

El encuadre clínico como matriz hermenéutica: epistemologías del silencio y justicia interpretativa en psiquiatría

The Clinical Frame as Hermeneutic Matrix: Epistemologies of Silence and
Interpretive Justice in Psychiatry

MANUEL RODRÍGUEZ REDOLAT

Psiquiatra. Consulta particular, Valencia, España.
ORCID iD: 0009-0001-0620-8764

Correspondencia: manuelrhm@gmail.com

Recibido: 12/07/2025; aceptado: 12/11/2025

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Este artículo examina el encuadre clínico psiquiátrico como una tecnología simbólica que no solo acoge el sufrimiento, sino que lo configura. A partir del concepto de injusticia hermenéutica de Miranda Fricker, se propone una lectura crítica de los dispositivos y las lógicas institucionales de atención en salud mental, considerando su papel en la producción de silencios y ruidos epistémicos. Se analiza cómo las condiciones temporales, diagnósticas y farmacológicas, a través del hábito, modelan lo decible, lo visible y lo pensable en el espacio clínico. Frente a esta lógica de exclusión fenomenológica, se exploran alternativas basadas en la hospitalidad interpretativa y la expansión del decir.

Finalmente, se propone una ética del encuadre clínico que permita pensar la práctica terapéutica como lugar de restitución del sentido y del sujeto.

Palabras clave: hermenéutica, epistemología, salud mental, injusticia epistémica, encuadre clínico, fenomenología, ética médica.

Abstract: This article examines the psychiatric clinical setting as a symbolic technology that not only accommodates suffering but also configures it. Drawing on Miranda Fricker's concept of hermeneutical injustice, it offers a critical reading of institutional practices and logics in mental health care, highlighting their role in generating epistemic silences and noises. It analyzes how temporal, diagnostic, and pharmacological conditions shape, through habit, what can be said, seen, and thought in clinical spaces. Against this logic of phenomenological exclusion, alternatives based on interpretive hospitality and the expansion of expressibility are explored. Finally, an ethics of the clinical setting is proposed, conceiving therapeutic practice as a site for the restoration of meaning and subjectivity.

Key words: hermeneutics, epistemology, mental health, epistemic injustice, clinical frame, phenomenology, medical ethics.

INTRODUCCIÓN

EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO NO SE PRESENTA EN ESTADO BRUTO, como si pudiera acceder al discurso clínico que lo intenta alojar por su propia inercia expresiva. Antes bien, su posibilidad de aparecer —de ser formulado, escuchado, reconocido— depende estrechamente del marco en que se inscribe. Esta constatación, que puede parecer abstracta en el plano teórico, emerge con claridad en la práctica clínica cotidiana. A lo largo de mi formación y trabajo como psiquiatra y terapeuta, he observado de forma persistente cómo las coordenadas institucionales del cuidado —el tiempo disponible, la frecuencia de los encuentros, el lenguaje autorizado para nombrar lo que ocurre, etc.— moldean de manera decisiva la fenomenología del padecer. Cada encuadre asistencial delimita un régimen específico de aparición subjetiva; produce, en cierto modo, un cuerpo adaptado al campo de visibilidad que la institución habilita.

En el contexto de la psiquiatría institucionalmente organizada en nuestro medio, esta co-producción fenomenológica del síntoma se ve particularmente acentuada y empeorada por dos factores generales: la rigidez temporal de los dispositivos de atención y una racionalidad diagnóstica implícita, raramente tematizada, que filtra el malestar según su traducibilidad operativa y su valor funcional. Pacientes que son vistos al ritmo de asunciones teóricas e institucionales tácitas desarrollan formas de

ritualización del encuentro, en las que su subjetividad se recorta a la medida de esa cadencia. La vivencia se condensa en puntos narrativos que anticipan la mirada del profesional; se conforma un relato del malestar que resulta manejable dentro del espacio-tiempo clínico disponible. La economía del sufrimiento se adecua así al modo en que el colectivo asistencial está preparado para acogerlo, con el riesgo de que todo aquello que no encaje en los esquemas preexistentes quede excluido del campo de lo visible o lo decible.

Este fenómeno se volvió particularmente claro al comenzar a trabajar con pacientes fuera del sistema institucional organizado y centralizado, en contextos más flexibles y personalizados. Lo que allí emergía —en términos de discurso, temporalidad, configuración emocional y sintomática— escapaba con frecuencia a las categorías prácticas previamente manejadas. La fenomenología del sufrimiento, liberada de ciertos marcos restrictivos, se volvía más rica, más dinámica, más resistente a la estabilización conceptual. Esta experiencia me llevó a interrogar de forma más radical el modo en que los marcos institucionales de atención no solo median la recepción del sufrimiento, sino que participan activamente en lo que podríamos denominar su producción hermenéutica.

En este artículo propongo pensar esta dimensión institucional del sentido clínico desde una doble clave: por un lado, como espacio de aparición o de ocultamiento del sufrimiento; por otro, como campo de producción o de clausura del lenguaje con el que ese sufrimiento puede ser nombrado. Para ello, resulta crucial diferenciar cuidadosamente dos conceptos que pueden llegar a ser confundidos o solapados en la literatura contemporánea y que nombro como: laguna hermenéutica y opacidad constitutiva. Mientras la primera remite a una carencia histórica y colectiva de recursos para hacer inteligibles ciertas experiencias —y, por tanto, a una forma de injusticia epistémica estructural que puede, al menos en principio, ser transformada—, la segunda alude a un límite ontológico o estructural de la inteligibilidad, que hace referencia a aquello que resiste por principio toda traducción conceptual o verbal.

La confusión entre ambas categorías no es trivial: cuando se sobredimensiona la opacidad constitutiva como horizonte insalvable del sentido, se corre el riesgo de naturalizar el silencio, de asumir como inefable lo que es en realidad históricamente no dicho, de convertir en imposibilidad lo que es más bien producto de una exclusión estructural. Al clarificar esta diferencia, propongo situar el foco en las ramificaciones clínicas, políticas y epistemológicas de las lagunas hermenéuticas, entendidas como zonas de no-decir no por esencia, sino por historia. El objetivo no será eliminar la opacidad —que, en algunos casos, como veremos, debe ser conservada como parte de la ética de la escucha—, sino desplegar una topología crítica de los márgenes del sentido en la clínica psiquiátrica contemporánea.

Esta crítica del encuadre no implica una desautorización del espacio institucional como tal, sino más bien una reivindicación de su necesaria transformación. Como grupoanalista, entiendo que la salud mental individual es inseparable de la salud de las instituciones en las que se produce, y que la falta de reflexión activa sobre las condiciones institucionales del cuidado constituye una de las asignaturas pendientes más graves de la asistencia en nuestro entorno, especialmente en el campo psiquiátrico.

Conjugando elementos de la fenomenología, la epistemología crítica y la experiencia clínica situada, el presente trabajo se organiza del siguiente modo: en la primera sección se abordarán los fundamentos teóricos de la distinción entre laguna y opacidad; en la segunda se examinarán las condiciones institucionales de producción del sentido clínico, con especial énfasis en la psiquiatría tal como se organiza actualmente; en la tercera se discutirán las implicaciones epistémicas y ético-políticas de este análisis, abriendo hacia una propuesta de ética del encuadre clínico. Finalmente, en las conclusiones se sintetizarán los hallazgos y se esbozarán líneas de trabajo futuro, orientadas a pensar cómo la clínica puede convertirse en un espacio de expansión hermenéutica más que de reducción del vivir.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: INTELIGIBILIDAD, SILENCIO Y EXPERIENCIA

a) El concepto de laguna hermenéutica

La noción de *laguna hermenéutica*, tal como la formulamos aquí, remite a una forma específica de ininteligibilidad experiencial que se deriva de lo que Miranda Fricker ha conceptualizado como *injusticia hermenéutica* en su libro *Injusticia epistémica* (1). Este tipo de injusticia epistémica afecta a sujetos o colectivos cuando carecen de los recursos conceptuales, simbólicos o lingüísticos necesarios para interpretar adecuadamente aspectos significativos de su experiencia. A diferencia de la injusticia testimonial —que se manifiesta cuando un hablante es desacreditado o deslegitimado debido a prejuicios estructurales—, la injusticia hermenéutica opera en el plano pre-discursivo o infra-teórico, impidiendo que ciertas vivencias puedan siquiera articularse con inteligibilidad pública. La laguna hermenéutica nombra, así, su consecuencia fenomenológica más evidente: la vivencia del no-saber decir, del no encontrar lugar en el lenguaje compartido.

Lo crucial de esta noción no es solo que señala una carencia, sino que ubica dicha carencia en el nivel estructural de la distribución social del conocimiento interpretativo. La laguna hermenéutica no es un fallo individual, sino un déficit colectivo en el imaginario epistémico compartido. Su origen es histórico y su reproducción, institucional: afecta particularmente a grupos marginalizados que han sido sistemá-

ticamente excluidos de la construcción de los marcos interpretativos dominantes. Ejemplos paradigmáticos son los casos de mujeres que, antes de la formulación del término “acoso sexual”, no disponían de un marco conceptual para comprender ni denunciar ciertas formas de violencia; o personas trans cuyas experiencias no encontraban inscripción legítima en las categorías de la medicina o el derecho.

Sin embargo, como ha sido señalado por autores como José Medina (2) y Gaile Pohlhaus Jr. (3), la formulación original de Fricker —aunque decisiva— puede pecar de una cierta sobriedad en su carga crítica. Al centrarse en el ideal de “virtudes epistémicas” y en la figura del oyente benevolente, su propuesta deja relativamente intacta la dimensión conflictiva, política y afectiva del proceso de transformación hermenéutica. Frente a esta versión más normativista, Medina propone pensar las injusticias hermenéuticas como zonas de lucha interpretativa, donde la experiencia subalterna se articula no solo desde la carencia, sino desde la resistencia creativa. Introduce así una epistemología polifónica, en la que las formas de injusticia no se superan únicamente apelando únicamente a sujetos más virtuosos, se tiene que pasar necesariamente por contextos pluralistas, desobedientes y sensibles a la disonancia cognitiva.

Desde esta perspectiva, las lagunas hermenéuticas no son simplemente ausencias o vacíos en el saber compartido, son también efectos activos de exclusión semiótica, inscritos en los hábitos institucionales, en la formación profesional, en los protocolos diagnósticos, en las gramáticas afectivas del trato clínico. Lo que aparece como no-decir —o como silencio— es muchas veces el resultado de una inhibición colectiva de los mecanismos de producción simbólica, que limita qué puede ser dicho, cómo, cuándo y con qué consecuencias.

Esta lectura permite a su vez ampliar el concepto hacia contextos donde la laguna no responde necesariamente a una minoría identitaria específica, sino a situaciones epistemológicamente nuevas o inasimilables por los marcos vigentes. En el ámbito clínico, por ejemplo, encontramos formas de sufrimiento que no tienen representación adecuada en los sistemas de codificación diagnóstica, o vivencias que emergen en el vínculo terapéutico, pero no disponen de herramientas culturales para su elaboración. Estas experiencias no son “indecibles” por naturaleza, lo son por historia: están transitoriamente excluidas de la inteligibilidad colectiva, y su enunciación requiere de condiciones institucionales, afectivas y discursivas que raramente se dan de forma espontánea.

Desde esta óptica, el trabajo clínico puede entenderse como una práctica hermenéutica situada, que no solo escucha lo que se dice, sino que contribuye —o bien impide— que algo pueda llegar a decirse en primer lugar. La posición del profesional en este punto es estructuralmente ambigua: puede operar como agente de clausura o como facilitador de aperturas discursivas. Esta ambigüedad define una ética epistémica del cuidado, inseparable de una política del encuadre.

En suma, la categoría de *laguna hermenéutica*, cuando es pensada desde una clave crítica y situada, permite articular múltiples niveles de análisis e intervención. Por un lado, habilita una crítica directa a los dispositivos de reducción epistémica del sufrimiento, como ocurre con los sistemas diagnósticos rígidos que normalizan el recorte del discurso clínico. Por otro, abre la posibilidad de ampliar los marcos institucionales y conceptuales de escucha, favoreciendo una comprensión más plural y dinámica de las formas en que se expresa el malestar. Y, en último término, plantea una interrogación radical sobre el propio lenguaje como espacio de posibilidad: cómo se vuelve —o deja de volverse— habitable para quienes sufren.

En el próximo apartado abordaremos la noción de *opacidad constitutiva*, diferenciándola de estas lagunas históricas y situadas, para evitar el riesgo de *sobre-ontologizar* el silencio y, con ello, de renunciar a su transformación.

b) La noción de opacidad constitutiva

Frente a la categoría de laguna hermenéutica, cuya genealogía crítica remite a exclusiones históricas y transformaciones posibles en los marcos compartidos de inteligibilidad, la noción de *opacidad constitutiva* alude a un orden de inteligibilidad de otra naturaleza: uno que no resulta de una carencia epistémica corregible, sino que señala un límite inherente al proceso mismo de comprensión, al acceso del lenguaje al mundo o del sujeto a sí mismo. Este tipo de opacidad no es circunstancial ni histórica, sino estructural, ontológica, incluso ética en ciertos desarrollos contemporáneos.

Una de las fuentes más influyentes de esta idea se encuentra en las filosofías del lenguaje y de la alteridad que, desde mediados del siglo xx, insisten en el carácter no totalizable de la experiencia. En la obra tardía de Ludwig Wittgenstein (4), especialmente en sus *Investigaciones filosóficas*, se plantea que el sentido no está fijado de una vez por todas, y que el lenguaje opera siempre desde el interior de prácticas sociales que no pueden tematizarse completamente sin ser transformadas en el proceso. Esta apertura estructural del significado ha sido retomada y amplificada por corrientes como la fenomenología existencial (5,6), el psicoanálisis (7), los feminismos de la voz (8) o las epistemologías decoloniales (9), donde se hace evidente que todo decir remite también a un no-decir constitutivo, no reductible a simple ignorancia ni a silencio forzado.

En estos marcos, el sujeto aparece como constitutivamente fracturado, no totalmente accesible a sí mismo ni a los otros, marcado por una zona de sombra que no puede ser tematizada sin ser distorsionada. Esta opacidad no remite simplemente a una falta de palabras, sino a aquello que desborda incluso el lenguaje disponible: una tensión originaria entre lo vivido y lo representado. En la clínica, esta forma de

opacidad se manifiesta en experiencias que parecen resistir toda simbolización sin agotarse en ella: un sufrimiento que se repite sin narración posible, un silencio que no se puede traducir sin violencia, una afectación que parece no encontrar lugar en ningún encuadre. No obstante, a veces —como en ciertos duelos no normativos, en vivencias psicóticas sin crisis o en malestares de género que no se alinean con los lenguajes binarios— lo que se percibe como “inexpresable” puede ser el efecto, no de una opacidad estructural, sino de una falta histórica de acogida semiótica.

Aquí se vuelve fundamental distinguir entre lo estructuralmente opaco y lo históricamente ininteligible. Confundir ambos planos puede tener consecuencias graves: cuando se absolutiza la opacidad como condición insalvable del sentido, se corre el riesgo de naturalizar la exclusión epistémica, de suponer que ciertas experiencias son “indecibles por naturaleza” en lugar de preguntarse qué condiciones han impedido que se digan hasta ahora. En el marco de la clínica psiquiátrica, no toda zona de no-decir debe leerse como una opacidad constitutiva. En muchos casos, lo que aparece como silencio o como desorganización del discurso es, en realidad, el efecto de una violencia clasificatoria, de una historia de desautorización epistémica, o de una imposibilidad institucional para acoger lo que emerge.

Reconocer esta diferencia no implica negar la existencia de un resto estructural, de un punto de inasibilidad radical en la experiencia. Pero sí exige una sensibilidad hermenéutica para discernir cuándo estamos ante una opacidad no reducible, y cuándo, más bien, nos enfrentamos a una laguna hermenéutica que aún no ha sido trabajada colectivamente. Esta distinción, difícil pero imprescindible, define una ética clínica del decir y del no-decir que no absolutiza el silencio, pero tampoco lo fuerza a ser palabra.

En síntesis, la noción de *opacidad constitutiva* solo cumple su función filosófica si no se convierte en coartada para la inercia interpretativa. Solo cuando se diferencia claramente de las lagunas hermenéuticas puede recordarnos su verdad más fecunda: que toda inteligibilidad es finita, que toda escucha es parcial, y que hay una dignidad propia en aquello que, aun rodeado de palabras, no se deja reducir a ninguna de manera inmediata y definitiva.

c) Una topología del sentido hermenéutico

La distinción entre *laguna hermenéutica* y *opacidad constitutiva*, lejos de ser una cuestión terminológica o clasificatoria, obliga a pensar en términos más complejos las estructuras del sentido en las que se inscribe —o queda excluida— la experiencia subjetiva. Lo que está en juego es qué puede decirse y qué condiciones permiten que algo pueda empezar a tomar forma de decir, aunque sea todavía en balbuceo, en exceso o en borde.

Proponemos aquí, en desarrollo, una topología dinámica del sentido hermenéutico que permita pensar la clínica —y por extensión toda relación interpretativa— como un campo donde coexisten tres zonas fundamentales:

- La *zona de inteligibilidad establecida*, donde los marcos colectivos permiten reconocer, nombrar y elaborar ciertas experiencias con relativa fluidez.
- El *umbral de laguna hermenéutica*, donde el decir se torna frágil, discontinuo, aún no compartido, pero potencialmente transformable por acción colectiva, por modificación del encuadre, por invención discursiva o institucional.
- El *núcleo de opacidad constitutiva*, donde el sentido no se deja capturar, ni siquiera en los marcos más flexibles, por exceder estructuralmente las condiciones de tematización —aunque pueda, en ciertos casos, ser aludido, bordeado, tocado.

Esta topología no debe entenderse como una división espacial rígida, sino como una disposición tensional en constante reconfiguración. La inteligibilidad no es un territorio fijo y discontinuo; lo que hoy es zona ciega puede, bajo ciertas condiciones, convertirse en sentido compartido. A su vez, lo que se presenta como opaco puede, en retrospectiva histórica, revelarse como el producto de una laguna no trabajada.

Este modelo implica concebir la hermenéutica clínica desbordando la mera interpretación de lo ya dicho, resituarla como una praxis transformadora que afecta las propias condiciones de posibilidad del decir. Aquí se inserta de forma crucial la noción —que venimos desarrollando en otros trabajos inéditos— de *iteración diferencial*: un modo de repetición no idéntica en la que el sentido se transforma por acumulación desplazada, por retorno con variación, por fricción con lo inasimilable.

La iteración diferencial no clausura la laguna, ni la rellena con un concepto nuevo, ni sustituye su vacío por una metáfora totalizadora. En cambio, la recorre en espiral, desplazando sus bordes, ampliando sus márgenes de decibilidad, y abriendo un espacio para lo que podríamos llamar inteligibilidad por adyacencia: formas de sentido que no nombran directamente, pero que permiten, poco a poco, habitar el silencio sin fetichizarlo.

En este sentido, la escucha clínica puede pensarse como una forma de topología situada del sentido: no como quien se ubica ante un mapa ya trazado, sino como quien acompaña el trazado mismo de los caminos del decir, sin forzarlos, pero sin renunciar a su apertura. La clínica deja entonces de ser el lugar donde se encajan vivencias en categorías preexistentes, y se convierte en el espacio donde las condiciones de inteligibilidad pueden ser transformadas en el mismo acto de escucha.

Esta perspectiva tendrá, como veremos en la siguiente sección, consecuencias directas sobre la forma en que concebimos los dispositivos psiquiátricos, el diagnós-

tico, el encuadre y la función epistémica del profesional. Lo que está en juego no es solo una epistemología del síntoma, sino una ética de los márgenes del lenguaje, donde se decide si lo inaudito será silenciado, patologizado o sostenido en su potencia por una escucha que no tema perder el suelo bajo sus pies.

LA CLÍNICA COMO CAMPO DE PRODUCCIÓN HERMENÉUTICA

a) El marco psiquiátrico como forma de aparición del sufrimiento

Si, como ya hemos introducido, asumimos que el sufrimiento psíquico no se expresa en estado puro, si aceptamos la condición epistémica de que en toda circunstancia se configura en función de los marcos que lo acogen, entonces es necesario interrogar críticamente las condiciones institucionales que definen dichos marcos. La clínica no es un espacio neutro donde el sujeto se presenta “tal como es”. El espacio de manifestación clínica se da en un dispositivo que selecciona, organiza y filtra lo que puede ser dicho, lo que puede ser escuchado, lo que puede ser reconocido como expresión válida del malestar. En este sentido, la clínica opera como una matriz hermenéutica institucional, capaz tanto de habilitar como de clausurar sentidos (10).

En el contexto de la psiquiatría institucionalmente organizada, tal y como se da en nuestro medio, esta dimensión configuradora del marco clínico adquiere una particular densidad. La distribución de los tiempos de atención (consultas de escasa duración, espaciadas en exceso o sin un ritmo procesualmente definido), la rigidez de los protocolos diagnósticos, la difusa concepción de las propuestas terapéuticas y la presión estructural hacia la estandarización generan un dispositivo que responde al sufrimiento a la vez que lo produce bajo ciertas condiciones de forma y ritmo. El sufrimiento que se “presenta” en consulta no es el que hay en algún tipo de idealidad, sino el que puede mostrarse en los márgenes temporales y categoriales establecidos (11).

En estos márgenes de aparición, se observa con frecuencia un fenómeno de ritualización de la interacción clínica en el que el paciente aprende a condensar su experiencia en unidades narrativas previsibles, adecuadas al código profesional y al tiempo asignado. Esta economía del relato no es inocente: recorta la vivencia a lo que puede ser recibido, desplaza o silencia lo que excede los esquemas de inteligibilidad del dispositivo y promueve formas de subjetividad que son efectos colaterales del encuadre institucional. La psiquiatría, así entendida, desborda la cuestión básica de ser un lugar donde se trata el sufrimiento, deviniendo así en un régimen que modela cómo ese sufrimiento puede —o no puede— aparecer (12).

Este ajuste fenomenológico al encuadre disponible se hace aún más evidente en pacientes que son atendidos de forma muy parcheada y espaciada en el tiempo: su discurso clínico tiende a comprimirse y estereotiparse, a priorizar lo que puede

traducirse en indicadores funcionales, a silenciar los aspectos no codificables de su experiencia. La subjetividad misma se vuelve intermitente, marcada por la cadencia del dispositivo. Lo que no entra en ese ritmo tiende a desdibujarse, a no ser dicho, o a adquirir la forma de “síntoma sin contexto”, fácilmente categorizable pero epistémicamente empobrecido (13).

Frente a esta lógica de condensación y ajuste, la experiencia clínica en marcos más flexibles —como la práctica en dispositivos asistenciales que incorporan un modelo de escucha clínica orientado a la elaboración subjetiva o en dispositivos grupales no normativizados— permite observar una expansión fenomenológica del sufrimiento: aparecen matices afectivos, ambigüedades narrativas, zonas de experiencia que no buscan ser resueltas, rangos vivenciales que solicitan acogida (14). Se rompe la economía del síntoma como unidad intercambiable, y se abre un espacio para la ambivalencia, la desfiguración productiva, el decir sin nombre.

Desde esta perspectiva, el encuadre clínico como condición externa de la relación terapéutica se extiende internamente hacia una tecnología hermenéutica que configura el campo de lo posible (15). Cada institución clínica —desde un hospital general a una red de atención comunitaria— produce un determinado régimen de aparición subjetiva, con sus formas de legitimación, sus modos de silencio, sus herramientas de clasificación y sus ritmos de escucha (16). Esta dimensión productiva del encuadre no puede ser desatendida si se desea una clínica éticamente orientada a la ampliación de los márgenes del sentido.

En los términos propuestos en las secciones anteriores, podríamos decir que muchos dispositivos psiquiátricos actuales no solo no reconocen las lagunas hermenéuticas, sino que las producen activamente, al restringir las condiciones de emergencia de formas alternativas de experiencia. Y lo hacen, a menudo, en nombre de la eficiencia, la evidencia y la objetividad, o a veces por el mero automatismo profesional y de gremio, como si el sufrimiento pudiera ser recogido sin transformación por la mirada diagnóstica y práctica (17).

El profesional clínico se encuentra entonces ante un dilema ético-epistémico: ¿proteger el encuadre institucional o cuidar el decir? ¿Ser operador de estabilización categorial o facilitador de trayectos hermenéuticos inestables pero vivos? Lejos de ser una cuestión anecdótica o de estilo personal, esta elección remite a la estructura misma del vínculo clínico y a su potencia para abrir o cerrar mundos (18).

b) Estandarización, inercias y silenciamiento experiencial

En la mayoría de los dispositivos psiquiátricos institucionales, la organización del cuidado se apoya en una lógica de clasificación y estandarización, normalmente implícita, a veces renegada, que de manera solapada estructura el acceso a los recur-

sos y moldea activamente los modos de aparición del sufrimiento psíquico (19). Esta lógica opera mediante una serie de herramientas técnicas —manuales diagnósticos, escalas de evaluación, protocolos terapéuticos, manierismos en la praxis y en su transmisión generacional— que, lejos de ser neutrales, actúan como matrices semióticas: configuran qué puede ser reconocido como experiencia legítima, qué debe ser intervenido y de qué manera (20).

El diagnóstico, en este contexto, no es simplemente una herramienta clínica, sino un operador de inteligibilidad institucional. Su función no se limita a describir un estado, produce un marco de sentido cerrado sobre la experiencia que nombra (21). Esta clausura diagnóstica actúa como una suerte de “coagulante hermenéutico”: fija el flujo narrativo del paciente en una categoría previamente disponible, organizando el malestar en torno a un conjunto de síntomas codificados. Lo que no entra en esa codificación —lo ambiguo, lo contradictorio, lo no funcional, lo no ajustable— tiende a ser descartado como irrelevante, secundario o “poco clínico” (22).

Esta dinámica se ve reforzada por las estructuras temporales de la asistencia, que raramente son tematizadas, pero que funcionan como saberes tácitos que orientan la práctica (23). La frecuencia con la que un paciente es citado no responde solamente a criterios clínicos explícitos, sino que reproduce una teoría implícita del sujeto y del tratamiento. Si el paciente atraviesa un episodio agudo, se permite una intensificación del contacto; si el cuadro “se enfría”, se asume que puede ser espaciado, como si la estabilización formal del relato implicara una resolución profunda de la vivencia.

Esta crono-política de la atención —organizada en torno a intervalos mensuales, trimestrales o semestrales— termina generando una subjetividad intermitente, ajustada a los ritmos del dispositivo (24). El paciente aprende, a menudo sin saberlo, a condensar su discurso en los tiempos disponibles, a construir una narrativa legible para el profesional, a omitir lo que no cabe. Su subjetividad acaba “deseando” ser aceptada por el espejo que el vínculo le ofrece. A su vez, el profesional, inmerso en el automatismo institucional, pierde sensibilidad hacia lo que no se muestra como síntoma funcionalmente interpretable, y reduce su curiosidad conforme disminuye la urgencia clínica (25).

Esta dinámica se repite también en la prescripción farmacológica, que funciona muchas veces como acto de clausura temprana. El fármaco se prescribe con frecuencia en los primeros minutos del encuentro, en la mente del psiquiatra, anticipando un relato que aún no ha sido desplegado (26). En lugar de ser objeto de trabajo, exploración y simbolización compartida, metáfora anticipada de un vínculo a elaborar y construir, el medicamento se convierte en un dispositivo de taponamiento del decir, operando como un cierre antes de que la palabra pueda abrir sus pliegues. Lejos de ser un elemento neutral o facilitador, un objeto potencialmente bueno al

servicio de una relación transformadora, el psicofármaco se convierte así en una tecnología de simplificación de la experiencia, no por su acción farmacodinámica, sino por el modo en que es integrado en la lógica del encuadre asistencial (27).

Lo más inquietante de este sistema dinámico no es su carácter autoritario, sino su funcionamiento por inercia profesional inconsciente. La mayoría de los profesionales no elegimos deliberadamente silenciar al paciente ni comprimir su experiencia, sino que repetimos esquemas institucionales interiorizados (28). La eficacia de estos dispositivos depende precisamente de su capacidad para actuar sin conflicto subjetivo aparente, alineando los gestos del clínico con las lógicas del sistema sin necesidad de prescripción externa. En este sentido, las lagunas hermenéuticas que se generan no son simples vacíos, sino efectos de una práctica cotidiana automatizada, en la que el profesional se convierte —incluso en contra de su deseo explícito— en operador parcial del silencio institucional.

Frente a este panorama, pensar una clínica hermenéutica no consiste en desecher el diagnóstico ni el medicamento, sino en reconfigurar su lugar en el proceso clínico: pasar de herramientas de cierre a elementos inscritos en una secuencia de apertura y exploración compartida. Esto exige una transformación profunda del encuadre, pero también de la actitud epistémica del profesional, que deberá aprender a reconocer en su propia práctica las formas inadvertidas de complicidad con la exclusión del sentido (29).

c) Encuadres alternativos y expansión fenomenológica

Cuando el encuadre clínico se flexibiliza —en su temporalidad, en su gramática interpretativa, en su relación con la autoridad del saber— comienza a observarse una transformación sutil pero profunda en la fenomenología del sufrimiento que se presenta. Las formas de experiencia que antes aparecían comprimidas, estabilizadas o directamente silenciadas empiezan a desplegarse en toda su complejidad, ambigüedad y resistencia a la codificación. No se trata simplemente de obtener “más información”, se asiste a un cambio en la propia lógica de aparición del malestar (30).

Esta expansión no ocurre por acumulación cuantitativa de tiempo, sino por modificación cualitativa de las condiciones del encuentro (31). Los dispositivos asistenciales orientados psicoterapéuticamente —ya sea en contextos individuales, grupales o interdisciplinares— tienden a suspender, al menos parcialmente, las economías de cierre que rigen en otros espacios. Se abre así un espacio clínico no tan normado por el rendimiento diagnóstico, donde el discurso del paciente no necesita validarse desde un código previo, y donde el silencio no se interpreta de inmediato como signo de algo que falta, sino como zona aún no dicha, no formada, no forzada (32).

En estos contextos, se hace posible acompañar formas del decir que no buscan aún traducción. Las palabras pueden tambalearse, repetirse, desviarse, sin necesidad de concluir. El profesional no se coloca en la posición de quien capta el significado oculto de un síntoma, intenta hacer pie, casi en estado de ensoñación compartida, en la de quien sostiene las condiciones de posibilidad de una elaboración aún no sabida (33). Esto permite que formas latentes de subjetividad se activen y se articulen progresivamente a través de lo que hemos llamado iteración diferencial: una repetición no idéntica, donde el decir se transforma por acumulación desplazada, sin clausura anticipada.

El ritmo de los encuentros, más ajustado al tiempo vivido que al calendario asistencial, permite una reapertura de la curiosidad clínica, que ya no está subordinada al criterio de urgencia ni a la eficacia sintomática. La escucha se desacopla de la lógica de intervención inmediata, y se afina hacia una ética del acompañamiento sin saber previo. En este marco, incluso el diagnóstico y el tratamiento farmacológico —cuando se hacen necesarios— pueden inscribirse de otro modo: no como gestos de cierre, sino como intervenciones dialógicas, moduladas por el deseo de entender lo que está en juego para ese sujeto en ese momento (34).

Lo que se transforma, entonces, no es solo el discurso del paciente, también la posición epistémica del profesional hace un viraje: del intérprete al interlocutor, del experto al testigo implicado. Esta posición no es más “débil”, sino más expuesta, más atenta a los matices, más capaz de habitar zonas de ambigüedad sin apresurarse a normalizarlas (35).

La expansión fenomenológica del sufrimiento no implica una proliferación desbordada del discurso, sino una restitución de su densidad: aparecen afectos antes no tematizables, recuerdos que no se organizan narrativamente, pero insisten, pensamientos sueltos que no responden a una demanda explícita (36). Este tipo de material clínico no encaja fácilmente en ninguna categoría, pero es allí donde se encuentra muchas veces lo más vivo del proceso. No por su valor oculto, sino porque allí el decir aún no ha sido domesticado por la demanda de ser comprendido a toda costa.

Estos espacios de aparición ampliada son frágiles y reversibles. No basta con declarar una orientación psicoterapéutica para sostenerlos. Requieren una vigilancia constante del encuadre, de la propia salud de la institución, una apertura ética a la demora, una disposición a suspender las certezas profesionales (37). Pero en ellos se encuentra una posibilidad concreta de intervenir sobre las condiciones de producción de sentido y, por tanto, sobre el modo mismo en que el sufrimiento se da a ver, se piensa y se transforma.

a) Redefinir la injusticia hermenéutica en clave clínica

El recorrido realizado hasta aquí permite proponer una redefinición de la injusticia hermenéutica que desborda su formulación inicial en el campo de la epistemología social. En el contexto clínico, y particularmente en el dispositivo psiquiátrico, la injusticia hermenéutica no se limita a la ausencia de recursos conceptuales para nombrar una experiencia, sino que se manifiesta como una producción activa de formas de ininteligibilidad inducida. El problema no radica únicamente en que ciertas voces no hayan sido incluidas en la construcción del marco interpretativo dominante, sino en que el propio dispositivo clínico opera cotidianamente como productor de lagunas hermenéuticas, mediante prácticas de inercia, clasificación, intelección, gestión temporal y clausura farmacológica.

Desde esta perspectiva, la injusticia hermenéutica ya no puede ser entendida como un simple déficit epistémico corregible mediante la inclusión de más voces o más categorías (1-3). Se trata, más radicalmente, de una forma de exclusión estructural del sentido que opera a través de los automatismos del dispositivo asistencial y de su organización institucional. El diagnóstico precoz, la prescripción anticipada, la regulación rígida del tiempo, el silenciamiento de discursos no funcionales: todo ello constituye un entramado de prácticas que no solo dejan fuera ciertas experiencias, sino que configuran qué puede aparecer como experiencia y qué no (38).

En este sentido, la injusticia hermenéutica debe ser pensada como una forma específica de violencia epistémica clínica, que no se ejerce mediante la deslegitimación explícita del paciente, sino mediante la preconfiguración de las condiciones de aparición de su discurso (39). Esta violencia no se percibe fácilmente, ni siquiera por el profesional que la ejerce, porque actúa desde lo habitual, desde lo protocolizado, desde lo que “se espera” de una entrevista, de un caso, de una historia clínica. Su eficacia reside precisamente en su invisibilidad: en que el sufrimiento no dicho ni siquiera aparece como silenciado, sino como ausente, irrelevante o “inexistente”.

Este enfoque permite también reconceptualizar el acto clínico como lugar de lucha epistémica, donde no solo se trata de aliviar síntomas o restablecer funciones, donde se procura intervenir sobre los marcos mismos de inteligibilidad que determinan qué puede decirse, cómo y con qué consecuencias (40). La escucha clínica se convierte así en una práctica política en sentido fuerte: no porque milite, más bien porque opera sobre las condiciones de aparición del sujeto. Escuchar, en este contexto, pasa por habilitar el espacio intensivo, pero también concreto, donde algo

aún no dicho pueda empezar a decirse sin ser inmediatamente subsumido en una categoría o saber previos.

Frente a esta concepción, el profesional no puede situarse como neutral ni externo. Es parte del dispositivo, y su presencia configura el campo de aparición tanto como los protocolos o los manuales. Esto no implica una culpabilización individual, sino el reconocimiento de una responsabilidad hermenéutica estructural: lo que está en juego prolonga la modalidad de cómo responde a lo que se escucha en un sostener las condiciones necesarias para que algo pueda aún no estar dicho del todo. Esta actitud exige una disposición ética específica: no llenar las lagunas de inmediato, no forzar la aparición de sentido, no diagnosticar por ansiedad del saber, no intervenir por inercia (41).

En este marco, la injusticia hermenéutica se redefine no como ausencia de lenguaje, sino como organización institucional del no-decir (42). Su superación no se logra solo ampliando categorías o corrigiendo prejuicios, sino transformando las condiciones clínicas de aparición del sujeto. Esto requiere una ética de la demora, una política de la escucha y una epistemología de la no-clausura. Requiere, en definitiva, una clínica capaz de operar en los bordes del lenguaje, sin colonizarlos, y de habitar con el otro las zonas aún no formadas del decir, allí donde lo clínico se vuelve también acto de hospitalidad simbólica (43).

b) Hacia una ética del encuadre clínico

Si aceptamos que el encuadre clínico no es un simple soporte técnico de la relación terapéutica, que en su establecerse y perpetuarse se conforma como una estructura activa de producción hermenéutica, entonces no puede seguir siendo pensado como un elemento secundario o accesorio de la praxis *psí*. El encuadre configura el tiempo, el espacio, el ritmo, la lógica de intervención y el tipo de discurso que puede aparecer; define, en última instancia, qué modos de subjetividad pueden emerger y cuáles quedarán reprimidos, desplazados o silenciados desde el inicio.

En este sentido, pensar una ética del encuadre clínico implica desplazar el foco desde la ética del contenido (qué se hace o se dice en sesión) hacia la *ética de las condiciones de posibilidad del decir*. Se trata de interrogar no solo cómo se interpreta lo que el paciente trae, sino qué está habilitado o inhibido por el propio dispositivo antes de que algo se diga. Esto exige una revisión profunda de los principios que rigen la práctica, así como una atención meticulosa a las dinámicas institucionales, temporales y afectivas que estructuran la escena clínica.

Proponemos aquí, de forma tentativa y provisional, algunos *principios orientadores* para una ética del encuadre clínico hermenéuticamente responsable:

- *Plasticidad temporal*: sustituir la rigidez de las frecuencias institucionales por un ritmo clínico sensible al devenir del vínculo, capaz de intensificarse o espaciarse según el momento subjetivo, y no solo en función del grado de disfuncionalidad o riesgo (44).
- *Apertura semiótica*: renunciar a la pretensión de que toda experiencia debe ser rápidamente traducible en categorías clínicas o pragmáticas, y permitir que el discurso se articule en sus propios términos, incluso si estos desafían la inteligibilidad profesional (45).
- *Hospitalidad interpretativa*: sostener el encuentro con lo no comprensible sin forzar su resolución, alojar el balbuceo, la repetición, el rodeo, sin exigir al paciente un sentido legible desde el inicio (46).
- *Demora activa*: suspender la urgencia de la intervención diagnóstica o farmacológica, no por omisión, sino como forma de generar espacio para que emerjan otros registros del sufrimiento, antes de que sean recodificados como síntoma (27, 47).
- *Atención al marco como gesto clínico*: asumir que el encuadre no es un dato dado, sino un acto clínico en sí mismo, continuamente reformulable y reformable, que debe ser objeto de revisión crítica tanto en lo individual como en lo institucional (48).

Esta ética no pretende quedarse en una mera disposición subjetiva, supone una práctica situada que debe ser sostenida, compartida y defendida colectivamente, así como una concepción del trabajo clínico como tarea terapéutica, epistémica y política: un lugar donde se disputan las formas de aparición del sentido, donde se combate el silenciamiento estructural y donde se exploran nuevas formas de inteligibilidad del malestar (49).

Por ello, el encuadre no puede reducirse a la formalidad de un protocolo, una frecuencia de sesiones o un contrato inicial. Es una forma de estar con el otro en el tiempo, una tecnología simbólica que puede abrir o cerrar el mundo. Su dimensión ética radica precisamente en esta ambivalencia casi irresoluble: puede albergar o reprimir, sostener o sofocar, escuchar o evitar. Reconocer esta potencia es el primer paso para asumir su responsabilidad (50,51).

En última instancia, lo que está en juego es una transformación del papel del clínico: ya no como técnico del diagnóstico ni como gestor del riesgo, sino como cuidador de las condiciones de aparición del sujeto. Esta tarea no se agota en la escucha individual ni en la vocación personal, sino que requiere nuevas formas de organización, supervisión, institucionalidad y formación. Una ética del encuadre es una actitud que va más allá de sí misma y se transforma en una práctica encarnada en estructuras, tiempos, lenguajes y cuerpos, y que exige, para sostenerse, una política de la fragilidad compartida (52).

CONCLUSIÓN

Este trabajo ha partido de una constatación clínica sencilla, que podría rozar lo trivial en su formulación, pero sedimentada en el propio transcurrir profesional por espacios asistenciales heterogéneos y profundamente reveladora en sus múltiples ramificaciones consecuenciales para nosotros: el sufrimiento psíquico no se expresa de forma autónoma, se configura a partir del marco institucional, temporal y simbólico que lo acoge. Lejos de ser un dato que la clínica simplemente recoge e interviene, el malestar subjetivo se produce fenomenológicamente en el encuentro con dispositivos que modelan lo que puede ser dicho y percibido, cómo puede ser dicho y registrado, y qué valor puede tener ese decir y ese registrar.

Desde esta premisa, hemos propuesto una relectura crítica de la injusticia hermenéutica en clave clínica, distinguiéndola cuidadosamente de la noción de opacidad constitutiva. Mientras la primera alude a zonas históricamente bloqueadas de inteligibilidad, susceptibles de ser transformadas, la segunda remite a límites estructurales del lenguaje que deben ser reconocidos y respetados, sin que ello implique renunciar al trabajo de apertura. Esta distinción —frecuentemente diluida en la literatura contemporánea— resulta crucial para evitar que el silencio estructural inducido por los dispositivos *psi* se naturalice como inefabilidad ontológica.

A partir de ahí, se ha desarrollado una topología incipiente y precaria del sentido hermenéutico, con la cual se pretende cartografiar a nivel práctico tres regiones en tensión: la inteligibilidad establecida, las lagunas transformables, y la opacidad irreductible. Esta propuesta ha servido de base para analizar cómo los encuadres asistenciales —y en particular el dispositivo psiquiátrico tal como se encuentra institucionalizado en nuestro medio— no solo median la recepción del sufrimiento, sino que lo modelan activamente, generando lagunas hermenéuticas allí donde podría haber apertura, escucha y transformación.

En contraste, se han explorado formas de encuadre clínico orientadas a la expansión fenomenológica del sufrimiento, basadas en principios como la plasticidad temporal, la hospitalidad interpretativa, la atención a los automatismos profesionales y la demora activa. Desde esta perspectiva, se propone una ética del encuadre clínico no como un añadido a la técnica, sino como el núcleo mismo de una praxis que se reconoce implicada en la producción simbólica de la subjetividad y en el cuidado de la diferencia.

Estas consideraciones no se limitan al plano individual del vínculo terapéutico, sino que exigen una transformación más amplia del modo en que se forma, se supervisa y se organiza el trabajo clínico. La formación profesional, en este sentido, debería incluir, bajo nuestra perspectiva, no solo contenidos técnicos o psicopatológicos, sino una cierta *paideia* no sustancialista de la escucha crítica, capaz de interro-

gar los marcos institucionales y epistémicos en los que el clínico se inscribe. Solo así se podrá formar a profesionales técnicamente competentes, pero epistémicamente responsables: capaces de sostener el no saber sin disolverlo, de resistir la urgencia del cierre, de alojar el decir aún no dicho, de incorporar la grupalidad de su habitar institucional como una dimensión más del proceso terapéutico.

En definitiva, este trabajo invita a pensar la clínica —y en particular la psiquiatría— como un campo de disputa hermenéutica, donde se juegan no solo síntomas y diagnósticos, sino formas de existencia posibles. Allí donde el dispositivo tiende a clausurar, la escucha crítica puede volver a abrir. Allí donde el lenguaje instituido silencia, el encuadre puede convertirse en un lugar de reconfiguración del sentido. Allí donde todo parece dicho, cerrado, aún puede brotar —si se le ofrece un umbral suficiente de espera— un decir que transforme lo que aún no existe.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fricker M. Injusticia epistémica. Herder: Barcelona, 2017.
- (2) Medina J. The epistemology of resistance. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- (3) Pohlhaus G Jr. Relational knowing and epistemic injustice: toward a theory of willful hermeneutical ignorance. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
- (4) Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Madrid: Crítica, 2008.
- (5) Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Buenos Aires: Planeta-Agostini, 1993.
- (6) Levinas E. Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad. Salamanca: Sígueme, 2012.
- (7) Lacan J. Escritos. México: Siglo XXI, 2009.
- (8) Cavarero A. Cuéntame mi historia. Filosofía de la narración. Buenos Aires: Katz, 2024.
- (9) Maldonado N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En: Castro-Gómez S, Grosfoguel R (eds). El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007; pp. 127–168.
- (10) Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo XXI, 2004.
- (11) May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339: b2803.
- (12) Rose N. The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- (13) Béhague DP. Psychiatry and politics in Pelotas, Brazil: The equivocal quality of conduct disorder and related diagnoses. *Med Anthropol Q*. 2009; 23(4):455–482.
- (14) Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets, 1997.
- (15) Bleger J. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En: Bleger J. Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires; Paidós, 1967.

- (16) Basaglia F. La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Barral, 1972.
- (17) Davies J. Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good. London: Icon Books, 2013.
- (18) Fernández Liria A. Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la “salud mental”. Bilbao: Desclee De Brouwer, 2018.
- (19) Rose N. Our psychiatric future: The politics of mental health. Cambridge: Polity Press, 2018.
- (20) Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics. Chicago: University of Chicago Press, 1983.
- (21) Hacking I. Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses. Charlottesville: University of Virginia Press, 1998.
- (22) Luhrmann TM. Of two minds: The growing disorder in American psychiatry. New York: Knopf, 2000.
- (23) Baraitser L, Brook W. Watchful waiting: crisis, vulnerability, care. En: Browne V, Danely J, Managhan T, Rosenow D, editors. Vulnerability and the politics of care: Transdisciplinary dialogues. Proceedings of the British Academy. Oxford: Oxford University Press, 2020; pp. 230–247.
- (24) Stanghellini G. Clinical phenomenology: A method for care? *Philos Psychiatr Psychol.* 2011;18(1): 25-29.
- (25) Beresford P. All our welfare: Towards participatory social policy. Bristol: Policy Press, 2016.
- (26) Moncrieff J. The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007.
- (27) Ribé J. Relación terapéutica y fármaco psiquiátrico. *Psicofarmacología psicodinámica.* Barcelona: Herder, 2025.
- (28) De Vos J. Psychologization and the subject of late modernity. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013.
- (29) Bourdieu P. El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.
- (30) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2008; 28(1): 48-83.
- (31) Foucault M. Ludwig Binswanger y el análisis existencial. Un enfoque filosófico de la enfermedad mental. Buenos Aires: Siglo XXI, 2022.
- (32) Bleger J. Temas de psicología: entrevista y grupos. Buenos Aires: Paidós, 1967.
- (33) Lustig FA. El psicoanálisis como un sueño-para-dos: revisando su rol creativo y transformador. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 2021; 36(1): 50–70.
- (34) Winnicott DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 2018.
- (35) Ferenczi S. Diario clínico. Buenos Aires: Conjetural, 1988.
- (36) Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.
- (37) Butler J. Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- (38) Despret V. ¿Qué dirían los animales si les hiciéramos las preguntas correctas? Buenos Aires: Cactus, 2018.
- (39) Barad K. Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning. Durham: Duke University Press, 2007.

- (40) Foucault M. El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973–1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- (41) Hooks B. Teaching to transgress: Education as the practice of freedom. New York: Routledge, 1994.
- (42) Martínez Heredia F. Pensar en tiempo de revolución. Buenos Aires: CLACSO, 2018.
- (43) Ogden TH. On holding and containing, being and dreaming. *Int J Psychoanal.* 2004;85(6):1349–1364.
- (44) Kaës R. La catégorie de l'intermédiaire chez Freud: ¿un concept pour la psychanalyse...? *L'Évolution Psychiatrique* 1983; 50(4): 893–926.
- (45) Das V. Life and words: Violence and the descent into the ordinary. Berkeley: University of California Press, 2007.
- (46) Levinas E. Éthique et Infini. Dialogues avec Philippe Nemo. Paris: Fayard, 1982.
- (47) Winnicott DW. El juego en la situación analítica. En: Winnicott DW. Exploraciones psicoanalíticas I. Barcelona: Paidós, 1991; pp. 72-78.
- (48) Hacking I. La construcción social de qué. Barcelona: Paidós, 2001.
- (49) Castel R. La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama, 1984.
- (50) Rose N. Governing the soul: The shaping of the private self. London: Routledge, 1999.
- (51) Cosenza D. Jacques Lacan y el problema de la técnica psicoanalítica. Barcelona: Gredos, 2008.
- (52) Esquirol JM. La resistencia íntima: ensayo de una filosofía de la proximidad. Barcelona: Acanalado, 2015.