



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO FACULTAD DE
PSICOLOGÍA TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“El relato en el dispositivo psicoprofiláctico”

Autora: Castagno, Valentina Eva.

Legajo: C-5487/9

Docente responsable: Psi. Del Ponte, Javier.

Agradecimientos:

A mi tutor Javier Del Ponte, por su respeto, paciencia y dedicación, pero por sobre todas las cosas, por aceptar el desafío de acompañarme y de hacer de esta etapa un momento único e inolvidable.

A la docente Agustina Cánaves, por guiarme en el proceso de escritura y por ayudarme a sortear cada uno de los obstáculos a los que debí enfrentarme para obtener los resultados deseados.

A mis padres Alejandra y Javier, por respetar mis tiempos, por confiar en mí y por valorar mi esfuerzo en pos de lograr la meta tan esperada.

A mis hermanas Guillermina y Delfina, por hacer de la convivencia una experiencia de aprendizaje, y en especial, por cada una de las comidas que me hicieron con tanto amor.

A mi compañero de vida Matías, por ser mi refugio, mi sostén, por brindarme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante cuando lo necesite.

A mis amigas, por los momentos compartidos y por las risas tan necesarias para renovar energías.

A mi dulce Paz, que con su inocencia y su amor me enseñó a ser una mejor persona.

A mi familia política, por el apoyo incondicional y por estar siempre presentes. A mi psicóloga Florencia, por transmitirme tranquilidad en los momentos difíciles. A mi

gato Milo, por ser mi amigo fiel, mi psicólogo gatuno preferido.

El presente escrito está dedicado...

A cada persona que, de una manera u otra, formó parte de mi vida y dejó una huella imborrable en mi corazón.

A cada persona que me brindó su escucha y su mirada, su presencia y su entrega.

A cada persona que escribió junto a mí los capítulos de mi historia.

A cada persona que participó de mi metamorfosis.

Muchas gracias a todos y todas.

pág. 1
Trabajo Integrador Final

Índice

Resumen.....	
3	Palabras
claves.....	3
Introducción.....	
4	
Desarrollo.....	
5	
1. Construcción de un relato inconsciente y novelado.....	5
2. Pasaje del terror al miedo.....	10
3. Lo corporal, el lenguaje y el resto.....	12
Conclusiones.....	1

5 Referencias

bibliográficas.....	17
---------------------	----

Resumen

El presente escrito propone una re-lectura sobre los avatares de la intervención quirúrgica y de la complejidad que ella supone desde una perspectiva psicoanalítica. El trabajo analiza el dispositivo psicoprofiláctico como aquel que le posibilita al sujeto construir un relato que está circunscripto a una situación determinada: la cirugía, y a un ámbito específico: el hospitalario. Además, describe cómo se construye dicho relato, cuáles son sus elementos y qué exterioriza cuando se verbaliza.

Para sostener y argumentar la hipótesis central, el ensayo aborda dos categorías principales, la de terror y la de miedo, y fundamenta el porqué del valor del pasaje del primero hacia el segundo. También, trabaja la noción de corporalidad en consonancia con la fragmentación que sufre el cuerpo a partir de la operación, ya que ésta se realiza sobre el organismo viviente, real. Por ello la importancia de entender que no existen límites demarcatorios y fijos entre lo corporal y lo psíquico, sino que, por el contrario, nos referimos a una realidad única.

Palabras claves

Psicoanálisis, dispositivo psicoprofiláctico, miedo, terror, corporalidad.

pág. 3
Trabajo Integrador Final

Introducción

La intervención quirúrgica, pensada como una posible solución para sanar el cuerpo doliente cuando la enfermedad lo amerita, implica un entramado de cuestiones que van más allá del horizonte propiamente médico. El sujeto asume el estatuto de paciente al ingresar a la institución hospitalaria y recorre los pasillos que se dirigen hacia el quirófano recostado sobre una camilla, acompañado por el personal médico. Al ingresar a la sala quirúrgica, se enfrenta a un ambiente desconocido que posee características específicas. Finalmente, adormecido por efecto de la anestesia, es intervenido quirúrgicamente por profesionales de la salud que explorarán su cuerpo con fines curativos. El acto quirúrgico, entonces, podría ser interpretado como un hecho inesperado y sorpresivo, causante de un impacto psíquico intenso en el sujeto.

El presente ensayo tiene como objetivo interrogar el trabajo elaborativo que permite, desde la construcción narrativa, el pasaje del terror al miedo, lo que constituye el fundamento de la psicoprofilaxis quirúrgica. El lingüista Benveniste, E. (1997) sostuvo:

El analista opera sobre lo que el sujeto le dice. Lo considera en los discursos de éste,

lo examina en su comportamiento locutorio [...], y a través de estos discursos se configura lentamente para él otro discurso que le tocará explicitar, el del complejo sepultado en el inconsciente. (p.75).

Tal como lo señaló Freud (1992a) “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 de la sorpresa” (pp.12-13). Terror y miedo son categorías fundamentales que permiten argumentar la hipótesis central, ya que será a partir de la construcción narrativa que el sujeto podrá identificar el objeto al cual le teme. Este acto de significación produciría el pasaje del terror al miedo, y evitaría el factor sorpresa propio de aquel y sus respectivas consecuencias traumáticas.

Lacan señaló (2010): “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (p.28). De allí la importancia de tomar en consideración también a la lingüística para llevar a cabo el desarrollo del escrito. Ambas disciplinas, psicoanálisis y lingüística, se encuentran sumergidas en el mundo de las palabras, del lenguaje, y tienden a la construcción de un relato.

La psicoprofilaxis quirúrgica, entendida como una práctica clínica que utiliza como herramientas la escucha y la palabra (Mucci, 2015), le posibilitaría al sujeto rellenar huecos, responder interrogantes y aclarar incertidumbres. Si bien es un dispositivo que no cura la enfermedad física ni evita que el sujeto se someta a cirugía, brinda un espacio propicio para que construya un relato que estará circunscripto a una situación específica: la intervención quirúrgica.

En conclusión, la instancia quirúrgica constituye un escenario clave que según como se afronte en el presente tendrá trascendencia en el futuro del sujeto. Por lo tanto, la cirugía no puede quedar librada a su evolución espontánea, y por ello debería investigarse el potencial efecto traumático que produce sobre los sujetos que deben someterse a ella.

Desarrollo

Le movían cuidadosamente el brazo, sin que le doliera. Las enfermeras bromeaban todo el tiempo, y si no hubiera sido por las contracciones del estómago se habría sentido muy bien, casi contento. Lo llevaron a la sala de radio, y veinte minutos después, con la placa todavía húmeda puesta sobre el pecho como una lápida negra, paso a la sala de operaciones. Alguien de blanco, alto y delgado, se le acercó y se puso a mirar la radiografía. Manos de mujer le acomodaron la cabeza, sintió que lo pasaban de una camilla a otra. El hombre de blanco se le acercó otra vez, sonriendo, con algo que le brillaba en la mano derecha. Le palmeo la mejilla e hizo una seña a alguien parado atrás.

Julio Cortázar, “La noche boca arriba”.

La literatura es capaz de transmitir de manera vívida e intensa una realidad aterradora, y de hacernos sentir como propios el desamparo, el desvalimiento y la soledad que atraviesa el protagonista. Como en el cuento de Cortázar, muchas veces la literatura relata cómo y qué sienten los pacientes al ingresar en el quirófano. Tal como lo sostuvo Sabato (2002) “la literatura no es un pasatiempo ni una evasión, sino una forma, quizá la más completa y profunda, de examinar la condición humana” (p.145).

La literatura, entendida como una actividad artística que utiliza al lenguaje como vía de expresión y construye relatos con valor artístico, filosófico y estético (Real Academia Española, 2021a), se caracteriza por tener un determinado estilo narrativo. El sujeto, al igual que la literatura, también tiene un estilo narrativo singular y propio a la hora de construir un relato en el seno del dispositivo psicoprofiláctico.

El psicoanálisis, como la literatura, es un mundo habitado por palabras; *el psicoanálisis es un relato novelado y la literatura es un logro de elaboración*, un logro de representación posible, sea real o imaginaria, tanto de la realidad psíquica como de la realidad material. El psicoanálisis señala la dirección de una cura y la literatura es un punto de llegada, el de la sublimación artística.

La narración, imprescindible a la hora de transmitir un hecho y/o situación, es un comportamiento lingüístico particularmente humano. El sujeto, representado por la figura del narrador, organiza los segmentos de su discurso de un determinado modo, y su manera de representar las situaciones más sobresalientes será el resultado de un proceso de subjetivación a partir del cual se configura una construcción particular por medio de la que se moldea verbalmente una experiencia. A esta acción que se la denomina narrar.

Narrar es contar una experiencia, es relatar algo ya ocurrido (Real Academia Española, 2021b), una transcripción que se reordena de acuerdo con nuevas relaciones y situaciones. Consecuentemente, en el proceso de la transcripción hay un retardo, un presente reconstruido a partir de los signos de la memoria, de los recuerdos.

“Todas las ciencias descansan inicialmente en observaciones y experiencias [...]” (Freud, 1991, p.157), pero cuando se hace el relato de ellas, ha transcurrido un tiempo, no importa cuánto, que va de la huella a su recuerdo. En el campo literario, al recuerdo de las sensaciones que movilizó un determinado fragmento novelístico, al recuerdo de los sentimientos que provocó una obra teatral o la escucha de un poema. En el ámbito psicoanalítico, al recuerdo de la representación inconsciente, la cual se manifiesta de manera confusa, distorsionada.

La representación vislumbra que hay algo que necesita ser significado para evitar consecuencias psíquicas aún más intensas, y arribar a un significado se lograría gracias al dispositivo psicoprofiláctico. La intervención quirúrgica, entendida como un hecho inminente, podría desatar en el sujeto consecuencias tanto psíquicas como corporales. La sola transmisión de esa información despertaría en él hitos de su historia individual.

En psicoanálisis, la noción de narrativa se relaciona con la memoria, con los distintos modos que utiliza el sujeto para organizar su historia, y también con las variadas formas o guiones, conscientes o inconscientes, con los cuales expresa, a través de su relato y en la actualidad con el analista, su problemática, su padecer. Por ello, la idea de narración está vinculada a los procesos de reconstrucción, construcción y reapropiación de la propia historia ocurridos durante el trascurso del dispositivo psicoprofiláctico.

El analista, entonces, va en búsqueda de un dato histórico escondido, desconocido, que se encuentra en la memoria del sujeto, a pesar de que aquel no sea consciente de ello, no lo reconozca o no se identifique con él. Opera a partir del recuerdo que causa dolencia, angustia; pero el analista no puede conocerlo sin ayuda del

paciente, ya que éste es el único que sabe realmente lo que le ocurrió. Aunque pudiese, no sabría qué valor atribuirle al hecho.

El yo enfermo del paciente promete la más completa sinceridad, es decir, promete poner a nuestra disposición todo el material que le suministra su autopercepción. Por nuestra parte, le aseguramos la más estricta discreción y ponemos a su servicio nuestra experiencia en la interpretación del material sometido al inconsciente. Nuestro saber ha de compensar su ignorancia, y ha de permitir al yo recuperar y dominar los dominios perdidos de su psiquismo. En este pacto consiste la situación analítica. (Freud, 1975a, p.40).

Supóngase que, el analista, en un universo utópico, consiguiera descubrir el rastro de todos los acontecimientos que componen la biografía del paciente: seguiría sin obtener lo esencial. Pero lo que sí necesita es que el paciente le cuente todo, que hable al azar y sin un propósito definido, ya que la dimensión constitutiva de esta biografía, la cual es verbalizada y asumida por quien la narra como suya, y que se expresa por medio del lenguaje, permite que surja un diálogo entre analista y sujeto en el porvenir del dispositivo psicoprofiláctico. “El ideal del análisis no es el completo dominio de sí [...]. Es hacer al sujeto capaz de sostener el diálogo analítico, [...]” (Lacan, 2001, p.14).

Entre ellos no ocurre otra cosa sino que conversan. El analista no emplea instrumentos, ni siquiera para el examen, y tampoco prescribe medicamentos [...] El analista hace venir al paciente a determinada hora del día, lo hace hablar, lo escucha, luego habla él y se hace escuchar. (Freud, 1992b, p.175).

El sujeto no puede comprenderse si no es en relación con el otro. En efecto, en el momento en el que el locutor se constituye como sujeto en su discurso, también instituye al otro. Así lo afirma Benveniste:

El lenguaje no es posible sino porque cada locutor se pone como sujeto y remite a sí mismo como yo en su discurso. En virtud de ello, yo plantea otra persona, la que, exterior y todo a 'mí', se vuelve mi eco al que digo tú y que me dice tú. (1997, p.181).

Por tal sentido, refiere a una “realidad dialéctica” (1997, p.181) en el que ambos términos yo-tú se definen en su vinculación con el otro. La psicoprofilaxis quirúrgica, entendida como un campo especializado que cobra sentido y obtiene su lugar como estrategia de intervención psicológica ante una situación determinada: la intervención quirúrgica, invita a visualizar esa realidad dialéctica de la cual habla Benveniste. Permite investigar la función vital del relato, lo que el narrador ha querido manifestar y lo que ha

ocultado sin querer, y que se produzca un pasaje desde un hecho originalmente vivido a su posterior transcripción en palabras, orales o escritas.

Pero, por un lado, no puede perderse de vista que la demora inevitable y el cambio de código tornan compleja la veracidad de cualquier relato y por el otro, la psicoprofilaxis, aunque le permita al sujeto llevar a cabo una elaboración narrativa, no deja de ser una psicoterapia breve y específica. Por esa razón, el relato que se construye en el seno del dispositivo psicoprofiláctico está circunscrito a la intervención quirúrgica. La cirugía, como instancia que penetra tanto en lo corporal como en lo psíquico, puede producir diferentes consecuencias en el sujeto debido a la intensidad de los afectos que moviliza. Frente a ese contexto, es que se aconseja la implementación de un abordaje psicoterapéutico.

El sujeto, dentro del dispositivo psicoprofiláctico, actúa como si fuera un creador literario, como un autor oral de sus ficciones. Y cuando el analista traduce en un relato la sesión con el paciente, hace una transcripción del material, ya sea que lo guarde para sí, lo cuente en una supervisión o lo exprese por escrito en forma de caso clínico. Es visto

como creador, al igual que el sujeto, como constructor de una interpretación, como lector de narrativas.

El analista aparece en una actitud de espera y de escucha, recurriendo al silencio como instrumento técnico, atento a las distintas formaciones del inconsciente que puedan irrumpir sorpresivamente en la sesión. Como expresa Lacan (2003a): “mostraremos que no hay palabra sin respuesta, incluso si no encuentra más que el silencio, con tal de que tenga un oyente, y que éste es el meollo de su función en el análisis” (p.237).

Pero la dificultad a la hora de producir esa transformación genera determinados interrogantes: el inconsciente, el singular objeto freudiano ¿se puede representar directamente en un relato? ¿Cómo presentar esa cosa en sí, inconsciente? La función del analista es la de dotar al relato de un significado que no está en éste, en todo caso, no está en el contenido manifiesto. Lo que interesa, lo que se rastrea, puede encontrarse en lo manifiesto, en lo dicho y expresado, pero principalmente en lo que no se ve a simple vista, en las dudas y dubitaciones, en los silencios y ausencias.

Los relatos son significantes a los que hay que dotar de significación. En el seminario III, Lacan (2009) se pregunta: “¿qué buscamos, nosotros, analistas, cuando abordamos una perturbación mental, ya se enmascare o revele en síntomas o comportamientos? Siempre buscamos la significación, significación que incumbe a cada sujeto” (p.279). El sujeto está en donde no piensa, en donde no es consciente, es decir, en las formaciones del inconsciente, entendidas como una *segunda lengua*. Dichas formaciones permiten develar al inconsciente, y poner en juego la representación psíquica del miedo que construyó el sujeto a partir de sus experiencias de vida.

La mayoría de los presentes tiene alguna noción de que he afirmado lo siguiente: el inconsciente está estructurado como un lenguaje.

Antes de toda experiencia, antes de toda deducción individual, aun antes de que se inscriban en él las experiencias colectivas que se refieren sólo a las necesidades sociales, algo organiza este campo, inscribe en él las líneas de fuerza iniciales. Aun antes de establecer relaciones que sean propiamente humanas, ya se determinan ciertas relaciones [...] La naturaleza proporciona significantes –para llamarlos por su nombre– y estos significantes organizan de manera inaugural las relaciones humanas, dan las estructuras de estas relaciones y las modelan. Para nosotros lo importante es que en esto vemos el nivel donde –antes de toda formación del sujeto, de un sujeto que piensa, que se sitúa en él– algo cuenta, es contado, y en ese contado ya está el contador. Sólo después el sujeto ha de reconocerse en él, y ha de reconocerse como contador.

En nuestros días, en este momento histórico de la formación de una ciencia [...], a saber, la lingüística, cuyo modelo es el juego combinatorio que opera

espontáneamente, por sí solo, de manera presubjetiva, esta estructura le da su status al inconsciente. (Lacan, 2010, p.28).

En el fragmento escogido, del seminario XI de Lacan, se puede observar que, desde su origen, el sujeto es un contador, un contador de relatos. Relatos que son moldeados por significantes que provienen de la naturaleza, en palabras del psicoanalista francés. Pero finalmente, eso contado por el contador debe ser significado. Cuando el sujeto se identifica con el contador, puede reconocerse como narrador. Asimismo, el lingüista Benveniste (1997) manifiesta que “es en y por el lenguaje que el hombre se constituye como sujeto” (p.180). Por tal razón, se puede afirmar que para dicho autor no hay un sujeto previo al lenguaje; el lenguaje es una condición necesaria para que emerja el sujeto.

Como consecuencia de lo dicho anteriormente, y en la medida en que el sujeto requiere del lenguaje para constituirse como tal, se establece que es allí donde se lo puede hallar. Pero esta localización no es en el lenguaje en tanto facultad del hombre,

sino en su funcionamiento a través del discurso, del relato.

Por ello, Benveniste plantea que “es en la instancia de discurso en que yo designa el locutor donde éste se enuncia como sujeto” (Benveniste, 1997, p.182). En esta cita se establece una clara distinción entre el locutor y el sujeto. El locutor está puesto en relación con la apropiación, con la intencionalidad, mientras que el sujeto con el efecto. Se observa, entonces, un paralelismo entre ambos autores a la hora de distinguir entre un contador, en el caso de Lacan o un locutor, desde la mirada de Benveniste, y la posterior constitución del sujeto como efecto del lenguaje.

Cuando el sujeto habla, hace una selección de las palabras que quiere utilizar para darle un sentido al mensaje que pretende compartir. En este proceso de selección, más o menos instantáneo, suelen aparecer fallos en el lenguaje: lapsus, olvidos, repeticiones, etc. Estos fallos, en conversaciones ajenas al contexto terapéutico no tienden a ser analizados,

sin embargo, en un contexto analítico poseen una gran importancia. Precisamente, dichos fallos son una formación del inconsciente; es como si de alguna manera el contenido psíquico traspasara la barrera defensiva del sujeto.

El analista opera sobre lo que el sujeto le dice. Lo considera en los discursos de éste, lo examina en su comportamiento locutorio, [...] y a través de estos discursos se configura lentamente para él otro discurso que le tocará explicitar, el del complejo sepultado en el inconsciente. (Benveniste, 1997, p.75).

El sujeto, en la asociación libre, al verse liberado por el terapeuta de sus propios controles y ajeno a toda disciplina de darle a sus ideas un sentido lógico, se encuentra en el escenario propicio para dejarse llevar por todo aquello que acude a ese abismo en el que lo inconsciente adquiere potencia para salir de las profundidades psíquicas. La barrera defensiva, las resistencias, son franqueadas y por ese motivo es posible tener acceso al inconsciente. Nada de lo que se diga en sesión será juzgado por el analista, ni considerado como correcto o incorrecto, válido o inválido.

En un aspecto su relato tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en ésta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. Usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. Tendrá la tentación de decirse: eso o este otro no viene al caso, o no tiene ninguna importancia, o es disparatado y por ende no hace falta decirlo. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella, y aun justamente por haber registrado una repugnancia a hacerlo. [...] Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente. (Freud, 1975b, pp.135-136).

Este contexto le brinda al sujeto un espacio favorable para poner en juego sus representaciones inconscientes, sus representaciones psíquicas sobre el miedo. En el momento en que el sujeto se deja llevar por sus pensamientos y logra expresarlos abiertamente frente a su analista, permite que aquellas representaciones afloren y puedan ser analizadas, interpretadas y trabajadas.

Obteniendo acceso al material inconsciente, por medio de los fallos que se producen en el lenguaje, el sujeto puede volver a elaborarlo, junto con el analista, de manera consciente: el objetivo de esta elaboración es que deje de ser una fuente de malestar o conflicto. “¿Dónde puede decirse, dónde pudo decirse, en algún momento de la historia del hombre, lo que se dice en análisis?” (Laplanche, 2001, p.167).

Retomando la noción lacaniana de que “el inconsciente está organizado como un lenguaje” (Lacan, 2010, p.28) y poniendo el foco de atención no en éste y en su

funcionamiento, sino en sus lapsus, balbuceos, ahí donde falla, significaría ubicarse en un primer momento de elaboración de aquello que está pujando por ser representado y que angustia al sujeto ¿pero qué es aquello que lo inquieta? Los miedos pueden ser diversos, pero lo que sí está en claro es que se entrelazan con la historia singular del sujeto. Por tanto, las respuestas pueden ser diversas y extensas tomando en consideración que el sujeto se encuentra ante una situación desconocida, a la cual se debe significar para atenuar sus efectos traumáticos.

En el análisis, la verdad surge por el representante más manifiesto de la equivocación: el lapsus, la acción que impropriadamente se llama *fallida*.

Nuestros actos fallidos son actos que triunfan, nuestras palabras que tropiezan son palabras que confiesan. Unos y otras revelan una verdad de atrás. En el interior de lo que se llama asociaciones libres, imágenes del sueño, síntomas, se manifiesta una palabra que trae la verdad. Si el descubrimiento de Freud tiene un sentido sólo puede ser éste: la verdad caza al error por el cuello en la equivocación. (Lacan, 2001, p.386).

Lacan no dijo que el inconsciente es un lenguaje, sino que está estructurado como un lenguaje. Es decir, quizás al inconsciente se lo juzgue, en un principio, como caótico y ajeno a las leyes del tiempo y del espacio, pero al fin y al cabo tiene un determinado orden porque está estructurado como un lenguaje. Y el psicoanálisis sería el puente que le permite al sujeto entender el lenguaje de su propio inconsciente. Sólo que, a diferencia de los lenguajes que se conocen comúnmente, el lenguaje del inconsciente es de un orden muy distinto: son actos, omisiones, fantasías, lapsus, recuerdos, todos los cuales se combinan y operan bajo su propia sintaxis, su propia gramática, con la intención de elevar a la superficie aquello que se consideró ubicado, en un primer momento, en las profundidades de la psique.

Los síntomas, al igual que los actos fallidos y los sueños, tienen un sentido y por tal razón son considerados una formación del inconsciente. En psicoanálisis, un síntoma tiene estructura de lenguaje, es un significante que está pidiendo ser escuchado dentro de una cadena narrativa, porque lo inconsciente está en la cadena narrativa. Es el relato que el sujeto construye sin saber de qué habla y, a la vez, diciendo lo que no quiere.

Lacan (2003a) enunció: “el síntoma es aquí el significante de un significado reprimido de la consciencia del sujeto” (p.270). El síntoma encierra un significado ignorado por el sujeto y por consiguiente, el objetivo del dispositivo psicoprofiláctico radica en una liberación de dicho sentido. Si el cuerpo habla, es porque hay un significado oculto.

En el relato, más que hablar del síntoma, es éste el que habla. Se lo debe interpretar como algo que ocurre, que está ahí y del que hay que elaborar un cierto saber que lo trascienda, encontrando así la manera de relatarlo. Los síntomas son vistos como una brújula, colaboran en la tarea de trazar el camino para entender qué le está sucediendo al sujeto. Por lo tanto, los analistas no deben tener como finalidad la eliminación de ellos.

El síntoma que pasa por el cuerpo se presenta como un enigma, pero un enigma que es posible de descifrar e interpretar. El síntoma se manifiesta para decir algo que se quiere ignorar, para engañar o para falsificar la verdad que el sujeto no desea saber, o que pretende esconder. El dispositivo psicoprofiláctico se ocupa de ese cuerpo sintomático, del cual el sujeto se queja, del que habla, del cuerpo parasitado por el lenguaje.

Sacar a la luz lo oculto garantiza el éxito de la cura, y este proceso ocurre por mediación del lenguaje. Toda conducta narrativa se orienta a un fin, por más que los fines sean diferentes, y la psicoprofilaxis, pensada como dispositivo, podría desentramar qué

expresa, qué verbaliza una narración dada y cómo lo verbaliza. Es decir, no solo resulta necesario hacer explícito quién dice tal cosa, sino para qué lo hace.

“Pasaje del terror al miedo”

El miedo (y hasta los hombres más audaces pueden tener miedo) es algo espantoso, una sensación atroz, como una descomposición del alma, un espasmo horrible del pensamiento y del corazón, cuyo mero recuerdo provoca estremecimientos de angustia. (...) El verdadero miedo es como una reminiscencia de los terrores fantásticos de antaño.

Guy de Maupassant, “El miedo”.

El terror se caracteriza por irrumpir en el cuerpo en forma de síntoma, allí donde la angustia falló en cuanto señal, siendo su principal distintivo el factor sorpresa (su causa es desconocida). Freud (1992b) dirá: “La angustia tiene un inequívoco vínculo con la expectativa; es angustia ante algo. Lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto [...]” (p.154). Y finaliza la frase añadiendo: “[...] y hasta el uso lingüístico correcto le cambia el nombre cuando ha hallado un objeto, sustituyéndolo por el miedo” (p.154). Cuando Freud diferencia miedo y terror, deja en claro que el terror se relaciona con un estado al que se enfrenta el sujeto cuando se ve sorprendido por un peligro para el cual no estaba preparado. Si trasladamos esa noción de terror al ámbito hospitalario, y

específicamente a la intervención quirúrgica, se podría leer con una lógica similar. Es decir, la operación o los fantasmas que ella suscita podrían representar un peligro para el sujeto. Se debe tener presente, asimismo, que Freud conceptualiza a la angustia como reacción ante una situación peligrosa, o, en otras palabras, como señal de alarma ante un peligro interno o externo. Entonces, siguiendo la vía freudiana de que en la angustia hay algo que protege contra el terror, y por lo tanto, contra la neurosis de terror, Silvia Quesada (2010) argumenta que “el terror da cuenta de la irrupción y por lo tanto, del fracaso de la angustia, en su condición de protección y parapeto”. Es aquí donde el dispositivo psicoprofiláctico debe rescatar la función de señal de la angustia.

El proceso quirúrgico no está exento de ciertos mitos y temores. Por el contrario, los miedos más genéricos o comunes, presentes en la mayoría de los pacientes giran en torno a la anestesia, al diagnóstico, a morir. A ellos se agregan miedos a los cambios en la imagen y en el esquema corporal, a no contar con redes de apoyo afectivo, a perder la autonomía y la independencia, a lo desconocido, entre otros.

En conclusión, para todos los sujetos los miedos son una vivencia angustiosa, de causa diversa y compleja. Cada sujeto configura su propia representación psíquica del miedo, por tal razón éste se entrama con la individualidad y singularidad de cada uno.

El miedo a la muerte se relaciona con el temor hacia lo desconocido. La muerte está envuelta en un ambiente de misterio, y es difícilmente descifrable. Es un asunto que ha acompañado a la humanidad desde sus orígenes. Freud (1992c), al respecto, formula:

El segundo factor por el cual, según yo infiero, nos sentimos así de ajenos en este mundo otrora tan hermoso y familiar es la perturbación en la actitud que hasta ahora habíamos adoptado hacia la muerte.

Esa actitud no era sincera. De creérsenos, estábamos desde luego dispuestos a sostener que la muerte es el desenlace necesario de toda vida, que cada uno de nosotros debía a la naturaleza una muerte y tenía que estar preparado para saldar esa deuda; en suma, que la muerte era algo natural, incontrastable e inevitable. Pero

en realidad solíamos comportarnos como si las cosas fueran diversas. Hemos manifestado la inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte, a eliminarla de la vida. Hemos intentado matarla con el silencio; [...] La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. [...] En el fondo, nadie cree en su propia, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. (p.290).

En el fragmento escogido, la convicción de inmortalidad se conforma con ser una defensa contra la angustia que se produce al tomar contacto con la propia muerte, contacto que se hace visible frente a la intervención quirúrgica, por ejemplo. Ese acontecimiento derribaría dicha convicción y pondría en tela de juicio los temores del sujeto hacia la muerte. La fórmula *no existe representación inconsciente de la propia muerte* parecería sujeta a

una concepción del psiquismo en la que sólo adquiere representación aquello que ha sido previamente experimentado. Algo así como un aparato formado sólo a partir de huellas perceptivas, en el cual los fenómenos de la imaginación no tendrían un lugar claro.

Con respecto a la anestesia, el sujeto suele fantasear con la idea de que se despierta en medio de la operación y percibe dolorosamente la intervención que se está llevando a cabo sobre su cuerpo, siendo él incapaz de movilizarse o de dar señales que anuncien lo que está sucediendo. Pero el miedo más significativo gira en torno a la imposibilidad de despertarse una vez finalizada la cirugía. Esto remite directamente a la noción de muerte nombrada anteriormente.

En algunos sujetos el período preoperatorio reactualiza en su memoria, por asociación, recuerdos correspondientes a situaciones traumáticas antiguas. Es muy frecuente que el sujeto reviva recuerdos sobre sus experiencias quirúrgicas previas que, por la fuerza con la que cuentan y el gran monto afectivo que movilizan, tienen la capacidad de comandar la totalidad de su conducta antes de la intervención quirúrgica. Además, el sujeto puede rememorar escenarios familiares caracterizados por la tragedia, como la muerte de un familiar cercano dentro o fuera del quirófano por determinadas circunstancias que dejaron como representación psíquica un miedo intenso hacia la situación quirúrgica.

“El sentimiento que se convierte en sufrimiento deja de serlo en cuanto nos formamos una idea clara y precisa de él” (Frankl, 2020, p.67). Este fragmento, extraído del libro de Viktor Frankl, *El hombre en busca de sentido*, expresa con total nitidez, corriéndonos al campo de la psicoprofilaxis quirúrgica, la importancia de poder reconocer los miedos, ponerlos en juego, buscar sus orígenes, sus raíces. Freud (1992a) expuso que

“el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente” (p.12). Por ello es necesario que el sujeto pueda ubicar el objeto o la situación a la cual le teme, para así evitar el factor sorpresa propio del terror. El sujeto tiene que reconocer el sentido, el significado de sus manifestaciones, tanto psíquicas como corporales, para prevenir los efectos de la operación, potencialmente traumáticos.

Se trata de un proceso reflexivo, de elaboración narrativa, que permite un pasaje del terror al miedo, en donde éstos últimos son procesados, significados por intersección del dispositivo psicoprofiláctico. Analista y sujeto construyen, reelaboran, a partir de un

diálogo al cual arriban en el transcurso del dispositivo psicoprofiláctico, un relato novelado que deja entrever el inconsciente por medio de sus formaciones, y al mismo tiempo, estrategias de afrontamiento ante un hecho inminente: la cirugía.

El miedo siempre es más temible cuando es difuso, disperso, poco claro; cuando flota libre, sin vínculos, sin anclas, sin una causa nítida. “Miedo es el nombre que damos a

nuestra incertidumbre, a nuestra ignorancia con respecto a la amenaza y a lo que hay que hacer para detenerla, o para combatirla” (Bauman, 2007, p.193).

Cuando no se puede precisar dónde está el peligro, el sujeto se ve atrapado por un sentimiento de vulnerabilidad generado por la percepción de inseguridad y por la de encontrarse en un ambiente peligroso, desconocido, sintiéndose expuesto ante una situación para la cual no tiene herramientas, estrategias. Tal como lo sostuvo Freud (1992a) “[...] se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa” (p.13).

Adela De Duarte (2005) al retomar la polémica sobre si la interpretación construye una verdad narrativa o recupera una verdad histórica, considera que “restos no verbalizados recogen la memoria de sucesos primitivos que han dejado sus cicatrices psíquicas o físicas en el paciente, los cuales son recuperados y reconstruidos durante el proceso de análisis”. Su visión se trata de que la interpretación pueda construir transformando en relato aspectos no representados del pasado, y continúa: “se construye conocimiento a partir de vestigios y fragmentos congelados de un tiempo remoto” (de Duarte citado en De León de Bernardo, 2005, p.191).

Es fundamental tener en cuenta cómo el pasado es narrado en el presente de la situación analítica. Es en el dispositivo psicoprofiláctico donde se construye un relato verosímil sobre el pasado que adquiere una nueva significación, continuidad y coherencia, y por ello la psicoprofilaxis se considera “un procedimiento en el cual se busca reducir los traumas psicológicos ante una intervención quirúrgica” (Mucci, 2015, p.48).

“Lo corporal, el lenguaje y el resto”

El acto quirúrgico tiene una finalidad terapéutica, pero también es un hecho cruento e intrusivo, frecuentemente doloroso. La sola indicación de una cirugía, aun siendo leve, conmueve al sujeto, abre cuestionamientos en cuanto a su integridad corporal y moviliza hitos previos de su historia.

¿Cuándo se habla de corporalidad? Desde una mirada que incluya la noción de lenguaje, se habla de corporalidad cuando se produce una traducción de la experiencia corporal a partir del lenguaje verbal. Dicha experiencia es inconmensurable para el lenguaje, ya que éste pertenece a otro orden. Sin embargo, y aunque resulte paradójico, el lenguaje es parte de esa experiencia corporal. La inconmensurabilidad no implica incomunicación, lo que sí indica es la imposibilidad de una traducción completa de la experiencia corporal por parte del lenguaje. Entre ambos hay una articulación, una posibilidad de traducción parcial, que permite relatar la experiencia corporal. Pero el lenguaje no alcanza a expresar la complejidad de la experiencia corporal (Najmanovich, 2012), queda un resto. Por lo tanto, los relatos expresan la vivencia corporal, participan en su configuración, pero no la agotan.

Para cada sujeto habrá un modo diferente de constitución del cuerpo y es en el transcurso del análisis donde se puede relatar la historia de ese cuerpo. A veces solo se trata de eso: relatar la historia del cuerpo, acompañar la constitución de la corporalidad.

El psicoanalista Ricardo Bernardi (2002) sitúa:

Cuando hablo de cuerpo único, pero suficientemente complejo, me refiero al hecho de que los diferentes discursos sobre el cuerpo se refieren a una realidad única.

Somos tanto el cuerpo que puede chocar con una puerta como el cuerpo que, por ejemplo, en la anorexia, puede representarse a sí mismo más ancho que el espacio que ocupa al pasar por esa puerta. Existe un único cuerpo del que hablan los poetas, [...], entregado al amor, desvitalizado por la depresión, herido por la violencia o sanado por el calor humano. (p.2).

En *Escritos I*, en el capítulo denominado: *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica*, Lacan (2005) sostiene que el estadio del espejo es definido como una identificación imaginaria a partir de la cual el sujeto alcanza el reconocimiento de su imagen en el espejo, se trata de la imagen unificada del propio cuerpo. Dicho reconocimiento se produce en la primera infancia, entre los 6 y 18 meses de edad, estando el bebé sumido en la dependencia de la lactancia y en la incoordinación motriz, antes de tener un dominio real sobre su organismo y disponer de él como algo unificado y coordinado. En ese sentido, el reconocimiento de la imagen del cuerpo como una superficie total es una anticipación respecto de la maduración fisiológica. La imagen le permite así constituir su propia identidad, una identidad que justo un instante antes no existía.

Para Lacan, antes de que tenga lugar este proceso, el sujeto vive en un cuerpo fragmentado, el cual es percibido como un conjunto de órganos sin orden alguno, descoordinados entre sí, tal como se muestra en algunos sueños o patologías esquizofrénicas, en donde aquellos funcionan solos o se viven como partes totalmente ajenas al propio cuerpo. Además, las sensaciones orgánicas que experimenta el sujeto son caóticas y confusas. Pero es la percepción de su imagen en el espejo la que le permite salir de esa situación, y consecuentemente, el yo se torna fruto de una alienación, ya que la imagen asumida no se corresponde con la vivencia de fragmentación.

Esa unidad, percibida en un primer instante en la imagen exterior, actúa como anticipación de la unidad con la que el sujeto podrá identificarse a continuación. El estadio del espejo, entonces, consiste en una transformación que le permite al sujeto la conquista del sí mismo como totalidad, de percibirse como un cuerpo unificado.

[...] el estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad –y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante, que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental.

Este cuerpo fragmentado [...] se muestra regularmente en los sueños, cuando la moción del análisis toca cierto nivel de desintegración agresiva del individuo. Aparece entonces bajo la forma de miembros desunidos [...]. Pero esa forma se muestra tangible en el plano orgánico mismo, en las líneas de fragilización que definen la anatomía fantasmiosa, manifiesta en los síntomas de escisión esquizoide o de espasmo, de histeria. (Lacan, 2003b, p.90).

El cuerpo, habitualmente pensado como una cosa sólida de carne y hueso, es aquí más bien un cuerpo hablado, un cuerpo del que se dicen cosas, un cuerpo atravesado por los dichos y los deseos del Otro que impactan sobre él y lo recortan. Un cuerpo conversado

cuya estructura puede ser recuperada a través de los relatos que el sujeto construye sobre él. Si no fuese por los significantes que se inscriben sobre el cuerpo, éste sería tan solo una especie de vacío material, orgánico.

El dispositivo psicoprofiláctico se enfrenta a sujetos sufrientes, y aborda ese sufrimiento desde la palabra, la escucha, la mirada, desde la construcción de un relato. Se trata, también, de cuerpos sufrientes que hablan por medio de síntomas que aquejan al sujeto, siendo uno de los objetivos del dispositivo psicoanalítico conseguir que tales síntomas sean relatados, re-construidos por medio de una narración, neutralizando así la carga de padecimiento y malestar que conllevan para el sujeto.

La cirugía, entendida como una situación potencialmente traumática, podría restituir la sensación de fragmentación corporal en el sujeto. La fragmentación corporal, por ejemplo, podría jugarse en el plano de las fantasías, fantasías de un cuerpo fragmentado a causa del *bisturí*. Esta referencia tiene un gran valor clínico porque permite delimitar bajo qué circunstancias, de qué formas y de qué modos puede expresarse la fragmentación corporal en la experiencia psicoprofiláctica.

La intervención quirúrgica abre paso para pensar una determinada relación del sujeto con su cuerpo, la cual delataría una falta de unificación en una edad muy alejada de aquella en la que se presentó originalmente. Se trata de imágenes en las que el cuerpo se presenta fragmentado ante el yo, y éste no puede reconocerse como *uno*. Por eso el sujeto puede llegar a vivirlas con sentimientos de miedo, extrañeza y angustia. Si bien hay en esas imágenes una relación con el propio cuerpo que fragmenta a la unidad yoica, es a partir de la construcción de un relato que el sujeto puede significar las imágenes que conforman el contenido de sus fantasías.

A pesar de su finalidad curativa, la cirugía constituye una amenaza a la integridad del cuerpo, y por eso es bastante común que los enfermos tengan fantasías de fragmentación corporal que pueden manifestarse como chistes o como miedo a una mutilación por error quirúrgico. Muchos temores y fantasías dependen del órgano que será intervenido y del tipo de operación que se realice. (Giacomantone, 2005, p.36).

Por tal razón, es de suma importancia tomar en consideración la cuestión corporal, ya que la operación se realiza sobre el organismo viviente, real. Es el cuerpo de una persona al que se hiere, se invade y se explora con el propósito de provocar en él cambios y/o modificaciones, cuyos alcances y efectos no siempre son previsibles. Puede tratarse, incluso, de la pérdida de una parte del cuerpo, lo que implicaría cambios corporales y funcionales, y una real fragmentación corporal.

Por ello es esperable y normal sentir miedo ante el acto quirúrgico, ya que una operación puede ser un hecho inesperado, sorpresivo, no buscado, que representa un impacto psíquico intenso (Mucci, 2015), pero también físico, corporal. La cirugía podrá vivenciarse como amenaza, reto, pérdida, castigo, pero en su carácter ambivalente, también se constituye en esperanza de cura, alivio y ganancia.

Conclusiones

Para comenzar con las reflexiones finales me gustaría traer a colación un

fragmento de la entrevista realizada por George Sylvester Viereck (2006) al Dr. Sigmund Freud en 1926, titulada: *el valor de la vida*.

El psicoanálisis vuelve a la vida más simple. Adquirimos una nueva síntesis después del análisis. El psicoanálisis reordena el enmarañado de impulsos dispersos, procura enrollarlos en torno a su carretel. O, modificando la metáfora, el psicoanálisis suministra el hilo que conduce a la persona fuera del laberinto de su propio inconsciente. (Pp.8-9).

Piénsese en un sujeto totalmente abrumado por la noticia de que tiene que someterse a una intervención quirúrgica. Como dice Freud, el psicoanálisis permite reordenar los impulsos o sensaciones que se manifiestan en el sujeto de manera caótica y confusa tras recibir dicha noticia. El psicoanálisis, además, entendido como un instrumento de trabajo y pensado como la punta del iceberg, le permite al analista significar el relato del sujeto. A esa significación se arriba gracias a las fallas que el sujeto presenta en su decir. Tales fallas son constitutivas del inconsciente, son el lenguaje de éste, y por ello es esencial que se pongan en juego en la construcción narrativa que se lleva a cabo entre analista y sujeto.

El sujeto puede conquistar su inconsciente, o en todo caso, comprender el decir de su inconsciente. El psicoanálisis, aquí, no es pensado tan solo como una técnica que se desenvuelve entre cuatro paredes, sino que es desplazado al ámbito hospitalario con una función específica: servir como medio para la construcción de un relato que cumpla la función de puente para el pasaje del terror al miedo, lo que constituye el fundamento y la finalidad de la psicoprofilaxis quirúrgica.

A pesar de que no sea necesario, ni atractivo, para el futuro lector, escribir un ensayo que demuestre y fundamente la importancia del dispositivo psicoprofiláctico, ya que ello se manifiesta en su implementación y en sus logros clínicos, lo que sí es fundamental es llevar a cabo un análisis sobre los entramados que se van produciendo en su aplicación, en su puesta en acción.

Como dije anteriormente, considero que la técnica psicoanalítica permite descubrir las profundidades de nuestro psiquismo a partir de sus manifestaciones superficiales: sus lapsus, balbuceos, errores, o sus expresiones corporales, como el síntoma. Este trabajo de elaboración, arduo y complejo, no se trata simplemente de que el sujeto converse, o relate una experiencia. Por el contrario, deben darse las condiciones propicias para que el sujeto tenga libertad a la hora de expresarse. Si su narrativa se potencializa, se motiva, y se deja librada al azar, aparecerán los denominados fallos del lenguaje, los cuales revelan una verdad omitida, escondida.

Los miedos frente a la intervención quirúrgica o ante los fantasmas que la recubren, son más comunes de lo que se cree. Por tal razón, es importante poder hallarlos y esclarecerlos, darles una significación. El terror, por su parte, abruma al sujeto, lo desorienta, lo enfrenta a una situación comandada pura y exclusivamente por un peligro inesperado. Toda esta combinación de sensaciones y sentimientos tienen como resultado que el terror sea vivido por el sujeto como una situación traumática. Pero, gracias al dispositivo psicoprofiláctico ya no es necesario seguir transitando el camino gobernado por la sensación terrorífica.

Asimismo, ¿toda operación tiene efectos traumáticos para el psiquismo? ¿Qué condiciones son necesarias para que devenga traumática? ¿Es la cirugía en sí lo traumático? ¿Cómo situar lo que es traumático para cada sujeto? Considero que la cirugía, como hecho singular, no es en sí misma causante de un trauma. Es decir, sí será ella pero

junto a los fantasmas que la conforman y a las experiencias e hitos individuales de cada sujeto. Todo ello, en su conjunto, permitiría arribar a una situación traumática. Entiendo

que la función del analista es ir tras el rastro de lo traumático, obteniendo como resultado la identificación de un objeto que será categorizado como el responsable de causar temor en el sujeto. Esa búsqueda se realiza con la intención de prevenir las potenciales consecuencias traumáticas del contexto quirúrgico. En fin, el objetivo es derribar al terror, trasladándose al campo del miedo.

Desde luego, y cabe aclarar, no todo lo nuevo y no familiar es terrorífico. Por el contrario, a lo nuevo y no familiar tiene que agregársele algo que lo vuelva ominoso. Eso que se agrega, y que es necesario para llegar a una situación abominable, causante de un gran monto de angustia en el sujeto, puede ser el recuerdo de una intervención antigua, la muerte de un familiar cercano, una experiencia desfavorable en relación a lo quirúrgico, o padecer una determinada fobia, etc.

No se puede perder de vista que el dispositivo psicoprofiláctico se despliega en un determinado lugar: el hospital y frente a una situación específica: la intervención quirúrgica. Los tiempos con los que se cuenta son acotados, y por tal razón, el analista, prestándose del psicoanálisis como instrumento de trabajo, debe modificar aspectos de su labor para conseguir más rápidamente el objetivo buscado. Es decir, tiene que enfocarse en la construcción de un relato que se encuentre circunscripto a la cirugía y a sus elementos constitutivos.

En la actualidad, y lamentablemente, el dispositivo psicoprofiláctico tiene una implementación bastante acotada. Los motivos pueden ser cuestiones edilicias, no contar con un presupuesto adecuado o simplemente por la falta de motivación de las autoridades de la institución hospitalaria en proponer un dispositivo con orientación psicológica. Pero lo importante es poder iluminar el tema, delimitarlo, analizarlo y reelaborarlo bajo la lupa del psicoanálisis, y que se convierta así en un tema prioritario en la agenda de los establecimientos hospitalarios, tanto públicos como privados.

Referencias Bibliográficas

Siglo XXI Editores.

Benveniste, E. (1971/1997). *Problemas de lingüística general I*. España: Siglo XXI Editores.

Bernardi, R (2002). *Un único cuerpo, pero suficientemente complejo. El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina*. Conferencia dictada en el XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Permanencia y cambios en la experiencia psicoanalítica. Uruguay, Montevideo. Versión electrónica en: https://nanopdf.com/download/un-unico-cuerpo-pero-suficientemente-complejo-el_pdf [Fecha de la consulta: 24/02/2022].

De León de Bernardi, B. (2005). *Narrativa y psicoanálisis: alcances y límites de la palabra*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 100, 170-202. Recuperado de: <https://education.issuu.com/mpeirano/docs/rup100-x-pdf/191> [Fecha de la consulta: 19/02/2022].

Frankl, V. (2015/2020). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Freud, S. (1911-1913/1975b). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XII. Buenos aires: Amorrortu Editores.

----- (1914-1916/1992c). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

----- (1920-1922/1992a). Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

----- (1925-1926/1992b). Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

----- (1937-1939/1991). Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras en *Sigmund Freud, obras completas*. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

----- (1940/1975a). *Compendio del psicoanálisis*. Madrid: Síntesis Editorial.

Giacomantone, E. (1994/1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1953-1954/2001). Los escritos técnicos de Freud en *El Seminario*. Libro 1. Buenos Aires: Paidós.

----- (1955-1056/2009). Las psicosis en *El Seminario*. Libro 3. Buenos Aires: Paidós.

----- (1964/2010). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis en *El Seminario*. Libro 11. Buenos Aires: Paidós.

----- (1966/2003a). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis en

Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

----- (1966/2003b). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica en *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Laplanche, J. (1999/2001). *Entre seducción e inspiración: el hombre*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Mucci, M. (2015). *Psicoprofilaxis quirúrgica*. Una práctica en convergencia interdisciplinaria. Buenos Aires: Paidós

Najmanovich, D. (2009). *El cuerpo del Conocimiento, el conocimiento del cuerpo*. Revista *Cuadernos de Campo*. (Vol. N° 7). Buenos Aires: Campo Grupal.

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea]. Versión electrónica en: <https://dle.rae.es> [Fecha de la consulta: 18/12/2021a]. [Fecha de la consulta: 04/01/2022b].

Sabato, E. (1967/2002). *El escritor y sus fantasmas*. Buenos Aires: Seix Barral.

Sylvester Viereck, G. (1926/2006). *El valor de la vida*. Versión electrónica en: <http://www.revistavirtualia.com/storage/ediciones/pdf/EgTm8TmII2VJGeWArv7enjosq4PjCL7x2chrISJS.pdf> [Fecha de consulta: 02/03/2022].

Quesada, S. (2010). *Una explicación psicoanalítica del ataque de pánico*. Buenos Aires: Letra Viva.