

# **A la escucha de un saber no sabido. Notas sobre prácticas y *praxis* de transferencia en una institución médico-hospitalaria.**

Salvador Monsiváis Rivera,<sup>1</sup>  
Daniela Montserrat Mendoza Orduña<sup>2</sup> y  
Xochiquetzaly Yeruti de Ávila Ramírez<sup>3</sup>

## **Resumen**

En las instituciones médico-hospitalarias parece, *a priori*, no tener lugar la propuesta clínica de la teoría psicoanalítica, es en sí un desafío pensar y hacer algo desde una posición que desde el comienzo parece borrada de esos terrenos. Faltará acercarse más para darse cuenta de que se viene involucrando tiempo atrás, un discurso que propone la realización de una *praxis* que involucra ya no solo el saber total de quien dirige las intervenciones y por el contrario interpela en el sujeto la posición activa que le corresponde. Abriendo camino a una *praxis* que posibilite que dos hagan tres campos económicamente implicados.

**Palabras clave:** *Praxis, Escucha, Transferencia, Institución pública.*

## **Abstract**

In medical-hospital institutions it seems, *a priori*, that the clinical proposal of psychoanalytic theory does not take place, it is a dare to think and do something from a position that seems erased from these fields. It will be necessary to get closer to realize that has been involved a discourse that proposes the realization of a *praxis* that involves not only the total knowledge of who directs the interventions and, on the contrary interpellates in the subject the active position that corresponds. Making way for a *praxis* that allows that two of the three fields economically implied.

**Keywords:** *Praxis, Listening, Transference, Public institution.*

---

<sup>1</sup> Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UASLP. [psalvadormr@gmail.com](mailto:psalvadormr@gmail.com)

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, UASLP. [daniela005mmo@gmail.com](mailto:daniela005mmo@gmail.com)

<sup>3</sup> Oyente libre de EAM, miembro de Inscripción Psicoanalítica - San Luis Potosí, Docente y asesora de prácticas clínicas de la Facultad de Psicología - UASLP. [xoyeruti@gmail.com](mailto:xoyeruti@gmail.com)

## **A la escucha de un saber no sabido. Notas sobre prácticas y *praxis* de transferencia en una institución médico-hospitalaria**

[...] *de la sinfonía del acaecer universal se alcanzaron a escuchar sólo un par de acordes culturales y se desoyó de nuevo la potente, primordial melodía de las pulsiones.*

SIGMUND FREUD, 1914.

*Si el psicoanálisis puede llegar a ser una ciencia –pues no lo es todavía–, y si no debe degenerar en su técnica –cosa que tal vez ya esté hecha–, debemos recuperar el sentido de su experiencia.*

JACQUES LACAN, 1953.

A partir de una experiencia de práctica clínica psicológica en una institución médico-hospitalaria, se abrió un vasto horizonte de elementos éticos, teóricos, técnicos e incluso políticos entrelazados en las formas de pensar y de suscitar alguna incidencia en el sujeto que busca, inicia y asiste a un espacio que le permita comprender o liberarse de alguna condición que lo aqueja o aflige. Es decir, el escenario es la institución médico-hospitalaria, la interrogante que a partir de ahí se abre es la del sitio del sujeto. Qué formas de intervención son posibles cuando se trata de saber escuchar aquel *saber no sabido* a través de un decir sobre las perturbaciones que, en el acto de la palabra, reelabora.

*Hablante no cognoscible* es el sitio que marca la diferencia entre las prácticas y la *praxis* de transferencia en las que el sujeto es pensado como espacio infinito desde donde se entrelazan imágenes (o fragmentos de ellas) desde un decir que está siendo o puede ser articulado. En tanto *praxis* es necesario dar cuenta de que se trata no solo del espacio que en el sujeto se reconstruye a cada instante sino de sus tiempos inconscientes, irrupciones de algo pasado, de algo estando o de algo por venir y en ello, el instante audible y generalmente ni instantáneo ni visible, de movimiento.

Para imaginar la distinción entre o el pasaje de una práctica a una *praxis* recordemos la oportuna mención en *Intervención sobre la transferencia* donde Lacan apunta:

*Si Freud tomó la responsabilidad [...] de mostrarnos que hay enfermedades que hablan y de hacernos entender la verdad de lo que dicen, parece que esta verdad, a medida que se nos presenta más claramente su relación con un momento de la*

*historia y con una crisis de las instituciones, inspira un temor creciente a los participantes que perpetúan su técnica.* (Lacan, 1951: 211)

Al llevar en consideración las demarcaciones de la institución médico-hospitalaria y de las insistencias de lo intersubjetivo como resistencia a ocupar los lugares de lo que Braunstein (2011) denominó *servomaquinas*, resulta importante pensar las condiciones que posibiliten insertar un *espaciotiempo* (Deleuze. 2012) en el que el sujeto se aproxime a un decir sobre la raigambre de su síntoma, de su aflicción o de su malestar. Es así que el presente escrito busca reflexionar sobre las posibilidades de realizar intervenciones que partan de fundamentos psicoanalíticos en el marco de la institución pública médico-hospitalaria justo cuando, la atención brindada por parte de la institución está determinada y sometida a los parámetros progresistas de efectividad. Son procesos correctivo-disciplinarios los que caracterizan las formas internas de intervención de la institución, servicio que busca ofrecer una orientación con la finalidad de modificar algún comportamiento, relacionamiento, hábito o cualquier conducta que pueda llevar al paciente a un cambio a partir del seguimiento efectivo de las indicaciones señaladas. Procesos ciertamente necesarios e importantes de los que las formas de intervención que aquí se proponen, se diferencian en sus medios, instrumentos y direcciones, pues se trata privilegiadamente de los devenires del sitio del sujeto.

Reflexionar acerca de las implicaciones que dichas prácticas desencadenan se vuelve significativo debido a las repercusiones de los dispositivos institucionales que podrían inferirse como tendientes a quebrantar la autonomía del sujeto o de promover anclajes alienantes. Bajo las medidas de las instituciones, la posibilidad de fijar en el sujeto una postura pasiva frente a su padecer es alta, no obstante, desmarcada de ello, la escucha y la pauta al decir, constela una *praxis* que lleva en consideración los tiempos del sujeto y los de la transferencia. La conjetura que le da marco a estas reflexiones es que a partir de un paradigma distinto pueden emerger, aun en el espacio público, singulares movilizaciones, procesos y manifestaciones cuyo núcleo insiste en las formaciones de síntoma, aproximación psicoanalítica dada a partir del hallazgo freudiano sobre un saber no sabido o de aquello desfigurado por enigmáticos mecanismos psíquicos. Para el psicoanálisis, pensar el deseo, armar un edificio teórico desde ahí y sostener una *praxis* en torno a ello podría considerarse el motivo por el que las instituciones desestiman y rechazan al psicoanálisis. Sin embargo, según Lacan (1953):

*Lo que está en juego en un psicoanálisis es el advenimiento en el sujeto de la poca realidad que este deseo sostiene en él en comparación con los conflictos simbólicos y las fijaciones imaginarias como medio de su concordancia, y nuestra vía es la experiencia intersubjetiva en que ese deseo se hace reconocer.*

*Se ve entonces que el problema es el de las relaciones en el sujeto de la palabra y del lenguaje (Lacan, 1953: 269)*

Este aporte de la enseñanza de Lacan es inestimable para continuar las conjeturas en torno a la cuestión de la *praxis* sobre lo que otro complemento es cuando Lacan (1964: 14) la define como “el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de trabajar lo real mediante lo simbólico”. Es ahí donde se encuentra el soporte a la idea de un pasaje de la práctica clínica a algo que atañe al campo de una *praxis*: de lo estrictamente simbólico a los vericuetos del deseo o donde lo irrepresentable encuentre un borde mediante lo simbólico. Es entonces que puede entrecruzarse que en una *praxis* se disponga a la emergencia de un saber no sabido mediante un decir de sí con respecto a aflicciones que se han traducido en afecciones corporales a fin de que, a través de dar cuenta de ese tránsito, algo inédito pueda surgir.

¿En dónde se encuentra un campo en el que las palabras, formas de simbolización, hagan resonar o recaer lo que representan? En ausencia de una disposición a la escucha, el espacio a la palabra, al decir y al sujeto quedan no solo desatendidos o desestimados sino anulados y, por consiguiente, toda posibilidad de *praxis*, impedida. Es a través de una disposición a la escucha, incluso del silencio, desde donde el decir del sujeto es fundamento ya que lo conforma y se conforma en la evocación de recuerdos que le dan a ver algo de su posicionamiento inconsciente frente a lo trágico. Las intervenciones a partir de la *praxis* de transferencia sobre la que proponemos reflexionar, vislumbran las posibilidades de transitar de otra manera la confrontación con lo trágico ya sea del cuerpo, de los agobios de la época o de los rebasamientos de algunas situaciones. En esta *praxis*, tal como la palabra, el silencio transcribe las “imágenes corporales que cautivan al sujeto” (Lacan, 1953: 269) a fin de, a partir de ahí, hacer posible un *espaciotiempo* donde el sujeto elige qué decir o cómo decir, lo que supone una mostración del alma a través de sus propias palabras y/o silencios de sí para consigo al llevar en consideración que “El inconsciente es aquella parte del discurso concreto en cuanto transindividual que falta a la disposición del sujeto para restablecer la continuidad de su discurso consciente.” (Lacan, 1953: 248)

Es en la construcción de tal *espaciotiempo*, inserto en las prácticas médico-hospitalarias, donde se abre la posibilidad de implementar una práctica cuya apuesta apunta al desdoblamiento de un *acto*<sup>4</sup> *de palabra* que se traduce en un decir de sí. Posibilidad de intervención que puede llevarse a cabo tanto con pacientes que son referidos a un proceso terapéutico por prescripción médica directa o por intereses burocráticos como con aquellos que buscan voluntariamente iniciar dicho proceso, aquellos que acuden con la disposición primera de comenzar un encuentro con aquel saber en sí no sabido. Se trata entonces de una práctica adscrita “bajo la premisa de que en el hombre hay cosas anímicas que él sabe sin saber que las sabe.” (Freud, 1916-17 [1915-17]) Lo anterior da cuenta de la función y de la posibilidad del paso a una *praxis* con pacientes que asisten a otro espacio que es abierto y construido en el interior de una institución de salud pública.

Prescindiendo de datos concretos salvo contar con los que atañen a la experiencia, se advierte un cambio en la forma en que tanto el paradigma médico-hospitalario como los mismos pacientes dan cuenta de la pertinencia y de la vigencia de intervenciones que parten de paradigmas distintos a los dispositivos normalizantes en materia de salud pública. Con relación a este engranaje entre los dispositivos institucionales en materia de salud pública y la posibilidad de llevar a cabo intervenciones analíticas, resulta pertinente recordar el señalamiento freudiano acerca de los nuevos caminos de la terapia psicoanalítica:

*[...] puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo. Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis, volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. Y las circunstancias del presente acaso difieran todavía*

---

<sup>4</sup> El acto cumplirá la función que va a posibilitar la posición clínica. Nasio (1984) señala que: “Acto es el nudo que liga la posición de analista y la producción inconsciente.” (p. 7). De forma retórica el *acto* será precisamente un no actuar del terapeuta para permitir la producción (historiarización) del sujeto.

*más ese momento; así, es probable que sea la beneficencia privada la que inicie tales institutos. De todos modos, alguna vez ocurrirá.* (Freud, 1919 [1918]: 162)

Al aunar los esbozos hasta aquí colocados acerca de las posibilidades y elementos de una *praxis* de transferencia en la institución médico-hospitalaria con la precedente cita freudiana, resulta pertinente destacar que prevalece una posición con respecto al saber en transferencia desde distintos lugares: el del sujeto, el de la institución, el del escuchante y de quien también escucha del escuchante su decir sobre lo escuchado.

Como lo hemos esbozado, el sujeto *sabe sin saber (lo) que sabe*. En su condición de paciente de una institución médico-hospitalaria, es oportuno puntuar que la palabra paciente deriva del latín *patiens* cuyo significado es sufriente y que es participio de *pati*, que significa sufrir. El término paciente hace referencia a un sitio en el que la condición es de espera, es decir, se trata de alguien que sufre y que quizá por ello, al mismo tiempo, queda suspendido a la espera o pendiente de esta. En este sentido, a la par de los primeros bosquejos de Freud (1890: 120) respecto de un tratamiento anímico “Reclama nuestro mayor interés el estado anímico de la *expectativa*, por medio de la cual una serie de las más eficaces fuerzas anímicas pueden ponerse en movimiento hacia la contracción o la curación de afecciones corporales” . En ello, Freud (1890) situará dos formas de expectativa –lo que aquí se homologa a la condición de *en espera*–: la *expectativa angustiada* y la *expectativa esperanzada (confiada)*. Tales formas de expectativa son la retranscripción de algo cuyo núcleo es pulsional.

En tanto paciente, queda *predispuesto* al discurso del médico, coloca en la figura de éste, la portación de un conocimiento acerca de su condición. Sin embargo, la *praxis* que aquí se describe se posiciona de manera diferente: al ser el paciente aquel que padece, es él quien porta el *logos* de su padecimiento/dolor y sobre el que podría dar cuenta, al tiempo en el que los diferentes caminos pulsionales que le han llevado al síntoma serían el campo enigmático de indicios para desplegar otras elaboraciones. Al pensar al paciente como sujeto inserto en un proceso dinámico del que es intersubjetivamente susceptible de disposiciones pasivas además de ser portador de las marcas del *desamparo originario*, no por ello se desdibuja que también es habitado por una insistencia de crear y transformar en sí.

Quien se dispone a la escucha necesariamente se descoloca de los afanes por conocer a fin de soportar los virajes en las manifestaciones o en las direcciones del saber no sabido de quien

dice de sí, se abre a los enigmas de lo que atañe a lo humano o, dicho de otra manera, se vuelve testigo de las palabras al ocupar el sitio desde donde tales, resuenen y (re)tornen hacia el sujeto que las dice. La dificultad estriba en estar a la escucha en el instante mismo de hacer soporte al sufrimiento y a un *por decir* del sujeto suspendido en un abismo de imprecisiones, incertidumbres y angustia donde, en este caso, distinta de intenciones reparadoras, la apuesta es la de suscitar movilizaciones en lo psíquico que ofrezcan otras formas de resistir, pasar o hacer frente a las vivencias de devastación, desamparo, desconcierto o aflicción que suelen manifestarse.

Con respecto a la función del psicoanálisis, Freud (1916 [1915-16]: 395) destacó: “no otra cosa que esta transformación psíquica provocamos en el enfermo: hasta donde ella alcanza, hasta ahí llega nuestro auxilio”. Mención sobre la que mucho puede ser problematizado sin embargo es el referente que consolida la idea de *praxis* de transferencia a través de un espacio que despliega la emergencia de hacer resonar en el sujeto, sus palabras. En ello, aparecen huecos teóricos y epistémicos respecto a cómo indagar en el saber no sabido (lo que va más allá de la conciencia y del yo), en cómo aproximarse al decir o en cómo posicionarse frente a lo enigmático o lo trágico del sujeto, huecos que convocan y exigen un acto incesante de tejido entre la teoría, la práctica y la ética.

La cuestión es que en materia de los enigmas del psiquismo no hay *expertise*. Al dar cuenta de la insuficiencia de conocimientos basados en manuales o protocolos, con el objeto de desahogar el sufrimiento del sujeto y aliviar la propia angustia, se busca interminablemente en textos algo que oriente o vislumbre una dirección. Aunque ello no es en vano, no se encuentran sino más preguntas que no alcanzan a menguar la incertidumbre que surge al haber sido testigo de aquellas palabras escuchadas que dicen acerca de la soledad, el deseo, la culpa o la angustia del sujeto, sin embargo, paradójicamente así se van reuniendo elementos que aportan a una “*comprensión* titubeante, pero viva” (Pereña, 2011: 138) desde la que, después de una serie de aproximaciones, surge el sosiego de situar una baliza dentro del universo de enigmas que lo humano entraña. A la par, en lo inédito del encuentro con el decir del sujeto, ajena a criterios diagnósticos o protocolos, la transferencia es como la brújula que orienta –en un horizonte no solo desconocido sino incognoscible– las direcciones que admitan hacer que “algo” cambie. La cuestión de la recién mencionada posición frente al saber (comprensión titubeante, pero viva) busca transmitir la importancia del aspecto dinámico, inédito e intenso de una *praxis* que prima la

transferencia como campo de movimientos intrapsíquicos, ajena por ello al posicionamiento de la institución.

En la esfera académico-científica, prevalece la idea generalizada en la que todo aquello con base psicoanalítica no tiene cabida en una institución de salud, pero como citado en párrafos anteriores, encontramos ya desde Freud (1919 [1918]) la intención de promover la inserción del tratamiento psíquico en las instituciones de salud del Estado. Si bien, no como tal anhelo freudiano, algunas instituciones y profesionales de la salud ya no sólo autorizan, sino que además solicitan la colaboración de prácticas que contribuyan a disipar la demanda de atención psicológica al tiempo de abrir un espacio a otros paradigmas o formas de intervenir y de pensar al sujeto. Dicha práctica tendría posibilidades de posicionarse en los márgenes de la institución para atender la dimensión de lo subjetivo que cada vez más adquiere notoriedad para el sector hospitalario o para los profesionales de la salud. Se trata de una práctica subversiva, contestataria, marginal o en los márgenes de lo institucional debido a que, desde otros fundamentos, apunta hacia otras apuestas.

Dentro de la posibilidad de abrirse a la inserción de otros saberes que también se interrogan por los enigmas de lo humano, la institución médico-hospitalaria se abre a prácticas que lejos de serle homólogas en su búsqueda y generación de conocimiento apuestan en lo general, por una profundización con respecto a la constelación cuerpo-psiquismo-deseo y en lo específico, por la posibilidad de movimientos en lo psíquico. El discurso psicoanalítico inserta otras formas –y por consiguiente otros desafíos– al quehacer clínico con pacientes que buscan posicionarse de otra manera frente a su malestar, incluso para quienes el motivo inicial encubre una demanda. Al tratar de sustentar el tejido psicofísico sobre el cual esta práctica se interroga, destacamos que según (Ruiz, 2014: 12):

*El cuerpo es un organismo que funciona mal porque lo orgánico está marcado por el significativo y deviene corporal. Lo corporal –cuerpo pulsional, fragmentado– funciona a contrapelo con lo orgánico, pertenece al campo del psicoanálisis y la lógica del deseo. De ahí que la condición clínica de una cura psicoanalítica implique al cuerpo en su demanda como sintomático (una histerización: interacción de lo simbólico con lo Imaginario); así pues, la clave clínica está en el lenguaje y no en el organismo y su fisiología.*



No es en vano que se mencionan las formas en las que se procede durante la práctica ya que constituyen, en su puesta en marcha, otra forma de intervención que bien podría considerarse, dentro del sector salud, una osada apuesta debido a que supone admitir un discurso cuya epistemología y fundamentos distan de manera sustancial del paradigma médico. No obstante, entre la medicina y la práctica que aquí se describe, hay puntos de intersección. Según Freud (1915: 205):

*La cadena de los procesos fisiológicos dentro del sistema nervioso probablemente no mantiene un nexo de causalidad con los procesos psíquicos. Los procesos fisiológicos no cesan en el momento en que comienzan los psíquicos; más bien, la cadena fisiológica continúa, sólo que cada eslabón de ella (o algunos eslabones) empieza a corresponder, a partir de cierto momento, a un fenómeno psíquico. Lo psíquico es, por tanto, un proceso paralelo a lo fisiológico.*

Las marcas de los significantes trazan matices sobre las manifestaciones físicas que se presentan como afecciones ya que, cuando algo en lo orgánico no anda, es desde las palabras desde donde otro andar pudiese desdoblarse. Ante la ausencia de un sentido lógico o natural, insiste un campo que se mantiene enigmático y susceptible de manifestarse a través de procesos inexplicables para el saber médico y que corresponderá, en muchas ocasiones a la única forma conjeturada hasta el momento de liberar algo que se ha mantenido oculto y que aparece *après coup* en el cuerpo.

La perspectiva científica predominante en instituciones de salud concibe una relación unidireccional en el sentido mente → cuerpo, no obstante:

*La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio. (Freud, 1923: 27)*

La cita anterior además introduce una reflexión acerca de la relación que existe entre la enfermedad, el dolor y las representaciones del cuerpo propio. Lo que puede considerarse para pensar sobre las inscripciones de una historia corporal y sus implicaciones psíquicas y subjetivas en padecimientos o malestares, es decir que cuando alguien enferma la sensación de dolor en el cuerpo, es memoria y por ello quizá sus manifestaciones se entrecruzan con núcleos pulsionales. Entonces, la vivencia de dolor apuntala un proceso de autopercepción de sí al momento en que lo

orgánico, en trabazón con el horizonte de las palabras, despliega las huellas psíquicas que provocan disfunciones en lo corporal. Lo que nos coloca en el campo y la función de la escucha de lo no dicho, de aquello que no alcanza a apalabrarse, pero ¿será que la escucha nos posiciona en un encuentro donde la transferencia minorizará las resistencias para que lo no apalabrado deje de retranscribirse sintomáticamente?

### **Una *praxis* de transferencia**

Llegado este punto se enfatiza la distinción entre la práctica clínica y una *praxis* de transferencia que presupone una acción en dirección a suscitar movimientos en las formas en las que aquel saber no sabido se retranscribe en el sujeto; en lo histórico, anímico o corporal de sí. Si en cada encuentro con el decir del sujeto, se buscase intuir los movimientos psíquicos de la transferencia, ello apertura hacia la mención de Lacan (1953) sobre recuperar el sentido de la experiencia del psicoanálisis o hacia la emergencia de intervenciones analíticas en las que se pone en marcha algo *en dirección a*. Dicha transferencia sitúa su soporte en otra relación con los tiempos del sujeto a través de la cuales “no hay progreso para el sujeto si no es por la integración a que llega de su posición en lo universal: técnicamente por la proyección de su pasado en un discurso en devenir” (Lacan, 1951: 219), aquel discurso dentro del cual el sujeto toma una posición que corresponde al lugar en el que lo que atañe a su cuerpo, su padecer, su historia, su época, sus lazos, sus representaciones, sus ilusiones, su deseo, etc. íntimamente pueda ser desplegado y reintegrado desde su decir. Espacio no construido previamente, puesto que, ante una saturación de respuestas, de indicaciones y a la ausencia de interrogantes, fuera del espacio clínico que aquí se propone, ello opera como congelamiento de los devenires del sujeto que se torna pasivo al quedar inserto en un horizonte fijo de acallamiento.

Algo que podría distinguir la práctica de la *praxis* de transferencia es la sutil y responsable delicadeza con la que se escucha el dolor del sujeto, sus silencios y sus palabras, incluso su goce destructivo a fin de encontrar el desdoblamiento de un decir que propicie movimientos en lo psíquico o resonancias en las formaciones de síntoma. Es a través de una *praxis* de transferencia desde donde puede advertirse que el síntoma es una pantalla sobre la que quedaron plasmados, en analogía con la *pizarra mágica*, trazos por leer que, a su vez, encubren un saber configurado desde las *imágenes del cuerpo fragmentado* (Lacan, 1948), las *imágenes infantiles* (Freud, 1912) y la herencia filogenética. Es esto una aproximación a las vías por las que

la transferencia revela elementos profundos no solo de la relación dinámica entre médico y paciente en instituciones de salud sino de la posición subjetiva y de la realidad interna del paciente para resaltar la incierta secuencia de manifestaciones donde dos hacen tres campos económicamente implicados en tanto que intensidades y magnitudes de energías psíquicas predisponen posicionamientos respecto al tercero: el deseo.

Desestimar los movimientos de la transferencia –elemento fundamental en la clínica– que involucra ya no a dos, ha de mimetizarse suscitando la posibilidad de una apuesta por la autonomía de y desde el sujeto, en este caso en relación con su aflicción o quebranto. Sería mediante los movimientos anímicos desplegados en transferencia, una constancia que podría desembocar en un reposicionamiento del sujeto frente a su deseo. No obstante, cuando la palabra falta o cuando no todo puede ser nombrado, existen restos, reminiscencias que exceden la comprensión titubeante sobre el síntoma colocándolo como único sustituto de lo no dicho.

Es en el decir del paciente en el que a través de palabras, silencios, balbuceos, llanto, etc., se advierte un complejo funcionamiento que contendrá elementos que den cuenta del sitio del sujeto o de su posicionamiento con relación a las inscripciones en la memoria del *discontinuum* pulsional entre lo orgánico y el significante. Es entonces a partir de una *praxis* de transferencia que la escucha suscitará construcciones que quizá movilicen otros funcionamientos en lo psíquico o en las resistencias, defensas y deseos.

### **Consideraciones finales**

Se recorrieron lacónicamente diversos elementos que constelan las direcciones de la puesta en marcha de una práctica clínica dentro de una institución de salud a fin de resaltar que el paso de la práctica a la *praxis* radica en el lugar del agente de saber, puente que se va entretejiendo al abrir un espacio a la escucha del sujeto descentrándose de fundamentalismos al servicio de la eficiencia y de la productividad. Sin embargo, se resalta que “algo” dentro del saber médico perteneciente a la institución hospitalaria no desestima su responsabilidad para con el sujeto. Al abrirse a la inserción de otros saberes y prácticas que también se preguntan por los enigmas de lo humano, se deja interpelar y se abre a la participación de prácticas que lejos de buscar respuestas continúan resistentes a verdades fijas.

En nuestra época y contexto, comúnmente se piensa la eficacia de las prácticas de intervención clínica de forma cronológica, es decir, se impone la lógica de la inmediatez. No obstante, la práctica clínica que aquí se describe parcialmente parte de otros paradigmas con relación a lo temporal, comprendiendo que esa crono-lógica (que ha estado siempre implícita) deja de tener valor, se torna *ilógica* para pensar los sufrimientos de aquellos que han de acudir a co-construir un espacio a fin de encontrar el lugar en sí desde donde decirse y re-construirse. Tal desplazamiento de la *co*-construcción a la *re*-construcción muestra otro movimiento del paso de la práctica a la *praxis*. Más allá de replicar en otro escenario más de lo mismo, quizá sea posible crear la posibilidad de abrir un espacio de palabras en el que algo pueda acontecer.

Es en la pregunta o en el enigma de la transferencia donde se encuentra la piedra angular de esta *praxis*: elemento fundamental que, a través de la disposición a la escucha del decir del sujeto, suscita buscar y reconfigurar un posicionamiento distinto frente a sí mismo, a su lugar y a su dolor o sufrimiento a fin de ser testigo de su elección autónoma de construirse o no otra experiencia para pensarse y andar.

## Referencias bibliográficas

- Braunstein, N. (2011). *El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista*. México: Siglo XXI.
- Deleuze, G. (2012). *Conversaciones*. España: Pre-Textos.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899) I* (pp. 323-464). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913) XII* (pp. 93-105). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1915). Lo inconciente. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-16) XIV* (pp. 153-213). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1916 [1915-16]). 6ª conferencia. Premisas y técnica de la interpretación. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas Conferencias de introducción al psicoanálisis (Partes I y II) (1915-1916) XV* (pp. 91-102). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). 27ª conferencia. La Tránsferencia. . En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) (1916-1917) XVI* (pp. 392-407). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas <<De la historia de una neurosis infantil>> (caso del <<Hombre de los Lobos>>) y otras obras (1917-1919) XVII* (pp. 151-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1923) El yo y el ello. En J. Strachey. (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas El yo y el ello, y otras obras (1923-1925) XIX* (pp. 1-106). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Lacan, J. (1948). La agresividad en psicoanálisis. En *Escritos I*. México: Siglo XXI, 2009.
- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos I*. México: Siglo XXI, 2009.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I*. México: Siglo XXI, 2009.
- Lacan, J. (1964). La excomunión. En *El Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, D. (1984). *Acto psicoanalítico. Teoría y clínica*. Buenos Aires, Argentina. Nueva Visión.
- Pereña, F. (2011). *Cuerpo y agresividad*. México: Siglo XXI.
- Ruiz, L. R. (2014). *Testimonios psicoanalíticos (ética, erótica y poética)*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa. Colección Hablalma.