

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

# **Sobre síntomas e intervenciones: un caso atendido en un hospital público de CABA.**

Alvarez, Daiana Carolina.

Cita:

Alvarez, Daiana Carolina (2017). *Sobre síntomas e intervenciones: un caso atendido en un hospital público de CABA. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/241>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/ucO>

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

# **SOBRE SÍNTOMAS E INTERVENCIONES: UN CASO ATENDIDO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA**

Alvarez, Daiana Carolina  
Hospital Ramos Mejía. Argentina

---

## **RESUMEN**

Este escrito pretende hacer un recorrido por distintas conceptualizaciones planteadas por Freud y Lacan acerca del síntoma analítico y las intervenciones del analista. Partiendo del desarrollo de un caso atendido en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires y de los distintos interrogantes que el mismo plantea, se intentará dar cuenta de lo trabajado por Freud en sus primeros trabajos en relación al “carácter” y su valor de obstáculo en la dirección de un tratamiento, especialmente en lo que atañe a la identificación de los síntomas en el campo de las neurosis. A su vez, se abordará la propuesta de Lacan acerca de devolverle al síntoma su carácter de ajenidad a fin de que una cura pueda proseguir su camino. Es en este punto que resalta el lugar del analista como aquel que sostiene la producción de una nueva pregunta, apuntando con sus intervenciones al enigma, a aquello no dicho en eso que se dice.

## Palabras clave

Psicoanálisis, Síntoma, Carácter, Intervenciones

## **ABSTRACT**

ON SYMPTOMS AND INTERVENTIONS: A CASE ATENDED IN A PUBLIC HOSPITAL OF CABA

This paper intends to make a tour of different conceptualizations proposed by Freud and Lacan on the analytic symptom and the interventions of the analyst. Starting from the development of a case attended at a Public Hospital of the City of Buenos Aires and the different questions that the same poses, an attempt will be made to give an account of the work of Freud in his first works in relation to the “character” and its value Obstacle in the direction of a treatment, especially with regard to the identification of symptoms in the field of neuroses. In turn, Lacan’s proposal to return the symptom to the character of alienation will be addressed so that the cure can continue his path. It is at this point that the analyst’s place is emphasized as the one that sustains the production of a new question, pointing out with its interventions the enigma, that which is not said in what is said.

## Key words

Psychoanalysis, Symptom, Character, Interventions

## **A modo de introducción**

A lo largo de este escrito quiero compartir el recorte de un caso clínico, elegido tal vez por los múltiples interrogantes en el que me he visto inmersa en el tiempo transitado junto a la paciente. La complejidad del mismo, acompañado de cierta curiosidad de mi parte que se desprende de un no saber al que nos vemos muchas

veces enfrentados en la clínica, me han llevado a volver -una y otra vez- sobre la teoría

La presentación clínica de la paciente me ha llevado a preguntarme en múltiples oportunidades ¿podemos hablar de un síntoma cuando aún no está presente en el discurso del paciente? ¿Qué hacemos con algo que, a pesar de presentarse de manera tan silenciosa, nos hace tanto ruido? Sabemos por Lacan que: *“El síntoma solo queda constituido cuando el sujeto se percata de él, porque sabemos por experiencia que hay formas de comportamiento obsesivo en las que el sujeto no sólo no ha advertido sus obsesiones, sino que las ha constituido como tales”* (1963, pág. 302). Paso a presentarles a continuación el caso de Adriana.

## **En los inicios**

Comienzo a atender a Adriana, de 58 años, durante mi primer año como residente de Psicología de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires. Un año antes había sido tomada en tratamiento psicológico y psiquiátrico tras haber presentado ataques de pánico y sintomatología de la serie depresiva. Mientras que el tratamiento psiquiátrico fue sostenido hasta la actualidad, Adriana deja de asistir al espacio psicoterapéutico a los 10 meses de iniciado el mismo luego de sentir -según sus dichos- alivio sintomático.

Le pregunto durante la primera entrevista qué la había motivado a solicitar nuevamente tratamiento. Me cuenta que desde hacía un tiempo venía teniendo problemas con su pareja por lo que su psiquiatra le había recomendado volver a su tratamiento psicológico. Me encuentro así con una mujer que se distinguía por su pulcritud y un discurso detallista que poco dejaba traslucir de su singularidad. Adriana comienza por contarme que se encuentra al cuidado de su madre de 83 años, quien padece de demencia senil y desde hace tres años ha perdido toda posibilidad de deambular por un problema en sus rodillas. A pesar de tener dos hermanos, ellos solo se ocupan de algún trámite o tarea vinculada con su madre en casos excepcionales. Adriana había tomado la tarea de encargarse casi con exclusividad de la misma, lo que implicaba dormir fuera de su casa varias veces por semana. Varios años antes se había ocupado también del cuidado de su padre quien padecía de problemas coronarios. En dicha ocasión, se había mudado a la casa del mismo con su pareja y su hijo recién nacido.

Respecto a la sintomatología que la había llevado a consultar por primera vez, Adriana comenta que había comenzado hace 16 años luego de fallecer su padre. Nombra a esto como *“ataques de pánico”* que describe principalmente como sudoración de manos y taquicardia. Hace aproximadamente 4 años los mismos se habían incrementado, coincidiendo con el empeoramiento del estado de salud de su madre. *“Mamá empezó a no estar bien, siento que en*

*cualquier momento se me va y no estoy preparada*”, dirá. Relata así que al viajar en colectivo solía no soportar el contacto con el cuerpo de la persona sentada a su lado. Se le tornaba *“asqueroso e imban-cable”*, teniendo que ceder el asiento en muchas oportunidades. Me cuenta a su vez que en ciertos momentos de su vida le pasaba que al salir a la calle tuviera la sensación de que un *“tsunami”* la iba a arrasar. *“Salgo a la calle y tengo la fantasía como que viene una ola gigante que me va a tapar. Como si algo se me viniera encima y me asfixiara.”*, aclara. Esto la dejaba totalmente paralizada, ubicando allí la sudoración de manos; sudoración que se le vuelve contradictoria por la sequedad en la piel que los múltiples productos de limpieza que ha utilizado a lo largo de su vida le han producido. Una y otra vez me muestra el deterioro de sus manos, ubicando allí -en un primer momento- la consecuencia de *“haberse dedicado a la limpieza de su casa durante décadas”*.

### **Un poco de historia**

Las sesiones con Adriana han tenido a lo largo del tratamiento cierta particularidad. La mayoría de las veces se centran en anécdotas que la misma trae de la semana. Todo intento de historización caía, por lo general, en los mismos puntos transmitidos al modo de un guión. Una historia contada casi de memoria, sin que algo del afecto se hiciera presente.

Cuenta así que es la segunda -y única mujer- de tres hermanos. Su madre era modista. Su padre trabajaba como empleado municipal durante la semana, y durante los fines de semana realizaba tareas en un conocido club de la Ciudad de Buenos Aires. Para este, *“nunca había vacaciones, todo era trabajo”*, comenta. Sin embargo, Adriana relata que eran una familia muy humilde por lo que, a sus 15 años, había dejado el colegio para comenzar a trabajar.

Respecto a su infancia y adolescencia, Adriana sólo recuerda haberse dedicado siempre a los quehaceres de la casa. Ni juegos, ni bailes, ni otra cosa vinculada a esta etapa de su vida aparecen en su relato. Los tiempos de ocio estaban prohibidos por su madre, quien al verla sin hacer nada repetía: *“¿no tenes miedo que el diablo te cague la mano?”*. Tampoco estaban permitidas las quejas: *“La vida está hecha para sufrir, los momentos de felicidad son solo momentos”*, recuerda que decía su madre. Frases que se reproducen en la actualidad y que al ponerlas a trabajar en el espacio terapéutico permiten ser puestas en cuestión y deconsistir un poco la autoridad materna.

Describe a su madre como un *“todo terreno”*. *“No le hacía asco a nada, cocinaba, limpiaba, arreglaba las cosas de la casa. Si había que cavar un pozo, agarraba la pala y lo hacía ella sola”*, comenta. Agrega que la misma era una mujer totalmente demandante y manipuladora, con quien no se podía discutir la posibilidad o no de hacer algo. Respecto a su padre comenta que el vínculo entre ambos era muy diferente. *“Éramos muy compinches, nos mirábamos y nos entendíamos”*, dice.

En relación a su actual pareja, Pedro, Adriana comenta que ambos se conocieron cuando ella tenía 27 años. Lo describe como la antítesis del tipo de hombre que ella o su madre hubieran esperado que se fuera a enamorar. *“Tenía pelo largo, bigote, campera de cuero y andaba en moto. Cuando lo conocí estaba recién separado y tenía una nena chiquita. Nunca hubiera pensado que iba a terminar con*

*alguien así”*, cuenta. Diez años después de vivir juntos, y luego de varios intentos, Adriana queda embarazada de Felipe. Es en este momento cuando decide mudarse a la casa de sus padres junto con Pedro y su bebé debido a los problemas de salud de su padre, quien fallece a los pocos meses.

### **Un síntoma silencioso**

Durante meses la dirección que iban tomando las sesiones tenía que ver con su posición respecto a la demanda del otro. Adriana parecería trabajar para el Otro sin que hubiera nada que la detenga. Al modo de un tsunami, esta demanda se le volvía totalmente asfixiante. Cubría los francos de las mujeres que cuidaban a su madre durante los fines de semana para que estas no perdieran dinero ya que, eran días que la empresa no les pagaba. Incluso, solía regalarles prendas de ropa o accesorios que para ella eran valiosos, si alguna mencionaba que dicho objeto les gustaba. Esto se extendía a todos los ámbitos de su vida. Al modo de la mujer maravilla, ella siempre estaba ahí para cubrir cualquier cosa que el otro solicitara. Independientemente del debate que podría abrirse en relación al diagnóstico de la paciente, tomo las palabras de Lacan cuando plantea en su seminario sobre las *“Formaciones del Inconciente”*: *“Podríamos decir que el obsesivo siempre está pidiendo permiso. (...) Pedir permiso es, precisamente, tener como sujeto una determinada relación con la propia demanda de uno. Pedir permiso es, (...) emplearse a fin de cuentas en restituir a ese Otro, ponerse en la más extrema dependencia con respecto a él”* (1999, pág. 420-421). De esta forma, el sujeto usaría la demanda para que no haya cuestionamiento personal y, al satisfacer la misma, escapar de la angustia. Al reducir el deseo a la demanda se evita el encuentro con lo que del Otro supone un enigma, punto muchas veces angustiante. Continúa Lacan, *“Lo que llaman efecto del superyó, ¿qué quiere decir? Quiere decir que se infligen toda clase de tareas particularmente duras, agotadoras, y por otra parte lo consiguen, (...) y por eso tendrían todo el derecho a unas pequeñas vacaciones. En el obsesivo, el trabajo es algo muy eficaz, está hecho para liberar el tiempo de partir a toda vela, el tiempo de las vacaciones resultará más o menos desperdiciado. ¿Por qué? Porque de lo que se trataba era de obtener el permiso del Otro. (...) Su objetivo esencial, no hay dudas, es el mantenimiento del Otro”*. (1999, pág. 426-427).

Continuando con el caso, en este “no poder parar” comienza primero a aparecer algo respecto a la limpieza de la casa que ella -probablemente a partir de los otros tratamientos- empezó a problematizar. Me cuenta que no soportaba la suciedad, salvo en el hospital donde el polvo y las infinitas telarañas no le generaban ningún tipo de malestar. Sin embargo, tanto en su casa como en la de su madre la limpieza era casi siempre insuficiente. El baño debía lavarse al menos cinco veces por día con lavandina, lo que incluía también las paredes y el techo. Todas las semanas tenía que lustrar los adornos de bronce para que los mismos no perdieran brillo. El control remoto y los teléfonos fijos debían desarmarse y limpiarse minuciosamente con hisopos y lysoform ya que eran foco de concentración de todo tipo de microbios. Con el transcurso del tratamiento, Adriana empezará a ubicar que algo de dicha limpieza obsesiva -como ella lo llama- comienza a disminuir. Puede pasar días sin lavar el baño, e incluso soporta que se acumule polvo sin que se le venga

la necesidad desmedida de limpiar. Empieza a su vez a disfrutar más de salir con amigos, asistiendo menos a la casa de su madre. Pasados ya varios meses de tratamiento, y a pesar de que Adriana mostraba grandes cambios respecto a su presentación inicial, al conversar con su psiquiatra tratante sobre el caso me transmite su preocupación por ciertas conductas compulsivas. Si bien algo de esto había comenzado a aparecer durante el tratamiento psiquiátrico, nada de estas conductas habían surgido durante las sesiones conmigo. Adriana se lavaba casi veinte veces las manos y se llegaba a bañar hasta seis veces por días. El tratamiento farmacológico incluía un aumento en la dosis del antidepresivo que la misma ya venía tomando por la sintomatología depresiva/ansiosa con la que había llegado. En primer lugar surgía la pregunta, ¿cómo trabajar con algo que la paciente no trae a sesión? ¿Debía introducir el tema directamente yo, preguntándole al modo de interrogatorio?

Sin embargo, pocas sesiones después Adriana llega muy angustiada a sesión comentándome que su psiquiatra pensaba subirle la medicación que venía tomando. Totalmente sorprendida, me dice que no entendía a qué se debía dicha decisión si ella se sentía mucho mejor de cuando llegó al hospital dos años atrás. Se sentía frustrada. Al preguntarle por qué pensaba ella que se estaría dando este cambio, me dice que probablemente tenía que ver con algo en relación a su propia higiene, porque de eso venían hablando mucho en las sesiones con su psiquiatra. Es así que dicho tema entra en el tratamiento psicológico.

### **Un significante que resuena**

Como se mencionó anteriormente, Adriana comenzó a asistir a sesión angustiada por el aumento de medicación. Al hablarme sobre su higiene personal, había una oscilación entre algo que para ella era totalmente normal pero que al mismo tiempo le dejaba como consecuencias marcas en el cuerpo. Desde el peluquero hasta los distintos especialistas por los que transitaba por alguna consulta (dermatólogos, ginecólogos, odontólogos, clínicos) le sugerían, casi de manera terminante, cortar con sus rituales de limpieza. *“Cuando voy al baño, haga lo que haga, sólo me lavo con el bidet para no usar papel y que sea más higiénico”*, dice. Si bien los médicos le explican que esto le quita todo tipo de defensa, ella no puede dejar de hacerlo.

Me cuenta que a partir del tratamiento siente que ha mejorado. *“Ahora sólo me lavo las manos 14 veces al día”*, aclara. Al preguntarle cuándo y por qué lo hace, refiere que luego de tocar cualquier objeto. Esto sea en su casa como en cualquier otro lugar. *“Por ejemplo --me dice- si estoy viendo la tele y agarro el control remoto, después tengo que lavarme las manos. Lo mismo si toco algún picaporte, todo está lleno de gérmenes”*. Comenta a su vez que antiguamente solía bañarse con una esponja de cocina, utilizando la parte verde para de esta forma sacarse bien la suciedad. Sin embargo, me cuenta -riéndose- una anécdota en que debe comprar una marca distinta a la utilizada habitualmente y, al salir del baño, se da cuenta que tenía infinitas ralladuras, al estilo de arañazos de gato. Por último, relata que - a modo de ritual - antes de acostarse debe cepillarse todos los días las uñas de sus pies y manos, las cuales deben estar cortadas lo mínimo posible, a fin de evitar que no entre por ahí ningún germen. En un comienzo, al preguntarle qué

pensaba ella de todo esto, me dirá que creía que era algo normal y esperable. *“Para mí habla de alguien limpio. No entiendo cómo alguien no se lava las manos luego de tocar algo”*, explica.

Unas sesiones después le pregunto a Adriana qué pasaba si no se bañaba. A lo que responde: *“Es lo mismo que me preguntes qué pasa si no me lavo las manos. Ves eso que está ahí”* (señalando unas lanas que utilizaba para tejer en la sala de espera), *yo siento que antes de mí pasaron por muchas manos y me da asco. No puedo dejar de lavármelas”*. Intervengo señalando que entonces lo que a ella le molestaba era el manoseo. Ante esto se queda muda, atónita y, me atrevería a decir que con sorpresa, empieza a relatar que dicha palabra le recordaba a algo que nunca había podido hablar con nadie. Cuando tenía unos 10 u 11 años su abuelo materno se solía quedar a dormir en su casa. El mismo dormía en la cama junto con uno de sus hermanos en la habitación que compartían con Adriana y su otro hermano. Cuando estos dos salían a trabajar o al colegio, su abuelo solía pasarse a la cama de su nieta y la manoseaba. En esta oportunidad, al relatar el episodio de abuso -lo cual pudo ser nombrado de esta manera en el tratamiento- no había nada del orden del afecto que pudiera ubicarse. El modo de transmitirlo era el mismo en el que semanas antes me contaba sobre las cuidadoras de su madre. El horror y el asco quedaban sin lugar a dudas de mi lado. Se podría decir que del suyo ambas cosas estaban totalmente desplazadas.

Como se dijo anteriormente, me cuenta que era la primera vez que podía hablar de esto con alguien. Sin poder ubicar por qué, en aquel entonces no había podido decírselo a nadie. *“Lo tenía totalmente olvidado, como si lo hubieran borrado de mi cabeza”*, cuenta. Esta intervención permitió abrir otra cadena asociativa que antes ni asomaba. Adriana continúa trayendo a las sesiones siguientes recuerdos vinculados a dicha escena. Recuerda que hace aproximadamente tres años su madre le había confesado que, cuando era chica, su padre abusaba tanto de ella como de su hermana, tocándolas cuando acompañaba a ambas al baile. A diferencia de la sesión mencionada anteriormente, ahora sí la angustia se hacía presente. Volvió a sentir asco al viajar en colectivo, en aquellos momentos donde la persona sentada al lado *“la apoyaba”*. Por momentos volvía la sudoración de manos, sin embargo ahora podía ubicar que eso ocurría al angustiarse. Se podría decir que el lavado de manos empieza a tomar valor significativo. Ya no sólo se asocia a una conducta compulsiva sino que empieza a remitir al manoseo, al lavado de manos de sus hermanos respecto al cuidado de su madre (que vive en el mismo terreno que ellos), a la frase de ésta *“no tenés miedo que el diablo te cague la mano si no hacés nada”*, y -algo aún pendiente- al propio lavado de manos de su madre, quien permitía que su hija durmiera en la misma habitación que el hombre que había abusado a ella y a su hermana de pequeñas.

### **Una vuelta a Freud**

Ya a principios del 1900, y durante sus primeros desarrollos sobre la neurosis obsesiva, Freud advertía que en el transcurso de una cura, el analista podría encontrarse con algo que funcionara como obstáculo en el tratamiento, o más bien, obstáculo para la identificación y aislamiento de los síntomas en el campo de las neurosis. Se refiere a esto con el nombre de “carácter”. En su trabajo “Ca-

rácter y erotismo anal” Freud destaca ciertos rasgos de carácter emparentados entre sí que, si bien estaban presente en la mayoría de casos de neurosis obsesiva, su presencia no alcanzaban para realizar dicho diagnóstico. Menciona así personas particularmente ordenadas, ahorrativas hasta la avaricia y pertinaces. Respecto a esto señala: *“En el campo del desarrollo del carácter necesariamente tropezamos con las mismas fuerzas pulsionales cuyo juego hemos descubierto en las neurosis. Sin embargo, una nítida separación teórica entre ambos campos es ofrecida por la circunstancia de que en el carácter falta lo que es peculiar del mecanismo de las neurosis, a saber, el fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido. En el caso de la formación del carácter, la represión no entra en acción, o bien alcanza con tersura su meta de sustituir lo reprimido por unas formaciones reactivas y unas sublimaciones.”* (Freud, 1913, pág.343).

Sin embargo, en “Inhibición, Síntoma y Angustia” Freud dará un nuevo giro al situar al carácter como parte de la defensa del yo contra el síntoma. Dirá: *“el yo es constreñido por su naturaleza a emprender algo que tenemos que apreciar como intento de restablecimiento o de reconciliación.”* (Freud 1926, pág. 94). El síntoma, que se manifiesta como un elemento discreto, extraño a la unidad imaginaria del yo, es constreñido a subsumirse a esta. Así el yo *intenta “cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, aprovechando toda oportunidad para ligarlo de algún modo a sí e incorporarlo a su organización. (...) Así el síntoma es encargado poco a poco de subrogar importantes intereses, cobra un valor para la afirmación de sí, se fusiona cada vez más con el yo, se vuelve cada vez más indispensable para este.”* (Freud, 1926. pág.94-95). La novedad que Freud introduce en este escrito consiste en situar al carácter como el precipitado de un nuevo mecanismo de defensa que tiene como resultado la unión entre el yo y el síntoma: *“Podemos admitir como un nuevo mecanismo de defensa, junto a la regresión y a la represión, las formaciones reactivas que se producen dentro del yo del neurótico obsesivo y que discernimos como exageraciones de la formación normal del carácter. Parecen faltar en la histeria, o ser en ella mucho más débiles.”* (Freud 1926, pág.110).

### **“De síntomas e intervenciones”**

Ahora bien, para que la cura pueda proseguir su camino es necesario devolverle al síntoma su carácter de ajenidad. Como plantea Lacan: *“En este caso, el primer paso del análisis (...) es que el síntoma se constituya en su forma clásica, sin lo cual no hay modo de salir de él, porque no hay modo de hablar de él, porque no hay modo de atrapar al síntoma por las orejas. ¿Qué es la oreja en cuestión? Lo que podemos llamar lo no asimilado del síntoma, no asimilado por el sujeto”* (1963, pág. 302-303). La clave, como cuestión preliminar al tratamiento posible del síntoma, consiste en hacer emerger la dimensión de la causa: *“Para que el síntoma salga del estado de enigma todavía formulado, el paso a dar (...) es que en el sujeto se perfila algo tal que le sugiera que hay una causa para ello. Tan solo por este lado se rompe la implicación del sujeto en su conducta, y esta ruptura es la complementación necesaria para que el síntoma sea abordable para nosotros”* (Lacan,1963, pág. 303).

Es sabido que Freud introduce la noción de síntoma como formación del inconciente, entre los que se encuentra el sueño, el lapsus,

los actos fallidos y el chiste. Esto es subsidiario de la operación del mecanismo de represión, propio de la estructura neurótica. Volviendo a los primeros textos freudianos, la represión permitiría -ante una representación inconciliable para el yo- desprenderle a esta última su afecto. Mientras que la representación inconciliable quedaría en el aparato psíquico como aquello que Freud llamó lo inconciente, el afecto se desplazaría al cuerpo -en el caso de los síntomas conversivos- o bien a una representación nimia como sucede en los síntomas obsesivos. Estos primeros desarrollos freudianos sobre el síntoma, coinciden con sus primeras conceptualizaciones en relación al trauma. Freud considera en esta época al trauma psíquico como *“cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico...”*. (1893, pág 31). El movimiento que hace Freud es el siguiente: el trauma en la primera época está como episodio, como “experiencia sexual prematura traumática”. Tenemos el episodio, pero el episodio en sí mismo no produce ningún efecto. No tiene eficacia. En un período que Freud denomina de latencia va a producirse un representante psíquico, que va a entrar en conexión asociativa con la marca o la huella que dejó el episodio traumático. Este segundo tiempo, en retroacción sobre el primero, va a transformar el episodio en trauma. Esto es a posteriori. Tenemos así los dos tiempos del trauma, las dos escenas.

Volviendo al caso, podríamos pensar que se presenta casi al modo de las primeras pacientes de Freud. Por un lado, aparecen las conductas compulsivas de Adriana, el lavado de manos casi sin límites. Por otro, una “vivencia sexual prematura traumática”, el abuso de su abuelo siendo aún una niña. Entre ellas media un significante, “manoseo”, el cual toca algo de esa primera marca. Dice Lacan al respecto: *“El trauma, en tanto que cumple una acción represora, interviene a posteriori. En ese momento, algo se desprende del sujeto en el mundo simbólico mismo que está integrando. A partir de entonces esto ya no será algo del sujeto. El sujeto ya no hablará más de ello, ya no lo integrará. No obstante, esto permanece ahí, en alguna parte, hablado, si podemos decirlo así, a través de algo que el sujeto no domina. Será el primer núcleo de lo que luego habrán de llamarse sus síntomas”*. (1953, pág 191).

Desde los inicios Freud ubica en los síntomas un sentido, algo a ser descifrado, leído. En este sentido, lo simbólico está puesto en juego. Lacan ubica allí la incidencia del significante. Al respecto, Laznik plantea: *“(...) Freud llama “sentido del síntoma”, y se sostiene no por un único sentido. Es un significante cuyo significado se obtiene por esta cadena asociativa conformada por un primer significante, un segundo significante y, en este caso, un tercer significante. Esto es lo que Freud llama “síntoma neoproducido”, y que con Lacan llamamos “síntoma analítico”; es un síntoma que podemos interpretar.”* (2007, pág. 3). Lacan dice que el lugar del analista es el lugar de la interpretación que produce un significante cualquiera, que no es cualquier significante, es el significante que antes estaba en el lugar de responder a la pregunta por el síntoma. La interpretación lo ubica en un lugar que permite la producción de una nueva pregunta. *“¿Cuál es el lugar del analista? El que sostiene la producción de una nueva pregunta con ese elemento que retorna de lo reprimido, y que es posibilitado por el hecho de que no sabemos qué quiere decir para ese analizante”*, plantea Laznik (2007, pág. 6).

Volviendo a la interpretación, la misma es introducida por Freud como uno de los modos de intervención analítica en 1900 en su escrito sobre la "Interpretación de los sueños". Lacan pone de manifiesto que el inconsciente no es algo que preexiste, sino que se produce a partir de las intervenciones del analista. Lo concibe como algo pulsátil, es decir, el inconsciente como algo que se abre y se cierra. En este sentido, Gabriel Bellucci define a la interpretación como aquella modalidad de intervención que tiene como efecto la apertura del inconsciente, aquella que aún sin ser calculada, permite todo un desarrollo asociativo que previamente no era posible. Es así que la interpretación sólo se mide por sus efectos. Al respecto el autor plantea: *"cuando un neurótico habla, en lo que dice resuena alguna otra cosa, sobre todo cuando uno habla en análisis. ¿Qué es la interpretación en ese punto? Es una operación que, en lo dicho, apunta a lo no dicho. En lo que alguien dice, la interpretación apunta a un más allá de eso, a algo que no está dicho y permite o promueve que eso no dicho pase a la palabra. Éste es un modo de decir aquello que dice Lacan cuando plantea que la interpretación está entre el enigma y la cita. Se apoya en la cita, la cita es un fragmento de lo dicho. Necesariamente, la interpretación de alguna manera se va a apoyar en lo que se dijo concretamente, pero apunta al enigma, a que la enunciación o el sentido de eso que se dice está en otra parte"*. (Bellucci, 2016, pág. 6)

Para finalizar tomo las palabras de Safouan cuando dice: *"Es por eso que detrás de cada síntoma sólo y siempre está el sujeto. Y su cura consiste exactamente en su surgimiento o, si se quiere, en la reintegración de su historia"* (1988, pág. 15).

## BIBLIOGRAFÍA

- Belucci, G. (2014). Lo escrito en un análisis: repetición y diferencia. Imago Agenda. Volúmen 178.
- Belucci, G. (2016). Las intervenciones del analista (inédito).
- Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En Obras Completas, Vol. II (pp. 1- 309). Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1908). Carácter y erotismo anal. En Obras Completas, Vol. IX (pp. 149- 158). Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1913). La predisposición a la neurosis obsesiva. En Obras Completas, Vol. XII (pp. 329- 346). Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas, Vol. XIV (pp. 313-340). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). 17° Conferencia: El sentido de los síntomas. En Obras Completas, Vol XVI (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). 23° Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma. En Obras Completas, Vol XVI (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En Obras Completas, Vol. XIX (pp. 1-64). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia, En Obras Completas ,Vol. XX (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Frydman, A.; Thompson, S. (2009). El carácter, un obstáculo para delimitar el síntoma en la neurosis. En Singular, particular, singular. Buenos Aires: JVE ediciones.
- Lacan, J. (1953). El Seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1957). El Psicoanálisis y su enseñanza. En Escritos 1 (pp 411-430). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958). El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1963). El Seminario. Libro 10. La angustia. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1974). Conferencia de Ginebra sobre el síntoma. En "Intervenciones y Textos 2". Buenos Aires: Manantial.
- Laznik, D. (2007). Elisabeth von R.: del padecimiento a la queja y de la queja a la producción del síntoma analítico. Ficha de cátedra Clínica Psicoanalítica (cátedra I). Universidad de Buenos Aires.
- Safouan, M. (1988). Angustia, Síntoma, Inhibición. Buenos Aires: Nueva visión.