

3.3 La construcción del campo clínico: un diagnóstico suficiente¹

Juan D. del Olmo*

La delimitación de un campo.

En el ámbito psicoanalítico, el diagnóstico suscita pasiones encontradas. Por un lado, habitualmente los espacios de supervisión se pueblan de preguntas y conclusiones que radican, en lo esencial, en ubicar al paciente en una categoría nosográfica. La invocación de la tríada *neurosis – psicosis – perversión*, sus subespecies, algunos eufemismos para comportarse de una manera honesta con las presentaciones clínicas contemporáneas sin romper esta clasificación de principios del siglo 20, o una suerte de psicopatología de segundo orden, con cuadros ad hoc, parecerían una respuesta suficiente, como si este acto de nominación revelara un camino diáfano en el tratamiento de la subjetividad.

Contra este uso clarividente del diagnóstico, existe una militancia que lleva algunas décadas al menos en territorio hispanoamericano haciendo pie particularmente en la clínica infantojuvenil, pero no cerrándose en ésta. Una de sus proclamas, “los diagnósticos se escriben con lápiz”, impresiona bastante rica. A diferencia de la tinta pesada y perenne de ciertos pronunciamientos certificados que presagian un destino ineludible, abre la posibilidad de considerar los padecimientos subjetivos de forma dinámica, incluso transitoria, en construcción, en donde la contingencia puede resultar acontecimiento: la intervención (la provisión ambiental, en términos winnicottianos) oportuna y a tiempo puede, si no modificar el diagnóstico, sí hacerlo con el pronóstico. Si no podemos curar, podemos aliviar.

Quisiera acentuar el foco sobre el acto de la escritura, el acto de evaluar, y llamar así la atención sobre los elementos con los que se cuenta para construir un diagnóstico y una intervención posibles.

Postular que el diagnóstico se construye, conlleva que extraigamos a los fenómenos del padecimiento subjetivo de las cosas de la naturaleza, para contemplarlos con los lentes de la cultura, la cual siempre se encuentra localizada histórica y socialmente; observarlos desde una postura más cercana a la apercepción que a la percepción, más cerca de la observación participante que de la pretensión de objetividad. Aún más: la respuesta terapéutica se ve condicionada por la tecnología y los saberes disponibles,

¹ Este artículo forma parte del libro “La clínica con Winnicott 2. La construcción del campo clínico en psicoanálisis”, publicado en 2025 con el sello de Editorial Entreideas.

además de las representaciones sociales. Alcanza con recorrer pocas décadas entre mediados del siglo veinte y las que van de este milenio para comprobar y comparar los modos de enfermar, de conceptualizar, explicar y tratar los tipos clínicos en salud mental. Al diagnosticar, construimos el campo clínico, definimos y delimitamos el problema que se volverá el objeto de nuestra atención: qué escucharemos y sobre qué iremos a dedicarnos contando con nuestras herramientas. Configuramos una suerte de campo quirúrgico.

Este elemento de uso hospitalario consiste en una tela con la que se cubre a la persona designada paciente, que posee una abertura claramente recortada que deja al descubierto la zona que será intervenida por el equipo médico. Es, en definitiva, una superficie que esconde y revela al mismo tiempo: enfatiza una parte del cuerpo, la vuelve digna de atención, a la vez que relega, oculta y silencia otras.

La implementación de este campo posee un fundamento sanitario claro: prevenir infecciones e injerencias no deseadas que ensucien el área de trabajo. Ahora, en los terrenos de la subjetividad, ¿resulta posible o incluso beneficioso este aislamiento? ¿No nos vemos confrontados a presentaciones “ensuciadas” por elementos tanto sociales como biológicos, más narrativos y menos fasciculares? El cuerpo mismo, señaló Freud tempranamente a propósito de las parálisis histéricas a diferencia de las orgánicas, está formateado por historias y afectos.

Nuestro campo clínico trata de asir un fenómeno extenso e intenso, a veces de difícil delimitación, lo suficientemente complejo como para ser abordado por miradas y saberes terapéuticos limitados de forma estructural (lo histórico social) y contingente (particularidades de esa atención puntual). La acotada capacidad de respuesta que pueda tener un psicoterapeuta no representa un problema grave, en la medida en que pueda ser consciente de ello e implementar el manejo adecuado y la ampliación del campo clínico con otros que sí puedan, o por lo menos, con otros con quienes poder pensar de una manera más precisa y abarcativa.

Un diagnóstico suficiente.

La construcción de un diagnóstico suficiente, que no sea una mera etiqueta pero que tampoco prescinda de orientaciones generales que permitan operar, se desarrolla a partir de la configuración de un campo clínico que aloje las sutilezas de la situación que habita quien nos consulta.

En un intento de complejización de nuestros dispositivos de mirada clínica, Fiorini (1993) enumera una serie de áreas, a las que denomina niveles del diagnóstico. Entre ellos, solemos como psicoterapeutas sentirnos más cómodos con los niveles psiquiátrico, psicodinámico, y del vínculo terapéutico. Intentando brindar más densidad a la subjetividad por fuera de los fenómenos de padecimiento, describe un nivel evolutivo, otro psicosocial, de potenciales de salud, grupal, comunicacional, adaptativo y de la problemática del cuerpo.

Aún con ello, permanecen silenciadas las condiciones en las que se produce el encuentro clínico. No solamente las variables socioeconómicas, generales y personales, sino sobre todo la accesibilidad al posible tratamiento, y la disponibilidad de recursos y dispositivos para poder recibir y sostener al consultante. Estos elementos extienden la mirada por fuera de la evaluación intrasubjetivista e individualista que suele tomarnos al momento de pensar los diagnósticos, y señala la singularidad y los factores materiales y subjetivos intervinientes a partir de los cuales el efector (ya sea un profesional en consultorio privado, o una institución) se predispone a la atención.

Volvamos al eje psicodinámico. En esta arista, cabe ubicar los mecanismos de defensa prevalentes, el estilo de apego como el modo de percibir al otro y relacionarse con él, y el funcionamiento psíquico en tanto características de la elaboración de representaciones y los fenómenos de ligazón y desligazón de afectos, y las vicisitudes pulsionales. Varios autores, a la sazón Klein, Bion, Balint, Killingmo y Winnicott, describen cada uno en su lenguaje una dicotomía funcional antes que estructural entre modalidades neurotípicas y otras más primarias, básicas, en las que se juega la consistencia narcisista. Modalidad que no encaja, necesariamente, en el territorio de lo psicótico. Uno de los puntos interesantes de esta perspectiva radica en que propone una existencia no excluyente de ambos planos, sino prevalencias dinámicas y contextuales. Así, leemos en Killingmo una modificación en el procesamiento psíquico, a la cual denomina punto de giro estructural, cuando el aparato psíquico es sometido a arduas exigencias de elaboración, al borde de lo traumático.²

Hacia 1962, Winnicott presenta en la Sociedad Británica de Psicoanálisis su (hermosísimo) artículo *The aims of psycho-analytical treatment*, traducido al español como *Los designios del tratamiento psicoanalítico* o *Los fines del tratamiento psicoanalítico*. Allí brinda su perspectiva sobre la posición del analista, la función de la interpretación en la práctica, y algunos elementos para diferenciar y decidir si la situación clínica que llega a consulta amerita un análisis estándar o uno modificado. El psicoanálisis cuenta con antecedentes de largas discusiones en sus primeros y no tan primeros tiempos respecto de los criterios de analizabilidad y la selección de candidatos de analizantes (en ciertos ámbitos, aún actuales). Inicialmente, Freud había ubicado una población específica (un diagnóstico específico) como la destinataria de su flamante dispositivo: personas adultas neuróticas, que pudieran pagar el tratamiento; es decir, burguesas. En pocos años y con la colaboración de otros pensadores, estas fronteras se expandieron con la incorporación de nuevos encuadres y avances teóricos y técnicos sobre otros tipos clínicos y escenarios.

Este Winnicott de 1962 extiende el campo de acción de la práctica analítica hacia algunas presentaciones que requieren un manejo diferente al de las neurosis. Destaca las siguientes:

1) la *pregnancia del miedo a la locura* en el cuadro: es decir, situaciones en las que aparece con toda urgencia la inminencia del derrumbe del self o del desbancamiento del yo;

2) *un self falso que se ha vuelto exitoso*, una vida en la cual la sumisión a las injerencias exteriores ha ahogado las mociones personales y ha estereotipado los modos de relación, conservando una estabilidad del self en desmedro de la creatividad y la espontaneidad, con el consecuente empobrecimiento de experiencias;

3) la presencia de *una tendencia antisocial*, como reivindicación opaca y difusa por la injuria que uno ha padecido, tal como la sustracción de cuidados y bienestar por parte de otro, asimétrico, que ha des-cuidado activamente;

4) *una disociación entre el mundo exterior y el interno*, con la ausencia de una instancia intermedia que los dialectice y permita el juego de *crear lo dado*;

5) *la dominancia de una figura parental enferma*. Un enunciado sumamente intrigante. ¿Se refiere Winnicott a la figura parental objetiva, exterior, que se encuentra atravesando alguna enfermedad física o un padecimiento psíquico? ¿Se refiere al

² Para un desarrollo más amplio sobre este tópico, puede recurrirse al artículo “La falla, la falta y el vacío: estatutos clínicos en Winnicott, Balint y Killingmo” (del Olmo, 2020).

campo de las representaciones, las figuras parentales internalizadas, las imagos paterna y materna? ¿Cuál sería el índice de salud, qué sería lo enfermo en este caso: la huella de la disponibilidad afectiva? ¿Estará haciendo referencia a la cualidad facilitadora u obstaculizadora del ambiente, ya sea real o internalizado (representado, fantaseado)? ¿Un prolegómeno de lo que Green retomaría luego como el complejo de la madre muerta?

Ninguno de los elementos de esta serie representa un diagnóstico psicopatológico estructural. Sería interesante producir una estadística, al menos personal, que pueda discernir cuántas de las consultas que recibimos involucran un tipo nosográfico; cuántas, avatares de la construcción de lo que podríamos llamar posición subjetiva, personalidad, carácter, forma de vivir y hacer las cosas (sobre todo cuando la extensión de algunas categorías, como “la histérica” o “el obsesivo”, vienen a designar esta relación con el Otro, antes que cuadros de sufrimiento como los retratados por Freud); y cuántas, eventos, hitos biográficos y crisis vitales.

En Objetos transicionales y fenómenos transicionales, Winnicott brinda una definición negativa, brevíssima y contundente, del concepto de madre suficientemente buena: esta madre es la que no es demasiado persecutoria ni demasiado intrusiva. Con esa medida del *no demasiado*, casi a ojo como si remitiera a una receta de cocina basada en el conocimiento empático y experiencial, se va tejiendo el entrevero de la provisión y la frustración, ambas facilitadoras del desarrollo emocional primitivo. Con su claridad meridiana, Winnicott afirma que la adaptación perfecta se parece a la magia, volviendo al otro poco más que una alucinación para el infans. La frustración mediatizada por una falla ambiental medida contribuye al fortalecimiento del principio de realidad, e incluso al desarrollo del cuidado autónomo.

Hacer un uso suficiente del diagnóstico podría pensarse en al menos dos líneas: la primera, el diagnóstico no debería resultar una sentencia ontológica, y en tanto tal, persecutoria. En segundo término, para hacer del diagnóstico un campo clínico necesitamos complejizar la pregunta para que no pueda ser respondida solamente con un adjetivo o atributo, sino a través de una situación: una situación de la cual el terapeuta forma parte.

Resaltemos: un diagnóstico suficiente no se cierra en una definición; se abre a una escena.

La escena.

Casi como un axioma, la afirmación “el diagnóstico es en transferencia” nos aproxima al método de investigación previamente mencionado: la observación participante.

La conceptualización freudiana de la transferencia como la reedición de mociones infantiles sobre la figura del tratante, señala que esta dinámica funciona simultáneamente como motor y resistencia al tratamiento. Esta actualización, refiere Klein, atañe también a conflictos y ansiedades de los modos en los que se ha atravesado por las posiciones esquizoparanoide y depresiva. Con Winnicott, nos encontramos con que estas mociones proyectadas y estos conflictos no se refieren únicamente a la dimensión del deseo en la problemática edípica: incluyen a las necesidades del yo, a las condiciones para la funcionalidad para dicha instancia psíquica y para el asentamiento de la vivencia de ser. Las vicisitudes de la dependencia.

El territorio de la transferencia se extiende más allá de la elucidación de un pasado reprimido que se repite, al cual se desentierra con interpretaciones y construcciones. Quienes vinieron después de Freud, observaron con suma atención las sutilezas y los

detalles en el camino de la constitución subjetiva, algo que el pionero austríaco daba por logrado. Con sus contribuciones, contemplaron y abordaron procesos de subjetivación no siempre suficientes. En estas situaciones, se vuelve imprescindible que el analista incorpore algunos elementos en su caja de herramientas que involucren su presencia en los tres registros: simbólica, imaginaria y real.

A partir de esas reflexiones, la participación del analista en la escena de tratamiento ya no resulta inocua para la actualización de las problemáticas de la situación clínica que se despliegan en función del consentimiento y de la disponibilidad del analista a recibirlas y soportarlas, en la vertiente de hacer de soporte y en la de tolerarlas: es decir, para la configuración de la transferencia. Durante una conversación, un colega me dijo que la contratransferencia precede a la transferencia. Entendiendo a la primera en un sentido amplio que incluya el deseo de *estar analista*, estaría de acuerdo.

Una vieja discusión promovida por Freud tomaba como elementos del campo artístico: la vía de porre y la vía de levare como modos de intervención han conducido a un distanciamiento no exento de tinte moral, más académico que clínico, entre la práctica denominada sugestiva y la interpretativa. De acuerdo con el segundo modelo, el analista escultor – en otras ocasiones, asimilado al oficio de arqueólogo – descubre la forma subyacente bajo las capas del mármol, proponiéndose como un traductor objetivo de un saber inconsciente del paciente. En el primer caso, el analista pintor maquilla al yo, adiciona, se ofrece como fuente de saber. Esta diferencia llevó a consecuencias institucionales durante el siglo XX, confirmando una ortodoxia del corpus psicoanalítico y una discriminación de los analistas migrados hacia Estados Unidos, quienes fueron identificados como parte de una escuela que incluso perdió la referencia al psicoanálisis en su propio nombre: la Ego Psychology (Psicología del yo).

También podemos incluir una tercera opción, más contemporánea: el analista garabateador, el que recibe y atestigua la moción subjetiva y la acompaña en una construcción colaborativa de figurabilidad de aquello inconsciente a causa de represión o por no inscripción. La pretensión de objetividad y del locus de saber quedan en segundo plano, y se resalta la importancia de la producción subjetiva en ese *espacio entre* paciente y terapeuta (la superposición de zonas de juego, en palabras de Winnicott): espacio del descubrimiento y de la creación.

Referencias bibliográficas

del Olmo, J. D. (2022): La falla, la falta y el vacío: estatutos clínicos en Winnicott, Balint y Killingmo. En *La clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires, Ed. Entreideas.

del Olmo, J. D. (2025): *La clínica con Winnicott 2. La construcción del campo clínico en psicoanálisis*. Buenos Aires, Ed. Entreideas.

Fiorini, H. (1993): Diferentes niveles del diagnóstico. En *Estructuras y abordajes en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Winnicott, D. W. (1962): Los fines del tratamiento psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires, Paidós.

Winnicott, D. W. (1953): Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En *Realidad y Juego*. Barcelona, Gedisa.

ψψψψψψψψ

***Sobre el autor:**

Juan D. del Olmo. Licenciado en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Especialista en Psicología Clínica (Ministerio de Salud – República Argentina). Diplomado en Clínica Psicoanalítica Contemporánea (Universidad Abierta Interamericana). Psicólogo de planta de la Sala de Internación de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Autor de los libros *La clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo* (2022), y *La clínica con Winnicott 2. La construcción del campo clínico en psicoanálisis* (2025), ambos por Editorial Entreideas.