las disciplinas *psi* operan en términos de control y normalización de los cuerpos y las mentes, sus postulados han sido enriquecidos por autores contemporáneos como Brown (2015) y Agamben (2018), quienes han ampliado su crítica a la Biopolítica. Brown, en su libro *Undoing the Demos* (2015), discute cómo las disciplinas sociales y las políticas contemporáneas han transformado a los ciudadanos en “Gestores” de sí mismos, sometidos a una lógica de productividad incesante que las disciplinas *psi* toman por encargo, ocupándose de vigilar perennemente al sujeto para que nunca salga de dicha lógica. El excesivo uso de diagnósticos ensalza la búsqueda por la

normalización, convirtiéndose en un medio para controlar las vidas humanas dentro del capitalismo neoliberal.

Por su parte, Agamben, en *El tiempo que resta* (2018), también aborda cómo la lógica de control se ha infiltrado en las ciencias humanas, incluidas las disciplinas *psi*, despojando a la subjetividad de su autenticidad y reduciéndola a simples objetos de gestión. Esta crítica se extiende a los procesos terapéuticos que buscan no la cura de la persona como un sujeto singular, sino la adaptación a las normativas sociales y económicas dominantes. Así pues, la demanda de las disciplinas *psi* por normativizar la vida subjetiva ha delineado procedimientos terapéuticos y lecturas clínicas de los fenómenos que apelan más por cumplir con los requerimientos de la lógica discursiva dominante, la cual exige la erradicación expedita del malestar en *pro* de la producción del capital, que por la búsqueda de una congruencia epistemológica inserta en su proceder clínico. Esto ha propiciado una efervescencia perene de terapéuticas que dejan fuera al sujeto y cuyo sustento teórico suele ser endeble, pues “Las terapias contemporáneas, en su afán por ofrecer soluciones rápidas y eficaces, a menudo terminan por homogeneizar el sufrimiento humano, tratándolo como un problema a resolver en lugar de una experiencia a comprender” (Zournazi & Butler, 2021, p. 88). Así pues, en lugar de habilitar espacios para la elaboración del malestar, estos enfoques tienden a presionar al sujeto para su reintegración rápida dentro del orden establecido, sin tomar en cuenta que al despojarlo de su síntoma con tal prontitud ejercen una violencia de tintes traumáticos.

Curiosamente, la mayoría de dichos procedimientos se erigen como los que poseen el único método fidedigno para emitir un saber, alimentando con ello una lucha narcisista que ha entorpecido la generación de conocimiento en torno a la vida subjetiva, ya que el esfuerzo por defender la propia bandera metodológica ha dejado en segundo término la reflexión sobre aquellos malestares que atraviesan la condición humana. Por ello, resulta importante analizar el posicionamiento clínico que las terapéuticas sin sujeto delinear ante el sufrimiento del otro, de manera que sea posible entrever bajo qué ejes se orienta su práctica, las dinámicas de poder implicadas y las interrogantes que nacen del método.

No olvidemos que la escucha analítica nació gracias a la negativa de las histéricas a ser nombradas, diagnosticadas y controladas por el discurso médico. Es decir, ahí en donde el saber hegemónico buscaba normativizar su subjetividad, la resistencia de las célebres simuladoras a dejarse domeñar obligó a ponerle pausa al dispositivo terapéutico imperante para sentarse a escucharlas. Así nació la *Talking cure* (Freud, 2012/1893-95), un método que inicialmente recibió fuertes críticas pues desentonaba con la metodología dominante y parecía colocar al médico en una posición menos respetable. El joven Freud tuvo que pagar con el lugar de poder-saber que estaba conquistando dentro del campo médico para seguirle la pista al gesto rebelde de la histeria, hecho que marcó el inicio de la teoría psicoanalítica.

El camino que se abrió gracias a la ferocidad de la queja histérica ha sido el parteaguas para que otras formas subjetivas puedan ser escuchadas sin quedar coaguladas en la

clasificación diagnóstica y, por consecuencia, para que puedan ser atendidas en la lógica de su singularidad. Esta apertura clínica ha permitido el surgimiento de abordajes que inicialmente parecían irrealizables, como el diseño de acompañamientos terapéuticos que encauzan el trabajo del delirio para que funja como un puente de lazo social y aquellos que consiguen ganar terreno al encierro autista. Procederes metodológicos que han sido impulsados por el interés de darle lugar al tejido subjetivo dentro de la configuración del malestar sin caer en la trampa de someterlo al anonimato de la deficiencia genética o social. Pero, para que ello pudiera ser posible, fue necesario salirse del entramado de certezas que amenazaban con coagular la escucha y orientarse por una rigurosa reflexión en torno a la teoría y a la metodología clínica. Por consecuencia, resulta imperante reflexionar acerca de la lógica discursiva que antecede y que aún acompaña a gran parte de las disciplinas *psi*, ya que identificar las demandas normativas, económicas y sociales que motivaron el diseño de sus abordajes metodológicos permite tomar una posición crítica frente a su quehacer.

De la deficiencia del gen al desvío moral: El nacimiento de las disciplinas *psi* en el mundo de la medicina

El esfuerzo de las disciplinas *psi* por clasificar al sujeto ha empujado a las apuestas terapéuticas hacia un espacio administrativo que se pierde la posibilidad de aventurarse a encuentros con el otro, con lo otro y con lo desconocido. Esto ha entorpecido la apertura de espacios que permiten la continua renovación de la clínica y la constante problematización de la teoría de la que parten, siendo ambos puntos nutricios para cualquier saber que se interese en la subjetividad. Dicho aplastamiento no ha sido accidental; se despliega de una *praxis* en la cual el sujeto es tratado como el objeto crudo que sustenta su saber-hacer. Esta búsqueda se convierte en un intento por fijar al sujeto en una superficie con motivo de observarlo y de estudiarlo para enfatizar los márgenes de su consistencia y rastrear con ello la complejidad de su padecimiento. Un malestar que, al ser observado a través de una lupa naturalista, es pensado desde la incompetencia del gen, excluyendo con ello el lugar de la subjetividad.

Según el filósofo, Zourabichvili (2014) las ciencias humanas, en particular la psicología y la psiquiatría, han transformado al ser humano en un objeto de estudio que debe ser categorizado y diagnosticado según parámetros definidos por la ciencia, esta reducción de la subjetividad a comportamientos observables y medibles niega la rica complejidad interna de los sujetos al tratar el sufrimiento y a la subjetividad misma como elementos a resolver más que como aspectos que requieren ser escuchados y comprendidos desde su propia especificidad.

Esta mirada enaltece el ornamento de las conductas y de la literalidad biológica. Además, banaliza la relación que el sujeto tiene con el lenguaje al escucharlo únicamente a partir de constructos técnicos que no son más que palabras vacías de contenido y carentes de afectos, desalojadas de lo humano. Tal como lo planteaba Braunstein (2013):

La clasificación no solo creaba a los objetos sobre los que se aplicaba (locos y no locos, a veces, medio locos o fronterizos) sino que, además, producía un lenguaje, un modo de

pensamiento, un discurso y unas reglas semiológicas que, a su vez, engendraban y clonaban los psiquiatras como agentes de aplicación del sistema propuesto (p. 24).

Frente a los discursos que se tejen en el sitio que aterriza esta mirada el sujeto queda inmovilizado, expropiándose aún más de sí mismo, ya que la condición anónima y azarosa que se le atribuye al síntoma impide la inscripción de un rostro subjetivo al malestar que lo aqueja. Debido a esa paralización el sujeto queda sometido a un proceso desubjetivante, que no se detiene a la par del dispositivo metodológico empleado: se encarna a la vida y sus efectos pueden seguir creciendo ilimitadamente.

La cosificación del otro a partir del lenguaje desde el cual es nombrado y escuchado imposibilita, gracias al poder ejercido por la disciplina, la escucha de lo extranjero. Y con ello conduce a la subjetividad a un sitio homologable a lo que Augé (1992) ha denominado como no lugar. El autor propone que una de las características principales de nuestra sociedad consiste en la predominancia de espacios pasajeros en los que no se crea ni identidad ni relación, sino soledad y similitud que se experimentan como exceso o vaciamiento de la individualidad. Se trata de lugares en los que no hay apertura a la historia, se viven únicamente en el tiempo del presente. Esos recintos, que cada vez abarcan mayor territorio, se oponen a los espacios simbolizados, hablados e históricos. Son lugares en los que la circulación de la palabra del sujeto queda totalmente obturada.

La práctica de las disciplinas *psi* suele suministrar a los técnicos del alma con una dotación descomunal de *a priori* que los "preparan" para el encuentro con el paciente, de ahí que desde un inicio se busque clasificar, sobre todo escópicamente, todo lo ocurrido durante la consulta. La nula apertura para la emergencia de algún rasgo, afecto, mirada o palabra que no se inscriba a lo pronunciado en los manuales actúa como una condena que asegura la permanencia de aquello que se espera escuchar. Al emitirse un saber último y anticipado sobre el padecer que aqueja al sujeto, no hay nada más que decir: la reflexión, la problematización y la circulación de preguntas queda clausurada. De tal forma que se anula la capacidad de reflexionar en torno a lo inédito que acompaña a cada caso; podría considerarse que persiste algo del terror a lo nuevo y al cambio dentro de los paradigmas establecidos dentro de las áreas del saber que Freud (2012/1925[1924]) enunció en el texto titulado *Las resistencias contra el psicoanálisis*.

El proceso aniquilante de la subjetividad que se activa a través de las disciplinas *psi* es bien recibido por el imperio de la productividad que rodea y atraviesa a las instituciones dedicadas a la atención de lo humano. Lógica que desencadena una serie de terapéuticas inspiradas en la ausencia de sujeto, haciendo de dichos abordajes un espacio muy similar a un no lugar. Pero, ¿por qué la psicología, llevando en su etimología el estudio del alma, ha cedido una parte de su campo a las demandas desubjetivantes de los discursos epocales que se enfocan en el domeñamiento de la moralidad?

Cabe comentar que estas problemáticas no son nuevas; parasitan el terreno de lo *psi* desde que se acuñó el concepto de enfermedad mental (Foucault, 2015/1964). La investigación histórica sobre la locura abrió un espacio de revisión crítica en torno a la íntima correspondencia entre el poder y el saber que pululan alrededor de esa nosología clínica. Dichos estudios han dibujado un camino fértil para las apuestas clínicas al echar luz sobre las transformaciones que anteceden la invención de tal categoría.

Tanto en las investigaciones realizadas en *Historia de la locura de la época clásica I* (2015/1964) como en las reflexiones derivadas de los seminarios que dictó en la cátedra *Historia de los sistemas de pensamiento* que dirigió en el Colegio de Francia desde enero de 1971 hasta junio de 1984, Foucault se dedicó a estudiar críticamente las lógicas de control del cuerpo y la salud dentro de las instituciones, su obra *El poder psiquiátrico* (2005/1974) condensa los desarrollos anteriores, por lo que es un referente imprescindible. Así pues, Foucault realizó diversos análisis discursivos que le permitieron argumentar que hubo diferentes formas de (no)entender y de (no)tratar a la locura: contextos institucionales enfocados en disciplinar a la subjetividad para amoldarla a la ilusión de lo adaptable, de lo normal, de lo sano. Y, de esos contextos, el más popular fue el asilo. Inicialmente su nacimiento tuvo una intención higienista, pues buscaba darle un espacio de vivienda a los individuos errantes que habitaban en las calles. La población que se conglomeró entre esas paredes fue de lo más diversa ya que aún no existían categorías fijas que los separara. Por ello, esa fue una de las primeras tareas que emprendieron vía la observación.

Una de las conclusiones que promovió dicho proceso clasificatorio fue el nacimiento de la psiquiatría. El filósofo argumenta que fue en 1793, en el asilo *Bicêtre*, a través de un gesto de Philippe Pinel, quien ejercía como jefe médico de dicha institución, lo que inauguró a la psiquiatría como disciplina creada para restablecer la normalidad mental. Ese gesto diferenció a la locura de las otras patologías conglomeradas en el hospital y de las otras subjetividades aisladas de la vida civil. De acuerdo con Bercherie (1986/1980), tras realizar diversas autopsias e investigaciones quirúrgicas Pinel rechazó tajantemente la idea de que la locura estuviera vinculada a un daño material en el cerebro, ya que no encontró evidencia palpable que sustentara que la sintomatología que se manifestaba tuviera un fundamento biológico.

Si bien con ello Pinel separó a la locura del encierro generalizado del asilo, la llevó a otro callejón sin salida, a otra forma de encierro, la convirtió en el objeto de estudio de una práctica médica nacida para curar un malestar no localizable en algún órgano enfermo. De esta forma, se ubicó a la locura como una formación patológica del ser: el sujeto, y su historia moral, tomaron el lugar que en la medicina suele tener el órgano que hay que someter a tratamiento. Y, de acuerdo con lo que propone Bercherie, esa posición que inauguró Pinel tuvo un par de consecuencias: dotó a la "idea de la curabilidad de la locura de una base teórica: el cerebro no está dañado, la mente solamente está alterada en su funcionamiento" (Bercherie, 1986/1980, p. 23); por lo tanto, se determinó que era posible intervenir en ella. La apuesta que echó a andar para dar solución y corrección a la alteración del funcionamiento mental ilocalizable fue llamada

tratamiento moral, el cual engloba una diversidad de estrategias que consolidaron una nueva forma de sometimiento, uno que ya no se dirigía solamente a lo corporal, sino que se enfocaba particularmente en la dimensión anímica y moral.

Los contenidos de la mente dependen de las percepciones y de las sensaciones y modificando éstas, se modifica, por intermedio, obviamente, de las pasiones, de la afectividad, único motor humano, todo el estado mental. El medio ambiente del alienado jugará entonces un papel capital en la cura. Es necesario aislarlo en una institución especial, primero para retirarlo de sus percepciones habituales, de aquellas que han engendrado la enfermedad o al menos acompañado su inicio; luego para poder controlar completamente sus condiciones de vida. Allí será sometido a una disciplina severa y paternal, en un mundo completamente regulado por la ley médica (Bercherie, 1986/1980, p. 22).

Los tratamientos morales se convirtieron en la actividad central de la mayoría de los asilos inaugurados a inicios del siglo XIX: “El asilo debe ser un centro de reeducación modelo y ‘panóptico’ en el que la sumisión es el primer paso hacia la cura” (Bercherie, 1986/1980, p. 23). Dicho proceder, con fondo penitenciario, surgió con la finalidad de provocar un profundo arrepentimiento en la vida moral del sujeto ante la figura del médico. Ha sido así como la definición de lo sano ha estado permeada por aquello que el médico y la sociedad piensan que representa la enfermedad: los pares contrapuestos salud-enfermedad designan lo moralmente aceptado en un momento histórico específico, y desde una posición crítica en particular. Es decir, la definición de lo sano y de lo patológico en el contexto de la enfermedad mental ha estado determinada por discursividades epocales e ideológicas y no por criterios epistémicos.

En este sentido, el criterio moral del psiquiatra, que se circunscribe al discurso de la psiquiatría clásica, genera una ruptura social al momento de emitir un diagnóstico, ya que se posiciona desde un fragmento de la realidad de la sociedad, que pocas veces es el mismo desde el cual habla la locura a la que diagnostica. En su juicio se hacen presentes la posición histórica, ideológica, económica, discursiva, política y cultural que lo sostienen e influyen en el dictamen que realiza. Cabe comentar que ha sido muy reciente el nacimiento de una rama de la psiquiatría que se enfoca en los estudios comunitarios y sociales, la cual se ha propuesto romper con los antiguos estigmas en torno a la locura y al padecimiento subjetivo; en esa apuesta, el diagnóstico no coagula la posibilidad de abrir la escucha al sufrimiento.

A pesar de que el discurso psiquiátrico nació en el territorio del saber médico, su despliegue lo colocó en una zona más comandada por el poder disciplinario que en una sostenida en la causa clínica. Aunque se nacionalizó en el régimen de la disciplina, mudó junto a él algunas de las herramientas que construyen el saber de la medicina; una de ellas fue la mirada, recurso *príncipeps* en la edificación de la medicina como saber supremo. Este hecho dejó de lado que tanto la investigación como el abordaje de los padecimientos anímicos no puede ser el mismo a aquel que se estructura para los padecimientos físicos.

“En el dominio entero de la medicina, las enfermedades no son objetos naturales que se podrían encontrar en el mundo como se recogen hierbas en el campo. Son conceptos abstractos derivados de la agrupación de signos y síntomas por medio de la actividad cognoscitiva que los reúne en síndromes y acaba definiéndolos como “objetos teóricos” a ser investigados. Su existencia, su materialidad, es “lenguajera”: solo existen en el espacio y el tiempo clasificatorio (hemos visto que son históricas y dependen de declaraciones como, por ejemplo, cuando la *Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos* decidió [1973], por votación de los psiquiatras, presionados por las organizaciones de *gais*, que la homosexualidad dejaba de ser un trastorno)” (Braunstein, 2013, p. 28).

Esta mudanza no supo, o no pudo, producir una adecuación metodológica que reconociera la diferencia entre la observación de un órgano enfermo (malestar palpable) a la de una conducta divergente a la norma (malestar inherente al imaginario social). Esta continuidad inalterable de la mirada del médico a la mirada del psiquiatra dio lugar a la creación de dispositivos de control del cuerpo (Foucault, 2005/1974), los cuales operan bajo una distribución total y absoluta del poder disciplinario en cada una de las personas que pertenecen a la dinámica asilar. En ellos, la mirada vigilante del médico-psiquiatra se distribuye jerárquicamente hacia todo el personal con la finalidad de observar ininterrumpidamente cualquier acción, actividad y actitud llevada a cabo dentro de las instalaciones, de suerte que absolutamente nada puede escapar de la mirada y del control del psiquiatra.

La lógica de la mirada y de la vigilancia omnipresente está vinculada a la invención del panóptico de Bentham, el cual fue creado en 1791 como un modelo arquitectónico para controlar el orden de los sujetos dentro de las instituciones. Su diseño se basa en una torre muy alta dispuesta en una posición geográfica estratégica, de manera que sea posible observar todos los puntos del lugar. Su verdadero efecto consiste en crear la sensación de ser permanentemente observado, aun cuando no haya nadie custodiando del otro lado. Si bien en un inicio el modelo panóptico fue parte del diseño espacial de los asilos, poco a poco dejó de situarse exclusivamente en la arquitectura para pasar a encarnarse en quienes convivían con el asilado, lo cual incluyó a los miembros de la familia, con lo que comenzaron a borrarse los límites entre el interior y el exterior del territorio de vigilancia.

Esa mirada omnipresente fue ganando terreno hasta que logró salir totalmente del complejo asilar: la mirada panóptica empezó a habitar en cada rincón de la sociedad. Y con ello, el enfermo mental dejó de ubicarse exclusivamente en la institución asilar y se le comenzó a perseguir en sus contextos educativos, comunitarios, familiares y amorosos. El panoptismo generalizado se infiltró también en la esfera privada, atravesando todo lo concerniente a la sexualidad. Su poder de expansión generó que paulatinamente se comenzara a patologizar la vida, lo cual dio como resultado la diversificación de dispositivos de control del cuerpo, dirigidos ahora a controlar el sexo, el comportamiento y el pensamiento.

Entre la certeza y la plasticidad del diagnóstico: Divergencias entre las disciplinas *psi* y el método analítico

Fue así como eventualmente el antecedente de los tratamientos morales logró parasitar los espacios de formación dedicados al saber de lo *psi* que fueron emergiendo, siendo la psicología uno de los principales campos de estudio afectados. Ese fondo histórico, que prioriza la dinámica de poder y se olvida del discurso del método, provocó que aquella mirada panóptica prevaleciera como una de las herramientas elementales del proceder metodológico, negando que a través de ella se ensancha el poder de la psiquiatría como institución discursiva, lo cual tiene efectos en la forma de pensar, de escuchar y de construir lo que acontece en un tratamiento.

Una de las prácticas que hace evidente el exceso de panoptismo remite a la utilización casi generalizada de las cámaras de Gesell por parte de los estudiantes del campo *psi*. Si bien su uso se justifica aludiendo a la necesidad de supervisión del trabajo clínico de los legos, parecería más bien que lo que anima su utilización es el interés por vigilar permanente al otro. Efectos que atraviesan a todo aquel que está sometido a dicha mirada omnipresente que recae tanto en el sujeto que habla como en el sujeto en formación. De esta forma se establece una posición asimétrica de poder, ya que el asesor de la disciplina *psi* toma el lugar de intérprete de lo sucedido en la entrevista/sesión y con ello coloca su saber como el único fidedigno y posible.

Tal imposición anula la reflexión del caso clínico imponiendo un modelo de obediencia técnica. Fassin (2018), antropólogo y sociólogo, señala que la legitimidad de ciertos discursos científicos suele ocultar las relaciones de poder que los sostienen, produciendo efectos de verdad que excluyen otras formas de comprender lo humano.

Es así como, en el campo de las disciplinas *psi* la exposición del caso tiende a mostrar un objeto bajo la ilusión de claridad, unidad y totalidad. Es decir, se busca homologar al sujeto a las categorizaciones patológicas predefinidas, principalmente aquellas que se conglomeran en los manuales diagnósticos creados por la institución psiquiátrica (Ballesteros, 2013). Una de las razones por las que el discurso psicoanalítico se ha pronunciado en contra de ellos radica en que la configuración subjetiva no puede ser estandarizada ni fijada en formas inalterables, ajenas al transcurrir del tiempo. La subjetividad no es una trama natural que surge independiente del contexto cultural, la época, la sociedad o los significantes que predominan en el discurso imperante. Por el contrario: nace del choque de dichos elementos que al insertarse en una historia de vida dan forma al mundo interno y crean posicionamientos singulares en cada sujeto.

Para el saber psicoanalítico las reformulaciones técnicas del abordaje clínico van comandadas por una reflexión constante sobre los elementos epistemológicos que dan cuerpo a la *praxis*, para ello resulta imperante que el analista se mantenga receptivo a las interpelaciones que cada caso le provoca sin arrinconarse en la comodidad del anonimato que promueve la redacción del informe clínico, el cual suele concentrarse en la simple recopilación

de datos que no permiten ni armar la narrativa sobre la dinámica psíquica del sujeto ni echar luz acerca de la construcción sintomática.

Así, la investigación en psicoanálisis emerge a partir de una incógnita planteada por el investigador desde su práctica clínica. La atención es dirigida a un aspecto particular del material clínico que no necesariamente coincide con los cuestionamientos que el paciente se hace sobre su propio padecer (Jardim & Rojas, 2010). El caso es un recorte que el investigador decide hacer sobre un aspecto en específico.

En el texto *Los casos más famosos de psicosis*, Nasio (2000) critica el uso que se le da al caso en el campo de la medicina contemporánea. Reflexiona su función y su construcción dentro de la teoría y de la clínica psicoanalítica. El autor indica que:

Mientras en medicina la idea de un caso remite a un sujeto anónimo representativo de una enfermedad, se dice, por ejemplo, "Un caso de listeriosis", para nosotros, en cambio, un caso expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige (p. 8).

El sujeto es nombrado en función de su padecimiento, el cual incluso reemplaza el nombre propio. Este proceder tiene un efecto cosificante no sólo del malestar sentido sino también del sujeto mismo, ubicado ahora en condición de objeto. Así, el síntoma deviene una manifestación incómoda a erradicar. La disimetría de poder, disfrazada de saber, toma como punto de partida y como eje de trayecto al diagnóstico, el cual funge como un dictamen emitido por el profesionalista; el cual, como ya comentábamos anteriormente, se convierte en una sentencia inapelable, más permeada por los preceptos morales de quien lo enuncia, y por el discurso en el que se sostiene, que por criterios epistemológicos que lo fundamenten (Foucault, 2005/1974).

En la práctica y la reflexión analítica no existe una correlación entre causa-efecto, entre síntoma-diagnóstico, pues esto conllevaría ir en contra de la lógica del inconsciente. De ahí que, tras el curso del tratamiento clínico es necesario orientarse a través de los rasgos estructurales que den cuenta de elementos estables del funcionamiento psíquico, y no de los síntomas que porta el sujeto, dichos rasgos anuncian una estrategia de deseo a diferencia de los síntomas que son sumamente variables, por eso suelen generar confusiones diagnósticas (Dor, 2006).

Tal como lo argumenta Colina (2013) al hablar de las categorizaciones: la clínica, y el trabajo que ella puede llegar a realizar, se sitúa antes y después de la clasificación, ya que cuando "La clínica se confunde con la nosología imponemos un estigma bajo la mano de la violencia del nombre y del sello de la enfermedad" (p. 116) y, por consecuencia, se clausura la posibilidad de analizar los procesos que están de fondo en lo que el sujeto manifiesta.

Cabe señalar que, si bien en la práctica psicoanalítica el diagnóstico sirve como guía para apuntalar el tratamiento, éste tiene un carácter móvil y constantemente es puesto en cuestión a partir de las intervenciones del analista. El carácter plástico del diagnóstico descarta la

necesidad de que sea comunicado al paciente, pues no tendría caso emitir un dictamen último de la situación anímica del sujeto cuando este se encuentra en constante movimiento. Así, las hipótesis le son reservadas únicamente al clínico y tienen como finalidad dirigir la cura. Una vez concluido el caso, *a posteriori*, en el marco de la investigación clínica es posible plasmar vía la escritura las impresiones diagnósticas que se fueron suscitando durante el trabajo analítico, las cuales se desprenden de la palabra y de la subjetividad del psicoanalista que escucha y no buscan ni trasponerse en generalizaciones ni equiparar al sujeto con el diagnóstico emitido. Su alcance es más modesto, pues su problematización es tan sólo una lectura del clínico acerca de la dinámica psíquica del paciente, la cual busca abonar una reflexión más al campo de la investigación psicoanalítica.

Rehuir al exceso clasificatorio compele al clínico a continuar pensando en el malestar del sujeto, a bosquejar las aristas que sostienen su condición sintomática, pues de lo contrario el abuso clasificatorio convierte al acto de diagnosticar en “[...] un acto performativo en donde la palabra hace a la cosa que nombra y hace al sujeto que lo recibe, transformándolo en otro respecto al que era antes, a menudo estigmatizándolo” (Braunstein, 2013, p. 50). Dentro del discurso de las ciencias positivas muchas veces el diagnóstico opera como un señalamiento que pretende borrar lo singular del malestar al homogeneizar sus manifestaciones. Este sendero traza una vía terapéutica en la cual se purga de malestar a la dimensión subjetiva para aislar al sujeto del sufrimiento y así trabajar con un síntoma que ha quedado en el anonimato.

El abuso clasificatorio tiene un efecto que también recae sobre el técnico del alma. La performatividad del diagnóstico, y la cosificación del malestar del sujeto en la redacción del informe sobre el caso, se convierte en un espacio sombrío que lo oculta; de su posicionamiento y de las interpelaciones que los encuentros clínicos pudieran llegar a despertarle, no se alcanza a escuchar palabra. El terapeuta se mantiene silenciado porque el espacio queda saturado con los postulados de apariencia certera que fijan las formaciones del sufrimiento, lo cual lo hunde en el anonimato pues en la redacción de dichos informes no importa ni su formación, ni sus impresiones clínicas, sino el diagnóstico emitido y el pronóstico de su evolución.

La urgencia por eliminar la condición sufriente del sujeto impide que se brinde tiempo y espacio para que el malestar atraviese un proceso de elaboración. Dicha postura omite que “El sufrimiento es una sustancia que no se puede ni se deja clasificar” (Braunstein, 2013, p. 86). Esta negativa ha tenido consecuencias subjetivas, ya que ha desencadenado una multiplicidad de manifestaciones sintomáticas que cada vez están más distantes de la representación, dejando al cuerpo como un lienzo crudo que muestra una condición mortífera y enloquecedora que va en aumento en la época en curso. Por consecuencia, caer en la trampa del imperativo a diagnosticar es una forma de inscribirse a la lógica desubjetivizante, ya que en ella el sujeto queda atrapado y silenciado, de la lógica del saber del Otro.

La premura de las disciplinas *psi* por acallar el malestar subjetivo nos lleva a recordar la travesía vivida por Manuel, que ahora lleva el nombre de Luana, y es la primera niña trans en el

mundo en recibir un documento nacional de identidad en concordancia con la identidad que auto percibió a los 4 años, lo cual ha generado una serie de debates entre los distintos saberes, pues todo ocurrió durante los primeros 6 años de la niña. Nacida como varón, desde sus primeros años de vida comenzó a vestirse con la ropa de su madre. Cuando aprendió a hablar pidió que se refirieran a ella en femenino y escogió su nuevo nombre, Luana. La madre, escritora, relata en su libro *Yo nena, yo princesa. Luana, la niña que eligió su propio nombre* (Mansilla, 2014) todo el peregrinaje jurídico, psicológico y social que tuvieron que atravesar para lograr el reconocimiento legal del pequeño niño que quería ser niña.

La psicoanalista Silvia Amigo (Comunicación personal, 14 de octubre, 2023) pone el acento en lo peligroso que resulta confundir el deseo, desde una perspectiva psicoanalítica, con las ganas. Manuel clamaba que quería ser una niña; pero ¿ese era su deseo? Ella sostiene que al poner en marcha todo el aparato jurídico, la madre le negó a Luana el derecho a sentirse mal, a tener angustia, síntomas, a la expresión de su neurosis infantil. Ante ello, la psicología hizo su entrada con todo su arsenal técnico para neutralizar la condición sufriente.

Tomar la palabra del niño como una verdad absoluta e inamovible sobre el psiquismo pone un freno al dinamismo inconsciente, a los reacomodos subjetivos que van aparejados muchas veces de malestar. Así, para Luana lo que quizás en un inicio se movilizó por la buena intención de brindar escucha a su palabra, terminó por sostener un decir certero, totalitario e inapelable que no dio lugar a ser interpelado subjetivamente. El riesgo del gesto de esa buena intención radica en que puede estar ocultando una urgencia moral de fondo, que muchas veces es lo que atraviesa la *praxis* de las disciplinas *psi*.

No olvidemos que Lacan (1976/2006) sostenía que la verdad tiene estructura de ficción (p. 819). Esta afirmación subraya que la verdad no es una correspondencia exacta con la realidad, sino una construcción simbólica que organiza y da sentido a la vida anímica. Tomar cualquier decir como un dato transparente del ser es una forma de obturar la pregunta y de clausurar la transferencia, el respeto por la palabra del sujeto no implica validarla sin mediación, sino sostenerla como vía hacia su elaboración.

En una línea similar, el psicoanalista Fernández (2025) enfatiza la importancia de una escucha que priorice la singularidad del sujeto sobre la aplicación rígida de normas y protocolos, argumenta que la producción de cuidado debe adaptarse al paciente y no al revés, promoviendo el reconocimiento del sujeto de deseo y la construcción del lazo, alejándose de la visión técnica de la salud que busca homogeneizar las experiencias subjetivas al tiempo que comanda todos sus esfuerzos a erradicar los síntomas.

Es quizás en ese último punto en donde el psicoanálisis inscribe una diferencia fundamental con el resto del campo *psi*. El tratamiento analítico no busca eliminar la condición de sufrimiento, los síntomas, pues su existencia es la respuesta que ha tejido el sujeto frente a los significantes del Otro, representan la muleta que le ha permitido transitar por la vida, lo cual

no excluye que, tras el curso del análisis, estos puedan ser permutados por otros que generen menos malestar.

En el caso de Luana, la formación sintomática fue obturada con el otorgamiento precipitado del DNI que colocó certezas en donde comenzaban a emerger preguntas que remitían directamente al ser. La urgencia por ponerle freno a su condición de sufriente remite a una *praxis* generalizada de las disciplinas *psi*, las cuales perciben al malestar como una configuración predefinida por factores familiares, sociales y biológicos, desestimando el acontecer subjetivo de aquel que sufre. De ahí proviene la tendencia a considerar que el malestar anida en el terreno de la enfermedad y debe ser diagnosticado para ser controlado. Dicha predefinición del objeto hace de la metodología un camino para acercarse a un fenómeno del cual ya se ha formulado un saber *a priori*.

Recordemos que Freud (2010/1912) llamaba prácticas sugestivas a aquellas terapéuticas que buscaban la desaparición de los síntomas en un período breve, sostenía que la técnica de la sugestión vista desde el psicoanálisis inhabilita al paciente para tramitar las resistencias más profundas y no contribuye en nada al relevamiento de lo inconsciente, por lo que resulta inobjetable que el analista la use a fin de conseguir resultados visibles en periodos más cortos.

El proceder analítico, por otra parte, exige al clínico lidiar con la angustia de no contar con respuestas adelantadas sobre el padecer del Otro. Cada encuentro debe abrir la posibilidad de toparse con la sorpresa, con la escucha de un elemento que no se esperaba, que no se entiende y que escapa a cualquier intento clasificatorio, esto permite que lo escuchado adquiera un carácter inédito tanto para la teoría como para la clínica.

CONCLUSIONES

Detrás del furor clasificatorio sostenido por las disciplinas *psi* se ubica un anhelo por normativizar al sujeto, despojándolo de aquellos rasgos, miradas y restos que constituyen lo más íntimo de su subjetividad. Este funesto ejercicio se muestra claramente en las ciencias del hombre, las cuales presentan a un individuo disciplinado gracias a la función *psi*, la cual al extenderse a otros sistemas disciplinarios someten a una misma norma cualquier manifestación de lo singular. La búsqueda por la eliminación rápida de los síntomas, el cambio observable, la reinserción expedita del sujeto a sus contextos próximos, son las metas que persiguen muchos enfoques dentro de la psicología.

De ahí que no sea casual sino causal la calurosa aceptación de las terapéuticas que trabajan a partir de objetivos y asignación de tareas que se evalúan a lo largo de un número estipulado de sesiones, predeterminadas incluso antes de escuchar al sujeto; dicho proceder parece remitir más a un curso escolar con el que se tiene que cumplir que a un análisis de la condición sufriente del otro.

Esas prácticas, muchas veces, atentan contra la subjetividad debido a que las estrategias metodológicas que se echan a andar no sólo se definen sin considerar la singularidad del sujeto que acude a consulta, sino que además carecen de un cuerpo epistemológico que dé sostén a las intervenciones, lo cual hace gala de una flagrante asimetría de poder, pues pareciera que no es necesario escuchar al otro para emitir un saber sobre su dinámica psíquica. Dichos esfuerzos terapéuticos parecen responder más a las demandas de productividad impuestas por el discurso del capital que al interés por analizar la vida interior del sujeto.

Ante el incremento de las prácticas desubjetivantes es necesario construir nuevas líneas teórico-metodológicas que permitan hacerle frente a las demandas del malestar contemporáneo desde otras aristas. Ensanchar los puntos de fuga del discurso hegemónico, lo que escapa de su control, es una apuesta política que busca darle lugar a los restos de lo humano que siguen agitándose en lo social. El psicoanálisis, al trabajar con lo que la ciencia desecha como objeto de estudio, el inconsciente, se centra en lo anímico, en lo singular de la constitución psíquica, lo cual delinea una postura ética frente al sufrimiento del otro.

De tal manera que el encargo del psicoanálisis ante el malestar subjetivo de la época es doble: en la clínica tiene la encomienda de acoger, a través de la distancia y el respeto de la escucha, aquellos decires que buscan bordear lo insoportable de una historia de vida, de forma que el sujeto pueda ir transformando, paulatinamente, el grito salvaje del síntoma en otra forma de hablar/se. En el campo de la investigación, el psicoanálisis no debe rehuir a los retos actuales que ponen en tela de juicio su vigencia, por el contrario, debe responder a ellos también a través de las reflexiones teóricas que se desprenden de su quehacer clínico.

Así pues, la psicología de lo inconsciente se erige como un saber abierto que se está renovando constantemente en función de lo que acontece en cada encuentro clínico. Sus movimientos internos responden a las coordenadas que orientan el tejido de la subjetividad, el cual es diferente en cada época. Ingenuo sería pensar que el método que nació de la escucha de Freud sigue siendo vigente al pie de la letra. Por el contrario, sus constantes reactualizaciones permiten prestar escucha a cuadros clínicos de difícil tratamiento que muchas veces, para el campo de lo *psi*, suelen ser abordados únicamente a partir de una observación descriptiva que se cristaliza en la redacción de cuadros nosológicos. Así como el psicoanálisis hay otras formas discursivas que, desde sus trincheras, interpelan el orden establecido y apuestan por un abordaje distinto a los malestares que atraviesan la vida. Esto mantiene un debate vivo que apuesta por lo humano.

REFERENCIAS

- Agamben, G. (2018). *El tiempo que resta: Comentario sobre la carta sobre la humanización de la guerra de Heidegger*. Pre-Textos.
- Augé, M. (1992). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Gedisa.
- Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manantial. (Trabajo original publicado en 1980).
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI.
- Brown, W. (2015). *Undoing the demos: Neoliberalism's stealth revolution*. Zone Books.
- Colina, F. (2013) *Sobre la locura*. Cuatro ediciones.
- Dor, J. (2006). *Estructura y perversiones*. Gedisa.
- Fassin, D. (2018). *Life: A critical user's manual*. Polity Press.
- Fernández, A. (2025). *El valor de la palabra en los espacios de producción de cuidado de adolescentes y sus familias*. *Journal Proyecto Ética*, 2(1), 19-25. Recuperado de <https://proyectoetica.org/journal-proyecto-etica-vol-2-num-1-enero-julio-2025/>
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1974).
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1964).
- Freud, S. (2010). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (L. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 12, pp. 209-216). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (2012). Estudios sobre la histeria. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. 2, págs. 29-313). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893-95).
- Freud, S. (2012). Las resistencias contra el psicoanálisis. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. 19, págs. 227-237). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925[1924]).
- Jardim, L., & Rojas, M. (2010). Investigación psicoanalítica en la universidad. *Estudios de Psicología*, 27 (4), 529-536. Recuperado de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmka/j/https://www.scielo.br/j/estpsi/a/kGLNk9cX4fvzNpzc7XVPWRj/?format=pdf>
- Lacan, J. (1976/2006). *Escritos I*. Siglo XXI.
- Masilla, G. (2014). *Yo nena, yo princesa. Luana, la niña que eligió su propio nombre*. UNGS.
- Nasio, J. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós.
- Zourabichvili, F. (2014). *La filosofía de la existencia: La posibilidad de la vida humana en un mundo sin Dios*. Siglo XXI.
- Zournazi, M., & Butler, J. (2021). *Emotional Territories: Conversations on hope, trauma and the limits of therapy*. Routledge.