

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN

PSICOPATOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS

TÍTULO DEL ARTÍCULO:

EL DIAGNÓSTICO, ENTRE LA DEMANDA Y EL SÍNTOMA.

ESTUDIO REALIZADO DESDE LA PSIQUIATRÍA Y EL PSICOANÁLISIS.

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER

EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOPATOLOGÍA Y

PSICOANÁLISIS

MAESTRANTE: María Belén Karolys Paredes

DIRECTOR: PhD. Luis Iriarte.

QUITO, 2021

Índice

Resumen:	iv
Résumé:	1
Marco Teórico	3
Capítulo I	3
¿Qué entender cuando se habla de síntoma?	3
Concepto de síntoma en Freud	5
Concepto de síntoma en Lacan	8
Capítulo II	11
¿Del síntoma a la demanda o de la demanda al síntoma?	11
¿Hay una estructura de lenguaje en la demanda?	13
Capítulo III	19
¿Cómo se entiende el diagnóstico en psiquiatría?	19
¿Cómo entender el diagnóstico en psicoanálisis?	22
Marco metodológico	23
Resultados	24
Cuadro 1: Encuentros y desencuentros entre psicoanálisis y psiquiatría	25
Conclusiones:	28
Referencias Bibliográficas:	29

Índice de tablas e ilustraciones

Cuadro 1: Encuentros y desencuentros entre psicoanálisis y psiquiatría	25
---	-----------

Resumen:

La incipiente labor del psicoanalista y del psiquiatra será un tema recurrente tanto en el ámbito social como en el ámbito de la salud, por lo que la autora de nuestra investigación se permite hacer una interlocución de ambas disciplinas, permitiendo así ir indagando el término de diagnóstico basándose en los conceptos de demanda y síntoma, términos que provienen del campo del psicoanálisis.

Saber cómo se aborda el diagnóstico, es crucial para el profesional de salud de cualquier especialidad ya que de eso depende como será visto y tratado el sufrimiento del paciente que viene a consulta. El análisis bibliográfico será la herramienta indispensable que este recorrido teórico pretende hacer pues se buscarán escritos tanto antiguos como actuales; para la redacción de un marco teórico consistente y compacto exponiendo así los resultados en las cuales analizaremos las similitudes y las diferencias de las disciplinas anteriormente mencionadas en relación a los conceptos previamente expuestos.

Palabras clave: diagnóstico, demanda, síntoma, psicoanálisis y psiquiatría.

Résumé:

Le travail naissant du psychanalyste et du psychiatre, sera un thème récurrent tant dans le champ social que dans le domaine de la santé, donc l'auteur de cette recherche se permet de faire une interlocution des deux disciplines, permettant ainsi le polissage du terme diagnostic basé sur des concepts tels que la demande et le symptôme, termes qui proviennent du champ de la psychanalyse.

Savoir comment l'on aborde le diagnostic est crucial pour le professionnel de la santé de toute spécialité car cela déterminera la manière dont la souffrance du patient sera perçue et donc traitée. L'analyse bibliographique sera l'outil indispensable pour ce parcours théorique puisque on cherchera sur des écrits anciens et actuels; ainsi on aura un cadre théorique cohérent et compact qui nous aidera à exposer les résultats dans lesquels nous analyserons les similitudes et les différences des disciplines susmentionnées par rapport aux concepts précédemment exposés.

Mots clés : diagnostic, demande, symptôme, psychanalyse et psychiatrie.

Introducción

En el 2013 se publicó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), y se observó ciertas variantes en relación con algunos diagnósticos, ya que por ejemplo, no había un acuerdo de si la disforia de género era considerada un trastorno o no; por lo que esta situación nos lleva a interesarnos sobre cómo concebir el diagnóstico en psiquiatría y psicoanálisis.

De ahí que la principal motivación es diferenciar y delinear la lógica de las prácticas psiquiátricas y psicoanalíticas. Se pretende analizar el concepto de diagnóstico vinculado con otros conceptos tales como demanda y síntoma. Dichos términos serán leídos en esta investigación desde la psiquiatría contemporánea y el psicoanálisis lacaniano. Surge un cuestionamiento, y es cómo abordar el diagnóstico acuñado desde la psiquiatría al campo psicoanalítico. Esta investigación partirá de la siguiente hipótesis: la función que cumple el diagnóstico entre psiquiatría y psicoanálisis es poder entablar una noción bisagra entre ambas disciplinas.

En esta presente elaboración, el primer capítulo corresponde a delimitar al síntoma desde las disciplinas anteriormente expuestas. En el segundo apartado se realizará un recorrido por el concepto de demanda, así como una posible diferenciación entre lo que el paciente demanda y lo que el psicólogo o terapeuta demandan para llegar a un lenguaje común entre tratantes. Esto permitirá una lectura del diagnóstico en ambas disciplinas, el cual será expuesto en la tercera parte.

Las primeras referencias sobre el diagnóstico parten de Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, quien recurre a las clasificaciones de las enfermedades mentales por medio de categorías definidas previamente. Mientras que dentro del psicoanálisis el

diagnóstico parece ser una clasificación de la estructura de lenguaje del sujeto que viene a consulta, y no solamente de las enfermedades mentales. De esta forma se pretende abordar al trabajo con textos de Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés y Sigmund Freud, neurólogo y psicoanalista austríaco, quienes ayudarán a dar una lectura que permita ubicar al diagnóstico en el psicoanálisis.

Las preguntas directrices serán: ¿para quién es conveniente realizar el diagnóstico?, ¿Qué se entiende cuando se habla de diagnóstico?, ¿Cómo trabajarlo? Ambos campos, el diagnóstico en psiquiatría y el diagnóstico en psicoanálisis, desde nuestra perspectiva, aportarán a la diferenciación de la práctica psicoanalítica y la práctica psiquiátrica, estos desencuentros y encuentros serán expuestos en un cuadro, permitiendo de esta forma comparar ambas disciplinas. Asimismo, abrirá el campo a futuras investigaciones, tomando en cuenta que el tema de diagnóstico atrae y cuestiona constantemente a los psicoanalistas y posiblemente a los psiquiatras contemporáneos ya que la demanda de diagnóstico es algo que traen los pacientes y las instituciones que brindan servicios en salud mental.

Marco Teórico

Capítulo I

¿Qué se entiende cuando se habla de síntoma?

Cuando nos aproximamos al concepto de síntoma aparece un punto pivote entre el mismo y el diagnóstico. Entendiendo de primera instancia al diagnóstico como la agrupación de signos y síntomas de los pacientes. Ahora bien, se puede decir que el síntoma posee de primera mano un sentido biológico, orgánico del cual el paciente tiene sus dolores y malestares; por lo tanto, hay una relación que surge a raíz del organismo de

los sujetos. Es así como se abre a la investigación una serie de interrogantes que hilará la redacción del artículo, siendo estas las siguientes: ¿cómo se aborda el síntoma desde la psiquiatría?, ¿Y desde el psicoanálisis?

Cuando el sujeto padece un malestar este acude a un médico, si junto con el médico se percatan de que el origen puede provenir de algo más bien cerebral o anímico, se hace una consulta con psicología o psiquiatría (Ledesma, 2013). A su vez, el autor toma la idea de Balint (1961) indicando que:

[...] la posición médica, y, por ende, psiquiátrica, examina al síntoma como un signo visible que remite, en el mejor de los casos, a una causa, como la descompensación neurobiológica. Así el psiquiatra prescribirá el medicamento que corresponda a los signos que observa y a los síntomas que el paciente puede decir de su enfermedad (Balint, 1961, citado en Ledesma 2013, p. 46).

De esta manera, el paciente espera la receta del psiquiatra o el saber del psicólogo para que le digan lo que le está pasando y le den una solución a su malestar, no permitiendo interrogar ese saber o incluso el medicamento. Paradójicamente, en algunas ocasiones el paciente trae a las sesiones psicológicas las confusiones sobre cómo debe tomar el medicamento, qué efectos causa, sus miedos y angustias sobre la pastilla que el psiquiatra le proporciona.

Esta breve introducción permite dar cuenta de una diferencia entre síntoma psiquiátrico y síntoma psicoanalítico, siendo está el hecho de que en el campo psiquiátrico el síntoma es visto por una causa que puede ser observada y reparada, mientras que para el psicoanálisis la misma causa puede generar interrogaciones, dudas, cuestionamientos dentro del espacio terapéutico, y además de que es visto desde la segunda tópica freudiana

como un sustituto de un estado de angustia. De esta manera el siguiente apartado se enfocará en el síntoma desde psicoanálisis, basado principalmente en las concepciones entorno a Freud y a Lacan puesto que a lo largo de la historia existieron varios exponentes del psicoanálisis con diferentes modos de definir el síntoma.

Concepto de síntoma en Freud

En la época en la que Freud comenzaba sus investigaciones, la psiquiatría ya tenía claramente establecidos ciertos parámetros rigurosos como la clasificación de las enfermedades mentales. “[...] Kraepelin mostraba un primitivo abanico clasificatorio de lo que anteriormente se conocía como alienación mental. Por esta razón Freud tuvo que arreglárselas y moverse en un entorno científico donde lo usual era la taxonomía” (Rojas-Malpica, Rojas-Esser, 2013, p. 72).

En las obras de Freud el síntoma no tiene el mismo significado que lo tendría para otra especialidad médica. El síntoma desde el punto de vista psicoanalítico tiene una lógica y un abordaje diferente. Este autor desarrollará esta forma de apreciar al síntoma en la mayor parte de su trabajo. Al inicio de la Conferencia 23 “*Los caminos de la formación de síntoma*” (1916-1917/1992) hablará de los síntomas de la siguiente manera:

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 (Freud, 1916-1917/1992, p. 326).

En los primeros años del psicoanálisis el síntoma era visto como un mensaje que tenía el papel de transmitir algo, siendo este mensaje de origen reprimido. Es decir, toda

idea que era desfavorable o lo que provocaba malestar en el Yo era reprimida. Es así la lógica en que se basaba Freud en su teoría sobre la formación del síntoma. La cura era orientada por esta vía, la de descifrar el sentido del síntoma. Agrega Freud (1916-17/1992): “[...] 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” (p. 255).

En la segunda tópica freudiana, es decir, la segunda manera que tenía Freud de concebir el aparato psíquico, se agregan algunos otros elementos como las instancias psíquicas del Yo, Ello y el Superyó; así también conceptos como pulsión y angustia que incrementan más la complejidad tanto teórica como práctica del síntoma. Así el síntoma se desarrolla más conceptualmente porque dejan de ser ideas solamente reprimidas que tenían el propósito de ser descifradas para encontrar una mejoría de estos; el síntoma en este otro momento es visto como un sustituto. En *Inhibición, síntoma y angustia*, (1926/1992), 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 por el ello” (p. 87).

En la cita anterior, Freud nos muestra la batalla de dos instancias clásicas de esta tópica freudiana, las fuerzas del Ello y del Superyó; es por el mecanismo de la represión que se logra retener el contenido que podría afectar al Yo, mismo que ocasiona la formación del síntoma. Entendiendo a la represión como una fuerza que tensiona al Ello y al Yo, y que tiene como contenido retoños, huellas del agente representante. La

represión permitiría en un primer momento que estos contenidos no sean abruptos para el sujeto, sino que vengan en pedazos que pueden o no ser reconstituidos, en sesiones de terapia (Freud 1915/1992).

Entonces vale preguntarse de qué manera el diagnóstico puede suplantar la represión por medio de palabras que permiten explicar el dolor del paciente. Entendamos por diagnóstico aquellas frases usadas tanto por los pacientes como por los psicoanalistas y psiquiatras para dar a conocer lo que está pasando con la vida del que viene a consulta. Por ejemplo, decirle a un paciente, que esto que siente se llama: ataque de pánico, ansiedad, o que usted se encuentra deprimido.

Ahora bien, Freud (1916-1917/1992) escribió algo que llama la atención acerca del síntoma. El síntoma no tiene posibilidad de ser eliminado en su totalidad. Entonces, se podría establecer una hipótesis de que se puede hacer algo con aquella significación del síntoma que en ese momento para el paciente le está generando sufrimiento, más ese hacer algo va del lado de poder habilitar medios para que eso reprimido no sea algo que imposibilite el quehacer cotidiano de los sujetos.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, se anuda otro concepto: angustia. Este será explicitado de manera muy breve. La angustia para Freud es un afecto que aparece ante un estado 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 el autor:

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 (Freud, 1924/1992, p. 136).

Es así como el síntoma aparece como un medio para evitar la angustia, evitar la situación de peligro, demostrando aquí su función sustitutiva: “[...] la formación de síntoma tiene por lo tanto el efectivo y afectivo resultado de cancelar la situación de peligro” (Freud, 1916-17/1992, p.137). En resumen, el síntoma pasó de ser un mensaje descifrado a un sustituto del estado de angustia. Viene a recubrir aquello que fue apartado del Yo.

Concepto de 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, emprenderá una serie de estudios que permitirá reformular la teoría psicoanalítica. El síntoma, tendrá para Lacan como lo planteaba Freud en un inicio un sentido, por lo que el síntoma se puede interpretar y tiene un mensaje que está codificado, lo que hará que Lacan (2009b) piense que el síntoma es una metáfora. A propósito de este punto el autor afirma lo siguiente en “*Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*”: “[...] 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). Se entiende por el momento que el diagnóstico, no es cualquier palabra, son palabras provenientes, según el paciente, de alguien que sabe lo que al paciente le está pasando, palabras técnicas, que indica algún tipo específico de padecimiento. Pero esta especificidad no es del sujeto sino de toda una gama de clasificaciones dadas por la base teórica a la cual tanto psiquiatra como psicoanalista se ven abocados.

Ahora bien, gracias a este cambio de concepción del síntoma, es decir, de buscarle el sentido a ser una metáfora, se elabora uno de los aforismos más conocidos de Lacan “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”. Esta frase se abordará de manera más detallada en el siguiente apartado.

Lacan también toma de la lingüística los conceptos de metáfora y metonimia para explicar el síntoma y su relación con el lenguaje. Estos procesos lingüísticos de sustitución por su naturaleza hacen que el síntoma sea un sustituto de un significante oculto para el sujeto. Estos procesos de metáfora y metonimia están relacionados entre sí. Silvia Elena Tendlarz en su página web alude en su artículo de su autoría llamado: “*el síntoma como metáfora*”, donde explica la función que tiene la metáfora y la metonimia mencionando 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) (Tendlarz, 1996).

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 a su campo de significación. Lo cual remite a interrogarnos ¿en qué espacio se encuentra el diagnóstico, en el significante o la significación?

Hasta el momento de este escrito, Lacan (1932-1953) considera 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 del año 1964 Lacan dio un giro a la forma de percibir y tratar al síntoma: ya no se lo ve solamente desde el lado de la interpretación,

ya no se trata de darle un sentido, no es solamente un mensaje con un sentido dirigido al Otro. El síntoma se relaciona también con lo real. Entonces: ¿cómo trabajar el síntoma desde lo real? Lacan va a comenzar a trabajar sobre este cambio teórico en el Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964/2010) afirmando lo siguiente: “[...] 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” (Lacan, 1964/2010 p. 219). Pero ¿a qué se refiere con el sin-sentido? Para ello es importante hablar de las operaciones lógicas de alienación y separación que dan cuenta de la causación del sujeto. Sin embargo, para este apartado se dará brevemente lo que se entiende por lógica de alineación y separación.

La alineación surge cuando: “[...] el sujeto se constituye, nace en el campo del Otro, en tanto *vel* de la primera operación esencial que funda al sujeto” (Lacan, 1964 p. 214-218). El *vel* permite definir las formas de conjunción-disyunción de la relación del sujeto con el Otro, es decir, distinto del ‘o’ excluyente y del ‘o’ inclusivo, permitiendo teorizar la función de la falta en la estructura del sujeto, el cual será visto mediante un lenguaje que lo atrapa. Por otro lado, la separación posee la lógica de la operación conjuntista y sirve para dar cuenta del encuentro con la falta del Otro, rescatando así al sujeto del efecto letal de la articulación signifiante. La elaboración de estas operaciones permite dar cuenta de la causación del sujeto y una manera de concebir el fin del análisis, refiriéndose cuando un paciente termina el espacio de consulta en psicoanálisis; pasando por este trabajo de concebir al síntoma como algo de lo real, que está ahí porque es parte de la constitución subjetiva del ser hablante.

Capítulo II

¿Del síntoma a la demanda o de la demanda al síntoma?

En un primer momento aquel sujeto que deambula por sus palabras, por sus síntomas, por sus signos, por una demanda poco ortodoxa, ilusoria y ambigua; deja secuelas en la relación terapeuta-paciente. Es así como el término *demanda* se relaciona directamente con un pedido de curarse, de dejar de sufrir, y que aquello que le aqueja tenga una cura definitiva y de ser posible que el sufrimiento no aparezca más en la vida de ese sujeto.

Ahora bien, es el psicoanálisis el que formaliza a la demanda causando así una diferencia entre el motivo de consulta, el cual es avizorado desde el campo de la medicina. Chemama (1995) menciona que: “[...] el llamado (*appel*), el grito que el bebé hace al dirigirse a la madre o a la figura de cuidado” (p. 83). Por lo que el grito (*cri*) no es solamente una señal instintiva, sino que está relacionado al mundo simbólico. Es así como los gritos del infante se organizan en una estructura lingüística mucho antes de que el niño sea capaz de articular palabras reconocibles, es decir, que el niño existe antes de su nacimiento. Se concluye que: “[...] la naturaleza simbólica de los gritos del infante construye el meollo del concepto lacaniano de demanda, que Lacan lo va introduciendo en el contexto de su distinción entre la necesidad, la demanda y el deseo”(Chemama, 1995, pp. 83-84).

Una vez teniendo en mente esta idea de demanda como grito y llamado, Nicolás Campodónico, psicoanalista argentino, propone lo siguiente: “[...] existe diferentes tipos de demanda: problemática social, familiar, de pareja, problemática con la sexualidad y síntomas somáticos” (Campodónico, 2018, p. 75). Esto hace que primeramente se inscriba el motivo de consulta dentro de la historia clínica de los pacientes,

específicamente si lo psicólogos y psiquiatras trabajan en instituciones hospitalarias. A su vez, se logra observar las condiciones en que los fenómenos se dieron dentro de la cita, es decir, las dudas, las expectativas, el interés por iniciar un proceso terapéutico entre otros que los pacientes tienen en las primeras sesiones tanto psicológicas como psiquiátricas.

Ahora bien, Nicolás Vucinovich, (2014), psicoanalista argentino, indica:

Hay una posible formalización del motivo de consulta como un punto de partida en el tratamiento en el que se delimita el porqué de la consulta, la coyuntura de inicio del padecer y una dirección de la cura, entendiendo a la cura, no cómo lo que permite desaparecer al padecer sino como aquello que va a permitir tomar alguna acción al respecto de lo que a cada sujeto le hace sufrir (Vucinovich, 2014, p. 21).

De ahí que para este mismo autor es de sumo interés resaltar la categoría que denominó origen de la demanda. Es aquel fenómeno dado de manera espontánea, por interconsulta, por centros educativos, entre otros. Sin embargo, es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido con el que se presenta. Entonces un elemento primordial es entender la complejidad de la construcción de un caso. Primeramente, es observar quién es la persona que solicita un tratamiento y pide una cita; en algunas ocasiones es otra persona y no el paciente, entonces, se va vislumbrando a lo largo de las sesiones quién es realmente el que demanda y qué es lo que demanda. De ahí que dentro del campo del psicoanálisis se conoce a las entrevistas preliminares como la iniciación de un posible análisis donde se empieza a introducir una operación de apertura (Sinatra, 2002).

Es necesario dejar en claro a qué se refiere las entrevistas preliminares en el campo psicoanalítico. Según Jacques-Alain Miller (1997), psicoanalista francés, es por medio de las entrevistas preliminares donde se sabe si un paciente entra o no a análisis. Lo cual cabe preguntarse ¿para quién es importante que se entre en análisis? En el texto *Introducción al método psicoanalítico* se propone que estas entrevistas pueden no tener una duración exacta o determinada; pues en muchas ocasiones el analista se demora en iniciar el proceso de análisis, y, por ende, el diagnóstico preliminar. Según Miller (1997): “[...] tanto analista como analizante tienen que estar satisfechos, en el sentido de poder autorizar la demanda de análisis, y consecuentemente, avalar, según razones que deben ser precisas” (p.19). Por otro lado, Freud (1913/1997) nos menciona que “[...] el hecho de entrar a un espacio analítico es como el ajedrez, ya que no se sabe bien el siguiente movimiento del analizante, y es a veces, esa sorpresa la que hay que dejar el tiempo que el inconsciente lo requiera” (p. 661). A su vez, Lacan (1971/2012) en las conferencias que dictó en *Sainte- Anne* titulada “*De la incomprensión y otros temas*” postulará que “no hay entrada en análisis sin entrevistas preliminares” (p. 36). De ahí esta pregunta imperiosa ¿qué es lo que demanda el sujeto que padece? Se puede responder indicando que quiere curarse, quiere dejar de sufrir, y luego de las sesiones llevarse algún sentido a todo lo que le está pasando.

¿Hay una estructura de lenguaje en la demanda?

Indudablemente, esto nos remite a entender cómo en psicoanálisis se trabaja el lenguaje, ya que estamos apostando por una estructura del lenguaje que el paciente trae de entrada a las consultas psicológicas o psiquiátricas. Se parte desde el aforismo de Lacan en el discurso de Roma (1953) dice que “el inconsciente está estructurado como

un lenguaje” (p. 25). Esta frase se la puede leer independiente del diagnóstico debido a que todo sujeto tiene un inconsciente, un padecer que lo aqueja; requiriendo a veces una escena para elaborarlo, por escena nos referimos a un espacio terapéutico. Es así como se nos propone que las palabras no abarcan a decirlo todo, pero ¿acaso el diagnóstico sí?, ¿Es acaso el diagnóstico una manera de nombrar todo aquello que no puede ser nombrado, es decir, a venir a decirlo todo? De esta forma, este apartado intenta descifrar lo que se entiende por estructura del lenguaje, pero primeramente vamos a elaborar lo que sería una entrevista en psiquiatría puesto que haciendo este recorrido se entenderá mejor esta frase realizada por Lacan, donde a su vez retoma algunos conceptos e ideas de Claude Lévi-Strauss, etnólogo y antropólogo francés.

Ramón Bellot (2009), psiquiatra español, postula que:

la entrevista es el método técnico usado en los inicios de la psiquiatría. En la misma, se da el intercambio relacional entre médico-paciente, y en esa interrelación, en ese espacio, surge o el tratamiento o la prescripción de medicamentos o el control de la toma de medicación, y todo el conjunto de interacción se puede dar en un consultorio, en una sala médica o en el pabellón de urgencias según el caso (p. 188).

Por otro lado, el autor propone además que la entrevista debe tener una estructura previa permitiendo tener los objetivos definidos, pues la entrevista no estructurada es inexistente, (Bellot, 2009).

En términos generales, para la psiquiatría es esencial tener cierta información del paciente para ir encaminando el diagnóstico, el tratamiento, la medicación, entre otros aspectos. En este sentido, ¿qué pasa del lado del psicoanalista que le apuesta más al inconsciente y en consecuencia la estructura de lenguaje que le envuelve?

Lacan (2009b) diferencia la noción de código y acota a la batería, es decir, el campo donde surge el significante, la alusión al “[...] tesoro de los significantes” (p.25). Bajo esta expresión no estamos hablando del lenguaje como algo útil para trabajar, como lo haría el campo psiquiátrico. Sino más bien se encuentra otro modo de abordar al lenguaje dándole al ser humano su particularidad como sujeto pues, como menciona Dylans Evans (1996), Lacan teoriza la concepción de sujeto como escindido por el hecho mismo de ser hablante, hablante de su síntoma, de su demanda, de su diagnóstico, de palabras que le dieron o que investigó; es así como se da lugar al sujeto del inconsciente, como producto de una grieta, por la cual se es efecto del significante y no necesariamente efecto de sí mismo.

Graciela Brodsky (1999), psicoanalista argentina, realiza un amplio recorrido del seminario 11 de Lacan, haciendo referencia a los aportes que Lacan realizó a las teorizaciones del inconsciente freudiano, basándose en trabajos antropológicos y lingüísticos. Uno de los aportes que examina Brodsky es el ejemplo tomado por Lacan de Jean Piaget:

tengo 3 hermanos, Pablo, Ernesto y yo [...] Desde la perspectiva de lo previo a toda posición subjetiva y a todo reconocimiento, uno tiene un lugar marcado, uno nace -en este caso- con la marca hermano, porque es uno entre otros de la serie de hermanos (Brodsky, 1999, p. 31).

Entonces se deduce que, la constitución subjetiva, hace referencia al encuentro con el campo del Otro y cómo a partir de este se constituye el sujeto escindido. Entonces, ¿la marca del sujeto se podrá formar en un diagnóstico? La escisión que se remarca en estas líneas denota “[...] la imposibilidad del ideal de una autoconciencia plenamente presente; el sujeto nunca se conocerá completamente, siempre estará separado de su

propio conocimiento” (Evans 1996, p.79). Es pertinente interrogarse de si el diagnóstico no es un conocimiento total, cerrado y finito de su estructura psíquica y/o dinamismo psíquico. A su vez, Guy Le Gaufey (2010), psicoanalista francés, desarrolla el modo en que la palabra sujeto y su articulación al significante está omnipresente a lo largo de la obra de Lacan. Desde recién nacido el sujeto está ligado al campo del Otro por medio del cual se transmite el lenguaje. En relación a este punto, Elena Díaz, psicoanalista argentina, propone que:

no se puede pretender darle a un niño el don de la palabra con sólo enseñarle un prolijo listado de palabras que se unen rígidamente a objetos concretos, no se puede pretender introducirlo en un mar del lenguaje para que se beneficie de sus aguas ni se desvirtúa su función esencial de evocación, pues con ello se despoja al lenguaje de su enorme poder de interrogación, de juego y de sorpresa (Díaz, 2005, p. 29).

Por tanto, ¿es acaso el diagnóstico un prolijo de listado de palabras médicas que se acoplan al dolor del paciente?, ¿Qué es el diagnóstico? El psicoanálisis permite decir al respecto algo más sobre un campo que envuelve al sujeto prendido y perdido por un lenguaje mucho antes de ser articulado en tanto fonema. Para Dylan Evans (1996) esta descripción: “[...] solo trata de la emergencia, propiamente hablando, de un fenómeno como la apariencia externa del lenguaje, y lo que interesa desde el psicoanálisis es el modo en que el lenguaje posiciona al sujeto en una estructura simbólica” (p. 66).

Pero como menciona Díaz (2005) para que esta inscripción en lo simbólico ocurra se requiere de la presencia simultánea de algunos aspectos vinculados a la función del lenguaje que interviene en el proceso de constitución del sujeto y en la dinámica del psiquismo. “[...] los significantes de una lengua tienen efectos subjetivantes no porque un

niño conozca pocas o muchas palabras o porque pueda ordenarlas gramaticalmente, pudiéndose pronunciar o signar, sino en tanto lo marcan inscribiéndose en un orden simbólico” (Díaz, 2005, p. 97). Entonces aquellas palabras dadas por los tratantes o los familiares al paciente que está yendo al espacio de terapia, pueden inscribir un orden simbólico en cuanto al malestar que está sintiendo, pudiendo darle un lugar a esa enfermedad, pero paradójicamente, a veces el paciente o el terapeuta se encuentra truncado con las mismas. Ante esto la autora plantea que: “[...] el lenguaje no transita en una cadena única y lineal, sino que se despliega en diferentes planos y ejes que constituyen un complejo sistema en el que los elementos tienen una estrecha dependencia que no puede reducirse a la manifestación fenoménica de la palabra” (Díaz, 2005, p.30).

Como propone Lacan (1964/2017) el psicoanálisis muestra en esencia lo que se denomina la captura del hombre dentro de lo constituyente de la cadena significativa, lo que nos remite a preguntarnos ¿de qué manera el diagnóstico no se puede volver un significativo?, ¿Cómo saber si el diagnóstico llega a ser significativo? Si el hombre ha entrado en el lenguaje y en un discurso preexistente, es porque se encuentra dentro del lazo social. Hipotéticamente, podríamos pensar que actualmente una manera de poder hacer lazo social entre médico-paciente, médico-psicólogo, psiquiatra-psicoanalista es por medio de los diagnósticos.

Mientras que Ricardo Rodolfo (1996), psicoanalista argentino, recuerda que no hace falta esperar palabras puesto que la manera a través de la cual se constituye una persona está relacionada con el mito familiar en acción. Igualmente, este mismo autor, comenta que aquello que deviene significativo supone mil hilos ya que, no es cualquier palabra, gesto o acto, lo que va a truncarse en significativo. Para que se forme el significativo depende también de la carga libidinal investida en ese gesto, acto, palabra,

entre otros. Por ende, ¿cómo saber cuál es esa carga libidinal del diagnóstico?, ¿Esa carga libidinal solo la tiene el paciente o también el psicólogo o psiquiatra? Los significantes a los que el sujeto se adhiere tienen que ser contemplados con la manera en la que hemos sido introducidos en el lenguaje por ese representante del Otro. Son ofrecidos entonces los significantes que provienen de su propio lugar como hablante.

A esto Lacan (1966) nos advierte que:

cuando los pacientes llegan a consultarnos y despliegan sus demandas en la escena analítica, detrás de esos pedidos encontramos una posición subjetiva no explicitada y, en muchos casos, difícil de conmovir. El enfermo es remitido al médico que no espera de él pura y simplemente la curación, sino que coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es completamente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla (p. 91).

A su vez, los mismos sujetos son los que demandan un diagnóstico: “[...] dígame lo que soy, dígame lo que tengo [...] tal vez esto los tranquiliza frente al desconcierto reinante” (Soler, 2003-2004, p. 15). Por ende, si el analista prueba satisfacer las demandas desplegadas por los pacientes o intenta operar desde un saber hacer diagnóstico, se perderá la posibilidad de crear dentro de su espacio terapéutico la modificación singular de la posición subjetiva del paciente frente al padecer, quedando confirmada eternamente su condición de enfermo.

Capítulo III

¿Cómo se entiende el diagnóstico en psiquiatría?

Un recorrido por la historia de las clasificaciones mentales

Desde el nacimiento del ser humano una de las interrogantes que han surgido es: ¿qué hacer con las enfermedades mentales?, ¿Cómo curarlas?, ¿Existe cura? Según Recalde Alba (2017) en la Edad Media y en el Renacimiento se centraban básicamente en rituales, exorcismos y hasta brebajes o remedios a base de alquimia. Fue en los siglos XVII y XVIII que se comenzó a separar la cura de las ideas mágicas, poniendo más énfasis al procedimiento moral de las enfermedades mentales. Aparecieron, a partir de estos siglos, tratamientos primitivos con sedantes para personas agitadas o incluso se puso en marcha el uso de narcóticos. Desde la antigüedad, la idea de tener algún remedio, una cura para las enfermedades mentales no cesaba, y poco a poco se necesitaba de una clasificación para poder saber qué hacer con ellas. A esto Pearce, neurólogo estadounidense:

si bien la patologización de la conducta normal ante procesos vitales o desde la prescripción de lo moralmente aceptado, por presiones sociales, históricas y mercantiles, ha sido muy criticada, asignar etiquetas diagnósticas a síndromes clínicamente complejos tiene, en muchos casos, una justificación práctica (Pearce, 2012, p. 273).

Según Henri Ey, psiquiatra francés, (1965/1996) para llegar a conocer más de cerca: “una enfermedad mental exige del psiquiatra conocimientos en biología, en neurofisiología y en patología general que apuntan al conjunto del organismo” (p. 50). Así mismo, cuando el psiquiatra se dirige a realizar un diagnóstico, se encuentra con la

necesidad, antes de medicar, de recurrir a investigaciones y de analizar minuciosamente los síntomas y los tres planos semiológicos que siguen:

La semiología del comportamiento y de las conductas sociales, la semiología de la actividad psíquica basal actual, la semiología del sistema permanente de la personalidad. La semiología es la parte de la medicina que trata los síntomas de las enfermedades, por lo tanto, la semiología del comportamiento incluye el estudio cuidadoso de la presentación del paciente, de las reacciones al examen y al contacto con el médico, del comportamiento cotidiano y de las reacciones antisociales (Ey, 1965/1996, p. 54).

Tomando en consideración lo señalado sobre la semiología, podemos examinar en este momento uno de los manuales donde indican los síntomas que aparecen en las enfermedades mentales, como la historia de los DSMs.

Barrio (2009) habla de que a inicios del siglo XX la clasificación de los trastornos mentales empezó a tomar fuerza. Emil Kraepelin, fue el pionero en organizar, clasificar y enseñar las enfermedades mentales. Dio al mundo en 1883 el *Lehrbuch* que es conocido en la traducción al español como Manual de Psiquiatría; obteniendo hasta nueve ediciones, cuya importancia tuvo como resultado que la OMS comenzará a incluir parte de los trastornos mentales en su sistema clasificatorio Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Europa fue el continente que comenzó a usar y reproducir en sus enseñanzas las clasificaciones de las enfermedades mentales.

La autora además indica que “en 1899 en Europa nace el primer manual de psiquiatría de Emil Kraepelin. [...] fue una clasificación que tenía la intención de aglomerar una sintomatología homogénea que posteriormente se volvería un síndrome”

(Barrio, 2009, p. 85). Pero, con la segunda guerra mundial se impulsó las clasificaciones, siendo oficiales de la Marina y el Ejército los principales beneficiarios (1944-1945). Aquí se puede encontrar el punto nodal del nacimiento del DSM. De ahí en adelante tanto Europa como América modifican sus manuales de acuerdo a las investigaciones que han estado realizando. Además: “en 1977 y 1979 se incluyen criterios de inclusión y exclusión para categoría, siempre que hubiesen sido empíricamente comprobados y también la edad de comienzo, duración, incidencia y pronóstico” (Barrios, 2009, p. 85).

En suma, Shorter (2015) hace alusión a las clasificaciones diagnósticas como un uso para calcular prevalencias, incidencias, variaciones en el tiempo relacionado a las enfermedades mentales, además sirve para definir políticas públicas y asignar recursos dirigidos a la promoción, prevención, atención y rehabilitación. Se concluye que el campo de las enfermedades mentales no es solamente dirigido y tramitado por psicólogos y psiquiatras, sino que también se ubican dentro del ámbito social como políticas públicas. A su vez, Raventos & Contreras (2017) observan “las implicaciones legales y laborales, como los beneficios a los que tienen derecho las personas que sufren una enfermedad mental” (p. 5).

Por lo tanto, se puede mencionar que desde esta perspectiva el diagnóstico se obtiene estableciendo un número de signos y síntomas observados en el paciente por parte del psiquiatra y psicólogo, luego se revisa en los manuales clasificatorios, quedando el síntoma reducido a una serie numérica fija y permanente por el resto de la vida del paciente. Lo que lleva a la siguiente interrogante ¿Qué pasa en la relación médico-paciente? Se podría afirmar que usualmente, parece ser que el diagnóstico es un usufructo

del lugar del saber. Ese saber que lo tienen los tratantes sean estos psiquiatras o psicólogos.

¿Cómo entender el diagnóstico en psicoanálisis?

Se perfila a la pregunta anteriormente expuesta como un cuestionamiento clínico para los pacientes psiquiátricos, pensando que ellos no tendrían palabra, haciendo quizá alusión a que están por fuera del discurso. Por lo que Lombardi (2007) en el proyecto de investigación titulado *La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social, el proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos del psicoanálisis* propone al diagnóstico como: “el punto en que el sujeto puede, en dicho proceso, determinar su participación inconsciente en la etiología del síntoma que le aqueja” (p. 105).

Entonces, hay una implicación desde la primera entrevista por parte del tratante y no solamente del paciente. El tratante merma en poder distinguir la estructura del lenguaje con el fin de encontrar el material con el cual se va trabajar.

En realidad, se asevera que lo novedoso es la etiqueta (¿El diagnóstico?) con que son clasificados las personas que acuden a un espacio de terapia y sobre todo la modalidad de demanda con la que son presentados (Campernico, 2018). Estas nuevas maneras de acercarse al síntoma, por ende, a la estructura clínica cuestionan sobre cómo entender estos conceptos, cómo trabajarlos y cuál es su lógica dentro del aparataje del inconsciente.

Se sabe que el psicoanálisis también posee categorías psicopatológicas relacionadas al diagnóstico que son muchas de las veces una orientación del trabajo clínico. A esto, Colette Soler (1996), dirá: “nos orientan cuando consisten en concluir sobre la estructura, no tanto del sujeto, sino sobre la estructura del material clínico que el

paciente presenta” (p. 26). A lo que se añade que es inevitable dilucidar esta estructura de lenguaje que trae el paciente para saber qué función ejerce el analista dentro del espacio. Lacan mismo dice en su seminario 5 (1957-1958) que:

el síntoma no es solamente ser descompuesto en elementos significantes y en los efectos de significado de estos significantes, sino que toda personalidad del sujeto lleva la marca de esas relaciones estructurales y que todo el conjunto del comportamiento obsesivo o histérico está estructurado como un lenguaje (Lacan, 1957-58, p.485).

Entonces frente a esta estructura de lenguaje existe una dirección en la cura, pero ¿de qué cura se habla desde el psicoanálisis? Para la psiquiatría la cura puede ser encontrada en los fármacos que permiten estabilizar a la persona. Para el psicoanálisis parece ser que se intenta aliviar el sufrimiento de esa persona a partir de esta estructura que se nos presenta en el caminar terapéutico de la palabra.

El anterior capítulo perfiló las concepciones de síntoma en psiquiatría contemporánea y de psicoanálisis lacaniano, además se escribió sobre la demanda y la cuestión del diagnóstico en los pacientes tratados ya sea en psiquiatría o en una práctica psicoanalítica. En esta última práctica se resalta una etiqueta en el síntoma y una relación del sujeto con este, siendo simplemente la búsqueda de una posible constitución subjetiva en una íntima relación con el diagnóstico.

Marco metodológico

Se investigó y se analizaron los términos secundarios (síntoma y demanda) con respecto al diagnóstico tanto en psiquiatría como en psicoanálisis. Permitiendo así una posible diferenciación entre la psiquiatría y el psicoanálisis partiendo siempre de la

pregunta ¿qué función cumple un diagnóstico en la psiquiatría y en el psicoanálisis? El enfoque usado fue cualitativo, gracias a las vicisitudes que el enfoque permite se pudo establecer el análisis de datos y posteriormente dar una conclusión para este trabajo. Los instrumentos usados fue el análisis bibliográfico, buscando bibliografía acerca de los posibles orígenes de la psiquiatría como una ciencia médica para poder encontrar el punto de partida de la práctica psiquiátrica en cuanto al diagnóstico; a su vez se indagó sobre bibliografía que hable de diagnóstico desde el psicoanálisis, lo que llevó al recorrido de los dos conceptos (síntoma y demanda) anteriormente mencionados.

Resultados

Tomando a consideración lo trabajado anteriormente existen pocas semejanzas entre ambas disciplinas, entre ellas podemos darnos cuenta de lo siguiente:

Las disciplinas desarrolladas en este trabajo actúan sobre el sufrimiento del sujeto, ya que por este padecimiento se realiza una demanda a un profesional, tanto psiquiatra como psicoanalista. Como se observó en el capítulo de la demanda, algunos pacientes acuden al espacio porque quieren dejar de sufrir, curarse, entender con un diagnóstico lo que les pasa. Tanto el psicoanálisis como la psiquiatría tienen bases teóricas para poder evidenciar un diagnóstico, ya sea ubicarlo en una nosología psiquiátrica (Psiquiatría Contemporánea) o verlo como una estructura clínica, como algunos psicoanalistas contemporáneos lo plantean. Alfredo Eidelsztein (2017), psicoanalista argentino, menciona que esta noción (estructura clínica) no ha sido dicha por Lacan, sino ha sido una extrapolación, por la época en la que uno se encuentra.

Lo que nos permite cuestionar ¿qué función cumple un diagnóstico en la psiquiatría y en el psicoanálisis? Parece ser que el concepto diagnóstico orienta la práctica

de ambas disciplinas, pero queda suspendida para el paciente, ya que o no sabe qué hacerse con el diagnóstico dado por el tratante o queda en esa condición de enfermo o mero paso de información de lo que le acontece. De ahí que dentro del recorrido teórico planteado haya una tensión permanente entre el saber del tratante sea este psicólogo o psiquiatra y lo que el paciente demanda.

Se encontró como resultado crucial e importante a seguir indagando en futuras investigaciones, que ambas disciplinas se cuestionan el cómo tratar el malestar del paciente que viene a consulta, dado que ya sea para psiquiatría o psicología las personas que acuden es porque no encuentran un origen fisiológico a su malestar, y este a su vez, le está generando problemas en su vida cotidiana.

Ahora bien, esta investigación estuvo en constante bisagra entre el campo de la medicina y el campo del psicoanálisis, razón pertinente para darse cuenta de los desencuentros que la teoría formuló. A continuación, presentamos un cuadro donde indican los encuentros y desencuentros entre la psiquiatría y el psicoanálisis.

Cuadro 1: Desencuentros entre psicoanálisis y psiquiatría

Psiquiatría	Psicoanálisis
Farmacología	Tratamiento por medio del uso de la palabra
Cura total o parcial	Darse cuenta de la posición subjetiva, y una posibilidad de una nueva reposición
Estructura orgánica	Estructura de lenguaje
Generalidad o estandarización	Particularidad o singularidad

Tabla 1. Encuentros y desencuentros entre psicoanálisis y psiquiatría

Fuente: Artículo: El diagnóstico, entre la demanda y el síntoma. Estudio realizado desde la psiquiatría y el psicoanálisis. Elaboración: María Belén Karolys 2021.

Las diferencias y semejanzas de la psiquiatría y el psicoanálisis paradójicamente tienen un punto en común: el paciente y su malestar. Este malestar que en algunas ocasiones es fuente de revisión bibliográfica o de construcción de nuevos saberes. Es así como en estos siguientes apartados se abordará las posibles discusiones que nos conducen a ciertas conclusiones.

Discusión:

Por los resultados de la investigación se observa la estrecha relación entre el campo farmacéutico y el campo psiquiátrico, Ledesma (2013) menciona que:

En general la psiquiatría oficial, adherida a la industria de invención de enfermedades mentales, tanto en lo privado como en lo público, también responde a cualquier demanda de malestar psíquico, mediante la administración de un fármaco específico para cada psicopatología (p. 53).

Este sufrimiento que quiere ser resuelto, lleva en ocasiones a la idea de eliminación del caos. Aquel caos psíquico que no habilita vínculos, sino que los obstaculiza. Dado que esta investigación se centra en la psiquiatría y el psicoanálisis, entendemos que para el psicoanálisis el inconsciente va a estar estructurado como un lenguaje, esto quiere decir que el lenguaje y el significante tendrán un peso en la teoría psicoanalítica, el material significante será el elemento con lo cual el analista opera en el análisis. A partir de estos significantes se pueden apreciar las modalidades del síntoma

que el sujeto lleva, y con ellos poder cuestionar el sentido que traen dichos síntomas y a su vez ponerlos en evidencia, es decir, conocerlos más de cerca.

En la actualidad se puede percibir cada vez más esta forma mecanicista con la que la psiquiatría actúa especialmente en las instituciones hospitalarias, Eidelsztein (2017) dice: “[...] el médico moderno, al creerse científico en lugar de practicante (ha dejado de ser quien como sujeto se hace el receptor o destinatario de las quejas por el padecer de otro sujeto” (p.47).

Asimismo, el psicoanálisis parece con frecuencia defender su práctica de caso por caso, impidiendo muchas de las veces una interacción con el psiquiatra ya sea por una aberración a los medicamentos o pensar que la psiquiatría no es de utilidad a largo plazo. En relación a este tema Iván Sandoval (2020), psicoanalista ecuatoriano, afirma que:

Usualmente repetimos que la psiquiatría es un ejercicio acerca de la llamada salud mental y sus trastornos, en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, investigación y prevención de ellos, si esto último fuera posible. Sin embargo, la salud mental no es una categoría científica, sino un término que conjuga la idea del bienestar, la adaptación y la productividad. Es decir, es un estado dependiente de condiciones sociales, económicas y políticas, además de las orgánicas y de aquellas vinculadas al desarrollo del sujeto en la estructura familiar.

Incluso, en una práctica clínica uno puede estar ensimismado en lo que el significante y el diagnóstico son y lo que producen en la lógica del inconsciente que olvidamos al paciente que viene con sufrimientos y requiere sentidos, no quedarse en el sufrimiento sino liberarse de él.

Conclusiones:

Finalmente, se encuentran diferentes hipótesis que se han podido ir visualizando a lo largo de este trayecto teórico. Las primeras parten de la idea de que el síntoma al ser algo visible desde la psiquiatría es algo que abre paso para hacer un diagnóstico, ya que estamos en el discurso de la causa y el efecto. Aun así los seres humanos somos mucho más complejos que un conjunto de síntomas y signos, como plantea el DSM o la nosología psiquiátrica, éstas no pueden definir en su totalidad a la persona, de hecho, no existe un solo significante que pueda definir al sujeto, por lo que si bien la función del diagnóstico en este primer momento es poder realizar una categoría al síntoma, es necesario interrogarse sobre el tipo de cura que quiere el psiquiatra y el paciente.

Pese a esto, en ciertas ocasiones se da un énfasis en obtener un diagnóstico con la ilusión de tener una dirección única de curación, es como si hubiera una premisa de absolución del sufrimiento por medio del diagnóstico. Pero en ese recorrer, uno como tratante se puede tropezar. A su vez la persona puede encontrar otros significados a lo que le pasa. Y es ahí el desafío que se tiene para los profesionales de la salud mental verse con la sorpresa.

Empero existen construcciones sintomáticas que afectan considerablemente más a un sujeto, y son éstas las que deben ser descifradas en el marco de una ética, trabajando con el paciente, y no sin él, no con el objetivo de la adaptación a la cultura o a su entorno, sino de dar un lugar a ese sujeto en constante interrogación para una nueva invención consigo mismo y con su entorno; aquí otra función que se avizora es al diagnóstico como un traspaso de información de un tratante a otro o a su vez el paso de información de lo

que le pasa al paciente al mismo paciente, con la intención de poder generar en lenguaje en común, tal y como se lo planteó en la hipótesis de la investigación.

Ahora bien, es significativo 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 los medios laborales donde transita el psiquiatra y el psicólogo no se da), para estabilizar el desencadenamiento de alguna crisis aguda y profunda. Queda para futuras investigaciones indagar si el sufrimiento es sinónimo de hacer diagnóstico, desde cuando el sufrimiento paso a ser un objeto manipulable por los llamados profesionales de la salud, y desde cuando los mismos se adjudican el poder de sanación o cura.

Referencias Bibliográficas:

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ra ed)*. Madrid: Médica Panamericana.

Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>

Bellot, R. (2009). Exploración básica y evaluación psiquiátrica. En A. E. *Psiquiatría, Manual del residente en Psiquiatría (Vol. I, págs. 187-195)*. España: Asociación Española de Psiquiatría.

Brodsky, G. (1999). *Fundamentos 1 comentario del seminario 11*. Buenos Aires: Grama.

Campodónico, N. (sf de sf de 2018). Síntoma y demanda psicológica en el pimer nivel de atención en salud en la ciudad de la plata. *Prespectivas en Psicología*, 75-85.

- Díaz, E. (2005). *El sujeto sordo en el lenguaje. Consideraciones sobre el bilingüismo – lengua de señas – lengua oral – desde la mirada del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Rojo.
- Eidelstein, A. (2017). Intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicósomática y debilidad mental. En A. Eidelstein, *Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan* (págs. 10-30). Buenos Aires: Letra Viva.
- Evans, D. y. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ey, H. (1965/1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Freud, S. (1913/1997). *Sobre la iniciación al tratamiento, en Obras Completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1992). *La represión, en Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917/1992). *Los caminos de la formación del síntoma, en Obras Completas* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1992). *Inhibición Síntoma y Angustia, en Obras Completas* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gaufey, G. d. (2010). *El sujeto según Lacan*. Buenos Aires: El cuenco de la plata.
- Lacan, J. (1957/1958). Las Formaciones del inconsciente. En el Seminario V, *clase XXVII* (págs. 483-500). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). *El saber del psicoanalista*. Inédito.
- Lacan, J. (1966). *Seminario 13 El Objeto del Psicoanálisis*. Paris: Starfela.fr.

- Lacan, J. (1964/2010). El sujeto y el otro: la alienación. En J. Lacan, *Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pág. 219). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1971/2012). De la incompreensión y otros temas. En J. Lacan, *Hablo a las paredes* (pág. 47-85). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009b). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos I* (págs. 231-310). México: Siglo XXI.
- Ledesma, C. (2013). *Senderos Clínicos del acompañamiento terapéutico*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Lombardi, G. (2003). Proceso diagnóstico. *Redalyc*, XIV, 103-110. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943041.pdf>
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Pearce, J. (2012). rain Disease Leading to Mental Illness: A Concept Initiated by the Discovery of General Paralysis of the Insane. *European Neurology*(67), 272-278. Obtenido de <https://www.karger.com/Article/Fulltext/336538>
- Raventós Vorst, H., & Contreras Rojas, J. (2017). El diagnóstico en psiquiatría: una discusión teórica y práctica para el abordaje clínico. *Scielo.org*, 59(4). Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022017000400134
- 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, 76(2). Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036944003.pdf>

Sandoval, I. (13 de 12 de 2020). ¿Por qué la psiquiatría? *Universo*. Obtenido de
<https://www.eluniverso.com/opinion/2020/12/20/nota/8415688/que-psiquiatria>

Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dialogue in clinical neuroscience*, 17(1), 59-67.
Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4421901/>

Sinatra, E. (2017). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires: Grama.

Soler, C. (1995). Los diagnósticos. *Escuela Freudiana de Psicoanálisis*, 16.

Soler, C. (2003-2004). *La querrela de los diagnósticos*. Buenos Aires: Letra Viva.

Tendlarz, S. (10 de 21 de 2020). Publicado en *Diversidad del síntoma*, Colección Orientación Lacaniana, EOL, Buenos Aires, 1996, pp. 77-84.

Vuchinovich, N. (2014). Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. *Norte de salud mental. Norte de Salud Mental*, XII(48), 19-25.