

Contribuciones al conocimiento científico de estudiantes de posgrado

Psicosemiótica. Clínica subjetivante y análisis del discurso-paciente

Dr. José Manuel Rodríguez Amieva
Universidad Nacional de San Luis
CONICET
jmrodriguez@unsl.edu.ar

La siguiente recopilación de artículos es fruto del curso de posgrado “El parloteo de los órganos. Claves psicosemióticas de la escucha clínica” dictado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL), a solicitud del Doctorado en Fonoaudiología. Los textos reunidos respondieron a la consigna de elaborar una breve disquisición teórica o hilvanar algunas reflexiones a partir de la experiencia clínica en torno a la temática abordada y a los autores y conceptos recuperados. El curso sobre el que pivotean estas producciones se propuso ofrecer una colección de claves de lectura desde el enfoque psi-, en particular psicoanalítico, y de distintas perspectivas de los estudios semióticos-semiológicos, para conceptualizar e intervenir críticamente en la práctica clínica.

Para distinguir lo que sería una clínica subjetivante, que pondere la dignidad de la persona humana, asentada en la problematización ética de sus procedimientos, esbozamos una genealogía histórica de la clínica médica y psi- (Bercherie, 1986; Buendía, 1999; Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004). A la sazón, disociamos analíticamente la práctica considerada del estatuto simbólico de la interacción humana y la práctica empírica y luego positivista que ha procurado acallar o eludir el carácter significante de la experiencia singular del proceso de salud-enfermedad (Foucault, 2004; Canguilhem, 2004). Reconocemos en la «escucha del ruido» (Rodríguez Amieva, 2022), *i. e.*, de las fricciones y disonancias cognitivas (Festinger, 1985) y afectivas que toman cuerpo y hacen eco en el síntoma, un camino de acceso a la verdad del sujeto valorado en su estatuto ético y cívico.

El síntoma, así entendido, reenvía significativamente a las condiciones de constitución del psiquismo y al modo de producción de subjetividad imperante en una sociedad (Bleichmar, 1999), en particular, en un estado del discurso social (Angenot, 2010). Si lo consideramos como una huella, vestigio en el cuerpo de una historia singular (Lacan, 2014), íntima, el síntoma nos dispone a realizar una «escucha del silencio», es decir, a desandar el camino de su formación, conforme a las series complementarias de disposiciones heredadas y predisposiciones adquiridas en la protohistoria subjetiva, más el vivenciar accidental actual, esquematizadas por Freud (1916-17/1991).

Y el camino no termina allí. Si tiramos del hilo del síntoma, damos con la trama que estructura el texto, el tejido del discurso-paciente. Para diferenciarlos, apuntamos sucintamente que el discurso es el texto puesto en contexto, encastrado entre sus condiciones de producción y reconocimiento (Verón, 1993). Si se habilita la palabra más allá de la mera información, de la datación y descripción del síntoma, en el encuentro clínico el discurso-paciente toma la forma (la puesta en discurso) del relato. El paciente narra el evento de la aparición del síntoma y por esa vía comienza a reintegrarlo, a hacerlo «su» síntoma. En la narración del proceso de salud-enfermedad y de la atención que se le ha brindado (si es que se le ha dado alguna, en el sentido estricto del término), el discurso-paciente comienza a devenir discurso-agente, incluso aunque su enunciador no alcance la posición de analizante. Buscamos mostrar cómo en ese relato se entrelazan distintos códigos; hermenéutico, sémico, simbólico, proairético y de referencia (Barthes, 2013), y se intercalan o solapan fenómenos temporales que rompen su continuidad aparente, dando cuenta de acontecimientos biográficos nódulos, de giros de vida y/o vivencias traumáticas que quiebran la linealidad del cotidiano (Barthes, 1966; Genette, 1983; Leclerc-Olive, 2009). La emergencia del síntoma, la experiencia del enfermar, especialmente en los casos de una afección grave o de la manifestación de una condición crónica, suele ser evocada como un *turning point*, un punto de inflexión o de reversión típica (Lombardi, 2018).

Si además de examinarlo e indicarle una serie de estudios clínicos se escucha al paciente, si se atiende al modo en que se vincula con el síntoma, a la valoración, el rechazo, la resignación o la resignificación que elabora de esa inscripción en su cuerpo y en su historia de vida, además

de operar una práctica subjetivante, el agente o «prestador» de salud puede adelantar hipótesis etiológicas, diagnósticas y sobre todo pronósticas del proceso de curación o rehabilitación.

Para que tales revelaciones acontezcan, es preciso que tengan lugar, es decir, que el agente de salud disponga, habilite las condiciones para que sean enunciadas. Una escucha atenta, la abstención del juicio moral e incluso nosológico aparecerá como una de esas condiciones. La identificación de los mecanismos anímicos implicados en el (re)encuentro con el paciente o consultante, de las defensas psicológicas prestas a activarse en la situación de consulta, por la posición de saber que se supone a los sujetos implicados (Miller, 2006), actúa como otro de dichos condicionantes. Lo que no va en desmedro del reconocimiento de las funciones del lenguaje en la comunicación (Jakobson, 1960; Kerbrat-Orecchioni, 1997) ni de la máscara oportuna al rol laboral durante el ritual de la atención de salud. Esto, siempre que en consideración a la propia imagen profesional y a la identidad que construye el discurso-paciente se respete el adagio de Goffman (1970) que invita a considerar a las personas como «objetos ritualmente delicados» (p.12).

Para ello, actuando en consonancia, el agente de salud tendrá que admitir su propia fragilidad, la vulnerabilidad y los puntos ciegos que lo inducen a operar cierta disociación instrumental (Bleger, 1977; Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2003), y, en el mejor de los casos, lo mueven a realizar un análisis de la propia implicación subjetiva (Lourau, 2001) y de sus reacciones contratransferenciales (Boschan, 1981; Etchegoyen, 1993). Nadie se encuentra por fuera del comercio generalizado de las pasiones y de los signos, lo que no quita que cada quien, en su praxis y en la reflexión sobre su praxis, aspire a comprender la lógica de la comunión pasional, patológica, y la lógica semiológica de la comunicación de los signos, para intervenir en consecuencia.

Atentos a la relación entre esas lógicas, a medida que recuperábamos autores y conceptos a lo largo del dictado del curso, fuimos contraponiendo de modo esquemático dos tipos de clínica, inexistentes en su modo puro en la práctica, aunque susceptibles de abstracción con fines propedéuticos y de orientación del proceso de atención, cura y/o rehabilitación. La apuesta ha sido destacar la posibilidad y deseabilidad de una clínica subjetivante ante la hegemonía de la práctica objetivante –que se ajusta al imperativo de celeridad y la visión acotada de la eficiencia terapéutica inherentes al modelo neoliberal de atención de la salud. Reconocemos, no obstante, el aporte fundamental a la nosología y diagnóstico clínico del conocimiento obtenido por objetivaciones tecnocientíficas, en tanto se recupere como “conocimiento situado” y contribuya tensionar la mirada subjetiva para hacer de la clínica una “experiencia reflexionada”. Estas condiciones implican una relación dialéctica y dialógica entre las dos clínicas cuyos rasgos ideales se contrastan en el cuadro siguiente:

Clínica objetivante	Clínica subjetivante
<ul style="list-style-type: none"> • La mirada (órganos, tejidos, células, gen, enzimas) • Enfermedad • Las cosas • Empirismo-positivismo • Conocimiento • Medicina de esclavos • Contabilidad y facticidad • Médico reparador • Tercera persona (cuerpo objetivo) • Paradigma galileano • Cuantitativo, inductivo-deductivo, experimental, reiterativo • Reducción esencialista-nominal o probabilística de las variaciones individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • La escucha (índices, descifrado, inconsciente) • Enfermo • Las palabras • Interpretación-hermenéutica • Experiencia • Medicina de libres • Verdad • Médico exégeta • Primera persona (cuerpo subjetivo) • Paradigma indicario • Cualitativo, conjetural-abductivo, individual, casuístico, aleatorio • Atención a la singularidad, el sentido de síntomas y enfermedad como acontecimientos biográficos

Ya situados desde una clínica de la escucha del sentido que se propone atender a la singularidad del enfermo, sostuvimos que es posible analizar el discurso-paciente a la vez como:

- Un fragmento de la discursividad social, que refiere a una lengua legítima, a un sujeto-norma, a determinadas tópicas y visiones de mundo, a fetiches y tabúes, estados anímicos colectivos, a estructuras mentales y especializaciones de los saberes.
- Un tejido de códigos o voces, de acciones y enigmas, de caracteres, símbolos y referencias culturales.
- Un relato donde las anacronías y acronías reproducen el orden de lo vivido o de la memoria, del tiempo configurado de la biografía.
- Un conjunto de enunciados que llevan las huellas lingüísticas de la subjetividad del hablante, de sus disposiciones y reacciones afectivas, juicios idiosincráticos, preferencias, gustos y aversiones.
- En su conjunto, estas aprehensiones nos permiten atender a la singularidad del paciente, a su modo peculiar de sentir y experimentar el mundo, de darle sentido a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, y desplazarnos epistemológica, metodológica y éticamente desde una mirada clínica objetivamente a una escucha subjetivamente.

Partiendo de estas premisas, es posible ordenar los textos que integran la sección en relación con la concepción semiótica del cuerpo en un espectro que va desde la prevalencia de la aprehensión verbal hasta el reconocimiento de la corporeidad como lo que Verón (1993) denominara la capa indicial-metonímica de la producción de sentido. Tal criterio de ordenamiento resulta en especial apropiado si se atiende al discernimiento de Barthes (2013) de que el campo simbólico de todo relato, y por lo tanto del discurso-paciente, está ocupado por un solo objeto del que obtiene su unidad: “Este objeto es el cuerpo humano” (p.218). A su vez, en vista al andamiaje teórico y metodológico de cada disciplina de origen de los/as autores/as, se comprende que partiendo del psicoanálisis prevalezca la consideración por el aspecto verbal-simbólico y el funcionamiento indicial se torne progresivamente relevante en el pasaje a la fonoaudiología, y en el extremo, en la psicomotricidad.

Así, desde la lectura psicoanalítica, en su artículo “El parloteo de los órganos: la escucha que funda a un sujeto”, al reparar en la peculiar anatomía del significante, José Luis Irazola sostiene: “La lengua otorga la configuración del cuerpo, lo inventa, lo crea desde la lengua misma”. A tono con dicha premisa, en el trabajo “Del parloteo de los órganos a la construcción del síntoma y más allá”, Lucio Pierini apunta que el dispositivo psicoanalítico atiende a “cuerpos que se agencian en un lenguaje ya establecido, anterior”. El problema, en sus palabras, “es el estatuto de esos cuerpos”, “de qué están hechos esos cuerpos”. Aquí es donde puede notarse un desplazamiento sutil, si bien significativo con el planteo de Irazola. Para Pierini lenguaje y cuerpo entablan una relación por la que “el cuerpo entra en la matriz del lenguaje” y el análisis instaría a “dirigirse al testimonio del impacto del lenguaje sobre el cuerpo”. De este modo se pasa de la concepción del cuerpo como emanación de la lengua al cuerpo como término de una relación con el lenguaje, en cuyo campo accede y del cual carga las marcas.

En el tercer artículo de la sección, “Leer la noción de mito desde el psicoanálisis. De una posible articulación entre Barthes, Ginzburg y Freud”, Josué Veloz Serrade pone en relación la crítica semiológica, el método indicial y el enfoque psicoanalítico para cuestionar las concepciones mitificadas de otro tipo de cuerpo, el cuerpo tallado en piedra del *Moisés* de Miguel Angel. Aquí toma preponderancia, en términos de Peirce (2005), la función icónica de la semiosis, seguida por el rastreo de indicios que deriva en diversas construcciones interpretativas sobre lo que el cuerpo de la estatua “quiere decir”. En esta dirección, la posibilidad de dar interpretaciones alternativas a “la significación dominante del mito” guardaría en sí un potencial efecto de desmitificación.

Por su parte, en el escrito “El arte de la escucha fonoaudiológica”, Eliana S. Oro Ozan, reflexiona sobre una corporeidad viva, aunque singular por su elusividad, a causa del carácter inaprensible de su materialidad: la voz. “En relación con la voz –señala Oro Ozan– la corporei-

dad del habla permite reconocer a los demás, indica su alegría o su sufrimiento”. En línea con Barthes (1992), la autora destaca que la voz se sitúa en el «entre» de la articulación del cuerpo y el discurso:

Entonces, escuchar a alguien, oír su voz, exige, por parte del que escucha, una atención abierta al intervalo del cuerpo y del discurso. En consecuencia, lo que se da a entender al que así escucha es exactamente lo que el sujeto hablante no dice.

En el penúltimo artículo de la sección, titulado “Escucha significante en un caso de disfonía” Mariana Felix, también en sintonía con Barthes (1992), destaca la función de la voz en la verbalización de pensamientos y sentimientos que requieren consideración en la atención fonoaudiológica. Mediante la reseña de un caso clínico muestra cómo una disfunción del habla puede remitir a la historia y al vivenciar actual del paciente, de tal modo que la terapia requiera atender a las significaciones que vierte el sujeto sobre los acontecimientos de su biografía. Si, como indica la autora, “el movimiento del cuerpo es aquel por el que se origina la voz”, gracias a la escucha significante tomaría cuerpo la subjetividad: “En este hospedaje del significante en el que el sujeto puede ser oído”.

Posteriormente, en “Las manifestaciones corporales en la construcción del rol como psicomotricista. Intercambios entre Calmels, Barthes y Foucault”, texto que cierra la sección, Marcela A. Yonzo subraya que el cuerpo y sus manifestaciones constituyen el eje medular de la psicomotricidad. Aquí, además de la voz, y en correlación, se expone la condición corpórea de la misma escucha. “Escuchar requiere de un compromiso corporal, la persona que mira y escucha está poniendo el cuerpo” (Calmels, 2011, recuperado por Yonzo). La escucha a la que se refiere la autora es la atención clínica de signos y síntomas que remiten a la función o disfunción corporal, y al respecto, “permiten acompañamientos terapéuticos o clínicos”. En este extremo del abanico de la implicación entre cuerpo y sentido lo que prevalece, en palabras de Verón (1993), es la capa metonímica de la semiosis, y de acuerdo con la terminología de Angenot (2010), la histéresis de cuerpos y prácticas significantes. Esa ponderación le permite a Yonzo afirmar, manteniendo abierta la polémica, que: “si la pretensión del psicoanálisis es reconstruir la historia del sujeto a través de la palabra, la pretensión de la psicomotricidad es reconstruir la historia del sujeto a través de sus manifestaciones corporales”.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, M. J., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Barthes, R. (1966). Introduction à l’analyse structurale des récits. *Communications*, (8), 1-27. Recuperado de: www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1966_num_8_1_1113
- Barthes, R. (2013). S/Z. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Bleger, J. (1977). *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (1999). Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo. *Revista del Ateneo de Psicoanalítico*, (2), 1-12.
- Boschan, P. J., (1981). Aspectos contratransferenciales de la interconsulta psiquiátrica. *Psicoanálisis*, 3(1), 253-265
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica. Perspectivas actuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Etchegoyen, H. (1993). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu. Capítulo 21. Contratransferencia: descubrimiento y redescubrimiento (pp.236-247)
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Freud, A. (1954). *El yo y los mecanismos de defensa*. Madrid, España: Paidós.
- Freud, S. (1916-17/1991). 23a Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol.16, pp.326-343). Buenos Aires: Amorrortu.
- Genette, G. (1983). *Narrative Discourse. An Essay in Method*. New York: Cornell University Press.
- Goffman, E. (1970). *Ritual de la interacción*. M. Floreal (trad.). Buenos Aires, Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- Jakobson, R. (1960). *Lingüística y Poética*. Recuperado de: <http://www.textosenlinea.com.ar/textos/Lingüisticaypoética.pdf>
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1997). *La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje*. Buenos Aires: Edicial. S.A.
- Leclerc-Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *IberoFórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, (8), 1-39
- Lombardi, G. (2018). *El método clínico en la perspectiva analítica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Lourau, R. (2001). *Libertad de movimientos. Una introducción al análisis institucional*. Buenos Aires: Eudeba.
- Maganto Mateo, C. y Cruz Sáez, M. S. (2003). La entrevista psicológica. Carmen Moreno Rosset (coord.), *Ejercicios prácticos de evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*, ISBN 84-96094-17-0, pp. 23-29
- Miller, J. A. (2006). *Nuestro sujeto supuesto saber*. Intervención en las Jornadas de la Escuela de la Causa Freudiana. <http://psicoanalisislacaniano.blogspot.com/2007/06/nuestro-sujeto-supuesto-saber-jacques.html>
- Peirce, C. S. (2005). *El ícono, el índice y el símbolo*. En Sara Barrena (trad.). Recuperado de: <http://www.unav.es/cep/IconoIndiceSimbolo.html>
- Rodríguez Amieva, J. M. (2022). *Tinnitus. Escritura del ruido*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Verón, E. (1993). *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*. Barcelona: Editorial Gedisa.

El parloteo de los órganos: la escucha que funda a un sujeto

Mgtr. José Luis Irazola
Universidad Nacional de San Luis
joseluisirazola@gmail.com

El sujeto (sus síntomas, su cuerpo, su historia, su deseo) se funda performativamente (Austin, 2008) a partir del que escucha, “El escuchar habla” dice Roland Barthes (1992, p. 249). La escucha da “cuerpo” a lo que pretende o se supone que pretende decir el que habla, recordando lo que Lacan (2014) definía como “el deseo es su interpretación”, el Otro es el que lo constituye. Ese escuchar funda, aunque por estructura el deseo se escape siempre a lo que la demanda pretende decir. Se podría parafrasear lo planteado por Lacan en el Seminario 11 “Nunca me ves desde donde te miro” con un “nunca me escuchas desde donde yo te hablo” para hacer sentir la presencia del Otro en la constitución subjetiva que se produce en la escucha y el desencuentro estructural que nos rige.

Como un Golem, quien escucha, por un proceso de Inmixion de otredad (Lacan, 2001) va armando cuerpo en un sujeto. Entre un significante y otro, no importa tanto quien lo emita, el medio-decir verdadero de un cuerpo que siempre se está armando por el Otro, la imagen corporal en el espejo “... es más constituyente que constituida” (Lacan, 1985, p. 86). Pensar ingenuamente que hay una sustancia preexistente, cuerpo biológico, neuronas, genes, cerebro es un prejuicio occidental (Eidelsztein, 2018) que Lacan no sostiene pues para él “Eso habla” en lo que llamamos cuerpo biológico y “Eso” habla en el sujeto que cree ser autor de la lectura sobre los órganos, sobre el cuerpo, en ese sentido no hay autor (Barthes, 1987).

La constitución performativa del sujeto y sus síntomas no corresponden a una sustancia preexistente a la escucha, tal como lo manifiesta Eidelsztein (2018):

Esto implica que, para el sujeto, lo biológico animal quede “olvidado” -sugiero llamarlo falta de memoria biológica para la consideración de todos los efectos del sujeto en la práctica analítica y en las ciencias de la cultura y de la sociedad. La aparición del lenguaje y del Otro implican una discontinuidad absoluta con “lo que hubo antes” especialmente referido al cuerpo biológico animal perdido, olvidado en su condición natural. Es así para cada caso particular como para toda dimensión social y cultural. Tanto el cuerpo biológico del recién nacido como el del grupo antropoide antes de la aparición del lenguaje, deben ser considerados como perdiendo plenamente su potencial causal. “... lo que había el ser allí desaparece por no ser ya más que un significante”. (p. 51)

La lengua otorga la configuración del cuerpo, lo inventa, lo crea desde la lengua misma. Emile Benveniste (1982) lo dice así: “La lengua proporciona la configuración fundamental de las propiedades reconocidas por el espíritu a las cosas” (p. 66).

El cuerpo, los síntomas de los que hablamos son armados por el lenguaje, por el significante. Las pasiones del cuerpo, sus afectos son efectos del significante, basta ver el recorrido que hace Eidelsztein (2018) del dolor crónico de Occidente, pandemia imparable pese a la mayor venta de analgésicos y ansiolíticos. El cuerpo no es el llamado cuerpo anatómico o biológico sino el pulsional, es decir, el cuerpo significante. El dolor o cualquier síntoma, se explica por el lenguaje no solo del paciente sino del que escucha, con la única herramienta perceptiva que hay: el lenguaje. Éste es el que hace consistir a un sujeto, a un síntoma o a un padecer. La percepción del dolor o el sufrimiento que “surge” o parlotea desde el cuerpo se percibe desde el lenguaje, porque el órgano de percepción es el significante, no hay otra “cosa” en el hablanteser y desde allí, desde el lenguaje lo designa, describe o nombra, aunque más no sea con un “no sé”.

El cuerpo que sufre está armado por los ecos del decir del Otro en el armado de un cuerpo... “las pulsiones son el eco en el cuerpo del hecho de que hay un decir”. (Lacan, 2013, p 18). Se ha olvidado de que el dicho instauró y creó el cuerpo subjetivo, del hablanteser y se piensa que

lo que se habla proviene de uno mismo y el dolor o síntoma, de un cuerpo propio –en realidad viene del Otro por los dichos del Otro que fueron armando un cuerpo que estableció hasta los límites del dolor, la salud y la enfermedad. El decir queda preformado por quien escucha, no sin algo que se pierde irremediablemente. La escucha funda, modifica y determina el cuerpo o el padecer del sujeto, por lo que es importantísimo el campo significante del que escucha en la determinación del padecer o el alivio del paciente como decía Freud “La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

El síntoma está en contexto significante y lo biológico también es una conformación lenguajera, no sustancia preexistente, al decir de algún portador de la palabra en la historia del sujeto. Se trata de la anatomía del significante y no del cuerpo biológico. El proceso clínico arma un nuevo texto de inmisión entre lo que escucha y hace decir el psicoanalista (o profesional de la salud) y lo que manifiesta el paciente, llegando a ser indistinguible el sujeto de quien lo escucha y de quien le habla y constituye (Otro): “Es si me permiten emplearlo por vez primera, en ese palabriarismo (*matérialisme*) (materialismo de la palabra) donde reside el asidero del inconsciente...” (Lacan, 1988, p. 126).

Referencias bibliográficas

- Austin, J. L. (2008). *Hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Barthes, R. (1992). *Lo obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*. Barcelona: Paidós.
- Barthes, R. (1987). La muerte del autor. Barcelona: Paidós.
- Benveniste, É. (1982). *Problemas de lingüística general 1*. México: Siglo Veintiuno.
- Eidelsztein, A. (2018). *El origen del sujeto en psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (1985). Escritos 1: *El estadio del espejo como formador de la función del Yo(je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Buenos aires: Siglo XXI
- Lacan, J. (2014). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Seminario 23: El Sinthome*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2001). *Acerca de la estructura como mixtura de una Otredad, condición sine qua non de absolutamente cualquier sujeto*. Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura. <https://www.acheronta.org/lacan/baltimore.htm>
- Lacan, J. (1988). *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*. En *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial.

Del parloteo de los órganos a la construcción del síntoma y más allá

Mgtr. Lucio Pierini
Universidad Nacional de San Luis
lpierini@email.unsl.edu.ar

Ya en el comienzo de la clínica tenemos una referencia geográfica: la cama (Kliné) donde yace el enfermo, y al costado el clínico. Dos cuerpos, uno -en general- acostado y aquejado en alguna parte por una patología, y el otro sentado -nuevamente, en general- y sano. Más allá que esta introducción, al modo ilustrativo, podría funcionar, nos presenta una gran cantidad de problemas que trataremos de resolver, o al menos de plantear, de cara al movimiento que plantea el título de este trabajo, es decir, del parloteo de los órganos a la construcción del síntoma, y -por qué no- a un más allá del síntoma.

Para tal movimiento, tendremos que ubicar qué vendrían a ser los órganos y porqué parlotearían, y en todo caso, si ese parloteo se puede traducir en una lengua que permita ser leída por un otro y vuelva, como se dice en psicoanálisis, de forma invertida.

Volvamos a la situación clínica, que nos plantea dos cuerpos, de la misma especie, pero afectados de distinto modo. En uno podría residir la patología y en el otro el saber acerca de la patología. Es decir que, solo resta que, quien detenta el saber -y por ende el poder- acceda al cuerpo del enfermo y lo cure, es decir, restablezca ese cuerpo al estado anterior al mórbido. En la situación clínica, acá es donde aparece un tercero del lado del saber que es la técnica, sea esta de la naturaleza que sea.

A lo que aludimos es a la noción de “dispositivo clínico”, que involucra una estructura de elementos que toman sentido en un conjunto, y que, al ser covariantes, cuando uno cambia de posición o sentido afecta a los demás. El ejemplo más claro es cuando se opera un cambio en el saber, que a su vez afecta a las prácticas y también a la patología misma. Cuando el saber acerca de ciertas patologías estaba regido por la fe, numerosas patologías de presentación ampulosa se catalogaban de posesión demoníaca y el tratamiento -con suerte- era el exorcismo. Pensemos en la epilepsia, en su trayecto desde la religión, a la psiquiatría, a la neurología, a tal vez una futura medicina cannábica, quién sabe. Quien estudió en detalle estos movimientos del saber y del poder a lo largo de la historia, desde las *naves de los locos* al *manicomio* de Pinel fue Michel Foucault en “El nacimiento de la clínica” (2004) y en “La historia de la locura en la época clásica” (1998).

Pero volvamos al principio, el dispositivo clínico que presentamos más arriba funciona cuando de lo que se trata son cuerpos, librados del factor psicológico. En este sentido, los órganos son parte de un todo más grande que es el organismo, que sería la cara viva del cuerpo. No parlotean necesariamente, solo se infectan, se inflaman, funcionan defectuosamente, etcétera. En todo caso, comienza el parloteo cuando no se puede establecer una causa “natural” en esa patología, es decir, que el daño no responde a las causas establecidas como infección, traumatismo, degeneración genética, etcétera. Allí es cuando el o los órganos comienzan a hablar, a hablar de otra cosa...

Por cierto, hay ya un desplazamiento del parloteo al habla, sobre el que volveremos luego. Pero es en esta instancia donde podemos ubicar el problema que nos ataña, del organismo al cuerpo, del cuerpo al discurso y del discurso al síntoma. Ahora es cuando debemos hacer el camino por el otro lado, es decir, del psicoanálisis al cuerpo.

Parafraseando “Cadáveres” de Néstor Perlongher, de una manera un poco más suave, en psicoanálisis “hay cuerpos”, en los consultorios, sentados en sillas o sillones, o recostados en divanes, hay cuerpos, en libros, presentaciones de casos, revistas y viñetas hay cuerpos. El problema es el estatuto de esos cuerpos, es decir, cuánto hablan esos cuerpos; y, por qué no, de qué están hechos esos cuerpos.

Podríamos hacer un sucinto resumen de lo que Freud pensaba acerca del cuerpo en su relación con el análisis, y nos encontraríamos una gran pregnancia de lo corporal, incluso de lo orgánico en su obra. Por cierto, Freud provenía de una disciplina ligada a lo orgánico como es la neurología, se interesaba en la anatomía, e incluso hace girar mucho del desarrollo psicológico en derredor de lo físico. Podemos pensar dos ejemplos: uno sería el desarrollo libidinal en relación con lo que llama “las zonas erógenas”, boca, ano y falo, y a las particularidades subjetivas vividas en tanto satisfacción o frustración pulsional. Otro ejemplo es la importancia que Freud le da a la presencia o ausencia del pene en el desarrollo del niño con relación a la castración, que influye, por ejemplo, tanto en la relación de amor como en el superyó.

Ahora bien, en la experiencia psicoanalítica más que órganos parlantes, el dispositivo se organiza bajo el principio de órganos parlados, de cuerpos que se agencian en un lenguaje ya establecido, anterior. Ese es el giro que impulsa Lacan desde el estadio del espejo, obra fundamental para comprender la entrada de los cuerpos al psicoanálisis. Y es tal el retorcimiento que produce que la consistencia del (¿propio?) cuerpo depende de la imagen cerrada que se busca en el asentimiento del otro. Es decir, para que haya un cuerpo tiene que haber una anticipación de la imagen terminal de ese que nos viene desde afuera. A partir de allí es cuando el cuerpo entra en la matriz del lenguaje.

Estamos un poco lejos del parloteo de los órganos, pero ya vamos a llegar. Por ahora estamos en el nivel en que parloteamos acerca de los órganos, donde los órganos hacen o dicen cosas, o más bien los hacemos hacer o decir cosas. El corazón siente cosas, el cerebro piensa cosas, la panza duele cuando comimos pensando en cosas, voy a cansar el cuerpo para poder dormir, o -como me dijeron alguna vez en el consultorio- mi hermana tiene retraso porque dejaron una ventana abierta cuando era bebé y le dio frío. Esto funciona en el espacio vacío de la causa, ese que habíamos dejado inconcluso en el apartado anterior. Los psicólogos o practicantes de psicoanálisis recibimos habitualmente derivaciones de médicos que, frente al abismo del saber médico, sacan el comodín: “debe ser psicológico”. En este sentido, es interesante ver qué hacemos con ese comodín. Bien podríamos hacerlo valer como nuestro saber, y atiborralo de sentido, o bien, dejar que el paciente comience a parlotear acerca de lo que le parece que están parloteando sus órganos o sus ideas.

Si sale dentro de todo bien la maniobra, podremos transitar la vía que traza Freud (2013) en dos de sus Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, la número 17 “El sentido de los síntomas” y la número 23 “Vías de formación de síntoma”, es decir, construir un síntoma que nos ofrezca un sentido inconsciente del padecimiento, el cual podremos interpretar y alivianar el peso subjetivo. Si lo pensamos desde la semiótica, podemos referirnos al “Proemio” de Umberto Eco (1994) de su libro “Signo”. Más específicamente a cómo un evento corporal o psicológico genera una discontinuidad, es decir, un corte con el funcionamiento normal, y comienza a establecerse como *signo*. Éste se incluye en un retículo de significados de signos que lo alojan o no lo alojan. En el caso del psicoanálisis, distinto a la medicina, aquel aloja esos eventos en el marco de una significación que remite a la etiología inconsciente; es decir, esos *signos* se alojan y se vuelven legibles e interpretables en tanto tienen un significado inconsciente.

De todas formas, apelando a uno de los tantos memes de Los Simpson “hay parloteos y parloteos”. Ya en la obra de Freud (2013b, 2013c), en particular en dos momentos puntuales, en “El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis” de 1911 y en “Análisis terminable e interminable” de 1937, el autor señala que hay un límite a la interpretabilidad del material inconsciente, es decir, apunta a un resto no interpretable. En este sentido, hay trastornos (vamos a reservar “síntoma” para lo que aporta un sentido) donde lo que se escucha son órganos parlantes que no entregan un sentido: “palpitaciones, sudoración, temblor de manos, flojedad de piernas, náuseas, molestias abdominales, mareos, dolor de cabeza, opresión en el pecho, sensación de ahogo y sofocación” (García Rubio, 2023) como nos relata un artículo de la BBC News Mundo. Nos referimos a lo que se cataloga como “Ataques de pánico”.

En el artículo citado, se nos dice que:

Un ataque de pánico implica sufrir un miedo intenso que desencadena reacciones físicas muy alarmantes sin motivo aparente. (...) Son manifestaciones fisiológicas que alertan al organismo de que existe una amenaza (en este caso imaginaria) contra su integridad física o psicológica. (García Rubio, 2023)

Se aventura además algún tipo de etiología:

(...) supone la puesta en marcha de los procesos implicados en la lucha del organismo por la propia supervivencia. Es decir, se activa la liberación de cortisol, de adrenalina y noradrenalina y otros mecanismos hormonales relacionados con el sistema nervioso autónomo y estructuras subcorticales como la amígdala y la hipófisis. (García Rubio. 2023)

De esta definición podemos extraer dos conclusiones. En primer lugar, podemos leer que el parloteo de los órganos aquí es una especie de grito de batalla o de huida. Estas glándulas hablarían en su lengua de liberación... de hormonas. Por otro lado, vemos cómo aparece el comodín cuando aparece lo irracional. No sabemos por qué el cuerpo reacciona con un miedo intenso e imprevisto frente a una amenaza imaginaria. La cuestión es preguntarnos de qué se trata esa amenaza, qué es lo que hay allí.

En el capítulo titulado “El psicoanálisis no es una ciencia”, Gabriel Lombardi (2018) se ocupa de transmitir acerca de lo que llama “la ruptura inicial del psicoanálisis con la ciencia de su época” (p.88), que indica cómo a partir de las ideas de Freud se separan los campos del síntoma “neurológico” y del síntoma “histérico”, cuando dice: “La lesión de la parálisis histérica es una alteración de la idea, de la representación, de la concepción vulgar de un órgano o función. (...) distinguida de la lesión producida por una parálisis central de causas neurológicas” (p.88). ¿Qué nos aporta esta diferencia? El principal aporte es la introducción de una subjetividad a la cual remite el síntoma, no solamente a la falla en una función orgánica.

Si continuamos esa línea de pensamiento, veremos que esa subjetividad se forja en la estructura del lenguaje, responde a sus leyes. En el síntoma psicoanalítico nos encontramos con una cara que apunta al sentido, interpretable; y, por otro lado, el fuera de sentido, opaco a la interpretación.

Entonces, con lo que nos encontramos en el momento del ataque de pánico es con la falla en el tramo del sentido, que vendría a ser un tramo simbólico-imaginario, es decir, en la relación del lenguaje y el cuerpo. Por algún motivo, aquello que sirve de pantalla al sujeto frente a la satisfacción sufre una irrupción que se siente a nivel del cuerpo y que no aporta un sentido a priori. Este sentido puede aparecer más tarde como miedo a morir, por ejemplo. Ahora bien, lo que nos interesa no se ubica a nivel de los órganos, sino en el plano de lo que puede asociar el paciente con respecto a ese momento, a sumergir nuevamente ese evento en la trama simbólico-imaginaria para poder hacer que entregue un hilo que podamos seguir.

Muchas veces el camino al principio parece infructuoso, ya que, efectivamente no hay algo allí en consonancia con el yo, más bien se presenta algo de lo que la persona no quiere saber nada... de sí. Al mismo tiempo, si se logra ese trabajo de reconexión con la trama simbólico-imaginaria se puede comenzar a construir el síntoma por la vía del deseo, que en su forma inicial puede estar signada por el deseo de saber.

¿Es este el final del juego, en el sentido cortazariano del título? No, como decíamos antes, siempre queda un resto que se escabulle. En una conferencia titulada “Leer un síntoma”, Jacques-Alain Miller (2012) nos invita a traspasar el límite de lo que llama “los espejismos de la verdad y la dinámica móvil del deseo” (p.18) para dirigirse al testimonio del impacto del lenguaje sobre el cuerpo, es decir, a intentar cernir algo de lo no-interpretable, que también es una forma de nombrar lo que parlotea en los órganos.

Referencias bibliográficas

- Cortázar, J. (1956). Final del juego. En *Final del juego*. México: Editorial Los presentes.
- Eco, U. (1994). *Signo*. Colombia: Ed. Letra e.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Freud, S. (2013a). El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis. En *Obras Completas Volumen 12*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2013b) Lecciones introductorias al psicoanálisis. XVII El sentido de los síntomas y XXIII Vías de formación del síntoma. En *Obras Completas Volumen 16*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2013c). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas Volumen 24*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- García Rubio, (2023). *10 minutos de terror: cómo es tener un ataque de pánico y qué le hace a nuestro cuerpo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias64813047#:~:text=Aunque%20no%20todas%20las%20personas,sensaci%C3%B3n%20de%20ahogo%20y%20sofocaci%C3%B3n>
- Lacan, J. (2008). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lombardi, G. (2018). *El método clínico en la perspectiva analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2012). Leer un síntoma. *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, (12), 9-18.
- Perlongher, N. (1987). Cadáveres. En *Alambres*. Argentina: Ediciones Último reino.

Leer la noción de mito desde el psicoanálisis. De una posible articulación entre Barthes, Ginzburg y Freud

Mgtr. Josué Veloz Serrade

Universidad Nacional de San Luis

Universidad Nacional de General Sarmiento

INCIHUSA-CONICET

josuevse@gmail.com

El presente trabajo pretende arrojar luz sobre la noción de mito, por medio de la propuesta semiológica de Roland Barthes (1999) acerca del mito, la utilización del paradigma indicial de Carlo Ginzburg (2020), y la hermenéutica de interpretación psicoanalítica de Freud, puesta en juego en su texto *El Moisés de Miguel Angel* (1997/1914). Para ello se indagará una posible articulación entre estos distintos marcos epistemológicos.

La lectura de Barthes

Para Barthes (1999) el mito es una forma “de habla”, el mito “comunica” y se construye como un “sistema semiológico segundo”. A partir de un aparato semiológico previo, arma otro no restringido con una significación nueva. Un mito es entonces un tipo de operación en el lenguaje. El primer sistema semiológico está compuesto por el significante, el significado, y el signo. Lo que hace el mito es transformar al signo del primer sistema en significante, entonces realiza una operación que resulta en una significación otra, que es ahora mítica.

Es importante definir formalmente a los mitos, que es lo que interesa en principio a Barthes. Porque lo central en un mito no es su contenido, no es el objeto, sino la forma, el tipo de operación que se realiza sobre un objeto, trayendo como resultado un nuevo modo de significación. No surge de manera espontánea, es de algún modo elegido, y tiene un “fundamento histórico”. Todo puede ser objeto de esta operación mítica desde productos orales, hasta representaciones, imágenes y fotografías. Cualquier producto de la cultura humana sobre el que haya una operación simbólica, de lenguaje, puede conducir o generar mitos. Está también lo que este importante semiólogo llama “conciencia significante” que trabaja con independencia del objeto, y lo transforma.

El primer sistema semiológico, Barthes (1999) lo llamará lenguaje-objeto, y al mito propiamente le denominará metalenguaje. Un ejemplo paradigmático que Barthes utiliza para graficar es la portada de la revista *Paris Match*. El primer sistema semiológico está compuesto por un niño que hace un saludo de militar, mira hacia arriba y al frente, y está uniformado. ¿Cuál es el mito aquí en la lectura de Barthes? esta imagen en portada, de un niño negro en pose militar, es la representación mítica de la imperialidad francesa, de la admiración y respeto por los símbolos de esa imperialidad, y es además la disolución de cualquier conflicto que tenga que ver con la nacionalidad de procedencia, o su condición de negro: el mito de una Francia que incluye a todos.

Al signo del primer sistema semiológico, Barthes lo llamará *sentido*. A su vez este en el segundo sistema semiológico, en el que hace de significante, le nombrará *forma*, al significado lo considerará como el *concepto*, y al signo lo nombrará como *significación*. El mito de la revista podría descomponerse de este modo: la forma sería, el niño negro militar que hace la venia, el concepto sería, lo francés, la imperialidad, la admiración por lo francés; y la significación sería: Francia nos incluye a todos, no existe la colonialidad, todos deseamos morir y servir por Francia, incluso ese niño negro. En síntesis, en el mito hay una transformación del lenguaje objeto, hacia un modo de significación más allá. El mito sería el resultado de esa transformación.

El paradigma indicial

Para el historiador Carlo Ginzburg (2020) el conocimiento histórico es “conjetural” e “indicial” como el del médico, por la necesidad de abordar las más de las veces al caso único, las individualidades en su especificidad. Cuando aborda las características de lo que denomina el “paradigma indicial” en las ciencias se desplaza al terreno del análisis de la autoría en las obras

de arte. Se apoya en los estudios realizados por el médico y crítico de arte Giovanni Morelli. Como relata Ginzburg el mismo Freud considerará el “método Morelli” muy relacionado al método psicoanalítico.

Recupera a Morelli y su método para identificar obras originales respecto de falsificaciones. Para Morelli, lo importante en una obra de arte no era su idea global, el significado en apariencia dominante, sino aquellos detalles aislados, marginales, y en apariencia sin importancia: las formas de los dedos, las manos, las orejas, las aureolas de los santos... Freud relaciona este método con el psicoanálisis, porque los elementos centrales de toda interpretación psicoanalítica están en los rasgos más aislados y que impresionan de un valor secundario. Como bien reseña el historiador, “El Moisés de Miguel Ángel” (1997/1914) es un ejemplo que muestra la relación del trabajo freudiano con el método inaugurado por Morelli. En vez de tomar a la obra de arte a partir de sus rasgos más visibles, conocidos o legitimados por las opiniones dominantes, hay que escudriñar en esos detalles aislados presentes.

Por medio de Ginzburg, adquieren centralidad frente a cualquier forma de representación -ya sea discursiva, o por medio de la imagen- los indicios que comunican un algo esencial que no está visible, en los elementos más resaltados de la obra. Es una búsqueda en otro lugar, que no aparece dado a los ojos. Si lo ponemos en diálogo con Barthes, estaríamos frente a la posibilidad de comprender un más allá del mito. Una alteración no visible en los elementos de significación dominantes en la construcción mítica.

El paradigma indicial y la hermenéutica psicoanalítica en *El Moisés de Miguel Ángel*

En este texto de 1914, Freud hace un análisis de los distintos discursos e interpretaciones alrededor de la figura de Moisés en la obra escultórica. Esta escultura fue realizada por Moisés como un homenaje y rito funerario dedicado al Papa Julio II. En ella se representa a un Moisés sentado, con las tablas de la Ley que le fueron entregadas y con un rostro visiblemente emocionado y tomado por la cólera.

En las interpretaciones sobre la escultura, unos hacen énfasis en una mano que acaricia la barba, otros en los gestos de desprecio y de cólera. En cambio, otros se centran en la mirada que va hacia “el futuro”, un Moisés que simboliza la fe. Otro autor, ve en este Moisés alguien que se ha transformado: ya no se guía por la cólera, sino que es indulgente y se retira del mundo bendiciendo a su pueblo. Las lecturas no son solo disímiles, las más de las veces son antagónicas. Lo que capta Freud, es que Miguel Ángel ha realizado un corte sobre la historia del héroe. E intenta recrear el momento en que Moisés ha regresado del Monte Sinaí: allí ha recibido las tablas de la Ley por medio de Dios.

Lo primero que enuncia Freud (1997/1914) es que, para muchos estudiosos, este Moisés de la escultura representa el momento anterior a su acceso de cólera, cuando ve que el pueblo judío adora al becerro de oro. Esta es la interpretación dominante dentro del campo de explicaciones que se le dan a esta escultura. He aquí el mito barthesiano en todo su esplendor: la forma, un Moisés sentado con las tablas de la ley, en gesto de ira y desprecio. El concepto, Moisés ha recibido de Dios las tablas de la Ley, está enojado por ver al Pueblo adorando al becerro de oro. La significación: Moisés representa la ira de Dios, significa la traición de la humanidad a los fundamentos de la Ley, la traición del Pueblo a los ideales, es el Líder que ha sido abandonado por su Pueblo.

Sin embargo, Freud recupera otra interpretación acerca de la obra, que será decisiva para su propósito. Esta escultura además de ser un rito funerario al Papa Julio II, no estaría sola, sería parte de un conjunto de seis esculturas. Su significación debe verse en relación con ese conjunto. Cerca tendría a San Pablo, alrededor estaría rodeada por las esculturas de Lía y Raquel: “vida activa y vida contemplativa”. Freud señala que es imposible pensar –tomando en cuenta esto– en ese Moisés que se levantaría y estallaría de ira. En medio de ese conjunto transmite otro mensaje.

Dentro del abanico de interpretaciones sobre esta obra Freud va a poner particular atención en aquella que ve en esta escultura la representación de un carácter, de una personalidad singular, el intento de dar forma a un tipo específico de conductor de la humanidad que se encuentra

frente a sus propias pasiones, y en comparación a la humanidad común. Para caracterizar un personaje así se debía considerar la expresión de una “voluntad” que se desataría frente a un hecho puntual. Freud continúa desandando las interpretaciones y se encuentra con otra sumamente interesante para su ejercicio hermenéutico, que es la de Knackfuss, afirma Freud:

Próxima a esas indicaciones se puede situar una puntualización de Knackfuss (...). El principal secreto del efecto que Moisés nos produce es la oposición artística entre el fuego interior y la calma exterior de la pose. No hallo en mí nada que se revuelva contra la explicación de Thode; empero, echo de menos algo: acaso, que uno siente la necesidad de un nexo más íntimo entre el estado de alma del héroe y la oposición, expresada en su pose, de «calma aparente» y «movilidad interior». (Freud, 1997/1914, p. 8)

Freud capta que Moisés es la representación de la oposición y el conflicto entre dos impulsos: el fuego interior de la ira y la cólera, y la pose exterior de calma contemplativa. Con esta lectura de Freud, podemos intuir que en el interior de la significación mítica hay un conflicto y oposición de tendencias, que el mito en su externalidad de significación estaría encubriendo. En tal sentido, para descifrar un mito ya no será suficiente con descomponerlo en forma, concepto y significación, será indispensable descifrar el conflicto de fuerzas y tendencias que subyacen a él.

Profundicemos más en esta dirección siguiendo el análisis de Freud (1997/1914). Al centrarse en la mano derecha de Moisés, en la escultura describe una secuencia de movimientos que el pintor ha congelado en un determinado instante, pero dejando entrever la secuencia que ha acontecido. Moisés tiene, en un primer momento, las tablas bajo su brazo derecho: ha visto al pueblo adorando al becerro de oro traicionando la fe. La cólera hace presa de él, luego intenta hacerse llevar la mano derecha hacia la parte izquierda de su barba, las tablas quedan sin sostén y están por caer. Moisés se da cuenta de ello, comprende su papel y su función en relación con las tablas de la Ley, y retrotrae su movimiento tratando de impedir que las tablas caigan. Estas, quedan ahora aprisionadas bajo su mano derecha, pero de manera invertida, y la barba refleja los efectos del movimiento de la mano derecha en sus mechones.

Este Moisés en la lectura de Freud ha tomado conciencia de un afecto que está por expresar y lejos de ser arrastrado por las pasiones se refrena, sin poder evitar que en su rostro quede expresado el dolor y el desprecio que le han provocado la situación. Entre rescatar las tablas antes de caerse, o expresar su cólera, ha optado por servir a la Ley y salvar las tablas. Las expresiones afectivas son distribuidas en el cuerpo: en el rostro las pasiones de ira, dolor, y desprecio, en el medio del cuerpo, la huella del movimiento que ha sido contenido; además, una pierna muestra aún el movimiento que intentó realizar. Tercero, la mano del brazo izquierdo descansa “sobre el regazo”, buscando contener el afecto de la cólera que se ha apoderado del personaje.

En esta obra de arte Freud (1997/1914) ha identificado que el mito no solo le sirve a Miguel Angel para representar el conflicto entre tendencias opuestas e inconscientes, sino que aborda el modo en que el sujeto resuelve ese conflicto, realiza un arreglo del síntoma, que en este caso es por la vía de conservar la calma y la responsabilidad ante la Ley y las propias pasiones. Miguel Angel ha introducido un cambio o “transmutación” del relato bíblico. En este, Moisés, luego de observar la “apostasía” del pueblo rompe las tablas de la ley al pie del Monte, pulveriza al becerro de oro, y lo da a tomar con agua a todo el pueblo. La transformación que ha realizado Moisés cambia la cólera por la templanza, y la responsabilidad de garante de la Ley.

Freud indica también que esta escultura le sirve a Moisés para expresar algo del Papa muerto, Julio II, quien dio muestras de crueldad en el trato de muchos y en particular de Miguel Angel. Era habitual que este Papa sucumbiera a reiterados arranques de cólera. En alguna medida Miguel Angel, realiza un homenaje, que encubre una crítica. Por otro lado, Moisés es también descrito en la Biblia como un sujeto iracundo, que se dejaba arrastrar con frecuencia por sus pasiones. Freud (1997/1914) trata de visualizar que la obra de arte le ha servido al artista para producir esta transformación profunda de la interioridad del héroe al servicio de un propósito mayor. Es decir que el mito en la lectura freudiana puede ser una crítica, una forma de protesta, un gesto de rebelión que quedaría subsumido en la significación más visible.

Leyendo al mito de Barthes con la hermenéutica freudiana

Si volvemos ahora al mito de la portada de la revista Paris Match, con estos instrumentos que hemos tomado de Freud, deberíamos poder identificar algunas señales de estos elementos. Si tomamos nuevamente la foto del niño, podríamos observar la forma de la mirada, y los afectos que transmiten los labios. A simple vista no parecen transmitir orgullo ni admiración, se observa más la presencia de un rostro triste y apesadumbrado. Supongamos que esto es un elemento aislado, y hagamos como Freud, veamos esta imagen dentro de una serie de significaciones. Para ello ampliamos la mirada a toda la portada incluyendo las leyendas escritas. En letras grandes aparecen resaltadas dos frases: *El naufragio* de Riva-Bella, y *La tragedia* de Mans. Es decir, el conjunto de la portada no transmite el orgullo por la imperialidad francesa, más bien es el encuentro de instancias opuestas, de tendencias contrapuestas.

La tragedia se refiere a un accidente en una carrera de automovilismo en la que murieron un piloto y 83 personas, la más impactante hasta ese momento. En medio del caos del accidente, un piloto británico continúa la carrera, ignorando lo ocurrido: el éxito a cualquier precio. Las leyendas de la portada en conjunto con la imagen producen efectos de contraste, y plantean -quizás sin proponérselo la revista, o quizás como gesto rebelde de quienes diseñaron aquella portada- mostrar las contradicciones de la “civilización humana”, el sinsentido de un niño soldado en medio de la tragedia de la vida moderna. Esto se resalta si tomamos la frase en francés: *la tragédie du mans*, haciendo referencia al lugar del accidente. Pero hay otro significado oculto y transgresor: *du-mans-del-hombre*: La tragedia del Hombre.

Conclusiones

El mito de Barthes es la transformación de un lenguaje objeto en un sistema semiológico segundo, conformado por forma, concepto y significación. Es una forma de significación y comunicación. Con fines analíticos, el paradigma indicial de Ginzburg, en diálogo con Morelli y Freud, permite desentrañar significados encubiertos y no visibles, que son centrales en la interpretación de una obra de arte. Con este paradigma, es posible introducir nuevos modos de desciframiento de los mitos.

El mito del héroe que Freud desentraña en la escultura de Miguel Angel es un arquetipo complejo, que consiste esencialmente en la transformación de un carácter, en la representación de impulsos opuestos, antagónicos y contradictorios, y en la operación de trasmudación de estos en templanza y responsabilidad. Aporta al análisis de la concepción mítica de la obra que esta es la representación de impulsos y conflictos que quedan subsumidos en la significación dominante del mito, pero que pueden ser revelados, y que ese develamiento tiene consecuencias muy importantes para la interpretación.

En el Moisés de Miguel Angel, Freud señala un enigma que impacta a especialistas y amantes de la apreciación del arte, porque constituye un desentrañamiento de lo humano, una interpellación al sujeto en su mito de autotranscendencia y autosuperación inconsciente que queda como inalcanzable muchas veces en el mundo de lo social, y que a veces en ciertos gestos de la humanidad, de un sujeto en particular o en la obra de arte logra realizarse. Con Freud, el mito es también un síntoma como solución de compromiso, y como enfrentamiento de impulsos y tendencias de esferas subjetivas diferentes. También de los modos humanos de intentar curarlos. El psicoanálisis permite aislar el elemento de resistencia, crítica o protesta que habita en las construcciones míticas.

Referencias bibliográficas

- Barthes, R. (1999). *Mitologías*. México: Siglo XXI editores.
- Freud, S. (1997/1914). El Moisés de Miguel Angel. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ginzburg, C. (2020). *Mitos, emblemas e indicios*. Barcelona: Gedisa.

El arte de la escucha fonoaudiológica

Lic. Eliana S. Oro Ozan
Universidad Nacional de San Luis
oeoro@email.unsl.edu.ar

El propósito de este trabajo es reflexionar y discutir los conceptos del signo y la escucha en la semiótica y la lingüística, basándose en las teorías de Peirce, Saussure y Barthes. En principio, el estudio del signo y la escucha es crucial en estas disciplinas porque contribuye a entender cómo se construyen y transmiten los significados a través de los signos, en qué consisten los signos y cuáles son las leyes que los gobiernan. Esto es particularmente relevante en el campo de la Fonoaudiología, ya que facilita y permite desarrollar estrategias para tratar problemas de comunicación.

Para Saussure (1945), el signo lingüístico es una unidad biplánica, compuesta por un significante y un significado. El significante es la imagen acústica, es decir, el sonido o la representación material del signo. Por otro lado, el significado es el concepto o la idea que el signo representa. Saussure enfatiza que el signo es arbitrario, es decir, la relación entre el significante y el significado es convencional y no tiene una conexión natural. Por ejemplo, la palabra gato no tiene ninguna relación intrínseca con el animal al que se refiere. Además, Saussure destaca que el significante es lineal, es decir, se desarrolla en el tiempo de manera sucesiva. Los elementos del significante se presentan uno tras otro formando una cadena. Por ejemplo, al pronunciar la palabra pato, se emite un sonido detrás de otro: p-a-t-o.

Otra característica importante del signo, según Saussure, es su inmutabilidad y mutabilidad. El signo es inmutable a nivel individual porque está impuesto por la comunidad lingüística que lo utiliza. Sin embargo, también puede experimentar cambios a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el significado de una palabra puede evolucionar o restringirse con el paso del tiempo.

Por otro lado, Peirce (2004) define el signo como representamen, una cualidad material (una secuencia de letras o de sonidos, una forma, un color, un olor, etc.) que está en el lugar de otra cosa, su objeto. Este signo genera en la mente de alguien un signo equivalente o más desarrollado, denominado interpretante, que aclara el significado del representamen y, a su vez, representa al mismo objeto.

Peirce clasifica los signos en tres categorías: índices, iconos y símbolos. Los índices son signos que tienen una relación física de causa-efecto o proximidad con el objeto al que representan, por ejemplo, un síntoma de una enfermedad, o el humo como indicio del fuego. Los iconos son signos que se asemejan al objeto que representan, transmitiendo ideas a través de su imitación. Un ejemplo de esto sería un retrato. Por otro lado, los símbolos son signos que tienen una relación convencional con su objeto, basada en la interpretación mental de quien los utiliza. Ejemplos de símbolos son las palabras y los números.

Entonces, las principales diferencias entre los modelos de Peirce y Saussure radican en sus enfoques y perspectivas. Así, Saussure se centra en el estudio del signo lingüístico y su relación arbitraria entre significante y significado. Plantea que la imagen acústica no se limita al sonido de la palabra, sino que es la huella psíquica que deja en nuestra mente. En cambio, Peirce busca comprender cómo los signos median nuestra percepción y conocimiento del mundo.

En lo que respecta a Barthes (1992), el proceso semiótico implica la interpretación de signos y símbolos en la comunicación, en la medida en que la escucha activa permite captar no solo las palabras, sino también los gestos, los tonos de voz y las expresiones faciales, que son necesarias para una interpretación completa del mensaje. Así, para Barthes la escucha se relaciona con la percepción del significante que luego se interpreta para llegar al significado. Asimismo, en el contexto terapéutico, la escucha activa es esencial para entender las experiencias internas del paciente y facilitar el proceso terapéutico y de rehabilitación.

Por otro lado, Barthes, en su obra *Lo obvio y lo obtuso* (1992), revela la complejidad del acto de escuchar y aborda varios niveles de significación. El primer nivel, el de la comunicación, se refiere a la transmisión de información básica, donde el mensaje es claro y directo. Este es el

nivel más superficial y accesible, donde el acto de escuchar se limita a la recepción de datos. El segundo nivel, el del significado, introduce una capa de simbolismo. Por consiguiente, escuchar implica una interpretación más profunda, donde el oyente debe descifrar los códigos y símbolos que subyacen en el mensaje. Este nivel requiere una mayor participación intelectual y una comprensión de los contextos culturales y sociales que informan el mensaje.

Finalmente, el nivel de la significancia, o lo obtuso, es el más complejo y elusivo. En este nivel, el acto de escuchar se torna en una experiencia donde el oyente percibe matices que escapan a una interpretación lógica o estructurada.

Así, se entiende que escuchar es un proceso psicológico, mientras que oír es un fenómeno fisiológico. Además, es posible explicar las condiciones físicas de la audición (sus mecanismos) utilizando la acústica y la fisiología del oído; sin embargo, el acto de escuchar solo puede definirse por su objeto o, quizás mejor, por su alcance.

En este sentido, Barthes (1992) señala tres tipos de escucha. El primer tipo de escucha, una alerta, en nada se diferencia el animal del hombre, como el niño que escucha los pasos del que se aproxima, que quizás son los de la madre. La segunda escucha, es un tipo de desciframiento, lo que se intenta captar por los oídos son los signos. La tercera escucha, que se interesa en quien habla, y en el espacio intersubjetivo. Asimismo, Barthes propone aguzar el oído para captar lo esencial; escuchar implica estar preparado para interpretar lo confuso o mudo, con el objetivo de que se revele el significado oculto a nuestra conciencia.

En relación con la voz, la corporeidad del habla permite reconocer a los demás, indica su alegría o su sufrimiento. Está situada entre la articulación del cuerpo y el discurso. Entonces, escuchar a alguien, oír su voz, exige, por parte del que escucha, una atención abierta al intervalo del cuerpo y del discurso. En consecuencia, lo que se da a entender al que así escucha es exactamente lo que el sujeto hablante no dice.

En los dichos de Barthes (1992), una escucha sin restricciones es, en esencia, una escucha que se mueve, intercambia y descompone, debido a su dinamismo, la estructura rígida de los roles del habla. De este modo, la escucha puede generar múltiples interpretaciones. Debido a que cada oyente aporta su propio contexto, conocimientos y experiencias al acto de escuchar. Por consiguiente, escuchar implica una participación activa del oyente, quien, además de recibir el mensaje lo interpreta y le da significado, resaltando así la importancia de la subjetividad y la experiencia personal en el proceso de escucha.

En resumen, y a partir de la confrontación de estos conceptos, se entiende que la escucha puede ser una herramienta eficaz para desentrañar múltiples capas de significado en cualquier forma de comunicación. Además, permite proponer estrategias basadas en la semiótica y la lingüística para mejorar la intervención fonoaudiológica en pacientes con dificultades auditivas y de comunicación. Asimismo, la semiología de Barthes puede ser utilizada para descomponer y analizar los elementos de la comunicación no verbal, como gestos y expresiones faciales, que son cruciales en la interacción humana.

En la terapia fonoaudiológica, entender cómo los pacientes interpretan y responden a diferentes tipos de mensajes es necesario para desarrollar estrategias de intervención efectivas, que implican no solo la producción de sonidos y palabras, sino también la comprensión y el procesamiento de estos signos. También, en el tratamiento de aquellos trastornos de la comunicación que afectan la capacidad de interpretar o usar señales no verbales. En resumen, una escucha activa posibilita a los pacientes a ser más conscientes de sus propios patrones de habla y de los mensajes que reciben. Esto puede ser útil para mejorar habilidades de comunicación y para desarrollar una mayor reflexión metalingüística.

Por otro lado, y a partir de la práctica clínica, en el interaccionismo lingüístico brasileño, Lemos (2014) señala que, en la adquisición de una primera o segunda lengua, se asume que la lengua es un factor decisivo en la constitución del sujeto. El punto central de esta teoría es el funcionamiento lingüístico concreto de cada sujeto en la lengua. Así, considero que cuando en

la práctica y en la disciplina subyace el concepto de normalidad, este está atravesado por un relativismo que implica la singularidad de la experiencia, analizada a partir del caso por caso.

Finalmente, los conceptos de Roland Barthes sobre la interpretación de signos son útiles en la evaluación y tratamiento de trastornos de la comunicación. Además, en la terapia fonoaudiológica proporcionan una perspectiva más rica y matizada, ayudando a los terapeutas a abordar no solo los aspectos clínicos del lenguaje, sino también las dimensiones culturales y emocionales que lo acompañan. Asimismo, en el tratamiento de trastornos de la comunicación, esto puede ayudar a identificar cómo los pacientes interpretan y responden a diferentes tipos de mensajes, lo que es crucial para desarrollar estrategias de intervención efectivas.

Referencias bibliográficas

- Barthes, R. (1992). *Lo obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*. Barcelona: Paidós.
- Lemos, C. (2014). A criança e o lingüista: modos de habitar a língua? *Estudos lingüísticos*, São Paulo, 43(2), 954-964.
- Saussure, F. (1945). *Curso de lingüística general* (Alonso, A. Trad.). Buenos Aires: Losada.
- Vitale, A. (2004). *El estudio de los signos: Peirce y Saussure*. Buenos Aires: Eudeba.

Escucha significante en un caso de disfonía

Lic. Mariana Felix
Universidad Nacional de San Luis
marianafelix21@gmail.com

Introducción

Oír es un fenómeno fisiológico, escuchar una acción psicológica. El acto de escuchar no puede definirse más que por su objeto o por su alcance. Existen diversos tipos de escucha, pero quizás la que más interesa a los efectos de este trabajo es la escucha que se interesa en lo que se dice como vía para reconocer a quien habla. A partir de ello se relata como la escucha significante formó parte crucial en la intervención fonoaudiológica de un caso de disfonía funcional.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la escucha significante en la práctica profesional fonoaudiológica, especialmente en el área de la voz a partir del relato de un caso clínico.

Desarrollo

Servicio de Foniatria

La voz es una compleja y maravillosa función, a través de la cual se expresan los pensamientos, sentimientos, emociones, la personalidad, y sobre todo es un elemento o pilar esencial de la comunicación verbal. Esta función requiere de educación, y cuidado. Diversas alteraciones en nuestro organismo pueden causar problemas en la voz. Incluso la falta de cuidados puede producir daños irreversibles en ella.

Teniendo en cuenta lo planteado es que en el marco de los Servicios brindados por la Clínica Fonoaudiológica de la Universidad Nacional de San Luis se brinda un espacio para todos aquellos que requieren y/o demanden atención clínica para el cuidado de la voz. El caso de escucha significante que se va a describir acontece en este espacio.

Presentación de caso clínico

En el espacio conformado dentro del mencionado Servicio de Foniatria, es que se recibe a C durante el año 2023. C tenía 65 años al momento en que transcurrió la atención y refería comenzar a hablar y quedarse ronca. Esta ronquera, en algunas ocasiones, llegaba a permanecer varios días. Dentro de sus antecedentes relevantes destacan hipoacusia moderada bilateral, covid, colon irritable y violencia de género por parte de su exesposo hasta el año 2009.

Desde un primer momento se mostró como una persona locuaz, manifestaba pasar muchas horas del día en soledad y salir poco de su casa. Se mostraba absolutamente abocada a proveer a uno de sus hijos que convivía con ella, a pesar de que el mismo ya tenía 30 años.

En las diversas evaluaciones realizadas se evidenció un grado de disfonía leve, caracterizada por un tono agravado con dificultad para realizar flexiones hacia tonos agudos y tonos más graves. Se evidenciaba asimismo una intensidad aumentada que podría tener correlación con su pérdida auditiva. Cabe destacar que en el momento en que transcurrió la atención estaba esperando la aprobación de los audífonos por su obra social. El tiempo de máxima fonación fue de 12 seg. al momento de la evaluación y el índice s/e obtuvo un valor de 0.71. El médico otorrinolaringólogo informó fonastenia de un año de evolución sin alteraciones a nivel de pliegues vocales y con avance de bandas ventriculares.

A medida que transcurrían las sesiones C. manifestaba que algunos síntomas vocales tenían lugar en situaciones específicas de su día a día. Y se repetían relatos del tipo:

Mi hijo (con quien convivía) no me dirige la palabra. Estuve 4 días enferma y nunca se preocupó.

Tengo miedo a caminar sola, intento volver a casa rápidamente.
Me enoja tener que ocuparme de la comida de mi hijo siempre.
He tenido que cruzarme con mi exesposo en varias actividades familiares.
En este sentido se comprende que los síntomas que manifestaba eran ricos en sentido y se entramaban con su vivenciar, estableciendo un vínculo con lo que acontecía en su día a día (Freud, 1991).

Atendiendo a esto se comenzó a combinar la ejercitación con espacios de escucha que tenían lugar al iniciar la sesión. Es decir, primero se generaba un espacio en el cual C podía recopilar sucesos y/o experiencias de su preferencia que podían o no estar en relación con su sintomatología. Esta dinámica mostró resultados positivos en poco tiempo evidenciando que la disfonía disminuía notablemente luego de estos momentos y la predisposición para la ejercitación era mayor, logrando mantenerla por momentos no solo más largos, sino que con mayor calidad. El acto de escuchar determinó un gran alcance en C, creando el *transfert* “escúchame” y permitiendo determinar significantes en su relato. Entendiendo a los significantes como lo que se considera un elemento importante que se ofrece a la escucha y que puede tomar forma de un término, una palabra, un conjunto de letras que remite a un movimiento del cuerpo: un significante.

C llegó a expresar que era la primera vez que sentía que su palabra era valorada y se sentía segura en el espacio, logrando expresar todo aquello que en su casa no podía. En este hospedaje del significante en el que el sujeto puede ser oído, el movimiento del cuerpo es aquel por el que se origina la voz. *El acto de escuchar la voz inaugura la relación con el otro*: la voz que nos permite reconocer a los demás, nos indica su manera de ser, su alegría o sufrimiento su estado; sirve de vehículo a una imagen de su cuerpo.

Conclusión

Centrar la escucha en la voz de quien habla permite hallar en lo que se capta valor de significancia. En este sentido, la escucha pone en relación con dos individuos, la orden de escucha es la interpelación total de un individuo hacia otro. Crea el *transfert* “escúchame”.

El inconsciente, estructurado como lenguaje, es el objeto de un acto de escuchar. Por ello, el inconsciente del que escucha se ha de comportar en relación con el inconsciente que emerge del que habla. De estas premisas surgen, para el que escucha, como una “resonancia” que le permite *agudizar el oído* hacia lo que es esencial, y lo esencial es no fracasar (ni permitir que fracase quien habla) en el “acceso a la insistencia singular y sobremanera sensible de un elemento importante de su inconsciente” (Barthes, 2021, p. 251).

Escuchar a alguien, oír su voz, exige por parte de quien escucha una atención abierta al intervalo del cuerpo y del discurso, que no se crispe sobre la impresión de la voz ni sobre la expresión del discurso. Entonces lo que se da a entender al que escucha es exactamente lo que el sujeto hablante no dice; trama activa que, en palabra del sujeto, reactualiza la totalidad de su historia. Es reconstruir la historia del que habla a partir de sus palabras y a partir de su voz. La escucha tiene como finalidad un reconocimiento: el deseo del otro (Barthes, 2021). Y es solo en este sentido que puede constituirse como un gran elemento terapéutico, en la medida en que la voz del otro tome valor de significante.

Referencias bibliográficas

- Barthes, R. (2021). *Lo obvio y lo obtuso: imágenes, gestos, voces*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1991). 17a Conferencia. El sentido de los síntomas. En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol.16, pp.235-249). Buenos Aires: Amorrortu.

Las manifestaciones corporales en la construcción del rol como psicomotricista. Intercambios entre Calmels, Barthes y Foucault

Esp. Marcela A. Yonzo
Universidad Nacional de San Luis
mayonzo@email.unsl.edu.ar

Acercar marcos teóricos conocidos y transitados es una actividad epistemológica con cierta complejidad. El camino resulta novedoso y en el devenir hay procesos cognitivos y afectivos que se despliegan dando lugar a un encuentro con tramas que vuelven a construir hamacas de saberes.

En los orígenes de la psicomotricidad, la rehabilitación se instala desde un lugar destacado, tanto que las primeras descripciones de la patología neurológica (Aucouturier, 1985) se centran en los síndromes psicomotrices en el curso de la encefalitis epidémica. Un referente como Dupré, citado por el Dr. Julián de Ajuriaguerra en el Manual de psiquiatría infantil (1980), es quien inicia un estudio sobre la debilidad motriz que causa diferentes discusiones en Francia de principio del S. XIX.

En la belle époque de Francia del 1900 como en los avances teóricos de Suiza, emergen dos psicólogos, Wallon y Piaget. En sus estudios fundamentan que el tono y la motricidad, al analizar las huellas corporales tanto afectivas como emocionales de los primeros intercambios con el entorno, aportan relaciones articuladas con los procesos de desarrollo intelectual. La actividad tónica, expresa Wallon (1945) se manifiesta en las tensiones musculares; tensiones que se transforman en el tejido de las actitudes, de las posturas y de las mímicas. Elementos constituyentes de la personalidad toda. Piaget se muestra de acuerdo con Henry Wallon, expresa Bernard Aucouturier en su libro (1985). No obstante, considera que esta filiación tan solo vale para el aspecto figurativo del pensamiento, dado que el aspecto operativo prolonga la motricidad como tal. La acción motriz es de naturaleza afectiva mientras que la estructura que avala esa acción es de naturaleza cognitiva. La estructura a que hace referencia Piaget son los conocidos conceptos de esquemas de acción que generan procesos de asimilación y de acomodación del sujeto con el medio.

Wallon afirma que las primeras relaciones afectivas constituyentes del yo delinean las futuras relaciones con el entorno. Expresa que el Yo es ante todo de naturaleza social, lo es genéticamente. El interés de este psicólogo francés se centra en los procesos de fusión del sujeto y de fenómenos motrices en un *diálogo que es el preludio del diálogo verbal posterior* y que Julián de Ajuriaguerra ha denominado diálogo tónico. (Aucouturier, 1985).

Los diferentes conceptos que se presentan en la introducción ofrecen un recorrido sintético para confirmar que en la actualidad la psicomotricidad comprende en sus desarrollos teóricos fundamentos para ser aplicada en el ámbito educativo, terapéutico y sociocomunitario.

El cuerpo y sus manifestaciones, es un eje medular que atraviesa a la psicomotricidad. “La presencia de las manifestaciones corporales es la prueba de la existencia del cuerpo” (Calmels, 2011, p. 3). La escucha es una de ellas. Concepto también analizado por Barthes. Entonces, tanto Daniel Calmels como Roland Barthes identifican significaciones centrales para analizar signos y síntomas tanto en el ámbito educativo como en el de la salud. Nos referimos a la búsqueda del sentido y la direccionalidad de la expresividad motriz. Al respecto, la escucha, la voz y la mirada son aspectos constituyentes del ser humano, y la distorsión en la fluidez de la expresión puede marcar *signos y síntomas* que merecen un acompañamiento terapéutico.

En el libro “Lo obvio y lo obtuso”, Roland Barthes expresa que el escuchar es un acto que solo puede definirse por su alcance. “Oír es un fenómeno fisiológico; escuchar, una acción psicológica” (p. 243).

Para este autor la escucha puede analizarse en tres tipos:

- En las diferentes franjas etarias del ser humano, al escuchar un ruido hay una *actitud de alerta*, hay índices de que algo sucede;
- Luego, se inicia un *proceso de desciframiento*, se intenta captar con los oídos, sonidos que pueden ser signos.
- Y la tercera se interesa fundamentalmente en quien habla, en quien emite esa palabra, ese ruido. Aparece el *espacio intersubjetivo*. Se puede escuchar, pero implícitamente hay un pedido para ser escuchado.

Según Barthes, los antropólogos han observado que los comportamientos nutricios de los seres vivos tienen que ver con los sentidos del tacto, el gusto y el olfato y los comportamientos afectivos con el tacto, el olfato y la visión. La audición parece que posee un sentido de la evaluación del entorno en aspectos espaciotemporales. La escucha, constituida a partir de la audición, es para la Antropología “el sentido propio del espacio y el tiempo, ya que capta los grados de alejamiento y los retornos regulares de la estimulación sonora” (Barthes, 1996, p. 244). Los seres vivos, definidos en este caso como hombre o mujer, se apropián de un espacio a través de la sonoridad de este. Hay una *sinfonía doméstica* que forman un conjunto de ruidos reconocibles: la abertura de puertas y ventanas, la salida o entrada del auto a la cochera, la tetera en la cocina, la subida a la escalera de algún integrante del grupo familiar, etc.

Así, la escucha contiene en sí misma un proceso de selección. Cuando los decibeles sonoros exceden a lo humanamente soportable, la diferenciación auditiva se entorpece. Hoy, las formas particulares de vida en las poblaciones urbanas están contaminadas, lo que muchos sociólogos denominan la polución ambiental. Estado en que, en muchas ocasiones, impide la escucha. Como mejor se captan a los ruidos es dentro de la noción de territorio o sinfonía doméstica.

Entonces se puede afirmar que:

Desde el punto de vista morfológico, la oreja parece hecha para la captura del indicio que pasa: es inmóvil, está clavada, tiesa; recibe el máximo de impresiones y las canaliza hacia un centro de vigilancia, selección y decisión; los pliegues, las revueltas de su pabellón parecen querer multiplicar el contacto entre el individuo y el mundo; también reducen esta multiplicidad sometiéndola a un recorrido ya elegido. Lo que era confuso e indiferente se vuelve distinto y pertinente. La escucha es la operación en que esta metamorfosis se realiza. (Barthes, 1986, p. 246)

Hay una similitud que plantea el profesor Daniel Calmels cuando dice que escuchar no es oír. Cuando escucho a alguna persona, me dispongo a recibir su palabra y su voz. “Esta disponibilidad no siempre surge de la voluntad consciente y no todo lo escuchado es aceptado”, expresa Calmels (2011, p. 3). Se puede oír sin estar afectado a responder de alguna manera. Pero en la escucha, aparece también una voz que posee un rostro. Entonces la escucha que recepciona una voz es acompañada por un rostro. Dicen Deleuze y Guattari (1997), al respecto “el rostro construye la pared que necesita el significante para rebotar, constituye la pared del significante, el marco o la pantalla” (p.174).

Y de esta manera Calmels (2011) expresa:

Escuchar requiere de un compromiso corporal, la persona que mira y escucha está poniendo el cuerpo. Sería falso decir que en la escuela o en algunos centros terapéuticos hay profesionales que tienen la exclusividad de lo corporal, porque en las redes de la corporeidad están todos implicados e implicadas (y complicados/das). Puede haber alguna especialidad, como lo es la Psicomotricidad, que tome el cuerpo como objeto de estudio, que se formule interrogantes, que cuente con recursos de intervención, pero no existe ni crianza descorporizada ni aprendizaje descorporizado. Estas mismas reflexiones podrían servir también para pensar los diferentes abordajes terapéuticos. (p.4)

La sonoridad de estas palabras dimensiona el sentido de la escucha en diferentes situaciones que tienen que ver con aspectos clínicos o educativos. Es una de las manifestaciones corporales que interpela al rol como psicomotricista.

El concepto de Sinfonía doméstica expresado por Barthes es retomado por el profesor Calmels con la noción de escucha causal de Michel Chion. En edades muy tempranas las infancias relacionan los sentidos del tacto, el sonido y la visión que se articulan, también con las sensaciones tónicas musculares. Darse cuenta a tiempo sobre el origen del sonido brinda a las infancias, quizás a cualquier persona, seguridad y tranquilidad. En la organización cotidiana, los sonidos tienen un *origen relacional*.

En los sonidos cotidianos aparecen también las voces humanas o una voz que anticipa y es identificada para el inicio de un intercambio comunicacional. La voz es el preludio del gesto; el ritmo y la tonalidad de la voz anticipa un acto.

Daniel Calmels (2011) “expresa que la voz es el aspecto corporal del lenguaje verbal” (p. 5). Detrás de la voz hay un cuerpo que revela un ritmo, un tono, un gesto. La voz es constituyente de la identidad de la persona, y se construye en el transcurrir de la vida. La voz se inicia antes de la palabra y se accede a la palabra si “hay alguna construcción de corporeidad con un otro u otra que hable, que ponga su voz y escuche”. (Calmels, 2011, p.5). El cuerpo se manifiesta también a través de la voz. Esa voz es utilizada con una serie de palabras que surgen y son aplicadas según las situaciones. Nunca la voz está separada de las construcciones tónicoemocionales. El cuerpo carga una antología de variaciones prosódicas y hospeda un lugar para el significante; en ese vaivén el cuerpo construye una voz. Barthes (1986) expresa que en “el acto de escuchar una voz se inaugura la relación con otro” (p.252), otra también agrega. Hay voces cálidas, cantarinas, envolventes, seductoras, cortantes, condensadas, detenidas. En ocasiones una voz es más atrayente que el contenido de lo que expresa. En ese espacio entre la voz y el discurso “el sujeto reactualiza la totalidad de la historia, de su historia”, expresa Roland Barthes (1996, p.253). En la voz y en la escucha se construyen juegos de pronunciación y entonación que atrapan significantes, en donde las infancias se convierten en seres parlantes.

En el recorrido paulatino de estas manifestaciones corporales la voz y la escucha son portadoras de un rostro. “Nacemos con una cara y, sobre esa cara, se construye un rostro”, expresa Calmels (2011, p.6) que es parte central de la identidad. En la arquitectura de un rostro hay otro rostro que espeja sensaciones, percepciones, mímicas. La mirada funda un rostro atravesado por los contextos personales, familiares y sociales. La mirada, en un rostro, inaugura el concepto de imagen corporal que es un proceso psicológico esencial para la construcción de la subjetividad en principio, en las infancias, pero tiene su peso en cualquier franja etaria. La tensión o distensión tónica que manifiesta un rostro da cuenta del placer o displacer de diferentes situaciones que determinan el asombro, la serenidad o la sonrisa. Pero a su vez son portadoras de un linaje familiar.

Indagar en las manifestaciones corporales direcciona el planteo anclando el peso en dos conceptos que atraviesan a la clínica, también al ámbito educativo: signos y síntomas. Diferentes autores han analizado la implicancia que tienen en el planteo de las enfermedades. Lo concreto es que permiten dilucidar sobre el funcionamiento adecuado de las manifestaciones corporales o hablan sobre la presencia de dificultades. En este punto permiten acompañamientos terapéuticos o clínicos.

Según Michel Foucault (1963) un síntoma puede tener un origen patológico, pero en ocasiones es el significante de una enfermedad. En la observación de este expresa la totalidad de lo que es en exclusión de lo que no es. Pero sin duda la mirada clínica es la abertura de una puerta hacia la enfermedad, signos y síntomas son descubiertos por una mirada, la mirada clínica. Esto abre al crecimiento de un pensamiento clínico, arraigado en la Psicología y sobre todo en el Psicoanálisis, como ciencia y en crecimiento en el área de psicomotricidad. Dicho esto, se puede concluir expresando que, si la pretensión del psicoanálisis es reconstruir la historia del sujeto a través de la palabra, la pretensión de la psicomotricidad es reconstruir la historia del sujeto a través de sus manifestaciones corporales.

Referencias bibliográficas

- Aucouturier, B. (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducación y terapia*. Barcelona: Ed. Científica-médica.
- Barthes, R. (1986). *Lo obvio y lo obtuso*. Buenos Aires: Paidós.
- Calmels, D. (2011). *La gesta corporal*. <https://api.semanticscholar.org/>
- Deleuze, G & Guattari, F. (2004). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Argentina: Siglo XXI editores.
- Piaget, J. (1985). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Argentina: Crítica.
- Vitale, A. (2004). *El estudio de los signos. Pierce y Saussure*. Buenos Aires: Ed. Universitaria.
- Wallon, H. (1965). *Los orígenes del pensamiento en el niño*. Argentina: Lautaro.