



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN
I PROMOCIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION:

“Del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico.”

Previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis y Educación

ELABORADO POR:

Robert Iván Amat Rodríguez

TUTORA:

Nora Guerrero de Medina

Guayaquil, 15 de marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Robert Iván Amat Rodríguez como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis y Educación, I promoción.

Guayaquil, 15 de marzo del 2019

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

REVISORES:

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Dra. Nora Guerrero de Medina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Robert Iván Amat Rodríguez

DECLARO QUE:

El proyecto de investigación “**Del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico.**” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 15 de marzo del 2019

EL AUTOR

Robert Iván Amat Rodríguez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

YO, Robert Iván Amat Rodríguez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del proyecto de investigación de Maestría titulada:” **Del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico.**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 15 de marzo del 2019

EL AUTOR

Robert Iván Amat Rodríguez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Hoja de urkund



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Agradecimiento

Se lo agradezco a Nora Guerrero, por estar incondicionalmente en todo momento, en las buenas y malas situaciones que he tenido, ella ha sido un sostén. Le agradezco además el profundo interés y anhelo que ella ha tenido en mi trabajo y en la culminación de esta investigación ya que sin ella tal vez este trabajo no hubiera sido posible.

Robert Amat



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Dedicatoria

Se lo sigo dedicando a mi futuro.

Robert Amat

Índice

1.	Planteamiento de la investigación	2
1.1.	Importancia del tema	2
1.2.	Problema.....	2
1.3.	Pertinencia.....	3
2.	Preguntas de Investigación.....	3
2.1.	Pregunta Primaria.....	3
2.2.	Preguntas secundarias.....	3
3.	Objetivos	3
3.1.	Objetivo General	3
3.2.	Objetivos Específicos	4
4.	Marco teórico	5
4.1.	Introducción.....	5
4.2.1.	Definición del trastorno en psiquiatría	9
4.2.2.	DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).....	14
4.2.3.	Tratamiento de los trastornos mentales	17
4.3.	Capítulo II: Síntoma – Psicoanálisis.....	22
4.3.1.	Concepto del síntoma en el Psicoanálisis	22
4.3.2.	El síntoma en las estructuras clínicas	29
4.3.3.	Hacer con el síntoma	34
4.4.	Capítulo III: Semejanzas y diferencias entre el síntoma y el trastorno	38
4.4.1.	Semejanzas entre el síntoma y el trastorno.....	38
4.4.2.	Diferencias del síntoma y el trastorno	38
4.5.	Capítulo IV: Ilustración de casos	42
5.	Enfoque metodológico	50
5.1.	Instrumentos de investigación:.....	50
6.	Conclusiones	51
7.	Plan de trabajo.....	53
8.	Bibliografía.....	54

Resumen

La persistente confusión entre la labor del psicoanalista y del psiquiatra será un tema recurrente tanto en el ámbito cultural como en el ámbito de la salud, siendo testigo de esta importante y gran confusión esta investigación tendrá como punto cardinal la finalidad de pulir dos conceptos básicos de ambas disciplinas que son el concepto de síntoma en el psicoanálisis y el concepto de trastorno en la psiquiatría. Saber la diferencia de ambos conceptos es crucial para el profesional de salud de cualquier especialidad ya que ambos tienen abordajes y tratamientos diferentes para el sujeto.

El análisis bibliográfico será la herramienta indispensable que esta investigación tendrá ya que se buscarán escritos a veces antiguos como también actuales; luego de la redacción de un marco teórico consistente y compacto se expondrán los resultados en los cuales analizaremos las similitudes y las diferencias de los ya mencionados conceptos. Para terminar nuestra investigación expondremos dos casos vistos desde el punto de vista psicoanalítico y también desde el punto de vista psiquiátrico, esto último ayudará a verificar la teoría y a su vez dará más consistencia a esta investigación. De esta manera se podrá apreciar claramente las similitudes y diferencias entre conceptos de ambas disciplinas y no solamente eso, sino también apreciar el abordaje y el tratamiento que da cada disciplina al sujeto contribuyendo a disminuir la confusión entre ambas disciplinas.

Palabras clave: psicoanálisis, psiquiatría, síntoma, trastorno, tratamiento.

Abstract

The persistent confusion between the psychoanalyst and the psychiatrist work will be a recurrent topic both in the cultural field and health field, witnessing this important and great confusion this research will have as a cardinal point the aim of polishing two basic concepts of both disciplines: the symptom concept in psychoanalysis and the disorder in psychiatry concept. On the other hand, knowing the difference of both concepts is crucial for the health professional of any specialty, since both concepts have different approaches and treatments for the subject.

The bibliographic analysis will be the indispensable tool that this research will have since it will look for writings that are sometimes old as well as current; after the writing of a consistent and compact theoretical framework, the results will be showed in which we will analyze the similarities and differences of the mentioned concepts. Lastly, to finish our investigation we will expose two cases seen from the psychoanalytic point of view and also from the psychiatric point of view, this last will help to verify the theory and in turn will give more consistency to this investigation. In this way you can clearly see the similarities and differences between concepts of both disciplines and not only that, but also appreciate the approach and treatment given by each discipline to the subject, helping to reduce the confusion between both disciplines.

Keywords: psychoanalysis, psychiatry, symptom, disorder, treatment.

1. Planteamiento de la investigación

1.1. Importancia del tema

El origen de esta idea se da por apreciar que en el ámbito tanto de salud como cultural las diferencias entre el abordaje, las intervenciones y las soluciones que dan la psiquiatría y el psicoanálisis son poco delimitadas, esta situación hace que ambas disciplinas se confundan frecuentemente creando falsos conceptos entre la sociedad y la medicina.

Siendo testigo de esto en un ámbito hospitalario es importante detallar y aclarar las diferencias entre la psiquiatría y el psicoanálisis, esta diferencia estará ubicada específicamente en las manifestaciones de sufrimiento que el sujeto lleva a una consulta, es decir los síntomas en el caso del psicoanálisis y los trastornos en el caso de la psiquiatría.

Hacer un trabajo diferencial específicamente entre el trastorno mental y síntoma psicoanalítico ayudará al lector de una especialidad ajena a la de salud mental a percibir la diferencia fundamental entre ambas disciplinas y sus tratamientos; a su vez ayudará al lector que tenga como profesión ser psicólogo clínico con orientación analítica a discernir, desarrollarse y a orientarse en un medio donde las clasificaciones psiquiátricas son comunes ya sea un ámbito educativo o un medio hospitalario.

Saber las diferencias son de suma importancia ya que ayudarán a apreciar el trabajo que hace el psicoanálisis con el síntoma del sujeto, que en vez de callarlo se tendrá otra solución, una solución singular en una cultura cada vez más clasificatoria o estandarizada lleno de protocolos donde la singularidad del sujeto queda en segundo plano para erradicar el síntoma del momento.

1.2. Problema

Se puede observar un desconocimiento en el abordaje y el tratamiento del psicoanálisis y de la psiquiatría creando una confusión, esta confusión hace que existan equivocadas derivaciones por parte de los profesionales de la salud o también actores de una institución educativa; en donde muchas veces se interviene de manera general y no singular la problemática del sujeto.

En la actualidad y en nuestro país se aprecia un alto interés y se da mucha importancia al diagnóstico psiquiátrico codificado ya sea por el DSM-V o CIE-10, esta estandarización hace que el tratamiento orientado al sujeto no sea singular y se convierta en un tratamiento acorde a los criterios del trastorno, es decir un tratamiento dado por un manual tratando síntomas manifiestos con origen puramente orgánico.

1.3. Pertinencia

Necesariamente estaremos en contacto con el discurso médico-psiquiátrico si se trabaja en un escenario hospitalario, este trabajo busca dar una mejor comprensión y diferenciar bajo la mirada psicoanalítica lo que quiere decir “trastornos”.

Estas consideraciones ayudarían no solamente al profesional sino también ayudarían a la institución en cuanto a la calidad del tratamiento ganando prestigio y confianza en la región.

A parte de la diferenciación de los trastornos mentales y del síntoma psicoanalítico es importante introducir al psicoanálisis en el sistema hospitalario ya que existen demandas subjetivas en donde sólo el psicoanálisis puede abordarlas, la lectura psicoanalítica ayuda muchas veces a “ver lo que el médico no ve” y a tratar lo que está fuera del sentido del discurso médico/científico yendo por la lectura del inconsciente la cual tiene una verdad única y singular y no por una lectura de los síntomas manifiestos las cuales alivian momentánea y temporalmente el sufrimiento pero que retornan de otra forma aún más extraña para el discurso médico.

2. Preguntas de Investigación

2.1. Pregunta Primaria

¿Cuáles serían las diferencias y semejanzas entre el síntoma psicoanalítico y el trastorno psiquiátrico?

2.2. Preguntas secundarias

¿Cómo la psiquiatría conceptualiza al trastorno mental?

¿Cuáles son los conceptos de síntoma visto desde el psicoanálisis?

¿Cómo la psiquiatría trata el trastorno mental?

¿Cómo el psicoanálisis trabaja con el síntoma del sujeto?

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Elaborar un estudio diferencial entre el síntoma psicoanalítico y el trastorno psiquiátrico para que no existan confusiones acerca del tratamiento psiquiátrico y psicoanalítico.

3.2. Objetivos Específicos

- Investigar los conceptos que la psiquiatría usa para conceptualizar al trastorno mental.
- Profundizar los conceptos de síntoma visto desde el psicoanálisis.
- Identificar la forma en como la Psiquiatría trata el trastorno mental.
- Explicar la manera en que el Psicoanálisis trabaja con los síntomas.
- Detallar las diferencias y semejanzas del síntoma psicoanalítico y del trastorno mental.

4. Marco teórico

4.1. Introducción

Desde los inicios de la humanidad el hombre ha tratado de dar respuestas sobre el comportamiento humano o sobre la razón de su actuar, muchos investigadores, filósofos y grandes pensadores trataron de dar respuesta a estas interrogantes cayendo algunos en fracasos ideológicos o teorías que quedaban sin valor al pasar el tiempo, otros fundaron ideologías o teorías que seguirán siendo útiles a pesar del tiempo pasado, un ejemplo como este será el de Platón quien reflexiona sobre el concepto de las ideas y narra un prototipo de explicación sobre las ideas:

Platón en su sentir sobre las ideas dice: “Que habiendo memoria, las ideas permanecen en los que las tienen, puesto que la memoria lo es de cosa quieta y permanente; y que nada permanece sino las ideas. Porque, ¿Cómo – dice Platón – habrían los animales de atender a su conservación, si no hubiesen recibido la idea y el instinto natural? (Sanz, 1946, p. 181).

Al pasar los siglos fueron apareciendo personajes importantes que marcaron con sus ideas a las personas y a la sociedad creando diversas respuestas a los fenómenos tanto del hombre, de la naturaleza, de la tierra o el universo; otro ejemplo que podemos tener es el del libro “El Huang di Neijing, El primer canon del Emperador Amarillo” que es un libro que contiene diversas explicaciones y procedimientos sobre la medicina china antigua entre la dinastía Qin y la dinastía Han recopilado por Wang Bing en el siglo VIII; este texto milenario explica en diversas partes la influencia de la luna sobre el cuerpo basándose en diversas teorías o creencias de ese tiempo:

Cuando la luna está en cuarto creciente, la circulación de la energía IJ qi y de la sangre comienza a hacerse más fluida, así como la de la energía IJ wei (de protección externa). Cuando hay luna llena, la energía qi y la sangre son abundantes, mientras que los músculos están llenos y fuertes. Cuando hay luna nueva, la fuerza de los músculos se debilita, los canales y colaterales se vuelven vacíos, la energía wei (de protección externa) también flaquea y sólo permanece la estructura corporal (González, 1996).

En diversas ocasiones muchas de las interrogantes que se formulaba el hombre acerca de los fenómenos eran respondidas a través de los mitos que pasaban de generación en

generación, ¿qué es un mito? El mito según Luc Brisson (2005) en su libro “Platón, las palabras y los mitos” dice lo siguiente:

El mito es un discurso inverificable, puesto que su referente se sitúa bien en un dominio de realidad inaccesible tanto al intelecto como a los sentidos, bien en el dominio de las cosas sensibles, pero en un pasado del que aquel que posee ese discurso no puede tener experiencia directa ni indirectamente (p. 139).

El mito servía como medio de información para explicar, diversos acontecimientos o fenómenos tanto del hombre como de la tierra tomemos como ejemplo “La Covada”, en el libro “El Padre: acto de nacimiento” de Bernad This (1982) que trata de explicar las creencias y los mitos acerca de la covada en diversas culturas como por ejemplo:

Los Tagal, en Filipinas, por proteger a la parturienta cerraban herméticamente puertas y ventanas, para impedir la intrusión de los malos espíritus: encendían fuego en todo el contorno de la choza, y el calor incomodaba tanto a la desdichada que ésta casi se asfixiaba. Rellenando de pólvora unos pequeños cañones, lanzaban frenéticamente salvas terroríficas. El padre desnudo, pero armado hasta los dientes, se trepaba a la choza y golpeaba como un loco todo lo que la rodeaba, mientras sus amigos, equipados con lanzas y espadas, atacaban furiosamente a los demonios (p. 165).

La aparición de la revolución científica a partir del siglo XVI en adelante dio herramientas que obligaron al hombre a cambiar de metodologías de investigación, es decir obligó a responder sus preguntas mediante la ciencia y el método científico.

Los mitos y las explicaciones de orden celestial no eran ya suficientes, dichos fenómenos eran respondidos mediante la investigación, el cálculo, el planteamiento de hipótesis y respuestas. Este cambio de paradigma llevó a la constitución y al nacimiento de nuevas disciplinas como la física, la química, la biología, la psicología, etc.

La ciencia, es valiosa como herramienta para domar la naturaleza y remodelar la sociedad; es valiosa en sí misma, como clave para la inteligencia del mundo y del yo; y es eficaz en el enriquecimiento, la disciplina y la liberación de nuestra mente (Bunge, 1999, p.40).

En el siglo XIX aparecen dos grandes disciplinas que tratarán de responder las preguntas acerca el comportamiento humano, estamos hablando del Psicoanálisis y la Psiquiatría.

Disciplinas totalmente diferentes pero que abordan algo en común que es el sufrimiento o el padecimiento humano.

Pasando los años ambas disciplinas fueron afinando sus conceptos y teorías, los criterios acerca de la personalidad y su etiología en la psiquiatría fueron modificándose y las teorías del sujeto en el psicoanálisis fueron avanzando.

Desde el inicio de cada disciplina las definiciones de trastorno en el caso de la psiquiatría y la definición del síntoma en el caso del psicoanálisis fueron modificándose, postulados totalmente diferentes que en ocasiones llegan a confundirse por otros especialistas en el campo de la salud, por lo tanto es importante primero establecer una conceptualización del trastorno psiquiátrico y del síntoma psicoanalítico para luego ver sus semejanzas y diferencias cosa que desde ya advertiremos que habrán más diferencias que semejanzas por lo que son disciplinas diferentes.

Esta temática no se origina por el azar; realizando el trabajo como psicólogo clínico de orientación psicoanalítica en una institución hospitalaria se pudo apreciar diferentes dificultades que existen para el tratamiento de orden analítico, estas dificultades giran en torno a la exigencia de un diagnóstico codificado por un DSM-V o un CIE-10, a un entorno estandarizado donde hay que seguir un sistema institucional y un distinto lenguaje entre los psicólogos y psiquiatras.

Esta importante preferencia por los diagnósticos en nuestro medio segrega la subjetividad creando una clasificación o estandarización del tratamiento, postura diferente del psicoanálisis ya que el psicoanálisis aprecia y trata la singularidad del síntoma que es única en cada sujeto, como dice María Hortensia Cárdenas (2009) en un artículo de la revista “Virtualia”:

Las clasificaciones y categorías nuevas del malestar ponen a un lado la singularidad profunda del síntoma, desconocen que un sujeto no se acomoda ni se identifica del todo a una clasificación, más bien se dirigen a la identificación en el grupo (p. 3).

Es por esto que el psicoanálisis trata de sostener su práctica en la institución hospitalaria o educativa, de un modo particular, en un lugar donde existen diversas demandas subjetivas tratadas como demandas estandarizadas que se aplican a diferentes sujetos olvidando su singularidad y creando un ideal “El objetivo del psicoanálisis es instaurar en la institución una particularidad contra lo ideal” (Belaga, 2015, p. 40).

Primero se tratará de hacer un pequeño recorrido histórico sobre la psiquiatría para luego desarrollar y explicar el trastorno y sus diferentes avances teóricos a través del tiempo, después se investigará y redactará sobre cómo la psiquiatría buscará desarrollar un manual diagnóstico para explicar y clasificar los diferentes trastornos actuales; por último se redactará acerca del modo en que la Psiquiatría interviene y trata a los trastornos mentales con los psicofármacos.

En una segunda parte se investigará y se abordará la temática psicoanalítica respondiendo ¿qué es un síntoma? Para esta sección contemplaremos los avances teóricos que nos proporcionan Freud y Lacan.

Usaremos las concepciones lacanianas del síntoma para luego explicar las diferencias del síntoma neurótico y de los fenómenos elementales del psicótico; luego para finalizar esta sección hablaremos de ¿qué hacer con el síntoma? visto desde la perspectiva psicoanalítica.

En una tercera parte se tratará de entrelazar lo investigado anteriormente, se estudiarán y se redactarán las semejanzas y las diferencias entre estos conceptos para luego en una cuarta parte expondremos breve y puntualmente dos casos para exponer la diferencia de abordajes y tratamientos que tienen el psicoanálisis y la psiquiatría ante el trastorno y el síntoma del sujeto, después de esto se finalizará con sus respectivas conclusiones.

El presente tema intentará dar una ayuda al lector para que esté clara la diferencia que hay entre estas dos disciplinas y a su vez para que no existan confusiones en cuanto al tratamiento y el abordaje que cada una de ellas hace, además de comprender un poco sobre los trastornos de orden psiquiátricos, lenguaje diferente para el psicólogo clínico de orientación analítica; también ayudará al psicólogo clínico a desarrollarse y trabajar en un campo donde las clasificaciones psiquiátricas son comunes.

4.2. Capítulo I: Trastorno – Psiquiatría

4.2.1. Definición del trastorno en psiquiatría

4.2.1.1. Breve historia de la psiquiatría y de la concepción del trastorno mental a lo largo de la historia

No siempre fue usado el término de “Trastorno”, mucho antes de que existiera la psiquiatría habían concepciones acerca de lo que hoy se entiende como trastorno mental, comúnmente se las llamaban enfermedades mentales.

Siglos atrás a las enfermedades mentales se las justificaba a fuerzas malignas o demoniacas, es decir, el comportamiento extraño, delirante o alucinante se lo justificaba como una obra del demonio o del “diablo”.

Dependiendo de la cultura de donde se encuentre el enfermo tenía su propio tratamiento ya sea el aislamiento total, procesos de purificación (de acuerdo a la ideología), rituales, exorcismos o incluso la muerte. El sujeto “normal” busca soluciones a veces fuertes sin escuchar al trastornado.

El ser humano siempre trató de responder mediante estudios, reflexiones e investigaciones los fenómenos que la conducta manifiesta. Acorde a la época existieron varias teorías que ayudaban a comprender a la conducta humana, como por ejemplo tenemos a Hipócrates quien revolucionó el pensamiento de ese tiempo con la aplicación de un pensamiento “racional” en el campo de la medicina haciendo que se introduzcan las primeras clasificaciones de las enfermedades, alejándose relativamente de las concepciones celestiales.

Tenemos por primera vez en la historia una pequeña y antigua clasificación de las enfermedades mentales que el autor J. L. González de Rivera (1998) las describe con brevedad a continuación:

1. *Frenitis*: Trastornos mentales agudos con fiebre. Probablemente el equivalente a nuestro delirium.
2. *Manía*: Alteración mental aguda sin fiebre. Agrupando probablemente todas las formas de psicosis aguda no febriles. Las historias clínicas de esta enfermedad no son lo bastante abundantes como para discernir si la fineza diagnóstica de Hipócrates llegaba a diferenciar las psicosis de reacción exógena no febriles de las que ahora denominamos psicosis funcionales.

3. *Melancolía*: Aparentemente, todas las enfermedades mentales crónicas, no solamente la depresión, sino también las demencias y las psicosis crónicas no agitadas.

4. *Epilepsia*.

5. *Histeria*: Caracterizada por disnea paroxística y convulsiones. El diagnóstico diferencial entre histeria y epilepsia parecía estar bien establecido en la escuela hipocrática.

6. *Enfermedades de los Escintios*: Alteraciones sexuales abigarradas, incluyendo, predominantemente, transvestismo, aparentemente muy frecuentes en la región de Escintia (p. 3).

Luego la aparición de Hipócrates, la medicina fue tomando un rumbo más clasificatorio, pero las enfermedades mentales siguieron estando en un debate en avance y en retroceso.

Al enfermo mental se lo veía como una persona peligrosa a la que se le debería temer, debido a este temor se crearon los “asilos” para que estos individuos sean conservados en dichos lugares de exclusión.

Los enfermos mentales fueron juntados con los asesinos y ladrones excluyéndolos de la sociedad y de sus familiares haciendo que cumplan labores forzados, tratamientos inhumanos y sin sentido.

Aparece Philippe Pinel quien figura como un gran pensador y filósofo del siglo XVIII. Este pensador tomará de Hipócrates varias concepciones e ideas así como de otros pensadores de la época, reunirá síntomas para crear un conjunto. José Luis Peset en la revista “Asclepio” redactará un poco de él:

Pinel, reinterpretando o reinventando a Hipócrates, plantea un método que toma de la historia natural. Aquí le influye Sydenham que sigue a Locke en el estudio de los fenómenos, los hechos se reúnen en un conjunto, formando un caso, o bien una especie (2003, p.272).

Este estilo de pensamiento llevará a clasificar y a agrupar los fenómenos con un nombre tal como lo hacía Hipócrates con su pequeña clasificación.

Además de orientarse por la observación y el análisis Pinel propone una nueva forma de tratar a los enfermos mentales o a la “locura” que en su tiempo tanto impactaba y creaba temor, creará espacios en donde los enfermos mentales tendrían un trato más humano a diferencia de aquellos asilos mentales, separando a los criminales y los ladrones de los

enfermos mentales para que tengan medio más natural y armonioso que antes, Peset (2003) continuará:

El enfermo debe recuperar su orden natural, se consigue mejorando el medio -las reglas higiénicas de las *sex res non naturales* son esenciales—, y las relaciones sociales — con el personal asistencial, con los otros enfermos, con la familia y el trabajo. La integración en la naturaleza será la regla de oro de los hospitales del siglo XIX. Los árboles, el aire fresco, la alimentación, la limpieza, la calefacción, la distracción, el ejercicio y el trabajo permiten al enfermo volver a su naturaleza física y, sobre todo, psíquica. La intención de Philippe Pinel era reducir a «*principes fixes et puisés de la nature*» la forma de dirigir los hospitales y sus enfermos (p. 271-272).

Pinel tratará de encontrar un orden entre lo que afecta al enfermo mental, por medio de estos hospitales, el enfermo se suponía que organizaba sus malestares o sus “pasiones” para que no existan conflictos con la sociedad o la familia.

La locura es desorden de alguna de las facultades parciales de la mente humana, a veces el razonamiento, con más frecuencia la imaginación, de acuerdo con Rousseau. El desorden que se encuentra en las pasiones, en la sociedad y en las lesiones, es interpretado como alteración de las funciones de nuestra organización, que contraría las leyes de la naturaleza. Se produce el apartamiento de la marcha de la naturaleza, visible todavía en la salud y en la enfermedad aguda, la curación parece quedar reservada a enfermas jóvenes con corta duración (Peset, 2003, p. 272-273).

En 1856 el 15 de febrero nace Emil Kraepelin, psiquiatra alemán quien redefinirá la psiquiatría. Kraepelin se apasionó y trató de seguir el trabajo de algunos intelectuales de otras épocas, trató de dar una clasificación más exacta sobre los trastornos mentales privilegiando el componente orgánico de cada una de ellas.

El trastorno mental para Kraepelin aparece como algo que no funciona, como el ruido que hace el cuerpo ante un problema, la estrategia de Kraepelin era observar únicamente estos síntomas desestimando la narrativa, es decir, el discurso del paciente o la singularidad del sujeto no serán elementos claves para un análisis, por el contrario, serán elementos que entorpecerán el tratamiento.

Con la finalidad de privilegiar lo que considera un abordaje terapéutico científico y objetivo, Kraepelin minusvalorará los elementos subjetivos, ambiguos y emotivos

presentes en los relatos, hasta el punto de construir una estrategia anti-narrativa; esto es, la ocultación del discurso del paciente frente a las supuestas evidencias objetivas de la enfermedad (Caponi, Martínez-Hernández, 2013, p. 468).

Así, la estrategia de Kraepelin era tener una observación rigurosa de los síntomas y con estos establecer un diagnóstico, la nosología que él creó es a base de los síntomas presentes al momento de ver y conversar con el paciente, clasificando y ubicando un grupo de síntomas en un diagnóstico.

(...) el método más popular para clasificar las patologías mentales es el método denominado clínico de clasificación. El mayor problema aquí radica en que puede existir una sobrevaloración de un determinado síntoma, resultando en la acumulación, en un grupo, de todos los casos que tienen en común ese síntoma. De ese modo, por ejemplo, todos los estados de ansiedad emocional pueden ser vistos como melancolía (Kraepelin, 1907, p. 117).

Esta forma de ver al trastorno se hizo común en la psiquiatría, la clasificación y las nosologías comenzaron a tener más fuerza tanto que hasta actualmente se usa una clasificación.

Este es un breve recorrido de la historia de la psiquiatría, la cual llegó a convertirse poco a poco en una disciplina positivista. La búsqueda del conocimiento, la búsqueda del saber responder ¿cómo funcionan las emociones y los problemas mentales? Fueron yendo por los caminos de una vía clasificatoria y orgánica a lo largo de los siglos, por esto nace la psiquiatría y su llamado trastorno mental, ubicando como el punto cardinal el diagnóstico para ubicar al individuo en un tratamiento psiquiátrico apuntando a la “normalidad”.

4.2.1.2. *¿Qué es un trastorno mental?*

Para el trabajo hospitalario es importante saber que es un trastorno mental, este saber permite ubicar el malestar y el padecimiento del paciente en una categoría para luego diagnosticar.

Al establecer un diagnóstico es posible establecer un posible tratamiento. No se puede establecer un diagnóstico ni realizar un tratamiento sin primero saber que es un trastorno mental. Para continuar nuestra investigación debemos definir ¿qué es un trastorno mental?

Según la Real Academia Española con sus siglas R.A.E. (2018) el trastorno mental significaría “Perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento” (p.1), definición básica accesible a la persona no familiarizada con los estudios psiquiátricos.

La Organización Mundial de la Salud establecerá que el trastorno mental sería básicamente una perturbación:

Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (OMS, 2006).

Finalmente para el máximo representante de la psiquiatría en E.E.U.U. la APA (American Psychiatric Association) en su libro DSM-5 (Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales) el trastorno mental tendría una definición un poco más compleja en donde sería:

(...) un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (p. 5).

Con estas definiciones podemos entender que el trastorno mental es una alteración o perturbación de las áreas cognitivas, emocional o del comportamiento del individuo, estas alteraciones afectan al desempeño tanto individual, social o laboral.

Esta es una definición compactada pero útil recopilada a partir de tres representantes indispensables como lo sería un diccionario de la lengua española, luego una definición estándar usada en todo el mundo establecida por la organización mundial de la salud y otro establecido por el DSM V máximo exponente de la psiquiatría en la actualidad, al saber estas definiciones y de haber creado una en particular estamos preparados para continuar la investigación.

4.2.2. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

4.2.2.1. Historia del DSM

La clasificación se encuentra en todas las especialidades médicas, gracias a esta es posible analizar y estudiar los síntomas o signos de una enfermedad y diferenciarlas de otra, haciendo posible un diagnóstico presuntivo o definitivo correcto.

Estudiando los síntomas médicos o signos que se manifiestan podemos llegar a descartar o a diferenciar una patología de otra como por ejemplo una influenza de un rinovirus. Las clasificaciones son útiles en el ámbito médico ya que esta ayuda a prevenir, diagnosticar y dar un tratamiento oportuno y eficaz para que el paciente pueda mejorar su salud.

Los médicos especializados en psiquiatría tienen una herramienta que les ayuda a diagnosticar y tratar las patologías de orden mental es decir, los trastornos mentales, estamos hablando del DSM, que es un manual o compendio creado por la APA que reúne a todos los trastornos mentales con sus características, signos y síntomas.

Consiste en un sistema clasificatorio de categorías con un orden jerárquico que tiene como utilidad, prioridad y finalidad:

(...) que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado así mismo que sirva de herramienta para la enseñanza psicopatológica y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente (APA, 2002, p. XXI).

El DSM-V en su introducción menciona que pretende también ser un “resumen de los síndromes característicos, con los signos y síntomas que apunan hacia el trastorno de base” (p. 3). Además en el mismo párrafo menciona que permite “elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo” (p. 3).

A finales del siglo XIX e inicios del siglo XX la clasificación de los trastornos mentales comenzó a tomar fuerza, el alemán Kraepelin fue el pionero en organizar, clasificar y enseñar

las enfermedades mentales, dio al mundo el “Lehrbuch” que en español significa “Manual de Psiquiatría” en 1883 la cual obtuvo hasta nueve ediciones, tras la importancia de esta obra la OMS comenzó a incluir parte de los trastornos mentales en su sistema clasificatorio CIE, Europa fue el continente que comenzó a usar y reproducir en sus enseñanzas las clasificaciones de las enfermedades mentales.

Norte América no se quería quedar atrás y comenzó a hacer sus sistemas de clasificaciones, el primer intento norteamericano fue el de la Asociación Americana de Psicología Médica (AMPA) en 1917. El segundo intento para la constitución de una clasificación norteamericana fue en la “Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades” realizada en el año 1928 donde la Asociación Médica Americana (AMA) realizó un listado de los trastornos mentales. El tercer intento lo realizó la “Standard Classified Nomenclature of Diseases” (SCND) en 1932.

Fue en la segunda guerra mundial que surgió la necesidad de tener un lenguaje común clasificatorio de los trastornos mentales, en donde los impulsores de la necesidad fueron el ejército y la marina estadounidense (Barrio, 2009, p. 82), la milicia se dio cuenta que el personal que era mandado a la guerra no tenía las mismas aptitudes, incluso presentaban problemas de orden mental que podrían comprometer la vida de ellos o de otros en distintas misiones asignadas. Esta demanda provocó que se reunieran a psiquiatras y psicólogos para comenzar un nuevo sistema clasificatorio.

Tras varios años de estudios e investigaciones en 1952 la primera versión del DSM sale a la luz, integrada por psiquiatras como Meyer y psicoanalistas como Menninger, esta versión tenía un uso limitado donde predominaban las psicosis de base orgánica descuidando otras categorías. Estas limitaciones hicieron que se revisara este primer manual diagnóstico.

Luego en 1968 se publica el DSM II, los síndromes mentales fueron modificados y fue aplicado el método médico, se incluyeron varias características y categorías a los síndromes, sin embargo, no tuvo una buena recepción y se sugirió una nueva revisión y modificación. Un año después fue modificado.

El año 1980 tuvo lugar a una tercera versión, es decir el DSM III, en esta versión colaboraron varias instituciones como: Academy of Psychiatry, American Academy of Psychoanalysis, American College Health Association, American Psychological Association, entre otras instituciones importantes que representaban a la psiquiatría y a la psicología de dicha época.

Esta versión pretendía que todos los profesionales de la salud la usaran, como también establecer criterios diagnósticos con base empírica y también pretendía responder las quejas que los profesionales tenían acerca de los síndromes.

Se modificaron y se adjuntaron criterios de inclusión y de exclusión por categoría, edad en donde comienza, duración de los síntomas, incidencia y pronosis, además el sistema multiaxial fue añadido.

Se excluyeron términos psicoanalíticos como la neurosis donde se reemplazó con trastornos de ansiedad. En 1987 aparece una versión revisada del DSM III, se la llamará DSM III R donde se reorganizaron algunas categorías diagnósticas.

Aparece en 1994 el DSM IV, esta revisión mejoraba la claridad del lenguaje de los criterios diagnósticos y la brevedad de criterios, además de la recolección de estudios empíricos. Se incorporan nuevos trastornos como trastornos de alimentación, delirio, demencia y amnesia, trastornos cognitivos y trastornos del desarrollo severos (síndrome de Rett y Asperger).

En el 2000 se modifica y se crea otra versión llamada DSM IV TR donde se agregan nuevos códigos y a su vez datos sobre las causas físicas de los trastornos.

4.2.2.2. *El DSM-V, última versión*

Tuvo que pasar alrededor de 13 años para que aparezca la versión actual del DSM, en el 2013 se crea la última versión llamada DSM V. En esta versión desaparecen los ejes diagnósticos, se cambian los nombres de diferentes trastornos para disminuir el estigma de los pacientes con un lenguaje y términos “adecuados”, se elimina el sistema multiaxial y se reorganizan los capítulos. También se incorporan nuevos diagnósticos como el Trastorno por atracones y el Trastorno disfórico premenstrual.

Esta última versión del DSM es criticada a nivel mundial por diferentes profesionales de la salud, ya que tiene debilidades como la falta de datos empíricos, esta nueva clasificación puede hacer que se mal entiendan los trastornos pudiendo llegar a pensar que todo proceso mental cotidiano puede ser patológico, llevando a los profesionales a diagnosticar equivocadamente un acto cotidiano del sujeto incrementando innecesariamente las atenciones y los diagnósticos.

En concreto, hay nuevos trastornos diagnosticados en el DSM-5 que no cuentan con un apoyo empírico sólido y que pueden implicar una medicalización de conductas normales, con el consiguiente riesgo de medicación innecesaria: a) el trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado, que puede ser una variante de las rabietas temperamentales en niños y adolescentes; b) el trastorno de la comunicación social-pragmática; c) el duelo por la pérdida de un ser querido como un posible trastorno depresivo mayor, que puede implicar la psicopatologización de un sufrimiento normal en esas circunstancias; d) el trastorno neurocognitivo leve, que puede ser reflejo de la pérdida de memoria atribuible a la edad y que no es necesariamente precursora de demencia; e) la extensión del diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad a la vida adulta, con el posible aumento de la prescripción de drogas estimulantes; e) el trastorno por atracón, cuya definición puede resultar imprecisa (“comida excesiva 12 veces en el plazo de 3 meses”) para diferenciarla de la simple glotonería; y f) las molestias y el malestar emocional periódico de la menstruación como el trastorno disfórico menstrual (Echeburúa, Salaberría, Cruz-Sáez, 2014, p. 70).

En conclusión el DSM ha pasado por varias revisiones hasta llegar a ser un eje principal para la psiquiatría y los psicólogos, este manual reagrupa síntomas para ubicar al paciente en un trastorno, acto reduccionista de la subjetividad y de la singularidad del paciente, guiándose por los síntomas manifiestos destruyendo al sujeto del inconsciente.

4.2.3. Tratamiento de los trastornos mentales

Como habíamos dicho anteriormente la historia nos demuestra que siempre el hombre quiso saber ¿qué hacer con la enfermedad mental? Existieron muchos tratamientos para las enfermedades mentales que dependían de la época.

Las curas en la edad media y el renacimiento se centraban básicamente en rituales, exorcismos e incluso brebajes o remedios a base de alquimia.

Fueron en los siglos XVII y XVIII en donde los tratamientos comenzaron a separarse poco a poco de las ideas mágicas, poniendo más énfasis al concepto orgánico y moral de las enfermedades mentales, a partir de estos siglos aparecen tratamientos primitivos con sedantes para personas agitadas o incluso se implementaron el uso de narcóticos. El uso de estas sustancias formaron parte del plan terapéutico para el tratamiento de las enfermedades mentales, entre estas sustancias figuran el estramonio, el beleño, la belladona y la valeriana.

Ya en el siglo XIX se incorpora un poco más el trato humano al enfermo mental, se implementan terapias “morales”, es decir, formas de actuar moralmente bien, una especie de enseñanza de conceptos y actos morales para los pacientes, los psiquiátricos comenzaron a tener otra modalidad ya no carcelaria sino de rehabilitación.

A finales del siglo XIX aparecerán figuras emblemáticas para la psiquiatría como lo sería el ya mencionado Kraepelin o Bleuler dándole importancia más a lo somático, se comenzará a usar en tratamientos psiquiátricos con sustancias como bromuro, trional, alcohol y cafeína.

Comenzando el siglo XX aparecieron tratamientos en donde se colocaba al paciente en baños de agua caliente hasta de 43 grados centígrados, estos tratamientos fueron descartados rápidamente ya que no se evidenciaba una eficacia.

Otros tratamientos consistían en dar descargas eléctricas a los pacientes este procedimiento se llamó terapia electroconvulsiva o comúnmente conocido como “electroshock” usado principalmente en esquizofrénicos y melancólicos. Este tipo de terapia consiste en:

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en la inducción de convulsiones tónico clónicas mediante una descarga eléctrica regulada, a nivel encefálico, previa administración de un anestésico y un relajante muscular; un curso de TEC consta de varias aplicaciones de la descarga en días diferentes. La TEC es el tratamiento que posee mayor tiempo de vigencia en la psiquiatría y sigue siendo el más efectivo en varios trastornos mentales, entre ellos: depresiones melancólicas, psicóticas, con riesgo elevado de suicidio o refractarias al tratamiento farmacológico; esquizofrenia, en particular casos refractarios o en los que urge una reducción rápida de los síntomas; y catatonía, específicamente si es refractaria, maligna o estuporosa. Paralelamente, las indicaciones para usar TEC, cualquiera que sea el diagnóstico, incluyen: necesidad de una respuesta rápida, antecedente de resistencia al tratamiento convencional, presencia de efectos secundarios intolerables, preferencia del paciente o contraindicaciones para recibir medicación, por ejemplo durante la gestación (Cotez-Vergara, Cruzado, Rojas-Rojas, Sánchez-Fernández, Ladd-Huarachi, 2016, p. 100).

En la década de los años 30 se comienza a usar también la técnica de la leucotomía para el tratamiento de las psicosis, esta “psicocirugía” consistía en una sección quirúrgica de los fascículos nerviosos de un lóbulo cerebral, se producía una lesión cerebral que pretendía producir cambios en la conducta, otro término y técnica usados eran el de la lobotomía que

comprendía la extracción del lóbulo cerebral completo, esta técnica fue introducida por Egas Moniz en 1935.

Primeramente intervenía a través de un trépano frontal paramediano y colocaba alcohol en el interior del centro oval. Hacía dos incisiones a 3 cms. de la línea media en un plano frontal que pasaba a 3 cms. por delante de la oreja.

Usó anestesia local y a vertina.

Más tarde inventó el leucótomo, tubo de 11 cms. de largo y 2 mm. de diámetro.

El leucótomo se introduce hacia adelante y a la línea media y se gira sobre su eje a 4½ cms. de profundidad y después, retirándolo un poco, a 3 cms. Se extrae y se vuelve a introducir dirigido hacia adelante y afuera girándolo nuevamente en ambas profundidades. En algunas oportunidades se ha agregado una tercera destrucción a 2 cms. de profundidad (Asenjo, Hotvitz, Vergara, Conteras, 2011, p. 232-233).

Estas técnicas venían acompañadas de daños severos e irreversibles en la vida del paciente, fueron dejadas de usarse en la década de los años setenta debido a la popularidad que los psicofármacos comenzaban a tener poco a poco a partir de la década de los años cincuenta.

En la segunda mitad del siglo XX los psicofármacos comenzaron a ganar terreno, para explicar su aparición los dividiremos por categorías, existen los antipsicóticos, los antidepressivos, sales de litio, ansiolíticos.

Los antipsicóticos aparecen aproximadamente en la década de los años cincuenta, aparecen por casualidad por un tratamiento ajeno al tratamiento psiquiátrico (tratamientos antihistamínicos o antituberculosos), se comenzó a usar una sustancia llamada clorpromazina y el meprobamato, los clínicos sin darse cuenta apreciaron los efectos terapéuticos de estas sustancias en pacientes con trastornos mentales. En esta década aparece también el llamado haloperidol.

En los años sesenta se introducirá el uso de la clozapina para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, este compuesto tendrá un alto impacto en la psiquiatría puesto que tiene una buena respuesta ante los pacientes esquizofrénicos. Surge el término atípico para describir este tipo de antipsicóticos.

Los antidepresivos surgen en los años cincuenta, inicialmente de dos tipos, tricíclicos (ADT) y los inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO), surgen para el tratamiento de los trastornos del humor. En los años setenta se crean los antidepresivos atípicos, heterocíclicos o de segunda generación. A finales de los años ochenta se crean los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos y reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA), antidepresivos noradrenérgicos y serotonérgicos específicos (NaSSA), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRNS).

En relación a las sales de litio se comienza a usar en el siglo XIX para el tratamiento de otras patologías como el caso de gota, cáncer y epilepsia pero fue en 1940 que comienza a usarse para el tratamiento de las manías, en 1960 este compuesto tuvo más acogida en el medio psiquiátrico debido a estudios donde demuestra una efectividad en pacientes de trastornos afectivos bipolares.

Se comenzó a buscar un tipo de tratamiento para las ansiedades en donde se encontraron compuestos que responden a este tipo de demanda, estos compuestos serían los meprobamato y benzodiazepinas. Estos últimos tienen buenos resultados disminuyendo una potencial dependencia.

En la actualidad los psicofármacos son la base de un tratamiento psiquiátrico, este uso tiene opiniones divididas en la sociedad. Las opiniones divididas surgen ya que por un lado si vemos desde el punto de vista “médico” los trastornos disminuyen, son vistos como enfermedades de orden orgánicas, pero dentro de otras disciplinas o movimientos este acto es visto como el silencio de los síntomas, es decir, es necesario callar al sujeto para que exista un bienestar, tenemos como ejemplo la “Antipsiquiatría” movimiento político que trataba de ser una detractora de la psiquiatría, este movimiento estaba en contra del tipo de tratamiento que tenía la psiquiatría así como el abuso de psicofármacos como los internamientos inhumanos que tenían los pacientes:

La antipsiquiatría ha tratado de reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados en el sentido de una gran apertura al mundo de “la locura”, eliminando la noción misma de enfermedad mental. La institución psiquiátrica se nos presenta hoy como una estancia opresora; algunos autores, como el ya mencionado Thomas Szasz, denuncian y cuestionan la forma en que los internamientos psiquiátricos han funcionado como una conspiración de silencio (Vásquez, 2011, p.3).

A pesar de existir otras disciplinas más que no van de la mano con la psiquiatría en relación al tratamiento, la psiquiatría tiene cada vez más demanda en la actualidad, los psicofármacos son cada vez más usados para tratar problemas simples, adicionalmente como ya se dijo en párrafos anteriores en el DSM V existen ahora “trastornos” que en realidad son situaciones comunes en la vida de un sujeto como el “trastorno disfórico menstrual”, esto es la psicopatologización la vida cotidiana.

4.3. Capítulo II: Síntoma – Psicoanálisis

4.3.1. Concepto del síntoma en el Psicoanálisis

En este capítulo nos enfocaremos en el síntoma visto por el psicoanálisis, nos basaremos principalmente en las concepciones entorno al síntoma de Freud y Lacan puesto que a lo largo de la historia existieron varios exponentes del psicoanálisis con diferentes modos de ver el síntoma.

4.3.1.1. Conceptos del síntoma en Freud

Para Freud el síntoma no tiene el mismo significado que lo tendría otra especialidad médica, el síntoma desde el punto de vista psicoanalítico tiene una lógica y un abordaje diferente.

Los síntomas están cargados de un malestar que se manifiestan repetidamente en el sujeto llegando a convertirse en un sufrimiento que entorpece día a día del ser sufriente, el síntoma es a su vez una invención y una solución singular que el sujeto ha creado. Freud desarrollará esta forma de ver al síntoma en la mayor parte de su trabajo, al inicio de la Conferencia 23 “Los caminos de la formación de síntoma” hablará de los síntomas lo siguiente:

Los síntomas –nos ocupamos aquí, desde luego, de síntomas psíquicos (o psicógenos) y de enfermedades psíquicas- son actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella (p.326).

En los primeros años del psicoanálisis el síntoma era visto como un mensaje que tenía el papel de decir algo, de origen reprimido, es decir, toda idea que era desfavorable o lo que provocaba malestar en el Yo era reprimida siendo esta la lógica en que se basaba Freud para que plantee en su teoría la formación del síntoma.

El síntoma, extraño para el sujeto, era un código descifrable en donde si se descifraba el sentido del síntoma el malestar desaparecía. La cura era orientada por esta vía, la del descifrar el sentido del síntoma. Agrega Freud: “siempre y dondequiera, el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que empero, bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes” (1978, p255).

En la segunda tópica freudiana se agregan más elementos como las instancias psíquicas del Yo, Ello y el Superyó, así también conceptos como pulsión y angustia que incrementarán

más la complejidad tanto teórica como práctica del síntoma. El síntoma se desarrollará más conceptualmente, ya no serán simplemente ideas reprimidas que tenían el propósito de ser descifradas para encontrar una mejoría de estos, el síntoma es visto como un sustituto.

En inhibición, síntoma y angustia publicado en 1926, Freud dirá que “El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello” (p. 87).

En la cita anterior, Freud nos muestra la batalla de dos instancias clásicas en la tópica freudiana, las fuerzas del Ello y del Superyó, en dicha batalla las pulsiones son reprimidas por el Yo debido a que el Superyó lo ordena, esta pulsión es motivada por el Ello. El Yo logra desviar o inhibir esta pulsión y el síntoma aparece como un compromiso entre las instancias psíquicas.

Es por el mecanismo de la represión que se logra reprimir el contenido que podría afectar al Yo, este contenido reprimido es lo que ocasionará la formación del síntoma.

El síntoma no solo aparece una vez y desaparece, tiene la característica de repetirse, se repite ese algo que aparentemente no tiene sentido alguno, pero ¿por qué se repite? En esta repetición el sujeto obtiene una parcial satisfacción. Se repite algo que en una temprana infancia produjo una satisfacción:

El síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por la regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta en sí mucho de extraño. Prescindamos de que es irreconocible para la persona, que siente la presunta satisfacción más bien como un sufrimiento y como tal se queja de ella. Esta mudanza es parte del conflicto psíquico bajo cuya presión debió formarse el síntoma (Freud, 1991, p.333).

Toda privación o renuncia al placer causa malestar o sufrimiento al sujeto, desde los inicios de la neurosis esta renuncia o privación se pone en juego llegando a ser traumática, es aquí donde aparece la angustia.

La angustia según Freud es un afecto que aparece ante la situación de peligro que el sujeto experimenta ante la pérdida de un objeto deseado.

La angustia necesita ser recubierta /o envuelta por la solución sintomática para que el sujeto no quede en una total angustia. Dirá Freud:

Toda formación de síntoma se emprende sólo para escapar a la angustia; los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia; así, la angustia sería el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis (1992, p. 136).

Es así como el síntoma aparece como un medio para evitar la angustia, evitar la situación de peligro, se demuestra aquí su función sustitutiva:

La formación de síntoma tiene por lo tanto el efectivo resultado de cancelar la situación de peligro. Posee dos caras; una, que permanece oculta para nosotros, produce en el ello aquella modificación por medio de la cual el yo se sustrae del peligro; la otra cara, vuelta hacia nosotros, nos muestra lo que ella ha creado en remplazo del proceso pulsional modificado: la formación sustitutiva (Freud, 1992, p.137).

Freud desde el inicio de sus investigaciones hasta el final de su vida fue elaborando su concepto de síntoma, fue puliendo este concepto a medida de que los casos se aparecían en su consulta, cada vez fue dando más detalles y nuevos progresos acerca del concepto del síntoma dando como resultado un síntoma que nunca se termina de descifrar pero que significa algo, un síntoma que tiene una cara de displacer y otra de placer, un síntoma que nos defiende ante la angustia.

En la época que Freud comenzaba sus investigaciones la psiquiatría ya tenía claramente establecida ciertos parámetros rigurosos como la clasificación de las enfermedades mentales, Kraepelin mostraba un primitivo abanico clasificador de enfermedades mentales, Freud tuvo que arreglárselas y moverse en un entorno científico donde lo usual era la clasificación, proponer su teoría a la doxa de esa época no nada fue fácil ya que recibía opiniones negativas que terminaban en comentarios peyorativos hacia Freud.

A Sigmund Freud le tocó moverse en un mundo intelectual ordenado y jerarquizado. Sus ideas no fueron acogidas con facilidad en el ambiente académico de su época. Sin embargo, su trabajo representa el más arduo y serio intento de incorporar el estudio de la subjetividad en el corpus médico (Rojas-Malpica, Rojas-Esser, 2013, p. 72).

Nociones como los síntomas psiquiátricos eran concepciones que Freud rechazaba debido a la generalización de los síntomas ya que para Freud el síntoma es algo único de cada sujeto.

Con la muerte de Freud, el padre del Psicoanálisis, no se acabaron las investigaciones psicoanalíticas en relación al sujeto y al síntoma. Lacan con su obra retorna a los escritos freudianos para hablar de estos.

4.3.1.2. *Conceptos del síntoma en Lacan*

Lacan inicia su vida profesional como médico especializado en Psiquiatría, luego de varios años de estudio se interesa en el psicoanálisis y siguiendo los caminos psicoanalíticos freudianos Lacan emprenderá una serie de estudios que llevará al psicoanálisis a verse de otra forma. No hay que malinterpretar esto, Lacan le dará una nueva forma al psicoanálisis sin olvidar los postulados básicos freudianos.

El síntoma, concepto que nos ocupamos en esta tesis, tendrá para Lacan como lo planteaba Freud en un inicio un “sentido”, es decir, el síntoma se puede interpretar y tiene un mensaje que está codificado, se tiene que descifrar, lo que hará que Lacan piense que el síntoma es una especie de metáfora.

Lacan lector de la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure hará relaciones entre el inconsciente y el lenguaje, tomará de la lingüística el concepto de significante siendo estos como lo que definen al sujeto. Lacan escribirá sobre esto en “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” lo siguiente: “el síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser liberada” (p. 258), gracias a este cambio “sustancial” del síntoma se elaborara una de las frases más conocidas de él que es “El inconsciente está estructurado como un lenguaje”.

Braunstein mencionará el propósito de Lacan de incluir el lenguaje y la lingüística al psicoanálisis:

El psicoanálisis, apunta a lo que en el habla sobresalta por su irregularidad, el lapsus o el olvido que revela irrupción de los procesos primarios, el trastorno y el corte en el flujo discursivo. Se focaliza sobre lo no sistemático ni formalizable que se ubica más allá de la lengua y de las estructuras sintácticas superficiales y profundas de la lingüística contemporánea. Su meta teórica y práctica es la de simbolizar el sexo (hacer consciente lo inconsciente) y sexualizar el símbolo (mostrando como ese inconsciente se presenta en el discurso concreto). Su objetivo confesado es el de desbaratar por el juego de la palabra lo que ese juego de la palabra, la significancia, ha configurado: el

síntoma y, dentro de el ese síntoma privilegiado que es el fantasma imaginario del yo (1982, p. 214).

El psicoanálisis dejará por un lado la teoría “biologicista” de Freud para entrar en la estructura del lenguaje y al campo de la palabra.

Tomando en cuenta lo anterior, hablando del significante, éste no representa nada por sí solo, se necesita de otros significantes para decir algo, solo es en su conjunto (cadena significante) que puede decir algo, Lacan en su Seminario 3 llamado “Las Psicosis” realizado entre 1955 y 1956 dirá: “Un significante, en cuanto tal, no significa nada” (p.261). Este es el principio básico del estructuralismo.

Lacan también tomará de la lingüística los conceptos de metáfora y metonimia para explicar el síntoma y su relación con el lenguaje. Estos procesos lingüísticos de sustitución son equivalentes a los procesos de condensación y desplazamiento que Freud ya había propuesto ya hace varios años.

Los procesos de metáfora y metonimia por su naturaleza hacen que el síntoma sea un sustituto de un significante oculto para el sujeto. Estos procesos de metáfora y metonimia estarán relacionados entre sí, Silvia Elena Tendlars en su página web explicará la función que tiene la metáfora y la metonimia y mencionará lo siguiente:

La metáfora es la sustitución de una palabra por otra, la metonimia es la conexión de una palabra con otra palabra. Ambas implican la imposibilidad de la existencia de un significante aislado. Remiten a la cadena significante en sus ejes horizontales (sintagmático) y vertical (paradigmático). Por otra parte, equipara, a diferencia de Jakobson, la metáfora y la metonimia a los mecanismos freudianos de condensación y desplazamiento respectivamente (s.f).

La metáfora tendrá el papel de sustituir un significante por otro, la acción de sustitución hace que entre en juego la metonimia por la cual por su efecto de relación o conexión de un significante a otro hace que el significante oculto se mantenga en la cadena significante. La metáfora no es sin la metonimia.

Agregaré Silvia Elena Tendlars en el mismo artículo:

De esta manera, toda metáfora incluye un efecto metonímico, en tanto que su efecto no depende sólo de la relación que mantiene con el significante latente, sino con todos los otros significantes de la cadena con los cuales está ligado por contigüidad (s.f).

Siguiendo estos procesos se aprecia que el síntoma emerge como un sustituto de algo que no puede ser dicho, son articulaciones significantes que la palabra aún no ha extendido su campo de significación.

El sujeto que va a análisis es un sujeto que va por un malestar que no sabe que es, que se repite, que tortura. Ese malestar llamado síntoma es la representación de que algo no va del todo bien que sin embargo es una verdad que se mantiene oculta, es por la vía del síntoma que el sujeto trata de decir algo.

Por medio del lenguaje y la palabra el síntoma va a comenzar a tener una envoltura significativa, el síntoma va teniendo forma para el sujeto desvaneciéndose así el sin sentido, Jacques-Alain Miller (1997) dirá: “Antes de reconocer un querer decir del síntoma podemos reconocerlo por lo menos como una articulación de significantes, eventualmente sin sentido” (p. 511).

Hay un sentido, hay una verdad en el síntoma que el sujeto necesita descifrar pero que se resiste a develar. A diferencia de las formaciones del inconsciente el síntoma no es fugaz, por el contrario perdura, es repetitivo y aparece en varios escenarios de la vida del sujeto. Freud ya mencionaba ese aspecto de repetición en donde dicha repetición implicaba una satisfacción y un sufrimiento o displacer.

Recapitulando, Lacan hasta este punto de su enseñanza consideraba al síntoma como un mensaje dirigido a un Otro que debía ser interpretado y que a su vez este síntoma contenía una verdad que estaba velada.

A partir de los años setenta Lacan dará un giro a la forma de ver y tratar al síntoma, el síntoma no irá más del lado de la interpretación, ya no se tratará de darle un sentido, el síntoma ya no será solamente un mensaje con un sentido dirigido al Otro.

Dar sentido al síntoma no hace que estos desaparezcan, no hace que el malestar causado por el síntoma se extinga, por el contrario hacen que el síntoma persista, Lacan en “La tercera” dirá: “Llamo síntoma a lo que viene de lo real. Esto significa que se presenta como un pececito cuya boca voraz sólo se cierra si le dan de comer sentido” (p. 84).

El síntoma ya no va por el orden de la significación o por el orden de lo simbólico, no irá más por la vía de llenarlo de sentido, el síntoma viene de lo real. Lacan va a comenzar a trabajar sobre este cambio teórico y en el Seminario XI “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964) dirá: “El objetivo de la interpretación no es tanto el sentido, sino la

reducción de los significantes a su sin-sentido para así encontrar los determinantes de toda la conducta del sujeto" (p. 219).

El síntoma con el exceso de significación no nos llevará a nada, veremos entonces que el síntoma no solamente tendrá un sentido-simbólico que se necesite interpretar, este adoptará la tendencia a resistirse al sentido, lo real se resiste a la significación y al sentido.

Nos damos cuenta que a partir de estas elaboraciones del síntoma que a pesar de su interpretación éste tiene un resto, un excedente, goce, que no se puede interpretar o descifrar; este resto indescifrable estará en el orden de lo real.

El sentido del síntoma no es aquél con el que se lo nutre para su proliferación o extinción, el sentido del síntoma es lo real, lo real en la medida en que se pone en cruz para impedir que las cosas anden, que anden en el sentido de dar cuenta de sí mismas de manera satisfactoria (Lacan, 1964, p. 84).

Entenderemos entonces que el síntoma tiene una vertiente real, fuera del enlace de un significante con otro, siendo el síntoma real no podemos trabajarlo por la vía de la interpretación, el síntoma-real estará cifrado.

Cifra significa para la R.A.E. "Escritura en que usan signos, guarismos o letras convencionales, y que solo puede comprenderse conociendo la clave" (s.f). Entonces tenemos a la cifra como signo que se puede comprender conociendo la clave.

Tomando en consideración lo anterior el síntoma ya no estará únicamente codificado bajo las reglas del lenguaje en donde se reúnen significantes para formar un sentido, estará cifrado bajo la lógica imposible de lo real es decir el sin sentido y lo que no se puede decir, por lo que se necesitará a la escritura para estudiar al síntoma, en la escritura se apreciará la importancia de la letra como signo independiente la cual dirá mucho del síntoma y de sus efectos de goce.

Hablamos de la letra como una cifra que estando en el campo del lenguaje solo o aislado no significa nada, no tiene efecto de sentido en lo simbólico pero si tendrá un goce del sentido. De esta manera el síntoma es un modo de gozar del inconsciente, Miller (1987) dirá:

¿Cuál es el valor de la cifra? Parece un modo de significante, pero es el significante no considerado por sus efectos de sentido; la cifra está del lado de la letra y no del significante. Con esta nueva perspectiva podemos aceptar una nueva definición del

síntoma, no a partir del Otro, como mensaje dirigido al Otro y que se trata de interpretar, sino del síntoma como un modo de gozar del inconsciente (p. 115).

El síntoma al momento de aislarlo fuera de la articulación mínima de dos significantes S1-S2, es decir fuera de la cadena signifiante, se lo apreciará como un S1 solamente, sin relación alguna, un signifiante aislado, una letra. Esta letra es el representante de un signifiante fuera del significado que tendrá la función de representar al síntoma. Lacan en su Seminario 22 “R.S.I.” dirá que la función de la letra es la de representar al síntoma por medio de una “x” tal cual una operación matemática en donde a “x” se asigna un valor que no se sabe.

¿Qué es decir el síntoma? Es la función del síntoma, función a entender cómo sería su formulación matemática: $f(x)$. ¿Qué es esta x ? Es lo que del inconsciente puede traducirse por una letra en tanto que solamente en la letra la identidad de sí a sí está aislada de toda cualidad. Del Inconsciente, todo Uno en tanto que sustenta el signifiante en lo cual el Inconsciente consiste, todo Uno es susceptible de escribirse por una letra (1974).

La letra señalará ese lugar del cual el sujeto goza, podemos decir que al final de la enseñanza de Lacan el síntoma es una letra de la cual el sujeto goza de su inconsciente.

El síntoma ya no tendrá una connotación o valor de un error o falla como se en los inicios del psicoanálisis, el síntoma tendrá su función, su utilidad y su particularidad de la cual cada sujeto tendría que saber qué hacer con él, como lo dice Lacan en el Seminario 24 “Conocer su síntoma quiere decir saber hacer con, saber desembrollarlo, manipularlo. (...) Saber hacer allí con su síntoma, ese es el fin de análisis” (1976).

4.3.2. El síntoma en las estructuras clínicas

En el psicoanálisis la noción de estructura aparecerá debido a que Lacan tuvo un gran conocimiento de otras disciplinas, el uso de esta noción será a partir del Seminario 3, desde este Seminario en adelante la noción de estructura va a tener cambios. Aunque Freud ya establecía un conjunto de elementos para describir las psicosis o las neurosis será Lacan quien usará la noción de estructura para establecer una diferencia entre la Neurosis, las Psicosis y la Perversión. Cabe recalcar que Lacan nunca denominó como “Estructuras clínicas” al conjunto de estas estructuras, las usaba una por una, es decir, estructura neurótica, estructura psicótica y estructura perversa.

La estructura se refiere a la estructura del lenguaje la cual contará con un conjunto de elementos, estos elementos tendrán una relación entre sí, es decir, una co-variancia. Lacan dirá sobre la estructura lo siguiente:

La noción de estructura merece de por sí que le prestemos atención. Tal como la hacemos jugar eficazmente en análisis, implica cierto número de coordenadas, y la noción misma de coordenadas forma parte de ella. La estructura es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante (Lacan, Seminario 3, p. 261).

Esta estructura no es observable ni tangible como lo serían los objetos de la ciencia que mediante un análisis con artefactos se pueden sacar medidas, su peso y saber su forma física, es decir palpar u observar un objeto tridimensional, por el contrario la estructura se evidencia en la realidad del día a día del ser humano y la relación con el otro. Eidelsztein estudiará profundamente acerca de la noción de estructura, en su libro “Las estructuras clínicas a partir de Lacan” desarrollará esta noción y dirá lo siguiente:

La estructura del significante no es ni un objeto real, ni un modelo teórico, es más bien una máquina que determina la realidad del sujeto hablante; máquina que Lacan equipara a una turbina, que en su esencia es una cadena de ecuaciones físico matemáticas y que agregada a una cascada natural realiza la energía (2003, p. 53).

En este segmento se tratará sobre el síntoma en la estructura neurótica y en la estructura psicótica, la estructura perversa no se tomará en consideración, no por ser menos importante, por el contrario no se tomará en consideración debido a la complejidad que tiene y que necesariamente se necesitará un profundo y extenso estudio.

4.3.2.1. Síntoma en la estructura neurótica

Se entiende que la neurosis está estructurada como una pregunta, Lacan trabajará sobre esta idea y desarrollará lo siguiente “La estructura de una neurosis es esencialmente una pregunta, y por eso mismo fue para nosotros durante largo tiempo una pura y simple pregunta.” (Lacan, 1956, p. 249), originariamente es una duda que se convierte en pregunta, una pregunta oculta o secreta que no se manifiesta explícitamente en el hablar cotidiano de la persona pero que se estructura en el inconsciente.

Lacan en el seminario 4 “La relación de Objeto” mencionará lo siguiente:

Si la neurosis es pues una especie de pregunta cerrada para el propio sujeto, pero organizada, estructurada como pregunta, los síntomas se pueden entender como los

elementos vivos de esta pregunta articulada sin que el sujeto sepa lo que articula. Por así decirlo, la pregunta esta viva y el sujeto no sabe que él está en esa pregunta. El mismo es a menudo uno de sus elementos, que puede situarse a diversos niveles -a un nivel elemental, casi alfabético, o a un nivel más elevado, sintáctico, en el cual nos permitimos hablar de función metafórica y de función metonímica (2016, p. 394).

En el caso de la neurosis histérica esta pregunta gira entorno a la sexualidad del ser, como por ejemplo ¿Qué es ser un hombre? o ¿Qué es ser una mujer?, a diferencia de la histeria la neurosis obsesiva tendrá la pregunta acerca del orden de su existencia y en relación a la vida o la muerte. Lacan en el seminario 3 “Las Psicosis” mencionará la diferencia la posición histérica y la posición del obsesivo: (Lombardi, 2009)

(...) lo que caracteriza la posición histérica es una pregunta que se relaciona justamente con los dos polos significantes de lo masculino y lo femenino. El histérico la formula con todo su ser: ¿cómo se puede ser varón o se puede ser hembra? Esto implica, efectivamente, que el histérico tiene de todos modos la referencia. La pregunta es aquello en lo cual se introduce y se conserva toda la estructura del histérico, con su identificación fundamental al individuo del sexo opuesto al suyo, a través de la cual interroga a su propio sexo. A la manera histérica de preguntar o... o... se opone la respuesta del obsesivo, la denegación, ni... ni... ni varón ni hembra. Esta denegación se hace patente sobre el fondo de la experiencia mortal y el escamoteo de su ser a la pregunta, que es un modo de quedar suspendido de ella. El obsesivo precisamente no es ni uno ni otro (1984, p. 358).

En la neurosis histérica el cuerpo juega un papel importante por lo que éste se ubica en la inscripción del síntoma, esta modalidad de representar el síntoma en el cuerpo hace que el síntoma tenga un modo de relacionarse con el otro, sin embargo, el sujeto no sabe nada de este síntoma, solo sabe que lo tiene. Lombardi (2009) dirá:

El síntoma histérico reúne dos condiciones inigualables: la primera es que desde el inicio está inscripto entonces en el lugar del goce – el cuerpo -, la segunda es que se trata de un síntoma social, capaz de enlazarse con el deseo del Otro. El síntoma histérico es por eso el síntoma abierto a la interpretación (p. 2).

A diferencia del sujeto histérico, el neurótico obsesivo no usa el cuerpo para ubicar el síntoma, más bien lo aísla, lo deja fuera del cuerpo y lo ubica en el pensamiento, secreto,

difícil de localizar por sus pensamientos e ideas estructuradas como murallas con la lógica de un laberinto. Continúa Lombardi en el mismo escrito:

Muy distinto es el caso de la neurosis obsesiva, que es “un asunto privado del enfermo”. El síntoma y el lugar del goce aparecen en él como divorciados, incomunicados el uno respecto del otro, y cuando uno y otro se aproximan en las asociaciones, emerge una angustia que contrasta con la bella indiferencia de la histérica. El síntoma obsesivo no enlaza los cuerpos, más bien los aísla. Es excelente la caracterización de esa neurosis que hace Freud en Inhibición, síntoma, angustia, donde muestra de paso hasta qué punto el cuerpo y el estilo asociativo son dos cosas indisociables (p. 2).

Se introduce al Otro para que exista un proceso analítico, gracias a la transferencia en análisis el supuesto síntoma llega a tener algo de claridad para el sujeto. Es en el proceso analítico que ese goce o síntoma llega a tener una consistencia o forma para el sujeto.

Gracias al proceso analítico el neurótico se las arregla con su síntoma, es decir, saber hacer con el síntoma como ya hemos ido mencionando.

4.3.2.2. *Síntoma en la estructura Psicótica*

Como es ya sabido para los lectores del psicoanálisis en la estructura psicótica ya sea en la paranoia o en la esquizofrenia van a existir los llamados “fenómenos elementales”. Estos fenómenos son equiparables a los síntomas neuróticos y pueden manifestarse antes de que el psicótico este desencadenado o no.

A diferencia del neurótico estos fenómenos elementales no están dirigidos a un Otro para que lo descifre, esta estructura no se caracteriza por aparecer como una pregunta, por el contrario la característica de esta estructura es la certeza.

Los fenómenos elementales, noción tomada de la psiquiatría por Lacan, designarán si se está hablando de un psicótico o no, estos fenómenos serán usados en la clínica psicoanalítica para diferenciar a una psicosis de una neurosis.

Estos fenómenos elementales serán tres, Miller en su texto “Introducción al método psicoanalítico” explica brevemente cada uno de ellos. El primero que es el “Fenómeno de automatismo mental” será aquel que:

(...) son la irrupción de voces, del discurso de otros, en la más íntima esfera psíquica. Los fenómenos de automatismo mental son, sin duda, muy evidentes cuando la psicosis ya se desencadenó, pero un automatismo mental puede estar presente, silenciosamente, durante años con apenas una o dos irrupciones en la infancia o en la adolescencia, quedando más tarde encubierto. De ahí que sea necesario centrarse en esa irrupción (2006, p. 24).

El segundo fenómeno elemental es aquel que conciernen al cuerpo, continuará Miller diciendo “Aparecen entonces fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza, con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o de dislocación espacial” (p. 24).

Por último estarán los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad y que Miller dirá:

(...) que no son abstracciones; son cosas efectivas de la experiencia analítica. El testimonio, por ejemplo, por parte de experiencias inefables, inexpresables, o experiencias de certeza absoluta y, más aún, con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño o, lo que se llama en la clínica francesa, expresiones de sentido o significación personal (p. 24-25).

Estos fenómenos aparecen debido a la forclusión, es decir, el rechazo de un significante primordial, Lacan en el Seminario 3 “Las psicosis” dedicará la mayor parte de su seminario a hablar del sujeto psicótico y enunciará que en la psicosis existe un rechazo, dirá lo siguiente: “Se trata del rechazo, de la expulsión de un significante primordial a las tinieblas exteriores, este que a partir de entonces faltará en ese nivel” (1984, p. 217), el autor se referirá al rechazo o forclusión del significante del Nombre del Padre, este significante no será posible de inscribirse en el orden simbólico sino que hará su retorno en lo real.

El desencadenamiento del sujeto psicótico ocasionado por algún suceso provocará en primera instancia un sentimiento de perplejidad en donde no habrá significante alguno que lo sostenga y que dé respuesta a la situación por lo tanto su respuesta será por medio del delirio o los ya mencionados fenómenos elementales.

A diferencia del neurótico el sujeto psicótico tendrá un desanudamiento en uno de sus tres registros (Imaginario, Simbólico y Real). Dependiendo del registro desanudado en el

nudo borromeo la estructura psicótica va a tener dos divisiones en las cuales constan la esquizofrenia y la paranoia.

Hablando de la esquizofrenia, esta se caracteriza por la fragmentación del cuerpo lo cual quiere decir que el sujeto vive el horror delirante de una modificación corporal que no puede controlar, producto de una dislocación del registro de lo imaginario, lo que hará que el esquizofrénico no tenga la capacidad de significar su cuerpo.

Por otro lado la paranoia será representada por las ideas delirantes de persecución, en esta ocasión el orden de lo simbólico estará desanudado haciendo que el psicótico crea que todo lo que hay en el mundo sea un signo peligroso dirigido a él. Joël Dor mencionará:

En la paranoia, el delirante es invadido por lo Imaginario en la misma medida en que se encuentra “cortado” de lo Simbólico. Está constantemente tentado de simbolizar lo Imaginario. Al no conseguirlo, construye un sentido con todo: todo se convierte en signo para él (1996, p.465).

A pesar de que el psicoanálisis hace una división y una descripción de los posibles síntomas en las neurosis o de los fenómenos elementales en las psicosis no hay que olvidar que más allá de ver u observar los síntomas es más importante evidenciar la posición subjetiva que el sujeto tenga, es decir la posición que tenga ante el deseo, el objeto, el goce y hacia el otro.

4.3.3. Hacer con el síntoma

Es importante resaltar que la definición de salud para los profesionales de la salud mental no tiene el mismo efecto o el mismo alcance que para el psicoanálisis. El derecho a la salud no es algo que está en duda, pero hay que preguntarse un poco más allá de la definición de salud ¿Qué es salud? y ¿que establece estos parámetros?

El concepto de salud está ligado al de bienestar, meramente: “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2014).

La salud de esta manera estará orientada a otorgar un bienestar a la persona, pero así mismo, el bienestar estará intrínsecamente ligado al concepto de felicidad. Bienestar y felicidad no estarán disociados, en otras palabras tener bienestar es estar feliz.

Este anhelo de buscar el bienestar y la felicidad que era un anhelo que se tenía desde la antigüedad ya no es de interés individual y particular ya que los gobiernos, las instituciones, el mercado y los ideales modernos tienen cada vez más presentes esta modalidad de salud los cuales buscarán un estándar de bienestar y felicidad para todos.

Muratori, Zubieta, Ubillos, González y Bodowik mencionaran en su trabajo lo siguiente:

Ser y estar feliz, desarrollarse como persona o estar a gusto con sí mismo/a son cuestiones básicas que han preocupado a las personas desde hace milenios. Desde hace décadas se analiza no solo su significado, sino también los antecedentes y consecuencias de este estado. Sin embargo, su análisis no solo se realiza como una cuestión de interés personal, sino que se ha intentado crear índices nacionales de bienestar con el fin de permitir a las autoridades articular políticas sociales y públicas. Es decir, se considera que es un fenómeno de interés tanto para la persona como para las naciones y colectivos sociales (2015, p.1).

Otorgar salud es eliminar lo indeseable o lo dañino, Jean Paul-Margot de la Universidad del Valle en su artículo "La Felicidad" redactará sobre la felicidad moderna lo siguiente:

¿Cuáles son las condiciones de la felicidad moderna? Una de ellas es la de que hay que eliminar de nuestra vida el dolor y la enfermedad. Eliminar la muerte es más difícil, pero la ciencia progresa y la duración de la vida aumenta (2007, p.68).

Y siguiendo su mismo texto se preguntará lo siguiente:

¿Se deberá ayudar al hombre a ser feliz recurriendo a las "técnicas del alma"? Si el psicoanálisis no se presenta como una "receta" de la felicidad, logra, sin embargo, mejorar la psiquis del hombre moderno, lo ayuda a adaptarse a las condiciones de vida de nuestra civilización, le permite reabsorber sus conflictos internos para integrarse mejor a la vida social (2007, p. 69).

Esta definición de Salud será integrada a la Psiquiatría puesto que es una rama de la medicina y tendrá como resultado la erradicación del malestar que causa el síntoma, malestar ubicado en nombres o diagnósticos clínicos como depresión, ansiedad, insomnio, alucinaciones, entre otros; el imperativo que la medicina moderna propone es que estos síntomas se curen.

Miller criticará la posición que la medicina opta en cuanto a la salud y hará un comentario acerca de la salud mental, mencionará lo siguiente:

¿Cuál es la definición más clásica de salud? La salud se define por el silencio de los órganos, pero está el inconsciente que no se calla nunca y que no ayuda para nada a la armonía. Así definida, la salud mental no puede servirnos, como tal, de criterio en la práctica analítica (2006, p.131).

El psicoanálisis no tratará de erradicar al síntoma, tratará de hacer algo diferente, el síntoma será una vertiente significativa, un eslabón perdido con una lógica, lógica del inconsciente que tendrá una verdad oculta para el sujeto, un saber cifrado. Este eslabón no lo es todo para que exista una llamada cura analítica pero será el punto de partida para llevar al sujeto a un análisis:

Por una parte tenemos ese fenómeno del que solemos decir que pertenece a un primer nivel, a la fenomenología de la experiencia analítica, es decir, lo que se puede ver, oír, en el paciente. Éste habla mucho de su síntoma. Habla para lamentarse de él, y es el síntoma lo que lo mueve a ir al analista (Miller, 2006, p. 26).

Con esto podemos ver que el síntoma más allá de un malestar es un intento de solución, que hace un llamado al Otro para la búsqueda de una ayuda vía el psicoanálisis, es decir, por la palabra.

El análisis logrará que el sujeto se interrogue acerca de lo que le afecta ya que a pesar de los diferentes tratamientos de un “trastorno mental” el síntoma sigue hablando, se repite, insiste y no se calla.

El proceso analítico ayudará al sujeto a encontrarse y enterarse de lo más singular de uno, por decirlo de una manera llegar “al hueso del síntoma”, para que el sujeto encuentre la posibilidad de saber hacer con su síntoma, Esthela Solano mencionará sobre este punto que:

Así se pone en evidencia lo más singular de cada sujeto, es decir el nudo del síntoma, que anuda el registro de lo real, el registro de lo simbólico y el registro de lo imaginario. El síntoma aparece entonces como la solución del sujeto. El síntoma es incurable. Se despoja su sentido gozado (jouis-sens), su pathos, y esto abre hacia la posibilidad de otro régimen de satisfacción que es el de un « saber hacer » con el síntoma (2007).

El síntoma es únicamente síntoma cuando se lo trabaja en análisis, es decir, el análisis produce el síntoma, en este proceso el sujeto desprende de él significantes para ponerlos en la mesa y saber un poco de que se trata, el analista tendrá con este trabajo del sujeto

una lectura de este síntoma. Esto a que llama el sujeto síntoma traerá sorpresas, se asemeja a un caballo de Troya, en el cual encontraremos dentro de él pistas del deseo, pulsión y goce y por supuesto, la singularidad de cada sujeto.

No se verá al síntoma únicamente como un sufrimiento sino que será algo más, detenernos en esta parte superficial del síntoma significaría parecernos a otras disciplinas médicas o a la psicología que se basa en la observación de los fenómenos sacando la singularidad del sujeto:

A su vez, se entenderá al síntoma en forma singular, a diferencia de cualquier pluralidad de síntomas (fóbicos, conversivos, etc.) que un caso pueda presentar en sentido médico, psiquiátrico o psicológico. Este “el” síntoma en singular es producido en análisis como resultado del trabajo entre el padeciente (el que padece por demás) y el analista –ya activo en la elaboración del material que permite leer lo que es síntoma para ese caso–; su lógica singular deriva de su condición de sustituto impropio del verdadero acto del deseo, el que también es singular (Eidelsztein, 2005).

Llegar al punto de saber qué hacer con su síntoma no es una cuestión sencilla, la vía del análisis pasa por varios tropiezos tanto como resistencias y otras contingencias que no todos pueden atravesar, por eso no todo el mundo puede llegar al fin de análisis. El sujeto no lo tendrá fácil, éste no irá a análisis para hablar de cosas bonitas para salir de éste feliz, el sujeto se tiene que esforzar para elaborar y hablar de lo único y singular, tiene que “sudar la gota gorda” donde se encontrará con lo más aterrador, siniestro y monstruoso de uno mismo. Lacan mencionará:

Entonces es bien evidente que el enunciado de la regla fundamental consiste en decir a una persona que viene a pedirles algo – llegado el caso una ayuda- que la regla fundamental no es otra cosa que hacerle observar que hay que sudar un poquito para hacer algo juntos, que la cosa no va a andar si de algún modo no se llegue hasta lo que displace, no al analista, sino que displace profundamente a cualquiera: hacer un esfuerzo (Lacan, 1975, p.2).

Se necesita una persona con un deseo de saber intenso acerca de lo más confuso de sí mismo para que exista un análisis, para que se produzca el sujeto y por supuesto, se necesita de un analista que tenga una lectura de todo fragmento que lleve el sujeto al análisis para que éste mismo abra puertas del saber que muchas veces se ignora.

4.4. Capítulo III: Semejanzas y diferencias entre el síntoma y el trastorno

4.4.1. Semejanzas entre el síntoma y el trastorno

Para continuar con nuestro trabajo nos corresponde ahora a establecer posibles semejanzas entre el síntoma psicoanalítico y el trastorno psiquiátrico. Tomando en cuenta lo trabajado anteriormente existirán pocas semejanzas entre ambas disciplinas, entre las semejanzas podemos darnos cuenta de lo siguiente:

- Las disciplinas desarrolladas en este trabajo actuarán sobre el sufrimiento del sujeto, ya que por este sufrimiento se realiza una demanda a un profesional, tanto psiquiatra como psicoanalista.
- Ambas disciplinas tienen bases teóricas para poder evidenciar un síntoma, ya sea ubicarlo en una nosología psiquiátrica (Psiquiatría) o verlo como un síntoma de orden neurótico o psicótico (Psicoanálisis). El marco teórico de cada una de ellas le da el aval para tratar la problemática del síntoma. Estas bases teóricas las diferencian de otras actividades “terapéuticas” que tienen como intervención la sugestión o los fitofármacos.

Como se pudo apreciar, notamos pocas semejanzas entre el síntoma psicoanalítico y el trastorno psiquiátrico, no era de esperarse menos este resultado ya que son disciplinas totalmente diferentes en las cuales la semejanza básicamente sería el tratar o trabajar con lo que el paciente o sujeto trae como malestar.

4.4.2. Diferencias del síntoma y el trastorno

En esta sección se trabajarán las diferencias que tienen el síntoma psicoanalítico y el trastorno psiquiátrico; entre las diferencias vamos a encontrar muchas pero abordaremos las más importantes las cuáles serán las siguientes:

- **Erradicar y curar / no erradicar, no curar**

La psiquiatría en palabras generales considera al trastorno mental como un síndrome o patrón de manifestaciones comportamentales de un estado patológico, estas manifestaciones le deben su origen a la disfunción de procesos psicológicos o biológicos, este tipo de concepción ya va partiendo de que el trastorno es una representación de algo que es anormal en la vida del paciente y que representa un sufrimiento con base patológica-orgánica que tiene que de ser erradicado o desterrado del cuerpo del paciente. El psicoanálisis por otro lado, mira al síntoma de otro modo, si bien es cierto el síntoma representa algo que no anda

bien en el sujeto, este síntoma no se trata de erradicar ya que dicho síntoma da la apertura a algo más, abre la puerta al sujeto del inconsciente. El psicoanálisis no erradicará o curará al síntoma sino que hará de ello algo que el sujeto pueda responsabilizarse.

- **Psicofarmacología / Asociación libre**

El tratamiento que reciben de los trastornos en la psiquiatría es por la vía farmacológica, es cierto que de entrada a una consulta psiquiátrica no solamente el psiquiatra ve al paciente y se administran psicofármacos, debe existir también la consulta, la recolección de datos y síntomas, anamnesis, es decir, existe un encuadre donde también hay veces que se retoman asuntos personales de los pacientes, de igual forma el fin de la consulta psiquiátrica es administrar psicofármacos, se administran diferentes combinaciones de psicofármacos o psicotrópicos para hacer desaparecer las manifestaciones sintomáticas, esta es la manera de cómo se tratan los trastornos actualmente, antes de que aparezcan los psicofármacos existían otros tipos de tratamientos entre ellos por ejemplo los conocidos Electroshocks o las Lobotomías que si bien es cierto el Electroshock sigue siendo aplicado pero la lobotomía ya dejó de practicarse.

Para el psicoanálisis el tratamiento va ser por la vía del lenguaje, la asociación libre, de la escucha y la lectura del síntoma, de la intervención, del análisis de los significantes y del discurso del sujeto, así como la posición que el sujeto opta ante estos. Es necesario recordar también que este tipo de tratamiento ha ido cambiando, cuando Freud descubrió el inconsciente la forma de abordar al síntoma era tratando de darle un sentido a todo lo que el paciente refería en su análisis, es decir, por la vía del orden simbólico y la interpretación del síntoma, Lacan fue desprendiéndose un poco de esta concepción llegando a un tratamiento por lo Real, puesto que la interpretación, dar sentido al síntoma no lo desaparece sino que lo refuerza.

- **Estructura Orgánica / Estructura del lenguaje**

En la psiquiatría, el trastorno va ser visto como una disfunción, esta disfunción va a tener un origen orgánico, dicha concepción es gracias a la influencia de las ciencias naturales y la medicina en la psiquiatría. Los autores José A. Bustamante y Antonio Santa Cruz escribirán en su libro “Psiquiatría Transcultural” lo siguiente: “La enfermedad mental es, en el momento actual, una expresión plurigenética de factores bioquímicos, genéticos, psicológicos y sociales.”

Dicho esto el trastorno será visto como una perturbación que tendrá efectos químicos en el cerebro y que tendrán como consecuencia el cambio de comportamiento del paciente.

Para el psicoanálisis el inconsciente va a estar estructurado como un lenguaje, esto quiere decir que el lenguaje y el significante tendrá peso en la teoría psicoanalítica, la estructura significativa será la materia con la cual el analista operará en el análisis, Eidelsztein dirá “Aunque la estructura del significante no es “observable” en la realidad, a pesar de que ella no es un “fenómeno” en sí misma, incide y opera en forma fundamental en la realidad de sujeto humano hablante” (2017, p.53). A partir de estos significantes se pueden apreciar las modalidades del síntoma que el sujeto lleva a análisis.

- **Generalidad / Singularidad**

La psiquiatría tratará de manera general al trastorno, el compendio creado por la herencia de los Psiquiatras más reconocidos del siglo XX hasta ahora que es el DSM es un manual diagnóstico de las enfermedades mentales, reúne “todos” los trastornos mentales que un paciente puede tener, con esta lista de trastornos el psiquiatra ubica al paciente en uno de ellos callando en sí la subjetividad de este y dando un tratamiento parecido al de otros pacientes. Las recetas y dosis se basan en rasgos físicos e intensidad de los síntomas. Este acto reduccionista hace que muchas veces se mecanice el diagnóstico y hace que no se escuche la queja del paciente, en vez de percibir la queja en su totalidad se escucha y se observa del paciente solamente los fenómenos manifiestos. En la actualidad se puede percibir cada vez más esta forma mecanicista con la que la psiquiatría actúa especialmente en las instituciones hospitalarias:

El médico moderno, al creerse “científico” en lugar de “practicante” (quien ejerce una práctica real y simbólica sobre lo real), al sostener su práctica cada vez más en los diagnósticos hechos por dispositivos impersonales desarrollados por la tecnología y ser cada vez más distribuidor de fármacos, ha dejado de ser quien como sujeto se hace el receptor o destinatario de las quejas por el padecer de otro sujeto (Eidelsztein, 2017, p.47).

Para el psicoanálisis, el estudio del síntoma es un asunto singular, va por el caso a caso, no es posible encontrar síntomas iguales en todos los sujetos. El psicoanálisis no trabajará con una generalidad o universalidad como en otras disciplinas, se diferencia por privilegiar la exclusividad del síntoma ya que el síntoma es la vía por la cual el sujeto del inconsciente se manifiesta.

Mediante estos puntos podemos manifestar marcadamente las diferencias tienen ambas disciplinas en cuanto síntoma y al trastorno.

4.5. Capítulo IV: Ilustración de casos

Para que las construcciones teóricas ya investigadas tengan más consistencia se creará este capítulo donde se van a trabajar dos casos ya vistos en el área de Salud Mental del hospital donde se labora actualmente, casos ya trabajados y analizados en un staff médico en conjunto con psiquiatras y psicólogos.

El propósito de esta breve presentación de casos es mostrar las diferencias que hay entre la psiquiatría y el psicoanálisis al momento de trabajar con un paciente, ya que hay un abordaje diferente y un tratamiento diferente del síntoma que presenta el sujeto.

No se pretenderá dar datos extensos, complejos, ni tampoco una exposición completa de un caso con todos sus detalles, se tomará en cuenta únicamente detalles de su sintomatología, diagnóstico/estructura, tratamiento o soluciones singulares.

Como se escribió al inicio se tomarán casos, dos, en donde el primero será un caso de psicosis visto desde el psicoanálisis y luego desde la psiquiatría; en el segundo caso se describirá a un paciente con un trastorno negativista desafiante, de igual manera visto desde el psicoanálisis y después visto desde la psiquiatría.

La estructura de cada caso será la siguiente: se escribirán datos del paciente como datos de filiación (se omitirán nombres únicamente), estructura familiar, manifestaciones o posibles síntomas, motivo de consulta o inicio de tratamiento. Con estos datos o pequeña descripción del caso se procederá a describir primero la perspectiva desde el psicoanálisis en donde se darán datos clínicos que nos harán ver de qué estructura podría hablarse, para luego dar indicios de un posible tratamiento o las soluciones que el paciente tiene, luego se tratará la perspectiva psiquiátrica en donde con la ayuda de detalles del médico tratante de dichos pacientes se explicará a partir del DSM V la razón del diagnóstico establecido por el médico psiquiatra para luego dar su respectivo tratamiento psicofarmacológico cumpliendo una solución psiquiátrica.

- **Primer caso**

Caso S., este caso es tratado en el área de Salud Mental, inicia el tratamiento psicofarmacológico como psicoterapéutico debido a una internación, ha tenido varios ingresos en un periodo de tres años aproximadamente, de estos ingresos se hablará específicamente de su primer ingreso en el 2015.

La paciente S. de sexo femenino posee la edad de 33 años, no hijos, no relación de pareja, vive con madre en la ciudad de Guayaquil, tiene una hermana menor de 31 años que vive en el exterior y que viene al país dos veces al año. Su padre está ausente desde la infancia. Paciente sin trabajo estable y en ocasiones tiene trabajos pequeños como hacer bisuterías.

S. ingresa por primera vez al área de salud mental en el 2015, es derivada por el área de Emergencias del mismo hospital, el motivo de ingreso radica en la peligrosidad de sus actos, delirios y alucinaciones tanto visuales y auditivas, trataba de hacer daño a la madre, a personas que le rodeaban y en su internamiento trataba de hacer daño al personal médico, estuvo con medidas de sujeción en sus cuatro extremidades.

Al ser ingresada se pudo entrevistar después de varios días ya que la crisis que tenía por el momento no permitía el acercamiento o la interacción. Cuando la crisis pudo disminuir se pudo entrevistar a la paciente en donde los delirios aún se mantenían pero en una menor intensidad, se podía apreciar que el contenido de sus delirios eran de orden paranoicos, es decir, mencionaba frases como “me quieren hacer daño”, “la medicina me va a matar y me quieren envenenar”, “mi padre me quiere violar de nuevo”, “me quieren prostituir”.

Cuando la paciente pudo estabilizarse se pudo entrevistar, la paciente comienza a narrar su situación familiar en donde mencionaba “mi madre es muy demandante y siempre tengo problemas con ella”, a medida de que avanzaban las sesiones la paciente iba hablando más de su padre y de cómo fue su infancia, a lo que menciona “mi madre se separó de mi padre cuando tenía como 8 años, desde ahí yo comencé a vivir con mi abuela paterna ya que mi mamá solo pasaba trabajando, lo poco que recuerdo de mi padre es que era muy malo, alcohólico y estaba metido en malas cosas”.

Volviendo a la crisis por la cual ingresa, la paciente menciona “me alteré mucho cuando vi a mi padre, desde que lo vi comencé a sentirme mal, él me violó el abusó de mí cuando era niña pero no se lo había dicho a nadie, verlo me hizo acordar de todo, yo lo odio”. Días posteriores la paciente recupera un poco más su estabilidad dejándola fuera de crisis por lo cual es dada de alta, se estimula a que continúe el tratamiento psicológico pero por su mala adherencia al tratamiento y problemas familiares no lo continúa.

Perspectiva Psicoanalítica:

Comprendiendo lo anterior y lo trabajado en capítulos anteriores se puede hablar de una estructura psicótica debido a los síntomas o fenómenos elementales presentados, se aprecia

que el retorno de ese significante fundamental, forcluido en el inicio de la vida de la paciente, hace que la paciente desencadene su estructura.

La falta del significante del Nombre del Padre, hace que la paciente quede en un dilema o en la perplejidad, no hay una organización Simbólica capaz de sostener a la paciente por lo tanto la reaparición de este significante en lo Real hace que se creen metáforas delirantes que funcionan como una especie de solución para el psicótico.

En el delirio, el sujeto psicótico, se organiza con ayuda de la metáfora delirante, para restituir su propia realidad tomando como central ese simbólico rechazado en lo real. Por medio de la sustitución significativa que pone en juego el proceso metafórico, el sujeto logra las transformaciones que suple con esta nueva creación al significante rechazado, pero que ahora es recreado por el delirio (Apud A. , 1998).

Es mediante el delirio que el psicótico crea una solución momentánea del evento repentino. Luego de estas crisis la paciente comienza a hacer su propia elaboración de lo sucedido con el encuentro horroroso de este padre, comenzó a dar otros sentidos disminuyendo así la angustia, se tuvo en cuenta la sutileza y el cuidado que se debe tener ya que a diferencia del neurótico el sujeto psicótico es frágil y puede desencadenar con cualquier interpretación. El mismo sujeto psicótico puede recrear o reorganizar nuevamente su mundo, intentará simbolizar ese mundo desorganizado, oscuro y tenebroso que le acontece.

Es el psicótico quien reconstruye su realidad dándole un posible “sentido” que lo hace caminar en el mundo y es el analista que funciona como secretario del alienado quien escucha estas “soluciones”, Patricia Apud en la Revista “Imago Agenda” dirá que “El sujeto psicótico, elabora un saber, restituyendo el nombre-del-padre por medio de la producción de un significante nuevo (neologismo, delirio), o bien, inventando la letra que soporta lo real” (2014).

Perspectiva Psiquiátrica:

Desde la perspectiva psiquiátrica, con la ayuda del médico psiquiatra que trata a la paciente comentó que la paciente cumple los criterios diagnósticos de Esquizofrenia del DSM V, a continuación se detallarán los criterios de la Esquizofrenia según el DSM V de la APA:

Esquizofrenia (Código 295.90)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes de inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales) (p, 54, 55).

Efectivamente desde la mirada psiquiátrica la paciente ingresa en un estado de crisis donde presenta síntomas como ideas delirantes, agresividad, irritabilidad, alucinaciones, discurso incoherente, estos síntomas pertenecen a los criterios psiquiátricos del diagnóstico de Esquizofrenia ya explicado anteriormente.

En cuanto al tratamiento el médico psiquiatra receta altas dosis de Quetiapina (neuroléptico perteneciente al grupo de antipsicóticos atípicos) y Risperidona (antipsicótico de segunda generación), estas dosis variarán, dependiendo de los síntomas y su intensidad que presente en cada consulta las dosis bajan o suben.

- Segundo caso

Caso A., este caso no es tratado en la hospitalización del área de Salud Mental como el caso anterior, es tratado en la consulta externa del hospital de manera ambulatoria.

La paciente A. es derivada por un médico psiquiatra, el motivo de consulta fueron sus actos impulsivos, irritabilidad, ansiedad, depresión poca tolerancia a situaciones laborales.

La paciente tiene 28 años de edad, actualmente vive sola, crece en una familia que consta de padre y madre, es hija única, trabaja como Ing. Química en una empresa importante de químicos. Al momento de la primera sesión manifiesta “Espero que esto me ayude porque nadie me puede ayudar, he ido a varios psicólogos y psiquiatras y siempre es lo mismo, me dicen que tengo que hacer muchas cosas pero no sé por qué y no duro ni dos sesiones con ellos”.

Inicialmente menciona los problemas que tiene actualmente son los de su trabajo, paciente enuncia su queja y manifiesta “tengo un ánimo insoportable, me siento triste y a la vez enojada, ya no quiero trabajar, todo me afecta y quisiera buscar otro trabajo”. Estos problemas inician una vez que entran otros empleados a trabajar con ella, acontecimiento que lo interpreta ella como “ya no me necesitan, ya no me consideran porque hay otros”. Hace hincapié en esta situación ya que la paciente tenía un excelente desempeño y el ingreso de otros trabajadores a su área hace que ella “se opaque”, significante dicho por ella.

En relación a su familia, no tiene una buena relación con padre y madre ya que refiere “me fui de la casa hace tres años porque no aguantaba a mi mamá, ella siempre cree tener la razón y dice que todo lo que hago yo está mal, siempre me comparaba con mis primas”, califica a su madre como “fría”, “insensible” y “pesada”, por otra parte con su padre hay una mejor relación, existe un mejor diálogo con él pero lo califica como “mandado” ya que todo lo que dice su madre el padre lo hace.

La paciente recuerda un episodio de su adolescencia en donde ella fue popular, este recuerdo lo manifiesta con gran alegría y refiere “yo siempre me creí fea pero en el colegio comencé a ser popular y me decían que era la guapa pero después aparecieron otras chicas nuevas y ya no fui más la guapa”. A raíz de esto la paciente comenzó a aislarse de las compañías, evitaba salidas ya que se sentía “opacada”, comienza a cortar lazos sociales y a evitarlos.

A. comenta que incluso llega a evitar las relaciones amorosas ya que piensa que la van a utilizar o simplemente la van a dejar de lado, hecho que vivió con su primera pareja a los 21

años de edad, en palabras de ella menciona lo siguiente “no creo en las personas ni en las relaciones, los hombres solo quieren tener un momento de sexo y ya, se van, eso me pasó en mi primera vez y luego el tipo se fue, me dejó”.

Luego de varias sesiones A. llega a darse cuenta que en muchos de los episodios que ha vivido son similares en cierta lógica, elabora la idea de que “algo se repite”, el significante “opaco” se repite. La paciente da cuenta de esto y hace un comentario “cada vez que me siento así quiero huir de todo, quiero dejarlo todo”, dicho esto, se recoge ese comentario y se señala que ese mismo acto se repite en la adolescencia, en pareja, con sus padres y en este caso actual en su trabajo, A. luego de esta intervención llega a preguntarse “¿Entonces que hago para que no me dejen de lado o no me opaquen?”

Perspectiva Psicoanalítica:

Desde el psicoanálisis podemos dar cuenta la importancia de un significante que marca y se repite en la vida de la sujeto, este significante “opacar” opera en la vida de A., significante que es producto de una pregunta primitiva en relación al Otro ¿Qué quiere el otro de mí?, recordemos que la neurosis está formulada como una pregunta, la neurosis histérica se formula en relación a la pregunta sobre el otro sexo y la neurosis obsesiva a la pregunta sobre la vida y la muerte. Dada esta pregunta el sujeto llega a dar posibles respuestas y soluciones sintomáticas. Ariel Hernández dirá:

El che vuoi? será, entonces, la pregunta con la cual el sujeto tiene su encuentro – siempre contingente– con el deseo del Otro; más allá de lo que el Otro dice, más allá de lo que el Otro pide, incluso en su silencio: ¿qué quiere?, ¿qué me quiere? (2015).

¿Qué quiere el otro de mí? pregunta que se plantea la paciente que abre varias vías de interpretación y posibles elaboraciones, en donde de manera inconsciente su solución sintomática era la huir o evitar de dichos encuentros. “Repetición es la emergencia real de un significante pulsional que insiste recorriendo siempre el mismo camino y que ex-siste como “no ingresado” de la red de los significantes” (López, 2014).

Una demanda de amor dirigida al Otro, ignorada o dejada de lado hace que esta solución tenga su forma, un deseo insatisfecho, “opacado” hace que se repita la misma solución cayendo en el mismo cortocircuito una y otra vez. La solución que ha elaborado durante años que es la de huir de la escena le ha ayudado momentáneamente pero no siempre de manera satisfactoria, la respuesta de esta pregunta inconsciente es cada vez es más angustiante.

Establecer un espacio de palabra ha ayudado a la paciente a que exista una elaboración acerca del síntoma que se repite, así como también saber su posición ante el Otro y su goce. Esta escucha y lectura del inconsciente no era ejercida por otros profesionales ya que otras disciplinas inflan de sentido haciendo que el paciente deje de lado la elaboración de su singularidad, de esta manera el sujeto es rellenado de decires que no son de ellos.

Perspectiva Psiquiátrica:

Desde esta perspectiva el médico tratante de la paciente, éste pudo apreciar que existen síntomas tales como el poco control en emociones, poco control sobre su ira, desafiante a ciertas autoridades, a su vez estos síntomas crean dificultades en el entorno laboral, familiar y social; dichos síntomas hacen que el especialista la diagnostique con el Trastorno negativista desafiante (313.81).

Trastorno negativista desafiante (Código 313.81)

A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo (DSM V, 2013, p. 234-244).

Debido a este diagnóstico el médico psiquiatra le prescribe con Fluoxetina (antidepresivo) y Risperidona (antipsicótico de segunda generación) estas dosis se habían mantenido en las mismas dosis pero la paciente deja el tratamiento psiquiátrico ya que le hacía sentir “rara”.

De esta manera podemos dar cuenta del trabajo que hacen ambas disciplinas, por una parte la psiquiatría con la administración de psicofármacos para que las crisis psicóticas (primer caso) o los “impulsos” (segundo caso) disminuyan y por otra parte el psicoanálisis con su modo de intervenir haciendo una lectura del inconsciente para que en el sujeto exista una implicación subjetiva.

5. Enfoque metodológico

Se investigará y se analizarán los conceptos principales acerca del síntoma psicoanalítico y del trastorno psiquiátrico; esto nos ayudará hacer una concreta descripción de estos conceptos para después realizar una respectiva diferenciación entre ambas disciplinas lo cual es uno de los planteamientos de esta investigación. Hacer esta diferenciación será fundamental para el Psicólogo Clínico que trabaje en instituciones tanto educativas como de salud ya que se maneja con mucha frecuencia el diagnóstico psiquiátrico.

Por lo tanto el enfoque que usaremos será el cualitativo, gracias a las virtudes de este tipo de enfoque se pudo establecer nuestro análisis de datos y así dar una conclusión de nuestra investigación. El enfoque cualitativo será definido por Sampieri como:

(...) los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio (2014, p.7).

5.1. Instrumentos de investigación:

Para esta investigación se usará el instrumento del análisis bibliográfico, se buscará bibliografía acerca de la psiquiatría desde sus orígenes para apreciar cómo fue cambiando el modo de ver al trastorno mental, además se buscará bibliografía para apreciar cómo se tratan los trastornos mentales; por otra parte se buscará bibliografía acerca del psicoanálisis para apreciar también el cambio teórico que tuvo el síntoma a lo largo de la historia, se analizará también en las maneras de cómo se estructura y se representa el síntoma en las estructuras clínicas, para finalizar se investigará bibliografía acerca de las soluciones del síntoma.

6. Conclusiones

Hemos llegado al final de este recorrido teórico, por una parte nos podemos dar cuenta que a partir del recorrido histórico que se hizo de la Psiquiatría desde sus orígenes el concepto de trastorno o enfermedad mental se ha ido modificando acorde al tiempo que pasaba, no es lo mismo hablar de enfermedad mental en la época del siglo XV a enfermedad mental en el siglo XXI. La ciencia modifica sus conceptos constantemente debido a los múltiples estudios que se tienen acerca de una materia, este avance da la bienvenida a los nuevos conceptos y descubrimientos.

Pasando los siglos se han ido creando nosografías que clasifican las enfermedades mentales llegando en la actualidad a una gran clasificación psiquiátrica que ha hecho que todo acto humano sea ubicable y clasificable creando un reduccionismo de la subjetividad y un destierro del sujeto del inconsciente en un tratamiento.

La nosografía psiquiátrica se ha transformado en un continuo que borra las diferencias entre los padecimientos psíquicos agudos y la simple condición humana. El mercado de los psicotrópicos se beneficia sin duda de esta globalización del campo de aplicación de la Salud Mental, devenida un ideal a alcanzar. (Caroz, 2017, p. 141)

Al mismo tiempo la enfermedad mental o trastorno ha tenido constantes cambios en cuanto a su tratamiento, yendo desde lo más excéntrico y peligroso como la lobotomía o baños invertidos hasta lo más silencioso y comercial como son los psicofármacos que las farmacéuticas crean y distribuyen.

La Psiquiatría se ha incorporado poco a poco a la maquinaria inescapable del discurso del mercado, podemos ser testigos de que “En la medicina moderna, lo terapéutico se confunde con lo estrictamente curativo, en el sentido de recuperar la salud perdida.” (Eidelsztein, 2017, p.48), curar y recuperar la salud perdida como dice la cita anterior es la brújula del tratamiento psiquiátrico, orientación que fue tomando cada vez más fuerza gracias al discurso del mercado, el capitalismo y las farmacéuticas promocionando a los psicofármacos como el último y el mejor tratamiento de los trastornos mentales sin pensar en los efectos que podrían tener en el futuro.

Es importante resaltar que hay casos en los cuales el tratamiento psiquiátrico es indispensable y pertinente, en donde debe existir un equipo interdisciplinario (lo cual muchas

veces en nuestro medio no se da), entre estos casos puede ser que se necesite estabilizar el desencadenamiento de una psicosis o el brote psicótico que tiene un paciente. Contando con la experiencia como psicólogo clínico en un hospital específicamente en un área psiquiátrica se puede apreciar esta ayuda necesaria pero por otro lado esta misma ayuda contribuye al silencio del paciente de manera incierta.

Por otro lado existe el Psicoanálisis que será la puerta por donde el sujeto pueda hacer su aparición, la noción del sujeto no hay que confundirla, no se habla de un sujeto carnal o el sujeto del derecho sino que se habla del sujeto del inconsciente.

No callando la queja del hablante se puede abrir un abanico de situaciones, relaciones significantes, síntomas, deseo, goce y otros elementos en donde se puede evidenciar al sujeto del inconsciente, se puede decir que “El psicoanalista es la única oferta moderna, racional y particularizada de recepción del sufrimiento subjetivo con estructura de verdad y más allá de un trastorno de los tejidos o células” (Eidesztein, 2017, p.49).

El psicoanálisis es una oferta que va del caso a caso, de la lectura del inconsciente, en donde el síntoma será un modo singular del sujeto para hacer con su sufrimiento, es una manifestación condensada que hace sufrir y que su vez es una solución para el mismo.

La idea de un trastorno mental que sería objetivable y curable descarta el estudio del síntoma que conjuga el goce singular del sujeto con su verdad. La referencia al “bienestar” no es más que una reducción de virtudes preconizadas antiguamente por las sabidurías a un higienismo que se pretende científico (Caroz, 2017, p. 140-141).

Es por esto mismo que la singularidad del síntoma y la generalidad del trastorno mental son conceptos muy diferentes que no se pueden mezclar tal cual el agua y el aceite y que al tratar de mezclarlos se llevarán un sin número de fracasos. Por último nos preguntaremos lo siguiente: el ideal en el campo de la salud mental, ¿no será el gran problema para el sujeto? Podemos responder a esta cuestión diciendo que si es un problema ya que calla al sujeto sin darse cuenta. Es por esta misma razón que el Psicoanálisis debe existir para que el sujeto no quede enterrado y olvidado porque el sujeto siempre va a estar donde no se lo espera, el sujeto habla sin que nos demos cuenta, hace falta escucharlo y leerlo.

7. Plan de trabajo

CRONOGRAMA	AÑO 2017							AÑO 2018											
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Proyecto de investigación	x	X	X	X															
Diseño de investigación: objeto de estudio, instrumentos de investigación.					x	x	x												
Índice, Introducción							x	x											
Marco teórico: Psiquiatría								x	x	X									
Marco teórico: Psicoanálisis										x	x	x	x						
Análisis de resultados													x	X	x				
Ilustración de casos														x	x	X			
Conclusiones y Recomendaciones																x	X	x	
Entrega de Tesis																			X
Sustentación																			X

8. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ra ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asenjo, A., Hotvitz, I., Vergara, A., Conteras, M. (2011). La Lobotomía prefrontal como tratamiento de algunas psicosis. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 232-233.
- Apud, A. (Diciembre de 1998). *Acheronta*. Obtenido de La dirección de la cura en la psicosis: <http://www.acheronta.org/acheronta8/psicosis.htm>
- Apud, P. (Noviembre de 2014). Tratamiento posible en la psicosis. *Imago Agenda*. Obtenido de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2228>
- Barrio, V. d. (Junio de 2009). *Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- Belaga, G. (2015). La práctica del psicoanálisis en el hospital. En *Las razones* (pág. 40). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Braunstein, N. (1982). *El lenguaje y el inconsciente freudiano*. México D.F.: Siglo XXI.
- Brisson, L. (2005). *Platón, las palabras y los mitos*. Madrid: Abada Editores.
- Bunge, M. (1999). *Ciencia tecnología & sociedad*. Santo Domingo: Búho.
- Caponi, S., Martínez-Hernández, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia*, 468.
- Cárdenas, M. H. (Octubre de 2009). *Virtualia*. Obtenido de <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/ihG4VrVKC5fibNoRIeVFwOH7hm88CoVvDALBE4k2.pdf>
- Caroz, G. (2017). Textos de Gil Caroz en ocasión de los congresos de la Eurofederación de Psicoanálisis. En V. Cocoz, *La práctica lacaniana en instituciones II* (pág. 141). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Cotez-Vergara, C., Cruzado, L., Rojas-Rojas, G., Sánchez-Fernández, M., Ladd-Huarachi, G. (2016). Características Clínicas de pacientes tratados con Terapia Electroconvulsiva en un hospital público de Perú. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública*, 100.
- Dor, J. (1996). La psicosis lacaniana. En J. Dor, *Psicoanálisis vol 18* (pág. 465). Buenos Aires: APdeBA.
- Eidelsztein, A. (Octubre de 2005). *Imago Agenda*. Obtenido de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=410>
- Eidelsztein, A. (2017). Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan Volumen I. Intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicósomática y debilidad mental. Buenos Aires: Letra Viva.

- Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, Marisol Cruz-Sáez. (Abril de 2014). *Scielo*.
Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100007
- Freud, S. (1991). Conferencia 23 Los caminos de la formación de síntoma. En S. Freud, *Obras Completas Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917)* (pág. 326). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Conferencia 23 Los caminos de la formación de síntoma. En S. Freud, *Obras completas Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917)* (pág. 333). Buenos Aires : Amorrortu.
- Freud, S. (1991). Conferencia 28 La terapia analítica. En S. Freud, *Obras Completas Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917)* (pág. 255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia (1926). En S. Freud, *Obras Completas Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras* (pág. 136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia (1926). En S. Freud, *Obras completas Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras* (pág. 137). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Inhibición, Síntoma y angustia (1926). En S. Freud, *Obras completas Presentación autobiográfica, Inhibición síntoma y angustia, ¿pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras* (pág. 87). Buenos Aires: Amorrortu.
- González, R. G. (1996). *Medicina tradicional china: Huang di Neijing, el primer canon del Emperador Amarillo*. Grijalbo. Obtenido de https://luislucas.files.wordpress.com/2008/08/el_huang_di_neijing__el_primer_canon_del_emperador_amarillo_roberto_gonzalez.pdf
- Hernández, A. (26 de Mayo de 2015). *Escuela de Oientación Lacaniana*. Obtenido de Blog de la sección de la Plata: <http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/que-pretende-usted-de-mi/>
- José A. Bustamante, Antonio Santa Cruz. (1975). *Psiquiatría Transcultural*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Kraepelin, E. (1907). *Clinical Psychiatry. A text book for students and psysicians*. New York: Macmillan Company.
- Lacan, J. (1976). *Seminario 24 Lo no sabido que sabe de la una-equivoación se ampara en la morra*.
- Lacan, J. (1984). El significante en cuanto tal, no significa nada. En J. Lacan, *El seminario 3 Las psicosis* (pág. 261). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1988). La tercera . En J. Lacan, *Intervenciones y textos 2* (pág. 84). Buenos Aires: Manantial.

- Lacan, J. (2003). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos I* (pág. 258). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2016). Me dará sin mujer descendencia. En J. Lacan, *Seminario 4 La relación de Objeto* (pág. 394). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2017). El sujeto y el otro: la alineación. En J. Lacan, *El seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pág. 219). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (s.f.). *Intervención luego de la exposición de André Albert (1975)*. Obtenido de UBA:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/lacan-el_placer_y_la_regla_fundamental.pdf
- Lacan, J. (s.f.). *Seminario 22 R.S.I.* Buenos Aires: Paidós.
- Lévi-Strauss, C. (1969). Las estructuras elementales del parentesco. M. T. Cevasco (Trad.) Argentina: Paidós (Trabajo original publicado 1949).
- Lombardi, G. (2009). *La relación del neurótico obsesivo con su cuerpo*. Recuperado el 25 de Octubre de 2018, de
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/la_relacion_del_neuro_con_su_cuerpo.pdf
- López, H. (2014). La paradoja de la repetición: si es imposible repetir también lo es dejar de repetir. *Imago Agenda*.
- Margot, J.-P. (Julio- Diciembre de 2007). *Scielo*. Obtenido de
<http://www.scielo.org.co/pdf/pafi/n25/n25a04.pdf>
- Miller, J.-A. (2006). Dos dimensiones de la experiencia analítica: Síntoma y Fantasma (1982). En J.-A. Miller, *Introducción a la clínica Psicoanalítica* (pág. 26). Barcelona: RBA Libros.
- Miller, J.-A. (2006). *Introducción al método Psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2006). Insignia. En J.-A. Miller. Barcelona: RBA Libros.
- Miller, J.-A. (2006). Salud mental y orden público (1988). En J.-A. Miller, *Introducción a la clínica Lacaniana* (pág. 131). Barcelona: RBA Libros.
- Miller, J.-A. (2006). Síntoma, saber, sentido y real. En J.-A. Miller, *Introducción a la Clínica Lacaniana* (pág. 511). Barcelona: RBA Libros.
- Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., González, J., Bobowik, M. (2015). *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v24n2/art03.pdf>
- OMS. (27 de Abril de 2006). Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/38/es/>
- OMS. (31 de Diciembre de 2014). *OMS*. Obtenido de
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Peset, J. L. (2003). La Revolución Hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*, 272.

- Peset, J. L. (2003). La Revolución Hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*, 271-272.
- Peset, J. L. (2003). La Revolución Hipocrática de Philippe Pinel . *Asclepio*, 272-273.
- RAE. (2018). *RAE*. Obtenido de RAE: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=aVqiTEZ>
- Rivera, J. L. (1998). Evolución Histórica de la Psiquiatría. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 3.
- Rojas-Malpica, C., Rojas-Esser, M. (2013). De Emil Kraepelin a Sigmund Freud y Henri Ey: fracturas, candiles y penumbras de la Posmodernidad. *Neuro-Psiquiatría*, 72.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Sanz, J. O. (1946). *Vidas opiniones y sentencias de los filósofos más ilustres*. Madrid: M. Aguilar.
- Solano-Suarez, E. (15 de Septiembre de 2007). *Asociación Mundial de Psicoanálisis*. Obtenido de WAPOL: http://wapol.org/es/las_escuelas/TemplateImpresion.asp?intPublicacion=4&intEdicion=1&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=1042&intIdiomaArticulo=1
- Tendlars, S. E. (s.f.). *Lo que hay de metáfora y metonimia en la satisfacción del síntoma*. Recuperado el 15 de Octubre de 2018, de Silvia Elena Tendlars: <http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Experiencia-analitica/Lo-que-hay-de-metáfora-y-metonimia-en-la-satisfaccion-del-sintoma.html>
- This, B. (1982). *El Padre: Acto de Nacimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Vásquez, A. (2011). Antisiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón pura. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 3.

DECLARACIÓN AUTORIZACIÓN

Yo, **Robert Iván Amat Rodríguez** con C.C: # **0928445865** autor del trabajo de titulación: **Del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico**, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de marzo del 2019

f. _____

Robert Iván Amat Rodríguez

C.C. # 0928445865

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Del trastorno al síntoma, estudio diferencial entre el trastorno mental y el síntoma psicoanalítico		
AUTOR(ES)	Robert Iván Amat Rodríguez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Torres Tatiana, Estacio Mariana		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
CARRERA:	Maestría en Psicoanálisis y Educación		
TÍTULO OBTENIDO:	Magíster en Psicoanálisis y Educación		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de marzo del 2019	No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Comportamiento, conductas Sociales		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Psychoanalysis, psychiatry, Symptom, Disorder, Treatment.		
Resumen:			
<p>La persistente confusión entre la labor del psicoanalista y del psiquiatra será un tema recurrente tanto en el ámbito cultural como en el ámbito de la salud, siendo testigo de esta importante y gran confusión esta investigación tendrá como punto cardinal la finalidad de pulir dos conceptos básicos de ambas disciplinas que son el concepto de síntoma en el psicoanálisis y el concepto de trastorno en la psiquiatría. Saber la diferencia de ambos conceptos es crucial para el profesional de salud de cualquier especialidad ya que ambos tienen abordajes y tratamientos diferentes para el sujeto.</p> <p>El análisis bibliográfico será la herramienta indispensable que esta investigación tendrá ya que se buscarán escritos a veces antiguos como también actuales; luego de la redacción de un marco teórico consistente y compacto se expondrán los resultados en los cuales analizaremos las similitudes y las diferencias de los ya mencionados conceptos. Para terminar nuestra investigación expondremos dos casos vistos desde el punto de vista psicoanalítico y también desde el punto de vista psiquiátrico, esto último ayudará a verificar la teoría y a su vez dará más consistencia a esta investigación. De esta manera se podrá apreciar claramente las similitudes y diferencias entre conceptos de ambas disciplinas y no solamente eso, sino también apreciar el abordaje y el tratamiento que da cada disciplina al sujeto contribuyendo a disminuir la confusión entre ambas disciplinas.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 099862186	E-mail: Robert.amat90@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
	Teléfono: 2209210		
	E-mail: info@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			