Dr. Carlos Gustavo Motta

Psicoanálisis y Sida

Estudio psicoanalítico de la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida en la época actual.

aulas y andamios
editora

Dr. **Carlos Gustavo Motta**

Psicoanálisis y Sida

Estudio psicoanalítico de la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida en la época actual

aulas y andamios
editora

Carlos Gustavo Motta

Psicoanálisis y Sida : estudio psicoanalítico de la enfermedad inmunodeficiencia adquirida en la época actual / Carlos Gustavo Motta ; dirigido por Gustavo Gándara. - 1a ed. - Buenos Aires : Aulas y Andamios, 2011.

190 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-1597-21-5

1. Psicoanálisis. 2. Sida. I. Gándara, Gustavo, dir. II. Título.
CDD 150.195

Psicoanálisis y Sida.

Estudio psicoanalítico de la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida en la época actual

ISBN 978-987-1597-21-5

1ª Edición, Octubre 2011

Dirección General:
Gustavo Gándara

Imagen de tapa:
Esteban Manzioni | Dimzi srl.

Coordinación gráfica:
Julia Irulegui

La Fundación UOCRA es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, creada con la finalidad de contribuir a la formación y desarrollo integral de los trabajadores constructores y sus familias.

La reproducción total o parcial de este manual por cualquier medio, requerirá autorización escrita de las partes.

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Impreso en Argentina - *Printed in Argentina*

Fundación UOCRA
Azopardo 954 | (C1107ADP) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: 4343-5629/6803 | Fax: 4343-5383 | www.fundacion.uocra.org

aulas y andamios editora

Fundación UOCRA
PARA LA EDUCACIÓN DE LOS TRABAJADORES CONSTRUCTORES

UOCRA
Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina

ÍNDICE

Prólogo de Silvia Elena Tendlarz 7

Introducción

· Palabra Preliminares 9

a | Puntos principales de la tesis: razonamiento de su lectura 9

b | Motivos de la elección 10

Capítulo Uno

· Posición teórica y dogmática

a | Cuestión preliminar: el sujeto no es el Yo 11

b | Relación existente entre Psicoanálisis y Medicina 16

c | Una cuestión fundante: el aparato psíquico

Del concepto metapsicológico freudiano a la dimensión lacaniana de lo Imaginario, Simbólico y Real 23

Capítulo Dos

· Construcción del Complejo HIV - SIDA 59

a | El manejo de las estadísticas 62

b | Sida. Su historia 63

c | Las primeras advertencias 66

d | Primeras hipótesis sobre la causa 68

e | Sobre el virus HIV 70

f | Ultimas noticias 77

g | El tratamiento Antiretroviral 80

Capítulo Tres

· Deconstrucción del Complejo HIV-SIDA 87
a | La investigación 89
b | Investigar en Psicoanálisis
b1 | Introducción 100
b2 | La precisión del detalle 101
b3 | A nivel de la experiencia analítica 102
b4 | Recorrido y hallazgo 103
b5 | Sobre la argumentación 103
b6 | Investigación, demostración y trasmisión 104
c | Metodología, muestra, instrumentos. Análisis de datos.
Aportes semióticos para el estudio de la significación y análisis del discurso 105
d | Particularidades de la investigación en el aspecto psiquiátrico 113
e | Particularidades de la investigación en el aspecto psicoanalítico 120
f | El estudio de casos: adultos y niños 122
f1 | Adultos 125
f2 | Niños 132
g | Conclusiones posibles 137

Capítulo Cuatro

· Momento de concluir 143
I | Conclusiones clínicas 144
II | Conclusiones dogmáticas 146
a | Antes de las terapias combinadas 146
b | Después de las terapias combinadas 147
III | Conclusiones hipotéticas 155

Bibliografía 161
Glosario 179
Sobre el Autor 187

Si bien el sida es una enfermedad relativamente nueva,
las reacciones que despierta
son tan viejas
como la historia de la humanidad.

Susan Sontag

PRÓLOGO

Esta publicación propone examinar una cuestión acuciante: la propagación y difusión del HIV-Sida.

La hipótesis de trabajo es que el cuerpo enfermo está habitado por un sujeto y que el modo de abordaje de la enfermedad, ya sea por el anuncio de la seropositividad, la llamada"adherencia" médica de tratamiento, el respeto y el uso del protocolo médico, hasta la misma posición frente a la vida de la persona enferma, está atravesada por una ecuación personal inconciente que determina la posición del sujeto. Lo singular de cada caso vuelve imposible establecer un universal del para todos por igual. Desde una perspectiva psicoanalítica se trata de aprehender la particularidad para encontrar una salida posible para cada uno.

Carlos Gustavo Motta explica las razones de su interés por el tema y cómo desarrolló su amplio trabajo de investigación sobre este problema que constituyó su Tesis Doctoral presentada y aprobada en la Universidad del Salvador (USAL). El resultado de este emprendimiento refleja de manera clara y precisa con qué nos enfrentamos al hablar de HIV-Sida y qué posición es posible tomar desde el Psicoanálisis.

¿Qué importancia tiene, a mi entender, una Tesis Doctoral de este género?

El siglo XXI es testigo de nuevas enfermedades efecto de mutaciones.

El HIV-Sida se volvió con el tiempo una enfermedad pausible de ser cronificada con una medicación adecuada. En su lugar, la hepatitis B comenzó a hacer sus estragos en las poblaciones contaminadas. El peligro de una pandemia siempre es un peligro constante, como puede serlo el paso de la gripe aviar a los seres humanos o la gripe porcina.

Nuestro siglo XXI no está ajeno a las enfermedades por venir.

El psicoanalista no puede quedar al margen del efecto que producen estas infecciones, como otras, a los sujetos que vienen a consultar y en las poblaciones en general. De su posición como sujetos dependerá también, aunque no solo, el curso de la enfermedad tanto en sus posibilidades de tratarse, como de convivir con el dolor de existir en los momentos más acuciantes y restablecer los lazos familiares, laborales y con el partenaire, con el peso de la enfermedad en juego.

Si bien el cuerpo tiene una imagen y está recortado por lo simbólico, el cuerpo también es real. Hay un punto que se sustrae a la acción del tratamiento analítico. No obstante, la dirección de la cura puede acotarlo disminuyendo en lo posible aquello que interfiera en el curso del tratamiento y de la vida personal de aquél que consulta.

De esto y mucho más trata esta publicación.

Carlos Gustavo Motta no es indiferente a la importancia de presentar una metodología de trabajo para validar una investigación analítica. Se ocupa de este punto en su presentación inicial. A continuación desarrolla tres partes diferenciadas.

La primera parte, "Del lado del Psicoanálisis", ubica en forma sintética, algunos conceptos, no todos, necesarios, y escogidos luego de una reflexión fundada, que permitirán abordar el objeto de estudio. El inconciente freudiano, la distinción entre el sujeto y el yo de acuerdo a Lacan, la diferenciación de los tres registros, su aplicación en el estudio del cuerpo, y, finalmente, la relación entre Psicoanálisis y Medicina.

En la segunda parte se introduce directamente en el HIV-Sida. Estudia la historia de su emergencia, su difusión, los análisis diversos que fueron llevados a cabo desde distintos campos, vale decir, no solo analítico, sino también social.

La tercera parte concierne a la aplicación y estudio del binomio Psicoanálisis-HIV/sida. Antes que nada presenta el abordaje que brinda la Medicina y la Psicología, para adentrarse luego en la clínica que se desprende del trabajo analítico con pacientes quienes conviven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida, tanto en niños como adultos. Con esto lleva a cabo una aplicación clínica de lo desarrollado en su extensa y precisa labor.

Dra. Silvia Elena Tendlarz

INTRODUCCIÓN

Palabras preliminares

a | Puntos principales de la tesis: razonamiento de su lectura

Esta Tesis Doctoral tiene una modalidad de lectura singular: como psicoanalista de orientación lacaniana, su abordaje está en relación a dos ámbitos muy específicos. Una enfermedad que posee una clara presencia biológica, puesta de manifiesto a través del virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV) y una ciencia llamada conjetural, como es el Psicoanálisis.

La particularidad reside entonces, en dos conjuntos que aparentemente, se excluyen entre sí: Psicoanálisis y Medicina, y que contienen las variables precedentemente mencionadas. Por ello, resulta imprescindible desarrollar estas relaciones.

Asimismo, otro paso a tener en cuenta, es la construcción de la Tesis y sus premisas argumentativas. Aquello que conocemos por el *quid* de una Tesis Doctoral: su hipótesis. Luego, no hay Hipótesis sin Método de Investigación.

En este caso, un método singular para una experiencia singular como lo es el Psicoanálisis. Un método que apunta al caso por caso y a las razones de la aplicación del mismo.

El objeto de estudio en el presente trabajo, trata de una temática elegida como el Sida, que no representa para nuestro objetivo, el contagio y la enfermedad en sí misma, sino sus posibles cruces psicosociológicos; los efectos que la misma posee en relación al psiquismo; la enfermedad que comenzó a tener su incidencia en las últimas décadas del siglo XX y que se prolonga en el siglo XXI.

Pero no la enfermedad por la presencia del virus HIV, sino la enfermedad que estigmatiza, que señala, que discrimina, que provoca en algunos intolerancia y que posee signos tan particulares y específicos que iremos construyendo a lo largo de este trabajo, como así también, y fundamentalmente, la temática de muerte y sexualidad, que coinciden con la estructura del Psicoanálisis mismo, tal como ya Sigmund Freud lo había establecido en *Psicopatología de la vida cotidiana.*

La representación de una enfermedad que se transforma como marcadora de los miedos actuales en cuento a la práctica de las sexualidades, y que ha provocado una transformación subjetiva de la intimidad.

Para dar inicio a esta lectura de la investigación realizada, he esbozado algunos de los enunciados argumentativos que constituirán el esqueleto principal de lectura y la modalidad de leer este trabajo que intenta realizar un aporte singular.

b | Motivos de la elección

En el año 1987, comencé a trabajar como Concurrente en el Servicio de Psicopatología del Hospital Francisco Muñiz, en las Salas 16 y 17 del establecimiento. Eran las salas de hombres y mujeres, respectivamente, quienes se habían infectado con el virus de HIV.

Lugares donde nadie quería ingresar, tanto los familiares de los pacientes afectados e internados, como así de muchos de los profesionales asignados a dichas salas. El temor al contagio era manifiesto. Y si bien, se repetía hasta el cansancio que el virus no se transmitía por dar un apretón de manos, cebar o tomar mate, dar un beso en la mejilla, ir al baño, etcétera, etcétera, aquellas variables no se ponían en práctica.

Recuerdo que por esos años, mis pares se podían literalmente "pelear" por ver cualquier clase de patología, pero la "sala del Sida" se encontraba vedada por los prejuicios de cada uno y algunos de mis colegas no deseaban ir a aquellas salas (aclarando que este ejemplo, sólo se circunscribe a mi experiencia personal y sin que por ello se extienda a una variable universal), quizá un poco por curiosidad (la base de todo conocimiento), comencé asistir a los primeros enfermos de Sida y eso me facilitó entender que la enfermedad no sólo mataba, sino las actitudes sociales eran factores determinantes para que lo ominoso, lo siniestro entendido así por Sigmund Freud, se encarnara en los profesionales que actuaban en tales oportunidades.

Destaco que no se trata de relatar aquellos años, (y mucho menos de una instancia crítica) sino, lo que decantó de ellos como experiencia profesional.

Investigué un tema complejo y pude descubrir, en la teoría y en la práctica analítica, elementos singulares del complejo HIV-Sida que deseo compartir con la comunidad científica. Comunico, entonces, algo de esa experiencia.

Finalmente, las palabras que se originan en el ámbito psicoanalítico, son remitidas a un Glosario construido especialmente para esta publicación, y para que pueda facilitar la lectura de algunos de los términos empleados al lector no académico.

CAPÍTULO UNO

Posición teórica y dogmatica

a | Cuestión preliminar: el sujeto no es el Yo

Los argumentos de este capítulo resultan indispensables para la construcción y el desarrollo de esta investigación.

¿Cuándo hablamos de sujeto para el Psicoanálisis, de qué estamos hablando?

Un sujeto no es una persona encarnada, no es un individuo que está en relación a otro semejante. La cuestión del concepto Sujeto es mucho más compleja en relación a nuestro estudio y a nuestra práctica clínica y a la mía en particular, de orientación lacaniana. El inconciente es la suma de los efectos de la palabra sobre un sujeto, en el nivel que el sujeto se constituye por los efectos de la misma.

¿Existe la palabra sujeto en Freud? ¿Ha pensado este concepto el maestro vienés de acuerdo a cómo los psicoanalistas de orientación lacaniana lo entienden?

Apreciemos estos interrogantes en lo que sigue.

En el momento en que el Dr. Sigmund Freud enunció su teoría del inconciente, planteó una cuestión: ¿cómo llegar al conocimiento del inconciente?

Naturalmente la respuesta es que sólo lo conocemos como conciente, una vez que ha sufrido una transposición o una traducción a lo conciente, a la "superficie" del psiquismo, tal como Freud lo plantea en la construcción de su concepto acerca de lo que el llama Metapsicología, concepto que es ampliado en el próximo capítulo de la presente investigación, de vital importancia para comprender la conformación del aparato psíquico tal como Freud lo plantea.

Asimismo, surge otro interrogante: ¿la única opción es pensar al inconciente en términos de "segunda conciencia" o quedar condenados a no decir nada de él y que lo represente como tal?

Es conocido el planteo freudiano que consiste en describir el proceso psíquico desde tres puntos de vista, llamados dinámico, tópico y dinámico. Sin duda esta vía tiene su fecundidad pero también sus límites.

Se trata, en efecto, de la partición en dos sistemas, uno de los cuales es llamado Inconciente y acaso, ¿éste, no es del orden del pensamiento conciente? ¿no retornamos al argumento inicial por el cual el pensamiento conciente da una respuesta, que es la expresión de lo inconciente y que de hecho es tomada en el molde del conocimiento conciente?

¡Sondeos esenciales para el Psicoanálisis desde el punto de vista freudiano!

El término sujeto, introducido en el Psicoanálisis por el Dr. Jacques Lacan, tiene la función de hacer posible operar la hipótesis del inconciente sin aniquilar su dimensión fundamental de lo no sabido, tal la connotación etimológica de la palabra inconciente: *Unbewusste* en alemán, utilizada desde siempre por Freud.

> *¿Cuál es entonces ese otro al que estoy más ligado que a mí mismo, puesto que en el seno más sentido de mi identidad conmigo mismo, es él quien me agita?*

Se pregunta Lacan en *Escritos*, su obra publicada en 1966.

Es la relación del propio desdoblamiento respecto de sí mismo como respecto de otro semejante. Este otro es el sujeto del inconciente en su excentricidad de sí a sí; el sujeto del inconciente eleva a la condición absoluta (sin relación) ese grado segundo de la alteridad.

No es sujeto en el inconciente imaginado como un depósito de las tensiones del sujeto, de las pulsiones: es pulsación, latido mismo, latido entre latido, hendidura o también llamada hiancia por la cual algo no sabido se abre y se cierra tan pronto como lo puede aprehender la conciencia.

El sujeto no es nada sustancial, es momento de eclipse que se manifiesta en la equivocación, en la mentira, en la ambigüedad, en fin, en el fallido mismo, puesto que decir sujeto es la experiencia de esa equivocación realizada por un ser que habla y que puede interrogarse gracias al lenguaje, sobre la existencia de su yo.

Se dice sujeto del inconciente y no yo del inconciente: el sujeto es la división misma entre ese yo, es la hipótesis misma.

Se podría decir que Lacan retoma literalmente "hipótesis del inconciente" y reemplaza "hipótesis" por "sujeto".

El axioma lacaniano *El inconciente se estructura como un lenguaje* deja bien sentado que el término sujeto para Lacan no designa el sustrato viviente necesario para el

fenómeno subjetivo, ni ninguna especie de sustancia, ni ningún ser del conocimiento, ni siquiera el logos encarnado en alguna parte, sino el sujeto cartesiano, que aparece en el momento en que la duda se reconoce como certeza.

Un sujeto puede ser reconocido como tal, dice Lacan, sólo si no pierde su humanidad, la que mantiene si conserva su responsabilidad. La idea de responsabilidad es crucial ya que Lacan escribe en 1966 en "Ciencia y verdad", artículo aparecido en *Escritos*, que el sujeto siempre es responsable de su posición subjetiva.

La idea de sujeto y responsabilidad quedan así asociadas y se constituye en una de las piedras fundamentales para la corriente lacaniana.

El resultado en la clínica es que se ponga en juego una dinámica relacionada absolutamente con la ética, porque es una clínica que apunta al sujeto del inconciente, a la palabra comprometida de una persona en relación a otra.

En la clínica, para Lacan, *no es lo mismo apuntar al Yo que al sujeto.* El concepto de sujeto resulta un operador central en su teoría. El sujeto siempre es responsable y debe otorgársele la posibilidad de subjetivizar sus actos.

La manera en que Lacan va tratando el concepto de sujeto no es homogénea, se va modificando de acuerdo con los vaivenes de sus desarrollos teóricos. Se pueden situar distintos momentos:

1 Al comienzo de su enseñanza, en 1953, en "Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis", artículo aparecido en *Escritos*, encontramos el sujeto de la palabra, en relación a su conceptualización de palabra vacía y palabra plena, diferencias que desarrollo ampliamente en el Capítulo Dos de esta comunicación. También se refiere al discurso del sujeto cuando indica que el inconciente es el discurso del Otro. Otro que aparece en este momento como el otro del lenguaje, una alteridad con características radicales que no implica a la persona de carne ni hueso. Aún así, el concepto de lo inconciente no se proyecta a un caos: es una estructura, la del lenguaje, es decir, una estructura establecida y construida por un sistema de oposiciones y relaciones que se verifican en un código establecido.

Lacan, de esta manera, habla de sujeto verdadero porque es un sujeto que está en relación con una palabra verdadera.

Este es el mismo sujeto que aparece en el llamado esquema lambda (por la utilización de este grafo similar a la letra griega), que ejemplifico en el capítulo II, presentado en el artículo "Variantes de la cura tipo" de Escritos: allí el sujeto implica una dialéctica, no es un sujeto constituido espontáneamento sino como resultado de un proceso de construcción con una dinámica dialéctica.

Este sujeto pertenece a la experiencia analítica, a la experiencia clínica, por la sencilla razón que es la presencia de una persona en relación a otra persona, y esta relación conforma una red subjetiva.

Una compleja manera de relacionarse uno con el otro, donde la linealidad entre los seres hablantes resulta una lectura absolutamente inconsistente y superficial.

2 En 1958, Lacan presenta por primera vez el sujeto barrado o dividido en el *Seminario V Las formaciones de lo inconciente* y luego en el artículo "La significación del falo" artículo que aparece en *Escritos*. Concepto princeps que continúa así hasta el final de su enseñanza.

3 El tercer momento corresponde a los años 60: hay un desplazamiento del predominio de los registros o dimensiones que constituyen al aparato psíquico en la teoría de Lacan, me refiero a los conceptos de imaginario, simbólico y real, conceptos que son explicados profundamente en el próximo capítulo. En este momento de la enseñanza de Lacan no predomina el registro llamado simbólico sino el registro denominado real. En "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconciente freudiano" (1960), artículo de *Escritos*, Lacan refiere el sujeto del enunciado y la diferencia con el sujeto de la enunciación.

Esto es presentado por la partícula del ne expletivo de la negación característica singular de la gramática francesa.

El ne francés cuando se lo utiliza solo, produce una modulación que concierne a la enunciación, y cuando se lo utiliza con la partícula pas es una negación. El "ne expletivo" produce una significación discordante. Con este nivel disonante intenta introducir de esta manera, la ambigüedad propia del sujeto. Designa la vacilación semántica ligada al ne.

Por ejemplo:

"Je crains qu'il ne vienne"

¿Tengo o no miedo de que venga?

Designando así la vacilación que tiene un sujeto.

Es en esa vacilación que el concepto de sujeto hace su emergencia.

Manera compleja de establecer a lo inconciente, pero respetando el concepto freudiano de inconciente tal como se lo puede observar en las redes discursivas que Freud construye en el ensayo *Psicopatología de la vida cotidiana*, cuando trabaja la temática de los olvidos, tanto de un nombre propio como de una palabra extranjera.

En el caso de Jacques Lacan, en teoría, conjetura qué sujeto adjudicarle a este inconciente estructurado como un lenguaje.

Y a ello responde que es un sujeto real, un sujeto imprevisto que se presenta en la discontinuidad de lo que no puede esperarse. Un sujeto impredecible.

Representación plenamente teorizada en el *Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis* donde afirma al sujeto del inconciente no ya asociado a la palabra plena, implicativa, sino presentado entre líneas, (podríamos decir incluso puntos suspensivos) en la articulación de la palabra que ser articula con un acontecimiento imprevisto, ominoso en el decir freudiano.

4 La última formulación del sujeto que se presenta en la enseñanza de Lacan es lo que se llama *parlêtre* (serhablante o hablanteser), que es una condensación de *parler* (hablar) y *être* (ser) en una sola palabra. Esta idea es introducida en el *Seminario XVII El reverso del Psicoanálisis*, articulada a la teoría de los discursos: el sujeto es ser hablante porque está articulado a un decir. De esto se desprende –en los seminarios siguientes– las fórmulas de la sexuación: cómo el *parletre* se apropia de su sexo, ya que se trata de una cuestión discursiva y no biológica ni anatómica. A partir del *Seminario XXI Los desengañados se engañan o los nombres del padre*, una vez que cambia su concepción sobre el concepto de goce, articula el parlêtre al tema del goce, es decir a la imbricación de un sujeto con lo mortificante de su padecer, distintivo del sujeto hablante: porque habla sufre, sería el axioma establecido.

La división del sujeto de la enunciación y del enunciado es la consecuencia del *cogito* planteado en el terreno filosófico por Descartes.

El *cogito* es el punto de partida lógico de la explicación de lo real por lo imposible; anuda el fundamento de una ciencia a la certidumbre de un sujeto. Por ello el sujeto del *cogito*, correlato de la ciencia, es también el sujeto sobre el que opera el Psicoanálisis.

La división del sujeto de la enunciación y del enunciado del *cogito* se reduplica con otra división teorizada por Lacan y claramente presente en el terreno de la Filosofía: la división entre el saber y la verdad, que corresponde al tiempo cartesiano de la demostración de Dios en las *Meditaciones* de Descartes. Nuevamente la verificación de desdoblamiento subjetivo, esta vez como sujeto de la ciencia, sujeto en este caso, confrontado con el Psicoanálisis y con el propio conocimiento de ambas cuestiones, Ciencia y Psicoanálisis.

Por consiguiente, este recorrido inicial es útil para introducirnos en la teoría y práctica analítica, tal como se nos revela en la experiencia clínica psicoanalítica.

Idea sustancial que se articulará a lo largo de este estudio, y que se alimentará, además, directamente del área social en cuanto a la enfermedad, pathos, que connota una transmisión de una persona a otra, que resultar válido para el abordaje

y tratamiento de todas las enfermedades de transmisión sexual, y en la época que nos toca vivir.

b | Relación existente entre Psicoanálisis y Medicina

Un rodeo original nos ocupará el desarrollo de la relación existente entre Psicoanalisis y Medicina.

El estudio de la mente humana surgió como una evolución de las ciencias médicas del siglo XIX. Sin embargo, pronto tuvo que reconocerse que de forma contraria a la teoría de Pasteur sobre los gérmenes, cuando se trataba de la mente, no se disponía de ningún tipo de base orgánica sólida: se resistía a cualquier clasificación y su exámen resultaba extremadamente difícil.

Los resultados constituyeron solamente fragmentos de diferentes aproximaciones. Algunos investigadores se concentraron en enfermedades mentales, otros en las funciones básicas tanto de animales como de seres humanos, y otros en el tratamiento de determinadas condiciones mentales a través de medicamentos y operaciones.

En El nacimiento de la clínica, Michel Foucault, filósofo francés (1926-1984), destacó lo que él denomina "espacio quimérico" por el cual existe una forma de comunicar que emplean algunos médicos, enfermos, psicológos. Este espacio mediatiza las imágenes del dolor que es singular en cada sujeto. Incluso podríamos afirmar las variaciones, los matices del dolor mismo, de vital importancia. Es un lugar que se modifica a lo largo del tiempo (variables temporales) y de la mirada. Tomemos el siguiente ejemplo del médico francés Pomme, hacia mediados del siglo XVIII:

> *"...Pomme cuidó y curó a una histérica haciéndola tomar baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos. Al término de esta cura contra el desecamiento del sistema nervioso y el calor que lo alimentaba, Pomme vio porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado... desprenderse con ligeros dolores y salir diariamente con la orina, desollarse a la vez el uréter del lado derecho y salir entero por la misma vía. Lo mismo ocurrió con los intestinos que en otro momento, se despojaron de su túnica interna, la que vimos salir por el recto. El esófago, la tráquea y la lengua se habían desollado a su vez; y la enferma había arrojado diferentes piezas, ya por el vómito, ya por la expectoración".*

El párrafo precedente muestra la certeza del saber médico oficial depositada en un ojo clínico que no sólo ve sino detalla un conocimiento que bordea el relato de ciencia-ficción, y sobre todo, las oscuridades de un pensamiento teñido con prejuicios, convirtiéndose entonces en un espacio que da lugar a construcciones quiméricas. Construcción que en un momento sólo alcanzó al cuerpo, recortándolo y desmembrando su sentir, sus percepciones, su obrar.

En *El nacimiento de la clínica* Foucault examina el desarrollo de la observación médica y de sus métodos durante medio siglo. Por ello el subtítulo es "Una arqueología de la mirada médica"; aquí el concepto de clínica está tomado en el ámbito de la medicina para indicar cómo el cambio de discurso determina la modificación de la experiencia clínica.

El campo del cuerpo inicialmente subsistió como entregado a la muerte. El cadáver que permitía el estudio de la anatomía clásica, buscaba obsesivamente la perfección en un dibujo, el detalle que develaba ese objeto de estudio. Cuerpo como objeto, sin alma, descarnado, desvitalizado, sin dolor.

Dolor indispensable para saber del ser vivo.

Del alma que padece y que expresa su padecer.

Sartre expresaba que no hay más que la verdad del dolor y que esa verdad es el dolor mismo.

No es un juego de palabras. Todo lo contrario. Es lo verdadero de una persona que piensa, que ama, que sufre, que nace y muere.

No es que la Medicina excluyera al dolor de su ciencia, sino que la clasificaba, la ordenaba en entidades nosológicas. Una Medicina descriptiva en signos, síndromes y síntomas. Diferencias esenciales para arribar a un diagnóstico posible, un pronóstico probable y un tratamiento a indicar. Pero tal condensación no alcanzó. Había algo en esta lógica que se escapaba a una ciencia que pretende ser exacta. Con el progreso tecnológico se llegaron a establecer nuevos rumbos y continuas aspiraciones. Resultado: mayor rigor científico, aumento de la credibilidad, objetividad aséptica.

Sin embargo, algo se escapaba. Ello sucedía cuando la Medicina entraba en el terreno de las enfermedades mentales.

Aún con los aportes de Sigmund Freud, Watson y Skinner, las experimentaciones que se realizaban en este campo tenían resultados poco efectivos y demasiado mortificantes. Es el caso de Ladislaus Joseph von Meduna, quien empleaba un tratamiento de shock utilizando alcanfor, el cual con frecuencia producía convulsiones de tal violencia que los enfermos sufrían numerosas fracturas a consecuencia de ellas.

En 1938, el psiquiatra italiano Ugo Cerletti aplicaba shocks eléctricos para lograr conseguir algún tipo de mejora. A finales de 1930 y durante los años 40, el neuropsiquiatra portugués Egas Moniz, impresionado por la desaparición de la agresividad en animales

cuyos lóbulos cerebrales frontales habían sido eliminados, realizó en 1935, la primera lobotomía en un paciente humano. Este procedimiento se seguía utilizando en aquellos casos de enfermos que no respondían a otros tratamientos de electroshock.

El uso actual de la lobotomía se ha descartado, no así, en algunos casos, el uso del electroshock. Aunque Moniz ganó el premio Nobel en 1949, por haber desarrollado este nuevo tipo de cirugía, estas operaciones, al ser irreversibles, eran consideradas al menos tan negativas como el mismo desequilibrio mental curado, eran totalmente cruentas y obtenían como resultado un sujeto en un estado cuasi-vegetativo.

Retomaré la frase sartreana, enunciada en este mismo desarrollo, enriqueciéndola con una referencia de Jacques Lacan en su artículo "La Ciencia y la Verdad", escrito de 1966.

El párrafo elegido es *La verdad del dolor es el dolor mismo*, oración que es atribuida a un filósofo "coronado recientemente con todos los honores facultativos" (se trata del mismo Jean Paul Sartre cuando recibió el premio Nobel de Literatura.

Señalemos algunas cuestiones que giran alrededor del dolor y la ciencia, y que tienen que ver con la frase en cuestión.

En 1640, el filósofo francés Descartes estableció el concepto de "vía dolorosa": una línea directa entre la piel (lugar donde se aplica el estímulo doloroso) y el cerebro (zona donde se percibe el dolor), comparando, además, este sistema con la forma de hacer sonar las campanas de una iglesia. "Al tirar de un extremo de la cuerda, simultáneamente se consigue hacer sonar una campana en el otro extremo de la misma".

Con el transcurso de los siglos, la teoría de Descartes fue ganando credibilidad. Entre 1894 y 1895, el físico alemán Max von Frey realizó una serie de experimentos. Primero seleccionó los puntos corporales más sensibles al frío y al calor. Después, colocando una aguja sobre una goma y ajustando la presión para poder ir pinchando, elaboró un mapa corporal, en el que marcó los "puntos del dolor". Con otra serie, estudió los "puntos de contacto" como así también el tema de los receptores.

De esta manera fue determinando que la magnitud de la sensación del dolor depende de múltiples factores. Por ejemplo, en ocasiones, las personas que poseen una extremidad amputada sufren de dolor en su "miembro fantasma" el cual, como es evidente, carece de receptores nerviosos del dolor.

Desde el concepto de la vía dolorosa al del miembro fantasma hay un arribo de Sigmund Freud en su "Manuscrito G" donde el dolor es un recogimiento dentro de lo psíquico; en el "Proyecto de psicología" lo ubica en el sistema Q; luego, el dolor relacionado como violentos efectos de descarga subrayando el carácter impreciso de elucidaciones metapsicológicas en "Más allá del principio del placer" y finalmente, la aparición del dolor, relacionado con la angustia y el duelo en "Inhibición, síntoma y angustia" donde define que "El dolor es la genuina reacción frente a la pérdida de objeto".

Un Freud solidario al Lacan que se prolonga en el *Seminario X* en relación al tema de la angustia.

Jacques Lacan, en la referencia encontrada en *Escritos*, menciona a un filósofo "coronado recientemente". Se refiere a Jean Paul Sartre, quien en 1964 le fue concedido el Premio Nobel de Literatura (al que renunció). En *El Ser y la Nada* la sección *"El Ser para-otro"*, el filósofo menciona la relación entre el cuerpo y el dolor. Sartre afirma que las estructuras de mi ser humano no pueden percibirse en su totalidad, sino en relación inseparable con los otros existentes, porque el *para-sí* remite al *para-otro*. Se trata, pues, de establecer la existencia indubitable de los otros y mi relación de ser con la presencia del otro.

El cuerpo es enteramente psíquico. "Así, mi cuerpo es una estructura conciente de mi conciencia..., y sin embargo, el cuerpo es lo que la conciencia es; esta no es nada más que cuerpo, lo demás es nada y silencio". El dolor rompe ese silencio. Se inserta en una nada hablando. Pero todo lo que se dice sin palabras, al principio es difícil de develar. El dolor aparece por partes, diferentes marcas, diferentes piezas de un rompecabezas que a veces, se puede llegar a construir.

"La Ciencia, en la medida en que se refiere sólo a una articulación que únicamente se aprehende por el orden significante, se construye con algo de lo que antes no había nada" . Para Lacan la Ciencia es del registro de lo Real (lo desconocido, lo inquietante y siniestro para el sujeto). En la Ciencia no hay progreso, sí avance tecnológico. Ubicamos aquí lo que creemos puede existir una discordancia, e incluso una falta de sentido o contradicción. A veces, se concibe a la Ciencia como el mayor de todos los males contemporáneos; otros piensan que el progreso científico y tecnológico ha causado sólo ganancias favorables para la humanidad: tal discordancia intelectual no permite entender que el problema no es uno ni otro sino la cuestión ética del para qué vamos a usarla. Por qué se hace lo qué se hace.

La verdad del dolor es el dolor mismo.

La Ciencia que analiza ese dolor es justamente aquella que intenta desatar, desanudar, resolver, disolver, desembrollar. Reconozcamos la existencia de otras ciencias que están pobladas de fantasmas que petrifican el dolor.

¿Cuándo un dolor es petrificado? ¿Qué significa esto?

Jacques Lacan lo cita en el *Seminario VII La Ética*, a propósito del mito de Dafne. Dafne fue uno de los fracasos amorosos de Apolo, porque cuando el dios trató de seducirla, Dafne huyó. A punto de ser alcanzada, interviene su padre (Tiresias) quien la transforma en un árbol de laurel (planta a la que alude su nombre). Piensen que Dafne no sale victoriosa. Piensen en el dolor de aquella transformación. Piensen como Dafne al huir de Apolo encuentra su destino en el Otro (recordamos que la madre de Dafne es la Tierra). Raíces atrapadas en la Tierra, que se encargarán eternamente de nutrirla. Encuentro del objeto que más vale perder que encontrar.

¿Y en toda esta argumentación, dónde ubicar al Psicoanálisis?

¿Qué nos enseña? ¿Cómo lo enseña? ¿Qué esperar?

A cada instante se manifiesta el malestar de la construcción viviente, el mismo que hace tan difícil para nuestros neuróticos la confesión de algunos de sus fantasmas.

Los fantasmas no soportan la revelación de la palabra, es decir, las fantasías psíquicas se elaboran con el ejercicio de la palabra hablada. En ella, radica la praxis analítica.

Los dioses daban a conocer su voluntad a los hombres por medio de presagios y sobre todo de oráculos. Los más célebres fueron el de Zeus, en Dodona de Epiro y el de Apolo en Delfos, que fue durante mucho tiempo el oráculo más importante del mundo. A él acudían desde todas partes para pedirle consejo y protección.

En la entrada, había leyendas escritas sobre los muros que invitaban a reflexionar: la que más se destacaba era *Conócete a ti mismo*, sentencia a la que Sócrates había escogido como norma de conducta intentando enseñarles a los hombres el difícil arte de hacerse mejores. En el interior del templo se ubicaba la Pitonisa, sacerdotisa de Apolo, quien a la manera de una psíquica moderna, profería diferentes palabras que eran tomadas por escrito a su vez por otros sacerdotes y luego eran ordenadas en frases llenas de significaciones posteriores.

El oráculo tenía enorme ingerencia, no sólo porque predecía el porvenir sino porque aconsejaba a los hombres en decisiones que debían adoptar. Desde luego se equivocaban pero salían del compromiso gracias a la formulación vaga de las respuestas, susceptibles de interpretarse de varias formas.

Existen diferentes modelos de temporalidad en relación a los procesos psíquicos, desembocando a si la interpretación puede llegar a descubrirse o si crea el pasado del que habla.

La interpretación oracular se presenta en su dictamen, como una ruptura en el tiempo, como una reabsorción del peso de los días en un instante de duración trascendente. El oráculo tiene por naturaleza el poder de dar a los hombres la enseñanza que les es apropiada. A partir del momento que hace palabra, la ruptura no es tal. Es eterno hasta su cumplimiento final.

Las mánticas "ven", tienen la experiencia de la unidad esencial de las cosas integrando ese conocimiento que se expone del otro del ser al ser del otro, de tal suerte, que en cierto sentido vive en y de la percepción constante en éste último. Las palabras dichas tienen la capacidad de desarrollar la atención en otro, pero de la misma manera en que un maestro de escuela "educa" las capacidades intelectuales. Son palabras que "suenan a verdad".

Verdaderas palabras que atropellan al sujeto preparado para escucharlas, convirtiéndolas en un acto en el que debe culminar su destino, el cual ya estaría signado

anticipadamente. Palabras proferidas por una alteridad en tanto lugar de la verdad, lugar donde la palabra se sitúa e instala sin lugar a dudas. Palabras que hacen del tiempo una instancia, medible y medida: no podríamos localizarnos en el tiempo, si no dispusiésemos del significante, que inscriba un recorte válido para todos (segundos, minutos, días, meses, etc.) y que permita al sujeto situarse (antes, después, etc.). El tiempo, en su constitución misma, pasado, presente, futuro, tiempos de la gramática, se localiza en ninguna otra cosa que en el acto de la palabra.

La importancia del desarrollo del concepto de Salud Mental, indudablemente alcanza a la Medicina: cuerpo y síntoma son los elementos de una bisagra que articulan conceptos observables en la práctica médica y analítica.

Partiendo desde Freud, es en el síntoma donde se revela el momento físico de los procesos inconcientes. Toda esta cuestión se revela en el momento mismo de una consulta. *Estoy somatizando* es una frase cotidiana que encierra un saber, que el síntoma hace marca, se expresa en el cuerpo.

El primer momento freudiano, y con las investigaciones de Charcot y Breuer, ubican a un Freud que intenta "levantar" los síntomas. La cura en esa época, es hacer conciente lo inconciente. Pero esto es insuficiente, porque los síntomas eran sustituidos por otros. Es necesaria la ampliación de la tópica freudiana.

No bastaban los conceptos de los sistemas Preconciente-Conciente e Inconciente para la constitución del aparato psíquico. El desarrollo de las instancias Yo-Ello-Superyo se amalgaman con los postulados de la Metapsicología freudiana, designando con ella toda descripción de un proceso mental en las tres dimensiones identificadas como dinámica, tópica y económica. A partir de ella, la designación del concepto de pulsión, represión, duelo y melancolía, cobran tal magnitud en la teoría psicoanalítica como sus pilares mismos.

Es probable que todo esto sea historia, pero imprescindible para establecer un *retorno a Sigmund Freud* propuesto por Jacques Lacan, quien se encargará a partir de 1936, reconstruir/construir los conceptos del Psicoanálisis.

A veces compartido, otras un tanto resistido, su axioma principal *El Inconciente se estructura a la manera de un lenguaje* interesa a los principales intelectuales de su época: Levy-Strauss, Jacques Derrida, Althuser, Michel Foucault, todos ellos y algunos otros comienzan a concebir desde el Estructuralismo (movimiento filosófico que representaban) una lectura del sujeto.

Así, dos médicos psiquiatras, como el Dr. Freud y el Dr. Lacan, fueron los primeros que se preguntaron, en distintas épocas, que la palabra alcanza al cuerpo.

La tesis lacaniana del Inconciente, después de todo, no es un invento lacaniano, pues así pronunciada (el inconciente estructurado como un lenguaje) pasa a ser evidencia, tal como la había pensado Freud.

Jacques Alain-Miller, uno de los continuadores actuales de la obra de Jacques Lacan, afirma que no existe otra cosa en la experiencia analítica más que el lenguaje: "La experiencia analítica está hecha de todos los medios de los cuales el analista se priva, de todo a lo que él renuncia, de darle palmaditas en la espalda del paciente, de manejar su cuerpo, da darle un cigarrillo de marihuana, de atenderlo con papá, mamá, niños. No acepta la terapia familiar. El Psicoanálisis es una terapia familiar, toda la familia está presente bajo la palabra del analizante; aún más presente que el paciente trajera su casa" .

Oscar Masotta (1930-1979), quien introdujo la obra de Jacques Lacan en Argentina, refería constantemente a sus seguidores que por la palabra se enferma y por la palabra se cura. Oscar Masotta escribió sobre arte, historieta, literatura y Psicoanálisis, disciplina en la que tuvo una destacada labor como teórico y maestro tanto en Argentina como en España.

Así, en apretada síntesis, se muestra la teoría del significante vinculada y aplicada a la experiencia clínica.

La palabra es el único medio: no hay recetarios, tampoco medicinas o instrumentos (el Psicoanálisis no los niega). Hay palabras que operan sobre el síntoma, que actúa sobre el síntoma, desde el inicio, del mismo modo que la magia, con la diferencia que ésta última no constituye tratamiento alguno. Un párrafo de Jean Clavreul, en su libro *El orden médico* es revelador:

> *La medicina se organiza necesariamente alrededor de la desaparición del síntoma, y también alrededor del trazado electroencefalográfico, esa escritura de la enfermedad de la que sabemos, sin embargo, que no es constante ni significativa de modo absoluto. Tampoco las graves pertur-baciones psíquicas que suelen acompañar la desaparición de las crisis inciden mucho en las decisiones terapeúticas. Sin embargo, lo más nota-ble es el lugar subalterno que la medicina y las familias otorgan al psico-analista, a pesar de la indiscutible influencia de los episodios sucedidos en la vida del epiléptico, especialmente de las aproximaciones psicotera-peúticas. El que da las órdenes sigue siendo en todas las circunstancias el médico, pese al carácter a menudo frustrante de los tratamientos médicos. No hay diálogo, dice Lacan. Esta fórmula se hace particular-mente evidente en la confrontación entre médico y enfermo, dado que este último está condenado a callarse, y a dejar la palabra sólo a los sín-tomas. También lo es entre médico y psicoanalista, cuyos discursos se cruzan a veces en torno de los mismos síntomas, pero sin articularse...*

Freud y Lacan se han preguntado, en diferentes ensayos, la relación Medicina-Psicoanálisis. Que la hayan cuestionado, no implica haber excluido el saber médico, y este malentendido se ha generalizado.

Entre la Medicina y el Psicoanálisis no existe inconveniente alguno.

Sí en cambio, en la figura de algunos médicos o psicoanalistas, quienes imaginariamente disputan un lugar de primacía.

Todo este recorrido inicial, es sólo para elaborar una aproximación posible, precisa, sencilla, nítida y evidente: sostener el invento de Freud, es decir, el Inconciente.

Su legitimidad provoca en la tarea del Médico y Analista el argumento necesario para responder a la demanda de un padecer.

De esta manera, cada uno tendrá con sus herramientas específicas, la posibilidad de un saber-hacer frente a ella.

c | Una cuestión fundante: el aparato psíquico.

Del concepto metapsicológico freudiano a la dimensión lacaniana de lo Imaginario, Simbólico y Real

> *"En el curso de los tiempos, la humanidad ha debido soportar de parte de la ciencia dos graves afrentas a su ingenuo amor propio. La primera, cuando se enteró que nuestra Tierra no era el centro del universo, sino una ínfima partícula dentro de un sistema cósmico apenas imaginable en su grandeza. Para nosotros, esa afrenta se asocia al nombre de Copérnico, aunque ya la ciencia alejandrina había proclamado algo semejante. La segunda, cuando la investigación biológica redujo a la nada el supuesto privilegio que se había conferido al hombre en la Creación, demostrando que provenía del reino animal y poseía una inderogable naturaleza animal. Esta subversión se ha consumado en nuestros días bajo la influencia de Darwin, Wallace y sus predecesores, no sin la más encarnizada renuencia de los contemporáneos. Una tercera y más sensible afrenta, empero, está destinada a experimentar hoy la manía humana de grandeza por obra de la investigación psicológica; esta pretende demostrarle al yo que ni siquiera es el amo de su propia casa, sino depende de unas mezquinas noticias sobre lo que ocurre inconcientemente en su alma".*

En estas palabras de Freud, encontramos la clave del Psicoanálisis: a partir de su descubrimiento, el estado beatífico del ser humano pierde su inocencia. Aquello que desconoce, lo cerca y lo ubica en una responsabilidad subjetiva, en la mayoría de los

casos, resistida. Freud fue más allá de sus propias teorizaciones, como ningún discípulo directo lo hizo posteriormente.

De sus seguidores (me refiero específicamente a los postfreudianos), parecen haberse perdido en una niebla teórica; hubo que esperar que Melanie Klein "pateara el tablero" y abriera la jugada con las fantasías; Jacques Lacan en cambio, propuso un "retorno a Freud" y allí dirigió su capacidad intelectual para sostenerlo.

El párrafo que he escogido de la Conferencia 18 de la enseñanza freudiana ("La fijación al trauma, lo inconciente" - *Obras Completas* de Sigmund Freud) continúa:

> *"Tampoco fuimos nosotros, los psicoanalistas, los primeros ni los únicos en hacer este llamado a mirar dentro de la propia casa; pero parece estarnos deparado sustentarlo con gran insistencia y corroborarlo con un material empírico al alcance de cualquiera. De ahí el rechazo general a nuestra ciencia, el descuido por todos los miramientos de la urbanidad académica y el hecho de que la oposición se haya sacudido todos los frenos que impone la lógica imparcial; y a esto se suma, como pronto escucharán ustedes, que estamos destinados a turbar la paz de este mundo todavía de otras maneras".*

Es capital para el entendimiento de gran parte de esta Tesis Doctoral, introducir los conceptos freudianos construidos de una manera precisa para validar las argumentaciones que en este ensayo se presentarán.

De esta manera, y más allá de las diversas corrientes terapéuticas hoy conceptualizadas y desarrolladas, Sigmund Freud, en particular, nos inicia en los tipos clínicos y las estructuras psíquicas; herramientas básicas e indispensables para comprender la Psicopatología y sus diferentes cuadros gnosológicos: ¿Cómo describir, por ejemplo, una neurosis sin la referencia al inconciente mismo?

Este apartado tiene el objetivo de destacar los conceptos fundamentales del Psicoanálisis, a la luz de los conocimientos presentes y articular, posteriormente, la temática del complejo HIV-Sida bajo la subjetividad de nuestra época conectándolo con los presupuestos psicoanalíticos.

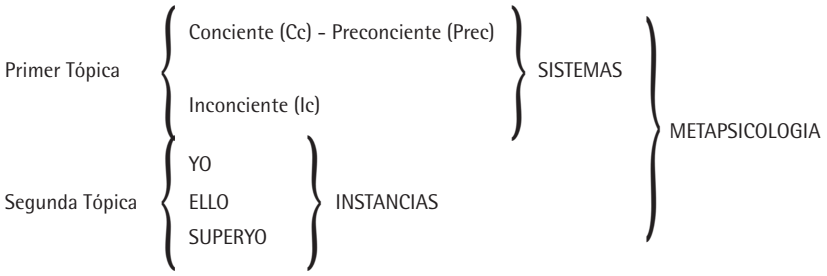
Entiendo al Psicoanálisis como un método psicoterapeútico individual, piedra fundamental de todas las psicoterapias modernas. Parafraseando a Freud, el Psicoanálisis es, por un lado, un método de investigación de las neurosis y un método de tratamiento basado en la etiología descubierta. Asimismo, es el resultado de la experiencia y por esta razón, como producto de la ciencia, se muestra inconcluso.

Existe entonces, como en toda ciencia, una vulgarización (y banalización) de los conceptos que se utilizan y es moneda corriente hablar del Inconciente; del Complejo de

Edipo; si se "asumió" tal o cual conflicto; si el sujeto está o no "traumado", etc.

Es necesario, entonces, apuntalar el retorno a Freud desmenuzando los conceptos que el maestro vienés acuñó con gran esfuerzo.

Los conceptos de la Metapsicología nos pueden parecer abstractos, sin embargo, muestran con precisión la interrelación existente entre la Primer y Segunda Tópica freudiana, que conviene recordar y que nos será de utilidad, para tal fin, el siguiente cuadro:



Esquemas del Aparato Psíquico en la obra de Sigmund Freud

A lo largo de su obra, Freud quiso conceptualizar al Aparato Psíquico, y realizó varios intentos de "mostrarlo" en gráficos y esquemas. Lo llevó a cabo en los siguientes escritos, que no pretendo desarrollar, pero sí conceptualizar algunos de sus principales enunciados.

Esta advertencia es fundamental, puesto que se podría pensar en una primera lectura, que los ensayos que a continuación se detallan, son tratados de una manera superficial. Sin embargo, lo que deseo destacar, es la modalidad freudiana de construir un grafo que remite al funcionamiento del psiquismo.

La idea de aparato está ligada a las de lugar, espacio, localización, proceso, funcionamiento, conjunto, sistema, modelo, máquina. Esta idea está vinculada a la representación, en particular con la representación científica: podemos representarnos lo que no se presenta por sí mismo, sino que se traduce en sus efectos y sus consecuencias, se manifiesta como síntoma, patología o simplemente como mecanismo ordinario. En el *Esquema del Psicoanálisis* (1938), último e inconcluso trabajo de Freud, leemos como título del primer capítulo, "El aparato psíquico". Esta capítulo se inicia con la definición siguiente, que puede considerarse canónica:

Admitimos que la vida anímica es la función de un aparato al que atribuimos extensión en el espacio y montaje en varias piezas. Nos lo representamos entonces a la manera de un telescopio, un microscopio, etcétera. La construcción coherente de una tal representación, a pesar de alguna aproximación ya intentada, es una novedad científica.

Por tanto, el aparato representa lo que no conocemos para hacerlo conocer, o por lo menos, imaginar y contruir.

La noción de aparato atraviesa toda la obra de Freud. Las "máquinas" con las que ilustra sus pensamientos son, en sus aspectos técnicos, mínimas. Van desde los aparatos ópticos más sencillos hasta la memoria rudimentaria que se hace referencia en el artículo de 1925, *Nota sobre la pizarra mágica.*

A continuación, una breve mención de estos intentos freudianos para representar el aparato psíquico. Advierto que no es un recorrido detallado de esos artículos, sino la observación freudiana al tema de la representación gráfica de áquel. La mención de ello, es simplemente para connotar que el trabajo de estos ensayos, demandaría múltiples variables a investigar (y sería en todo caso, un tema para otra tesis doctoral), es por eso que tomo conciencia que los artículos que menciono constituyen en sí mismos, argumentos complejos construidos por Freud, que no pueden ser tomados a la ligera.

Los artículos están comentados de manera cronológica y comenzaré con el *Proyecto de Psicología*, escrito de 1895, pero la primera publicación de este texto freudiano data de 1950. En este texto, existe una tentativa freudiana, inicial solamente, de aproximar los fenómenos psíquicos en términos fisiológicos.

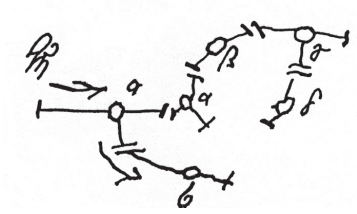
Se aprecia de inmediato que pocas cosas anticipan la técnica psicoanalítica. Strachey afirma que apenas si existe alguna alusión a la asociación libre, la interpretación del material inconciente, la transferencia. Sólo en los pasajes que versan sobre los sueños encontramos algún adelanto de desarrollos clínicos posteriores. También hay que tener presente que el "Proyecto" debe considerárselo como un esbozo inconcluso y aún desautorizado por Freud. Encontramos una insistencia en la necesidad primaria de proporcionar al aparato psíquico de una "memoria", y es de esta manera, que comienzan a describirse determinados tipos de neuronas que cumplen, por ejemplo, con esta función; asimismo, hay otras que se asocian con "barreras-contacto" que permiten al aparato hacer una "elección" adecuada.

En el primer párrafo del "Proyecto" introduce el propósito de *"brindar una psicología de ciencia natural"* sustentándose principalmente en dos ideas rectoras: un sistema cuantitativo llamado "Q" (por *"quantum"*), basado en la Física (en particular en la Ley de la Inercia); y la idea de combinar Q con la teoría neuronal de la época. El sistema nervioso estaría formado por neuronas separadas pero similares en cuanto su constitución, las que estarían conectadas entre sí, a través de una "sustancia extraña" (esta conjetura de Sigmund Freud, se adelanta a la época del descubrimiento de los neurotransmisores), terminando unas sobre otras como sobre porciones de tejido, estableciéndose ciertas líneas de conducción. El primer gráfico del aparato psíquico, pertenece al Apartado 9 - "El funcionamiento del aparato" con tres sistemas neuronales diferentes: sistema de neuronas pasaderas; sistema de neuronas impasaderas; sistemas de neuronas de percepción. Todos los sistemas neuronales en estrecha conexión. Existe un primer gráfico donde se observa claramente la división entre el Mundo Exterior y los Estímulos.

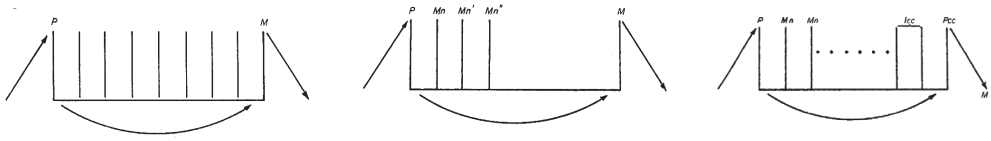
Mientras que en el mundo exterior los procesos constituyen un continuum en dos direcciones, tanto en el orden de la cantidad como en el del período (cualidad), los estímulos que les corresponden son, según la cantidad, en primer lugar reducidos y en segundo lugar limitados por un corte; y según la cualidad son discontinuos, de manera tal que ciertos períodos no pueden actuar como estímulos. El gráfico de este argumento es el siguiente:

Mundo exterior Estímulos

No hay duda que Freud refiere un sistema cuantitativo neuronal llamado Q donde existe un fluir que podemos llamar energético integrado por neuronas altamente diferenciadas. El segundo gráfico que aparece en este sentido es el siguiente:



Continuando con los textos princeps en relación a los grafos construidos por Freud en relación al modelo psíquico, es indudable la importancia del texto Interpretación de lo sueños publicado en 1900. Es en el capítulo VII "Sobre la psicología de los procesos oníricos". Punto B. La regresión, el gráfico que corresponde al aparato psíquico:



La idea, para Freud, es representar una "Localidad psíquica" y realiza una sugerencia: comparar al aparato psíquico como si fuera un microscopio compuesto *"un aparato fotográfico, o algo semejante*. La localidad psíquica corresponde entonces a un lugar en el interior de un aparato, en el que se produce uno de los estadios previos de la imagen." En este texto, comienza a hablar de los "Sistemas" e intenta comparar al aparato psíquico con un aparato de reflejos, postulando que el proceso del reflejo es un modelo de operación psíquica. Desarrolla el concepto de "huella mnémica" y postula la

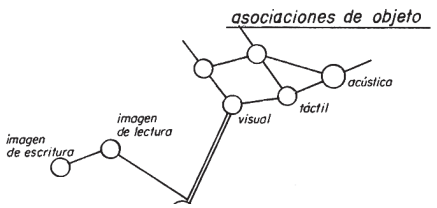
interrelación de las mismas, siendo la base de la asociación los sistemas mnémicos mismos. Interpretación de los sueños incluye elementos vitales de la teoría psicoanalítica, tales como 1) el carácter de cumplimiento de deseo de los sueños; 2) su carácter alucinatorio; 3) el funcionamiento regrediente de la psique en las alucinaciones y en los sueños; 4) el hecho de que el estado del dormir implica una parálisis motriz; 5) la naturaleza del mecanismo del desplazamiento de los sueños; 6) la similitud entre los mecanismos de los sueños y los síntomas neuróticos.

En *La interpretación de lo sueños* había desaparecido casi por completo, la explicación neurológica de la psicología. Así, el Inconciente quedó establecido de una vez para siempre a lo largo de la teoría psicoanálitica.

Según Strachey, Freud no estableció una mera entidad metafísica. Lo que hizo en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* fue mostrar cómo era el Inconciente, cómo trabajaba, cómo difería de otras partes de la psique y cuáles eran sus relaciones recíprocas con ellas. El prólogo de *Lo Inconciente,* ensayo publicado en 1915, recorre todo este escrito:

"Todo lo reprimido tiene que permanecer Inconciente", nos dice Freud,"pero queremos dejar sentado desde el comienzo que lo reprimido no recubre todo lo Inconciente. Lo Inconciente abarca el radio más vasto; lo reprimido es una parte de lo Inconciente".

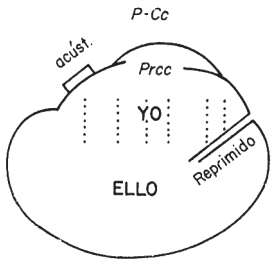
Esquema psicológico de la representación-palabra



La representación-palabra aparece como un complejo cerrado de representación; en cambio, la representación objeto aparece como un complejo abierto. La representación-palabra no se enlaza con la representación-objeto desde todos sus componentes, sino sólo desde la imagen sonora. Entre las asociaciones de objeto, son las visuales las que subrogan al objeto, del mismo modo como la imagen sonora subroga a la palabra. No se indican en la figura las conexiones de la imagen sonora de la palabra con otras asociaciones de objeto que no sean visuales.

En 1923 en el ensayo *El Yo y el Ello*, Freud ofrece nuevamente una descripción del aparato psíquico. En esta oportunidad queda elucidado que en el modelo estructural del aparato psíquico, lo que desde el principio se distinguió con toda claridad de "el

Inconciente" fue el "Yo". La expresión "el Ello" como el propio Freud explica, fue tomada directamente de George Groddeck, un médico que ejercía en Baden-Baden. Conceptos como el de Yo-Ideal e Ideal del Yo aparecen en este texto. Es de máxima importancia, en el capítulo II, un esquema que Freud realiza del aparato:



El Yo se ocupa de la percepción; el Ello corresponde a la pulsión.

Establece además la importancia funcional del Yo, asignándole el gobierno sobre los accesos a la motilidad. Dice:

"Así, con relación al ello, se parece al jinete que debe enfrenar la fuerza superior del caballo, con la diferencia de que el jinete lo intenta con sus propias fuerzas, mientras que él lo hace con fuerzas prestadas. Así como al jinete, si quiere permanecer sobre el caballo, a menudo no le queda otro remedio que conducirlo adonde este quiere ir, también el yo suele trasponer en acción la voluntad del ello como si fuera la suya propia".

Finalmente, luego de esta breve mención de estos ensayos freudianos, se observa que en el primer capítulo del *Esquema del Psicoanálisis*, de 1938, se retoma la forma general del aparato que confiere a las construcciones teóricas su virtud representativa, pero con el material nuevo de las instancias. Así el aparato psíquico aparece como el marco del pensamiento teórico, como el sustrato formal de las construcciones destinadas a acercar lo desconocido. Pero ese desconocido subsiste, y con él la necesidad de una renovación permanente de estas aproximaciones realizadas.

Ahora bien, continuando con la introducción freudiana que se construye en la presente Tesis, en el escrito de Freud de 1923, *Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido* (Obras Completas de Sigmund Freud - Tomo XVIII – Editorial Amorrortu, traducido en Ballesteros como *Sistemática y Teoría de la libido*) se define al Psicoanálisis como un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; como un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas; y como

una serie de intelecciones psicológicas que poco a poco se constituyeron en una nueva disciplina científica.

Acerca de su historia nos remitiremos fundamentalmente a las cinco conferencias pronunciadas por Freud en la Universidad de Clarks, temática que aquí no abordaré. De los métodos psicoanalíticos menciono:

1 - El método hipnótico.

2 - El método del apremio.

3 - El método de la asociación libre.

El pasaje de uno a otro obedece a las observaciones clínicas freudianas y en relación a los resultados obtenidos en la práctica analítica. En relación al concepto de asociación libre, este se liga a la "*regla técnica fundamental*".

El tratamiento se inicia con el paciente, luego de las entrevistas preliminares, se enuncia la regla fundamental: "no importa si lo que asocia es desagradable, disparatado, que la considere demasiado nimia o que piense que no viene al caso respecto de lo que se busca". Enunciado que tiene un valor paradigmático en la clínica psicoanalítica, puesto que promueve a la asociación libre. Debemos tener presente, que para que ello ocurra, no es necesario tal enunciación, pero es detalle que conserva la orientación psicoanalítica en la dirección de un tratamiento posible.

Por lo general, nos dice Freud, se revela que aquellas ocurrencias que provocan estos matices de la censura, poseen particular valor para el descubrimiento de lo olvidado. Un dato poco conocido, es cómo Freud se inspira y se nutre para este método asociativo. Un libro de Ludwig Borne redactado en 1823, que lleva por título *El arte de convertirse en escritor original en tres días* es su fuente. La referencia es la siguiente y la transcribo textualmente de Borne:

"Y aquí viene la prometida recomendación. Tomen algunas hojas de papel y escriban tres días sucesivos, sin falsedad ni hipocresía, todo lo que se les pase por la mente. Consígnese lo que piensan sobre ustedes mismos, sobre su mujer, sobre la guerra turca, sobre Goethe, sobre el proceso criminal de Fonk, sobre el Juicio Final, sobre sus jefes; y pasados los tres días, se quedarán atónitos ante los nuevos e inauditos pensamientos que han tenido: He ahí el arte de convertirse en escritor original en tres días".

Me permito inferir el impacto de Freud al leer este párrafo, a manera de una conjetura, y pensar de manera lícita, en la influencia ejercida en relación al método terapeútico psicoanalítico. El impacto de la asociación libre en el empleo del método psicoanalítico lo lleva a Freud a la construcción posterior del desarrollo de la libido y del concepto fundamental del Psicoanálisis como lo es el de la pulsión. La pulsión, cuya exteriorización dinámica en la vida del alma ha de llamarse "libido", está compuesta por

pulsiones parciales en las que puede volver a descomponerse. Fuentes de estas pulsiones parciales son los órganos del cuerpo, en particular las llamadas zonas erógenas.

Como primer estadio de organización (pregenital) puede discernirse el estadio o fase oral, en el cual, de acuerdo con el principal interés del lactante, la zona de la boca desempeña el papel fundamental. Le sigue la organización sádico-anal, en la cual la pulsión parcial del sadismo y la zona del ano se destacan particularmente; la diferencia entre los sexos es subrogada (sustituida) por la oposición entre activo y pasivo.

El tercer estadio o fase, y el definitivo, se encuentra en una conjunción bajo el primado de las zonas genitales: falo o castrado será la consigna subjetiva.

Este desarrollo, si bien parece evolutivo, tiene una secuencia lógica. Freud lo dice claramente cuando insiste que esta secuencia por lo general, pasa de manera rápida e inadvertida. No obstante, parte singulares de las pulsiones se quedan detenidas en los estadios previos al resultado final. Se habla entonces de fijaciones de la libido. Es decir, en calidad de disposición, revistiendo importancia para ulteriores estallidos de aspiraciones reprimidas y además, manteniendo una relación estrecha con las estructuras psíquicas conocidas: Neurosis-Psicosis-Perversión.

Retomando la pulsión parcial, la misma se apuntala en el saciamiento de la necesidad de nutrición y el objeto elegido inicial, en este caso, el pecho materno. Luego se "desprende", se vuelve independiente y al mismo tiempo autoerótico, es decir, halla su objeto en el cuerpo propio.

Ya en los primeros años de la infancia se establece una conjunción de las aspiraciones sexuales cuyo objeto es, en el varón, la madre. Esta elección objetal, junto a la actitud de rivalidad y hostilidad hacia el padre es el contenido del Complejo de Edipo. Un complejo de ideas que tiene un valor universal.

En la Fase de latencia encontramos la organización del aparato psíquico: el Sistema Inconciente se organiza por la Represión Primaria (mítica; fundante. Como mítico y fundante no podemos dar cuenta de ella en un período temporal). Poco a poco se constituye el Yo. En el curso de esta larga fase se construye el pensamiento social, lógico y moral que sustrae definitivamente la vida psíquica al principio del placer, para situarla bajo la influencia del principio de la realidad.

El supuesto de que existen procesos anímicos inconcientes; la admisión de la doctrina de la resistencia y de la represión; la apreciación de la sexualidad y del complejo de Edipo fundan los principales contenidos del Psicoanálisis y las bases de su teoría. Son sus pilares básicos.

Retorno a Freud

El tratamiento de la obra freudiana por Jacques Lacan ha sido a la letra.

Los elementos de su pensamiento se nutrieron de los avances propios de su época. Su escritura compleja levantó vientos de enconos, malosentendidos y toda una ola de críticas que se mantienen aún hoy.

Sin embargo, es indudable que su sentido al retorno de Freud, instauró en la comunidad analítica, una respuesta como antes ningún otro había desencadenado.

La influencia de Levy-Strauss, Jacques Derrida, Louis Althusser, Michel Foucault, Dalí, Heidegger, Sartre, Koyré, Clerembault y tantos otros, se encuentran en cada paso de su obra y se prolongan en una lectura enriquecidamente provocadora.

Entonces, ¿Lacan es un provocador?

Claro que sí. Lo es del concepto del Inconciente. Su interés al detalle lo impulsó a la articulación clínica. Su praxis analítica es única. Su teoría en relación al aparato psíquico: lo Imaginario, lo Simbólico, lo Real, el objeto petit a (su único "invento" como él mismo lo señala y afirma, su único aporte al Psicoanálisis que menciona con falsa modestia e ironía característica de su temperamento), modificaron la práctica del dispositivo.

¿Lacan un revolucionario?

Sí, por qué no. El ha subvertido la posición del Sujeto frente al Otro, una alteridad radical, y entendiendo lo subversivo como lo que provoca una revolución en un movimiento científico. Lacan el oscuro, el teórico, el revoltoso, el genio, el soberbio, el histérico; en fin, el hombre que se propuso desanudar aquellos conceptos que Freud había desarrollado durante tanto tiempo y otros, principalmente los discípulos del propio Freud, se ocuparon de oscurecer. El análisis de orientación lacaniana nos sorprende, nos paraliza, nos encoleriza, nos hace reaccionar y eso resulta movilizante para cada uno de nuestros componentes neuróticos adormecidos. Lacan nos despierta y nos ubica en una realidad que, a veces, no queremos ni ver, ni enterarnos que existe.

Viviremos con inquietud su teoría. Discutiremos sus conceptos fundamentales.

Podemos o no estar de acuerdo.

Pero nunca nuestra reacción será la indiferencia. Diferencia que insiste y día a día se hace presente en una práctica que no es sin consecuencias y en donde la cura proseguirá en el caso por caso, en el uno por uno. En 1977, sus últimos años de vida, escribió *"Gané sin duda. Puesto que hice escuchar lo que pensaba sobre el Inconciente, principio de la práctica".*

Lacan no tuvo en absoluto la intención de reinventar el Psicoanálisis; por el contrario, ubicó el inicio de su enseñanza bajo el signo de un "retorno a Freud"; en relación al

Psicoanálisis sólo se preguntó: ¿cuáles son las condiciones para que el Psicoanálisis sea posible? Y respondió: sólo si el inconciente se encuentra estructurado como un lenguaje

El inconciente en cuestión es el inconciente freudiano; el isomorfismo de su estructura en relación al lenguaje se constata ya desde los primeros escritos de Freud, La Interpretación de los sueños, Psicopatología de la vida cotidiana, El Chiste y su relación con el Inconciente.

Freud descifra; los mecanismos que aísla como primarios, condensación y desplazamiento tienen sus prototipos en la metáfora y la metonimia; una vez percibida, esta evidencia resulta difícilmente discutible. Lo mismo ocurre con el hecho de que el Psicoanálisis sólo opera en el síntoma por medio de la palabra. Es de suponer que existe entre uno y otro alguna medida común, a menos que recurriésemos al pensamiento mágico, lo cual no explica nada.

Si creemos que la libido es una energía real, construyendo, como Wilhem Reich, acumuladores o manipulando el cuerpo, dejamos de hacer Psicoanálisis.

¿De qué manera opera sobre lo real del síntoma el artificio freudiano, es decir el procedimiento de la libre asociación, el dispositivo de la cura?

Esta es la pregunta central con la que se mide toda teoría del Psicoanálisis.

Si bien se objeta que Freud nunca ha dicho que el inconciente está estructurado como un lenguaje, esta objeción no tiene alcance alguno, pues se puede demostrar que su descubrimiento, expuesto a medida que se le presentaban las implicaciones, sólo es coherente en función de este axioma.

Freud se preocupó por incorporar el Psicoanálisis en las ciencias de la naturaleza; pero, en realidad, su metapsicología nunca ha sido más que un análisis de la estructura radical del lenguaje, una lógica del significante. Asimismo, sus supuestos ensayos de Psicoanálisis "aplicado" versan en realidad sobre la experiencia analítica; *Tótem y Tabú,* por ejemplo, se acerca, bajo forma de mito, a la función del padre.

De un modo general, para Lacan no existe ninguna teoría del inconciente como tal; existe una teoría de la práctica analítica; la estructura que se le reconoce a ésta se la encontraría en el inconciente; para los teóricos rigurosos esto siempre fue así: prueba de ello, es el hecho de que le hayan asignado al analista un lugar en la estructura del inconciente.

Su enseñanza es animada por un ideal de simplicidad, como lo muestra la reducción de material que operó progresivamente sobre el vocabulario freudiano, hasta introducir, en cantidad restringida, los términos de una álgebra, muy práctica en cuanto se la conoce. Este discurso moviliza tan bien todos los recursos retóricos y homofónicos de la lengua, que logra ilustrar en su forma misma la tesis que sostiene acerca de la primacía del significante, indudablemente lógica. La dificultad en seguirlo se debe al contraste entre lo altamente sistemático de un pensamiento que ha refundido todos los términos

en los que se apoya, los que a su vez se intrincan, y el estilo de hallazgo, disgregado y repentino a la vez, en el cual se encierra y se matiza; no hay que menospreciar la amplitud y la diversidad de sus referencias; en una palabra, la obra de Lacan resulta muy opaca para el lector apresurado:

"T.t.y.e.m.u.p.t."

Al término de uno de los Escritos (*La instancia de la letra en el inconciente o la razón desde Freud*) encontramos esta seguidilla de letras, que se debe leer (comunicación de Jacques Lacan a pie de página del texto precedente): "Te has puesto a la obra un poco tarde." Lacan fecha el inicio de su enseñanza en 1953, precisamente a partir de su informe llamado *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*, incluyendo en sus "antecedentes" todo lo precedente.

Sus trabajos anteriores son, en principio, los de un psiquiatra, coronados por su tesis sobre la psicosis paranoica (1932). Su primera teoría del Psicoanálisis, que desarrolla luego de la guerra (*Acerca de la causalidad psíquica*, 1946), hace del imaginario la dimensión propia de la experiencia analítica; otros escritos, más confidenciales, muestran ya su interés por una lógica intersubjetiva. Los maestros que confiesa tener son Clérambault, el psiquiatra de la enfermería especial, inventor de "el automatismo mental" y Kojève, de quien sigue el seminario sobre Hegel.

Lacan introduce pues la proposición del inconciente estructurado como un lenguaje en 1953, la cual será, con la distinción correlativa de lo real, lo simbólico y lo imaginario, la piedra angular de su enseñanza; ésta se divide en los siguientes períodos, que nos permite lograr una sistematización en la construcción de su pensamiento:

1953-1963. Toma la forma de un seminario de textos freudianos: cada año es dedicado a un concepto, a una o dos obras de Freud; se verifica la validez de la estructura de lenguaje en toda la extensión del campo legado por la experiencia de medio siglo; se construye la categoría dada como esencial: lo simbólico, al mismo tiempo que se introduce una nueva álgebra: este conjunto constituye lo que Lacan llama un "organon", emitido "según una propedéutica que no pasaba a otro nivel sin que antes [mis oyentes] hayan podido medir lo bien-fundado del precedente".

1964-1974. Aprovechando el desplazamiento de la enseñanza de Lacan a la Escuela Normal Superior, encontramos, luego de *Los Cuatro Conceptos fundamentales del Psicoanálisis* (seminario bisagra, diez años en los que los términos lacanianos: el sujeto barrado (/S) el objeto llamado pequeño a, el Otro, aparecen en el centro de la elaboración); los problemas que presentan su articulación se superponen y a veces sustituyen la problemática inicial.

A partir de 1974, Lacan toma como objeto los fundamentos mismos de su discurso y especialmente la tripartición real-simbólico-imaginario (R.S.I., título del seminario 1974-1975) y se adentra en una forma de "meta-teoría", de dimensión significante pura, en donde, poco a poco, se debilitan las significaciones familiares del Psicoanálisis, mientras que el "nudo borromeo" hace las veces de referencia; al mismo tiempo, Lacan evoca con gusto su experiencia, con un lenguaje de gran simplicidad; por último y desde entonces, lo real da un paso adelante en la escena.

Retomemos en Lacan el concepto de estructura y su sistema de pensamiento con un interrogante: ¿Lacan es estructuralista?

En un primer sentido, ciertamente: su noción de la estructura le viene de Roman Jakobson (lingüista nacido en Rusia en 1896), vía Claude Levi-Strauss (antropólogo y lingüista, padre del estructuralismo, nacido en 1908). En un segundo sentido, lo es, pero radicalmente, pues el Psicoanálisis opera en la articulación de la estructura y del sujeto. En un tercer sentido, en absoluto: la estructura de los estructuralistas es coherente y completa, mientras que la estructura lacaniana es antinómica y descompleta. El primer aspecto es muy conocido; los otros dos menos.

El sujeto de Lacan no es un dato de partida; el dato, es el Otro; de allí la pregunta: ¿cómo se constituye el sujeto en el lugar del Otro que lo preexiste?

Esta pregunta recibe respuestas cada vez más sutiles de medir, que Lacan logiciza aún más. Las mismas se desarrollan en varios planos. Primeramente, la experiencia analítica es en sí misma un proceso por medio del cual el sujeto, en primer lugar indeterminado bajo la masa de los significantes, Es freudiano, debe advenir; de este modo Lacan interpreta el famoso *Wo Es war, soll Ich werden de* Freud. En segundo lugar, la más ínfima formación del inconciente testimonia acerca de la emergencia del sujeto del inconciente, al mismo tiempo que lo borra. En tercer lugar, el sujeto es aquello que surge del viviente bajo la acción del lenguaje.

La estructura de Lacan no es un poder invisible que actúa insensiblemente como la "mano oculta" de Adam Smith; ésta captura al viviente en el que eso habla, lo esclaviza, lo fragmenta en efectos de significantes –como se lo ve en la histeria–, lo desvitaliza, lo mortifica; separa el cuerpo de su goce.

Con ello se explica la pulsión freudiana, que se distingue de todo impulso instintivo tanto por su constancia como por la gramática a la cual obedece. Con ello se explica también la pérdida, función constitutiva del objeto, a la que Freud se aproximó en su teoría de los estadios.

Las necesidades del viviente son, dentro del hombre, transformadas por el hecho de tener que formularse en una demanda al Otro; de un modo general, el significante se sustituye a ellos, pues la demanda al Otro tiende por sí misma a hacerse demanda pura de su respuesta, demanda de su amor: la identificación primaria del sujeto se opera a partir del significante de "el Otro todopoderoso". La diferencia entre necesidad y amor

explica lo que Freud descubrió en el sueño bajo el nombre de *Wunsch*, el "anhelo" y que podemos traducir como el deseo.

El deseo freudiano no es una función vital; particular, excéntrico, indestructible, absoluto, esencialmente insatisfecho, desborda toda psicología; el mismo es tomado en el deslizamiento indefinido de la cadena significante, de modo tal que Lacan lo identifica con la conexión misma del significante con el significante ("estructura metonímica del deseo"). Este es uno de los temas de Lacan que más populares se volvieron: el analista no responde a la demanda; él interpreta más allá, a nivel del deseo; el deseo es inadaptable, ineducable, no es susceptible de una pedagogía, sino sólo de una ética: "No ceder ante su deseo." No "liberar el deseo" – esta ideología no es para nada lacaniana: la misma supone un deseo infinito, diverso, plástico y, una vez levantada la represión, prometido a la plenitud. El deseo freudiano, en cambio, no es lo que va contra la ley, sino lo mismo; sus formas son en cantidad limitada y su función está coordinada con una falta.

Por un lado, esta falta es efecto de la estructura; pero, por otro lado, es necesario que ésta la incluya. En ello la estructura elaborada por Lacan difiere de la de los estructuralistas: ésta es un todo, aquélla un "no-todo".

La definición diferencial del significante de Saussure (según la cual éste se erige oponiéndose) implica seguramente la completud sincrónica del conjunto de los significantes, pero también que toda cadena se tropieza con su significante último, lo que debe ser reportado en la batería misma", bajo la forma de una falta, o sea de un significante suplementario que lo represente. El significante de una falta en el Otro, S, es el punto clave de la lógica del significante; es, en cierta forma, la matriz de todos los términos propiamente lacanianos; las figuras topológicas elementales, las cadenas y nudos muestran la variedad de la que el agujero es susceptible.

La teoría de Lacan se ciñe en un sistema de cuatro letras, resultado de una larga construcción. S_1, S_2 abrevia la cadena significante, cuya articulación es reductible al par ordenado de un significante unario y de un significante binario; S designa al sujeto del que es efecto; (*a*) al objeto del que es producto.

No hay que tomar el sujeto del inconciente por el individuo, que tiene su fundamento real en el cuerpo, ni por su subjetividad, imaginaria. El sujeto del que se trata está constituido por el par significante; él mismo es, si se quiere, el intervalo, el corte; con eso, la barra que tacha la S señala que es equivalente a un significante de menos; no es un ser, si ser significa, como lo sostiene Leibniz, ser uno.

Como "falta-en-ser", el sujeto no obedece al principio de identidad; es por ello que él es, conforme la teoría freudiana, sujeto a identificarse. S_1 designa precisamente el significante que lo toma, pero que lo representa sólo si se articula con S_2; de allí la fórmula que toma de Pierce: "El significante representa al sujeto para otro significante."

Este sujeto, no pertenece entonces en absoluto a la esfera psíquica; podemos reconocer en él el sujeto mismo de la ciencia, tal como emerge en Descartes, como residuo, "puntual y evanescente", de una operación de vaciamiento de las representaciones. Lacan no dejó de afinar su concepción, aprovechando las paradojas que la teoría de los conjuntos puede ofrecer.

Lo imaginario

Presentaré a continuación el tema de lo imaginario en Lacan.

Quisiera establecer un recorrido bibliográfico, que a decir verdad es extenso, pero imprescindible para comprender parte de la enseñanza de Jacques Lacan.

Recurriré un poco a la historia del Psicoanálisis, con el objetivo de contextualizar este concepto de vital importancia para el establecimiento del aparato psíquico, desde esta perspectiva analítica, y propuesta para la comprensión de esta Tesis Doctoral.

"Entré al Psicoanálisis, –dice Lacan–, con una escobilla llamada el estadio del espejo." Este fue, en efecto, el objeto de su primera intervención como psicoanalista en el XIV congreso internacional de Marienbad (1936). Lo tratado allí atañe sin embargo a la observación del comportamiento, y su explicación acerca de la psicología animal como de la fisiología humana.

El hecho se resume en el interés lúdico que el niño, de entre seis y dieciocho meses, manifestaría tener en el lugar de su imagen en el espejo. La explicación invoca el sentimiento de desamparo del bebé, fisiológicamente prematuro; se alegraría reconociéndose en su forma especular, cuya completud se anticipa a la discordancia intraorgánica que experimenta; esta imagen, si bien es suya, es también la de otro; la misma lo captura y él se identifica con ella; de allí la idea de que la alienación imaginaria es constitutiva del Yo y que el desarrollo del mismo esté escandido por identificaciones ideales.

Este principio da cuenta de la agresividad ambivalente del hombre respecto del semejante que lo suplanta, de su relación esencialmente paranoica con el objeto, del carácter histérico de su deseo, siempre "deseo del otro".

De entrada, este enfoque ubicaba a Lacan en el camino opuesto al que Hartmann, Kris y Lœwenstein iban a abrir en el movimiento psicoanalítico de la post-guerra. Ellos interpretaban la segunda tópica freudiana (el sistema Yo-Superyo-Ello expuesto por Freud a partir de los años 1920) en el sentido de hacer del Yo la instancia central, la función de síntesis de la personalidad, punto de Arquímedes para el analista, quien lo refuerza para llevar al paciente al nivel de la realidad.

En cambio, para Lacan, el Yo no es ni unificante ni se encuentra unificado, es una "mezcla de identificaciones imaginarias", las cuales reaparecen en el transcurso de la cura, "paranoia dirigida".

La primera teoría de Lacan tiene su coherencia; sin embargo, se enfrenta a la siguiente dificultad: la relación imaginaria es como tal mortífera; la única salida que tiene es identificatoria, por lo tanto alienante; ahora bien, todas estas identificaciones no son equivalentes, algunas de ellas son normativas.

El término de "imago" entonces empleado por Lacan condensa la dificultad: por un lado, se trata de una imagen sensible, de la cual la etología atesta los efectos reales; por otro lado, un conjunto de rasgos, organizado, incluso tipificado. La ambigüedad se deshace, la enseñanza de Lacan comienza, con la disyunción de lo simbólico y de lo imaginario, y la distinción correlativa del sujeto y del Yo.

El esquema del estadio del espejo conserva no obstante su valor, el de definir el imaginario a través del cuerpo; la hiancia, llevada aquí a lo orgánico, será deducida luego de la lógica del significante; en efecto, según los términos mismos de Lacan, su teoría incluye una falta que se encuentra en todos los niveles.

En 1936, en el XVI congreso de la IPA (International Psychoanalitic Association)en Marienbad (localidad de la República Checa, en la provincia de la Bohemia Occidental), Lacan presentó una conferencia titulada El estadio del espejo. *Teoría de un momento estructurante y genético de la constitución de la realidad en relación a la doctrina psicoanalítica.*

Al cabo de diez minutos fue interrumpido por Ernest Jones, presidente de la sesión, que alegaba que Lacan había agotado su turno de palabra. Del texto de esa época casi no queda rastro y sólo se cuenta con las notas tomada por Françoise Dolto antes del Congreso, a partir de la exposición que hizo su autor del tema en la *Société Psychanalytique de Paris.*

Lacan, en su texto *Escritos* y en el artículo "Acerca de la causalidad psíquica", dice lo siguiente: *Hice en 1936 una comunicación al respecto del estadio del espejo, dirigida formalmente al Congreso de Marienbad, al menos hasta el punto que coincidía exactamente con la cuarta llamada del minuto décimo en que me interrumpió Jones, quien presidía el congreso en su carácter de presidente de la Sociedad Psicoanalítica de Londres... (Escritos, p. 174).*

Pero lo esencial del informe figura en el primer escrito psicoanalítico publicado por Lacan antes de la Segunda Guerra Mundial. Este artículo, efectuado para la *Encyclopédie Française* y en la parte dedicado a la vida mental, se titula *La familia*. Consta de una introducción titulada "La institución familiar", una primera parte llamada "El complejo, factor concreto de la psicología familiar", y una segunda titulada "Los complejos familiares en patologías".

Con el estadio del espejo Lacan se propone esclarecer el concepto de narcisismo, lo que a continuación le permitirá resituar las instancias de la segunda tópica freudiana. Lacan volverá varias veces sobre "El estadio del espejo como formador de la función del Yo (*je*) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica", sobre todo en el momento de la introducción de la tríada Imaginario-Simbólico-Real.

El hincapié que hace Lacan en el narcisismo es la consecuencia de su interés por la relación entre la personalidad y el medio social, entre el sujeto y su entorno. Se trata de explorar la relación con el otro semejante y de plantearse esa fascinación del sujeto por la imagen, su capacidad para ser cautivado por ciertas imágenes.

El tema del imaginario está presente en Lacan desde mucho antes, aunque no esté formalizado como tal.

El tema de los dobles, o lo que llama dobletes en el delirio de persecución en el caso Aimée, (caso clínico que presenta Lacan en su Tesis Doctoral) da lugar para que desarrolle esta idea de la relación especular.

Lacan fue el traductor al francés del artículo de Freud *Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia, y la homosexualidad* (1922).

En su estudio sobre el caso Aimée estaba especialmente interesado por el aporte de la fenomenología al tema de los celos por la relación particular al semejante. En el caso Aimée, cuando ella intenta matar a la actriz, intenta eliminar a la imagen que la representa a ella misma (publicado en *De la psicosis paranoica en su relación con la personalidad*). El tema del semejante está presente ya en su tesis de 1932 y también en el examen del caso de las hermanas Papin al año siguiente. Se trata de dos hermanas que trabajaban como empleadas domésticas en una casa de familia y que, súbitamente, asesinan juntas a la madre y a la hija, sus patronas, al mismo tiempo, golpeándolas salvajemente a la imagen que las representa a ellas mismas como si fuera en espejo.

Así vemos que, en realidad, en cuanto al examen de lo imaginario, el punto de partida de Lacan no es la psicología sino la psiquiatría.

Asimismo, Lacan utiliza las observaciones del comportamiento de los bebés ante el espejo, llevadas a cabo por la psicología científica y sus principios.

Con este estudio se perseguía comparar dicho comportamiento con el de los chimpancés para, entre otras cosas, tratar de detectar una diferencia cualitativa entre la inteligencia del hombre y la de los simios. El primero en practicarlo fue Darwin, quien observó a su hijo Doddy, señalando tal comportamiento.

Lacan se remite a los autores que se han interesado por la experiencia: Baldwin, considerado el primer psicólogo científico, pero también Kohler, Buhler, Henri Wallon, etc.; más su primera preocupación no es plantearse qué es lo que nos separa del simio.

Lacan significa al estadio del espejo como un momento ejemplar, paradigmático: la implantación de la relación del hombre con su imagen y con el semejante.

Esta relación para Lacan puede producirse a partir de la edad de seis meses, pero se aparta de inmediato de esta perspectiva diacrónica para insistir sobre la dimensión estructural y acrónica de dicho estadio: *Este acontecimiento puede producirse, como es sabido desde los trabajos de Baldwin, desde la edad de seis meses y su repetición ha atraído con frecuencia nuestra meditación ante el espectáculo impresionante de un lactante ante el espejo, que no tiene dominio de la marcha, ni siquiera de la postura en pie, pero que, a pesar del estorbo de algún sostén humano o artificial (lo que solemos llamar unas andaderas), supera en un jubiloso ajetreo las trabas de ese apoyo para suspender su actitud en una postura más o menos indicada y conseguir para fijarlo un aspecto instantáneo de la imagen.* (*Escritos*, p. 86).

Ahora bien, es un período en el que el niño es aún prematuro, en el que no ha concluido su desarrollo neuropsicológico.

Para Lacan, lo que se produce es una identificación, es decir, la transformación producida en el sujeto, cuando asume esa imagen, lo que designa con el término de imago, concepto utilizado ya en el escrito *La familia*. (Existe un libro que se llama *Imago* publicado al francés por la editorial *Navarin*. Imago era el nombre de una mujer amada apasionadamente por el protagonista. Freud retoma el término *imago* de esta novela. También había sido utilizado por Jung en esa época para hablar de los prototipos inolvidables –arquetipos– que se tratan de alcanzar. Cuando Lacan comienza a hablar del estadio del espejo retoma el concepto de imago, que viene ya de la época de Freud y de los post-freudianos, y le da una envergadura diferente).

Posteriormente, añadirá que es necesaria una mediación simbólica para que el sujeto pueda asumir dicha identificación. Pues lo que el sujeto encuentra allí es una Gestalt, una forma, la forma total del cuerpo, que introduce un sentimiento de unidad y de dominio en un tiempo en que el sujeto está aún bajo la dependencia del otro.

Esto corresponde a la implantación del narcisismo primario: el yo del sujeto encuentra aquí su origen. Yo constituido por la suma de esas identificaciones que el espejo permitirá efectuar. (Lacan, que había comenzado por el abordaje de las psicosis paranoica, haciendo hincapié en el vínculo entre la personalidad y lo social, encuentra en el estadio del espejo un modelo para dar cuenta de ello. Existe lo que denomina conocimiento paranoico, propio del Yo. El conocimiento paranoico lo dirigen los celos, de los que Lacan, en el escrito llamado *La familia*, hace la base del sentimiento social, situándolos en el complejo de intrusión, correlativo al estadio del espejo).

El estadio del espejo se resume en el interés lúdico que el niño testimonia por su imagen especular.

Reconoce su imagen, se interesa en ella, hecho que podemos admitir, un observable. Lacan a lo largo de su enseñanza acordó la mayor importancia a este estadio, salvo que al final de la misma, terminó considerando que lo esencial en él no era ni la idea de estadio ni la observación.

Quiso explicar este interés singular del niño y para ello recurrió a la teoría de Bolk, según la cual el lactante es, de hecho, desde el origen, en su nacimiento, un prematuro, fisiológicamente inacabado.

Por ello está en una situación de desamparo.

Existe de esta manera, una discordancia temporal: si el niño goza cuando se reconoce en forma especular es porque la completud de la forma se anticipa respecto a su propio logro; la imagen es la suya pero, al mismo tiempo, es la de un otro puesto que está en déficit respecto a ella.

Es debido a este intervalo que la imagen, de hecho, lo captura y que se identifica a ella. En la imagen hay una hiancia que en este momento se llama prematuración y que después lo va a llamar hiancia, agujero, vacío, falta.

Otro cuestión a despejar brevemente, es la relación del conocimiento paranoico ¿Qué quiere decir que la relación del sujeto con su objeto es paranoica?

Quiere decir que el objeto le interesa en la medida en que el otro está dispuesto a quitárselo. Este es un nivel de conocimiento donde se ubican claramente, los especialistas de la publicidad y que sirve de manera ejemplificadora: para crear demanda hay que dar a entender que el producto es raro, es decir, que los otros se los van a arrebatar.

Finalmente, y en relación con el estadio del espejo, llego a las primeras conclusiones:

• El término estadio del espejo no debe llamar al engaño.

No se trata de un estadio más, entre otros dilucidados ya por los psicólogos con niños y los psicoanalistas. Se trata, más bien, de una reinterpretación global del desarrollo del Yo humano a partir de ese caso particular que es el estadio del espejo, entendido como estasis del ser (como Lacan lo denomina en "Acerca de la causalidad psíquica"). Así, donde Freud y sus discípulos imaginaban una serie de estadios del desarrollo de la libido, que iban desde el autoerotismo y/o del narcisismo hasta el estadio genital, Lacan comprende de entrada la evolución de las relaciones entre el Yo y sus objetos a partir del estadio narcisista, descifrado a su vez a través de la experiencia del niño en el espejo.

• Falta todavía precisar que apenas se trata de un estadio, si con ello se entiende un momento o un período fechable de la evolución del Yo.

Si hay estadio, es aquél, a la vez inestable e instantáneo, de un ek-stasis que proyecta al Yo ante sí (se impone aquí el vocabulario heideggeriano, pues evidentemente a él alude Lacan cuando escribe, por ejemplo, que *el desarrollo del Yo es vivido como una dialéctica temporal que proyecta decisivamente en historia la formación del individuo: el estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno ser precipita de la insuficiencia a la anticipación –Escritos*, p. 90).

• Es indispensable la presencia de la madre en esta experiencia.

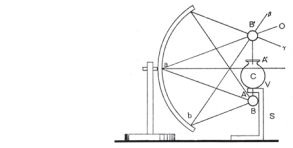
El niño se vuelve hacia la que lo lleva ante el espejo para leer en su mirada un signo de reconocimiento.

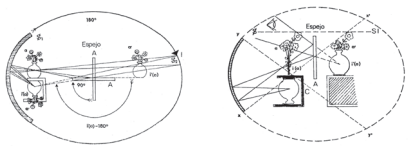
Esta madre es el lugar del que da un signo de reconocimiento, lugar del que procede el don, don del objeto que alimenta, don de la palabra, que recibe como prueba de amor. Por eso ese signo de reconocimiento, por la nominación que profiere y cuyo efecto es designar los lugares respectivos de los dos protagonistas, el espacio virtual situado detrás del espejo plano, si es imaginario, aparece como subordinado a lo simbólico y determinado por él.

Así se comprende mejor el montaje propuesto por Lacan. El ojo, para que la ilusión funcione, encuentra asignado su lugar en función del Otro, en función de un punto de referencia que se sitúa en el Otro (I mayúscula) punto que se encuentra en el espacio virtual del Otro dentro del cono que procederé a desarrollar en los llamados modelos ópticos.

• En resumen, lejos de tener diferentes tipos de relaciones libidinales con el objeto, el Yo es de entrada un objeto (una imagen). El desarrollo libidinal, por consiguiente, como lo dice Lacan, es un desarrollo dialéctico: la alienación inicial del Yo en la imagen especular inaugura la dialéctica de la identificación con el otro.

Vayamos ahora al modelo óptico.





Lacan propone un esquema óptico desde el primer año de su *Seminario I –Los escritos técnicos de Freud–*, inspirándose en Freud y en un físicomatemático, Bouasse.

La física distingue dos tipos de objetos y dos tipos de imágenes, que denomina reales y virtuales.

Bouasse utiliza un espejo esférico cóncavo. Una caja cerrada por todos sus lados, menos el que está frente al espejo, conteniendo unas flores invertidas. Sobre esta caja, cuyo interior es inaccesible a la vista del observador, hay un florero. Las flores que ocultan la caja se reflejan y dan una imagen real.

Para que esta imagen real pueda ser observada directamente se requieren varias condiciones. Es necesario, en primer lugar, que exista un soporte de acomodación.

Como el ojo puede considerarse el acoplamiento de una lentilla biconvexa (el cristalino) a una pantalla (la retina), ésta permite observar la ilusión óptica a condición de que el ojo se regule sobre un punto concreto, de modo que la pantalla pueda recoger esa imagen: el florero desempeña en el experimento el papel de soporte de acomodación.

Finalmente, la ilusión será más perfecta cuanto más alejado esté el espectador del dispositivo. Tomando las nociones de la óptica diremos que para ella las imágenes son de dos tipos: las imágenes reales son aquellas producidas, por ejemplo, por un espejo cóncavo, o sea, algo parecido a la superficie interna y bien pulida de una esfera hueca.

Se llaman *imágenes reales* porque para el sujeto percipiente estas imágenes se comportan como objetos, y no como imágenes, implican una ilusión óptica, es decir, el observador es engañado.

Las *imágenes virtuales* son las cotidianas imágenes producidas por un espejo plano y no implican ilusión óptica alguna, ya que para el sujeto observador estas imágenes se comportan como tales, o sea como imágenes.

Este primer esquema configura un estadio anterior al estadio del espejo. Señala, que para la observación pueda concretarse, es necesaria una determinada posición del sujeto, indispensable para que la ilusión se produzca y tenga lugar el estadio del espejo.

Ello da como resultado una primera partición para el sujeto entre el interior y el exterior, en relación con el narcisismo primario: el florero representaría el envoltorio del cuerpo y las flores los objetos del Yo.

Lacan modifica el experimento. Pueden encontrar estas modificaciones en la "Observación sobre el informe de Daniel Lagache" (*Escritos*, p. 654). Introduce en primer lugar una permutación entre el florero y las flores. Estas son visibles y se convierten en objetos reales. Es el florero el que queda disimulado en la caja y el que crea por reflexión la imagen real. Por otra parte, Lacan incorpora al dispositivo un espejo plano.

A partir de la introducción del espejo plano el continente aparece allí donde mira el sujeto, es decir, en el espacio virtual del espejo plano, como la imagen virtual de una imagen real o de un objeto real: las flores. Lo que muestra de entrada la ilusión es la heterogeneidad entre esos objetos y la imagen del cuerpo. Hay que señalar que el dispositivo consiste en ubicar en la caja, el florero, que representa lo real del cuerpo haciéndolo inaccesible directamente a la mirada.

Conviene recordar que para Lacan los objetos parciales son vividos por el niño como objetos que le pertenecen. Así, para el niño de pecho el corte pasa entre el cuerpo del Otro (la madre) y el seno. Este objeto no aparecerá en el espejo, pero en su lugar se situará el agujero que configura la boca.

En ese tiempo de inmadurez psicológica la imagen del cuerpo está precipitada. En efecto, contiene, engloba, totaliza en una unificación formal lo que hasta entonces estaba despedazado, desunido. Es también un precipitado en el sentido en que anticipa el desarrollo, de lo cual da cuenta en particular su efecto de captura sobre el sujeto, la fascinación, marcada por el júbilo –se trata de un goce– del niño ante el espejo. Con respecto a la palabra júbilo, por un lado, quiere decir alegría y ahí se referiría a ese goce.

Esas flores vienen a significar lo que no se puede tomar como unificado y de repente se ve como unificado. Hay trozos que pasan al campo visual pero no como algo unificado. Por un lado, hay un envoltorio que no observamos, vemos partes que son experimentadas como reales pero no sabemos nada sobre eso porque no tenemos ninguna imagen que nos hable de ello. No tenemos un simbólico que lo nombre. Es algo que no se sabe, que está ahí. El ojo que no ve nada de todo esto, no puede ver el florero porque está del mismo lado del espejo. Observa en el espejo, en esta imagen, las flores y el envoltorio de las flores. Las zonas erógenas tienen un envoltorio que es el Yo, el Yo es una imagen. El espejismo se forma acá y lo ve de esta manera. La visión que tendrá dependerá de dónde se coloque el ojo y el espejo. Este es el equívoco que aparecía en el primer paradigma: lo simbólico y lo imaginario están separados, pero sin este simbólico que determina cuál es la posición del espejo, no tenemos una clara visión. El Yo que vamos a ver en el espejo depende del simbólico que lo ordena. Inferimos que existe un dominio de lo simbólico sobre lo imaginario aunque aparentemente el registro imaginario funciona solo.

En el "Informe sobre Daniel Lagache" Lacan relaciona la posición del espejo y del ojo con el final del análisis.

Cuando el espejo cambia de lugar, se aplana, caen los ideales.

No es que lo imaginario se deshaga, que el final del análisis sea sin Yo y sin imágenes. Sino que, simplemente, uno puede darse cuenta del espejismo de las vestiduras yoicas y situarlas de otra manera.

Su funcionamiento será distinto.

Todos esos ideales van a ir declinando, y finalmente la operación final de esa caída será que lo soportado por el sujeto, sólo era un punto de perspectiva. Asimismo este argumento, es una de las teorías posibles de fin de análisis, propia de los años 60.

Más adelante en la enseñanza de Lacan, estos ideales recibirán el nombre de S1, significantes amos, que son los que pierden consistencia en el transcurrir de un tratamiento psicoanalítico.

Para obtener su imagen, el sujeto debe, pues, ajustarse respecto a un punto que pertenece al campo del Otro. Esto introduce una disyunción entre ver y mirar. En efecto, allí donde se ve el sujeto, es decir, donde se forja esa imagen real e invertida de su propio cuerpo que se da en el esquema, no es desde donde se mira. La mirada se dirige siempre a alguien o a algo: *uno es mirado por.*

Es esta transposición a la forma pasiva la que se opera en ciertos delirios en los que el sujeto se siente espiado. La mirada está siempre simbólicamente cualificada. De igual modo, desde antes de nacer, el sujeto es hablado y cierto número de significantes se constituyen más o menos ligados a un discurso referido a él. El sujeto antes de hablar, es sobre todo, hablado.

En el *Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, Lacan hace referencia a la pintura para poner de relieve la distinción entre ver y mirar: *"...en el campo escópico, la mirada está afuera, es decir, soy cuadro".*

Ahí está la función que se halla en lo más íntimo de la institución del sujeto en lo visible. Lo que me determina fundamentalmente en lo visible es la mirada que está afuera. En un cuadro hay siempre un lugar que falta, una ausencia que puede pensarse como corolario del punto ciego congénito a nuestra visión.

Hay una pregunta que surge de todo lo precedentemente expuesto y que vincula la producción anterior de Lacan en derredor del estadio del espejo con la teoría freudiana del narcisismo.

¿Cómo puede el Yo ser un objeto, más aún, el primer objeto (Freud) si es una imagen (Lacan)?

La disciplina que estudia la relación entre los objetos y las imágenes, la óptica, tiene una respuesta. En la clase del *Seminario I* que lleva por título "La tópica de lo imaginario" Lacan cita extensamente, en la página 122, a Freud, en La interpretación de los sueños, cuando el maestro vienés establece la localidad del aparato psíquico.

Freud intenta hacer esa comparación con un microscopio.

Dice: *Vamos ahora a prescindir por completo de la circunstancia de ser reconocido también anatómicamente el aparato anímico del que aquí se trata. Permaneceremos en el terreno psicológico y no pensaremos sino en obedecer a la invitación de representarnos el instrumento puesto al servicio de las pulsiones anímicas como un microscopio compuesto, un aparato fotográfico o algo semejante. La localidad psíquica corresponderá entonces a un lugar situado en el interior del aparato en el que surge uno de los lados de los grados preliminares de la imagen. En el microscopio y en el telescopio, son estos lugares, puntos ideales, esto es, puntos en los que no se haya situado ningún elemento concreto del aparato.*

Freud parte de un modelo óptico para dar cuenta de la espacialidad que le corresponde al aparato psíquico; Lacan lo realizará entonces, en forma equivalente y solidaria con tal desarrollo.

Lo simbólico

Lo simbólico es una noción muy elaborada, muy heterogénea; este concepto nuclea tanto la dialéctica como la cibernética.

Una vez apartado aquello que lleva el símbolo a la imagen, es decir el arquetipo jungiano, lo simbólico aún tiene dos vertientes, la de la palabra y la del lenguaje. Por un lado, la palabra auténtica es pacificante, la misma opera identificaciones saludables, que atemperan la guerra imaginaria; es mediadora; el síntoma es imputable a un defecto de simbolización; la cura es un proceso intersubjetivo durante el cual el sujeto restablece la continuidad de su historia, dando posteriormente significación a aquello que había quedado opaco de su experiencia.

Por otro lado, se trata del orden simbólico, conjunto diacrítico de elementos discretos, como tales privados de sentido, estructura articulada, combinatoria y autónoma; por definición, este orden no tiene origen, siempre ya está allí; su sin sentido es aquel mismo que el del inconciente.

El acento de Lacan se deportó, indiscutiblemente, de la primera vertiente hacia la segunda.

Pero su fuerte está en haber elaborado la dimensión común a ambas: al rectificar el paralelismo del significante y del significado postulado por Saussure, Lacan demuestra la acción de aquél sobre éste y que la significación se engendra del sin sentido: introduce el concepto de la "cadena significante", único en justificar la sobredeterminación, en el que ve con Freud la condición de toda formación del inconciente, como de la huella indeleble que transmite el automatismo de repetición; sobre todo, hace funcionar lo simbólico incluso como un término, cuya relación con el sujeto se distingue de la relación imaginaria del Yo y del otro, y es así como surge el Otro, mayúscula ("el gran Otro").

El Otro de Lacan no se dice en un sólo sentido: es el Otro del lenguaje, el Otro del discurso universal; también es el Otro de la verdad, el tercero de todo diálogo, referencia de los pactos y de las controversias, Otro de buena fe; es además el Otro de la palabra, receptor fundamental, dirección del discurso más allá del frente a frente.

En los términos de la teoría de la comunicación, es el lugar del "código", que también es aquél en el que se elabora el mensaje, lo que conduce a Lacan a adoptar la fórmula: "El emisor recibe su mensaje del receptor bajo una forma invertida."

Es, con eso, el Otro cuyo inconciente es el discurso, el Otro que "en el seno más asentido de mi propia identidad [...] me agita".

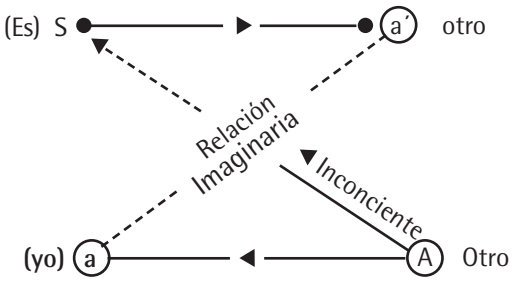
Es por último, el Otro del deseo como inconciente, opaco para el sujeto que es su siervo.

Este Otro no es tanto un concepto como una letra, A, propia a atraer y a suscitar significaciones múltiples; ésta interviene en la teoría en varios niveles, pero que se distinguen unos de otros por la dimensión de exterioridad y la función determinante

en la que se encuentran con respecto al sujeto; es fundamentalmente la "Otra escena", *anderes Schauspiel*, según la expresión, retomada de Fechner, con la cual Freud nombra el lugar donde funciona el inconciente.

Esta construcción supone que el inconciente no se resiste, sino repite; las resistencias se sitúan a nivel de la relación imaginaria, del Yo y del otro con minúscula; la misma se manifiesta esencialmente por su inercia, enturbia la relación con el Otro, única determinante para el sujeto; la operación analítica juega en lo simbólico; el psicoanalista está formado para anularse como Yo, con el fin de actuar (de interpretar) a partir del lugar del Otro.

De este modo llegamos al siguiente esquema (*Escritos*, p. 53):



Para aproximarme a una explicación del registro simbólico, abordaré algunos ítems que destacarán, someramente lo complejo de este recorrido:

1 Me parece imprescindible señalar el amplio estudio de esta dimensión que realizó Jacques-Alain Miller en el "Indice Razonado" de *Escritos*. Lo creo necesario para seguir la lógica de lo simbólico en la enseñanza de Lacan.

2 Otras y algunas de las cuestiones que hacen referencia a lo simbólico: cuando Lacan introduce esta dimensión, recuerda que toda la experiencia sucede en el campo de la palabra y del lenguaje y que es allí de donde extrae su eficacia.

Citaré a propósito de esto dos referencias, una de "Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis" (Informe de Roma –1953– *Escritos*):

El arte del analista debe consistir en suspender las certidumbres del sujeto hasta que se disipen los últimos espejismos. Y es en el discurso donde debe acompasar su resolución (p. 241 de la versión en castellano).

La otra es del *Seminario II El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica.*

Las clases a las que me refiero son del 8 de diciembre de 1954 y del 23 de marzo de 1955. Esta última es sobre la narración del escritor Edgar Allan Poe, *La carta robada*,

relato que para Lacan resulta indispensable a cualquier analista. Son clases que nos permiten rastrear el concepto de cadena significante.

En esas clases Lacan comienza refiriéndose a su interés por la teoría de las máquinas, interés, por otra parte, de Francia en esa época. Dice:

La palabra es ante todo ese objeto de intercambio por el cual nos reconocemos: si dan la contraseña no les romperán la cara, etc. La circulación de la palabra comienza así, y se infla hasta el punto de constituir el mundo del símbolo que permite cálculos algebraicos. La máquina es como la estructura suelta, sin la actividad del sujeto. El mundo de la máquina es el mundo simbólico (p. 77).

Estas dos clases abordan dos conceptos posibles a tener en cuenta:

- El concepto de intersubjetividad.
- El concepto de cadena significante.

No voy a desarrollar en este trabajo de tesis, el *esquema Lambda,* pero sí agregar algunas cuestiones para su mejor comprensión.

Para ello, creo necesario establecer la distinción acuñada por Saussure entre lenguaje y habla. Para Saussure, el lenguaje es una facultad y una función a la vez, del que la lengua no es más que una parte determinada. Ocupa el primer puesto entre los hechos del lenguaje y Saussure propone para dar cuenta de ello un esquema en el que se ve a dos individuos de perfil unidos por unos puntos que representan los flujos verbales entre ellos.

Así, pues, también hay intersubjetividad y comunicación. Lo que le falta a la lengua para producir el lenguaje es, según Saussure, el habla, es decir, una emisión física articulada, un acto individual.

Para Lacan, la distinción entre lenguaje y habla es la distinción entre lo universal y lo particular, una de las cuestiones más delicadas a que se enfrentó Freud. Hay lenguaje, que Lacan presenta como muro del lenguaje, que permite nombrar los objetos como tales, incluidos nuestros semejantes.

El orden simbólico es el del lenguaje y el inconciente está estructurado como un lenguaje, lo que determina la orientación del análisis y pone de relieve la primacía de lo Simbólico.

Si lo Imaginario le está subordinado, es por el hecho de la primacía del significante.

El hombre es antes que nada un ser de lenguaje.

La ley primordial de la prohibición, del incesto, la que devela el complejo de Edipo es idéntica a un orden del lenguaje. El Edipo, y por consiguiente, la función del padre, sostiene y es sostenido por ese orden simbólico.

Lacan parte del esquema de Saussure como medio posible para articular lo que Freud había sugerido a propósito de la teoría de las representaciones sin conocer los progresos de la lingüística estructural moderna.

Saussure propone para el signo el siguiente esquema:

s/S

Saussure considera este signo lingüístico una unidad en la que se asocia un significado –un concepto– a un significante –una imagen acústica–. El signo linguístico une no una cosa y un nombre, sino un concepto y una imagen acústica.

Lacan deshace esta unidad y descompleta su unificación en el signo suprimiendo la elipse, invierte la posición respectiva de significante y significado y reescribe la fórmula saussuriana:

S/s

La barra separadora afecta al sujeto y prueba de ello es que cuando habla, no sabe lo que dice. Signo y significante no están ya en el mismo registro.

Lacan definirá al signo como lo que representa algo para alguien, a diferencia del significante que ulteriormente definirá como lo que representa el sujeto para otro significante.

Saussure indica que en la lengua sólo hay diferencias. Es decir, que un significante sólo sirve mientras no es sustituido por otro. Lo que quiere decir que no se puede plantear un significante S_1 por sí mismo, sólo puede plantearse por su diferencia con otro S_2 e incluso, de modo más radical, por su diferencia con los otros. Este significante representará al sujeto. Para él, la articulación de un significante con otro significante en la cadena significante es la presencia misma del deseo. Un artículo que será de mucha utilidad al respecto es "*La instancia de la letra en el inconciente o la razón desde Freud*" (1957):

De donde puede decirse que es en la cadena del significante donde el sentido insiste, pero que ninguno de los elementos de la cadena consiste en la significación de la que es capaz en momento mismo. (*Escritos*, página 482).

Es decir, el enfoque de lo Simbólico es la manera original lacaniana de evocar la función del lenguaje en el Psicoanálisis.

La *talking cure* freudiana, fue entendida como una estética de la expresión del analizante en relación a la descarga, al alivio de comunicar sus aspectos traumáticos. Nada más alejado, entonces, en Lacan, quien ubica este ejercicio de la lengua en el dispositivo analítico, extrayendo como consecuencia, el logro imperfecto del lenguaje.

Finalmente algunas consideraciones complementarias acerca de lo simbólico.

La teoría de Lacan sobre lo simbólico del primer momento de su enseñanza difiere entre su planteo de 1953 ("Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis") y 1957 ("La instancia de la letra y la razón de su deseo en el inconciente").

En "Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis" Lacan presenta su definición clásica del inconciente estructurado como un lenguaje situando el concepto de la palabra.

Distingue la palabra plena (portadora del deseo) de la palabra vacía (vaciada de sentido).

El análisis apunta a la producción de esta palabra plena con el consecuente develamiento de la verdad del sujeto.

El deseo en cuestión es un deseo de reconocimiento propio de la dialéctica del amo y el esclavo. Es un deseo que puede ser dicho. La clave de lectura es el concepto de intersubjetividad que prevalece incluso en el dispositivo analítico. La palabra permite la comunicación entre un sujeto y otro hasta que advenga una palabra que incluya al deseo.

En "La instancia de la letra" Lacan abandona el concepto de palabra y el de intersubjetividad. En su lugar introduce la cadena significante. Esta modificación es solidaria de la reformulación del concepto de deseo.

El deseo no es ya de reconocimiento sino que el deseo es su metonimia.

Se ubica así entre los significantes, por lo que no puede existir ya una palabra portadora del deseo, sino que se sitúa en la hiancia entre los significantes. En este mismo lugar se sitúa el sujeto del inconciente en la medida en que se hace representar por su significante ante otro significante.

En el *Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis* ubica allí también al objeto a. Queda así en comunidad topológica el sujeto, el objeto *a* y el deseo. No hay ya dos sujetos sino un sujeto dividido que se desliza en la cadena significante.

En cuanto al ejemplo de las dos puertas (damas-caballeros), vemos que a esta altura se necesitan dos significantes para establecer una oposición en la diferencia sexual.

Cuando el falo pasa a ser el significante del deseo, funciona como tal para los dos sexos, como un único significante que se metaboliza en forma diferente de acuerdo al tratamiento correspondiente de la falta.

Esta primera teoría de lo simbólico se basa en la comunicación. En la última teoría de Lacan sobre lo simbólico, desarrollada en los años 70, no hay ya comunicación sino goce. No se trata ya de un querer decir sino un querer gozar.

Al hablar el sujeto no se comunica sino que goza.

Lo real

Lo real nombra en primer lugar el afuera de la experiencia analítica, pero, por una transformación que no tan topológica como dialéctica, lo real se descubre progresivamente en su centro.

No es la dimensión de lo que se desliza en el juego del significante ni de lo que se metamorfosea como la imagen, sino de lo que "vuelve siempre al mismo lugar" – constelaciones y traumas.

Mientas que el imaginario es en definitiva dócil a lo simbólico, lo real resiste, se tropieza: "Lo real, es lo imposible." No es un todo: sólo hay "trozos de real".

El objeto del Psicoanálisis es de este orden.

Su prototipo es el objeto llamado "pregenital" (seno, heces), objeto perdido, separado, cuya castración hace serie. Es aquello de lo que Lacan da cuenta al situar el objeto (*a*) en el lugar del resto, del desecho de la operación significante. Solución elegante, que permite detectar en la clínica dos objetos descuidados por Freud, la mirada y la voz, y corrige la idea según la cual el deseo apunta al objeto, mientras que éste lo causa (lo que vuelve sensible al fetichismo).

Lacan utiliza la topología del *cross-cap,* que une dos elementos heterogéneos, una banda de Moebius y una parte de esfera, para articular S y (*a*).

El conjunto de esta construcción está resumido por un esquema:

$$\frac{S_1}{S} \qquad \frac{S_2}{a}$$

al que Lacan llama "el discurso del amo" (del significante-amo, S_1) y del que obtiene, por rotación de los términos sin permutación, otros tres discursos fundamentales.

El discurso, fundamento del lazo social, se funda a sí mismo a partir del "no hay relación sexual". Es, podría decirse, lo que el inconciente grita a toda voz: si los dos sexos son, en el viviente, complementarios, nada lo garantiza en el Otro del significante, salvo la connotación fálica, aislada por Freud, que suple esa falta; de allí las "fórmulas de la sexuación" (1972), que distinguen los sexos por el modo en que el sujeto, como variable, se inscribe en la función (en el sentido lógico) del falo.

Se ha dejado de lado aquí, en lo que respecta a Lacan, tanto la clínica, o sea "lo real en tanto lo imposible de sostener", como la doctrina de la transferencia, que, en su último período, desaloja al analista del lugar del Otro para asimilarlo, en la cura, al objeto *a.*

Presentaré brevemente el concepto de lo real, simplemente para arrojar más claridad al tema. No intento, en este punto, desarrollar de manera exhaustiva este concepto, por otro lado tan complejo en el Psicoanálisis.

Existen diferentes momentos, épocas, para entender el tema de lo real en Lacan. Así

como los anteriores registros imaginario y simbólico, el concepto de lo real no es de una vez por todas.

El primer momento corresponde a la yuxtaposición entre real y realidad, de los años 50, en el que se incluye también el *Seminario V Las formaciones de lo inconciente*. El segundo momento concierne a lo real fuera de lo simbólico. Y, el último tiempo, es (en el *Seminario XX, Aún*) lo real como imposible.

En el primer tiempo, la superposición de real y realidad tiene que ver con la presentación de lo real como lo que está siempre ahí: es como las estrellas, (ejemplo que expresa el propio Lacan) es lo que se encuentra siempre en el mismo lugar. Es una explicación un tanto sencilla y de la misma manera explica la realidad, como lo que está ahí.

Este planteo encuentra dos lugares posibles.

Primero se sitúa en el pasaje de la necesidad al deseo cuando es atravesado por la demanda.

Si retomamos el grafo, en el vector inicial aparece un sujeto mítico de la necesidad, un sujeto real (no lo dice en esos términos en ese momento) que va a atravesar la demanda para abrirse camino hacia el deseo. Esta necesidad la hace equivaler, en ese momento, a lo real, lo real concebido como realidad.

En la realidad aparece la necesidad.

En lo real aparece la necesidad que va a atravesar lo simbólico para constituirse en demanda y de ahí acceder al deseo. Esa es una manera de tratar de aprehender el concepto de real, como ese sujeto que necesita algo. El segundo punto donde también encontramos un desarrollo en torno al tema de lo real es en el esquema R. En este esquema, Lacan sitúa lo imaginario y lo simbólico; y entre ambos registros se recorta un cuadrado que es el de la realidad: m minúscula, la relación del yo con la imagen; el M mayúscula, objeto primordial; y el I del ideal simbólico. El objeto primordial queda ya recortado por lo simbólico, aquí también sitúa a la madre.

Hay una pequeña nota al pie de página de 1966, momento de publicación de los *Escritos,* cuando habla de esta realidad, que indica que el corte da una banda de Moebius.

Si aproximamos la I con la i; y la m con la M, tenemos una torsión que da una banda de Moebius, figura topológica (que no tiene ni un adentro ni un afuera). A partir de un corte se sitúa este real, el ámbito de la realidad. Del corte también resulta –como lo indica Lacan en 1966– la banda de Moebius como sujeto y el resto que queda como objeto *a*.

También desarrolla la cuestión del campo de la realidad en el *Seminario V Las formaciones de lo inconciente* muy sencillamente.

En el momento en que utiliza el grafo para explicar la oposición entre principio de realidad y principio de placer dice:

¿Cómo obviar, tratándose de la realidad, que el significante entra efectivamente en juego en lo real humano como una realidad original?. Y continúa diciendo: La introducción del sujeto a una realidad cualquiera no es, de ningún modo, pensable a partir de la pura y simple experiencia de lo que sea, frustración, discordancia, choque, quemazón y todo lo que quieran. No hay un Umwelt que se deletree paso a paso, que sea explorado de una forma inmediata y titubeante. (Página 230).

La realidad no es una cosa chata, puramente experimental, sino que está recortada por lo simbólico y por lo imaginario. El esquema R quiere decir justamente esto: esta realidad no existe *per se*, y que simplemente tenemos que acceder a ella, sino que para acceder a ella tenemos que tomar el recurso de lo imaginario y de lo simbólico.

En esta época hay una prevalencia del registro de lo simbólico, que recae también sobre lo imaginario pero sin eliminarlo.

Lo imaginario existe pero hay una prevalencia de lo simbólico que ordena ese imaginario y también lo real.

Hasta el *Seminario XX Aún* lo real siempre va a estar subordinado a lo simbólico. El patrón de medida, incluso cuando introduce el tema de lo real, es lo simbólico. En este primer momento de captación de lo real aparece siempre recortado por lo simbólico y por lo imaginario. Cuando añade la idea de que es una banda de Moebius en 1966, indica que el sujeto barrado sostiene esa realidad a partir de la extracción del objeto.

En una segunda época, lo real no aparece ya para Lacan como equivalente a la realidad sino que se trata de lo real fuera de lo simbólico. Está dentro de lo simbólico o está afuera a partir de la idea de que es lo simbólico lo que domina la partida. Podemos establecer dentro de esta perspectiva:

a La introducción del objeto *das Ding*, la Cosa, que corresponde al *Seminario VII La ética del Psicoanálisis*, (año 1959-60). Aparece en escena lo real como algo que no puede ser simbolizado. Insiste la concepción de que las cosas tienen que apuntar a ser simbolizadas.

b Subversión del Sujeto, escrito de 1960, inmediatamente posterior a la terminación del seminario precedentemente citado. Aquí expresa claramente lo real de distintas maneras. Por un lado, indica la presencia de un sujeto real que no es ya el sujeto mítico de la necesidad, un sujeto real que se aprende en el cálculo de la conjetura. Lacan apunta a la necesidad de utilizar la moderna estrategia en juego, el cálculo de probabilidades, para poder aprehender ese sujeto real. El sujeto del inconciente no ya sólo simbólico, sino que también es real. Por otro lado, Lacan dice que el significante constituye un

agujero en lo real, o sea que no solamente los pasos de Viernes dejan huellas en la arena de la playa (ejemplo utilizado en el *Seminario V Las formaciones de lo inconciente* haciendo referencia a la novela de Daniel Defoe, Robinson Crusoe), sino que esas huellas existen porque hay un real que queda agujereado por lo simbólico.

c El pasaje del *das Ding* al objeto *a*. El *objeto a* es una manera de poder nombrar ese real que queda fuera de lo simbólico. Lacan acentúa cada vez más la consistencia lógica de ese objeto, y al hacerlo se produce cierto desvanecimiento de lo real dado que la consistencia lógica recurre a lo simbólico. Por el hecho de ser necesario recurrir a lo simbólico para aprehenderlo, en ese mismo movimiento se produce cierto desvanecimiento de la categoría de lo real.

A partir del *Seminario XX Aún*, cuando lo real se vuelve una categoría lógica, lo real toma cierto estatuto y se vuelve lo real como imposible.

Tenemos entonces que en un primer tiempo lo real es igual a la realidad. En el segundo tiempo, lo real es lo que está fuera de lo simbólico, pero en ese fuera de lo simbólico, al intentar ser aprehendido por lo simbólico se produce una especie de reducción de lo real, un desvanecimiento. En un tercer momento, lo real vuelve a tener existencia como categoría lógica: lo real como imposible (que involucra la lógica modal).

Llegado a este punto, Lacan establece la equivalencia entre lo simbólico, lo imaginario y lo real en el *Seminario RSI* en relación a un cuarto término que es el goce. Este real no es solamente algo fuera de lo simbólico sino que está más allá de lo simbólico.

He mencionado en todo este apretado desarrollo sobre lo real, el concepto de *das Ding.*

Argumento que paso a desarrollar.

El concepto de das Ding

En el *Seminario VII La etica del Psicoanálisis*, Lacan examina a partir del *Proyecto de Psicología* para neurólogos de Sigmund Freud (1895) el concepto de la Cosa (*das Ding*) en estrecha relación con las reflexiones filosóficas de Kant y Heidegger.

Heidegger ha tratado el problema de la Cosa en una conferencia así titulada –*das Ding*– en la Academia Bávara de Bellas Artes en 1951.

Se refiere a varios sentidos etimológicos de la Cosa y especialmente al sentido de lo que importa a los hombres o el asunto, el caso (como sabe sus cosas, es decir, es lo que interesa, lo que importa).

Se ocupa, asimismo, a la significación habitual de Cosa en la metafísica occidental como lo que en general de algún modo es, y también el objeto, y concluye que el primer sentido es más esclarecedor que el segundo. Pues toda Cosa es el presentarse de lo que se presenta en el modo de ser un algo determinado.

La Cosa opera en el modo de cosificar, y cosificar es trazar y afianzar el marco por el cual el mundo es mundo. Los hombres en cuanto mortales obtienen el mundo en cuanto mundo, habitándolo. Sólo lo que es eslabonado en el mundo (por medio de las cosas) llega ser, de una vez, Cosa.

La Cosa va a representar el pivote en torno al cual se orientarán los movimientos de pensamiento, ya sea que apunten o no a la satisfacción.

Desde el punto de vista teórico es un eje de alguna manera anterior a toda intervención tercera. Constituye ese inefable que ocasiona que un cuerpo sea viviente.

Según el *Proyecto de Psicología para neurólogos* de Sigmund Freud, la Cosa aparece como el Otro originario del deseo, el Otro absoluto del sujeto, o sea el Otro cuyo testimonio sería la lengua.

La Cosa es irremediablemente inaccesible porque la letra, en razón de esta pérdida, va a fundar al sujeto.

En 1929, Freud retoma cómo sigue este aspecto indecible de la Cosa: en el origen de la escritura está el lenguaje del ausente, la vivienda, un sustituto del seno materno, esa primera morada que siempre inspira nostalgia, en la que se estaba seguro y uno se sentía tan bien (referido en *El malestar en la cultura*).

Por lo tanto, la Cosa aparece para el discurso analítico como un objeto absoluto imposible de alcanzar.

Ella es quien testimonia al sujeto del inconciente que sólo existe una verdad que puede ser parcial. En todo lo expresado hasta ahora, en el intervalo que especifica la cadena significante existe una implicancia con el deseo del sujeto modulándose con un intervalo retroactivo de la demanda.

En tal sentido, la Cosa se manifiesta como fuera de significado, tal cual Lacan lo expone en el *Seminario VII La ética del Psicoanálisis.*

Lacan dice que la Cosa es lo real de lo que el significante padece. El encuentro con lo real se juega con esta Cosa imposible de decir y de cernir, que suscitaría la ilusión de una verdad que se muestra. Ahora bien, insiste Lacan, la verdad no se muestra, se demuestra en razón de la lógica del inconciente: es la *a-Cosa.*

Lacan articula la Cosa con el principio del placer: *das Ding* es lo que –en el punto inicial lógico y también cronológico en la organización del mundo en el psiquismo– se presenta y se aisla como el término extraño en torno al cual gira todo el movimiento de la *Vorstellung*, que Freud nos muestra gobernado por un principio regulador, el mencionado principio del placer, vinculado al funcionamiento del aparato neuronal.

Esta extranjeridad de la Cosa engendra la tendencia a reencontrar, pero –dice Lacan– ese objeto perdido nunca ha sido perdido aunque se trate de reencontrarlo.

Esta posición remite a lo impensable del origen, de la posición del significante y por lo tanto a la imposibilidad de decirse el goce. La Cosa funda la orientación del sujeto hacia el objeto y este objeto le da su ley invisible, pero, por otra parte, no es lo que fija sus trayectos. La idea de la Cosa duplica, por lo tanto, la división que experimenta el sujeto, cuyo único recurso frente a ese resto de goce imposible será la búsqueda del objeto a, objeto de la pulsión que se encuentra ligado a un objeto al cual la pulsión no está vinculada originariamente; si las pulsiones están destinadas a devenir pulsiones parciales, ello se debe al encuentro fallido con la Cosa.

En última instancia, la pulsión de muerte hará su obra como una tendencia a encontrar la Cosa a través de la repetición, siendo que a partir de la instauración del deseo no hay encuentro con ningún objeto absoluto. En síntesis, la Cosa recubre lo Real.

Lacan despliega el concepto de das *Ding* del *Proyecto de psicología para neurólogos* de Freud. El punto de partida es la experiencia primaria de satisfacción.

Allí Freud dice que ante la necesidad que experimenta el niño aparece un agente exterior que le brinda un objeto, y el niño obtiene así una satisfacción. Cuando vuelve a sentir esa necesidad, aparece como demanda del objeto del cual obtuvo satisfacción o de lo contrario lo alucina. Es la experiencia alucinatoria de satisfacción. En la experiencia primaria de satisfacción el agente exterior es un Otro prehistórico (concepto introducido en su correspondencia con Fliess).

¿Por qué prehistórico?

Porque hasta que no hay significante no hay historia; el significante permite que un sujeto tenga una historia, por eso el Otro prehistórico le da un objeto que constituye la experiencia primaria de satisfacción. Cuando el niño vuelve a buscar ese objeto, entre lo que busca y lo que encuentra hay una diferencia.

Ese primer objeto primario de satisfacción queda perdido porque nunca lo vuelve a encontrar de la misma manera. Ello es lo que funda la repetición, en la medida en que busca reencontrar ese objeto y el objeto aparece como perdido. Pero no es un objeto que se pierde efectivamente sino que está perdido por estructura: puede encontrar más que la diferencia entre aquello buscado y aquello alcanzado.

Ese objeto primario de satisfacción es lo que Freud llama *das Ding*, la Cosa.

Lacan recurre a Heiddegger, a la conferencia sobre la Cosa, para tomar la distinción que hace entre *das Ding* y *die Sache*.

El das Ding es el objeto primario de satisfacción, imposible de alcanzar porque está perdido por estructura.

Die Sache, son los objetos útiles que se encuentran en el mundo.

La *Sache* es la cosa, producto de la industria o de la acción humana en tanto que gobernada por el lenguaje. Son los objetos útiles que se encuentran en el mundo, recortados por lo simbólico.

Y ahí está la diferencia esencial, porque *die Sache* son objetos recortados por el lenguaje; en cambio, el *das Ding* es originalmente lo que llamamos el fuera de significado.

El *das Ding* es real, está fuera de lo simbólico, es el objeto éxtimo; es el objeto mas íntimo pero que aparece en el exterior y que nombra un vacío, dado que en definitiva no es ningún objeto. Es el precursor de lo que después serán los objetos *a*. Esto es diferente a *die Sache*, que son los objetos de la industria, los fabricados, los útiles producto de lo simbólico.

A partir de esta distinción entre *das Ding* como objeto primordial y *die Sache* como objeto de mundo; Lacan explora el *das Ding* desde distintos ángulos. Uno de ellos es relativo al arte. En relación al vacío retoma el apólogo desarrollado por Heiddegger y se pregunta: ¿qué está primero, el jarro o el vacío? (esto lo desarrolla también en el *Seminario X La angustia*). ¿El jarro crea el vacío o el vacío permite que se constituya el jarro? El vacío es primordial, y esto es lo que permite que se arme el jarro como una envoltura. A partir del vacío se construye el objeto, que no es *das Ding* sino que son objetos útiles de la industria.

CAPÍTULO DOS

Construcción del complejo HIV-SIDA

Para el Psicoanálisis, no existen las leyes universales, que permitan decir con certeza qué le sucederá a un sujeto puesto en tal o cual coyuntura. Un saber acumulado por la tradición psicoanalítica describe las estructuras clínicas y sus rasgos diferenciales, el desarrollo tipo de un análisis, la sexualidad infantil. También hay un saber singular, el del caso clínico, pero no precede la experiencia de la cura psicoanalítica. Por eso Freud aconsejaba al profesional que olvidara todo lo que sabía antes de escuchar un nuevo paciente. La relación del sujeto con la pulsión de muerte está en primer plano en el campo psicoanalítico de la sexualidad. Se trata, en cambio, de una dimensión radicalmente ignorada por la ciencia, porque está al margen de su campo. Ese desfasaje entre los dos discursos se aprehende cotidianamente en la práctica del psicoanalista, enfrentado a los efectos de discurso de la medicina considerada como una técnica científica.

Para la Medicina, cuya función es curar, la pulsión de muerte está al margen del discurso. Sin embargo, esa pulsión puede representar un obstáculo al deseo de sanar del sujeto, del que el Psicoanálisis nos enseña a dudar. Es posible, incluso, que la Medicina se erija en cómplice ciego de la pulsión de muerte que habita a un sujeto. Este desfasaje entre el discurso de la Ciencia y el del Psicoanálisis, que es de estructura, plantea cierta cantidad de problemas éticos al psicoanalista.

En efecto, lo que aparece en el campo de la sexualidad asediada por la pulsión de muerte es la importancia de las elecciones de goce de un sujeto, elecciones que el Psicoanálisis no siempre puede modificar. El sujeto mismo es real, "respuesta de lo real".

¿Podría formularse y sistematizarse, para el Psicoanálisis, un método específico de investigación?

El lugar de la investigación en Psicoanálisis puede pensarse respecto de la labor cotidiana que el psicoanalista realiza, con cada sujeto en análisis. Dado que en Psicoanálisis se trata de la singularidad del sujeto, entonces ¿qué tratamiento de un sujeto puede tener alguna utilidad para el tratamiento de otro(s) sujeto(s)?

La pregunta central de mi investigación acerca del no cruce entre seropositividad HIV y Psicoanálisis encontró una respuesta clara en el desarrollo del trabajo: hay pacientes

seropositivos en análisis. Lo que permitió avanzar luego en las particularidades de dichos tratamientos.

Los criterios de segmentación inicialmente planteados revelaron en el curso de la investigación una clara disparidad en cuanto a la eficacia del tratamiento psicoanalítico.

El de los pacientes infectados por vía sexual, notoriamente fue el grupo más accesible al tratamiento, mientras que el de los que los infectados por uso de drogas inyectables resultó ser el más refractario y menos beneficiado. El diagnóstico de tipo clínico psicoanálitico se distribuyó entre neurosis y perversión. Ningún caso de psicosis fue diagnosticado dentro de la muestra. Muestra que fue obtenida de las investigaciones realizadas en el Hospital Muñiz en el año 1987 y 1988 en el servicio de psicopatología coordinado por el Dr. Aldo Imbriano; en pacientes derivados del Centro de Estudios Infectológicos del Dr. Daniel Stamboulian (a partir del año 1990 a 1995); de analizantes que llegaron a mi propia clínica privada (desde esos años consignados hasta la actualidad).

En todos los casos considerados se hizo evidente que el paciente afectado que está actualmente en tratamiento analítico no lo está en tanto HIV positivo, sino en tanto sujeto del inconciente –es decir, sujeto no de una pandemia sino de una historia y de una familia particular, con síntomas cuyo sentido singular es buscado en el análisis– (Advertimos que no era ésta la modalidad, a principio de la pandemia).

En ninguno de los casos se cumplió el prejuicio de que un Psicoanálisis puede ser nocivo. Se verificó por el contrario, que la presencia del analista, aunque prescinde en lo posible de los efectos sugestivos, constituye un medio para sostener al sujeto en la dignidad de su palabra, lo cual conlleva una eficacia nítida desde los parámetros éticos del Psicoanálisis. Conviene destacar las diferencias notables que se presentaron en el caso por caso, que no permiten mayores generalizaciones.

Finalmente, a partir de esta introducción, comenzaré a ocuparme del tema del Sida como acontecimiento que ubicado a fines del siglo XX provocó mi interés.

El Sida es una enfermedad reciente, lleva dos décadas de estudios científicos. El alto número de víctimas que ha cobrado hasta la actualidad y las particularidades de su transmisión, hacen que nadie pueda sentirse ajeno a su problemática, en especial los profesionales de la salud.

El HIV se muestra como un mundo de contradicciones.

Si bien puede trastornar el sistema inmunológico humano, en sí mismo es bastante frágil. A diferencia del virus del resfriado, el cual subsiste en las manos, y en algunas ocasiones sobrevive durante días en las manijas de las puertas, el HIV se seca y se desestabiliza en horas, o incluso minutos, en presencia de aire fresco. Al contacto con alcohol frotado o agua clorada, rápidamente se vuelve inactivo. Una simple barra de jabón lo neutraliza al romper las cadenas químicas de sus lípidos o grasas. Por último, dada la baja incidencia documentada de casos de transmisión oral, los especialistas

concluyen que los mismos compuestos antivirales de la saliva y los ácidos estomacales que nos protegen de un grupo de gérmenes han resultado efectivos contra el HIV en concentraciones bajas. Sin embargo, una vez que una persona está infectada con el HIV, éste ataca precisamente a las células del sistema de defensa, conocidas como células T, que, se supone, serían las encargadas de combatirlo.

Ahora, una vez instalado en el cuerpo, el HIV se "instala" en la vida del sujeto de varias formas.

El Sida se instala en la vida sexual del hombre y en su relación con la muerte.

El Sida nos afecta a todos porque se presenta como un fantasma en el lazo social. El Sida estigmatiza la vida, incluso más allá de la actual terapia combinada (resultado de la ciencia que propone, por el momento, la cronificación de esta pandemia) y de las campañas de prevención que no alcanzan (las personas las conocen y sin embargo, no se cuidan). Las estadísticas que a continuación se consignan en este trabajo se encuentran actualizadas y resultan:

- 14.000 personas se infectan diariamente de Sida en todo el mundo.

- En América Latina y el Caribe, casi dos millones de personas viven con HIV. No más de 170.000 accedieron al tratamiento. Cien mil o más mueren todos los años. Pero en Estados Unidos, donde se estima que un millón de personas vive con HIV, sólo fallecieron 15.000. Dicho de otro modo: en la actualidad el número de personas que requieren tratamiento es equivalente a la población de Montevideo y los que lo reciben, al público que entra en un estadio de fútbol como podría ser el Monumental. Es decir queda claro, los recursos contra la infección no llegan a todos. En África aún el problema es mayor. Murieron 2.500.000 y sólo accedieron a la terapia antirretroviral 30.000.

- El lema de trabajo en el transcurso del año 2003 de ONUsida para todo el mundo fue *Vive y deja vivir.* No apuntó al virus del Sida sino a la estigmatización y discriminación de las personas que conviven con el virus. El estigma puede ser tan dañino como el propio virus. La soledad y el desamparo que genera son causa de profundo dolor para quienes padecen sus efectos.

El informe de Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas, el 1ro de diciembre de 2002, mencionó que hay personas a las que, por tener Sida, se les niegan derechos básicos como la alimentación o la vivienda o son despedidas de un empleo que están en perfectas condiciones de ejercer. A veces son rechazadas por su comunidad o, en los casos más trágicos, por su propia familia.

En la revista *Science* de ese mismo año, Robert Gallo y Luc Montagnier, codescubridores del virus HIV escribieron que el Sida es una tragedia humana y una amenaza a la seguridad mundial por la posible desestabilización política que puede causar. Para ellos, hombres de ciencia médica, el Sida debe detenerse pronto y claman la necesidad de políticas

de prevención, fundamentalmente para países devastados del continente africano y asiático, que implica una voluntad internacional sostenida.

¿Qué se puede hacer con estos países que la estadística incluye al Caribe como las zonas más afectadas y que el avance de la pandemia continúa en toda America Latina? Los dos científicos sugieren reducir los precios de las drogas de los tratamientos retrovirales, únicos tratamientos médicos existentes que se suman a los ensayos de las vacunas. Transferir tecnología del Norte al Sur, intercambiar información y deducir de las deudas de los países pobres la participación financiera en la prevención, tratamiento e investigación, como respuesta coordinada a este flagelo que definitivamente es un signo de lo nuevo en esta época que nos toca vivir.

a | El manejo de las estadísticas

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida ha dado lugar no tan sólo a una sino a tres epidemias mundiales relacionadas entre sí, a saber: la infección por el HIV; el Sida y otras manifestaciones clínicas de infección; la reacción y respuesta social, cultural, económica, religiosa y política a las dos primeras epidemias. La infección por el HIV probablemente empezó a propagarse a partir del año 1970. Los primeros casos de Sida y de otras manifestaciones clínicas de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida, fueron notificados en Estados Unidos de América en 1981.

Según un informe del Programa de Lucha contra el Sida de las Naciones Unidas, en todo el mundo ya hay más de 25 millones de adultos infectados con el virus. La estadística señala además, que el 90 por ciento de los infectados viven en países subdesarrollados. Más de cuatro millones y medio de los enfermos de Sida ya murieron y entre el 75 y 85 por ciento de los casos el contagio fue por mantener relaciones sexuales sin protección. En la Argentina, sexto país en América en número de casos de infectados acumulados, las cifras aumentaron setenta veces entre 1987 y 1993. Se estima que hay entre 80 y 130 mil portadores, de los cuales el 73 por ciento se concentra en la provincia de Buenos Aires. Para los próximos años se prevee en nuestro país, un aumento en la incidencia de la enfermedad. El mal crecerá sobre todo entre las mujeres adolescentes y jóvenes con parejas estables, de bajo nivel socioeconómico y escasa instrucción, y en los menores de catorce años.

Otro cuadro estadístico indica que por cada caso de Sida es posible que haya 25 á 100 personas infectadas por HIV; es probable que esta relación disminuya en los próximos años, por el desarrollo de nuevos antivirales combinados con inhibidores de la proteasa. El número de casos de portadores, así como de enfermos de Sida, es un dato que puede inducir a error en cuanto a la gravedad de la situación: la enfermedad se declara al cabo de unos años de haber adquirido la infección por HIV. El número actual de casos de Sida

refleja el nivel de infección por HIV existente hace tres, cuatro o cinco años, o aún más. La tercera epidemia –la reacción mundial frente al Sida y el HIV– no ha hecho más que alimentar el miedo y la ignorancia, produciendo efectos en los planos personal, familiar y social. Con frecuencia las personas infectadas por el HIV, incluidas las personas con Sida, se ven excluidas de la familia y la comunidad cuando más necesitan apoyo y cuidados.

Al privar a la comunidad de personas en sus años más productivos, el Sida amenaza gravemente el desarrollo social, económico y aún la estabilidad política. A medida que el número de casos vayan aumentando rápidamente en los próximos años, los efectos económicos, sociales, políticos y culturales serán espectaculares.

En el mundo en desarrollo, la carga adicional que el Sida hará pesar en los recursos para salud, que ya son muy limitados, será enorme, sobre todo en los países donde el presupuesto anual de salud por habitante es menor. Es posible que en algunas zonas el aumento de la mortalidad infantil debido a la infección por el HIV neutralice los progresos que se están haciendo en los programas de salud de los niños. Así pues, el Sida amenaza muchas de las mejoras previstas para el mundo en desarrollo en materia de salud.

Las tensiones sociales y económicas asociadas al HIV y al Sida constituyen un grave problema político y cultural. En muchos países y comunidades persiste la tendencia a estigmatizar a determinados grupos, razas y nacionalidades. El HIV y el Sida pueden amenazar los valores fundamentales de la sociedad, y todo intento de hacerles frente representa un reto formidable.

b | Sida. Su historia

La bibliografía asociada a los momentos históricos de la epidemia del virus HIV y la aparición de la enfermedad Sida en el mundo es abundante. Me he circunscripto, sin embargo, a los aportes de Mirko D. Grmek, Profesor de Historia de la Medicina y de Ciencias Biológicas en la *Ecole Practique des Hautes Etudes* (París, Francia). Decidí seguir paso a paso el recorrido preciso y claro propuesto por el autor, actualizando los conceptos allí vertidos modificados por últimas investigaciones. Observé, para este fin, tener en cuenta los aportes científicos comprobados rigurosamente desde el campo de la experimentación actual.

La aparición y los estragos del Sida sorprendieron y aterraron tanto a los sabios como al común de los mortales; todos creían que la biotecnología moderna los había puesto a salvo de las catástrofes de este tipo. Sin embargo, la investigación histórica demuestra que es justamente a los progresos de la tecnología actual que se debe , por un efecto perverso, el estallido de la pandemia de Sida. Paradojalmente, el Sida está

ligado a la vez al progreso tecnológico y a la miseria. *En los últimos años la epidemia se ha extendido sin desmentir las previsiones concernientes a los países ricos y más rápido de lo previsto en los países en vías de desarrollo. Actualmente, según los datos estadísticos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, noventa de las personas infectadas viven en el tercer mundo: la propagación es explosiva en África. En forma gradual e irresistible va alcanzando a todos los estados.*

Luego de los llamados "años decisivos" (1983-1986), los descubrimientos importantes se hacen raros y aislados hasta fines de 1994, cuando se desarrollan los estudios moleculares del virus. ¿El retrovirus responsable del Sida puede actuar solo, como los gérmenes de la tuberculosis y la sífilis, o tiene cómplices forzosos?. Luc Montagnier comprobó que el virus del Sida no mata in vitro más que a los linfocitos de los linajes permanentes infectados por micoplasmas. Esas observaciones in vitro sugirieron la posibilidad que un micoplasma in vivo sea cómplice del HIV en la patogenia del Sida. *Contrariamente a lo que ocurre en el campo de la investigación virológica, los progresos en la clínica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana son lentos y difíciles. Las reacciones del organismo huésped y los mecanismos de la patogenia siguen siendo más enigmáticos que las propiedades del virus mismo.*

Una vez alojado en el huésped, el virus de Sida no deja de reproducirse. La terminología "fase de latencia" es incorrecta. Se trata, no de un período de adormecimiento del HIV, sino de una fase crónica del mismo: el virus se reproduce sin cesar pero, aún así, el organismo lo combate. Esta nueva concepción justificaría el uso precoz de antivirales asociados. Se ignoran los factores desencadenantes y los procesos intrínsecos que hacen pasar de la etapa de infección crónica al Sida en sentido estricto. A medida que pasa el tiempo, se comprueba que diez años después de los primeros casos conocidos de infección (alrededor de un cuarto de seropositivos) no presentan síntomas de inmunodeficiencia grave.

Hoy no se habla de sobrevida sino de cronicidad. Cada vez se combaten mejor las infecciones oportunistas y la gama de antivirales se ampliaron más allá del mítico AZT. Los fracasos en que terminaron los intentos de obtener por métodos "clásicos" una vacuna protectora contra la infección del Sida no desalientan a los investigadores. Ahora se comprenden, al menos en parte, las razones de esos fracasos, y las investigaciones continúan con procedimientos cada vez más complejos. Lamentablemente de aquí al final del siglo y aún cuando se invente un remedio poderoso y un buen procedimiento profiláctico, la pandemia de Sida continuará causando problemas inmensos.

En todo caso, como los modos de transmisión de ese virus son relativamente limitados, a cierto nivel se detendrá para convertirse en endemia, sin poner en peligro la existencia misma de la especie humana. En el plano social, el Sida ha trastornado las costumbres más que ninguna otra enfermedad de los tiempos modernos. En un pasado lejano, sólo la peste y la sífilis tuvieron consecuencias de tal envergadura. Con frecuencia transformado en asunto político, el Sida atrae la atención de quienes gobiernan, sirviendo de pretexto

a ciertas maniobras electoralistas encontrando un lugar de privilegio en de diversas conferencias internacionales. Hasta los jueces dan testimonio de la emoción que se siente hoy frente a la "especificidad cruel" del Sida: en los considerandos de una sentencia, justificando la importancia de la indemnización concedida a una persona contaminada por transfusión, el Tribunal de Apelaciones de París subrayó, en julio de 1989, que los efectos sociales y psicológicos del Sida afectan profundamente la conciencia colectiva.

Esta, según la sentencia, se enfrenta a un fenómeno que suscita reacciones irracionales, a tal punto que los enfermos son marginados o excluidos de la vida social e incluso familiar". Los acontecimientos de los últimos años muestran hasta que punto la pandemia de Sida ha sido reveladora de intolerancias sociales. Sin embargo, si esa enfermedad, como la lepra en la antigüedad, provocó un síndrome de rechazo social, también representa para el hombre del siglo XXI una escuela de respeto por el otro y una prueba de madurez social, en referencia a las diversidades planteadas.

Presentar en el contexto de un plan de tesis, es decir, de una investigación, la historia del Sida, implica ayudar a comprender el presente, pero no debe servirse de ella para hacer predicción alguna. William Beveridge, historiador, publicó en 1977, cuando el Sida ya se incubaba en las ciudades norteamericanas, una obra titulada *Influenza, the last great plague.* Se equivocaba aún cuando en parte tenía razón: la gripe es, en efecto, la última de las pestilencias de tipo clásico, y de un virus difícil de erradicar por su capacidad de mutación. El Sida, epidemia imprevista e imprevisible en el marco gnosológico antiguo, es la primera de las pestilencias posmodernas, que como menciona André Glucksmann, le ha asestado un duro golpe a la humanidad. Indudablemente una nueva herida. un golpe absoluto al Ideal de salud eterna al que nos habíamos empezado a acostumbrar.

Con todo lo que hoy se conoce del HIV-Sida ¿Podemos cuestionar si estamos ante una nueva enfermedad? Planteada así, sin matices, esta pregunta provoca respuestas equívocas y contradictorias. Sí, el Sida es una enfermedad nueva en la medida en que hasta los años setenta no era ni siquiera concebible.

Una enfermedad se definía por síntomas o bien por lesiones de las estructuras anatómicas, pero ni unos ni otros caracterizan al Sida, enfermedad sin síntomas clínicos propios, marcada por lesiones subcelulares invisibles y provocada por un virus indetectable hasta en los medios analíticos de laboratorios más recientes (refiriéndonos antes de aislarse en 1981). Sí, el Sida es una enfermedad nueva en su dimensión pandémica actual. Y al mismo tiempo no; el Sida no es una enfermedad realmente nueva en la medida en que su virus existe desde hace mucho tiempo y, oculto detrás de otras enfermedades infecciosas, provocó estados patológicos esporádicos o incluso colectivos pero muy limitados en el tiempo y en el espacio (Se conocería un caso de Sida, con Sarcoma de Kaposi, en un adolescente de 15 años... en 1951, tal como lo relata y lo comprueba el profesor *Gmerk* en el libro citado, a través de estudios que él refiere y dice haber comprobado personalmente. Sin embargo, faltan evidencias científicas para determinar que este caso pertenezca a la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida).

El Sida desarregla en primer término las defensas inmunológicas del organismo, desorganiza su control interno. Después de rebote, perturba las relaciones sexuales envenenando las relaciones sociales de manera inédita, más sutil y más insidiosa que la lepra medieval, la sífilis renacentista o la tuberculosis de comienzos de la era de las máquinas. En un libro titulado *La enfermedad y sus metáforas* Susan Sontag (novelista y ensayista norteamericana) muestra cómo la sensibilidad de cada época histórica privilegia una enfermedad. No se trata necesariamente de la enfermedad más común ni de la primera causa de muerte. En los momentos en que Sontag escribía, el cáncer había reemplazado a la tuberculosis: en pleno siglo XX, fascinaba la imaginación y se convertía en un tabú terrible. Pero faltaban algunos ingredientes para llegar a ser la metáfora ideal de la sociedad que desde la segunda mitad de los años sesenta nacía en medio de graves convulsiones sociales. Existe, de esta manera, la *enfermedad metáfora* que, por sus asociaciones con el sexo, la muerte, la sangre, las drogas, las computadoras (recuerden sus "virus") y la sofisticación de su evolución y de su estrategia, expresan las marcas de nuestra época. Podríamos pensar que una enfermedad siempre es metáfora, pero en realidad verificamos como ésta se adecua a los tiempos que corren, puesto que la metáfora se construye con los entrecruzamientos espacio y tiempo.

c | *Las primeras advertencias*

El siguiente punto es el seguimiento que realiza Grmek sobre la publicación de R. Shilts *And the band played on, Politics people and the aids epidemic*. En nuestro medio, el libro tuvo escasa aceptación, sin embargo metamorfoseado en el film Y *la banda sigue tocando* logró mayor difusión (film dirigido por Roger Spottiswoode/1993). La transcripción de *Grmerk* en *La historia del Sida* parece una transcripción del guión de cine. De todas maneras se ajusta a los hechos de la realidad.

Desde fines de 1979, el doctor Joel Weisman, médico de Los Angeles y trabajador en el *Central of Diseases Control*, había observado en hombres muy jóvenes, la mayoría pertenecientes a la comunidad homosexual, el aumento de casos de mononucleosis, con accesos febriles, adelgazamiento y adenopatías. Inicialmente, el diagnóstico de inclusiones citomegálicas encajaba bien con el cuadro clínico. Desde 1956 se sabía que esa enfermedad era provocada por el citomegalovirus, del grupo herpes, muy común, que puede causar lesiones celulares mortales en el recién nacido sin defensa inmunológicas, aunque no presentan peligro alguno para los adultos.

Las pruebas serológicas mostraban que la mayor parte de los homosexuales norteamericanos estaban infectados. Se atribuía a ese virus un síndrome mononucleico febril. No había tratamiento eficaz, pero en general los enfermos sanaban espontáneamente. Semejante cuadro clínico, que incluía diarrea y candidiasis oral y anal, apuntaba evidentemente, a una falla del sistema inmunocompetente.

Dos de aquellos pacientes empeoraban rápidamente. Uno perdía peso y empezó a tener dificultades respiratorias. Fue hospitalizado en febrero de 1981 en el Servicio de Inmunología Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en Los Ángeles, donde el médico residente lo relacionó con otro caso similar que se había presentado en el mismo servicio a fines de 1980. Presentaban iguales síntomas y coincidían que su estilo de vida sexual era homosexual. En mayo de 1981, el número de pacientes similares hospitalizados en Los Ángeles y estudiados con precisión científica pasó a cinco, y se dio una señal de alarma, sobria y sobre todo discreta. El primer anuncio oficial fue publicado el 5 de junio de 1981 por el *Central of Diseases Control* de Atlanta, Georgia. Se dio la descripción de cinco casos graves de neumonía observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de Los Ángeles. Dos hechos insólitos justificaban esa advertencia: todos los enfermos eran hombres jóvenes (entre 29 y 35 años), homosexuales y sus neumonías se atribuían al *Pneumocystiis carinii.* Este es prácticamente ubicuo. Vive como parásito en numerosos animales. se encuentra con frecuencia en el cuerpo humano, pero no provoca perturbaciones serias a menos que se vea favorecido por una deficiencia inmunológica, ya sea en niños de pecho o en adultos sometidos a tratamientos inmunodepresores. Los cinco pacientes sufrían además de candidiasis, afección benigna de las mucosas debida a un hongo. Los cinco en sus vidas cotidianas, habían inhalado *poppers* (nitrito de amilo); uno de ellos utilizaba drogas intravenosas. En tres de los pacientes el número de los linfocitos T había disminuido notablemente; en los otros dos no se estudió el estado de los linfocitos.

A pesar de tratamientos implementados no había mejora alguna. El primero murió en marzo de 1981. Para el 28 de agosto de 1981 se anunciaban 108 enfermos: se trataba siempre de hombres jóvenes, en su gran mayoría homosexuales o bisexuales (94%), con muy pocos negros y una sola mujer. El porcentaje de la mortalidad era terrible: el 40% de los afectados ya había muerto en el momento de publicarse ese tercer informe, y los otros parecían implacablemente dirigirse hacia igual destino.

En noviembre de 1981, los casos oficialmente registrados por los servicios sanitarios de Estados Unidos eran de 159. La enfermedad aún no tenía nombre científico. Se hablaba peyorativamente de la "neumonía gay", o del "cáncer gay" o de la "peste gay" o de "peste rosa" (esta última denominación en idioma castellano y aplicado en la comunidad hispánica). Se empieza a usar un acrónimo o sigla de apariencia más científica, pero igualmente discriminatoria y prejuiciosa: GRID (Gay Related Immune Deficiency). Los corresponsales de *The Lancet* propusieron llamarlo *Gay compromise syndrome.* La limitación de la enfermedad a la comunidad homosexual sugería que su causa era probablemente un agente infeccioso transmitido. A fines de 1981, advierten que los casos estadísticos conocidos representaban apenas la punta de un iceberg: así el Sida entraba en escena histórica en junio de 1981. En 1982, un año después, la enfermedad tendrá su nombre propio y se obtendrán pruebas indiscutibles de su causa viral, reconociéndose además, la existencia de su localización llamadas "cabezas de puente" en todos los continentes.

d | Primeras hipótesis sobre la causa

Al principio, se favorecía la hipótesis que hacía del citomegalovirus el agente causal de la enfermedad. Esa explicación era insuficiente en la medida en que todos los homosexuales estaban infectados por ese virus, pero sólo algunos caían seriamente enfermos. Debía existir un cofactor que, en la situación epidemiológica concreta, sería la verdadera "causa". Ese cofactor se encontró inicialmente en una sustancia química que producía efectos de inmunodepresión. Pero esta hipótesis no resistió mucho tiempo. Un factor de riesgo (terminología hoy perimida que la Organización Mundial de la Salud no considera porque "en riesgo" estamos todos) que se enmarcaba entonces, fue la promiscuidad sexual que parecía la única posibilidad más viable, y la explicación conveniente de algunas organizaciones que discriminan a algunos sectores societarios. Sin embargo, la hipótesis de la enfermedad relacionada con la homosexualidad se desmorona al diagnosticarse en una mujer y en algunos hombres heterosexuales, lo que sin embargo, favorecía la tesis de su origen infeccioso. Las observaciones referentes a estos pacientes "atípicos" sugerían que la sangre tenía algún papel en el contagio.

Pero aún aceptando la tesis de un virus específico, la vía de infección en los homosexuales debía ser un contacto íntimo, probablemente el coito anal. La transmisión podía ser más o menos del mismo tipo que la del virus de la hepatitis B. En el centro de la teoría que alguien había comenzado con la difusión de la infección, aparece Gaetan Dumas, quien fue nombrado como el "paciente sero" (un juego semántico homofónico entre el número cero y la condición de seropositivo).

Este hombre, comisario de a bordo de *Air Canada*, homosexual activo y pasivo, habría infectado, ya sea directamente o por intermedio de otros, a por lo menos 40 de los 248 enfermos norteamericanos diagnosticados hasta abril de 1982. Aparecía como compañero sexual de 9 de los 19 primeros casos de Los Ángeles, de 22 enfermos de Nueva York y de 9 enfermos de otras ciudades. Como empleado de una línea aérea con licencia, Dugas podía viajar en avión gratis sembrando el virus de esta manera, en la ciudades que el visitara. El caso Dugas puede ser un ejemplo, pero simultáneamente, es una caricatura mítica. Varios investigadores citan al caso como paradagmático, encubriendo de esta forma, los prejuicios de los propios científicos o la utilización de un "chivo expiatorio" norteamericano, tan conveniente para determinadas mentalidades. Afectado en junio de 1980 por el Sarcoma de Kaposi, identificado en noviembre de 1982 como portador de la desgracia y advertido del riesgo a que exponía a sus compañeros sexuales Dugas se negó a modificar su forma de vivir. Hasta su muerte, producida el 30 de marzo de 1984, a los 32 años, tuvo relaciones sexuales sin ninguna medida de protección.

A veces advertía a sus compañeros, pero después del acto sexual. Había tomado la costumbre de decirles: *Tengo el cáncer gay y voy a morir; es posible que tú mueras también.*

Dominado por una especie de odio y un deseo de venganza, en una entrevista médica declaró: *Yo lo tengo; ellos pueden tenerlo también, después de todo, me contagiaron.*

Atravesados por el humor negro, los epidemiógos norteamericanos llamaron a los grupos particularmente expuestos al Sida *el club de las cuatro H*: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos. Para no inquietar al público no se incluía en ese "club de los malditos" a dos grupos perfectamente "inocentes": los receptores de transfusiones y los recién nacidos infectados durante su vida intrauterina. Igual que antaño con la sífilis, las primeras denominaciones de la enfermedad recién conceptualizada no permanecieron en el tiempo. Eran demasiado restrictivas: "mal de Nápoles" o *morbus Gallicus*. Neumonía Gay, Cáncer Gay, GRID. Esos nombres tienen interés para el historiador en la medida en que revelan a la vez errores médicos y prejuicios nacionalistas o morales.

La sigla oficial para denominar a la enfermedad se denominó AIDS (*Acquired Inmune Deficiency Syndrome*). El uso oficial de esa sigla se inició en el verano de 1982 y se extendió rápidamente gracias a los informes del Centro de Control de Enfermedades (CDC). En Francia y en los países de lengua española, se creó una sigla análoga: SIDA, anagrama de AIDS, que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Equivocada adopción terminológica, porque hoy conocemos la causa de la enfermedad, el virus HIV. Por lo que encontramos mal su denominación como síndrome. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud aceptó nombrar a la enfermedad Sida y de esta forma su escritura (S mayúscula. Todas las letras posteriores en minúscula y sin puntuación entre sí. También se admite su escritura toda en minúscula), además tal organismo eliminó el uso de la palabra "sidótico" por considerarla totalmente discriminatoria y peyorativa.

La gran mayoría de las personas confunde en un concepto general muy vago las lesiones, los síntomas, los síndromes, los estados de enfermedad y las enfermedades. Tales confusiones aparecen a veces incluso en el lenguaje de los médicos. Esa es la fuente de ciertas dificultades que se encuentran en el análisis de las descripciones de los casos clínicos anteriores a 1980 que pueden haber sido casos de Sida. Es preciso saber, por ejemplo, que un absceso pulmonar es una lesión, la tos es un síntoma, la neumonía crónica es un síndrome y la tuberculosis una enfermedad. Esos términos no están en el mismo nivel de abstracción lógica y es lamentable que en gran cantidad de descripciones clínicas con demasiada frecuencia se coloquen en el mismo plano realidades patológicas muy diferentes.

La errónea conceptualización del Sida en los comienzos de las investigaciones clínicas es responsable de una lamentable confusión que persiste en la terminología actual: el Sida es por un lado un estado de enfermedad, es decir la actualización de un cuadro clínico que incluye trastornos graves, y por otro una enfermedad en el sentido más general del término (estado patológico resultante de la infección por el HIV).

e | Sobre el virus HIV

En 1983, el grupo de Luc Montagnier del Instituto Pasteur aisló el virus.

En 1984, Robert Gallo y su equipo demostraron la relación etiológica del virus con el Sida.

En 1985-1986, los mismos grupos demostraron la existencia de otros virus relacionados con el HIV, si bien no idénticos a él: el HIV2 y el HTLV-IV en seres humanos y el STLV-III en monos macacos.

Su complicada estructura y la existencia de especies estrechamente relacionadas, permiten suponer que pertenece a una antigua familia de virus. El HIV, probablemente, exista desde hace mucho tiempo.

Una hipótesis actual postula que el STLV-III de los macacos fue transmitido a los seres humanos y en ellos habría mutado hasta producir la patología.

Todavía hay algunos sabios competentes que no admiten que el retrovirus HIV sea la "causa" del Sida. Así Peter Duesberg, profesor de biología molecular de Berkeley, se alza contra la opinión corriente y no ve en ese retrovirus otra cosa que un virus oportunista no patógeno o poco patógeno. Frecuente en las condiciones que favorecen al verdadero causante, según este científico, el HIV no sería un buen indicador de la exposición al riesgo. Duesberg dijo estar dispuesto a inyectarse una preparación del virus, a condición de que haya sido realmente purificado más allá de cualquier sospecha de impureza. Por el momento nunca hizo más que decirlo y se contentó con un enfoque teórico.

Los argumentos críticos que Duesberg dirigió a la tesis oficial no carecen de valor en la medida en que denuncian zonas de sombra y muestran que hubo problemas importantes que no tuvieron una solución satisfactoria. Otros, en cambio, afirmaban que el HIV es la causa del Sida igual que el *bacilo de Koch* es la causa de la tuberculosis o la *espiroqueta pálida de Schaudinn* es la causa de la sífilis. Su presencia en el organismo es necesaria pero no suficiente para desencadenar la enfermedad. La acción patógena del virus se realiza sólo en ciertas condiciones particulares, determinadas tanto por la constitución innata del organismo huésped como por el medio. Eso es evidente, pero con todo cabe preguntarse si el paralelismo entre el HIV y los gérmenes de la tuberculosis y la sífilis es realmente perfecto. El retrovirus responsable del Sida ¿puede actuar solo o tiene cómplices obligatorios? ¿Cómo saber si alguien esta infectado por el virus del Sida?

Después de la identificación y el aislamiento del retrovirus HIV, los equipos de Montagnier y Gallo fabricaron test específicos de acuerdo con métodos ya bien codificados antes del inicio de sus trabajos. Esos test detectan la presencia en el suero examinado de anticuerpos específicos que el cuerpo humano produce cuando su sistema de defensa inmunológico humoral entra en contacto con una sustancia orgánica extraña,

especialmente un agente bacteriano o viral. Los anticuerpos son los correspondientes bioquímicos de los antígenos virales, es decir, una especie de "estructura en negativo" de las proteínas que constituyen la cubierta y la cápsula interna del virus. El test más simple y rápido es el llamado ELISA (*Enzyme-Linked-Immuno-Sorbent-Assay*), que consiste en mostrar por una reacción coloreada la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del HIV. Se trata de la adaptación a la detección específica de los anticuerpos anti-HIV de un procedimiento general de inmunodiagnóstico inventado en 1971 por los investigadores suecos Engwall y Perlman. Con el perfeccionamiento de los test serológicos entró en la historia del Sida un concepto nuevo: la seropositividad. Ese concepto trastornó los datos epidemiológicos, introdujo en el plano teórico dificultades semánticas y creó en el plano práctico enormes problemas psicológicos y éticos.

Ahora la noción vaga y segregatoria de "grupo de riesgo", utilizada a falta de cosa mejor para designar a los individuos pertenecientes a una población estadísticamente más expuesta a la infección que el resto de la población, es reemplazada por un concepto cuya definición es en principio clara y sin ambigüedades: alguien es seropositivo cuando el resultado de los test serológicos de identificación es positivo.

Desde 1984 empezaron a llevarse a cabo estudios de seroprevalencia (número de seropositivos en una población determinada) primero entre grupos restringidos en Francia y Estados Unidos, para luego realizarlos en todo el mundo. Otro hecho de vital importancia (también desde 1984), los seropositivos son infecciosos. Se trata, según se dice, de "portadores sanos". El concepto de "portador sano" forma parte del bagaje explicativo de la epidemiología clásica, pero su uso respecto a la infección por el virus HIV no deja de presentar ciertas dificultades. El portador sano de una de las enfermedades epidémicas antiguas, por ejemplo la fiebre tifoidea, es una persona que pone en peligro a los demás pero no corre el riesgo de ser víctima ella misma del germen que hospeda.

No es ése el caso de los seropositivos infectados por el HIV. Es una curiosa paradoja. Aún cuando la seropositividad indica la presencia de una cantidad importante de anticuerpos específicos en la sangre (y no directamente la presencia del virus en el organismo), no es un buen augurio. En las otras enfermedades, ese tipo de seropositividad es de alguna manera la medida del grado de protección inmunológica. A menudo persiste como un recuerdo químico aún después de la eliminación completa del virus y preserva a su portador de infecciones futuras.

Nada semejante ocurre en el caso del Sida. La paradoja surge del hecho que, por un lado, la tasa de anticuerpos refleja la importancia de la invasión viral, y por otro los mecanismos habituales de defensa inmunológica tienen escasos efectos sobre el virus HIV. Si bien los anticuerpos anti-HIV neutralizan el virus *in vitro*, en el organismo vivo su eficacia es muy limitada. Es por esa razón por lo que no es posible vacunar contra el Sida, al menos por los métodos considerados clásicos, que actúan precisamente aumentando en forma artificial la tasa de anticuerpos. Parecería incluso que, por un efecto perverso,

los anticuerpos anti-HIV favorecen la propagación del virus en el organismo y en particular su entrada en los macrófagos.

Por lo tanto, en la historia de la enfermedad, aparecen dos términos que produjeron un viraje en el campo científico-individual-social.

La seropositividad y la noción de portador sano. Nociones que provocan el miedo en algunos, la parálisis en otros y en la mayoría de los casos, condenan al ostracismo a la persona infectada. En los últimos años, las observaciones clínicas, los datos epidemiológicos y las experiencias de laboratorio confirman que el virus HIV es relativamente poco contagioso y que las modalidades de su transmisión son muy limitadas. *No se transmite más que por tres vías: contacto sexual; introducción parenteral de la sangre y sus productos y pasaje de la madre al feto o al niño de pecho. Esta última denominada "transmisión vertical".*

La modalidad más común es sin duda la infección durante las relaciones sexuales. En el semen y en las secreciones sexuales de las personas infectadas, el virus está presente en pequeñas cantidades en estado libre y en cantidades bastante más considerables en asociación estrecha con células infectadas. La enfermedad puede transmitirse por viriones libres, pero aparentemente se realiza más por células contaminadas vivas. Históricamente, la transmisión entre homosexuales masculinos se reconoció en primer término; fue fácil demostrar y comprender el papel de la introducción de semen infectado en el recto. Sin embargo, los interrogantes epidemiológicos revelaron algo más sorprendente: que la enfermedad puede transmitirse igualmente por el coito anal del compañero pasivo al activo. Como el estudio de la epidemia actual empezó por el estallido en la comunidad homosexual estadounidense, los médicos tardaron mucho en reconocer la posibilidad de la transmisión por relaciones heterosexuales. Lo primero que se observó fue que algunos hombres infectados por la vía sanguínea habían contagiado a sus compañeras.

Sin embargo, el menor porcentaje de HIV-Sida entre las mujeres, se debería en un caso al epitelio de la vagina, que cuando está intacto, opone al HIV una resistencia importante, mientras que las células del recto son receptivas. Esta explicación también fue dejada de lado posteriormente cuando el número de portadores aumentó en la población femenina. No existe ningún estudio serio que permita cuantificar el riesgo de transmisión por un contacto sexual único. En parejas heterosexuales que han tenido durante varios meses e incluso años regulares no protegidas por el uso de preservativos, la seropositividad de uno de los miembros no siempre provoca la seroconversión del otro. Por lo que puede llegar a deducirse que debe haber cofactores que intervienen para facilitar o dificultar la infección. Aparentemente, algunos sujetos infectados transmiten el HIV más eficazmente que otros. Si eso es cierto, las relaciones con varios compañeros infectados serían más riesgosas que el mismo número de relaciones con un sólo compañero infectado. El virus HIV puede estar presente en la saliva de una persona enferma o solamente seropositiva, pero sólo en cantidades muy pequeñas.

La saliva contiene sustancias que, en las experiencias *in vitro*, inactivan al HIV. Todavía está en marcha el debate apasionado y de grandes consecuencias prácticas sobre la importancia de la saliva en la infección por el virus del Sida. Se han descripto algunos casos en que el virus había sido transmitido probablemente a partir de la boca por *felatio*, pero hasta ahora, no se conoce ningún caso absolutamente seguro de infección por el beso, ni siquiera por mordida. El contacto boca a boca, por placer o para la respiración artificial en un caso de urgencia, puede practicarse sin riesgo, no así, para la práctica del sexo oral.

El modo de transmisión más eficaz es la transfusión de sangre completa. Sin embargo, incluso cuando es introducido en un organismo sano, el virus HIV no siempre se instala en él, o por lo menos no siempre provoca reacciones inmunológicas. Alrededor del 10% de las personas que recibieron transfusiones de sangre infectada no sufrieron seroconversión.

La transfusión no es el único tratamiento que expone al paciente al riesgo de infección. Las personas que deben someterse a hemodiálisis, es decir a la purificación de la sangre por un "riñón artificial", no están a salvo del virus: algunos pacientes fueron infectados con el virus luego de un injerto renal. Operaciones que habían tenido éxito y los pacientes se creían resucitados, pero el tejido donante contenía el virus. Entre los toxicómanos que se inyectan heroína u otras drogas, la transmisión puede hacerse por el intercambio de jeringas o de agujas no esterilizadas. Un pinchazo accidental con una aguja utilizada en una intervención sobre una persona seropositiva puede transmitir el Sida, pero eso sólo ocurre muy raramente. Hasta 1987, sobre varios centenares de enfermeras y médicos que accidentalmente sufrieron un pinchazo de este tipo o cualquier otro contacto parenteral con la sangre de un seropositivo, sólo cinco enfermaron (dos en Estados Unidos y tres en Francia). Un caso francés es ejemplificador. Se trató de una enfermera del servicio de reanimación de la Pitié-Salpetriere. En 1984 se pinchó el dedo con una aguja que acababa de utilizar para hacer una perfusión a un enfermo que había llegado de urgencia.

Ese incidente trivial fue declarado de rutina e inmediatamente olvidado, hasta octubre de 1988 en que manifestaciones cutáneas condujeron al descubrimiento de la infección de Sida. La enfermedad fue reconocida como accidente de trabajo, pero la enfermera falleció en junio de 1989.

La madre contaminada puede transmitir el virus del Sida a su hijo por vía intrauterina (transmisión vertical). Se ha detectado la presencia del HIV en tejidos fetales.Una madre HIV puede infectar a su hijo también por la leche. Así se explica por ejemplo la infección de bebés de jóvenes madres cuya enfermedad se debía a una transfusión de sangre hecha después del parto. El riesgo de transmisión por la madre es difícil de cuantificar correctamente. El riesgo de enfermedad en un niño nacido de madre seropositiva se estima alrededor del 30%. En el caso de un segundo hijo el riesgo aumenta el 50% si el primero estaba enfermo.

William Masters y Virginia Johnson, dieron un grito de verdadera alarma en 1988. Los famosísimos sexólogos escribieron un libro llamado: *Crisis: Conducta heterosexual en la era del Sida*, de acuerdo con mi punto de vista, de carácter sensacionalista, por lo demás oportunista. Afirmaban de manera categórica que *la transmisión del virus del Sida no requiere necesariamente contacto sexual íntimo o uso común de jeringa: puede producirse, y efectivamente se produce, como consecuencia de un contacto en que la piel se una persona es salpicada o impregnada por la sangre u otras secreciones de una persona contaminada. Y eso es posible aún cuando ese contacto sea único.* En cuanto a las vías de transmisión, presentan sus suposiciones y temores como hechos demostrados.

Masters y Johnson no aducen ninguna prueba del peligro real de un simple contacto externo con la sangre y las secreciones de un portador. Los servicios epidemiológicos estadounidenses han estudiado más de dos mil casos de contactos de ese tipo entre profesionales de la salud sin hallar ninguna seroconversión producida como consecuencia. En el estado actual de los conocimientos sobre el tema, parecería que el virus no puede traspasar la piel sana. Hasta ahora no se ha comprobado ningún caso de transmisión en las condiciones normales de la vida en común, ni en la escuela, ni en los apretujamientos de trenes o autobuses, ni en los restaurantes, ni en las peluquerías, ni en las reuniones mundanas, ni siquiera entre los miembros de una familia que conviven en la mayor miseria y el más bajo nivel de higiene personal. El virus del Sida no se transmite por un apretón de manos, ni por una piscina, ni siquiera en los toilettes. Sólo supera la barrera del individuo por el acto sexual, por la inyección de una droga o por una acción médica.

Otro significante que ha introducido el Sida fue "el período de latencia" de la enfermedad. El riesgo al que expone la seropositividad obliga a introducir el concepto de estado de latencia en lugar del de salud. Ese estado es tanto más sorprendente cuanto, cosa impensable para las enfermedades antiguas, el virus del Sida, después de la infección, puede no subsistir como tal en el organismo y sin embargo permanecer en él integrado al genoma de ciertas células somáticas. Desde un punto de vista estrictamente pasteuriano, esa forma de latencia (que no debe ser confundida con un período de incubación) es un fenómeno imprevisto, una complicación inesperada en las relaciones entre el huésped y el parásito.

Sobreviene entonces el síndrome de primo-infección: la fatiga, fiebre ligera, sudores, dolores articulares y musculares, adenopatías, a veces inflamación de la garganta, una erupción cutánea máculo-papulosa en el tronco y una diarrea fugaz. Todos esos trastornos duran apenas una o dos semanas y luego desaparecen espontáneamente. En algunos casos, desde el período de invasión viral se comprueban signos neurológicos. Ese sindrome gripal es de apariencia tan trivial que por mucho tiempo no se comprendió su asociación con la infección por el virus del Sida. Con frecuencia el síndrome de primoinfección es infraclínico y pasa inadvertido, pero un hecho capital, la seroconversión, marca el paso a una nueva fase de la enfermedad. Ese "estado de latencia", definido en forma amplia, en las últimas investigaciones se lo ha desestimado totalmente: el virus cuando ingresa al organismo, no deja de replicarse.

Finalmente, dos hechos clínicos deben agregarse aún: la gravedad de la infección en los niños y el ataque directo al cerebro, la denominada *Dementia Complex.*

El Sida pediátrico se manifiesta temprano y evoluciona rápidamente hacia el estadio terminal. En cuanto a los recién nacidos infectados en el útero, alrededor del 20% enferman en el curso de su primer año de vida, los otros caen enfermos con una cuota anual de alrededor del 8% que se mantiene constante durante varios años. En la mitad de los niños enfermos, el desarrollo psicomotor se altera como consecuencia de la acción directa del virus sobre el sistema nervioso. La estadística médica en el Sida pediátrico varía constantemente, más que ninguna otra; los avances clínicos son su causa. La administración de AZT en las mujeres embarazadas ha tenido resultados óptimos. (De esta temática nos ocuparemos en el Capítulo II de este trabajo).

Desde 1982, los médicos habían observado en los enfermos adultos síntomas neurológicos y psiquiátricos, pero los habían atribuído en parte a las infecciones oportunistas y en parte a estados depresivos de reacción. Sin embargo, a partir de 1985, el éxito en el tratamiento de las infecciones oportunistas del cerebro hizo visible desórdenes neurológicos vinculados a la acción citopatógena directa del HIV. Se descubrió que el virus invade los macrófagos del cerebro e incluso algunas células del tejido cerebral. Los patólogos pusieron entonces de manifiesto la existencia de una encefalitis y los psiquiatras descubrieron un síndrome de demencia sin otra causa identificable que el ataque retroviral directo. Los test psicológicos demostraron que el control de la motricidad y las funciones psicológicas superiores, en particular la memoria, la rapidez de las respuestas y la concentración en una tarea, pueden ser afectadas desde la fase de seropositividad asintomática. En las formas clínicas evolucionadas de Sida, se comprobó la frecuente presencia de síntomas psiquiátricos. El protocolo clínico de uno de los primeros pacientes franceses atacados de Sida, reproducido en una tesis de la época, menciona toda una serie de trastornos psiquiátricos.

Releyendo ese texto en la actualidad se sospecha un ataque cerebral producido por el virus HIV. *En el manuscrito original se dice que el modo como el paciente vivió su enfermedad fue sumamente penoso para los médicos que lo trataban y causó grandes problemas. Sin embargo ese aspecto psiquiátrico fue prácticamente eliminado en el momento de la publicación del trabajo en la prensa médica. A menudo lo que se cree saber oculta lo que se esta viendo en realidad. No se quiso recargar una relación científica con detalles que según se creía no tenían ninguna vinculación real con la afección descripta.*

A principios de 1990 se empezaron a formular las primeras cuestiones fundamentales sobre el verdadero origen del Sida, así como sobre la importancia del HIV en la transmisión de la enfermedad. Desde entonces, la afirmación ortodoxa –que el HIV es el causante del Sida– es el tema fundamental de discusión entre los científicos, entre los que se destacan Montagnier y Duesberg (quien fue además el primero en diseñar la estructura genética de muchos de los retrovirus). Los disidentes exigen que la comunidad científica vuelva

a evaluar y valorar los controles epidemiológicos, y realice un nuevo exámen de las implicaciones inmunológicas del Sida. Ellos mantienen su punto de vista que el HIV no es un nuevo virus y que, no necesariamente tiene que originar el Sida. Además defienden la idea que concentrarse en la investigación sobre el HIV, los recursos van dirigidos por caminos paralelos. Ellos, en cambio, desean promocionar un nuevo concepto de Sida, a decir verdad, no demostrado.

Basado en la creencia que, en lugar de ser el HIV el responsable de la muerte de las células del sistema inmunológico, las víctimas del Sida mueren debido a un proceso de auto-ataque y auto-destrucción de las células. Todo ello en el contexto de que el HIV, en combinación con un factor hasta la fecha desconocido, procedente del abuso de drogas, así como de una transfusión múltiple de sangre, que puedan afectar el sistema inmunológico, pueda estar relacionado con el desarrollo del Sida. De todo ello, arribamos a dos cuestiones fundamentales en el desarrollo de esta investigación. La primer cuestión es si el Sida es una enfermedad nueva, y la otra, si el virus de inmunodeficiencia humana la desencadena.

Nuevamente siguiendo a *Gmerk*: ¿Qué significa que una enfermedad sea nueva? ¿Es nueva porque no fue reconocida antes de cierta fecha por los médicos o porque no existía "en realidad"? ¿Es nueva en determinado lugar o en el mundo entero? ¿Nueva en el pasado inmediato o en toda la historia de la humanidad? Una enfermedad puede presentarse como nueva en por lo menos cinco situaciones históricas diferentes, que conciben diferentes hipótesis, creadas y sostenidas por el campo de observación: a) Ya existía antes de su primera descripción, pero escapaba a la observación médica porque no podía ser conceptualizada como entidad gnosológica. b) Existía ya antes, pero no fue observada sino como consecuencias de un cambio cualitativo y/o cuantitativo de sus manifestaciones. c) No existía en una región determinada del mundo y fue introducida en ella a partir de otra región, a través del desarrollo de los medios de comunicación o incluso de colonización, como fue el caso del desarrollo de la enfermedad de transmisión sexual, la sífilis, del continente europeo al americano. d) No existía en ninguna población humana pero afectaba a un sector del reino animal. e) Es absolutamente nueva, pero su virus causal no existía como tal antes de las primeras manifestaciones clínicas.

Aún en este último caso existe cierta continuidad con el pasado: la enfermedad es entonces resultado de la transformación adaptativa de un virus que se aprovecha de su huésped. También se podría contemplar la posibilidad teórica-especulativa de un subgrupo de enfermedades nuevas, producidas artificialmente en el espacio de un laboratorio altamente especializado, como resultado intencional (preparación de la guerra bacteriológica) o accidental de manipulaciones biotecnológicas. De todas formas, para ésta última posibilidad, y teniendo en cuenta el período de latencia del virus HIV como así también, su mayor incidencia en los ochenta, hubiera sido imposible desarrollarlo en algún laboratorio de acuerdo con la ciencia de la época.

Tampoco podemos descartarla del todo. Al menos de las fantasías arraigadas de la humanidad, ¿acaso desde sus propias proyecciones no podríamos pensar en algún "científico que no está en sus cabales" que encuentra a alguien que le sigue sus pasos estableciendo una *folie deux?*

Pero más allá de estas especulaciones, el Sida es ciertamente una enfermedad nueva en su dimensión epidemiológica actual. Las condiciones biológicas y sociales de antaño impedían el progreso mayor de un retrovirus que se transmite de un modo tan particular y, sobre todo, que ataca al sistema inmunológico en forma tan despiadada. Una epidemia desastrosa de este tipo no era posible antes de la mezcla de poblaciones actual, antes de la liberación de las costumbres (recordemos en la década del 60 el llamado "amor libre", la práctica sexual sin el uso del preservativo) y sobre todo antes que los progresos de la tecnología aplicada a la medicina, lograran controlar la mayor parte de las enfermedades infecciosas graves y difundieran las técnicas de inyección endovenosa y transfusión de sangre. Pero este hecho epidemiológico no implica necesariamente que el retrovirus en cuestión sea un recién venido en sentido absoluto, un mutante cuyos antepasados nunca fueron patógenos. Y tampoco excluye que retrovirus similares hayan podido provocar en el pasado, incluso remoto, pequeñas epidemias de inmunodepresión, visibles solamente por fluctuaciones en la morbilidad y la mortalidad de otras enfermedades infecciosas.

f | Últimas noticias

Los retos fundamentales que deben resolver los sectores implicados en la lucha contra el HIV-Sida deben estar orientados a proveer un acceso amplio a los tratamientos, simplificar dichas terapias e insistir con campañas de prevención a gran escala. Así lo ha manifestado el Dr. Pedro Cahn, presidente de la I Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida sobre Patogénesis y Tratamiento, que se desarrolló en Buenos Aires en Julio de 2001, y con la que, según se "persigue crear un ámbito más restringido a las ciencias básicas y clínicas, pero no tan cerrado como otras conferencias. Cahn ha destacado que el porcentaje de personas que viven con el HIV y que acceden a los tratamientos es mínimo en comparación con los que no tienen acceso a las terapias. "La comunidad internacional debe actuar para revertir tal situación. En este sentido, consideramos importante la búsqueda de tratamientos más simples, ya que ello está íntimamente relacionado con facilitar la adherencia. Asimismo, la necesidad de prevención puede ser entendida a partir de la comprensión de que el mejor de los tratamientos no puede remplazar el beneficio de ser HIV negativo".

La cronificación del Sida gracias a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad es uno de los aspectos que más ha destacado Cahn, que dirige el Servicio de Infectología del Hospital Juan A. Fernández, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. "Es un gran logro

que la infección por HIV sea tratable crónicamente como la diabetes. La erradicación no es imposible, pero no se vislumbra a corto plazo. Ahora bien, los tiempos de la ciencia son cada vez más veloces: hablar de enfermedad crónica tan sólo 20 años después de su aparición es un avance tan notable que no podemos presuponer lo que puede pasar en los próximos años".

Debido a que los medicamentos antirretrovirales son la mejor manera de controlar la infección, se ha abierto un debate acerca de cuestiones como si existe un momento idóneo para iniciar el tratamiento y sobre cuál sería la terapia más adecuada. Cahn ha reconocido que cuándo comenzar a tratar es un asunto en constante discusión:

"Actualmente hay un consenso creciente para iniciar con menos de 350 CD4 en pacientes asintomáticos y de inmediato en las personas con síntomas" .

También se ha referido al cambio producido en la concepción social de la enfermedad. No obstante, ha reconocido que todavía falta vencer prejuicios. "Si el Sida es es conjunto de virus, linfocitos, infecciones oportunistas, tumores, caquexia y demencia, no es menos cierto que también es droga, prejuicios, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución, escarnio y aislamiento".

Cahn considera que en los próximos años "se requiere una mayor prevención y desarrollo de vacunas. Esto es lo que perseguimos al organizar esta conferencia, además de tratar de trasladar la investigación básica en la práctica clínica para mejorar el futuro en el manejo de esta infección".

En aquella oportunidad ha hablado además de la situación de la infección por HIV en Argentina, donde "el Sida se comporta como dos epidemias: en una, la de los pacientes en tratamiento, que reciben y consumen su medicación y cuya situación se asemeja a la de los pacientes de los países desarrollados. Por otra parte, están los miles de infectados que desconocen su situación, contribuyen involuntariamente a expandir la epidemia y se conectan con el sistema de salud cuando su enfermedad ya está muy avanzada".

La XIV Conferencia Internacional de Sida se realizó en Barcelona en un momento crítico de la epidemia, cuando 40 millones de personas viven en el mundo con HIV –según el Programa de Sida de Naciones Unidas–, de las cuales cinco millones de ellos se infectaron en el año 2001. Más de 17.000 científicos, trabajadores del campo de la salud y de lo social, periodistas y políticos asistieron a la conferencia en la segunda semana de julio de 2002 convocada bajo la consigna "Conocimiento y compromiso para la acción".

Esta Conferencia, comenzó con una sensación de que la falta de progresos –que obedece sin duda a varios factores, entre ellos la falta de recursos en proporción al impacto de la epidemia y el gran número de personas infectadas que desconoce que tiene el virus o no recurre a ningún tratamiento– era desanimante. Sin embargo, tanto el hecho de que los expertos de Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud demuestren que la inversión en programas de prevención evitaría, por ejemplo, 29 millones de infecciones en África antes del 2010; que se evidencien avances en los

campos clínico y experimental y que las presiones de las organizaciones comunitarias y de líderes políticos como los ex presidentes Mandela y Bill Clinton parecieran rendir sus frutos en asuntos como la gestión de fondos, el abaratamiento de precios y la producción de genéricos permite hacer un balance alentador. Barcelona 2002 significó la primera vez que esta Conferencia Internacional de Sida se realizara en un país de habla hispana.

Europa esta conmovida por los desorbitados números de Rusia y Ucrania. En Rusia el número de casos se ha multiplicado por quince en tres años y en Ucrania la tasa de prevalencia está en el 1%. Todos parecen recordar que el Sida no tiene fronteras y esa es una gran amenaza en el viejo continente.

Uno de los ejes de los reclamos de la organización Act Up (Organización no gubernamental) con sede en Francia y en Estados Unidos fue la política migratoria. Julián Deveny, uno de sus principales integrantes, sostuvo que "cuando se expulsa a un inmigrante sin papeles y seropositivo a un país que no garantiza las terapias antisida, es como si lo condensase a muerte". En Europa sólo Francia tiene desde 1997 una ley que impide expulsar a inmigrantes seropositivos si no hay garantía de que en su país de origen recibirán tratamiento. Carteles que decían: "Inmigrantes deportados igual a inmigrantes muertos" recorren los alrededores de la XIV Conferencia Internacional de Sida con el nombre de varios países; entre otros, España, Alemania, Bélgica. En los países más poblados del mundo como India y China, la pandemia no ha mostrado aún su cara, pero lo que se comienza a entrever, comienza a preocupar. En China el número de infecciones en los primeros seis meses del 2001 creció un 70%. En India ya hay cuatro millones de infectados. La situación es similar en América Latina.

Otro tema que se tuvo en cuenta, fue el Sida en las cárceles, es decir, la falta de medidas preventivas en los centros penitenciarios y la vulneración del derecho a la cobertura sanitaria de las personas privadas de libertad. Un caso paradigmático fue expuesto en esa Conferencia, el de España. Las cifras son significativas, cerca de 12.000 personas en estos centros son seropositivas y una de las primeras causas de muerte en la cárcel es el Sida. La pregunta de rigor que surgió es si las personas privadas de libertad, deben estar también privadas del derecho a la salud.

Las modernas múltiples terapias han hecho posible pensar al tratamiento de la enfermedad, para medio millón de pacientes en Occidente, pero sólo doscientas treinta mil, obtienen las medicinas en el mundo, siendo las naciones empobrecidas las que soportan el mayor peso de la pandemia. Las previsiones de que el Sida matará a 70 millones de personas para el 2022 son alarmantes. De los 40 millones de personas afectadas por el HIV-Sida que hay en el mundo, veintiocho millones de personas pertenecen al África Subsahariana donde tan sólo treinta mil pacientes tienen acceso al tratamiento.

En relación a las nuevas terapias farmacológicas se presentaron proyectos de experimentación clínica en África. Los mismos indican que las terapias antirretrovirales

pueden tener éxito suministradas con dosis pequeñas. Los análisis sobre 743 pacientes mostraron un índice de supervivencia del 93 % después de seis meses con un 82 % de los pacientes experimentando reducciones del virus en sangre a niveles casi indetectables. Pero estos estudios, que se comunican siempre con la cara del optimismo, no resultan del todo efectivos y lo que inmediatamente se piensa como una solución, construída desde la expresión de deseo, queda suspendida cuando por razones genéticas que todavía no logran conocerse e impiden la neutralización definitiva del HIV, el virus continúa haciendo de las suyas.

g | El tratamiento Antiretroviral

La terapia antirretroviral ha sido demostrada como efectiva para el tratamiento del virus de inmunoinsuficiencia adquirida (VIH) (Hammer SM y cols., 1997; Montaner JSG y cols., 1998; Palella FJ Jr. y cols., 1998); al disminuir la velocidad de replicación del virus, evitando las resistencias cruzadas y disminuyendo los valores tóxicos que producen efectos secundarios (Yeh KC y cols., 1998; Gourevitch MN, y cols., 2000). Sin embargo la eficacia de la terapia antirretroviral puede ser obstaculizada por la llamada *adherencia al tratamiento* (Gifford AL y cols., 2000; Descamps D y cols., 2000; Paterson DL y cols, 2000; Singh N y cols, 1999; Catz SL y cols, 1999), apartado que me ocuparé especíFcamente en esta comunicación.

En este sentido, se ha establecido que la adherencia al tratamiento antirretroviral para el HIV es esencial para sostener la supresión viral y prevenir la resistencia a la droga. (Nieuwkerk P y cols., 2001; Bartlett JA, 2002; Israelski D y cols., 2001; Maisels L y cols., 2001). Es decir que si el paciente abandona, o interrumpe el tratamiento, por determinado tiempo, ese virus muta su constitución genética adoptando ahora características que lo hacen resistentes a la medicación que el paciente venía usando.

A su vez no hay muchas posibilidades de combinar las drogas del tratamiento, por lo que la cantidad de sustancias disponibles disminuye a medida que el paciente interrumpe alguno. Actualmente, el HIV es un problema fundamentalmente del Tercer Mundo, el costo económico de un tratamiento es alto, y no en todos los países se hacen responsable de la administración de los medicamentos para sus habitantes. Argentina es uno de los países que lo hace.

Para esta investigación he tomado las estadísticas del Hospital Rawson de la provincia de Córdoba, donde más del 50% de los pacientes en tratamientos, reflejan una no-adherencia, pero la presión de políticas de mercado, ganarían la batalla aquellas posturas que sostienen que el estado no debería hacerse cargo de semejante gasto. Lo que deja librado al azar no solo al infectado que no puede pagar, sino a una comunidad que queda expuesta a la mayor propagación del virus.

El actual esquema de tratamiento para HIV se conoce como "Terapia Antiretroviral Altamente Activa (TARAA), lo que se conoce mas comúnmente como "cóctel", combinación de tres drogas antiretrovirales (ARVs), y su uso masivo se produjo en 1996.

Las opiniones acerca de cuando comenzar el tratamiento son encontradas. Durante mucho tiempo se pensó que debía ser desde el inicio mismo de detección del virus en sangre, pero a partir del congreso mundial de Sida en Ginebra en 1998 muchos científicos opinaron que debe administrarse, recién cuando la carga viral supera las 10.000. Otros estudios indican que conviene prescribir el tratamiento desde antes que las copias superen los 10.000, el tratamiento llamado "precoz" busca prevenir el deterioro temprano del sistema inmunológico.

La mayoría de las recomendaciones están a favor de iniciar el tratamiento cuando el recuento de los CD4 están por debajo de 350 células por milímetros cúbicos (Brun, 2001). No obstante hasta el momento ninguna investigación sugiere que se deba necesariamente esperar hasta que el índice de CD4 sea bajo para iniciar el tratamiento (Ero, 2001). Mas bien de lo que se trata es de evaluar en cada paciente el momento adecuado, según el cuadro general, para prescribir la iniciación del tratamiento.

Las estrategias terapéuticas actuales combinan:

- Drogas antivirales.
- Inmunomoduladores.
- Profilaxis de las infecciones oportunistas asociadas.
- Tratamiento de los tumores asociados.
- Vacunas.

La referencia en antivirales es la Zidovuina o Azidotimidina, el AZT, éste actúa inhibiendo la capacidad del virus para producir el copiado de su capacidad genética en la célula infectada, lo consigue inhibiendo la enzima responsable de inducir dicho copiado, la transcriptasa reversa y las proteasas. El efecto es conseguir que el virus detenga su replicación, esto disminuye por un tiempo la velocidad de deterioro inmunológico y daño orgánico, no la detiene, sólo disminuye la velocidad.

En 1997 el tratamiento solo llevaba AZT, 1200 mg, esto a los 6 meses producía la resistencia del virus, y numerosos efectos secundarios ya que el AZT es mielotóxico, lo que produce la disminución de los glóbulos rojos, provocando anemia, de los blancos provocando leucopenia, miositis e intolerancia digestiva entre otros efectos. Pero el AZT fue la primera droga con capacidad *in vivo* de alterar la historia natural del virus, por eso aun hoy sigue siendo la droga patrón, y si es indicado en dosis y en momento justo es muy beneficiosa. Otra de las drogas referenciales es la Didanosina: ddI, y la Dideoxicitidia:

ddC, estas son drogas análogas al AZT, pertenecen al mismo grupo químico, presentan diferencias sutiles en sus mecanismos de acción, lo que evita la existencia de resistencias cruzadas (una cepa de HIV puede ser resistente al AZT pero permanece sensible a los otros dos), y además son menos tóxicos, aunque no inofensivas; si bien el AZT produce toxicidad a nivel medular, el ddI produce pancreatitis, y el ddC polineuropatias. Pero las tres combinadas reducen al máximo su nivel de toxicidad ya que las dosis de cada una que se combinan son mucho mas inofensivas, de hecho el AZT se disminuye a 600 mg diarios suprimiendo así la mayoría de los efectos secundarios, y evitando la resistencia del virus.

Esta medicación es altamente efectiva, pero su ingestión es dificultosa y requiere de horarios estrictos, razón por la cual muchas veces se vuelve una molestia para la vida cotidiana del paciente, además una vez iniciado el tratamiento no puede ser interrumpido.

Algunos inhibidores de proteasas requieren una dieta rica en calorías grasas para disminuir los efectos adversos, para esto lo mejor es tomar la medicación alternando cada comprimido con comida y dejando pasar 10 minutos entre cada uno de ellos, todo el proceso requiere la mayoría de las veces de una hora de almuerzo. Así mismo, por ejemplo una de las drogas, el Indinavir requiere la ingesta de dos á tres litros de agua diaria para evitar litiasis, dolor lumbar y ardor abdominal.

Otra opción alternativa al cóctel, es la terapia secuencial, a través de la cual, se va alternando periódicamente de droga, pero se toma solo una por vez. El objetivo de este tratamiento es el de volver la carga negativa, esto significa hacerla indetectable al análisis, lo que se traduce en el porcentaje mínimo que se puede obtener a través del Elisa.

Es a partir del Congreso Internacional de Sida en la ciudad de Ginebra, año 1998, donde se planteó la estrategia que por el momento, se considera la más ajustada: una combinación de tres drogas antiretrovirales junto a un inmunoestimulante capaz de conseguir que el sistema inmune del sujeto desarrolle una respuesta específica anti-HIV.

Se supone que al tratamiento antiretroviral se sume un tratamiento profiláctico para prevenir la aparición de infecciones oportunistas. Si bien el riesgo real de contagio de enfermedades oportunistas que serán las verdaderas causantes de la muerte se produce a partir que el numero de CD4 disminuye a 200 en sangre, es importante desde el inicio prevenir la aparición de enfermedades.

Como dato al margen, en Argentina el tratamiento mensual de cada infectado tiene un costo de 1000 dólares. En el año 2000, sólo para cubrir el tratamiento de todos los enfermos del país por el término de dos meses, se ha requerido un presupuesto de 31 millones de dólares, de acuerdo con las estadísticas suministradas por el Programa Nacional de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

En 1984 las autoridades norteamericanas afirmaron que en dos años estaría disponible para ser ensayada la primera vacuna contra esta enfermedad. La realidad se ha encargado de tirar por tierra aquellas optimistas previsiones. Un editorial de *The New England Journal of Medicine* se ocupó del estado actual de la investigación en relación a la posibilidad de la vacuna.

Los resultados del primer ensayo clínico a gran escala realizado en humanos no llegaron hasta 2003: una compañía de biotecnología denominada VaxGen había probado un compuesto sintético para prevenir la infección. A pesar de las grandes esperanzas puestas en esta alternativa, la sustancia no demostró proteger contra la enfermedad, algo que supuso un gran retroceso en los esfuerzos de investigación sobre la vacuna del sida.

Según afirma el doctor H. Markel, profesor de historia de la medicina en la Universidad de Michigan (Estados Unidos) y autor del artículo, en estos momentos sólo hay dos ensayos en marcha que estén probando en personas vacunas contra el HIV.

Ninguna de las investigaciones está dirigida a prevenir la enfermedad sino a estimular las defensas de los pacientes ya infectados. La estrategia de los métodos que se están evaluando es estimular el sistema inmunológico de los enfermos para identificar y matar a las células del organismo en las que se esconde el HIV. De esta forma se conseguiría reducir drásticamente la multiplicación del virus y se retrasaría mucho la progresión de la enfermedad. Aunque los expertos no se han dado por vencidos en el desarrollo de una verdadera inmunización, este tipo de alternativa, llamada vacuna terapéutica, ayudaría por lo menos a reducir el número de muertos y sujetos en situación de enfermedad crónica grave que el sida produce en estos momentos.

Según el Dr. Markel, el optimismo inicial, una vez identificado el virus, sobre la posibilidad de conseguir fácilmente una vacuna, estaba poco justificado: "al fin y al cabo costó 105 años desarrollar la vacuna contra la fiebre tifoidea, 89 años la de la difteria, 47 la de la polio y 16 la de la hepatitis B".

En el caso del sida, han pasado más de veinte años y en estos momentos hay nada menos que treinta y cuatro compuestos en diecinueve países candidatos a ser una vacuna eficaz, si bien todos ellos están en fases muy preliminares de investigación.

Varios son los motivos que cita este experto para justificar el escaso avance conseguido en este terreno, vital para la lucha contra el sida. El primero de ellos es el económico: la inversión norteamericana para el desarrollo de una vacuna asciende a 680 millones de dólares, menos del 1% del total destinado a investigación y desarrollo en salud y casi toda proveniente del sector público, estadística actualizada al año 2004.

Por otro lado, las compañías farmacéuticas, que son las realmente encargadas de investigar y desarrollar este tipo de productos no ven rentabilidad en una inversión

que sería muy importante frente a una comercialización que no reportaría grandes beneficios. Además, tampoco existe en estos momentos una idea clara sobre cual es el mejor enfoque inmunológico para el desarrollo de la vacuna lo que también influye en el desinterés de las multinacionales.

Pero incluso superando estas barreras económicas y el resto de problemas culturales, sociales y éticos, el mayor enemigo de la vacuna contra el sida es la tremenda capacidad del HIV para defenderse de cualquier agresión y su sorprendente capacidad de adaptación. Todavía ahora, los científicos siguen sin saber exactamente qué aspectos de nuestras defensas debería estimular una vacuna antisida eficaz para prevenir la infección.

Este virus es capaz de poner en marcha varios mecanismos simultáneos para minar las defensas del sujeto infectado y conseguir multiplicarse eficazmente. Según afirma el Dr. Fauci un inmunólogo experto en el tema, entre los más de 60 millones de sujetos infectados no se conoce hasta ahora ningún caso de alguien que haya conseguido eliminar al germen del organismo.

Desde el momento del contagio, el HIV consigue aniquilar rápidamente a las células que le atacan al tiempo que introduce su material genético en otras para evitar ser alcanzado por el ataque inmunológico del sujeto. Además la plasticidad de este microorganismo le permite mutar con cierta regularidad para adaptarse a nuevas agresiones, incluidas las de los fármacos que se dirijan contra él.

Esta capacidad para hacerse diferente y mutar y el hecho de que se han identificado tres variantes de HIV cada una de las cuales con sus correspondientes subtipos, aleja aún más el objetivo de conseguir una vacuna simple como en otras enfermedades. Sobre todo teniendo en cuenta que diferentes regiones del mundo cuentan con virus distintos que requerirían vacunas diferentes y una vigilancia similar a la que se realiza para las campañas de vacunación de la gripe en las que periódicamente se modifica la composición de la inmunización.

Para el Dr. Markel, en el futuro cercano sólo se vislumbra la posibilidad de las vacunas terapéuticas en este frente de acción contra el sida. La posibilidad de estimular las propias defensas para luchar contra el virus y detener la progresión no es desde luego la solución sino que constituirían una parte más del tratamiento de los pacientes infectados.

De acuerdo con los datos más recientes que se dan a conocer hoy en la *Situación de la epidemia de Sida* 2006 del ONUSIDA/OMS, se estima que actualmente viven con el HIV alrededor de 39,5 millones de personas. En 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (65%) correspondieron a África subsahariana y hubo importantes aumentos en Europa oriental y Asia central, donde se observan algunos indicios de que las tasas de infección han crecido en más del 50% desde 2004. En 2006, 2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el Sida. Los nuevos datos indican que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se mantienen estables o vuelven a subir.

En América del Norte y Europa occidental, a menudo los programas de prevención del HIV no se han sostenido y el número de nuevas infecciones se ha mantenido invariable. Del mismo modo, tan sólo en unos pocos países de ingresos bajos y medianos se han reducido verdaderamente las nuevas infecciones. Y en algunos países en los que anteriormente se habían obtenido resultados satisfactorios en la reducción de nuevas infecciones, como es el caso de Uganda, se ha frenado el ritmo de tales avances o incluso están aumentando las tasas de infección.

El capítulo de la historia de esta enfermedad, lamentablemente, no termina.

Han pasado muchos años y la paranoia inicial se estabilizó. La llamada cronificación de la enfermedad, tuvo como consecuencia que las campañas de prevención se hicieran eco a oídos que por tanto escucharlas, devinieron en sordos o indiferentes.

La palabra cronificación, también calmó la angustia de la comunidad científica y la comparación del sida con el cáncer no se hizo esperar. La ensayista Susan Sontag fue la pionera de esta metáfora.

Son los avatares de la vida misma y por este axioma, las enfermedades se instalan en diferentes épocas de la humanidad.

En este punto, parece existir un horizonte mortificante: cuando una patología se mantiene a raya o desaparece por los avances científicos, una nueva plaga amenaza instalarse para mortificar nuevamente a la humanidad toda.

CAPÍTULO TRES

Deconstrucción del complejo HIV-SIDA

El virus del HIV no es igual a la muerte.

Padecer de la condición HIV implica orgánicamente, que el sujeto debe evitar la aparición de la enfermedad del Sida. La idea de la enfermedad crónica es la esperanza actual para aquellos portadores de este virus ubicuo al que la comunidad científica apuesta todo su esfuerzo intentando su erradicación.

Sin embargo, intereses económicos parecen continuar impidiendo dichos esfuerzos para erradicarlo definitivamente: una nota de un periódico matutino argentino, (Clarín: 6/7/1996) señalaba la "guerra" de los laboratorios por las nuevas drogas contra el Sida. Un recorte de aquella nota resulta significativo:

> *La catarata de nuevas drogas para combatir el Sida que han aparecido en los últimos meses puso a los grandes laboratorios en estado de alerta. Para ganar esa "porción de mercado" que son las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana, plantean curiosas estrategias publicitarias...*

Sólo se trata de vender. La economía de mercado hace rato que alcanzó a la enfermedad. Prácticamente la ubicamos desde su inicio, cuando Montagnier y Gallo también se con-frontaron, legalmente, para determinar quien había sido el descubridor del virus, a pesar de su posterior acuerdo mutuo.

> *La peste de Atenas, descripta por Tucídides, desbordó la intimidad de los hogares, sembró el pánico en la ciudad, corrompió las costumbres, deslumbró las ideas e hizo tabla rasa de las leyes y rituales. Llegó la pestilencia, creando un remolino de muertes.*

Camus nos regaló con una epidemia en Orán. El poder económico y los intereses creados la difundían siempre más. Camus nos muestra en su novela *El extranjero*, que una persona, condenada a muerte "nada le importa". Y como hemos visto, en el capítulo anterior, el HIV sigue vagando, ubicuo e imprevisible, aprovechándose de la hipocresía entre bastidores, mientras la comedia humana, la vida misma pasa. Hegel celebra como una argucia de la razón la aparición de un tiempo ordenador que sólo aparece a través de los destiempos de las desgracias y de las desapariciones.

Gretchen, personaje que aparece en el *Fausto* de Goethe nos dice: *...después de la lluvia, el buen tiempo... Si de frases célebres se trata, una es pertinente para nuestro trabajo: No hay mal que dure cien años.*

Y eso sigue siendo mucho tiempo. Al menos por ahora, toda una vida.

Esta capítulo está dividido en diferentes aspectos que reconstruyen el complejo HIV-Sida y que son aplicados al presente estudio:

- La investigación en Psicoanálisis.
- Sobre la aplicación de una metodología posible para el estudio del Psicoanálisis Aplicado: muestra, instrumentos, análisis de datos. Aportes semióticos para el estudio de la significación. Análisis del discurso de los sujetos afectados.
- Particularidades de la investigación en el aspecto psiquiátrico (que se extiende fundamentalmente al concepto de adherencia al tratamiento) y en el aspecto psicoterapéutico psicoanalítico.
- Ejemplificación en el estudio de casos en la división de las variables Adultos y Niños.
- Conclusiones posibles del presente estudio.

Siempre he pensado que establecer las condiciones de viabilidad y eficacia del tratamiento terapéutico psicoanalítico en pacientes HIV seropositivos es la originalidad y factibilidad de esta Tesis, así como también lo que puede investigarse en relación al tema de la adherencia al tratamiento.

Pero este argumento, enunciado así, de manera precisa surge de un proceso, de un concepto que quizá se repita demasiado en mi sistema de pensamiento, pero lo considero necesario nuevamente expresar: la construcción. Una secuencia, una serie elemental que presento en este Capítulo Tres.

a | La Investigación

Es necesario en este punto, ratificar como eje fundamental de mi observación, el criterio de investigar la viabilidad del Psicoanálisis como tratamiento psicoterapeútico adecuado para pacientes seropositivos.

Justamente, porque no aparecía con frecuencia en las investigaciones llevadas a cabo, el cruce entre el tratamiento psicoanalítico y pacientes HIV seropositivos, propuse el rastreo de los obstáculos que se interponían a dicho acceso en el discurso mismo de los afectados.

Como consecuencia de esta búsqueda, se localizaron obstáculos en la trama institucional. Prejuicios solidamente instalados en la ideología de algunos profesionales de la salud que trabajan en relación al tema y que tienen una importancia estratégica en la orientación de los tratamientos, como es el caso de los infectólogos y los psicoterapeutas ligados a las instituciones que más activamente trabajan con pacientes infectados.

Tales inconvenientes, por lo demás, están en contradicción con la convicción que el Psicoanálisis es un intento de extremar las posibilidades vitales que el deseo pueda abrir a las personas que lo emprenden, sea cual sea el tiempo que medie entre el presente y el presente temido o anhelado.

Para mostrar como se cumplieron con el objetivo propuesto, es necesario desagregar argumentos en dos áreas temáticas:

Por un lado, el estudio de casos, que realicé a través del seguimiento de tratamientos de pacientes HIV-seropositivos; aquí el interés fundamental es darle la palabra al paciente, respetar al máximo sus coordenadas subjetivas, registrar su discurso para ir construyendo las categorías de análisis con las que trabajo al final de la investigación.

Por otro lado, el estudio de las "condiciones de derivación", dado que infiero muchos de los obstáculos que se interponen entre el paciente y su posible acceso a un tratamiento psicoanálitico, se instala en una trama psico-socio-institucional que intento esclarecer.

Por lo explicado precedentemente, creo necesario ubicar y conocer el discurso de los distintos profesionales de la salud que atienden a pacientes portadores y determinar en gran medida lo que he llamado las condiciones de derivación. Los ítems rastreados en esta área fueron:

- Representación psicosocial de la enfermedad HIV-Sida.
- Representación psicosocial del enfermo HIV-Sida.
- Características atribuidas a los tratamientos biomédicos.

- Características atribuidas a los tratamientos psicológicos en general.
- Características atribuidas a los tratamientos psicoanalíticos en particular.
- Características atribuidas a las terapias alternativas.

Para responder a estos ítems realicé un diseño cualitativo, exploratorio y descriptivo a través de la toma de entrevistas cualitativas semiestructuradas –las entrevistas se realizaron con infectólogos, psicólogos y prestadores de organizaciones no gubernamentales–.

Para realizar esta parte de la muestra me he basado teóricamente, en la publicación de Graciela Biagini y Marita Sánchez *Actores sociales y Sida*, que publicó resultados de una investigación llevada a cabo en la Universidad de Buenos Aires conjuntamente con su Secretaría de Investigación.

Así, gracias a ese material, pude arribar a otro punto de la investigación que planteo precedentemente. Me refiero al estudio de casos clínicos. Para ello me he circunscripto a tres historiales: dos representativos para la terapeútica con adultos y otro para la clínica con niños. Sin embargo, antes de adentrarme a la exposición de los mismos, voy a abordar el trabajo de investigación para el Psicoanálisis, rodeo suficiente que permite establecer un metódo cualitativo donde el axioma de caso por caso puede verificarse.

Sobre el Método. Algunas categorías y reflexiones sobre la investigación en Psicoanálisis

Parece oportuno introducir una aproximación acerca de los fundamentos de la investigación en Psicoanálisis.

Enunciar este tema ya tiene un sesgo problematizador.

Investigar en Psicoanálisis supone una antinomia inherente al enunciado, no formulable por el sesgo de la profesión, como sesgo del discurso universitario solidario del discurso de la ciencia; en tanto por una parte, el Psicoanálisis recupera el sujeto que la ciencia forcluye, y diverge de ella en este punto.

Por otra parte, el otro punto crítico está dado en el hecho que el discurso universitario sitúa el saber como agente de la operación, velando que dispone y controla la producción al servicio del amo.

En consecuencia, partiremos de considerar la inviabilidad de definir una profesión de investigar determinada por un universal aplicable a un campo particular.

"Un método no puede ser ya tomado como un modelo en el sentido coagulado de una perfección, o de un esquema a repetir por imitación. De una vez por

todas, es preciso que los métodos se entiendan y admitan como un ordenamiento posibilitador del arduo proceso de construcción; como un conjunto de lineamientos que sostiene la coherencia entre las operaciones de lectura y de acción, entre el decir y el hacer del investigador. Adscribir a determinada metodología supone asumir y protagonizar una posición en ella y admitir las singularidades de la propia implicación".

La práctica tiene un valor de indagación y puesta a prueba de los conceptos que la sustentan, en tanto no responde a una posición dogmática que asimila la experiencia a una proposición universal. Sin embargo, práctica e investigación no se recubren.

"(...) es cierto que las prácticas profesionales pueden ser investigativas en sí mismas, en tanto se trate de prácticas sociales que intervienen sobre una materia prima. Intervención que sólo deviene en la producción y construcción de nuevos conocimientos siempre que logre trascender una posición de pragmatismo o de mero quehacer, mediante una constante revisión tanto de las prácticas basadas en teorías como las teorizaciones de las prácticas, trabajo nada fácil por cierto. Complementariamente, puede afirmarse que las investigaciones constituyen prácticas sociales que posibilitan la apropiación de la realidad mediante la construcción de conocimientos, cuyos efectos de intervención abren nuevos caminos, nuevas miradas, nuevos puntos de partida para la búsqueda humana inacabable de apropiación de una realidad sujeta a permanentes vicisitudes" .

Freud destaca, en el apartado citado, que existe una relación entre teoría, práctica e investigación.

Su elaboración ha sido un ejemplo de ello, lo que le llevó a fundar una clínica nueva y una experiencia discursiva inédita.

Entre otros textos, en la Sexta Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, Freud define la aspiración científica del Psicoanálisis afirmando que la interpretación de los sueños es el paradigma de la indagación en Psicoanálisis. Por último remite a la validación de la formalización analítica a los efectos que un análisis produce:

"Queremos aquello a que se aspira en general en la ciencia: una comprensión de los fenómenos, el establecimiento de una concatenación entre ellos. Supuesto 1: el sueño es un fenómeno psíquico. Supuesto 2: el soñante a pesar de todo sabe lo que su sueño significa, sólo que no sabe que lo sabe, y por eso cree que no lo sabe. Ya en ese momento les declaré que esa averiguación era el paradigma de

toda indagación psicoanalítica; ahora ustedes comprenden que el Psicoanálisis sigue la técnica de hacerse decir por los mismos a quienes estudia, si ello cabe, la solución de sus enigmas. Además, es ocioso que una ciencia que tiene algo para ofrecer ande requiriendo del sueño, le estoy pidiendo que se abandone a la asociación libre reteniendo una representación de partida. Puede demostrarse que la ocurrencia que el preguntado produce no es ni arbitraria ni indeterminada, no está desconectada de lo que buscamos".

De este modo, como también expresara en la Séptima Conferencia de "Introducción al Psicoanálisis", el hallazgo freudiano es múltiple.

Por un lado, obtuvo una concepción del elemento onírico; por otro, la definición de una técnica de interpretación, y por último podríamos agregar, una posición epistémica inherente a las operaciones, los términos y conceptos que involucra.

De esta forma, ubicamos el punto de divergencia entre la práctica clínica y la investigación: en la evitación del deslizamiento por el cual las premisas y los supuestos de la investigación puedan operar a modo de prejuicios, es decir de juicios previos que condicionen la práctica, a tal punto de determinar los resultados, convalidando al principio lo que se espera hallar al concluir:

"La coincidencia de investigación y tratamiento en el trabajo analítico es sin duda uno de los títulos de gloria de este último. Sin embargo, la técnica que sirve al segundo se contrapone hasta cierto punto a la de la primera. Mientras el tratamiento de un caso no está cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico. El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de éste; por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede como al azar se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas. Para el analista la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades; en no especular ni cavilar mientras se analiza, y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar sólo después de concluido el análisis. Sería irrelevante distinguir entre ambas actitudes si ya poseyéramos todos los conocimientos, o al menos, los esenciales, que el trabajo analítico es capaz de brindarnos sobre la psicología de lo inconsciente y sobre la estructura de la neurosis. Hoy estamos muy lejos de esa meta, y no debemos cerrarnos los caminos que nos permitirían reexaminar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo".

En párrafos anteriores afirmaba que práctica analítica e investigación no se recubren, ahora agrego que una labor no está enteramente desprendida de la otra. Se trata de un posición ética indeclinable.

Al respecto de los temas que abordo, resulta de suma importancia la noción de *"implicación subjetiva".*

Coincidentemente, Freud y Lacan se refieren a la formalización del dispositivo analítico, destacando que a diferencia de la posición del científico en el experimento o en la observación supuestamente objetiva del etnógrafo, el analista forma parte del dispositivo, y una parte esencial y decisiva. Categorías tales como transferencia, regla de abstinencia, función deseo del analista, reacción terapéutica negativa, interpretación, resistencia, muestran en forma acabada hasta qué punto el analista implicado como función e incluso subjetivamente, en el campo propuesto.

La clínica se define como un espacio de praxis y de formalización, que se interroga por la causa del sufrimiento subjetivo, atendiendo lo cualitativo y diferencial.

Lo clínico caracteriza un método investigativo que surge históricamente en oposición a la epistemología positivista de tinte cuantitativo y experimental, ya que lejos de buscar el control y medición de las variables, indaga la génesis de determinadas manifestaciones de la subjetividad humana partiendo de lo cualitativo y diferencial.

La premisa fundamental de la clínica es la singularidad.

Los recursos destinados a la recopilación de datos e información, son variados y se utilizaron –según su pertinencia a cada situación– con una disposición amplia:

- fragmentos de casos clínicos y de casos judiciales, obtenidos a partir de la propia práctica profesional tanto actual como pretérita, preservados mediante archivos documentales.
- observaciones –con registro textual inmediato– de episodios y acontecimientos extraídos de la práctica clínica.
- revistas actuales, de difusión general, vinculadas al tema.

Es posible definir la noción de "dato" como un recorte significativo que permite la aprehensión de un real a través de lo simbólico.

En este sentido, merece destacarse algunas recomendaciones que Freud hiciera a partir de su experiencia analítica, en su obra "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico"; que subraya la inconveniencia de un registro selectivo de los datos, debido a que en toda selección opera la censura:

> *"La tarea inmediata a que se ve enfrentado el analista que trata más de un enfermo por día, le parecerá sin duda la más difícil. Consiste en guardar en*

la memoria innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura, y en no confundirlos con un material parecido oriundo de otros pacientes analizados antes o en otros tiempos. (...) Sin embargo, esa técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aún el tomar apuntes, según lo veremos, y consiste en no querer fijarse en nada en particular, y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma "atención parejamente flotante", como ya una vez la he bautizado. De esta manera uno se ahorra un esfuerzo de atención que no podría sostener día tras día a lo largo de muchas horas, y evita un peligro que es inseparable de todo fijarse deliberado. Y es este: tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger entre el material ofrecido; uno fija (fixieren) un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. Pero eso, justamente es ilícito si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad falseará la percepción posible. No se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyos significados sólo con posterioridad (nachträglich) discernirá".

Freud también señala la importancia de relevar retroactivamente lo que llama representación de alto valor psíquico, a la que podemos otorgar el valor de un índice interpretante. Esta formulación está en el mismo sentido que la de orientar la investigación a partir del detalle.

El ideal universitario de la investigación es la extensión, la aprehensión de un universo que indefectiblemente tropieza con la infinitización del campo, y con la inconsistencia de la estructura.

En un sistema dogmático, *los conceptos* se inscriben con la pretensión de suturar la hiancia entre el saber y la verdad, deviniendo en saber absoluto. Pero el concepto cumple, por el contrario, un papel problematizador.

Jacques Lacan inicia la segunda clase de su *Seminario X La angustia* haciendo una referencia a la tarea de enseñanza en Psicoanálisis, y al estatuto que adquieren los conceptos. Menciona el método del catálogo, el método del análogo y finalmente, una tercera vía que pone la rúbrica de la llave. La llave es lo que abre, y lo que para abrir funciona. La llave es la forma según la cual debe o no operar la función significante como tal.

El concepto como llave no se define entonces por su referencia a un contenido que hace catálogo o analogía, sino por su operatividad. El concepto opera como una llave, que en tanto abre, construye un campo; a partir de lo cual se articula con otros conceptos en un sistema no absoluto, no total, no consistente.

El concepto se articula como una categoría intermedia en la serie con la topología y el matema.

En su conferencia "Los principios que orientan" Graciela Brodsky, psicoanalista argentina, Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, sitúa la cuestión de los principios de la práctica y las condiciones de su aplicación a nivel del Psicoanálisis en tanto práctica, es decir el Psicoanálisis aplicado en un sentido amplio. Lo cual supone por una parte, una pregunta sobre el Analista Practicante; y por otra parte, sobre la relación entre el estilo de una práctica y los principios que la fundan, que no se resuelve en la aplicación automática de un estándar. Se afirma que un principio apunta al fundamento a diferencia de la regla que refiere a los procedimientos concretos de su aplicación.

No obstante cabe la pregunta sobre el estatuto que tendría un principio que no se constituya en un estándar lacaniano. Una primer respuesta sería que "la estructura es el verdadero *setting*" acordando con lo propuesto por José Antonio Naranjo, también psicoanalista de orientación lacaniana y miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Un principio se define en filosofía como una realidad originaria de la que se derivan las consecuencias en un sentido temporal o metafísico. El principio es lo primero tanto en la sucesión temporal como espacial.

Posteriormente un principio pasa a tomarse como una afirmación sujeta a las caracterizaciones de la lógica proposicional; son principios lógicos.

Luego se extiende a un contexto amplio como la ética, la moral o la política.

Entonces, la perspectiva de la filosofía induce a la producción de un conjunto de axiomas que definiría una doctrina.

No se trata precisamente de ello en lo que respecta al Psicoanálisis. El principio se constituye en la intersección entre el concepto apoyado en el matema y la práctica.

En consecuencia, la práctica analítica no es sin principios que la orientan, pero estos principios no constituyen una realidad originaria, sino que tienen un estatuto segundo que presenta lo que ya estaba en la estructura como condición necesaria; pero admitiendo también la contingencia y la singularidad.

Estamos en el mismo punto en el que Lacan inicia el dictado del *Seminario XI, Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, cuando es "excomulgado" de la Asociación Internacional de Psicoanálisis por interrogar lo que el estándar de una práctica resguardaba. Se trata del Psicoanálisis en la coyuntura histórica ante un registro religioso o un registro científico.

Es un momento en el que coincide la anécdota de la vida de Lacan y la Historia del Psicoanálisis.

Dirigiéndose a los post-freudianos responde a lo que llama no sólo la desvalorización de la palabra sino también el "rechazo del concepto".

En este Seminario Lacan nos habla de conceptos fundamentales.

Freud fue el primero que introduce en esta supuesta ciencia, los conceptos fundamentales. Se trata de conceptos en movimiento: Inconsciente, Repetición, Transferencia y Pulsión, nombres debidos a Freud, esos cuatro conceptos son los Nombres del Padre que para ser comunicables y producir una transmisión requieren y se sostienen en el matema, según nos ilustra Jacques-Alain Miller en su ensayo *El Comentario del Seminario Inexistente.*

Asimismo Miller ubica esta operación como el paso del respeto religioso hacia los conceptos de Freud a un uso científico del concepto.

¿En qué pueden ser el concepto homologable a la función del Nombre del Padre?

En primer término son conceptos que nombran pero para los cuales no hay definición, no remiten a un dominio de saber consistente ni a una esencia. Son conceptos cuya función se homologa al S_1 –también llamado significante amo– en el campo del Psicoanálisis.

En su 2° clase del *Seminario XI,* Lacan dispone "El inconsciente" y "La repetición" con dos flechas que apuntan respectivamente hacia "el sujeto" y hacia "lo real", lo cual no conduce el concepto a un universo cerrado de símbolos, sino al siguiente interrogante.

No hay paso del concepto a la existencia en la aseveración de lo que el concepto es; es decir, cae el argumento ontológico.

Se trata de conceptos que en tanto nombran operan, sin hacer tradición.

En segundo término, el concepto remite a un límite.

Ello ya indica una concepción del concepto como una aproximación a lo que se dirige para captar, siendo un salto, un paso al límite, que busca realizarse, aproximación siempre en movimiento como lo que impone el cálculo infinitesimal.

El concepto traza el camino hacia el real que cierne, real que aprehende, y determina la posición científica del Psicoanálisis. El concepto responde a este movimiento de captación de lo real.

Si el concepto se presenta como un límite, es razón para pueda homologarse a la función del Nombre del Padre y a la operación de su pluralización.

El límite del Inconsciente es el *Unbegriff*, no no-concepto, sino concepto de la carencia. El punto de partida no es el concepto, sino lo real en tanto imposible que se deduce de lo que el concepto cierne, y que determina la orientación como orientación a lo real.

Por ejemplo, el concepto Inconsciente tiene un estatuto que no es ontológico sino ético. Toma noción la existencia en el marco de la práctico de la experiencia que pone en funcionamiento el acto analítico, sostenido en la función del deseo del analista.

Si el deseo freudiano se detiene en llevar la figura del padre a la función del padre simbólico, el deseo de Lacan interroga si es posible abrir un espacio más allá del Nombre del Padre, más allá del Edipo.

En esta apuesta es el deseo del analista hace aparecer el objeto, que referimos como un real sin concepto.

Notación del objeto como *objeto* a al que Lacan le confiere el valor de invención, a la que arriba luego de reformular la teoría freudiana a partir de la clínica de las psicosis.

El deseo del analista produce el campo de la experiencia entrando no como sujeto dividido, sino como objeto causa, objeto que causa la división del sujeto.

El deseo del analista considerado como deseo de máxima diferencia, separa saber y goce, haciendo lugar a una doble referencia respecto de un vaciado del nombra y un vaciado de goce que produce el objeto.

La práctica analítica no consiste en un ejercicio introspectivo de extracción de saber de un sujeto concebido como el límite de una interioridad.

El sujeto del Psicoanálisis es el sujeto de la ciencia.

El sujeto es el límite producido por el acto de la palabra, en la doble vía de aquello que lo representa y de los objetos, doble vía que permite su apresamiento a nivel de un significante y de la economía pulsional.

El sujeto es ese límite entre ambos órdenes que está presente como franja en la que transita la experiencia analítica.

En tercer término, el concepto es fundamental en tanto presenta esta doble articulación de lo constituido y lo constituyente del campo científico del Psicoanálisis, que supera la antinomia ciencia normal versus ciencia crítica.

Un señalamiento muy pertinente de Miller sitúa que el Psicoanálisis en la perspectiva del *Más Allá del Edipo*, es reinventado por cada analista, uno por uno, haciendo caer la oposición ortodoxia/desviación.

En este caso la serie que constituyen los analistas uno por uno, se impone a la clase.

Por último, el concepto está dotado de un enraizamiento en una espacialidad topológica cuya operación escribe y está dotado de temporalidad entendida como el modo de relación al tiempo lógico en la producción del sujeto.

Retomando lo expuesto, se subraya que lo prevalente que determina la experiencia analítica es el real en juego.

Miller subraya la indicación de Lacan que lo real es una categoría que se autoinvalida y su uso extiende la recusación a las construcciones conceptuales, pero esto, ¿basta para destituir el uso del concepto?

Partimos de la premisa de la disimetría de perspectiva y temporalidad de la articulación entre la teoría y la práctica, que no es del orden de la reduplicación ni de la coalescencia.

Como Miller afirma en *El desencanto del Psicoanálisis* la práctica desborda la teoría.

Con la presentación de la estructura Lacan supera la disyunción teoría/práctica que a su vez es correlativa de la disyunción verdad/real.

Lacan incorpora lo real a la estructura; definiéndose ésta última a partir de lo que hay de simbólico en lo real, lo cual resulta homeomorfo al estatuto del síntoma que lleva lo simbólico a lo real.

La experiencia analítica se desarrolla en una conjunción condicionante con la estructura, de lo que se deduce que la teoría sea teoría de la estructura, haciendo que el concepto quede estrechamente sostenido en el matema analítico.

En el territorio de la metodologías cualitativas, *los criterios de validación* obviamente, han de ser diferentes a la verificación o demostración experimental.

La validación de un conocimiento construido en el campo de las Ciencias Sociales se afirma desde la solidez y la coherencia de las categorías conceptuales que lo nutren y sustentan y su articulación en una red o trama más compleja.

La conceptualización como saber referencial es sustituida por la del inconsciente como saber textual a ser descifrado en el dispositivo analítico.

Dicha sustitución es puesta en serie con la comprobación que hace Freud en virtud de que los relatos de sus pacientes histéricas, víctimas de una temprana experiencia traumática de índole sexual, no referían a un hecho fáctico realmente ocurrido, sino a una fantasía.

De este modo se sustituye también el hecho o el acontecimiento –escena de seducción por el fantasma de seducción–.

De pronto para este relato no hay un referente empírico, sino un fantasma que se articula en la estructura subjetiva de un modo singular. La verificación habremos de efectuarla a través del saber textual.

Si es cierto que un texto, para ser descifrado, requiere ser considerado una respuesta, que un autor ha dado con sus conceptos a las preguntas formuladas por los problemas que él encontró en su quehacer, ese camino –ha de argumentarse–, debe ser inverso al recorrido por su autor.

Del problema encontrado a la formulación de la pregunta a la conclusión de la respuesta, tal debiera ser el pasaje o el circuito.

El Psicoanálisis es una práctica discursiva. Freud avanzó en la conceptualización de la sexualidad humana a partir de la escucha de sus pacientes, adquiriendo relevancia la noción de sexualidad infantil, la organización genital infantil y la premisa universal del pene. Se trata de datos incontrastables que provienen de la clínica. De este modo afirmamos que todos los seres hablantes giran en torno a un referente vacío, que Freud denominó el pene de la madre, y lo ubicó en el centro de la sexualidad humana, bajo el término de Complejo de Castración.Un referente vacío supone reinterrogar el criterio de racionalidad que produce el Psicoanálisis, que plantea una estructura determinada a partir de la articulación de un vacío: estructura agujereada que implica un sistema inconsciente.

El Psicoanálisis establece dentro y fuera de su campo una tensión argumentativa y un debate en torno a la racionalidad.

Freud funda una ciencia a partir del sinsentido de los contenidos oníricos.

El Psicoanálisis y su validación suponen probar que es un dispositivo de discurso que logra, por intermedio de una práctica de lenguaje, modificar las paradójicas condiciones de goce que constituye la subjetividad.

A través del análisis del historial freudiano del pequeño Hans, el autor subraya de qué modo se parte de la premisa que "todos los seres vivos tienen pene" a un forzamiento de los datos sensibles de la percepción, y a la organización de otra realidad por medio del la fantasía.

De este modo la realidad psíquica comandada por la fantasía determina la realidad material tal como la percibe cada persona.

La función del pensamiento articulada a la función del pensamiento erige una cosmovisión para responder a lo que no hay.

La cosmovisión es el modo freudiano de situar en la vida cotidiana una respuesta delirante patrocinada por el lenguaje, como respuesta a la falta estructural que Lacan formaliza con el matema S (A tachada). En consecuencia, la determinación de la referencia introduce un problema en el empleo del lenguaje similar al establecido entre los sexos.

Existe un debate entre Wittgenstein y Russel en torno al referente, que oscila precisamente en la posibilidad de establecer un referente a partir de una proposición.

Así, contrapone aquellas disciplinas que, como las matemáticas, producen una *Demostración* por medio de razonamientos formales (algoritmos), para hallar la Solución al problema mediante la aplicación automática de premisas, a las disciplinas que requieren de una *Argumentación Posible.*

La argumentación –en su oposición a la demostración–, es pertinente donde faltan procedimientos automáticos, obligatorios de resolución, y conlleva una exigencia de

elección, un llamado a la decisión personal para resolver con un procedimiento de remiendo el sentido que cojea por la inconsistencia del lenguaje. La argumentación es necesaria en tanto hay lugar al desacuerdo. La elección se ubica donde no se encuentra un procedimiento formal con garantías de transmisión.

Si bien la argumentación responde a una necesidad lógica, ante el vacío de referente, Jacques Lacan también sitúa en la estructura un más allá de la argumentación que concierne al acto, que implica el goce inaprensible por el lenguaje, aún cuando el lenguaje sea el único medio para cernirlo.

b | Investigar en Psicoanálisis

b1 | Introducción

En *Rudimentos para la investigación en Psicoanálisis* Aníbal Lesserre, psicoanalista argentino, miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, subraya el plural de "Investigaciones" en lugar de "Investigación"; operando de este modo un pasaje de una homogeneidad ficticia a una heterogeneidad razonada.

Es decir, el pasaje de una supuesta homogeneidad sobre un concepto unívoco que denotara la investigación otorgándole sustancia y definiendo del mismo modo su extensión y propiedad; pasaje a la apertura de una heterogeneidad de investigaciones con argumentos que contemplen la particularidad y su adscripción a un dominio discursivo.

La posibilidad de pensar en investigaciones, incluso en tipos de investigaciones en Psicoanálisis, acorde al problema y la pregunta que se formule, va a facilitar las cosas respecto de empezar a pensar cómo podemos investigar.

No es lo mismo, seguramente, investigar sobre un concepto, y hacer un rastreo bibliográfico, que hacer una investigación que intente articular efectos en la experiencia para conceptualizarlo y producir un saber.

Hay que diferenciar esto acorde a los intereses, ya que recortan una pregunta.

En ese sentido, la obra de Sigmund Freud o el propio Seminario de Jacques Lacan pueden ser un paradigma, una articulación donde enseñan y transmiten su investigación. Es una manera, claro, no la única. También una conversación entre pares, quizás pueda ser un laboratorio, etc. Destaco el énfasis en la mutación de "investigación" a su pluralización, como "métodos" e "investigaciones" que destituyen la pretensión de definir un estatuto instituido de Investigación, aplicable de acuerdo a un cánon científico. Y un punto exclusivo de diferenciación en la investigación psicoanalítica.

En la misma línea se sitúa la diferencia entre Investigación científica e Investigar en Psicoanálisis, a partir de una disyunción que Jacques Lacan formuló explícitamente en

el *Seminario XI*, entre los conceptos de búsqueda y encuentro, que guardan continuidad con la disyunción ciencia paradigmática y ciencia crítica.

La operación que implica la pluralización de "investigaciones" destituye una concepción de "la investigación" como respuesta a un Ideal Científico que instituye un cánon, y que Kant lleva a nivel del juicio mediante la figura del Tribunal de la Razón, cara política de la comunidad científica de la época que dictamina sobre lo que corresponde al estatuto de lo científico.

El Psicoanálisis plantea diferencias, los psicoanalistas no están exentos de dar razones de sus conceptos y de su práctica: si bien Freud se toma sus libertades, no es ajeno al Ideal cientificista de un medio, y es lo que le otorga a la producción del discurso psicoanalítico una tensión respecto del discurso de la ciencia.

El Positivismo homologa investigación con descubrimiento; hace el experimento un valor demostrativo del carácter de la ciencia cuyo producto es un saber develado, un saber oculto sacado a la luz que encarna la metáfora de una verdad acequible dada a ver. Se define la investigación sostenida en una intencionalidad del investigador y en el ejercicio de la razón sistemática, que hace de la tarea una profesión por el sesgo del discurso universitario, solidario del discurso de la ciencia.

En este marco, la investigación se formula en un tiempo primero, donde se define previamente las condiciones de una búsqueda que dan consistencia al dominio de discurso que constituye la investigación.

Pluralizar "investigaciones" abre un campo diferencial respecto de la profesión de investigar determinado por un universal aplicado a un campo particular.

Dicha diferencia permite hacer lugar al estilo y a lo singular.

Asimismo, modifica el campo, en tanto que el Psicoanálisis recupera lo que la ciencia rechaza, parafraseando la expresión de A. Cabanchik; "el lado oscuro de la racionalidad clásica".

En lo cual no se trata de reivindicar la irracionalidad, sino que mediante una crítica a la racionalidad arriba a un campo ampliado de la razón, una racionalidad construida desde lo real.

b2 | La precisión del detalle

Lacan recomienda un valor a tener en cuenta en la enseñanza: la simpleza, la simpleza del rasgo (*Seminario X La angustia*).

Jacques-Alain Miller sugiere la sencillez y además ubica en el buen lugar la pretensión de investigar, a nivel de la experiencia analítica.

Si es necesario ser sencillo en los fundamentos del análisis es, porque de otro modo, cuando uno no entiende bien qué pasa utiliza nombres propios como los de Freud o Lacan para tapar las carencias de la cadena demostrativa.

Hay que retomar las cosas en la experiencia misma y ver como los conceptos surgen al nivel mismo de la experiencia.

Pero seguramente siempre de un modo más y más sencillo porque siempre encontramos conceptos.

b3 | A nivel de la experiencia analítica

Lacan dice que el analista es al menos dos; uno el que está implicado en la producción de efectos analítico; y el que luego teoriza sobre ellos.

Esta certera proposición sitúa el trabajo de la investigación en un tiempo segundo; y abre la consideración sobre su relación consecuente o divergente respecto de lo terapéutico; hecho que Freud apuntara oportunamente:

> *"La coincidencia de la investigación y tratamiento en el trabajo analítico es sin duda uno de los títulos de gloria de este último. Sin embargo, la técnica que sirve al segundo se contrapone hasta cierto punto a la de la primera. Mientras el tratamiento de un caso no está cerrado no es bueno elaborarlo científicamente. Componer su edificio pretende colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigirla el interés científico.*
>
> *El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de éste; por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede como el azar y se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas: Para el analista la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades; en no especular ni cavilar mientras se analiza y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar, sólo después de concluido el análisis.*
>
> *Sería irrelevante distinguir entre ambas actitudes si ya poseyéramos todos los conocimientos, o al menos, los esenciales, que el trabajo analítico es capaz de brindarnos sobre la psicología de lo inconsciente, y sobre la estructura de la neurosis. Hoy estamos muy lejos de esa meta, y no debemos cerrarnos los caminos que nos permitirían reexaminar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo." (Conferencia de Introducción al Psicoanálisis – 6° Conferencia "Premisas y Técnicas de Interpretación" S. Freud).*

En relación a la experiencia de la investigación en clínica psicoanalítica, se verifica que es posible la presentación y aprehensión de un caso o de un fragmento clínico en un tiempo segundo, respecto del acto analítico; es decir cuando ha habido un tiempo de concluir, una escansión donde un real ha pasado, y opera un espacio de inscripción necesario par una escritura.

b4 | Recorrido y hallazgo

El punto de partida de una investigación es un espacio de no saber enmarcado en un saber.

El punto de llegada es el hallazgo, respecto del cual también opera un tiempo segundo; en tanto hallazgo de lo que ahí ya estaba.

Se presenta la hipótesis que investigar el Psicoanálisis es correlativo de la operación que escribe el discurso del Psicoanálisis que lleva el objeto a al lugar de agente y el saber al lugar de la verdad.

En la investigación se trata de la invención de un saber nuevo como producto, a partir de lo que allí ya de alguna manera estaba condición, a través de cernir el real que le es propio al Psicoanálisis.

Asimismo, ello incluye el sujeto en su implicación en el campo, y el saber llevado a su límite, extremando el límite del discurso; lo cual deviene de la misma lógica que aquella que habita la experiencia analítica.

De lo anterior se deducen tres cuestiones relevantes:

1-El deseo del analista es la función que estructura y determina el campo.

2-Llevar el saber al lugar de la verdad contempla el interés del Psicoanálisis por la causa, en tanto causa material.

3-La operación de producción de un saber nuevo respecto de lo que ya estaba en la estructura como condición anticipada, supone una operación respecto del tiempo, o los tiempos que remiten al sujeto en su función de advenimiento.

b5 | Sobre la Argumentación

Partir del axioma lacaniano "no hay metalenguaje", entendido éste como un más allá del lenguaje que habilitaría un saber sobre un saber, o un decir sobre un decir. Dicho en términos lacanianos "no hay Otro del Otro" que pudiera dar garantías de un sistema cerrado, consistente o absoluto.

En consecuencia, toda formulación sea epistemológica, lógica o metodológica planteada como metalenguaje participa de una operación reduccionista objetivante del lenguaje que seguramente tropieza con la inconsistencia del sistema.

En el campo del Psicoanálisis, la estructura implica la articulación de la función de la falta.

El Psicoanálisis parte de la condición de inconsistencia del lenguaje, afectado por una falta primordial de un significante original que pudiera sostener el conjunto, que inscribe la falta de significante como lugar posible de inscripción de otros significantes, es decir, instala la necesidad lógica de discurso. En otros términos, porque no hay "todo decir" hay discurso posible y contingente.

El Psicoanálisis señala el "lado oscuro" de la racionalidad clásica, no con el objeto de reivindicar los derechos de la irracionalidad, sino con el compromiso de reintroducir en nuestra consideración lo rechazado por ella.

El resultado es una crítica de una concepción imaginaria y aún delirante de la razón a favor de una racionalidad real.

Desde esta perspectiva es necesario reparar en una operación por la que se anuda subjetividad, sexualidad y lenguaje: la constitución del sujeto y su acceso al orden sexual supone la dimensión del ser hablante.

El Psicoanálisis implica un dispositivo de discurso que logra por una práctica de lenguaje incidir y modificar las condiciones de goce que conlleva paradojalmente todo sujeto, que es posible hallar en la base de todo síntoma o sufrimiento psíquico que motiva una demanda posible de análisis.

El camino que inaugura Freud a través de su práctica clínica le permite extraer y establecer una serie de datos y premisas incontrastables, por ejemplo cuando elabora su teoría de la seducción para dar cuenta de la etimología del síntoma histérico, en una serie de sustituciones de categorías conceptuales que se transcribe a continuación:

Realidad unívoca	——————————>	Realidad psíquica
Referente material	——————————>	Referente fantasmático
Saber ligado a un Referente fáctico	——————————>	Escansión de la verdad en el lenguaje
Saber referencial	——————————>	Saber textual
Lenguaje representación	——————————>	Lenguaje articulado en la estructura

b6 | Investigación, demostración y transmisión

Investigación, demostración y transmisión son tres elementos articulables.

Jacques-Alain Miller indica que no habría prueba de la capacitación que verificaría el psicoanalista, en tanto el análisis pertenece al orden privado, y por otra parte, la interpretación situable por sus efectos, no es la culminación del Psicoanálisis.

Responde a ello que el único testimonio que verificaría un análisis es el de un analizante postransferencia, pero que quisiera servir aún a la causa del Psicoanálisis. Subraya que "el testimonio del analista es el núcleo de la enseñanza del Psicoanálisis, en tanto que éste responde a la pregunta de saber qué es lo que puede transmitirse al público de una experiencia esencialmente privada". Por otra parte, sitúa que el ideal de esa enseñanza es el *materma*, que debe ser demostrativa, para todos, y ahí es donde el Psicoanálisis se encuentra con la Universidad.

Que el analista sea analizado es una premisa de Freud que Lacan radicaliza. El análisis es también una condición para investigar en Psicoanálisis.

Una investigación supone un ordenamiento y transmisión de los resultados. Esto mismo materializa el marco y las condiciones de la investigación, como marco de la elaboración colectiva de la comunidad de analistas, en realidad a partir de la posición respecto de la tarea se trata más bien de una comunidad de analizantes, sostenida en una transferencia de trabajo, que orientan los nombres de Freud y Lacan.

Comunidad de analizantes que permite la circulación del saber expuesto, e inscribe la necesidad de demostración, ante un auditorio que se instala como Otro.

En esta dirección Miller sitúa el Seminario de Lacan como un dispositivo de enseñanza e investigación.

c | Metodología, muestra, instrumentos. Análisis de datos

El presente apartado muestra fundamentalmente la construcción de un estudio de tipo descriptivo por las finalidades que intenta alcanzar y de tipo exploratorio de acuerdo al estado de conocimientos previos acerca de la investigación efectuada.

La metodología empleada en esta comunicación fue de carácter cualitativo. Este tipo de metodología me permitió abordar el campo de las significaciones del sujeto, dimensión discursiva que puede captarse mediante este tipo de redes lógicas, a la vez que se construyen matrices siguiendo perspectivas semióticas.

Si bien esta investigación utilizó metodología cualitativa, la validación total de los resultados logrados deberá ser analizada posteriormente desde técnicas cuantitativas, como el cálculo de coeficientes de correlación y estadísticas exploratorias.

Se realizó un muestreo determinístico por cuotas, correspondiendo las cuotas a personas portadoras del virus HIV que se encuentran en tratamiento en las unidades hospitalarias seleccionadas. Se tomaron 60 sujetos, consignándose Sexo, Educación y Nivel Educacional. Se seleccionaron 30 sujetos no adherentes al tratamiento (NA) y 30 sujetos adherentes (A) al tratamiento, pertenecientes a la siguientes instituciones:

- Hospital Piñero.
- Hospital Muñiz.
- Hospital Borda.
- Hospital Rivadavia.

Para la selección de los sujetos participantes se obtuvo la colaboración de los Jefes de Servicio de dichas instituciones hospitalarias, quienes a su vez le informaron a los participantes de la investigación, la finalidad y los objetivos del estudio, solicitándose su conformidad.

El criterio de inclusión utilizado fue sencillo y práctico a la vez: encontrarse en un tratamiento del tipo especificado al menos con tres meses de aplicación y aceptar afirmativamente la propuesta de consentimiento informado.

En relación al Instrumento utilizado se aplicó un formulario donde el sujeto fue informado de los objetivos de la presente investigación y se dejó un espacio para que rubrique su consentimiento informado.

Se aplicó un cuestionario previo donde se completó una ficha demográfica, indicando sexo, edad, años que han pasado desde el diagnóstico de su enfermedad, y dos preguntas relacionadas a su condición de adherente o no adherente al tratamiento antirretroviral Se aplicaron entrevistas abiertas focalizadas para indagar sobre las significaciones que las personas le otorgan a su enfermedad.

En relación al Análisis de Datos, las entrevistas focalizadas aplicadas fueron sometidas a un análisis de contenido donde el material discursivo fue contrastado con una matriz elaborada por el autor de la presente investigación, que contuvo las diversas significaciones posibles de ser halladas de acuerdo al marco de la teoría lacaniana de la constitución subjetiva.

Las matrices fueron realizadas de acuerdo a la técnica propuesta por Greimas quien ubica los campos de significación en ejes de coordenadas, ubicándose en los polos los nudos semánticos.

La cantidad de coordenadas presentadas fueron cuatro, y permitieron ubicar cuantitativamente las significaciones de los sujetos en torno a sus ejes.

De este modo las entrevistas produjeron cantidades de significaciones.

A partir de este párrafo se incluyen los aportes teóricos de Jorge Assef, quien ha colaborado en la investigación acerca de la temática "Adherencia al tratamiento". Los mismos se encuentran entre las páginas 101 a 107 de esta edición.

Las significaciones condujeron así a una distribución de frecuencias (por categoría de significación) que agrupó los resultados y permitió presentarlos para una inspección exploratoria. A su vez, ello permitió utilizar los aportes semióticos para el estudio de la

significación, de acuerdo a A.J. Greimas y la llamada Escuela de París, quienes realizaron una serie de aportes diferentes pero todos ellos fundados en el binarismo, la lingüística, la sociología y la etnología. El proyecto greimasiano propone una una teoría de la significación centrada en un enfoque lingüístico.

Conjuntamente con los aportes de Saussure y de Hjelmsley, afirma a los conceptos que hace actuar como pares de opuestos (lengua/habla, significante/significado, sistema/proceso) como así también la idea fundamental según la cual todo sistema de significación es de naturaleza relacional.

Por otro lado, Greimas también se nutre de la sociología de Levi-Strauss, heredera de las lecciones metodológicas y epistemológicas de la Escuela de Praga (Trubetzkoy, Jakobson), al tiempo que la semiología social de Barthes, le proporcionan la posibilidad de teorizar en términos binarios y estructurales la homología entre la lengua y los campos socio-culturales.

Se puede decir que el proyecto greinmasiano es un proyecto fundador, ya que se propone construir una teoría de la significación sobre la base de una configuración de rasgos lo más simples posibles, el cuadrado semiótico, en una óptica generativa.

Mediante expansiones sucesivas, este modelo permite dar cuenta, mediante una serie limitada de conversiones de niveles, de la manifestación de todos los discursos en un sistema de signos cualquiera. La idea directriz, común a todo el estructuralismo, es que sólo la forma de las relaciones es susceptible de una descripción científica

El cuadrado semiótico es la base teórica sobre la que se edifica la semiótica greimassiana y esta planteado a nivel de estructura elemental de la significación. Se funda en las operaciones más simples de la mente que son la negación y la aserción, gracias a las cuales se formaliza la relación de presuposición recíproca (copresencia) que los términos primitivos de una misma categoría semántica mantienen. Es el modelo constitucional de esta teoría.

En principio, se toman intuitivamente dos términos, S_1 y S_2, como pertenecientes a una misma categoría semántica (por ejemplo, S_1=masculino y S_2=femenino para la categoría del género).

De acuerdo con el planteo estructuralista, la relación entre estos dos términos no podrían ser el resultado de lo que son substancialmente, sino de la o las relaciones que contraen y que es conveniente definir. Esta relación debe constituirse como relación de presuposición recíproca mediante vías lógico-semánticas (masculino sólo tiene sentido en relación a femenino y recíprocamente).

Para ello se procede de la siguiente manera:

Partiendo de S_1, supuesto dado, se produce por negación su contradictorio no-S_1 (no masculino por ejemplo), que es un término que no puede coexistir con S_1. Seguidamente

se asevera no-S_1, actualizando así una relación de implicación que produce un nuevo término S_2 (femenino), que mantiene con S_1 la relación de contrariedad.

Partiendo de S_2 se procede de la misma manera: S_2 = femenino, no S_2 = no femenino, S_1 = masculino

Entonces se afirma que los términos S_1 y S2 constituyen una categoría semántica, es decir una relación de la estructura elemental de la significación representada por el cuadrado semiótico que reúne a los dos recorridos simétricos.

En la teoría greimassiana se considera que este esquema binario, extremadamente poderoso, permite indexar todas las relaciones diferenciales que discriminan todo efecto de sentido y se lo califica como esquema constitucional para indicar que su proliferación permitiría escribir las significaciones más complejas.

Así en una etapa o trabajo de investigación cualitativa, debe tratarse la información, a partir del análisis del discurso.

Este trabajo resulta imprescindible a los fines de desglosar y analizar cuidadosamente lo expresado por los entrevistados sobre la temática de interés. Ello permitirá identificar y describir la conformación de las actitudes en todos lo niveles del discurso, tanto el de superficie como el más profundo.

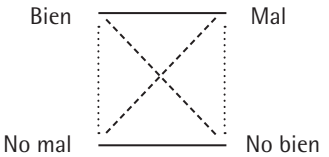
En el nivel profundo se encuentran las unidades mínimas de significación a las que remite un discurso; son los llamados semas. Los semas son unidades generales de significación que solo serán puestas en contexto y especificadas en un nivel más superficial al que se aludirá más adelante.

En el nivel profundo se articula el eje fundamental de significación de manera que los semas se presentan como armando una polaridad de opuestos, por ejemplo:

Bien ——————— Mal

El discurso sobre un determinado tema, como por ejemplo la religión, puede remitir (en una instancia de análisis) al eje de significación constituido por los semas *bien y mal.* Ahora bien, la oposición inicial de dichas instancias mínimas de significación puede ser complementada, ya que por negación de sus componentes se obtienen dos unidades de significación:

——— Relaciones de contrariedad
····· Relaciones de complementariedad
------- Relaciones de contradicción



Las relaciones de contrariedad se establecen entre los semas bien y mal, es decir son contrarios. Las relaciones de complementariedad se establecen entre los semas *no bien y mal y no mal y bien,* ya que, sin ser exactamente los mismo, remite al mismo lado del cuadrado, es decir se complementan. Por último, las relaciones de contradicción se establecen entre los semas *no bien y bien y no mal y mal.* Es decir, algo ni puede ser bueno y no bueno al mismo tiempo.

Queda constituido el Cuadrado Semiótico denominado por Greimas. El mismo se presenta como un dispositivo de análisis de los niveles profundos de la significación de un discurso.

Con todos los estudios precedentes, llego a la construcción del analisis del discurso de los sujetos entrevistados.

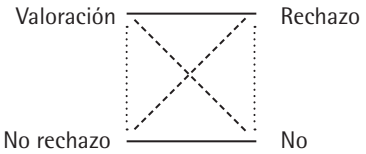
De acuerdo a los datos obtenidos en el *corpus* disponible, se consideraron en los discursos presentados las significaciones otorgadas a la enfermedad por parte de los sujetos que conviven con el virus HIV, específicamente de su actitud hacia la misma. A partir de las recurrencias sémicas, se organizó un cuadrado semiótico siguiendo la perspectiva semionarrativa greimasiana de abordaje discursivo. El cuadrado sistematiza posiciones diversas y recorridos preestablecidos a partir de las iteraciones indicativas de la consolidación del sentido en un texto determinado.

De esta forma se estructuran las relaciones que organizan el universo semántico representado, así como se reconocen posiciones de sentido virtuales. Es pertinente aclarar que las posiciones del cuadrado no provienen de lexemas, presentes como tales, sino de semas que subyacen en el discurso. De tal forma, su manifestación en la superficie textual puede provenir de un término, de un conjunto de ellos, de una frase. (Los lexemas son los términos que aparecen en la superficie textual, las voces de diccionario).

A su vez, en un nivel de mayor profundidad, los semas son aquellos rasgos o átomos semánticos de los que consta el contenido de un lexema.

Primeramente, se estableció un eje semántico en el cual cada una de las dos posiciones presentadas presupusiera a la otra, en una relación de contrariedad. Gráficamente, una línea horizontal reúne dos posiciones constituidas por los términos extremos. Las significaciones otorgadas a la enfermedad por parte de los sujetos fueron definidas a partir del eje semántico valoración vs. rechazo como términos opuestos.

A su vez, se contempló otra relación posible entre estos términos extremos, relación de contradicción que, como tal, parte de una negación de los términos anteriormente establecidos. De esta forma, la valoración establece una relación contradictoria con la no valoración, así como el rechazo la establece con respecto al no rechazo. Estas dos nuevas posiciones se colocan en dirección oblicua opuesta con respecto al término de referencia. De esta forma, gráficamente se organizan como:



Tal como se desprende de este dispositivo, una línea vertical determina la relación de complementariedad entre *valoración y no rechazo*, así como entre *rechazo y no valoración*. En síntesis, el cuadrado semiótico organiza cuatro posiciones relacionadas de tres maneras: según la relación de contrariedad horizontal; según la relación de contradicción, correspondiente a la línea oblicua y a partir de la negación; según la relación de complementariedad, en dirección vertical.

Estas relaciones son indicativas de la rentabilidad de este dispositivo, en la reorganización de las recurrencias deudoras de cada posición.

En el *corpus* que nos ocupa, la categoría fundamental que conjuga valoración y rechazo resulta de la actitud que revelan los pacientes portadores. Hemos obviado aquellos aspectos que, en sus coincidencias, impiden contrastar orientaciones de sentido diversas. De esta forma, la circunstancia que implica el conocimiento del contagio, ha sido evaluada desde el propio discurso de los interpelados de forma divergente.

Por un lado, la valoración supone una concepción eufórica de una situación concebida como transformación, un aprovechamiento de la circunstancia presentada. Optimización, provecho, ventaja, comparten con la valoración el sema que orienta positivamente la actitud considerada:

el HIV me hizo abrir los ojos
con el HIV comencé a salir
antes mi sexualidad me manejaba, ahora yo la manejo a ella

Esta perspectiva, signada por un querer-hacer, es extensible a la consideración de la medicación:

si empecé el cocktail es porque sabía que era efectivo

El contagio es concebido como oportunidad para un cambio que no implica necesariamente a la enfermedad. Así, la enfermedad es considerada en el marco de un programa que tiene como destinación última al propio sujeto y su vinculación consigo

mismo, con su proyecto propio, sus valores. En este marco, se acentúa el carácter de la resolución con respecto al tratamiento así como su continuidad en el tiempo:

nunca lo dejé
lo empecé a tomar inmediatamente

De esta forma, no es la enfermedad en sí lo que tiene una valoración positiva sino la transformación que la misma posibilita. Es así como, remitiendo a una isotopía (es la iteración, la repetición de una misma unidad de sentido a lo largo de un texto), se la identifica con la vida (como opuesta a muerte) en tanto la enfermedad no constituiría una amenaza para la vida sino una redefinición de la misma. En este marco, la medicación actúa a modo de ayudante en un horizonte de cambios que excede a la enfermedad.

En el extremo opuesto, en relación de contrariedad, el rechazo participa de la constelación sémica que reúne la resistencia, el repudio, el desecho, la no aceptación de una situación que en ocasiones aparece igualmente signada por la culpa y por el estigma social. Se manifiesta ésta como una posición radicalizada del sujeto quien, en una consideración polarizada por los opuestos vida/muerte, evalúa negativamente tal circunstancia, remitiendo al segundo de ellos:

prefiero suicidarme a seguir
tengo una marca, un cartel puesto
es ir al cajón seguro, ya estoy condenado

Un querer no hacer define así al sujeto, la actitud es extensible a la medicación que opera, según un desplazamiento metonímico, como recuerdo de la enfermedad –como parte de ella– y no como su oponente:

te marca como sidótico más que el virus
no sirve de nada, es la muerte sí o sí

Las posiciones del cuadrado definibles según las relaciones de contradicción con respecto a la categoría indicada, asumen a su vez su propia nominación según las recurrencias sémicas implicadas. De esta forma, a la no valoración corresponde la clasificación de inercia, en tanto el no rechazo es identificable con la resignación.

En lo que respecta a la primera de ellas, la inercia (no valoración) conlleva los semas de inacción, impasibilidad. Como tal supone una resistencia pasiva –un no querer hacer–,

en tanto es definida por negación (no preferencia, no inclinación, no conmoción). Implica la actitud que no radicaliza el repudio, sino que acentúa la existencia de la enfermedad en tanto exterioridad que lo atraviesa y condiciona, sin que el sujeto pueda oponer un programa inverso.

La enfermedad es reconocida como un destinador con respecto al cual el sujeto no puede ejecutar su performance:

que se pudra todo y listo
es más de lo mismo y ahora peor
no sé qué va a pasar pero no lo pienso

En el marco de la inacción, la medicación no es rechazada sino simplemente no incluida como hacer. La remisión al olvido, al descuido u omisión, es recurrente en estos casos:

nunca la tomé, no sé por qué, no me acuerdo
no me molesta pero me olvido
me olvido, qué sé yo, igual ¿para qué?

Por su parte, la resignación (no rechazo), supone como tal una parcial aceptación –un no querer no hacer– en términos de conformidad o sumisión, actitud que la aleja del optimismo transformador de la valoración:

prefiero tener esto a otras enfermedades o discapacidades
para mí es una enfermedad más, como cualquiera

Esta posición conlleva una abdicación, una renuncia al hacer propio que delega en otro, reconocido como superior. Intervienen así otros sujetos (identificados con la medicina, la salud) concebidos como ayudantes:

Así empecé a hacer terapia e información de pareja e individual
me hicieron mucho bien acá (en el Hospital Rawson)

remiten a una cesión de voluntad a favor de otros sujetos, generalmente ubicados en un marco de asimetría pedagógica:

todo se fue aclarando cuando encontré información y con el médico

En lo que respecta a la medicación, se acentúa la voluntad de continuidad, incluso a lo largo de diferentes intentos, en una aceptación de las pautas propuestas:

nunca me olvidé de tomarlo
sólo una vez me olvidé de tomar las pastillas
desearía no tomarlo pero me permite estar viva no
es lo ideal pero estoy bien gracias a ellas

De esta forma, es posible identificar cuatro posiciones que remiten a otras tantas actitudes nominables como:

Valoración
Rechazo
Resignación
Inercia

Estos extremos propician la caracterización de cuatro sujetos, identificados con las iteraciones sémicas señaladas precedentemente.

d | Particularidades de la investigación en el aspecto psiquiátrico

Podrían considerarse cinco factores en la eventual producción psiquiátrica del enfermo HIV:

a La estructura clínica del sujeto.

b Las condiciones psicosociales de la enfermedad.

c El ataque cerebral ejercido por el mismo HIV (neurotropismo).

d Las infecciones oportunistas y los tumores del cerebro.

e La toxicomanía.

f Los llamados fenómenos de adherencia al tratamiento.

La estructura clínica opera como plataforma decisiva en el complejo HIV-Sida. Esta provoca una llamada clínica de la separación subjetiva en el momento de la seroconversión: matices diferentes en un sujeto neurótico, psicótico o perverso. Respondiendo de tal manera, de acuerdo a la estructura en primer lugar; luego se agregarán otros factores concurrentes.

Los condicionantes psicosociales de la infección HIV son, en líneas generales, de gran impacto: desde la discriminación laboral o escolar (como la señalamos en nuestro Estudios de casos –apartado de Sida con niños–), hasta el rechazo a la cobertura en sistemas de seguro médico. Su dimensión puede llegar a comandar el estatuto psicológico-psiquiátrico de un paciente *HIV-psychosocial distress* (tal como ha sido descripto en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* –DSMIV–). Las infecciones oportunistas del encéfalo como la toxoplasmosis cerebral, meningitis criptococócica, la leucoencefalopatía multifocal progresiva, así como los linfomas primarios del cerebro pueden estar en la base de cuadros psiquiátricos que no se discriminen fácilmente de procesos funcionales (no orgánicos), salvo por las manifestaciones de alteración sensorio, daño neurológico de foco o síndrome meníngeo.

La eclosión del complejo HIV-Sida puede estructurarse en tres campos posibles: biológico, psicológico y social. El infectado asintomático puede presentar en el nivel biológico, su cerebro invadido por el virus, ya en temprana fase del proceso y la afinidad del virus del Sida por el tejido nervioso, es tan considerable como la que posee por el sistema inmunológico. En algunos portadores, el brutal impacto encefálico HIV obstaculiza la vida cotidiana, deteriorándose precozmente las funciones superiores del cerebro: memoria, capacidad de concentración, visuoconstruccionalidad y flexibilidad psicomotora; es decir las habilidades cognitivas del sujeto.

En el año 1987, Igor Grant encontró por primera vez estas anormalidades precoces, confirmadas por mapeos neurocerebrales. Este descubrimiento, denominado Desorden Neuro-cognitivo, y publicado en *The Neuropsychiatry of Inmunodeficency Virus,* provocó grandes conflictos que se extendieron desde la noticia descubierta (un deterioro cerebral progresivo temprano y degradante) al área social: como resultado muchos portadores comenzaron a ser cuestionados en sus lugares de trabajo, incluso dejados cesantes de su actividad laboral, puesto que se consideraba que su ¨rendimiento¨ cerebral no era el apropiado para las tareas complejas.

"Las manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad HIV, se caracterizan por simular cuadros clínicos clásicos: demencia, delirio, depresión. Se debe realizar un esfuerzo diagnóstico para discriminar entre procesos psicológicos "puros" o funcionales y los desórdenes mentales orgánicos (DSM-IV). En estos últimos, el síndrome psiquiátrico se

vincula a la invasión del mismo HIV a las estructuras del cerebro. Muchas veces, en un paciente HIV se presentan manifestaciones psicológicas funcionales como ansiedad o depresión, siendo difícil su categorización diagnóstica, ya que también pueden formar parte del cortejo del cuadro de delirium o del letargo de la encefalopatía HIV-I o Complejo Demencial del Sida. Mayor complicación aparece cuando estos mismos síntomas –la agitación por ejemplo– tienen como base una infección oportunista del cerebro, como la toxoplasmosis, la criptococosis meníngena, un linfoma primario del encéfalo o los frecuentes desórdenes de metabólicos o hidroelectrolíticos de los pacientes con Sida. Aquí las neuroimágenes como la tomografía axial computada o la resonancia magnética nuclear del cerebro, son decisivas para establecer el diagnóstico" (Zirulnik. *Vertex* 11). Nuestro propósito en este trabajo es que deben ser considerados con absoluto rigor las precisiones psiquiátricas y nuestros aportes a la clínica del diagnóstico diferencial harán posible una eficacia que se articulará con el médico psiquiatra. Creemos, sin embargo, que las consideraciones de las neurociencias no deben exceder a esta investigación que intenta realizar aportes en el área de la terapeútica analítica.

Un capítulo aparte dentro de este ítem, son los llamados fenómenos de adherencia.

La adherencia, término ambiguo que refiere al cumplimiento sistemático y permanente del tratamiento prescrito, fue uno de temas centrales de la XII Conferencia Mundial sobre HIV-Sida. Se trata de un problema que, por defecto, reinstala al sujeto que vive con HIV-Sida en el centro de una escena dominada por drogas, reactivos, aparatos, estadísticas, análisis de costos, cualquier otra escena vivida como intrusión de parte del afectado. Pero la ecuación personal es simple: si el sujeto no sostiene el tratamiento indicado por el médico, la terapia fracasa. Traducido este argumento en estadísticas, se necesita más de un noventa por ciento de adherencia para que las multiterapias resulten eficaces.

El sistema médico inmediatamente interroga al Psicoanálisis ¿por qué una persona en riesgo de deterioro y muerte no sostiene los horarios, condiciones y cantidades de ingesta de una terapia que puede salvarla?

Más de ciento cincuenta trabajos presentados a la Conferencia Internacional precedentemente citada, aparecen como un primer intento de enfrentar el problema. Sin embargo, las respuestas son escasas.

Por una parte, trabajos de EE.UU. basados en corrientes psicoterapeúticas cognitivistas muestran estadísticas construidas sobre variables tales como raza, nacionalidad, género, grupo étareo o situación socioeconómica, para arribar a conclusiones inevitables y hasta parecidas a trabalenguas: no adhiere quien no tiene adherencia.

Otras presentaciones, cercanas al Psicoanálisis, no lograron sustraerse a un error fundante de la relación entre psicoanalistas y Sida: la existencia de un cuadro patológico específico, es decir, el sujeto atravesado con un virus.

De allí continúa derivándose, múltiples reflexiones anudadas a un tronco común: la "complicidad" entre el sujeto y el virus al influjo de la pulsión tanática. Su infección, la

evolución de su enfermedad y su no-adherencia, resultarían episodios de una repetida activación de la pulsión de muerte. En consecuencia, la acción del analista estaría permanentemente condicionada por las tensiones y obstáculos constitutivos que ofrecer el concepto de pulsión. Lo que debe ser el material central de todo abordaje psicoanalítico ante la demanda de una persona afectada, es desechado como obstáculo.

Así sucede con su forma de obtener placer, su imagen corporal, su inserción en un contexto de discriminación colectiva e institucional, la amenaza siempre presente de aislamiento familiar laboral y social, el sesgo persecutorio de los interrogatorios "terapéuticos" que soportan los analizantes, el abismo que separa el estado asintomático de las etapas de enfermedad, pero también de las vivencias que acompañan a los efectos secundarios de las multiterapias.

Más allá de los enfoques, el escaso espacio que las instituciones de salud habilitan para el Psicoanálisis, dificulta la percepción de la dialéctica de la adherencia.

La relación de la persona afectada con su enfermedad, con su cuerpo, con las prácticas terapéuticas y el ámbito de la salud, no se define en el momento de la prescripción sino a lo largo de un proceso que se inicia antes de la infección por HIV y se prolonga durante toda su vida.

En este marco, que parte de sostener que la posesión del HIV-Sida no define un cuadro anímico especial en la persona que se presenta o es derivada a consulta, intento (como lo hice a lo largo de esta comunicación) continuar reconociendo los momentos significativos del proceso y brindar una posible operatoria psicoanalítica para mejor resultado en salud del analizante.

Es de esperar que el anuncio de la seropositividad, la toma de conocimiento de que la infección por HIV se produjo, aparezca enmarcada en una situación crítica en la que se activen tanto problemas emocionales previos como situaciones no resueltas de la vida actual del afectado.

En esta situación, los aspectos actuales de la vida de un sujeto que convive con el virus HIV, se dimensionan y cobran una relativa especificidad, de acuerdo al momento de la infección en que se encuentra, su inscripción en el servicio de salud y el área profesional que lo asiste.

Para precisar, existen marcadas diferencias entre:

1 - El momento en que el afectado recibe la propuesta de hacerse el test de anticuerpos.

2 - El momento en que recibe el resultado.

3 - El de la espera de un diagnóstico más preciso sobre su infección (CD4, carga viral).

4 - El de la instalación de un tratamiento (bi o multiterapia, medicación preventiva) o el cambio de drogas.

5 - La aparición de efectos secundarios de las drogas.

6 - El de la aparición de la primera enfermedad "marcadora" (oportunista o no).

7 - La instalación de enfermedades crónicas.

A los efectos de considerar el imaginario, tanto del sujeto como así también, el de sus allegados y el de los profesionales intervinientes, desde el momento en que alguien queda inscripto como un sujeto que convive con HIV, el semblante de un "futuro deterioro físico" se instala prejuiciosamente en la escena y actúa condicionando respuestas que se provocan, sea cual sea la situación de la realidad del sujeto, en cuanto a evolución diagnóstica se refiera. Así, para definir la posible intervención de un profesional de la salud mental ante la detección del HIV en una persona, debemos considerar cada uno de estos momentos en su previsible carácter de acontecimiento para esa sujeto, ya que en cada uno el requerimiento es diferente.

1 - La prescripción del test de anticuerpos instala el compromiso de entrega de resultado a quien lo solicita, sea positivo o negativo. Considerando que en los casos de primoinfección la decisión es inmediata, la intervención posible es para evaluar el estado emocional del sujeto y sus posibilidades de enfrentar el resultado.

2 - Si el resultado es negativo, estamos frente a una de las situaciones privilegiadas para que el sujeto incorpore conductas que podríamos llamar de carácter preventivo, desde el lugar de la ética del analista.

3 - Si el resultado es positivo, estamos frente a una de las situaciones críticas en la infección por HIV. Es posible que se potencien todas las "asignaturas pendientes" del sujeto confrontada a un quiebre en su imaginario proyecto de vida. Vacilación fantasmática brutal, aún a sabiendas de una medicación que mantenga a raya al virus, pero que nunca lo "expulse" de su cuerpo.

4 - Tanto los recuentos de CD4 como de carga viral vienen a sancionar en lo simbólico aquello de lo que el cuerpo aún puede no dar cuenta. En efecto, estos indicadores pueden definir un deterioro importante del sistema inmunitario a pesar de que este deterioro pueda no haberse traducido en síntomas corporales. El "tiempo del virus" y la esperanza de vida se configuran desde este momento como una díada inseparable, a la vez que una contradicción constante en las esperanzas e ilusiones del sujeto. Este último argumento se consolida desde la dimensión imaginaria.

5 - El primer tratamiento médico y analítico completa la matriz sobre la que va a desarrollarse la adherencia durante la vida del paciente. Los fracasos, casi siempre ligados a alteraciones en los ciclos o la modalidad de ingesta de la medicación, o en la alteración de las dosis establecidas, suelen ser explicado por los profesionales por la vida "irregular" del sujeto que convive con el HIV o por la disciplina que requiere la ingesta sistemática de las drogas prescriptas. Sin embargo, junto a estos factores,

cobra especial importancia la significación que el paciente atribuye a esta ingesta. El tratamiento, que para el médico aparece como una estrategia de salud, de ataque al virus y freno a la infección, para el sujeto que convive con el virus, puede significar un sentido particular asignado a su nueva realidad biológica, atravesada desde este lugar, por lo imaginario como dimensión psíquica.

6 - El compromiso establecido se pone a prueba de inmediato y a lo largo de la cronicidad de la infección. Algunas investigaciones parecen mostrar que los olvidos o cualquier otra alteración de la toma de medicamentos, tienen una relativa independencia de la evolución del paciente. Un estudio comisionado por el CPS (Servicio de Prescripción de la Comunidad) de los EEUU, indica que "los pacientes aparentemente más saludables tienden a una menor adherencia, en tanto otros estudios señalan que la discontinuidad de la ingesta es una respuesta bastante habitual ante la aparición de efectos secundarios de las drogas". De todos modos, interiorizar al sujeto de los malestares posibles y elaborar con él cómo va a significar estos estados parece ser la vía de abordaje al problema. Suponer que si no se le anticipa "no va a somatizar" es tan manipulador como ilusorio. El sujeto en sucesivas identificaciones con otras personas que asimismo, conviven con el virus de HIV, lo procesará a su modo, pero en un marco de desconfianza hacia quienes lo tratan.

7 - La aparición de la enfermedad llamada marcadora, viene a figurar por primera vez en el nivel corporal, aquello que el sujeto tiene referencia sólo por porcentajes en un formulario de análisis, prospecto del medicamento administrado o imaginario construido. Esto tiene un carácter de vivencia subjetiva relacionado o no con su inmunodeficiencia progresiva.

8 - La instalación de enfermedades recurrentes y/o crónicas presentifican el tema de la muerte y la imaginariza como etapa del proceso de la infección por HIV. Su irrupción resulta confirmatoria de todos los fantasmas con que fueron configurando al Sida como enfermedad tanto al sujeto como su entorno familiar y social y los profesionales intervinientes. Una mayor información sobre los últimos avances en las terapias a pacientes con HIV-Sida, puede aportarnos elementos para complementar un trabajo de deconstrucción de la falsa ecuación *Sida igual muerte.* Si bien este es el marco general, en cada sujeto, cada enfermedad será significada en forma diferente y resuelta en lo psíquico. Esta síntesis no deja de ser parcial, ya que en el mismo proceso debería analizarse qué le ocurre al equipo de salud y cómo incide en el resultado final. La temática del *Burn-Out* es la que concierne a este punto, el cual no voy a desarrollar en el presente trabajo, pero que tiene una evidencia específica en la clínica y en relación a la contratransferencia.

Sí, deseo enfatizar las evidencias clínicas de la adherencia o no adherencia a un tratamiento analítico, administrado a sujetos que conviven con el virus de HIV.

Dos son los grandes obstáculos que convocan a los agentes de salud: uno es la prevención del contagio, y otro la no adherencia al tratamiento.

Con respecto al primero, ya he afirmado que la prevención para el Psicoanálisis, tiene un obstáculo en sí mismo, puesto que la condición de goce de cada sujeto es imposible prever por estructura y por singularidad.

En cuanto a la no adherencia al tratamiento, la terapia antirretroviral ha sido demostrada como efectiva para el tratamiento del virus de inmunoinsuficiencia adquirida al disminuir la velocidad de replicación del virus, evitando las resistencias cruzadas y disminuyendo los valores tóxicos que producen efectos secundarios. Sin embargo, la eficacia de la terapia antirretroviral puede ser obstaculizada por una subóptima adherencia al tratamiento. En este sentido, se ha establecido que la adherencia al tratamiento antirretroviral para el HIV es esencial para sostener la supresión viral y prevenir la resistencia a la droga. Es decir, que si se abandona o interrumpe el tratamiento, por determinado tiempo, el virus muta su constitución genética, adoptando características particulares que lo hacen resistentes a la medicación administrada. Asimismo, no hay muchas posibilidades de combinar las drogas del tratamiento, por lo que la cantidad de sustancias disponibles disminuye a medida que la interrumpción a la medicación se produce.

El concepto de adherencia se refiere al conjunto de conductas que el sujeto adopta con respecto a su tratamiento farmacológico, que podríamos hacer extensivo, sin establecer extrapolación de concepto alguno, a la resistencia que se produce en cualquier tratamiento analítico.

Se considera alta adherencia a un tratamiento farmacológico cuando se lo cumple en un 80% las prescripciones dadas por el médico y baja adherencia (no-adherencia) a cualquier desviación de las instrucciones prescriptas de dosificación que pudieran reducir la eficacia del tratamiento.

El tema de la adherencia preocupa a los derechos de todos los sujetos, infectados o no, a la salud, en tanto no sólo afecta al paciente, afecta directamente a la comunidad que permanecería vulnerable a virus nuevos y resistentes, la epidemia crecería y las posibilidades de extinción se alejarían cada vez más, pero fundamentalmente, se alejarían para los que no cuentan con los medios para sostener un tratamiento.

Hasta el momento, los trabajos que desde la Psicología se realizaron sobre adherencia al tratamiento circunscriben su atención en la relación médico-paciente; en mejorar las condiciones de la ingesta de las pastillas; en cómo combinar mejor las mismas; en qué horarios convienen y cómo evitar los efectos secundarios.

Si bien se registran comunicaciones científicas donde se exponen factores que incluyan el efecto que toma el virus a partir de la subjetividad de quien lo porta, entendida ésta en su aspecto inconsciente, no se han encontrado investigaciones donde se plantee el concepto de significación, y es para el discurso psicoanalítico uno de los elementos esenciales que hacen a la recepción del tratamiento farmacológico, por lo tanto, tiene

una incidencia directa en la actitud que el sujeto dirige en relación a su enfermedad, y por tanto, a su tratamiento en general.

e | *Particularidades de la investigación en el aspecto psicoterapéutico psicoanalítico*

En el abordaje que le cabe exclusivamente al profesional de la Salud Mental, sea médico o psicólogo, necesitará nutrir y nutrirse del trabajo en equipo interdisciplinario y necesitará a lo largo de la dirección de la cura de un tratamiento, estar capacitado para retomar los temas esenciales del asesoramiento fundamentalmente a lo que información, educación y colaboración de pautas de conducta se refiere.

Para los terapeutas que elijan desarrollar su profesión en el abordaje psicoanalítico con orientación freudiana o lacaniana o ambas, de los pacientes HIV positivos, estos conceptos cobran aún más relevancia ya que deberá enfrentarse en su trabajo con temas límites como la vida y la muerte y la conducta propia y del otro para hacerles frente.

Polaridades psíquicas que obviamente, se encuentran ubicadas más allá del HIV-Sida. Son argumentos que se encuentran en cualquier persona y que necesariamente, estos conceptos se desplazan al análisis de cualquier patología.

La originalidad y factibilidad del presente escrito circunscribe los siguientes argumentos:

Conocer, describir y determinar las condiciones de posibilidad del acceso de los sujetos seropositivos a un tratamiento psicoterapeútico psicoanalítico individual.

Conocer los obstáculos que se plantean desde la visión de los infectados y sus discursos singulares y que operarían dificultando el acceso a dichos tratamintos.

Darle la palabra a los afectados para, desde allí rastrear las condiciones de posibilidad de acceso a un tratamiento psicoterapeútico psicoanalítico individual así como determinar con certeza los obstáculos que pudieran dificultarlo. Este ítem de carácter imprescindible.

La oferta de una escucha psicoanalítica podría abrir un espacio para el sujeto implicado que brindaría la posibilidad de resguardarlo en su identidad, tomando en consideración su historia particular y cómo la enfermedad se inscribe en ella.

Estamos en condiciones de afirmar que un tratamiento psicoanalítico es una opción sumamente valiosa para la elaboración de los conflictos asociados a la enfermedad, la comprensión de los dinamismos que contribuyeron a causarla y para la creación de un espacio donde la persona pueda conectarse con sus proyectos orientados en relación al deseo. Un trabajo terapéutico sobre estas dimensiones sería beneficioso además para:

- mejorar la calidad de vida del afectado.
- luchar contra la enfermedad.
- hacer desconsistir el Sida en la esfera psíquica, es decir, sustraerle a la palabra Sida la equivalencia del aspecto mortífero que encierra, aún cuando hoy se la trate como una enfermedad crónica, la palabra Sida, connota variables que provocan numerosos prejuicios sociales.

Pensamos que los resultados de este ensayo pueden ser usados por las instituciones públicas y privadas que se proponen brindar asistencia a los afectados y conociendo la naturaleza de los obstáculos, sería de utilidad para el acceso al tratamiento psicoanalítico, terapeútica que puede mejorar la calidad de la oferta a partir de precisar el instrumental teórico-clínico en el abordaje de los pacientes afectados por esta pandemia. Así hemos arribado a objetivos particulares que incluyen dos características: subjetivas y la oferta de tratamientos psicoanalíticos. Características que describo a continuación, como asimismo sus obstáculos.

Características subjetivas:

Coordenadas subjetivas que permiten realizar una caracterización global de la estructura de la personalidad del afectado:

Historia de vida anterior a la primo-infección.

Características salientes de los vínculos familiares y sociales.

Conocimiento o hipótesis sobre forma de contagio.

Posiciones subjetivas que enmarcan la decisión del análisis de HIV.

Recorrido médico y/o institucional alrededor de la realización del análisis HIV y a partir del informe de la seropositividad.

Características del vínculo con el médico y/o la institución asistencial de la que recibe tratamiento. Apertura de este vínculo a la inclusión de un profesional de la salud mental. Significaciones que se producen para el sujeto a partir de la noticia de la seropositividad (culpabilidad, angustia, etc.) en los términos precisos en que se presenta para el afectado. Observaciones sobre tratamientos psicoterapeúticos realizados anteriormente.

Característica de la oferta de tratamientos psicológicos:

Opciones de tratamiento psicológico que conoce desde las instituciones públicas o privadas de asistencia (Psicoanálisis, psicoterapias propiamente dichas, *counseling*, grupos de autoayuda, terapias alternativas, etc.)

Modalidades de derivación. Quién deriva (desplazamiento de la transferencia).

Visión del paciente de las distintas opciones que conoce.

Grado de adecuación o petinencia a las particularidades de su situación de seropositividad. Posibilidades y límites.

Disposición del enfermo para comenzar un Psicoanálisis.

He pensado los obstáculos que el afectado encuentra para realizar un tratamiento psicoanalítico, arribando a las siguientes conclusiones:

- Se rastrearon los obstáculos que surgieron en el discurso mismo de los afectados según su visión actual y/o su experiencia anterior.
- Se consideraron como material de análisis las conductas, actitudes y sobre todo, los impedimentos que se desplegaron a través del proceso de seguimiento realizado con las entrevistas efectuadas para nuestro fin.

La opinión se basó en las articulaciones con el eje de la temporalidad en relación a las distintas opciones. Por lo tanto, las expectativas esenciales que un tratamiento individual deberían contemplar para el entrevistado, son reflejadas en nuestro siguiente apartado.

f | El estudio de casos

Como consecuencia de los argumentos precedentes, los estudios de casos, se circunscribieron a presentaciones clínicas que resultan paradigmáticas en mi práctica con adultos y niños quienes conviven con el virus de inmunodeficiencia adquirida.

Para saber cómo ha sido un análisis procedemos por el método del ejemplo, del caso clínico. La crisis del relato de caso en Psicoanálisis, el hecho de que ya no se sepa demasiado cómo redactarlo, y lo variable del modo de narrativa admitida, designa un malestar que parece organizarse alrededor de un cierto número de falsas opciones y falsos dilemas. Citemos, en desorden, lo cualitativo contra lo cuantitativo, la viñeta contra el caso desplegado y la monografía exhaustiva, las grandes series y el aislamiento de las variables pertinentes del caso aislado. El cientificismo protesta al tener que inscribir el relato del caso psicoanalítico en el marco del "caso único", a lo que los incitarían algunos psicoanalistas. ¿Qué es entonces una experiencia que depende tan estrechamente del lazo observador/observado como la que instaura la transferencia?

En realidad, el problema es el siguiente: el Psicoanálisis no es una ciencia exacta. Imitar a la ciencia fuera de su dominio sólo conduce a la pardoria. Es lo que pasa muchas veces con las series estadísticas en nuestro propio campo, En ese sentido el caso o puede

ser "objetivo". Eso no impide en absoluto la existencia de la clínica psicoanalítica, es decir los "los tipos de síntomas". Cada caso, en su contingencia, se inscribe en las calses que lo esperan. ¿Cómo se inscribe? La epistemología de las clasificaciones nos hace percibir la función de todo establecimiento de clases como tal. Es una nominación, una "individuación". Nombrar el caso, la exigencia del bien-decir, es uno de los nombres de la lógica de la experiencia analítica. Orienta el decir del analizante, su transferencia y el decir interpretativo del analista.

El relato del caso freudiano, al principio, siguió el modelo de la novela goethiana. En la manera de expresarse, los sufrimientos de Dora le deben mucho a los sufrimientos de un joven llamado Werther que atravesaría el idealismo alemán. Fijan, sin embargo, un modelo: el sueño y sus asociaciones, derivado de la forma original puesta a pounto por Freud en su *Interpretación de los sueños* para dar cuenta de la experiencia analítica original.

Freud logra dar una forma narrativa a la estructura psíquica, liberándola de las coerciones del ideal de presentación de un caso. Logra integrar la sesión analítica, profundamente anudada en la disimetría del analista y del analizante, en un mismo relato continuo del diálogo del sujeto con su inconciente. También logra transmitir a sus colegas su modo de narración. Su gusto romántico siguió llevándolo a las prolongaciones de la novela histórica alemana, hacia el sueño histórico presentado más o menos explícitamente como ficción. La duplicación del novelista y de su ficción está siempre más o menos presente. Se la lee en la Gradiva de Jensen o en las biografías noveladas de héroes culturales como Leonardo de Vinci.

Hubo que esperar la Primera Guerra Mundial y el historial clínico sobre *El hombre de los lobos*, para romper con esas formas del pasado. Será el último historial freudiano que toma la forma clásica del relato de caso.

La literatura se apoderó de los recursos del relato de caso freudiano para desprenderse de las formas convencionales. El trabajo de la novela del escritor Arthur Schnitzler, que data de 1926, se apoya en Freud para forzar a la literatura a explayarse más sobre los contenidos sexuales de la conducta del sujeto.

Luego, es Melanie Klein quien inventa una forma nueva bajo la modalidad del registro de experiencias, sesión por sesión. El material clínico inmediatamente traducidos en términos "inconcientes" por un aporte del psicoanalista de igual extensión, trastorna la disposición de los relatos freudianos. El interés se centra sobre lo que se puede llamar la epifanía propia de cada sesión, manifestación del inconciente en su materialidad y demostración del "saber hacer" del psicoanalista. Sólo publicando a su muerte (1960) su análisis de un niño de diez años, llevado a cabo en 1940, ella logra desviar el problema de la dificultad de la publicación. Mantiene así la forma desplegada de la monografía. Será, sin embargo, la última monografía publicada.

Se evolucionará hacia la viñeta clínica, la forma clínica breve, a medidad que la literatura, en sentido amplio, adopte los preocedimientos freudianos para hacer con ellos un unuevo objeto literario. También en la medida en que ya nadie tome en cuenta el Psicoanálisis como tal, sino que se dedique a ilustrar sólo un aspecto parcial.

En estos modos de mostrar la clínica, cobra todo su valar el método elegido por Jacques Lacan a partir de su Tesis Doctoral. En la Tesis de Psiquiatría, que lo conduce al umbral del Psicoanálisis, el recurso del método es a partir de Jaspers y se organiza alrededor del concepto de personalidad, pero él la lleva hacia la perspectiva francesa de la Psicología.

Aspira a la publiación de monografías exhaustivas sobre un caso en el corazón de sus consecuencias objetivas en términos científicos, la plenitud dramática de la relación de sujeto a sujeto se desarrolla en una investigación que va más allá de la realidad de la conducta: especialmente hacia la verdad que allí se constituye.

Un verdadero experimento del caso único, apoyado sobre la unidad de la personalidad. El paso de Lacan al Psicoanálisis le hará abandonar un método exhaustivo del relato.

Más exactamente, reemplazará lo exhaustivo por la coherencia del nivel formal donde se establece el síntoma. Encontraremos un eco del método en el acento puesto sobre el rol de la recuperación de su historia por parte de cada sujeto.

A medida que logifica lo Inconciente, Lacan hace bascular el relato del caso psicoanálitico hacia la puesta al día de lo sintomático concebido como una matriz lógica.

En su lectura de los casos de Freud, Lacan eleva el caso al paradigma, al rango de ejemplo que muestra las propiedades formales en el sentido de las manifestaciones del Inconciente freudiano. El paradigma hace surgir la estructura e indica tanto el lugar del síntoma en una clase, como los elementos sustanciales en la vida de un sujeto que se repiten y que permutan, o incluso los modos de declinación en la repetición de lo mismo.

A partir de Lacan se saca a la luz la combinatoria inconciente de casos paradigmáticos y nos ahorra los falsos dilemas en los que supo encerrarse el movimiento psicoanálitico americano. Es decir, un caso es un caso si testimonia acerca de la incidencia lógica de un decir en el dispositivo de la cura y de su orientación hacia el tratamiento de un problema de la realidad, de un obstáculo libidinal, de un problema de la mortificación de un sujeto.

Es preciso, además que el sujeto reconozca la posición que ha tomado allí, en esta partida jugada lógicamente: se toma una posición, una aprehensión sobre las verdades que le serán reveladas en el curso del análisis.

Es un lugar crucial.

El relato del caso tiene formas pautadas en las diferentes comunidades de trabajo psicoanalíticas. Circulan modelos incluso, de esta clase. Pero la calidad del trabajo de cada analista, su presencia, se capta en la distancia que tiene con esos modelos. El caso clínico es, también en este sentido, inscripción y diferencia.

El momento en que el analista hace de la historia un caso se atrapa siempre a partir de un encuentro, de un acontecimiento propio de la cura. Sólo a partir de ahí se ordena el relato de las determinaciones que conformar el discurso particular de un sujeto.

Luego de haber establecido la importancia de la construcción de un caso clínico y su valor en la clínica psicoanalítica he escogido para la presentación de la tesis, tres casos clínicos. A continuación, transcribo las comunicaciones de dos casos clínicos de adultos y un caso clínico de una niña.

f1 | Adultos

En este ítem, mostraré un caso que se interrumpió y otro que continuó su análisis en curso, hasta la actualidad.

Comienzo este desarrollo, entonces, mencionando diversas variables que he investigado, consideradas de importancia, para la dirección de un tratamiento psicoanalítico posible en pacientes HIV-Sida. Estas puntualizaciones no apuntan a despejar una clínica psicoanálitica especializada sino a mostrar signos de la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida. Ellos son:

- El anuncio de la seropositividad.

- La seropositividad asintomática relacionada con la llamada "Atención silenciosa". Período en el cual advertimos que en la urgencia planteada por la persona, la figura del analista, no alcanza a la modalidad de intervención analítica, puesto que la persona que convive con el virus, inicialmente desea estar en mayor contacto con su médico. Es éste quien nos facilita nuestra presencia como psicoanalistas, en el momento de considerar junto a su paciente, la posibilidad de contar con ayuda psicoterapeútica.

- La ruptura ocasionada por el anoticiamiento de la seropositividad, que provoca la fractura del modelo de salud que la persona tiene incorporada para sí.

- El concepto de infección, que implica el pasaje del virus de uno a otro. A partir de este parámetro comienzan a desplegarse temas tales como la responsabilidad, la culpabilidad y las modalidades de goce de la persona que cuestiona de manera mortificante lo que le ocurre.

- La dificultad de una relación con el otro y específicamente, en relación con la prácticada de la intimidad sexual, puesto que está presente la idea de la enfermedad, los virajes de la vida a la muerte y también la procreación, temática que se ubica como una de las más álgidas, como variables. Verificamos aquí, como el amor y la muerte se encuentran siempre presente en una relación.

- Los vectores de contaminación. Principalmente sangre y semen, los llamados fluidos vitales, en los que se observa un poder imaginario. El emblema de la enfermedad confronta al sujeto a un cuestionamiento de su sexualidad y su modo de vida.

- En la práctica clínica son pertinentes diferentes estados psíquicos que se verifican fenomenológicamente: el diagnóstico porta una connotación mortífera por lo que la cuestión de la muerte está presente desde antes del momento final. Argumento, este último, que puede aparecer como un prejuicio.

Asimismo, y en relación a la casuística aquí presentada a continuación, vale una aclaración más, de carácter fundante para el Psicoanálisis de orientación freudo-lacaniana. Se trata del énfasis puesto precedentemente, en la modalidad de construcción de casos.

Para el Psicoanálisis, no existen las leyes universales, que permitan decir con certeza qué le sucederá a un sujeto puesto en tal o cual coyuntura. Un saber acumulado por la tradición psicoanalítica describe las estructuras clínicas y sus rasgos diferenciales, el desarrollo tipo de un análisis, la sexualidad infantil, etc.

También hay un saber singular, el del caso clínico, pero no precede la experiencia de la cura psicoanalítica. Por eso Freud aconsejaba al profesional que olvidara todo lo que sabía antes de escuchar un nuevo paciente.

La relación del sujeto con la pulsión de muerte está en primer plano en el campo del saber psicoanalítico de la sexualidad. Se trata, en cambio, de una dimensión radicalmente ignorada por la ciencia, porque está al margen de su campo.

Ese desfasaje entre los dos discursos se aprehende cotidianamente en la práctica del psicoanalista, enfrentado a los efectos de discurso de la medicina considerada como una técnica científica.

Para el saber de la Medicina, cuya función es curar, la pulsión de muerte está al margen de su discurso.

Sin embargo, esa pulsión puede representar un obstáculo al deseo de sanar del sujeto, del que el Psicoanálisis nos enseña a dudar. Es posible, incluso, que la medicina se erija en cómplice ciego de la pulsión de muerte que habita a un sujeto.

Este desfasaje entre el discurso de la Ciencia Médica y el del Psicoanálisis, que es de estructura, plantea cierta cantidad de problemas éticos al psicoanalista.

En efecto, lo que aparece en el campo de la sexualidad asediada por la pulsión de muerte es la importancia de las elecciones de goce de un sujeto, elecciones que el Psicoanálisis no siempre puede modificar.

En este punto, y teniendo en cuenta mi presentación inicial en este trabajo de Tesis Doctoral, el sujeto mismo es real, "respuesta de lo real".

Me gustaría entonces, ilustrar este aspecto de la clínica con estos tres recortes clínicos de mi propia experiencia analítica, ya anunciados precedentemente en esta misma argumentación, en la dirección de la cura de estos pacientes, en donde el campo

de lo real se aloja en los efectos causados por el HIV. Veremos claramente como se desliza el concepto lacaniano de entre-dos en los discursos de la Ciencia Médica y el Psicoanálisis, bruscamente atrapados por algo opaco –que llamaremos goce–, y en que se reconoce claramente la pulsión de muerte, que trae como consecuencia una dificultad al trabajo del inconciente realizado por el psicoanalista. En ambos casos clínicos, la posibilidad de la cura analítica fracasó a causa de las elecciones de goce del sujeto, y que el Psicoanálisis debe respetar.

Después de estas precisiones, observaré finalmente, el recorte del primer caso clínico aquí presentado: al paciente lo llamaré Claudio quien solicita una entrevista pensando "que el análisis aumenta las defensas" en los casos de HIV, tal como era reflejado en una nota periodística.

Tomaré en consideración algunos fragmentos que pertenecieron a siete primeros y únicos encuentros.

Ha estado internado en el Hospital Muñiz por una tuberculosis. Trae diferentes análisis, protocolos de laboratorio y su preocupación por el índice cuantitativo linfocitario de los llamados CD4-CD8 evidenciando su temor que no disminuyan de 500, ya que tendría que tomar nuevamente AZT. Ese temor, asienta sus bases que habiendo estado internado se había administrado este antiviral asociado con otro medicamento que le provocó como efecto secundario, daños neurológicos severos e irreparables, afectándolo en los miembros inferiores, razón por la que actualmente se observa una dificultad para caminar.

El discurso médico, atrapa inicialmente a los pacientes seropositivos, en un laberinto de mediciones biológicas, testeos, muestras de sangre que rastrean las llamadas "defensas del organismo". Captura de orden lógico y no crítico.

Un sistema inmunocompetente al que por su capacidad de inmunidad se encuentra vencida declarándose sin competencia para responder a semejante ataque. Cuerpo ofertado al médico para que haga lo que tenga que hacer, y éste lo expone a un goce mortificante que se instala en el sujeto y que al principio lo cuenta, lo contabiliza como una única tabla de salvación.

La realidad de la presencia del virus se traduce esencialmente por mediciones biológicas, es decir, consignamos un sujeto que tiene presente diferentes parámetros de laboratorio y que desplaza su atención al cuerpo, con la consecuente caída del ideal de salud eterna. Continuando con el discurso de Claudio dice "que toda su vida, desde que tiene uso de razón fue homosexual". Luego de cuatro años de pareja, la interrumpe porque sabe "era engañado constantemente".

Terminado este vínculo, decide no salir más con otro hombre. Conoce al poco tiempo a una mujer, divorciada con dos hijos, a quien le relata su "vida pasada", ella lo acepta y luego de poco tiempo desean casarse.

Un día antes del Registro Civil y efectuando los últimos trámites, se cruza por la calle con un amigo de "esa vida anterior". Por aquél encuentro supo de la enfermedad de Sida y de la consecuente muerte de su ex-pareja.

Conmovido ante esta noticia, cuando más tarde se encuentra con su futura mujer le comenta lo sucedido. Ella le dice que no debe preocuparse, "que a él no le pasará nada, que no habrá nada que empañe la felicidad de ambos y que Dios no sólo quiso que se case sino que también fuese padre".

El fallecimiento de su ex-pareja; su propio casamiento; la sospecha inmediata que él puede ser portador y su futura mujer que le dice que será padre todo en un solo día, son acontecimientos que pueden ser un exceso para alguien.

Se casa, a la semana se realiza un test Elisa (método de laboratorio para detectar en sangre los anticuerpos del HIV); a las dos semanas le comunican que es seropositivo. Expresa en el dispositivo analítico "no lo podía creer, era una broma, un error, no lo sé".

Claudio en estas entrevistas preliminares, escasas en número como para ir despejando su posición subjetiva frente al Otro, no quiere hablar de su pasado, se muestra reacio y sólo menciona sus resultados médicos, los medicamentos que toma, de lo bueno que sería cambiar de alimentación, etc.

No quiere hablar de su pasado porque dice que lo tiene completamente olvidado.

Sin embargo, sabemos que por más fuerza que el sujeto haga para "olvidar", el inconciente se expresa. O es inoportuno o hay que saber esperar. En lo que a mí respecta, no me parecía oportuna una intervención y la situación de la espera era la más conveniente.

Claudio, en una de estas entrevistas, deja sus anteojos sobre el escritorio de mi consultorio. Durante una semana llama todos los días sin que yo le respondiese a alguno de esos llamados. Si yo había decidido esperar para responder, esa era mi táctica, dentro de una estrategia a la que vería cuáles iban a ser los resultados.

"Me olvidé los anteojos" fue lo primero que dijo "y los necesité muchísimo" (casi enojado). Se produjo un silencio bastante pronunciado que fue interrumpido por mis palabras: "a veces lo que uno olvida es necesario recuperar".

Intervención del analista por la cual permite a Claudio, breves minutos más tarde, relatar dos escenas que vislumbran algo de su posición subjetiva.

Una es hablar de su estilo de vida sexual, pero con un hecho sobresaliente a los 18 años: en el Servicio Militar fue violado por cinco oficiales. Permaneció dos meses internado. Como resultado de ello lo dieron de alta en el hospital y de baja en el Servicio Militar. Esto último aconteció de una forma oculta y secreta por la institución.

Otra es hacer referencia a un despertar sexual adolescente con un familiar, un primo quien hoy dice que no recuerda nada de eso y que serían fantasías de Claudio.

El recuerdo de una madre quejosa, en donde todos los días tenía un dolor o una enfermedad distinta, es de particular importancia. Luego del anoticiamiento de la seropositividad Claudio no quiere escuchar más dolores que el suyo propio: "Madre hay cosas peores que tus dolores" por ejemplo él mismo que es HIV positivo y sin embargo, se ocupa de lo que tiene que ocuparse, su nueva vida y de un trabajo prometido que no aparece. A partir de ese momento su madre no se quejó más de ningún dolor.

Claudio parece siempre sorprendido por los acontecimientos; violado y engañado; hasta no poder soportar más el peso de lo real.

Tampoco pudo sostener sus dichos luego de esos recuerdos, a pesar de confesar su alivio por haberse escuchado.

A la otra semana decidió interrumpir porque debía mudarse de casa. Ante la posibilidad de encontrar un lugar estable, el cambio de hogar lo ubicaba una vez más por fuera de la escena, arrojándolo por fuera del ámbito simbólico, enredándose en lo imaginario y sin lugar a dudas, atrapado en lo real.

Replanteo y en el particular caso de la enfermedad de inmunodeficiencia, que frente al dominio de lo imposible de soportar, las intervenciones del analista no pueden apuntar exclusivamente a la división subjetiva. Rescato entonces, el tema de la ética del analista desde el lugar de su presencia. Observen la intervención que ejemplificamos. La resistencia esperada desemboca en la interrupción del tratamiento ya que el señalamiento no contempló lo único esperado por el analizante: "el aumento de sus defensas".

Claudio anticipa que hablar de su pasado lo ubicará en un debilitamiento en el que no se lo puede permitir.

Ante el anonadamiento de ser portador del virus, allí mismo se encuentra una "Clínica de la separación": al dolor aparejado se intenta como salida, luchar para mantenerse "fuerte", libre de bajas defensas. Ninguna palabra relacionada con la responsabilidad subjetiva pudo llegar a ser efectiva en este caso.

. . .

Es indudable que el Sida también pone a prueba al Psicoanálisis, por lo que nuestro trabajo y a lo largo de toda esta Tesis, es apuntar a dos interrogantes que permanecen abiertos en la investigación:

a La posición del analista es situar al sujeto frente a su deseo; frente a un sujeto "que no varía con el Sida puesto que su seropositividad no dice nada acerca de la verdad del sujeto".

b La posición de Psicoterapias No Psicoanalíticas, generalmente están en relación al consuelo; a los consejos (que están para no seguirlos); a lo educable para todos los sujetos; a diferentes matices que intentan recubrir valerosamente al sujeto superficialmente.

Dos posiciones diferentes que no se proyectan a un reduccionismo, sino a una manera de posicionarse frente a la castración en Freud, frente a la dimensión de lo real en Freud. Allí, frente a eso, ¿qué hacer?.

Recuerdo para nuestro cuestionamiento el final del texto freudiano *Duelo y Melancolía.*

Allí Freud señala: *Sabemos ya que la intíma trabazón en que se encuentran los intrincados problemas del alma nos fuerza a interrumpir, inconclusa, cada investigación, hasta que los resultados de otra puedan venir en su ayuda.*

Párrafo que no nos alienta en el trabajo analítico, salvo para continuar en la búsqueda de una respuesta posible.

El recorte del otro caso clínico lo presentaré de la siguiente manera.

El paciente F. es portador asintomático del virus HIV. Sin embargo, comenzó a alcoholizarse a partir del anoticiamiento de los síntomas clínicos de la enfermedad de Sida, momento que coincidió con la sugerencia médica de iniciar la toma de medicamentos para controlar su enfermedad. Paradojalmente, llega a mi consulta con un motivo que es su urgencia: su falta de trabajo. Durante nueve años fue conserje de un hotel cinco estrellas al que refiere como el lugar que fue feliz. No puede dejar de pensar en eso, a pesar, que sus familiares le dicen que su principal apuesta sería curarse de su alcoholismo y ocuparse del Sida. Ellos se muestran desesperados.

F. respondió inicialmente a esa preocupación, visitando numerosos terapeutas, recorriendo hospitales y finalmente, haciendo caso omiso a las indicaciones de los profesionales. Reitera que la clave de lo acontecido se encuentra en ese hotel y cree que considerando ese episodio ocurrirá como en las "películas": llegará a encontrarse con el momento traumático y de esa manera, quedará curado. Será feliz nuevamente. Argumento que posee mucha insistencia en las entrevistas preliminares.

En una ocasión le señalo que ya me ha relatado varias veces la historia del hotel y que, podría poner entre paréntesis la misma, que podría presentarse de otra forma frente al otro, y que consideraba que podía haber otras cosas para comenzar a ocuparse. Una división de aguas entre lo urgente y lo importante, (quizás tentado para que comenzara cuanto antes a ocuparse de su enfermedad viral, puesto que su estado físico comenzaba a deteriorarse cada día más). Finalicé la sesión en ese momento y le dije que lo esperaba dentro de dos horas.

¿Cómo "le" hacía eso? ¿Cómo me atrevía a interrumpir lo que él intuía elementos esenciales para el desarrollo del tratamiento? Su anterior terapeuta le había dicho que los analistas eran como espejos y que debían soportar el reflejo del paciente. A las dos horas volvió puntualmente. Ese señalamiento abrió la partida: en la historia de vida de F. existe un padre golpeador, tiránico y una madre ausente, que se alcoholizaba. Supone que era para "aguantar" al temperamento explosivo de su progenitor.

Destaco que en esa oportunidad es la que F. me dice que al fin y al cabo él es un disperso, que las cosas en la vida le "salen mal" porque no tiene rumbo y agrega "...por H o por B", oportunidad discursiva que me permite señalar "...por H y por V", cuestión que permanecía velada, sin hablar de los efectos del virus sobre su persona. Queda clara la actitud del sujeto, el alcohol es un refugio-*partenaire* ante tanta angustia sufrida, pretérita como actual, como salida a la angustia frente al deseo del Otro, con el sólo fin de sustraerse de ello.

La casuística que se ubica en el campo psicoanalítico, es una herramienta imprescindible para la dirección de la cura que permitirá arrojar luz a los nuevos enigmas que ha planteado en los últimos años y en la comunidad científica, la temática del HIV-Sida, asociada a las diversas modalidades de gozar y que desplegamos en el caso precedentemente citado y que se corresponde entonces con el segundo de los interrogantes planteados, cuyo enunciado es si el uso del objeto-tóxico que hacen algunos sujetos los sitúa en un impasse frente a la elección sexual.

En relación a su elección sexual, F. "está aparte de todos". Así es como describe su homosexualidad. El sentimiento de ser alguien excepcional, alguien "aparte", de "no ser como los demás" es sin duda determinante en la implantación de la identidad personal, en la construcción de uno mismo. *Mange tes pieds a la sainte Méménould* dice en alguna parte el héroe de la heroína de *Les mamelles de Tiresias* a su marido. "*El hecho de comer vuestros pies a la Mitsein*" –agrega Lacan en el *Seminario IX*– no arreglará nada. Se trata de aprehender para nosotros la relación de esta posibilidad que se llama identificación, en el sentido en que surge de allí lo que no existe sino en el lenguaje y gracias al lenguaje, una verdad por la que hay allí una identificación".

De niño F. era muy revoltoso, travieso, inquieto. Cuando venía de la escuela primaria no hacía las tareas, sino que decidía ir con su primo a la calle, a jugar a la pelota. Recuerda una escena en la que la madre alcoholizada le ofrece un trapo empapado de bencina para que lo huela "y se calme". Costumbre de la madre que se transforma en un hábito. De adulto y en su trabajo en el hotel, F. no sólo se ocupaba de las tareas asignadas, sino que tenía encuentros sexuales ocasionales con varios de los pasajeros del hotel, pero en los últimos tiempos, tuve más droga que sexo. Las probé todas –me dice. En uno de tantos, se ubica un verdadero punto de inflexión, un verdadero antes y después: la combinación de sexo no protegido más droga intravenosa, asegura su contagio de HIV. Una complicación respiratoria lo lleva a la consulta médica y luego de estudios clínicos se entera del resultado reactivo. A partir de ese momento comienza a alcoholizarse a cualquier hora y en cualquier lugar, que por supuesto, incluye el trabajo. Sus empleadores deciden dejarlo cesante y enterados de su diagnóstico, deciden indemnizarlo.

El destino de una moción pulsional está en relación a las ubicaciones respectivas del sujeto y el objeto. Es así, cuando la actividad es atribuida al Otro, a una instancia separada o a una persona exterior, el sujeto puede encontrarse reducido al yo-objeto (en este caso clínico en particular, al yo-droga/Sida). La posición de objeto determina

que una pulsión de destrucción adquiera la forma de pulsión de muerte contra la propia persona, o de pulsión de dominio y agresión derivada hacia el exterior.

"Su Sida" (como él lo llama) es la figura actual de su impotencia psíquica.

No habla de él porque no puede salir de él. Lo calmó pero lo apartó aún más de las relaciones con los otros, transformando el alcohol en su *partenaire*. Goce indiferenciado en el que prevalece su posición de objeto. Goce cínico que, como tal, rechaza al Otro; enunciado claro al respecto: "estoy aparte de todos" y que señala el rehusamiento que el goce del cuerpo propio sea metaforizado por el goce del cuerpo del Otro. Lo que en un sentido propio significa que no puede abandonar ese lugar que le ha sido designado y que le crea un obstáculo a su identidad sexuada, pero entendiendo esta última no como saber-hacer con sus genitales, sino como capacidad para ocupar lugares y posiciones psíquicas diferentes frente al lazo social.

A partir de esa intervención analítica específicamente, disminuyeron las alcoholizaciones y lentamente sale de su encierro.

El tratamiento psicoanalítico hoy continúa. Es consecuente con sus medicinas, y su sistema inmunocompetente responde.

Estos dos recortes de casos clínicos en adultos, ponen de manifiesto el hiato entre el discurso de la Medicina y el del Psicoanálisis, con la dimensión trágica de ese entre-dos en que puede desencadenarse la pulsión de muerte y fracasar el del deseo del psicoanalista por la pasión de lo real.

f2 | Niños

Para este ítem han sido fundamentales los aportes de la Dra. Silvia Elena Tendlarz conjuntamente con el Lic. Mariano Antón, y de ellos he aprendido a lo largo de la investigación en un terreno verdaderamento ingrato como el complejo HIV en niños: el HIV-Sida no respeta edades. Sus aportes se encuentran reflejados en las páginas siguientes (130 á 134 inclusive).

La propagación de la enfermedad en la población femenina heterosexual produce que cada vez más niños sean infectados en la concepción: embarazo, parto y lactancia (también hay niños contagiados por transfusiones o contactos sexuales). La problemática infantil tiene su particularidad. a ellos les atañe su propia infección y la de uno o ambos padres. Se incluye así el incremento de niños huérfanos –enfermos o no– a quienes hay que alojar, educar y cuidar.

El Sida no es solamente un problema médico-científico sino que plantea diferentes situaciones socio-culturales que lo hace inabordable desde una única disciplina. A la infección por HIV-Sida se le sumó la llamada tercera epidemia: reacción socio-cultural que produce esta enfermedad contagiosa en la que la sexualidad y la muerte se entrecruzan en forma patente e inmediata.

¿Con qué modalidades de segregación deben confrontarse los niños? Como expresamos en nuestro Capítulo I el virus HIV fue aislado en 1983 por el Dr. Montagnier en Francia y el Dr. Gallo en EE.UU.

Los progresos que se hicieron desde entonces permitieron descubrir en 1996 la eficacia del uso de cócteles con tres antiretrovirales en el tratamiento de la enfermedad. Esto produjo una transformación: no se trata ya de una afección letal sino que puede volverse crónica si se sigue el tratamiento adecuado. Se instaura así un doble tiempo en el examen de los problemas éticos que genera que he denominado sencillamente: antes y después del cóctel.

Desde 1982 hasta 1996 se notificaron en la Argentina 671 casos de niños con Sida que adquirieron el virus a través de su madre: por vía transplacentaria, en el parto o través de la lactancia. El 92% de los niños afectados tenían esta modalidad de contagio. La Argentina ocupa el primer lugar de casos pediátricos en Sudamérica y el sexto en toda América.

Mundialmente se recomienda a las madres seropositivas el tratamiento con AZT durante el embarazo porque los riesgos de contagio disminuyen de un 25% al 8%.

El recién nacido con un test de detección positivo puede o no estar infectado: los anticuerpos pueden ser propios o transmitidos por la madre. Debe esperarse hasta los 18-24 meses la posibilidad de negativización del test; es decir, la desaparición de los anticuerpos maternos en los niños que no están infectados. No todos los niños que nacen de mujeres seropositivas se infectan.

El riesgo es mayor en los países más pobres por el estado inmunodeprimido de la madre, una nutrición deficiente, complicaciones durante el embarazo, problemas en el trabajo del parto e infecciones durante el amamantamiento.

Se desconoce aún porque algunos niños se infectan y otros no (hijos nacidos de infectados pueden ser seropositivos o seronegativos). Si bien se sugiere no amamantar, en los países donde no hay acceso a agua potable o no se puede comprar la leche sustitutiva por el alto costo, la alimentación por biberón puede ser más peligrosa y se corre el riesgo de producir una desnutrición en el lactante. Este no es el caso en la Argentina. Los hospitales públicos proveen la alimentación necesaria para el bebé, por lo que se recomienda no amamantar. Los niños seropositivos o con posibilidad de serlo se confrontan muy tempranamente con diferentes formas de segregación. Si bien en la actualidad existen normas de bioseguridad que se sugieren a todos los hospitales, en la práctica, los partos de mujeres seropositivas son desarrollados en un clima de alta tensión e inseguridad.

El riesgo de contagio está presente en todo momento. De entrada, nos confrontamos con problemas éticos.

¿Debe obligarse a la mujer embarazada a hacer un tratamiento para reducir el riesgo de transmisión vertical?

¿Hay que incluir en el protocolo de exámenes médicos de un recién nacido el test de seropositividad?

A diferencia de los adultos, los niños requieren un control clínico más continuo. El virus produce muchos cambios y alteraciones en la etapa de desarrollo de sus órganos. La infección en su fase aguda es muy sintomática por ser el niño inmunológicamente inmaduro. Los tratamientos tienen que ser precoces y suministrados antes de tener manifestaciones clínicas graves.

Cada mujer tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, aún a sabiendas que de no hacerlo puede aumentar el riesgo de contagio. El problema se plantea porque el inicio de un tratamiento con AZT provoca alteraciones físicas importantes en la madre, y de ser abandonado luego del parto puede producir una resistencia viral ulterior al tratamiento. Esto obliga a la mujer a continuarlo –a veces prematuramente– por el resto de su vida. Por otra parte, se desconoce aún el efecto tóxico de la medicación a largo plazo en los niños no contaminados.

El deseo de un hijo no se puede orientar por un para todos, aún si puede dar a luz a un niño que tal vez morirá o que quedará huérfano. La experiencia muestra que algunas mujeres seropositivas deciden tener más de un hijo, confrontándolos así al riesgo de peregrinajes médicos y sociales en búsqueda de un hogar.

¿Qué conduce a una mujer a tal elección?

La respuesta debe examinarse en cada caso. La perspectiva de un porcentaje pequeño de infección empuja en esta dirección a muchas parejas que desean tener un hijo. La lucha contra la segregación implementó leyes que indican que es necesario el consentimiento del adulto o de los padres de los niños para el examen de detección de seropositividad.

Se intenta evitar la creación de listas que estigmaticen a las personas contaminadas obstaculizando su inserción social y laboral. Una mujer embarazada debe consentir a hacerse el examen. También debe autorizar a hacérselo a su hijo recién nacido porque el resultado puede develar el estatuto serológico de la madre.

La importancia de un tratamiento inmediato del niño no puede obligar a examinar sistemáticamente a todos los niños. Esto sería posible si se asegurara la absoluta confidencialidad. Un niño no es un nombre, apellido y estatuto serológico.

Pero, ¿cómo asegurarse de que no exista tal lista de infectados?

Es un punto de debate en el medio científico.

El principal ámbito que confronta al niño con posibilidades de segregación es el educativo. Los padres no están obligados a informar a la escuela acerca de la seropositividad del niño, como tampoco lo es informar a los padres acerca de su propio estado serológico por parte de los maestros.

Muchas veces se lo oculta –en ambos casos– por temor a ser segregado. En los años 90, alcanzó notoriedad mediática en la Argentina una niña seropositiva de cuatro años.

Micaela concurría a un Jardín de Infantes ubicado en el complejo habitacional de un barrio marginal de la Provincia de Buenos Aires. El barrio presenta altos índices de desocupación, delincuencia y consumo de drogas. Está expuesto a un porcentaje importante de infección HIV-Sida.

El Jardín al que concurría Micaela cuenta con una población de 300 alumnos y constituye un lugar de referencia importante para esa comunidad. La información sobre el Sida era precaria –como en la mayoría de los ámbitos educativos del país– por la deficiente campaña de prevención a nivel gubernamental.

Un día, Micaela se presenta en la escuela con una inflamación en la garganta. La maestra supone que es un caso de paperas y solicita a la madre un certificado médico que dé cuenta del estado de salud de la pequeña. Al día siguiente, recibe el resultado de Parotiditis por HIV.

El informe médico infringe la ley de respeto de confidencialidad.

El diagnóstico no debería haber sido revelado a la escuela.

Esto dependía exclusivamente de la decisión de los padres. Se produjo un gran revuelo en el cuerpo docente. El miedo al contagio prevaleció sobre el cuidado de la niña y la confidencialidad de la información recibida. Se pensó la posibilidad de realizar el Test de Elisa a toda la población escolar.

Consultaron al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de San Isidro. Se crearon talleres informativos para el cuerpo docente durante tres días consecutivos.

Decidieron informar a los padres acerca de la existencia de un caso de Sida sin dar el nombre de la niña y se convocaron otras Jornadas de Reflexión y de Información para ellos.

Dos tercios de los padres opinaron que la niña tenía derecho de continuar en el Jardín. El tercio restante amenazaron con sacar a sus hijos del colegio.

La tensión produjo que fueran a denunciar a la televisión esta situación en búsqueda de un apoyo consensual. El caso cobró dominio público y la segregación infligida a la niña conmovió a la opinión pública Micaela fue apoyada mayoritariamente. Algunos de los niños fueron retirados de la escuela.

Ningún niño del Jardín fue contaminado por el contacto con Micaela.

El virus no se transmite por compartir juegos, abrazos o lugares educativos. Los maestros aceptaron su presencia con mucho miedo y reticencia. Micaela pudo cumplir su ciclo en el Jardín estigmatizada como una niña portadora de una enfermedad letal y contagiosa. La escuela también sufrió un efecto segregativo. En la actualidad –Micaela

no concurre ya al Jardín– las maestras continúan negándose a realizar suplencias en "esa escuela" supuesta, donde concurren niños que conviven con el significante HIV-Sida.

Se recomiendan medidas universales sanitarias de cuidado de los niños que evite la identificación de los niños contaminados. Una herida debe ser atendida por la maestra con guantes. En las escuelas debe enseñárseles a los niños que ante cualquier herida con sangre se le informe de inmediato a la maestra o al adulto responsable para que se ocupe de la situación, sin tener un contacto directo. Lamentablemente, ninguna de estas medidas tienen vigencia en las escuelas ya sea por ignorancia o por rechazo de la enfermedad. De llevarlas a cabo, se evitaría la necesidad de distinguir el estatuto serológico de los niños dentro de la institución escolar.

Otra forma de segregación atañe a su cuidado una vez que quedan huérfanos. En el equipo de infectología del Hospital Lanús se presentó el caso de una niña que al fallecer la madre fue rechazada por el nuevo marido de la abuela. En la Argentina, habitualmente los abuelos o miembros de la familia ampliada se hacen cargo de los huérfanos.

También existen casos de adopción de niños seropositivos –información que pueden o no tener los padres adoptivos, puesto que el test de seropositividad no es precondición para que un niño sea entregado en adopción–. La dificultad para cumplir con el protocolo médico no depende del lazo biológico.

En el Hospital Lanús una pareja adoptó un niño infectado.

El rechazo de la enfermedad impedía seguir adecuadamente con el tratamiento indicado.

El trabajo del equipo médico posibilitó cambiar esta actitud de los padres. Esto no es posible en todos los casos. Los padres están más dispuestos a tratar a los hijos que a ellos mismos y cumplen mejor los tratamientos indicados. Muchas veces, la desidia de los padres repercute sobre los hijos, quienes rechazan a su vez la medicación.

Otras veces, los padres mismos, al descuidarse, contagian a sus hijos las enfermedades oportunistas que padecen. Si bien esta cuestión no concierne en forma directa a la segregación, forma parte del mundo del niño infectado: el devenir de su enfermedad no depende solo de él.

El Sida es una enfermedad difícilmente aceptada a nivel social: se la relaciona con una población marginal.

En cambio, los niños son pensados como víctimas de sus padres: sobre ellos recae la culpa del contagio. No obstante, rápidamente quedan apresados por los efectos segregativos de su entorno.

Mi investigación muestra, en el caso de los niños, que encuentran sus primeros escollos en la escolarización. Algunas escuelas rechazan a los niños seropositivos, no en forma directa, pero solicitando un sin número de certificados médicos que testifiquen la posibilidad de estar con otros niños sin contagiarlos.

Como respuesta a esta situación, en 1995 se creó en Buenos Aires una guardería especializada en niños con Sida.

g | Conclusiones posibles en relación al presente capítulo

La efectividad del tratamiento médico/farmacológico comprobado, no es el mayor obstáculo con el que se enfrenta la medicina, sino que el sujeto portador se comprometa a cumplir con este tratamiento, y es en este marco, que el concepto de adherencia cobra toda su importancia, no sólo por los efectos clínicos-epidemiológicos y psicológicos, sino por los efectos económicos que son los que justifican que se destine tanto dinero por año a investigar este tema en todo el mundo. Argumento que se lo utiliza políticamente.

La mayoría de los estudios psicológicos en este tema, se orientan en estrategias e investigaciones para optimizar la relación "médico/paciente", de esta manera, la adherencia termina siempre relacionada con la posibilidad de un diseño en conjunto del tratamiento entre el sujeto infectado y el médico.

El presente planteo dentro de la Tesis Doctoral, toma en cuenta, las siguientes premisas que establecen diferentes conclusiones posibles, pero que áun, señalan un *work-in-progress:*

1 - La significación inconsciente que un sujeto portador le otorga al virus HIV puede considerarse como uno de los factores determinantes en la actitud que el sujeto toma con respecto a su infección.

2 - La significación inconsciente que un sujeto portador le otorga al virus del HIV puede considerarse como uno de los determinantes que inciden la adherencia al tratamiento.

3 - Las significaciones que inciden en una adherencia positiva al tratamiento se relacionan con ideas que remiten a que el virus generó una redefinición de las condiciones de vida que el paciente mantenía antes de descubrir la infección, cambios considerados positivos, nuevas posibilidades, asimiladas a representaciones que se vinculan a la idea de vida, donde la medicación actuará como un "aporte" sobre su horizonte se relacionan a ideas que implican asimilar el virus a una cuestión azarosa o de destino que excede al sujeto pero que conllevan una actitud de conformidad que se expresa en la sumisión al tratamiento .

4 - Las significaciones que inciden en una no adherencia al tratamiento se relacionan con ideas de muerte propia y de otros, sufrimiento, discriminación, culpa y estigma social donde el tratamiento generalmente remite a presentificar este tipo

de significaciones relacionan el virus directamente con la idea de muerte, destino ante el cual el sujeto queda impotente, en este marco la medicación ni siquiera es rechazada, sino que directamente es no tenida en cuenta por el sujeto, apareciendo esto en comportamientos de olvido, omisión o descuido (horarios, dosis).

5 - Según las significaciones encontradas en relación directa a la adherencia al tratamiento es posible identificar cuatro posiciones que remiten a otras tantas actitudes nominables como valoración, rechazo, resignación, inercia. Estos extremos propician la caracterización de cuatro tipos de sujetos, identificados con las significaciones señaladas.

6 - A partir de estas significaciones y con la ayuda del cuadrado semiótico greimasiano es posible diseñar una categorización con posibilidades operativas en el futuro.

7 - La presente investigación entonces, ha podido demostrar que si la significación que un portador le otorga al virus es determinante, es necesario poder escuchar la subjetividad del sujeto antes del inicio del tratamiento y no cuando se presentan los problemas, a los fines de optimizar la adherencia y por lo tanto los recursos económicos y humanos disponibles, destinados a cada uno de los tratamientos posibles.

. . .

Con la presentación de estos tres vectores: adultos, niños, adherencia (y que marcan un abordaje circunscripto a una perspectiva psicoanalítica, propuesta en el inicio de este capítulo), la pregunta central de mi investigación acerca del no cruce entre seropositividad HIV y Psicoanálisis, encontró una respuesta clara en el desarrollo del trabajo: hay pacientes seropositivos en análisis que presentan las mismas dificultades que pacientes seronegativos. Incluso se demuestra que las interrupciones al tratamiento analítico o su continuidad no estan reguladas por el HIV-Sida.

En todos los casos considerados se hizo evidente que el sujeto afectado que está actualmente en tratamiento analítico no lo está en tanto HIV positivo, sino en tanto sujeto del inconciente –es decir, sujeto no de una pandemia sino de una historia y de una familia particular, con síntomas cuyo sentido singular es buscado en el análisis– (advertimos que no era ésta la modalidad, a principio de la pandemia). En ninguno de los casos se cumplió el prejuicio de que un tratamiento psicoanalítico puede ser nocivo. Se verificó por el contrario, que la presencia del analista, aunque prescinde en lo posible de los efectos sugestivos, constituye un medio para sostener al sujeto en la dignidad de su palabra, lo cual conlleva una eficacia nítida desde los parámetros éticos del Psicoanálisis.

Sobre la representación psicosocial de la enfermedad de HIV-Sida, de los enfermos y de los distintos tratamientos posibles, a través de entrevistas con pacientes seropositivos y con profesionales que trabajan con ellos (médicos, profesionales en el área "psi" y prestadores de los organismos no gubernamentales), llego a las siguientes conclusiones de acuerdo a:

- El complejo HIV-Sida.
- Quienes conviven con el virus o la enfermedad.
- La terapeútica.

Brevemente, entonces, los argumentos que siguen.

El complejo HIV-Sida: el Sida se instala en la vida sexual del hombre y en su relación con la muerte.

El Sida nos afecta a todos porque se instala como un fantasma en el lazo social. También presentifica la muerte en vida, no solamente porque toda la problemática del contagio y la prevención desnudan la fuerza de Thánatos: la gente "sabe" y sin embargo, no se cuida (transmisión sexual y/o adicciones endovenosas). Esto se desnuda para todos tanto profesionales como público en general.

He constatado niveles distintos o modalidades de afectación: el general; el del momento del contagio o seroconversión; el del momento de la enfermedad declarada y la muerte. A partir del Congreso Internacional de Sida en Vancouver de 1996, y con la elaboración de las terapias farmacológicas combinadas, se produjo un cambio en la fisonomía de la enfermedad, volviendo muy lejanos lo que describo como los dos útltimos niveles de afectación. Es lo que el discurso médico denomina la tendencia a transformar a la enfermedad en una patología crónica.

Quienes conviven con el virus o la enfermedad: una enfermedad hasta puede ser bien recibida si deja como resto la constitución de anticuerpos (en los niños, las vacunas). El sistema inmunológico es la representación básica de toda terapeútica que entienda a la salud como resultado de la lucha del cuerpo contra la enfermedad. El HIV-Sida afecta la representación de la vida del cuerpo, al perjudicar el sistema inmunológico que es el aparato de defensa de la vida misma. Si el sistema inmunológico falla, el cuerpo queda fuera de juego. Este es un punto de quiebre inapelable, tanto que produce un salto en la manera de concebir al sujeto. Se apela, entonces, a otra cosa que no es el cuerpo: la mente; la psiquis; el espíritu; el alma; lo emocional; la espiritualidad. Este otro registro podría venir en ayuda no sólo del cuerpo sino incluso del sistema inmunológico mismo. La terapeútica: las concepciones sobre HIV-Sida y su modo de afectar a los sujetos determinan una gama de respuestas terapeúticas. Los discursos no se segmentan estrictamente por tipo de profesión dado que hay representaciones compartidas. Toda terapeútica tiene dos ejes: el cuidado y el anoticiamiento, aunque en diferentes grados.

El cuidado encontrado especialmente en los Organismos No Gubernamentales o tratamientos alternativos, son propuestas de cura por el amor y el cuidado que pareciera intentar compensar la fuerte presencia tanática en el HIV-Sida. Es un cuidado que debe darse uno a sí mismo (contra lo autodestructivo) y contra la destructividad hacia los

otros. Engloba desde la prevención del contagio hasta la alimentación para lograr una mejor calidad de vida.

En su posición más extrema tiende a rechazar el tratamiento biomédico por injurioso: Los americanos probaron que se modifica el sistema inmunológico y aumentan las células de defensa cuando alguien es puesto en contacto con experiencias que le permitan cuidar o ser cuidado. El tratamiento biomédico para el discurso médico es la única verdad. Sin embargo. los médicos son muy abiertos a toda otra ayuda. Desde el último Congreso Internacional de Sida y la existencia de las terapias combinadas (que vuelven casi imperceptible los niveles de carga viral), la fisonomía de la enfermedad cambia mucho.

Aceptan de buen grado cualquier terapeútica alternativa que no se oponga al tratamiento biomédico: desde los cuidados de la alimentación hasta los tratamientos psicológicos, pasando por la religión: es decir, todo lo que pueda apuntalar al sujeto y ayudar a sostener el tratamiento. El alto número de pastillas a consumir por día se vuelve una presentificación cotidiana de la enfermedad y un *boomerang* contra el tratamiento.

Los tratamientos psicológicos son aceptados y se perciben como un buen complemento para acompañar al sujeto infectado. La oferta es amplia y presente en los distintos tipos de instituciones estudiadas.

En tratamientos psicoanáliticos, temática que nos ocupa, no es que haya cruce entre los pacientes HIV positivos y el Psicoanálisis, sino que los mismos conviven con lo que llamaremos un prejuicio contra el Psicoanálisis. El prejuicio está presente en ciertos discursos "Alternativos" y también dentro de los propios psicoanalistas. No está presente en los médicos (aunque en numerosos casos hemos comprobado que el médico no sabe qué es un Psicoanálisis).

Tal prejuicio dice que el Psicoanálisis o el psicoanalista (siempre otro el que habla) está sobre todo preocupado por el instrumento, herramienta o marco teórico, y no por el objeto en juego que sería el sujeto que consulta o los resultados esperables. Desentendido de las particularidades del sujeto (y de la situación) que puede requerir tantas cosas específicas como información, asesoramiento, acompañamiento, etc.

Es decir, que no entra en relación dialéctica ninguna con el sujeto afectada. Los psicoanalistas entrevistados, muchos de los cuales sostienen ese prejuicio, dejan entrever de su práctica, que no hay grandes diferencias con los tratamientos de otros sujetos, aunque reivindican lo específico de su experiencia.

Finalmente, he encontrado un eje que recorre el tema en relación a la condición de viabilidad de tratamientos psicoterapeúticos psicoanáliticos en el complejo HiV-Sida y es el anoticiamiento de la enfermedad en un sentido amplio, y la temática de la adherencia, en un sentido más estricto y durante el tratamiento farmacológico. Vectores necesarios tanto para un posible tratamiento de la prevención, como asimismo, para llevar adelante el tratamiento biomédico en sus interrelaciones con la terapéutica analítica.

La presente investigación entonces, ha podido demostrar que si la significación que un portador le otorga al virus es determinante, es necesario poder escuchar la subjetividad del paciente antes del inicio del tratamiento y no cuando se presentan los obstáculos, a los fines de optimizar los efectos discursivos en relación al anoticiamiento del virus o, posteriormente, de la adherencia al tratamiento farmacológico, y por lo tanto, los argumentos que comienzan a ponerse en juego desde un aspecto social, visibles en un amplio abanico que puede iniciarse en el miedo o culminar entre la marginación o intolerancia.

CAPÍTULO CUATRO

Momento de concluir

Freud escribe *El malestar en la cultura* pocos años antes de la Segunda Guerra Mundial (1930). El ensayo se fundamenta en *Más allá del principio del placer* donde desarrolla su teoría del goce, que ligado a la pulsión de muerte, nos deja la huella indicativa que ningún ideal de progreso es sostenible, ya que el arma nuclear del sujeto es la pulsión tanática. No debe sorprendernos que la finalización de esa Segunda Guerra haya sido la paz, sino más bien, la inquietante posibilidad de saber que puede existir siempre una destrucción mayor. El acontecimiento mundial del 11 de septiembre de 2001 es un claro ejemplo de ello.

El malestar en la cultura es la corrección freudiana a *Psicología de las Masas*. Sin duda toma en cuenta el poder apaciguador del significante amo, de la cohesión amorosa de la humanidad. Pero observa que, a pesar de ese poder, resta lo que él llama un malestar. El malestar en la cultura es uno de los textos que inspiró al Lacan del *Seminario VII, La ética del Psicoanálisis* como testimonio del fracaso de la identificación significante y de la identificación simbólica para resolver el problema del goce.

La vida es un tender hacia la muerte.

El camino de Freud de *Psicología de las masas* a *El malestar en la cultura*, es un camino del amor a la muerte; desde la organización de la libido hacia la pulsión de muerte. En esos dos textos se desarrolla el concepto de superyo desde sus antecesores: el principio de la conciencia moral y el Ideal del Yo. Así se distinguen *"...con precisión los dos términos que Freud emplea: desamparo y dependencia; y el tercero, que es como el resultado de aquellos dos, la angustia de la pérdida de amor. Esto define la posición subjetiva primaria hacia el Otro: desamparo, dependencia, angustia de la pérdida de amor, y nos permite escribir el Otro con A mayúscula, porque el sujeto depende de eso".*

Por esto, mientras que en la superficie del planeta, las naciones más poderosas hacen ostentación de quien tiene las armas más sofisticadas, algunos virus temibles irrumpieron desde el concepto de naturaleza-en-sí, ubicando al sujeto en signos que lo proyectan al desamparo, la dependencia, la angustia de la pérdida de amor transformando así la tentativa de amenaza en una devastadora realidad. Como en una guerra, como en una lucha.

I | Conclusiones críticas

Mi rodeo, mi paréntesis, me permite su empleo para ir concluyendo con los argumentos de esta Tesis, pero asimismo, dar cuenta de lo expuesto precedentemente.

Como lo he observado a lo largo de estas elaboraciones, hace más de veinticinco años que el mundo se la pasa hablando del tema Sida, relacionado inicialmente como un conjunto de enfermedades raras, proveniente de una nación o de un grupo de población caracterizado por su estilo de vida sexual y transformado en un problema internacional, donde se exigen soluciones de difusión, control y prevención. Situación que articuló toda una convocatoria de especialistas: virólogos, inmunólogos, biólogos celulares y moleculares, clínicos, psicoanalistas, trabajadores sociales, etc; y situación que obligó a un discurso interdisciplinario innovador que evite encerrarse con taponamientos teóricos, sino más bien, a confrontarse con lo que no se sabe de estos interrogantes que de vez en vez aparecen en la sociedad. Un detalle ejemplificador: Observen un cuadro pintado por Francis Bacon. Bacon es un pintor del dolor. Caras o cuerpos retorcidos o extrañamente atormentados. Imágenes, cuya interpretación no tiene lugar. Representaciones sin espacios.

Esta concepción escenográfica del espacio pictórico se acentúa en los trípticos, formato estético que persigue crear un espacio envolvente en torno al espectador, a la manera de una pantalla cinematográfica, poniéndolo en condiciones de acceder inmediatamente a la intimidad de la figura frente a un entorno en donde el dolor es el principal protagonista. En este caso, un dolor que aparenta comenzar con una huella deformada para transformarse en marca, mostrando un sobrecogedor impacto, en fragmentos obscenos a veces, de la existencia, siendo imposible permanecer ajeno a ella.

El Sida ha dejado de ser un problema médico para plantear graves dificultades sociales. Y en primer lugar, porque para nueve de cada diez infectados en el mundo un problema sin solución es el acceso a la atención sanitaria adecuada.

Números que se homologan con personas que padecen sus diferentes y particulares condiciones de goce que no son permeables a campaña de prevención alguna porque la información pretendida no puede atravesarlas.

En realidad, la información conciente del sujeto no toca sus condiciones de goce. La campaña de prevención, en tanto que no es subjetivada y donde el Sida permanece como un peligro difuso que sólo puede afectar a los otros, no actúa sobre las medidas de precaución personales. Resulta difícil introducir un discurso que concierna a la sexualidad en forma masiva puesto que en la medida en que resulta ajeno, se intensifica la idea de que a 'nosotros' no puede alcanzarnos.

ONUSida intenta probar una vacuna en los seres humanos desde que la pandemia del Sida se instaló en el mundo.

Peter Piot, como médico, confesó que no hay más alternativas y para ello decidió unos pocos años atrás, crear normas éticas. Comenzó a trabajar en diferentes países, fundamentalmente en Africa sahariana; Tailandia y Brasil. En un reportaje que una revista científica le realizó, Piot declaró que una cosa es segura: *sin una vacuna, dijo, nunca vamos a terminar con el Sida.*

Aquí, otro de las temas que se imponen, está en relación a la cuestión ética: no se puede inventar una vacuna si no se experimenta con seres humanos. Hay actualmente poco más de cuarenta vacunas en experimentación en distintas partes del mundo y todas ellas apuntan a inmunizar contra la infección. Una de las pruebas mas grandes se llevó a cabo con cinco mil voluntarios en los Estados Unidos. Encontraron numerosos voluntarios, a pesar que la investigación poseía un risgo máximo: infectarse con el virus.

He recortado cuatro testimonios cuando se inició esta investigación (publicado en *Newsweek* el 27 de noviembre de 1999).

El de Helen M. de 66 años. Su ocupación es profesora de la Universidad de California en San Francisco. Ella sostuvo su decisión de participar en la prueba porque hace años que se dedica a la prevención. Uno de sus seis hijos es portador.

El de Charles F. 44 años. Médico y Director de la *Aids Helthcare Foundation*. Su argumento es que comenzó a trabajar en la epidemia en Inglaterra y afirma que lo hace por una obligación moral.

Sara U. 54 años. Asistente social. Perdió a muchos seres queridos por esta enfermedad, a su pareja y a sus tres hijos.

José Z. 28 años. Médico de un Organismo No Gubernamental en la ciudad de Chicago. Como vive con el temor constante de contraer el virus todo el tiempo quiere participar de diferentes investigaciones. Piensa que la vacuna es un imperativo moral.

Ellos parecen tener una razón suficiente para experimentar con aquello que temen, odian, sufren, cada uno parecen y padecen albergar una esperanza que implica el sacrificio. Con la proyección de esa investigación que ya se llevó a cabo, las proyecciones que podemos realizar para nuestro país en este punto, es observar un escenario en crisis, pero que poco a poco se está organizando. Aún el mosaico de modalidades de atención primaria difícilmente puede ser calificado como un sistema de salud.

A pesar del Plan Médico Obligatorio, el marco de una oferta privada de servicios cada vez más complejizados a través de diversas modalidades de prepago y de la actual política de descentralización, autogestión y autofinanciamiento hospitalario provoca como efectos una mayor fragmentación de todo el sistema y una consecuencia elemental: mientras no exista una política sanitaria plena, precisa y abierta a todos, muy difícilmente podremos hablar de una lucha contra el Sida o de cualquier otra enfermedad, mientras

tanto continuaremos con el derrotero de si entregan o no medicamentos, si se atienden o no en los prepagos, si hay o no suficientes investigaciones, y así una innumerable cantidad de argumentos maniqueos.

Es al Estado que le corresponde la puesta en marcha de las medidas de prevención e investigación de los dispositivos de atención y el Estado argentino, comprometido con los intereses de empresas medicinales y diferentes multinacionales, está perdiendo mucho tiempo. Nuestros laboratorios y bibliotecas están insuficientemente provistos, de modo que resulta un acto de heroísmo investigar en nuestro país.

Se escriben novelas, ensayos, libros analíticos o no, manuales de prevención inútiles que año tras año se modifican. Se escuchan trabajos que se presentan en innumerables Jornadas de Salud Mental, siempre hablando de lo mismo: la posición del analista, la ética del analista, si hay que intervenir, si no hay que intervenir. Argumentos válidos que sin embargo son insuficientes para confrontarse con lo real de esta enfermedad imbricada en dos aspectos estructurantes del sujeto: muerte y sexualidad.

II | Conclusiones dogmáticas

Temáticas que abordan y exploran signos suficientemente particulares en el complejo HIV-Sida. Estos signos tienen a su vez, una particularidad más.

Existe en ellos un factor que lo he clasificado teniendo en cuenta una secuencia lógica temporal binaria-básica que presento expresada en *antes y después* dando como resultado *antes de las terapias combinadas* (entiéndase por ellas el coctel: dos antivirales y un inhibidor de proteasas) *y después de la aparición de las terapias de combinación*.

Insisto radicalmente con estas puntualizaciones que se constituyen en uno de los aportes principales de esta Tesis y a las que le agrego más elementos de los propiamente mencionados en el Capítulo II.

a | Antes de las terapias combinadas:

1- El anuncio de la seropositividad. Por lo expuesto, la podría denominar una "Clínica de la separación subjetiva", es decir, un movimiento fantasmático con características singulares, marcador de un acontecimiento.

2 - La seropositividad asintomática relacionada con una llamada "atención silenciosa". Periódo por el cual no podemos intervenir nosotros como analistas, demasiado. Aclaremos un poco más este punto. El discurso médico, atrapa inicialmente a

los pacientes seropositivos, en un laberinto de mediciones biológicas, testeos, muestras de sangre que rastrean las llamadas "defensas del organismo". Un sistema inmunocompetente donde su capacidad de inmunidad se encuentra vencida declarándose sin competencia para responder a semejante ataque. El sujeto ofrece su cuerpo al médico con el objetivo de que haga lo que tenga que hacer, y éste lo expone a un goce que se instala en el sujeto y que al principio lo cuenta, lo contabiliza como una única tabla de salvación. (Antes era el recuento de los CD4 y ahora es contabilizar la carga viral. Obviamente este es tan sólo un ejemplo. Se realizan constantemente nuevas formas de verificar valores, testeos, etc.).

3 - La ruptura ocasionada por el anoticiamiento de la seropositividad, provoca la fractura del modelo de ideal de salud eterna.

4 - La infección que implica el pasaje del virus de uno a otro. A partir de este parámetro comienzan a desplegarse temas tales como la responsabilidad, la culpabilidad y los modos de goce del sujeto que cuestionan dolorosamente ese goce elegido.

5- La dificultad de una relación con otro semejante porque está presente en ambos, la idea de la enfermedad como el contagio en sí mismo. Los virajes de la vida a la muerte y también la procreación, temática que se ubica como la más álgida, se hacen presente en la relación, y de esta generalidad se la ubica en el caso por caso.

6 - Los vectores de contaminación. Principalmente sangre y semen, fluidos vitales, en los que se observan un poder imaginario. Basta recordar en este "poder" lo amenazante de la sangre en una banda de ladrones italianos, que se cortaban asimismo y utilizaban esa actuación espectacular, vociferando que si los llegaban a tocar o apresar, antes se encargarían de infectarlos.

7 - El emblema de la enfermedad confronta al sujeto a un cuestionamiento de su sexualidad y su modo de vida.

8 - En la práctica analítica son pertinentes diferentes estados psíquicos: el diagnóstico porta una connotación mortífera por lo que la cuestión de la muerte está presente desde antes del momento final.

b | Después de las terapias combinadas

Sería más preciso decir con ellas.

Son válidos casi todos los ítems anteriores, pero se agregan otros:

1 - Efecto Lázaro: El costo de los tratamientos combinados, es del orden de los 1000 dólares mensuales, haciendo inaccesible, para 8 de cada 10 infectados, el beneficio de estos llamados progresos de la ciencia. Recorto el decir de una analizante portadora,

cuya carga viral es indetectable en sangre, gracias a esos "adelantos". Dijo algo que resultó impactante. Manifestó que ella se había preparado todo el tiempo para su muerte y ahora, en cambio, tenía que prepararse para la vida y no sabía cómo enfrentarla. Palabras que marcan el decir de un sujeto atravesado por el efecto Lázaro, así denominado por el saber médico.

2 - Cuándo tomarlo: Es todo una decisión del sujeto. Es sabido los altos efectos de toxicidad que producen los medicamentos y la alternativa se ubica en los extremos de la vida o de la muerte, sin embargo, hoy termina siendo moneda corriente experimentar cuál es la combinatoria más precisa para el paciente y en algunos casos si el inhibidor puede postergarse, aunque no es recomendable. Aqui nuevamente los adelantos técnicos juegan un rol de suma importancia: un nuevo método genético del virus puede detectar cual es la mejor combinatoria de los medicamentos. La tendencia actual continúa siendo la triple combinatoria de las drogas. Pero este punto se prolonga hoy a otro que menciono a continuación.

3 - Fenómeno de adherencia o complacencia al tratamiento, también llamado de observancia: *A priori* se supone que el paciente tomará el tratamiento tal como se le ha prescripto; sin embargo, una tesis realizada por el doctor Matillon en un servicio de medicina interna de Lyon, Francia, demostró que la observancia medicamentosa sólo fue estricta en un 15 por ciento de los casos. Los pacientes intentan remodelar las dosis de administración de los medicamentos, incluso eliminando algunos en ciertos casos, aumentando dosis y-o añadiendo otros. Este es uno de los estudios más recientes y propicios en servicios de psicólogos de algunas fundaciones que se dedican a la lucha contra la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida (En la Bibliografía General he incluido los principales Organismos No Gubernamentales que actúan en nuestro país).

Asimismo, y dentro de la línea de aportes personales para esta Tesis, he enmarcado al Sida dentro de los llamados sintomas sociales, destacando el individualismo actual exacerbado del sujeto, y que provoca indudablemente, la existencia de síntomas "nuevos". Incluso, sea más pertinente incluirlos dentro de las patologías de la época.

Es decir, la neurosis misma cambió desde Freud y es por ello que podríamos hablar con razón de un sujeto moderno. Un sujeto dividido, habitado por la falta, una falta a la cual no cubren los valores, y que se encuentra directamente confrontada con los objetos susceptibles de suspender esa falta.

Haciéndonos eco de las palabras de Lacan, no nos encontramos entre los alarmantes ni angustiados.

El analista está en una especie de momento de mutación, por consiguiente, si la angustia es el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real, el analista tendrá por misión hacerle frente.

No es lo que se le demanda al Psicoanálisis sino lo que se demanda al psicoanalista.

Está la demanda de cada paciente y la demanda social la cual siempre se halla agitada, caótica.

Todo Psicoanálisis, cualquiera sea (y nos referimos específicamente a las circunstancias de esta enfermedad) debe arribar a un recurso: *Entre todos los que se propone en el siglo, la obra del psicoanalista es tal vez la más alta porque opera en él como mediadora entre el hombre de la preocupación y el sujeto del saber absoluto. Por eso también exige una larga ascesis subjetiva, y que nunca sea interrumpida, pues el final del análisis didáctico mismo no es separable de la entrada del sujeto en su práctica. Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época.*

He tomado estas palabras de Lacan a la manera de guía que señaló mi trabajo de investigación.

Deseo retomar, entonces, la primer parte de nuestro trabajo hasta ahora aquí expuesto. La terapia combinada es un matiz de la ciencia que como recurso ha logrado, en la mayoría de los casos, postergar una muerte anunciada en el anoticiamiento de la enfermedad (suspenderla).

Desde el inicio de la epidemia en los años 80, la amalgama muerte y sexualidad, confrontó al Sida con los prejuicios de una humanidad que pensaba sin atisbo de nube alguna en su horizonte, que íbamos por siempre a la felicidad eterna. A partir de ese virus inexplicable el concepto de amor libre se volcaba a una muerte que aparecía como castigada por sus excesos o por su consumo.

Abordar esta temática desde el lugar de nuestro saber, también era difícil, porque los prejuicios también tiñen a las comunidades analíticas. Una pregunta de rigor parece surgir a esta altura de la exposición.

En el Sida hoy, ¿cúales son los aportes desde el Psicoanálisis?

Desde lo teórico muy escasos.

En el campo freudiano lacaniano los trabajos de Francois Leguil y Danielle Silvestre, ambos analistas franceses, marcaron un camino a seguir, luego los aportes de Francoise Lynard, analista francesa, nos ubicaron en los aspectos fenomenológicos en la orientación de un tratamiento psicoanálitico. Pero asimismo, fueron artículos aislados y con consecuencias escasas dentro de alguna institución analítica.

Aquí en Argentina, los trabajos sobre Psicología y Sida abundan. Con una clara tendencia conductista, pragmática o sistémica, la dirección de la cura o del tratamiento, se pierde en recomendaciones y consejos interminables, que alcanza a la bibliografía utilizada.

Debemos tener presente que para nuestra ciencia y para la transmisión de la práctica psicoanalítica, un caso serviría para mostrar determinadas articulaciones entre Psicoanálisis y Sida. Argumento que sostengo a lo largo de esta investigación o de

cualquier otra que se circunscriba a las elaboraciones sobre el psiquismo, desde la misma perspectiva freudiana. En este particular caso, si el Sida aparece como un síntoma, la pregunta es qué lugar le confiere un sujeto a ese malestar y la precisión temporal de una época debe ser nuestro principal motivo de atención.

Hoy, estamos de acuerdo, somos protagonistas de una crisis en lo real, teniendo en cuenta este concepto tal cual lo definía en la introducción.

Es por esto, dicen, que ya no basta la palabra "malestar" tal como aparece en *El malestar en la cultura* de Freud, sino que es necesario hablar de un impasse en la civilización. Y precisamente lo único que podemos oponer a este impasse en la civilización es lo real.

Por eso el Psicoanálisis debe testimoniar de lo real. Crisis del saber quiere decir que con la creencia no basta, que el saber estaba basado en la fe y luego tiene que pasar a estar basado en la ciencia. Es otro ordenamiento del saber. *Descartes, intenta una salida de la crisis. En realidad, es porque plantea la crisis que se dice que hay un antes y después de Descartes.*

Antes el saber se basaba en lo sagrado, la autoridad era la Biblia, luego la autoridad pasó a ser el saber de la ciencia, y ahora no hay ninguna autoridad. El impasse es la ausencia de autoridad.

Lacan en su *Introducción alemana de los Escritos* refiere que la ciencia sólo progresa por la vía de tapar los agujeros: *"...que siempre lo consiga es lo que la hace segura. Mediante lo cual ella no tiene ninguna especie de sentido".*

Es una ciencia fallida que comprueba la falta-en-ser del *parlêtre*, tal como fue conceptualizada por Lacan –y que me he ocupado en detalle en la Introducción de este trabajo– y que a veces lo eleva a un ideal beatífico que lo aleja (engañándose) de su destino mortal. Manera además, de rechazarlo, a veces defendido con una pasión mayor, no con el odio, sino con la ignorancia. Nuestra ciencia, sin embargo, tiene en este mismo argumento, su ventaja. Necesita partir de la ignorancia para arribar a la verdad de un sujeto, que por supuesto no es verdad para un otro. Nuestra ciencia es la de la ignorancia y aún así que difícil es su práctica.

Nuestra ciencia excluye al azar. Desde los escritos de la técnica psicoanalítica de Freud, observamos cómo la práctica del ajedrez es la comparación no azarosa del dispositivo analítico: no hay azar en Psicoanálisis es su lectura, que continúa en Lacan en *La dirección de la cura* y los principios de su poder quien confirma su práctica con la estrategia, táctica y política. Una ciencia que parte de un cómo a un saber-hacer y en donde su principal articulación es con el fenómeno del inconciente.

La ciencia moderna, que para demostrar una hipótesis recurre a la experimentación, la replicación de resultados, el análisis de causa y efecto y la documentación de hechos comprobados, es uno de los sistemas de creencias de mayor influencia del presente milenio.

Más dicho discurso Amo no estriba en una teoría particular o un conjunto de hechos, sino de un proceso mediante el cual emprendemos lo que Linus Pauling –premio Nobel de Química 1954– ha denominado la búsqueda de la verdad y que nosotros analistas, por nuestra propia ignorancia, sabemos que es No-Toda. Teoría de la Incompletitud de Goedel, matemático que volvió a su propia ciencia introspectiva, y también, fallida. Teorema que establece que todo sistema formal deductivo que añada, cuando menos, al aparato de la lógica elemental los principios y reglas de la aritmética se enfrentará fatalmente con proposiciones bien construidas que no podrá ni demostrar ni refutar y que, por lo tanto, son indecidibles. La presencia de tales proposiciones delata que el sistema en cuestión, que se queda por así decirlo, perplejo e indeciso al no poder dar cuenta deductiva de ellas, es incompleto. No hay entonces, siguiendo estos argumentos, hasta ahora azar. Tampoco una ciencia que progresa.

¿Qué ocurre desde el punto de vista ético?

El poder perdió su pudor. Todo el mundo habla de la ética y con creces. Se la regala, pero no se la pone en práctica. Hablar de una posición ética del analista no puede significar sólo su presencia, sino también su posición frente a un sentido ético de la muerte, y esto debe ser tenido en cuenta en cualquier otra enfermedad en donde el "riesgo" de muerte se presentifique en el sujeto antes de su momento final. La presentication de la muerte nos desborda y nos provoca una total incertidumbre.

¿Cuál es el sentido ético de la muerte?

Ortega y Gasset hablaba de los "días contados": la vida es emplazamiento y este hecho ubica al sujeto en un tiempo limitado que desde un aspecto cotidiano lo comprende como proyección de un futuro pudiendo encontrar como obstáculo el fracaso, pero nunca la muerte. La vida es un tender hacia la muerte, ya lo hemos pronunciado con gran insistencia en varios apartados de nuestra Tesis, y esta frase podría ser el matiz más conocido por nosotros al que debemos agregar que la vida es mucho más que ese transcurrir, sino lo que viviendo hemos hecho de nosotros mismos.

Del cómo al quehacer. Del Todo al No-Todo, las postulaciones sobre el azar, la ciencia y la ética no es darle sólo sentido para su comprensión sino desplegar sus propias limitaciones para transformarlas en materia eficiente para un sujeto. Mientras construía detalles de este trabajo y verificando la bibliografía para encontrar un párrafo que resumiera una posición adoptada a lo largo de la tesis, me detuve en la biografía de Michael Foucault, fallecido a causa de la enfermedad de inmunodeficiencia.

Allí hay un opúsculo dedicado a *La hermeneútica del sujeto.* Dice así:

> *El valor particular de la meditación sobre la muerte no radica únicamente en que ésta anticipa respecto a lo que en opinión de la gente se representa como la mayor desdicha; no radica únicamente en que ésta permite convencerse de que la muerte no es una desgracia; ofrece la posibilidad de echar, anticipidamente por decirlo de algún modo, una mirada retrospectiva sobre la propia vida.*

Considerándose a uno mismo como a punto de morir, uno puede valorar cada una de las acciones que está perpretando en su propio valor. La muerte, decía Epicteto, sorprende al labrador labrando, al navegante navegando: ¿Y tú, en que ocupación quieres que te sorprenda la muerte? Y Séneca contemplaba el momento de la muerte como el momento en el que uno, en cierto modo, podría erigirse en juez de sí mismo y medir el progreso ético cumplido hasta su último día.

Cuando Foucault se entera de su enfermedad pronuncia: *Sé que tengo el Sida, pero mi historia me permite olvidarlo.*

Los argumentos que podrían extraerse de ese decir, poseen un sentido que recorre como eje principal a esta Tesis Doctoral: un psicoanalista no recibe un paciente con Sida, sino que aloja a un sujeto que palpita frente a una pregunta que intenta despejar a lo largo de toda su experiencia analítica, y que dicha experiencia trata de ubicar al sujeto frente a una pregunta: *¿Has actuado conforme a tu deseo?*

El acontecimiento imprevisto modifica la posición subjetiva: el acontecimiento es desprendimiento inmediato de una primera consecuencia, es decir tiene una estructura implicativa. Esta lógica esclarece su potencia propiamente temporal, teniendo la capacidad para engendrar un tiempo propio. El acontecimiento determina siendo de este modo realidad y principio. Los acontecimientos son singularidades irreductibles de las situaciones, descubriendo así una verdad para el sujeto. Hace advenir "otra cosa" que la situación, las opiniones, el saber instituido. Es un suplemento azaroso, imprevisible, disipado apenas aparece: un acontecimiento puede ser un modo de nombrar a lo real.

El acontecimiento imprevisto lo podríamos argumentar como uno de los nombres de lo real, haciendo del sujeto un desprovisto. Lo pone al descubierto. Gracias a esta utilización del acontecimiento imprevisto, lo real tiene una posibilidad de aparecer en la sesión analítica. Las preguntas que me formulo, a partir de esta posición, son ¿El acontecimiento se inscribe en el tiempo? o ¿El acontecimiento crea al tiempo?

Lacan utiliza e inscribe lo temporal centrándose en la lectura de acontecimientos subjetivos. Por ello, como práctica, lo real es definido a partir de lo que ocurre, es decir del acontecimiento. Determinando con ello un posible axioma básico: lo seguro, es que mañana, por ese acontecimiento imprevisto, el sujeto no va a ser lo que fue.

Vivimos en una época en que sabemos que la forma como abordamos lo real está en condiciones de afectar los hechos y de un modo singular. En consecuencia, el saber científico, cuando se elabora, afecta lo real.

Partir de la definición de la ciencia como saber en lo real, nos posibilita determinar que el saber de que se trata aquí es un saber que no sólo puede comunicarse, sino que además lleva intrínsecamente la idea de comunicación. Lacan plantea que la lógica dada

al saber científico, incluye el modo de la comunicación como suturando al sujeto que él implica.

El uso de la noción de información, mensaje o código genético está tomado, en la medicina científica, de una concepción de lenguaje diferente al nuestro.

Cuando se habla de mensaje hormonal, no se trata de una articulación de sentido, sino de la referencia a una noción de umbral, a partir del cual se constituye la señal unívoca para el órgano que responde según la ley del todo o nada.

La fórmula "no hay la relación sexual" posee una lógica que permite situar el real.

Para los sujetos, falta ese saber en lo real ya que no hay una relación reglada y natural sobre lo que deben ser las relaciones entre los sexos.

Lacan plantea en el *Seminario XI* que lo real se presenta bajo la forma de lo inasimilable del trauma y nos aporta la noción de la tyché como una forma de nombrar lo real como encuentro fallido.

> *"La función de la tyché, de lo real como encuentro –...en tanto que es, esencialmente, el encuentro fallido– se presentó primero en la historia del Psicoanálisis bajo una forma que ya basta por sí sola para despertar la atención –la del trauma".*

Lo traumático, no sería la sexualidad sino la falta de saber sobre la emergencia del goce sexual. Un encuentro traumático con lo real determina un punto de certeza.

La certeza está articulada a lo real, ya que este encuentro es imposible de negar, no se puede dudar de ello.

Frente al traumatismo la pregunta que surge es *¿Por qué sucedió?*

Unica formulación de lo indecible, cuando un sujeto se ve confrontado en un encuentro con un acontecimiento traumático, lo que da como resultado, un sujeto sin palabras.

Aquí es donde corresponde localizar al goce en tanto se le impone al sujeto que no puede decir nada al respecto.

Hay una desaparición del sujeto, frente a lo inesperado de un encuentro donde ha visto su vida en riesgo. El sujeto sólo puede verse como una víctima afectada por un accidente, sometido a la arbitrariedad.

Un enfermo comprometido con el malestar de su cuerpo está aprisionado con ese real que lo nombra. Esto nos permitirá a nosotros analistas, el intento de arreglar su goce que seguramente opaca el horizonte en una vida atravesada por el No Todo.

¿Podremos orientar a ese sujeto con una oferta de hacer vivible su vida excluyendo el engaño cronológico del transcurrir del tiempo de vida de cada uno?

El Premio Nobel de Literatura, Imre Kertész en su novela *Sin destino* habla de los efectos que un campo de concentración puede causar en un cuerpo: "Si en una situación normal hacen falta cincuenta o sesenta años para envejecer, en el campo de concentración bastaron tres meses para que mi cuerpo me abandonara".

Lacan en el artículo llamado *Respuesta a Marcel Ritter* se pregunta por el nexo entre el sexo y la muerte, y dice que respecto a la muerte se ignora que haya dos, esto es lo que en general se admite para el sexo, porque nadie puede morir en el lugar de uno, uno se muere solo.

¿Qué es entonces, lo verdaderamente traumático?

Podemos responder con Lacan que se trata de la entrada del sujeto en el lenguaje. Es la intrusión de ese primer significante, relacionado con la falta de significante en el Otro. Primera marca que deja un resto no significantizable.

Frente a este agujero, el sujeto deberá dar una respuesta en la repetición de modo que cualquier surgimiento posterior de cierta modalidad de lo real será leído a partir de estas significaciones. De modo que "sobre todo encuentro posterior recaerá por efecto de *après coup*, una suerte de primer sentido".

"tenemos que detectar el lugar de lo real que va del trauma al fantasma- en tanto que el fantasma nunca es sino la pantalla que disimula algo absolutamente primero, determinante en la función de la repetición".

En el *Seminario XI,* Lacan define lo real como lo que vuelve siempre al mismo lugar, donde el sujeto no lo encuentra, lo evita.

"A medida que el sujeto se aproxima a lo real, como inasimilable, se produce lo que él llama, la huida en la repetición, a fin de no encontrarlo".

Frente a la pregunta *¿Por qué sucedió?* se construye otra: *¿Qué hacer?*

¿Cuál es la apuesta del analista?

Hacer pasar el goce por el análisis.

¿Bajo que modalidad?

No otorgando consistencia a la infección de goce, que por otra parte, es lo que practica el discurso médico al poner en disyunción el saber y el goce. Es decir, un discurso que apunta a mantener el cuerpo en la ignorancia.

En cambio, el saber del discurso analítico apunta a un saber no separado del goce.

Estas preguntas ¿Qué hacer? ¿Cuál es la apuesta del analista? ¿Qué modalidad? nos confrontan en la experiencia analítica, más exactamente, con un particular en disyunción de todo universal, un particular que no se deja reabsorber en el universal, sino que es devuelto en todo caso a la singularidad, a la originalidad, incluso a la extrañeza del caso por caso.

Por lo demás, lo singular es el estatuto del caso mismo.

Así tenemos que vérnosla con un real desprendido de lo racional y hasta de toda posibilidad de regularidad y del establecimiento de una ley, cualquiera sea.

III | Conclusiones hipotéticas

La prevención del HIV da resultado, pero necesita orientarse y sostenerse.

Los nuevos datos que presenta el informe ponen de manifiesto que la ampliación de los programas de prevención del HIV que están orientados y adaptados a las personas más expuestas al riesgo de infección por el HIV están haciendo avances.

A lo largo del pasado decenio, en muchos países con epidemias generalizadas se han producido cambios positivos en el comportamiento sexual de los jóvenes: mayor uso del preservativo, aplazamiento del inicio sexual y menos parejas sexuales. Se observan claros retrocesos en la prevalencia del HIV entre jóvenes en el período de 2000 a 2005 en Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Rwanda, Tanzanía y Zimbabwe.

En otros países, aunque se disponga de limitados recursos puede obtenerse un elevado rendimiento cuando las inversiones se centran en las necesidades de las personas con mayor probabilidad de exponerse al HIV. En China, hay algunos ejemplos de programas orientados a profesionales del sexo que han contribuido a aumentar notablemente el uso del preservativo y a disminuir las tasas de infecciones de transmisión sexual, y los programas dirigidos a consumidores de drogas intravenosas también están consiguiendo mejoras. En Portugal, los diagnósticos de HIV entre este último grupo de población fueron casi un tercio (31%) más bajos en 2005, en comparación con 2001, como resultado de la ejecución de programas especiales de prevención orientados al consumo de drogas y el VIH. En muchos países, los programas de prevención del HIV no están llegando a las personas más expuestas al riesgo de infección, como los jóvenes, las mujeres y las niñas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas intravenosas, y las minorías étnicas y culturales. El informe destaca que el problema de las mujeres y las niñas en el contexto de la epidemia de Sida necesita una atención constante y más acentuada. En África subsahariana, por ejemplo, las mujeres continúan teniendo más probabilidades de infectarse por el HIV que

los varones, y en la mayoría de los países de la región son ellas también quienes es más probable que cuiden de las personas infectadas por el HIV.

De acuerdo con el informe, se observan indicios crecientes de brotes de HIV entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Camboya, China, India, Nepal, Pakistán, Tailandia y Vietnam, así como en toda América Latina, pero la mayor parte de los programas nacionales del Sida no llegan a atender las necesidades específicas de este grupo. Los nuevos datos disponibles también ponen de manifiesto que los programas de prevención del HIV no consiguen abordar la superposición entre consumo de drogas intravenosas y trabajo sexual dentro de las epidemias de América Latina, Europa oriental y en particular Asia.

"Es imperioso continuar aumentando la inversión en servicios de prevención y tratamiento del HIV para reducir muertes y afecciones innecesarias por esta enfermedad", ha declarado el Director Adjunto Interino de la OMS, Dr. Anders Nordström. "En África subsahariana, la región más afectada, ahora la esperanza de vida al nacer es tan sólo de 47 años, lo que viene a ser 30 años menos que en la mayoría de los países de ingresos elevados", agrega.

La situación de la epidemia de Sida destaca cómo en diversas regiones, incluidos algunos países de América Latina, el Caribe, Oriente Medio y África del Norte, la insuficiente vigilancia del HIV por lo general significa que las personas que corren mayor riesgo, eso es, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y los consumidores de drogas intravenosas, no están cubiertas o atendidas adecuadamente por las estrategias de prevención y tratamiento del HIV porque no se conoce lo suficiente su situación y su realidad particulares.

El informe recalca también que los niveles de conocimiento de las relaciones sexuales seguras y el HIV siguen siendo bajos en muchos países. Incluso en países en los que la epidemia tiene un gran impacto, como es el caso de Swazilandia y Sudáfrica, una gran proporción de la población piensa que no corre ningún riesgo de infectarse.

"Conocer la propia epidemia y comprender los factores que la impulsan, como son las desigualdades entre varones y mujeres y la homofobia, es absolutamente fundamental para una respuesta a largo plazo al Sida. No sólo hay que intensificar drásticamente la acción, sino que ésta debe ser estratégica, orientada y sostenible para asegurar que el dinero llegue a los que más lo necesitan", ha afirmado el Dr. Piot.

Las buenas intenciones de los programas llamados "de prevención" no alcanzan a dar una respuesta satisfactoria a la situación mundial en relación al Sida: el leprosario fue evocado desde el inicio de la pandemia y se rechazó la propuesta de crear instituciones que los discriminara.

La Organización Mundial de la Salud desaconsejó la creación de establecimientos especializados para personas enfermas de Sida por considerarlo una violación a los Derechos Humanos.

No existe una información asertiva acerca del tratamiento del Sida.

Esto obstruye los pasos a seguir. El azar se entreteje con el destino y al cuerpo médico no le queda otro recurso más que sugerir los tratamientos que se consideran más pertinentes. Para cada persona hay que encontrar el protocolo médico más adecuado.

La imposibilidad del para todos incrementa a nivel social la incertidumbre, la desconfianza y el malestar.

Segregar lo diferente, lo imposible de metabolizar, es la vía facilitada para tratar lo desconocido. Hemos visto que en el caso de niños infectados debe convivir con esto desde el inicio de su vida. La posibilidad de transformar su afección en una enfermedad crónica relativiza la muerte anunciada.

El cumplimiento del protocolo médico se vuelve una rutina a la que acceden como su estilo de vida. En ese sentido, no se diferencia de otras enfermedades, salvo en un punto: la posibilidad de contagio.

El miedo que se propaga en su entorno se expande como oscura neblina que enceguece al mundo circundante.

El sujeto con Sida no deja de ser un *parlêtre* con sus pasiones, miedos, angustias y amores. Su padecimiento psíquico no depende exclusivamente de la enfermedad. Como todo sujeto, queda preso de su estructura, de la construcción propia del mito familiar, y los acontecimientos con los que se confronta en su vida determinan la textura mítica de su historia. No es un mito-cárcel, puesto que este se puede analizar.

El sujeto no está enfermo de Sida: es prisionero de las maneras de metabolizar su goce y de sus estrategias frente al deseo y a la falta.

Reducirlo a una enfermedad es destituir su posición subjetiva y tratar de aprehenderlo desde un cuerpo biológico sufriente.

No todos los sujetos que conviven con HIV consultan, tampoco lo hacen otros que padecen enfermedades de riesgo mortal.

Un analista nunca recibe un paciente con Sida, acoge a un sujeto que palpita frente a una pregunta que intenta descifrar en la experiencia analítica.

Conservar esta orientación, que apunta a lo diferente –sin esforzarnos por homogeneizar al goce–, posibilita que un análisis no reproduzca en el ámbito terapéutico la segregación del entorno.

De nosotros analistas, depende que su seropositividad no se vuelva un nombre propio que lo identifique y diferencie de los otros, sino que la cronicidad anhelada sea la expresión de una enfermedad vivible en un mundo de deseo.

Este estudio presentado como la observación objetiva de dados, aparece como una elección metodológica particular. En el campo del Psicoanálisis, la observación objetiva

sirve de argumento a diferentes variables que pueden ser enumeradas de la siguiente manera:

1 - Persuadir: la observación da cuerpo a cierta doctrina de la enfermedad de la inmundeficiencia en relación al Psicoanálisis y sostendrá su validez. Hará valer su pertinencia frente a quien lea la tesis e intentará de convencer de la justeza de la misma de una manera eficaz que enriquezca cualquier discusión teórica.

2 - Optar: el estudio actual hace valer la pertinencia de un Psicoanálisis de orientación lacaniana en perspectiva con la clínica actual, al distinguirlo de una terapeútica de la entidad Sida sin tener en cuenta los aspectos subjetivos en relación a la angustia.

3 - Distinguir: sólo la observación de casos como los aquí presentados, pueden decidir si el complejo HIV-Sida consiste en un proceso de sentido médico o de una interrelación social que incluye al Psicoanálisis y a la medicina, corriéndose definitivamente del antagonismo clásico de ambas disciplinas.

4 - Establecer: los datos de un caso se construirán según las normas aceptadas en la comunidad humana para el establecimiento objetivo de un hecho.

Finalmente un interrogante que también recorre toda esta extensa publicación se expone bajo la siguiente variable:

¿Cuál es la huella característica de la época actual?

Pregunta que vislumbra una nueva ficción como respuesta posible a los interrogantes que una pandemia como el HIV-Sida plantea. Respuesta que puede re-construirse a lo largo de este *work-in-progress.*

La inclinación a esa nueva ficción que nos interroga es el argumento, la llamada denominación *light*, temática que resulta comentada extensamente en diversos ámbitos intelectuales. Desde estas particulares referencias, ¿dónde podemos encontrar esta huella?

Una huella que no deja marcas, una huella como la que descubre Robinson Crusoe en su isla, morada luego del naufragio: él sabe de la existencia de otro, a quien llamará más tarde Viernes, porque ha permanecido un vestigio de huellas de pies sobre la arena.

¿Qué ocurre cuando el mar, en su incensante ir y venir, borre la huella? ¿Podemos afirmar que el sujeto no ha pasado por allí?

Huellas de la época.

Haría una precisión, de las épocas vividas subjetivamente. Porque cada época también tiene un registro subjetivo. El Mayo Francés me lo han contado. Sin embargo, fui un observador asombrado cuando televisaron la llegada del hombre a la Luna. Pude presenciarlo. Aquella huella de Neil Armstrong marcó a aquella época.

Poco a poco esas huellas se fueron ensamblando con otras: desde el hombre en su camino a la Luna hasta un hombre en la Luna. Absorto en sus pensamientos, inerte en su accionar, alienado al consumo, sin lugares y enfrentado al salvajismo de la competencia.

Los temas de sexo, droga y *rock and roll* o paz y amor fueron premisas absolutamente pueriles frente a la discriminación, los prejuicios, la intolerancia, la insensibilidad social actual. La violencia nuestra de cada día, aquí o en cualquier gran ciudad como Buenos Aires, se repite como en otras "aldeas globales" e inmediatamente se piensa la solución conformando un Estado redentor, un Estado que nos salvará de todos estos males. Estado ideal que aunque propusiera soluciones efectivas, no nos garantizaría que estas huellas de la época no dejen marcas en el sujeto. Huella y marca. Ambas son señales.

La huella se deja en un terreno por donde se pasa o se posa, por ejemplo, la rueda de un carro o cualquier otra elemento.

La marca es otro tipo de señal que distingue a quien pertenece. Por ejemplo, una marca hecha a fuego o una marca al agua, esta última como dibujo visible a trasluz que hacen los fabricantes de papel. Ambas aparecen como distintivos. El dolor psíquico a veces se enmarca como huella o marca en un proceso verdaderamente complejo y que podemos reconocer al menos, tres momentos precisos:

Ruptura

Conmoción

Reacción defensiva.

Predominando en cada una de estas variaciones signos particulares del dolor.

Un dolor propio de la ruptura; un dolor íntimo en el estado de conmoción; un dolor suscitado por la defensa yoica en respuesta a la perturbación.

Obviamente variantes de un sólo y único dolor que se expresa en un sujeto en su vertiente temporal y que el Psicoanálisis puede acompañar con su presencia y bajo la manera de elección, a quien esté dispuesto a revisitar las líneas de un destino para convencerse que él será quien lo construya con deseo, pero también con falta, puesto que sólo con estas dos cuestiones se comprende la frase inicial, escrita por Susan Sontag y elegida para ser la brújula de este trabajo escrito.

BIBLIOGRAFÍA

a | Médica

En relación a la bibliografía de la enfermedad de inmunodeficiencia, es muy específica, tanto en relación a su etiología, como desarrollo y terapéutica de la misma. El avance de las investigaciones provoca que la misma, en ciertos casos, se vuelva rápidamente poco eficaz para su consulta. He preferido, por este motivo, registrar las más consultadas:

•American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV) Washington: American Psychiatric Association, 1988.

• Baer, J.W. *Study of 60 patients with AIDS or AIDS related complex requiring psychiatric hospitalization.* American Journey Psychiatry 1989, 146: 1285-1288.

• Benetucci, Jorge A. y colaboradores. *Sida y enfermedades asociadas.* López Libreros Editores. Buenos Aires. 1997 más edición revisada actualizada.

• Benton, A. *Contributions to Neuropsychological Assessement.* Clinical Manual. Oxford University Press, 1983.

• Cassetti, Isabel. Comunicaciones personales. Entrevistas realizadas en el Centro de Estudios Infectológicos del Dr. Daniel Stamboulian. Buenos Aires. 2006/2007.

• Chin, James. *Present and Future Dimensions of the AIDS Pandemic.* Science Challenging AIDS. Proceedings Based on the VII International Conference on AIDS, Florencia, junio de 1991. Basilea, Editorial Karger. 1991.

• Faulstich, Michael. *Psychiatric Aspects of AIDS.* American Journal Psychiatry 1987; 144: 155-156.

• Gabel, R.H., Barnard, N., Norko, M., et al. *AIDS presenting as mania.* Comprehension Psychiatry Magazine. 1986; 27:251-254.

• Gallo, R.C. HIV. *The cause of AIDS, An overview of its Biology. Mechanism of disease*

induction and our attemps to control it. Journay of Acquired Inmmudeficiency Syndrome. 1983.

• Grant, Igor. *The Neuropsychiatry of Inmunodeficiency Virus.* Seminars in Neurology 1990; 10: 267-279.

• Grant, 1. Hampton Atkinson, J., Hesselink, J.R. et al. *Evidence for Early Central Nervous System Involvement in the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Other Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infections. Studies with Neuropsychologic Testing and Magnetic Resonance Imaging.* Annals of Internal Medicine 1987, 107: 828-836.

• Hollan, J.C., Tross, S. *The Psychosocial and Neuropsychiatric Sequelae of the Inmunodeficiency Syndrome and Relate Disorders.* Annuary International Medicine. 1985; 103: 760-764.

• Instituto Pasteur: Barré-Sinoussi-Chermann-Rozenbaum. *El Sida en preguntas.* Ed. Edivisión. México. 1989.

• Instituto Pasteur. *Retroviruses of Human AIDS and related animal diseases.* Lyon, France.1988.

• Kennedy, M. Psychoneuroinmunology. *Clinical Research HIV infection.* Presentando a la 50 Reunión Anual de la American Psychosomatic Society, 1992. New York.

• Klein, T.W. *Suppression of human and mouse lymphocite proliferation by cocaine,* Nueva York, Raven Press, 1988.

• Maccario, M; Scharve, D.W. *HIV and acute onset of Psychosis.* The Lancet, ii:342.

• McKusick, L. Physicians and Mental Health Professionals *Discuss the issues,* The Regents, University of California, 1986.

• Maj M. *Psychiatric aspects of HIV-I Infection and AIDS.* Psychological Medicine, 1990, 20: 547-563.

• Maj, M. *Organic Mental Disorders in HIV-I AIDS* 1990; 4: 831-840.

• Miller, R. *A guide to clinical counseling.* Science Press. USA. 1991.

• Montaigner, L. *Single aminoacid changes in HIV envelope affect viral tropism and receptor binding.* Nature. 1991.

• Montaigner, L. Vaincre. *Le SIDA, entrevista con Pierre Bourget,* Paris. Editions Cana, 1986.

• Montaigner, L. *Sobre virus y hombres.* Ed.Alianza. 1995.

• Naber, D., Riedel, R.R., Niederecker, M. *HIV infection and psychosis.* VI International Conference in AIDS, San Francisco June 1990 (abstract 2148).

• Navia, B.A., Jordan, B.D., Price, R.W. *The AIDS dementia complex:* 1. Clinical Features. Ann Neurol 1986; 19: 517-524.

• Navia, B.A., Cho, E-S., Petito, C.K., Price R.W. *The AIDS dementia complex.* Neuropathology Ann. Neural. 1986; 1986: 525-535.

• Nurnberg, H.G., Prudic, J., Fiori, M. et al. *Psychopathology complicating acquired immune deficiency syndrome (AIDS)* AM J. Psychiatry 1984; 141: 95-96.

• OMS. *Guidelines for counselling about HIV infection and Disease.* 1990.

• OMS. *Who AIDS.* 1990.

• OMS. *AIDS health Promotion Exchange*. 1991.

• OMS. *La Peste*. R. Politzer. 1954.

• Parkes, C.M. *Recovery from Bereavement.* New York. Basic Books. 3era edición 1983.

• Perry, S., Belsky-Barr D., Barr WB et al. Neuropsychological Function in Phisically Asymptomatic, HIV-Seropositive Men. J Neurosych, 1989; 1: 286-302.

• Perry, Samuel W. *Organic Mental Disorders Caused by HIV. Update on Early Diagnosis and Treatment*. American Journey Psychitry. 1990; 147:696-710.

• Pollak, M. *Les homosexuels et le Sida*. Métailié. Paris, 1988.

• Price, R.W., Brew, B., Sidtis, J., et el.. *The brain in AIDS, Central Nervous System HIVI Infection and AIDS Dementia Complex.* Science 1988; 239: 586-592.

• Price, R.W., Brew, B. *The AIDS Dementia Complex.* The Journal of Infections Diseases 1988; 158: 1079-1083.

• Reger, K.H. SIDA: *nouveau fléau du XX siecle*, Ed. SIP, Mónaco.1986.

• Resnik. L.R., Berger, J.R. Shapshak, P et al. *Early penetration of the blood brain barrier by HIV.* Neurology 1988; 38: 9-14.

• Rundell, J.R., Wise, W.G., Ursano R. J. *Three cases of AIDS-related psychiatric disorders.* American Journey Psychiatry 1986; 143: 777-778.

• Rose, Geoffrey. *The strategy of preventive medicine.* Oxford University Press de Oxford. 1994.

• Schmidt, V., Miller, D. *Two cases of hypomania in AIDS.* Br. J. Psychiatry, 1988; 152: 839-842.

• Selnes, O.A., Miller, E., Mc Arthur, J. et al. HIV-I *Infection: No Evidence of Cognitive Decline During the Asymptomatic Stages.* Neurology 1990; 40: 204-208.

• Sidtis, J.J., Price, R.W., *Early HIV-I Infection and the AIDS Dementia Complex.*

Neurology 1990; 40: 323-326.

• Thomas, C., Szabadi, E. *Paranoid psychosis as the first presentation of fulminating lethal case of AIDS.* Br. J. Psychiatry 1987; 151: 693-695.

• Tross, S., Price, R., Navia, B. et al. *Neuropsychological Caracterization of the AIDS Dementia Complex: A preliminary Report.* AIDS 1988; 2: 81-88.

• Wilkie, F.L., Eisdorfer, C., Morgan, R. *Cognition in Early HIV infection.* Arch. Neurol 1990; 47: 433-440.

b | Psicológica-Psicoanalítica y Ensayos

Hemos tenido en cuenta, los conceptos teóricos y clínicos que cada uno de los siguientes autores desarrollan en sus artículos. En todos ellos, existe inicialmente, un despliegue teórico que alcanza a la clínica y al ambito social. Establecemos que los escritos siguientes pertenecen a distintas corrientes psicoterapéuticas. No hemos incluido en este listado las Obras Completas de Sigmund Freud. De ellas fueron consultadas en la versión de Amorrortu Editores. De igual modo en relación a las obras de Jacques Lacan. En este caso, hemos utilizado los textos establecidos por Jacques-Alain Miller.

• Assoun; Paul-Laurent. *Lacan.* Ed. Amorrortu. 2004

• Basset, M. *Determinantes sociales y económicos de vulnerabilidad al HIV.* Conferencia internacional de Sida. Berl'n 1993. Revista Desidamos, año 1, Nro.3.

• Bateson, M. *Thinking AIDS,* Publishing Company Inc. USA, 1989.

• Baudrillard, Jean. *Conjurar la parte maldita.* Correo de la Unesco, 1987.

• Bauman, Zygmunt. *La sociedad sitiada.* Ed. Fondo de Cultura Económica. 2005.

• Bauman, Zygmunt. *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias.* Ed. Paidós. 2005.

• Bayés, Ramón. *Sida y Psicología.* Ed. MartínezRoca.1995. Barcelona. España.

• Beck, Ulrich. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad.* Ed. Paidós. 2005.

• Bersani, Leo. *Le rectum est-il une tombe?, Cahiers de l'Unebevue.* París. Epel. 1998.

• Billiet, Laura Elena. *HIV y Sida como manifestación de un trastorno actual de identidad.* Ed. Martha Mayorano. 1993.

• Bokun, Branko. *Sida: un punto de vista diferente.* Ed.Tusquets, 1987.

• Brodsky, Graciela. *Fundamentos.* Cuadernos del ICBA, Bs. As.

• Cahn, Pedro. *Sida. Un enfoque integral.* Ed. Paidós, 1992.

• Cahn, Pedro; Claudio Bloch; Silvina Séller. *El Sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social.* Ed. Arkhetyo. 1999.

• Cartwright, Frederick. *Grandes pestes de la historia.* Ed. El Ateneo. 2005.

• CASSA. Centro de Asesoramiento en salud adolescente. *Sida. Metodología para el trabajo educativo.* Ediciones Cassa, 1987.

• Cassetti, Isabel. *Comentarios personales acerca de la enfermedad de inmudeficiencia adquirida.* Inédito. En dos oportunidades 1999 ampliada y actualizada a 2005.

• Cocetti, Gino. *Sida, problemas de conciencia.* Ed. Paulinas,1989.

• Dransart, Anne Marie. *Informe del Servicio de Infectología de Grenoble.* Francia,1990.

• Eribon, Didier. *Michel Foucault.* Anagrama. Barcelona. 1992.

• Frontera, Luis. *Argentina: País HIV. Primera encuesta Nacional sobre sexualidad y prevención del Sida.* Ed.Galerna. 1995.

• Garau, Javier Martínez, Joaquín. *El Sida.* Ed. Emeka. 1990. Barcelona.

• García, Germán. *Suspenso de la muerte.* Ed. Contemporáneos. 1999.

• García Duttman, A. *La discordia del Sida. Como se piensa y se habla acerca de un virus.* Ed. Anaya & Mario Muchnik, 1993. España.

• Glucksmann, André. *La fisura del mundo. Ética y Sida.* Ediciones Península. 1995. España.

• Grmek, Mirko. *Historia del Sida.* Siglo XXI Editores. 1992. España.

• Hennezel, Marie; Montigny, Johanne. L'amour ultime. *L'accompagnement des mourants.* Ed. Hatier, París 1991.

• Irwin, Alexander; Millen, Joyce; Fallows, Dorothy. *Sida Global: verdades y mentiras. Herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI.* Ed. Paidós. 2005.

• Kaplan, H. *La verdad sobre las mujeres y el Sida.* Ed. Planeta. 1987.

• Laurent, Eric. *El caso, del malestar a la mentira.* Ed. Contemporáneos. 2005.

• Laurent, Eric. *El sentimiento delirante de la vida.* Colección Diva. 2011. Bs. As.

• Liberman D. y Maldavsky, D. *Psicoanálisis y Semiótica.* Paidós, Buenos Aires, 1975.

• Maldavsky, D. *Procesos y estructuras vinculares.* Buenos Aires. Ed. Nueva Visión, 1991.

• Masotta, Oscar. *El modelo pulsional.* Editorial Argonauta. 1990.

• Miller, Jacques. Alain. Conferencias Porteñas. Tomo I, II, III. Editorial Paidós, 2010.

• Motta, Carlos Gustavo. *La cultura de un nuevo malestar: perspectivas analíticas en el HIV. En "Testimonios de trabajo".* Ed. Leuka. 1989.

• Motta, Carlos Gustavo. *Son amigos los que el viento lleva.* Volumen III del Círculo Analítico de Psicosomática. Ed. Atuel.1995.

• Motta, Carlos Gustavo. *Historia de una herida: la aparición del Sida en el mundo.* Ed. Contemporáneos. 1era. Edición, 1995; 2da. Edición, 1996

• Motta, Carlos Gustavo. *Marcas de la época, huellas en el sujeto.* Ed. Contemporáneos. 2001.

• Motta, Carlos Gustavo. *"...en el cielo y la tierra...": Estudios sobre las referencias de arte en Sigmund Freud.* Ed. Grama. 2005.

• Motta, Carlos Gustavo; Becerra, Héctor; Pena, Claudio y otros. *SIDA: Más allá del HIV.* Fundación Alberto Espariz. 1994.

• Motta, Carlos Gustavo; Mauas, Liliana. *Los estragos contemporáneos y sus incidencias clínicas.* Ed. Contemporáneos.1998.

• Motta, Carlos Gustavo; Meyer, Ana. *Lo que no curé de lo saber. En "Testimonios de Trabajo".* Ed. Leuka, 1993.

• Motta, Carlos Gustavo; *Psicoanálisis Líquido. Variables del acontecimiento social.* Editores Contemporáneos, 2009.

• Nájera, Rafael. Sida. *De la Biomedicina a la Sociedad.* Ed. Eudema. Madrid, 1990.

• Perlongher, Nestor. *La prostitución masculina.* Ediciones de la Urraca, 1993. Uruguay.

• Perlongher, Nestor. *El fantasma del Sida.* Ed. Puntosur, 1988.

• Revista Argentina de Psicología. Número 42. Sida. Eudeba. 1993

• Saint-Jarre, Chantal. Du Sida. *L´anticipation imaginaire de la mort et sa mise en discours.* Ed. L´Espace Analytique. 1994. Paris.

• Serroni Copello, Raúl. *El determinismo psicológico en el contagio del virus del Sida.* Ediciones Adip. 1993.

• Sherr, Lorraine. *Agonía, muerte y duelo.* Ed. Manual Moderno. 1992. México.

• Silvestre, Danielle; Leguil, Francois. *Psicoanalistas confrontados al Sida.* Malentendido Nro 7. 1990.

• Sontag, Susan. *El cuerpo y sus metáforas.* Muchnik Editores. 1977. España.

• Sontag, Susan. *El Sida y sus metáforas.* Muchnik Editores. 1989. España.

• Tendlarz, Silvia Elena. *El Sida está entre nosotros.* Editores Contemporáneos. 1996.

• Thiaudiere, Claude; Ajchenbaum-Boffety, Beatrice. *L´homme contamine. La tourmente du Sida.* Editions Autrement - Serie Mutations 130. 1992.

• Virilio, Paul. *La bomba informática.* Ed. Cátedra. 1999.

• Winnicott, D.W., *Ego Distorsion in terms of the True and False self, en The Maturational Processes and the Facilitating Ennviroment (Los procesos de maduración y el ambiente familiar)* 1960. Londres: Hogart Press; Toronto: Clarke, Irwin and Co Ltd. 1965.

c | Testimonios-Novelas

• Arenas, Reinaldo. *Antes que anochezca. T*usquets editores. 1992.

• Collard, Cyril. *Las noches salvajes.* Ed. Gallimard. 1994.

• García, Tristán. *La mejor parte de los hombres.* Anagrama, 2011

• Eribon, Didier. *Michel Foucault.* Ed. Anagrama. 1992.

• Guibert, Hervé. *El amigo que no me salvó la vida.* Ed.Tusquets. 1991.

• Guibert, Hervé. *El protocolo compasivo.* Ed.Tusquets. 1992.

• Guibert, Hervé. *L'homme au chapeau rouge.* Ed. Folio. 1992.

• Guibert, Hervé. *Citomegalovirus.* Ed. Imaginario. 1992.

• Hutton, Jim - Wapshott, Tim. *Mércury y yo.* Ed.De laFlor. 1995.

• Leavitt, David. *El edredón de mármol.* Ed. Anagrama. 2001

• Manoni, Maud. *Lo nombrado y lo innombrable.* La última palabra de la vida. Nueva Visión. 1992.

• Navarre, Yves. *Y los amigos se los lleva el viento.* E. Gallimard, 1994 (No hay traducción).

• Nuñez, Sergio. *Vivir con Sida.* Ed. La Urraca. 1994.

• Pérez, Pablo. *Un año sin amor.* Ed. Perfil. 1998.

• Tolstoi, León. *La muerte de Ivan Ilich.* Salvat. 1969.

d | Tratamientos alternativos: Teoría y terapéutica

• Foundation for inner peace. *Un curso de milagros.* 1982.

• Hay, Louise. Sida. *Como abordarlo en forma positiva.* Urano.1991.

• Hay, Louise. *Sana tu cuerpo.* Urano.1992.

• Melton, G. *Más allá del Sida.* Fundación Desida.1991

• Kübler-Ross, Elisabeth. *Conferencias.* Ed. Luciérnaga. 1991

• Monte, Tom. *La vía de la esperanza. El programa anti-sida de Michio Kuchi.* 1988.

• Shealy, C. Norman - Myss, Carolin. *Sida, puerta de transformación.* Ed.Luciérnaga. 1992.

e | *Legales*

Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657. Sancionada el 25 de Noviembre de 2010. Promulgada el 2 de Diciembre de 2010.

Reglamentaciones nacionales y extranjeras en relación al Sida:

• Carrillo, R. *Plan analítico de Salud Pública.* Secretaría de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires,1947.

• Chávez Alvarez & Davi. *Sida en la empresa.* Ed. Extensión Profesional Empresaria SRL, 1991.

• Decreto 1244/91. Presidencia de la Nación Argentina.

• Direction Generale de la Santé. *Le Sida et l´infection par le HIV.* Novembre 1988/ octobre 1989.

• Dobón, Juan; Motta, Carlos Gustavo. *Sanción: de la pena al acto. Introducción al Campo Psi-Jurídico.* Ed. Contemporáneos. 1999.

• Instituto Nacional de Obras Sociales. Resolución 123/88. Argentina.

• Instituto Nacional de Obras Sociales.Resolución 128/88. Argentina

• Ley 23.798. Lucha contra el Sida. Presidencia de la Nación de la República Argentina.

• Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Normas de Bioseguridad para uso de Establecimientos de Salud. Agosto, 1991.

• Ministero della Sanitá Italiana. Comissione Nazionale per la lotra Contro l´AIDS. Conoscere AIDS. Editore SpA. 1991.

• Organización Mundial de la Salud. *Informe de la reunión sobre criterios para los programas de detección del HIV.* Ginebra, 20-21 de mayo de 1987.

• Organización Mundial de la Salus. Programa especial sobre el Sida. Declaración de la reunión consultiva sobre prevención y lucha contra el Sida en las cárceles. Ginebra 1618 noviembre de 1987.

• Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial sobre Sida. Reunión consultiva sobre el Sida y el lugar del trabajo: Declaración. Ginebra 27-29 de junio de 1988.

• Organización Mundial de la Salud. Prevención y control del Sida. Declaración de Londres sobre prevención del Sida. Londres. Marzo, 1988.

• Organización Panamericana de la Salud. Hacer frente al Sida. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas a las políticas de desarrollo. México. 1998.

• Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública de la ciudad de México. Sida: manual de trabajo para capacitadores. México. 1988.

f | Organismos No-Gubernamentales (ONG)

• Biagini, Graciela - Sánchez, Marita. Actores Sociales y Sida. Las organizaciones no gubernamentales y el complejo VIH/Sida. Ed.Espacio, 1995.

g | Revistas

Hemos consignado las más difundidas sobre la temática y que marcaron un hito en el inicio de la pandemia.

• American Red Cross. *Prevención del HIV para la familia.* Hispanic SIDA program. 1991.

• American Red Cross. *Mi hermano.* Hispanic SIDA program 1990.

• El Correo de la Unesco. *Por la educación de los jóvenes contra el Sida.* Octubre 1999.

• Investigación y Ciencia. Edición en español de Scientific American. *Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA.* Número 147. Diciembre 1988.

• Gallo, Robert. *El virus de Sida.* Investigación y Ciencia. Marzo 1987.

• National Geographic en español. *El Sida: a veinte años.* Febrero de 2002.

• Organización Mundial de la Salud. *Acción en Sida.* Boletín trimestral.

- Psicologías en Buenos Aires. *Sida, la batalla psicológica.* Número 10. Octubre 1992.
- Psicologías en Buenos Aires. *Actualizaciones. Psicología y Sida. Síntesis de la Investigación Internacional 1989/1992.* Octubre 1992.
- Psicologías en Buenos Aires. *Sexo for sale.* Número 11. Diciembre 1992.
- Psyche. Desde el Psicoanálisis. *Que no desida el Sida.* Año III. Nro. 23. Agosto 1988.
- Psychosomatics. The Journal of the academy of psychosomastic medicine. *AIDS biopsychosocial approach.* Volume 27. Number 4. April 1986.
- Remy, F. Le Sida. *Ce que tous les parent doivent savoir,* Santé Magazine, París, 1986.
- Revel, J.F. *Sida: les mots meurtriers.* Le Point, núm.773, jules 1987, París.

h | Internet. Algunos de los Sites relativos a HIV-Sida utilizados y consultados

- www.elpsicoanalisis.net

Primer sitio en Argentina dedicado al Psicoanálisis de orientación lacaniana.

- www.radiocapitaldelsur.com.ar

El informe anual Situación de la epidemia de Sida presenta las últimas tendencias en la epidemia mundial de Sida. La edición de 2006, que facilita mapas y estimaciones regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y del número de vidas que se ha cobrado y examina las nuevas tendencias en la evolución de la epidemia.

El informe está disponible en www.unaids.org

- www.cspt.es

En varios idiomas: francés, italiano, español. Se encuentran todos los nuevos tratamientos y técnicas utilizadas en Francia, sobre la prevención inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales con alguien que se sospecha pudo haber contagiado la enfermedad. Tratamiento de dos días para prevenir que el virus infecte la sangre. Demás tratamientos y enfermedades.

- www.chu-nice.fr

Si se hace click en *recherché* y luego en *publication* se encuentran todos los últimos datos de investigaciones sobre el contagio fetal y los tratamientos a embarazadas infectadas para impedir que su bebé se contagie. M. Bogain, Gillet, updates.

• www.u-psud.fr

Biblioteca de enfermedades infecciosas, manual de MSH-Alpes HIV. Casa virtual de epidemiología y sanidad pública.

• www.pro.wanadoo.fr/jerome.grodin/actu2.htm

Contusión cerebral, prácticas deportivas en infectados, funciones cognitivas en HIV, consultorios.

• www.veritasmedicine.com

Site general de salud pública las últimas investigaciones sobre Hiv-Sida de las mejores universidades de USA. Suscripción para recibir los datos de los últimos tratamientos y los lugares donde se implementan. Ellos buscan los lugares más cercanos en el mundo donde sus suscriptores y consultants pueden recibir el tratamiento. (es interesante para suscribirse, todas las semanas recibo datos nuevos sobre lo ultimo en la enfermedad y la infección).

• www.chu-rouen.fr

Información y consultas sobre enfermedades de la piel Sarcoma de Kaposi, linfomas, cancer de piel en enfermos e infectados.

• www.globalnews.it

Grupos de discusión de enfermos e infectados, conjuntamente o solos en chat con médicos y especialistas, en francés e italiano.

www.ihra.net/geneve/HRC/f/links_main.html

Sociedad Internacional de HIV-Sida, ONUSIDA Suiza.

• www.safersex.org

Grupo Sida Ginebra, sexo seguro.

•www.egide.asso.fr

Pantalla general del Sida, explicaciones varias, suscripciones, consultorio

• www.uic.edu

Click en *library*: Se encuentran novelas y textos bibliograficos sobre casos de enfermos de Sida, explicación sobre como la enfermedad causa la muerte a través de otras enfermedades.

• www.woofbyte.com

Servicio brindado por enfermos e infectados que temen o están infectados.

- www.hanfmedien.de

Boletines sobre las últimas novedades sobre lo que se hace en el mundo respecto del HIV. Site en idioma alemán.

- www.up.univ-mrs.fr

Servidor de ORSTOM, instituto francés de investigaciones científicas para el desarrollo de los recursos en HIV-Sida

- www.generation.net

Oxygenelife, preguntas y respuestas a enfermos e infectados con el objetivo de mejorar su salud y brindar una major calidad de vida

- www.llyon151.inserm.fr

Evaluación de riegos biológicos, transmisión, control, patogenia de la sangre.

- www.undo.re

Diario del Ministerio de Cultura Vladimir Egorov, en conjunto con Unaids. Publicación digital en formato diario con información sobre calidad de vida, respuesta a preguntas por email y tratamientos varios.

- www.ncku.edu.tw

Universidad de Rochester. Información sobre investigaciones de Sida y cáncer.

- www.advocatesforyouth.org

Site destinado al desarrollo de la conducta sexual de los adolescentes, información, cuidados, preguntas y respuestas, consultas.

- www.free.de/wribel/sante.htm

Lista de asociaciones de Sida del mundo, y lugares gratuitos para atenderse, investigaciones y tratamientos.

- www.mineco.fgov.be

Lista de productos químicos utilizados en infectados de HIV. Explicación de cada uno.

- www.womenlobby.org

Negociaciones del CSW acerca de las mujeres y el Sida, discriminación, casos.

- www.gayinleeds.co.uk

Lista de HIV-Sida. Agencias de servicio para el infectado en todo el mundo Inglés, francés, italiano, alemán, español y portugués.

- www.usaid.gov

Lista de servicios a enfermos e infectados en el mundo. Trabajos en Africa, investigaciones y tratamientos.

- www.open.org

Servicios generales. Diccionario bilingüe francés-inglés para traducir notas de Sida del site en otros idiomas. Información sobre Sida, prevención.

- www.members.ozemail.com.au

Lucha contra las enfermedades infecciosas, infección a través del control dental, prevención y tratamientos

•www.eur-op.eu.int

Información sobre las vacunas desarrolladas contra el Sida. Investigaciones efectuadas y tratamientos.

- www.wluml.org

Violencia sexual, violaciones y Sida.

- www.xeno.cpha.ca

Transplantes realizados a personas infectadas o enfermas o viceversa, de personas infectadas a sanas.

- www.cps.ca

Explicación de enfermedades varias, entre ellas el Sida y las enfermedades asociadas al mismo. Anticuerpos en HIV, pandemia en Canadá, investigaciones pediátricas. www.canapple.org Universidad de Montreal, Quebec. Todas las pruebas de vacunas en laboratorios e investigaciones en Canadá.

- www.md.ucl.ac.be/luc/linkstr.htm

Biblioteca médica didáctica, ayuda-memoria de la Organización Mundial de la Salud sobre HIV-Sida.

- www.ivy2001.org

Programas educativos sobre Sida, investigaciones realizadas por gente del site.

- www.ei.ie.org/edu/aids

Estigmatización, racismo, sarcoma de Kapossi, discriminación sexual, HIV-Sida en educación para la salud.

- www.roche-pharma.ch/hiv

Forum de discusión sobre Sida en alemán y francés.

- www.princeton.edu

Seguros de vida para enfermos, servicios varios para infectados y enfermos de riesgos relacionados a la enfermedad.

- www.meditune.com

Diario de investigaciones y tratamientos.

- www.utoronto.ca

Instrumentos de evaluación de calidad de vida de los enfermos.

- www.med.umich.edu

Comunidad global de infectados y enfermos, forum, chat, consultas. En inglés, español, italiano, francés y alemán.

- www.unesco.org

Prevención, tratamiento, servicios, notas de actualidad en educación.

- www.icrm.qr.ca

E-mail con consultas sobre test y tratamientos.

- www.aegis.com

Casos clínicos.

- www.pmac-acim.org

Enfermedades terminales. Prevención y tratamientos.

- www.pasteur.fr

Intituto Pasteur. Explicaciones de enfermedades varias; prevención y tratamientos.

- www.geocities.com

Información completa de la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida. Tratamientos, casos, consultas y charlas con otros enfermos.

- www.discoveryhealth.com

Tratamientos; e-mail; programas de televisión que pueden ser consultados en videos. Investigaciones actualizadas.

- www.genoa-g8.org

Organizaciones europeas que se ocupan del tema HIV-Sida.

- www.ecameroun.com

Información sobre los tests de las vacunas en laboratorios, vacunas de prevención y curación.

- www.gruppoabele.it

Documentos internacionales sobre Sida. Documentos del Comité Francés de Educacion por la Sanidad.

- www.dollar-web.com

Todas las vacunas que se estan poniendo en práctica en Africa, explicaciones y resultados.

- www.innovation.ca

Fundacion canadiense para la innovación. Experimentos en HIV, como se desarrolla el virus en el cuerpo.

- www.noaksark.org

Info general, en alemán. Posee e-mail de consultas en francés, inglés, y español.

- www.nyu.edu

New York University. Investigaciones y tratamientos.

- www.worldbank.org

Sitio del Banco Mundial.

- www.europa.eu.int/

Comisión europea.

Instituciones y ONGs de América Latina y el Caribe

- Regional: OPS: Programas nacionales contra el Sida en América Latina y el Caribe.

http://165.158.1.110/spanish/aid/aidpns.htm

- Regional: América Central: Contactos de instituciones para personas con Hiv (fichas en archivos pdf)

http://www.pasca.org/contactos/tablas/pob_alfa_personas2.htm

- Regional: América Latina y el Caribe: iniciativa regional sobre Sida.

http://info.Sidalac.org.mx/article/articlestatic/2/

- Regional: CAREC, Caribbean Epidemiology Centre: AIDS

http://www.carec.org/data/aids/index.htm

• Regional: Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONG con servicio en Hiv/Sida.

http://www.laccaso.org/

• Regional: Guía de Cooperación Técnica Horizontal en Hiv/Sida entre países de América Latina y el Caribe

http://www.gcth-sida.gov.br/

• Regional: Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en Sida

http://redpes.sidalac.org.mx/

• Argentina: Centro Nacional de Referencia para el Sida

http://www.cnrsida.org.ar/

• Argentina: Fundación SiVida

http://www.sivida.com.ar/indexp.htm

• Argentina: Fundamind, un rincón de esperanza

http://www.fundamind.org.ar/sida/index.htm

• Argentina: Programa municipal de Sida de Rosario

http://www.pmsida.gov.ar/

• Argentina: RedSida

http://www.redsida.org.ar/

• Brasil: Coordinación nacional de DST/AIDS (gubernamental)

http://www.aids.gov.br/

• Brasil: Política para garantizar el acceso universal a los medicamentos contra Sida.

http://www.aids.gov.br/politica/index.htm

• Brasil: Pela Vidda

http://www.pelavidda.org.br/

• Brasil: Asociación Brasileña Interdisciplinaria de AIDS, ABIA

http://www.alternex.com.br/~abiaadmin/

• Brasil: Positivo Home Page: información para seropositivos

http://www.webbrasil.com/positivo/

• Brasil: Sociedade Viva Cazuza

http://www.vivacazuza.org.br/

- Brasil: GAPA Bahía

http://www.gapabahia.org.br/

- Chile: Comisión Nacional del Sida (gubernamental)

http://www.minsal.cl/iniciativas/Conasida/conasida.htm

- Chile: Hiv-Sida: Dedicado a las personas que viven con Hiv.

http://www.vihsida.cl/

- Chile: ONGs y Sida

http://www.vihsida.cl/paginas/027.html

- Colombia: Corporación de Lucha contra el Sida

http://www.clsida.org.co/

- Colombia: El Sida no pasa

http://www.sidacolombia2001.es.vg/

- Colombia: Fundación Vivir Mejor

http://www.telesat.com.co/f-vivirmejor/homepage.html

- Colombia: Ministerio de Salud: Campañas (gubernamental)

http://www.minsalud.gov.co/Plantilla3.asp?IdNot=7737

- Costa Rica: Ministerio de Salud: Capacitación en Hiv/Sida/ITS (gubernamental)

http://www.netsalud.sa.cr/capacit/sida/index.htm

- Ecuador: Plan Estratégico Nacional sobre Hiv/Sida 2001-2003, PNUD - Ministerio de Salud (gubernamental)

http://www.pnud.org.ec/linkarchivos/Plan12.doc

- Islas Vírgenes: HIV Clearing House (gubernamental)

http://www.hivclearinghouse.org/index.html

- Jamaica: National AIDS Committee (gubernamental)

http://www.nacjamaica.com/

- Jamaica: AIDS Support

http://www.colis.com/aids_soc/

- Jamaica: organizaciones que trabajan con Hiv/Sida.

http://www.nacjamaica.com/organizations/local.htm

• México: Amigos contra el Sida.

http://www.aids-sida.org/indice.html

• México: CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del Hiv/Sida. (gubernamental)

http://www.ssa.gob.mx/conasida/

• México: CENSIDA/La Jornada: Crónica del programa "Lazo Rojo"

http://cenids.insp.mx/conasida/quees/lazorojo/cronica.html

• Perú: Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida.

(gubernamental)

http://www.minsa.gob.pe/procetss/

• Perú: Programa de soporte a la autoayuda de personas seropositivas (PROSA)

http://www.geocities.com/prosa_autoayuda/Prosa.htm

• Perú: Vía Libre

http://www.geocities.com/vialibreperu/prod01.htm

• República Dominicana: Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETS) (gubernamental)

http://www.gcth-sida.gov.br/procets.htm

• Trinidad y Tobago: Artistas contra el Sida.

http://aaa.wow.net/

• Uruguay: Fundación Sida.

http://usuarios.multired.com.uy/aespel/index.html

• Venezuela: Acción ciudadana contra el Sida.

http://www.internet.ve/accsi/index.htm

• Venezuela: Acción solidaria

http://www.acsol.org/

Glosario de términos psicoanalíticos

ACTO FALLIDO: forma perturbada de una acción intencionada bajo el semblante de torpeza y provocado por el inconsciente: lapsus, olvido, desprecio, etc.

ACTO SINTOMÁTICO: torpeza que se distingue de la anterior por el hecho de que no pretende justificarse por ninguna intención consciente ni ningún pretexto. No se le supone ni finalidad ni intención; tiene lugar sin que se le haya de buscar un propósito.

AFECTO: estado caracterizado por una inervación perceptible del cuerpo y por una alteración específica del curso de las representaciones.

AFECTIVIDAD: descarga motora (secretora y circulatoria) que resulta de una alteración del propio cuerpo sin referencia al mundo exterior.

AGRESIVIDAD: tendencia innata del hombre de la destrucción, ya de sí mismo o de los otros, y que Freud relaciona con Thánatos, el instinto de muerte.

ALUCINACIÓN: sensación, visión o audición que no existe en el mundo que se considera generalmente como real, pero cuya naturaleza no se conoce; los sueños y las imágenes del "medio sueño" están emparentadas con las alucinaciones; las intoxicaciones, la epilepsia, la modificación de los centros nerviosos producen alucinaciones, frente a las cuales los pacientes reaccionan de la misma forma que con respecto a las cosas consideradas como reales; muchas neurosis –manía, melancolía, obsesión- dan lugar a alucinaciones.

AMBIVALENCIA: término introducido por Bleuler y utilizado por Freud para designar la oposición y alternancia de dos tendencias afectivas; así, el amor y el odio se encuentran en todos los seres en estado primitivo y original, pero no se conservan en su correspondencia en el estado adulto más que en los neuróticos obsesivos.

AMOR: El amor no es el fundamento común que une a dos seres. Es la respuesta que entre dos seres se intenta construir para velar la relación imposible que se mantiene a nivel de la pulsión. Ocultando lo imposible, el verdadero amor lo muestra.

ANGUSTIA: sentimiento indefinido de malestar que tiene por causa futuros peligros desconocidos. La angustia se distingue del miedo en que éste es el resultado de un peligro real e identificado; la angustia puede concentrarse sobre un objeto o una

situación de la que se quiere huir. Entonces da lugar a una fobia especial de ese objeto o de esa situación.

BISEXUALIDAD: presencia biológica y constitucional de dos sexos en todo ser humano: Freud ha extendido la noción del terreno biológico al terreno psíquico.

CASTRACIÓN: amenaza, generalmente simbólica, de mutilación sexual en el muchacho o en la chica que se imagina que tiene un pene. La madurez sexual exige, según Freud, superar el miedo a esta amenaza, miedo designado por complejo de castración.

CIENCIA: El Psicoanálisis no es una ciencia, pero no por déficit epistemológico alguno, pues se ocupa de aquello que la ciencia necesita excluir para poder constituirse como tal. Es una reforma de los límites de la razón, "una razón fronteriza" abierta a lo que se escapa al sentido: el inconsciente, el lapsus, el sueño, el síntoma subjetivo, el fantasma.

COMPLEJO: término introducido por Jung para designar una constelación de ideas o de sentimientos que comparten una existencia casi autónoma de la voluntad y cuyo análisis exige un desciframiento y la elaboración de una relación reflexionada.

CONFLICTO: situación resultante de una oposición entre tendencias afectivas y ligada a la angustia: oposición entre una tendencia sexual y una creencia moral, oposición entre la hostilidad hacia los padres y el amor que se les tiene, entre el yo y el super-yo, etc.

CONCIENCIA: Freud la define como la superficie del órgano psíquico y el terreno de la percepción exterior y de la motilidad; el consciente se encuentra en relación directa con el mundo exterior y comunica con el inconsciente por el preconsciente gracias al lenguaje

CULPABILIDAD: sentimiento mórbido de falta o de pecado; el sentimiento de culpabilidad puede ser motivado o no serlo, pero es evidente que su carácter morboso aumenta con su no-motivación. Cuando este sentimiento no es consciente da lugar a una conducta auto-punitiva inconsciente, que provoca accidentes o fracasos; para Freud y sus discípulos, la culpabilidad original sería la culpabilidad edípica, a saber, la que resulta de la hostilidad inconsciente del niño hacia sus padres.

CURA: En la cura psicoanalítica no se trata ni de adaptación, ni de establecer un equilibrio, ni de aumentar la "autoestima". Operaciones que Freud hubiera concebido como narcisistas y por tanto empobrecedoras de la experiencia subjetiva. Más bien se trata, una vez reducidos los síntomas mórbidos y las inhibiciones, de "saber hacer" con lo incurable que habita en cada uno. Elevar al síntoma incurable a la dignidad de un estilo de vida.

DEPRESIÓN: Más que a decirlo todo, empuje que el mercado sabe realizar, el Psicoanálisis es la invitación a realizar a través de la palabra la experiencia de lo imposible de decir. La cura psicoanalítica es el descubrimiento de un silencio distinto.

DUELO: Estado de pérdida de un sujeto o cosa, acompañado de desamparo y dolor moral, que puede acarrear una verdadera reacción depresiva, y que requiere un trabajo intrapsíquico, llamado "trabajo de duelo" para poder ser superado. Freud emprende un estudio comparado del duelo y la melancolía (1917). Ante el reconocimiento de la desaparición del objeto externo, el sujeto debe cumplir cierto trabajo: el trabajo del duelo. La libido debe desprenderse de los recuerdos y las esperanzas que la ligaban con el objeto desaparecido, tras lo cual el yo vuelve a estar fortalecido.

EDIPO: El Edipo no es "el blabla" que cuenta el amor y las desventuras del hijo con los padres. Es el mito singular que en cada uno narra el impacto del lenguaje (aquello que siempre nos antecede) sobre la vida que surge en el mundo. Es el aluvión de dichos, nombres propios, deseos, promesas, agravios, expectativas, deudas, culpas, ideales, que esperan al ser vivo incluso desde antes de sus nacimiento. Gracias a Edipo, el ser parlante no se sentirá el producto de un deseo anónimo, aunque tampoco encontrará, en los auspicios de su nacimiento, un fundamento que dé sentido a su existencia.

ELLO: equivalente aproximado del *Es* alemán, pronombre neutro e impersonal utilizado por Freud primero para designar el conjunto de instintos y de tendencias inconscientes reprimidas, después el dinamismo instintivo inconsciente cuyos efectos pueden ser favorables o desfavorables al individuo según el uso que de él se hace.

ERÓTICO: todo lo que se relaciona con Eros, concebido por Freud como el instinto de vida, de construcción y de conservación, en oposición a Thánatos, instinto de muerte, de construcción y de renacimiento.

EXHIBICIONISMO: particularidad sexual de tipo pasivo: placer de ser visto que se opone al placer activo de ver o vouyerismo.

FANTASIA/FANTASMA: fantasía visual, imaginaria e infantil que reproduce a menudo bajo una forma simbólica objetos de la infancia que se añoran o de partes del cuerpo; el fantasma puede también reproducir con más o menos modificaciones situaciones vividas por el adulto de carácter traumático; la neurosis es casi siempre "fantasmal"; cuando el fantasma se hace colectivo, es mito o arquetipo, por lo menos en la medida en que corresponde a la repetición imaginaria de situaciones vividas en la infancia de la humanidad y no a estructuras preestablecidas y de naturaleza biológica.

FIJACIÓN: estado anacrónico de desarrollo sexual o afectivo que en la teoría freudiana corresponde a un estancamiento de la libido a una fase anterior al estadio final de la genitalidad.

FOBIA: estado de huida con respecto a una situación dada y unido siempre a la angustia: fobia a los lugares donde se está encerrado, o claustrofobia; fobia de los espacios abiertos o vacíos, o agorafobia, etc.

FRACASO: (Neurosis de): se distingue del sentimiento de fracaso justificado en que no se fundamenta, como éste, en la repetición de fracasos objetivos debidos a una carencia de educación o de cultura, a enfermedades físicas o a prohibiciones sociales; se trata de un sentimiento de fracaso anterior a la acción e independiente de toda experiencia y que se encuentra en relación con los complejos de Edipo o de castración. Miedo a la crítica o a la censura, miedo a la indiferencia o a la hostilidad. Tales son algunas de sus características.

GENITAL: desarrollo terminal de la sexualidad en relación con el órgano genital o la función genital. Se llaman pregenitales las funciones sexuales de la infancia o de la edad adulta que no tiene por objeto las relaciones sexuales llamadas normales.

HIPNOSIS: estado aparente de sueño, caracterizado por la sugestión; la hipnosis se obtiene en la histeria con más facilidad que en otros estados.

HISTERIA: estado psíquico caracterizado por una sugestionabilidad extrema, por una variación excesiva del humor y por los llamados síntomas de "conversión", como crisis nerviosas, contracciones, parálisis, afasias, alteraciones de la vista, etc.

IDEAL DEL YO: proyección, según Freud, de la imagen infantil de los padres o de los maestros y cuya identificación se persigue en la edad adulta.

IDENTIFICACIÓN: actitud por la que se interioriza o proyecta sobre otro la imagen del padre, hecha en la infancia (ser como papá). La identificación es alineación en beneficio de un objeto tomado como disfraz.

INCONSCIENTE: el gran descubrimiento de Freud. Alberga situaciones conflictivas con raíces en vivencias infantiles olvidadas y que se expresa en síntomas, lapsus, actos fallidos, sueños.

INFANTILISMO: detención del desarrollo o retroceso afectivo que puede coincidir con un desarrollo intelectual normal o superior y producir complejos, timidez o neurosis.

INHIBICIÓN: proceso psíquico opuesto a la excitación.

INSTINTO: fenómeno apremiante sin relación con la voluntad, que nace de una incitación dinámica imperiosa, frecuentemente extrapsíquica, y cuya energía no es dominada por la conciencia.

INTROYECCIÓN: acto de asimilación, por lo tanto pasivo, por el que se identifican personas o contenidos ideativos extraños.

INVESTIDURA: ver representación.

IRREALIDAD: uno de los términos más rebatidos del Psicoanálisis en lo que se refiere a postulados filosóficos no definidos y más o menos inconscientes; en el lenguaje freudiano la realidad es lo que este sentido o aquel otro reconocen o lo que es reconocido por el status social; se opone a la "realidad interior" del neurótico tanto como a la realidad no convencional del místico, del revolucionario, del introvertido o del metafísico.

LIBIDO: energía psíquica de las pulsiones sexuales que encuentra su régimen en términos de deseo, de aspiraciones amorosas y que da cuenta de la presencia y de la manifestación sexual en la vida psíquica.

MANÍA: psicosis considerada en otro tiempo como furor divino; estado inverso a la melancolía, a la que va ligada la tendencia al suicidio y a la autoacusación. Por el contrario, se trata de una gran exaltación con ruptura de barreras morales y sociales.

MASOQUISMO: placer sexual o moral provocado por una crueldad o humillación sufridas.

METAPSICOLOGÍA: término inventado por Freud para designar no la descripción, sino la interpretación de los fenómenos psíquicos, y destinada por naturaleza a reemplazar la metafísica, tomada ya como inadmisible.

MODERNIDAD: Hombre de ciencias, Freud era un ilustrado moderno. Pero fue en la experiencia de la cura llamada psicoanálitica que se encontró con una serie de problemas que cuestionaban los ideales de la época. De ese modo, a los ideales de progreso y superación se le opuso la idea de un "resto pulsional" al que permanecemos fijados y que nunca se supera, la idea de "una compulsión a la repetición", que con distintos disfraces retorna en las distintas etapas. Por lo mismo, a las utopías de cumplimiento y realización, el malestar en la Civilización irreductible.

MUJER: Fue a través de las mujeres que Freud tuvo noticias de la verdad inconsciente, esa verdad que emerge por sorpresa, que se dice a medias y que objeta a toda definición universal. El Psicoanálisis es el intento de llevar a la teoría el modo en que "ello habla" en la voz femenina. A partir de allí, se descentró "el falocentrismo" y se

desjerarquizó la sexualidad, la heterosexualidad pasó a ser una práctica más entre otras y no el valor último de la sexualidad.

NARCISISMO: término extraído de la leyenda griega de Narciso (que se enamoró de sí mismo y se ahogó en su propio reflejo contemplado en el agua y fue transformado en flor) y que designa una energía invertida en la misma persona del sujeto.

NEUROSIS: desorden psicológico que resulta de un intento infructuoso para resolver los conflictos entre diferentes instancias psíquicas o situaciones existenciales dramáticas.

OBSESIÓN (Neurosis de): estado psíquico caracterizado por la repetición o la permanencia de ideas consideradas como absurdas para el hombre llamado normal o medio, que escapan habitualmente a la discusión racional y cultivada por los ritos y conjuros adecuados para ahuyentar la angustia.

PARANOIA: delirio de persecución a base de alucinaciones, que a veces anuncia la esquizofrenia o la demencia precoz.

PROYECCIÓN: transferencia de un contenido subjetivo en un objeto. Se observa, como ejemplo, en un jefe, un maestro, una persona amada, en un enemigo, cualidades o defectos que existen en realidad por sí mismos.

PSICOSIS: enfermedad mental en la que el paciente no consigue distinguir ya entre los estímulos que proceden del mundo exterior y los que vienen de su persona. La psicosis es más grave que la neurosis y posee con frecuencia bases orgánicas.

PSICOTERAPIA: conjunto de métodos por los que se actúa sobre las enfermedades psíquicas o somáticas cuya causa es psíquica.

PULSION: (*Trieb* en alemán): concepto fundamental del Psicoanálisis destinado a dar cuenta, a través de la hipótesis. de un montaje específico, de las formas de la relación con la falta y de la búsqueda singular de la satisfacción. Para Freud, la pulsión se aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienene del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. La pulsión de muerte se diferencia del deso agresivo de matar a otros; es más bien la propia pulsión autodestructiva innata de cada individuo. Freud diferenciaba dos clases de pulsiones: las sexuales (Eros), que procuran y logran perpetuamente la renovación de la vida, y otras que procuran llevar lo que está vivo a la muerte (Tánatos). No se sustenta en ningún principio biológico o evolucionista. Para Jorge Alemán la pulsión

no es el instinto. Es la "parte maldita del instinto", aquella que el lenguaje enfermó y alteró para siempre. Mientras el instinto sabe cual es su objeto (hambre-alimento), la pulsión se dirige a objetos erráticos y contingentes que confirman su satisfacción autista y acéfala.

REAL: Mientras la realidad nos duerme, lo real, que carece de nombre, nos despierta. Puede irrumpir en cualquier instante como una figura del trauma, la angustia o lo siniestro y el sujeto se defiende a través de rituales, fantasías de control, obsesiones, delirios. Sin embargo, el sujeto puede afrontar lo real con otra dignidad, si asume su relación con el inconsciente.

REGRESIÓN: retorno de la líbido a una fase anterior de su desarrollo o a su origen; no hay curación que no se realice mediante una regresión que destruya los comportamientos inadaptados y que permita un enfoque hacia nuevos comportamientos.

REPETICIÓN: tendencia a renovar experiencias con frecuencia traumáticas, dolorosas o que corresponden a un fracaso, aparentando una exigencia de naturaleza biológica.

REPRESENTACIÓN: forma elemental de aquello que se inscribe en los diferentes sistemas del aparato psíquico y, especialmente, de aquello sobre lo cual recae la represión.

REPRESIÓN: operación que relega al inconsciente impulsos apasionados rechazados por el Super-yo. Para Freud, estos impulsos son esencialmente sexuales.

SUBLIMACIÓN: Proceso psíquico inconciente que para Freud da cuenta de la aptitud de la pulsión sexual para reemplazar un objeto sexual por un objeto no sexual (connotado con ciertos valores e ideales sociales) y para cambiar su fin sexual inicial con otro fin, no sexual, sin perder notablemente su intensidad. El proceso de sublimación así definido pone de relieve el origen sexual de un conjunto de actividades (científicas, artísticas, etc.) y de realizaciones (obras de arte, poesía, etc.) que parecen no tener ninguna relación con la vida sexual. Se explica así que la sublimación cada vez más acabada de los elementos pulsionales (sublimación que es el destino pulsional más raro y el más perfecto) permita, especialmente, el cumplimiento de las mayores obras culturales. Posteriormente Melanie Klein y Jacques Lacan, reafirmar el pensamiento freudiano: insisten en que algo que implica la dimensión psíquica de la pérdida y de la falta, el sujeto responde a coordenadas simbólica y éstas mismas comanda el proceso de sublimación.

SUPER-YO: instancia psíquica que, según Freud, estaría constituida por la opiniones, las creencias y los prejuicios introyectados por el niño a causa de sus padres y de sus educadores y que constituyen su baraje moral.

SUJETO: El sujeto no es ni la conciencia, ni la reflexión, ni el yo. Es una escisión incurable, una fractura originaria y estructural, que se tiene que elegir a ella misma a través de sus deseos. La conciencia, del yo, la reflexión, son distintas ficciones que intentan suturar una herida inaugural, la del sujeto del inconsciente. Atacado como "ciencia judía" por los nazis, como "ciencia burguesa" entre los estalinistas, difamado por las escuelas anglosajonas, el deber de pensar a ese sujeto escindido vuelve a Europa y América Latina gracias a Jacques Lacan.

SÍMBOLO: expresión visual de un recuerdo infantil o arcaico más o menos transformado. Según Freud, a partir de ciertos hechos relativamente desconocidos, pero cuya existencia está establecida o se muestra necesaria.

TABÚ: término polinesio para designar lo que es a la vez sagrado y prohibido y que Freud aplica a la sexualidad. La tradición judeo-cristiana reviste a la sexualidad de culpabilidad.

YO: instancia psíquica cuya actividad es, según Freud, consciente y realizable en la motilidad. El Yo estaría dominado en el exterior por el principio de "realidad" y en el interior por el Ello y el Super-yo.

SOBRE EL AUTOR

Carlos Gustavo Motta es Psicoanalista y Cineasta.

Doctor en Psicología por la Universidad del Salvador (Buenos Aires), el Jurado de su Tesis Doctoral estuvo conformado por los Doctores Juan Alberto Yaría; María Verónica Brasesco; Isabel Cassetti; Gabriela Bugarín y Silvia E. Tendlarz (Dirección de Tesis). El tema elegido fue "Perspectivas psicoanalíticas en la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida". Parte de esa investigación realizada en el transcurso de diez años, es publicada por la Colección Aulas y Andamios de la Fundación UOCRA. Es Profesor Titular de Pasantías Tutoriadas Clínicas de la Universidad del Salvador. Docente de la Universidad de Buenos Aires y del Instituto Clínico Oscar Massotta (IOM).

Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP); Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL); Responsable del Departamento de Estudios Psicoanalíticos en sida e infecciones de transmisión sexual de la época (GRIPSI) instancia que funciona en el Centro de Investigaciones del Instituto Clínico de Buenos Aires y que depende del Campo Freudiano. Miembro de la Asociación Internacional de Salud Mental. Miembro de la Asociación Argentina de Salud Mental. Director Científico del Centro de Estudios Superiores en Psicoanálisis y Psiquiatría.

Autor de *Historia de una Herida: la aparición del sida en el mundo* (1998); *Marcas de la época, huellas en el sujeto* (2000); *Psicoanálisis líquido: variables del acontecimiento social* (2009); *Actualización en Psicoanálisis y sida* (2010); *Las películas que Lacan vio y aplicó al psicoanálisis* (2011) títulos publicados por Editores Contemporáneos. *Estudio de Freud y el Proceso Creador* (2008) Ediciones Grama; *Psicoanálisis y sida, el inicio (1999)* con Silvia E. Tendlarz Ediciones El Otro; *Estudios sobre la contratransferencia* (2003) Letra Viva.

Traducido a los idiomas inglés y francés, publica en diarios y revistas de actualidad.

Como Realizador Cinematográfico estudió en el Taller de José Martínez Suárez. Es Miembro de DAC (Directores Argentinos Cinematográficos). Su primer cortometraje *Iconos: de que estará hecho el mañana?* (2004) fue finalista de Telefé Cortos; *Lacan y el cine* (cortometraje-2007); *Es estrés laboral?* (cortometraje-2010); *divánargentino* (documental-2010); *EOLurbana* (documental-2011); *Eric Laurent en Buenos Aires* (documental -2011), proyectos fílmicos que se encuentran dentro de la *Biblioteca Digital del Psicoanálisis.*

Conduce el programa radial *on line Pié de página* en www.radiocapitaldelsur.com.ar. Dirige el primer sitio internacional de Psicoanálisis y *la revista del psicoanálisis. Subjetividad de la época* en www.elpsicoanalisis.net. Coordina el ciclo *Psicoanálisis y Cine* en la Alianza Francesa de Buenos Aires auspiciado por la Secretaría de Cultura de la Embajada de Francia en Argentina desde el año 2004.

Para comunicarse con el autor: *cgmotta@fibertel.com.ar*

Esta edición de **500 ejemplares** se terminó de imprimir en los talleres de *Lama Gráfica* en Berón de Astrada 1926 [CABA]. Octubre 2011.