



De las estructuras clínicas a la discapacidad psicosocial: dos formas de comprender la subjetivación

Dayhanna Marulanda Henao

Monografía para optar al título de Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas

Tutor

César Alejandro Pérez Atehortúa, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas
Medellín, Antioquia, Colombia

2022

Cita	(Marulanda Henao, 2022)
Referencia	Marulanda Henao, D. (2022). <i>De las estructuras clínicas a la discapacidad psicosocial: Dos formas de comprender la subjetivación</i> [Trabajo de grado especialización]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Cohorte V.
 Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex).
 Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mi familia, ellos siempre incondicionales, han sostenido mi mano durante todo mi proceso académico y demás momentos cruciales en mi vida.

En segundo lugar, extiendo el agradecimiento a mi asesor, por compartir conmigo su conocimiento y guiar con paciencia mi camino.

Y finalmente, doy gracias a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, y a la Universidad de Antioquia por las contribuciones a mi caminar profesional.

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
1. Planteamiento del problema	9
2. Justificación.....	16
3. Objetivos	18
3.1. Objetivo general	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
4. Marco teórico	19
4.1. Estructuras clínicas.....	19
4.1.1. Estructura neurótica	21
4.1.1.1. Neurosis histérica	21
4.1.1.2. Neurosis obsesiva.....	22
4.1.1.3. Neurosis fóbica.....	22
4.1.2. Estructura psicótica.....	23
4.1.3 Estructura perversa.....	24
4.2. Trastorno mental.....	25
4.3. Discapacidad	26
4.4. Discapacidad psicosocial.....	28
5. Metodología	29
5.1. Estrategias de investigación	30
5.2. Muestreo.....	30
5.3. Técnicas de recolección de información	31
5.4. Procedimiento de recolección de la información	31

5.5. Técnicas de análisis de información.....	32
5.6. Procedimiento de análisis de información.....	32
5.6.1. Codificación abierta.....	33
5.6.2. Codificación axial.....	33
5.6.3. Codificación selectiva.....	34
6. Resultados.....	35
6.1. Hallazgos históricos.....	35
6.2. Elementos contextuales y actuales de los conceptos.....	38
6.3. Comprendiendo la subjetivación desde las estructuras clínicas y la discapacidad psicosocial.....	42
7. Conclusiones.....	45
Referencias.....	46

Resumen

Esta monografía retoma la evolución del concepto de enfermedad mental, mostrando a grandes rasgos los sucesos comprendidos entre la edad antigua -pasando por la edad media y edad moderna- y la edad contemporánea, teniendo presentes las formas en que se visibilizó este fenómeno en cada una de ellas, llegando a la pregunta por las formas de subjetivación del individuo. Posterior al contexto histórico se hace una construcción teórica, partiendo de las categorías: trastorno mental, estructuras clínicas y discapacidad psicosocial; más adelante se ponen a conversar estas dos categorías en pro de comprender las formas de subjetivación de las personas más allá de la enfermedad mental, viendo a las estructuras clínicas desde el método analítico y a la discapacidad psicosocial desde el enfoque de derechos. El trabajo tiene por objetivo analizar la relación emergente entre el concepto de estructuras clínicas y la discapacidad psicosocial como formas de comprender la subjetivación psíquica del sujeto. A nivel metodológico se utiliza el enfoque cualitativo, se lleva a cabo un estado del arte recolectando información en bases de datos y analizándola por medio de la codificación.

Palabras clave: Discapacidad psicosocial, estructuras clínicas, subjetivación, enfermedad mental.

Abstract

This monograph takes up the evolution of the concept of mental illness, showing in general the events between the ancient age -passing through the middle and modern age- and the contemporary age, taking into account the ways in which this phenomenon was visible in each of them, reaching the question of the forms of subjectivation of the individual. After the historical context a theoretical construction is made, starting from the categories: mental disorder, clinical structures and psychosocial disability; Later, these two categories are discussed in order to understand the forms of subjectivation of people beyond mental illness, looking at clinical structures from the analytical method and psychosocial disability from the rights approach. The aim of this paper is to analyze the emerging relationship between the concept of clinical structures and psychosocial disability as ways of understanding the subject's psychic subjectivation. At the methodological level, the qualitative approach is used, a state of the art is carried out by collecting information in databases and analyzing it through coding.

Keywords: psychosocial disability, clinical structures, subjectivation, mental illness.

Introducción

En la actualidad, la discapacidad psicosocial ha visibilizado a las personas que presentan un trastorno mental, teniendo en cuenta sus formas de relación con el mundo y sus derechos; asimismo, se retoman los postulados del psicoanálisis, particularmente lo respectivo a las estructuras clínicas, que proponen unas maneras propias de relacionarse con el mundo exterior según la estructura que se presente, sin embargo, en algún punto estas se consideraron como formas que tiene el sujeto de subjetivarse según los elementos contextuales y sus propios recursos cognitivos.

La visión de las formas de subjetivación es relativamente nueva, pues en la antigüedad se habló de enfermedad mental -incluso, en otros términos-, esta nunca fue completamente comprendida ni aceptada en la sociedad, y esto puede evidenciarse en el desarrollo histórico, donde incluso se le atribuía a divinidades o a entidades demoníacas la aparición de cualquier tipo de locura.

Ahora bien, se sabe que la discapacidad desde su perspectiva de derechos tiene diferencias significativas con el enfoque clínico propio de las estructuras clínicas del psicoanálisis, sin embargo, se llega a la convergencia de ambas en el afán de comprender la subjetivación psíquica del sujeto, y estas dos dan pistas fundamentales para ello.

Por último, es importante mencionar que el presente trabajo hace uso del enfoque cualitativo, la estrategia investigativa es el estado del arte, se recolecta la información de bases de datos, se deposita en la matriz bibliográfica y las fichas de contenido, y finalmente, se codifica.

1. Planteamiento del problema

La comprensión integral y diferenciada de la discapacidad psicosocial ha sido un trabajo de construcción teórica, análisis de prácticas, reflexión de posturas y, sobre todo, acciones de reivindicación de personas y colectivos que han buscado un lugar y una forma de representación diferente. Teniendo presente que la discapacidad psicosocial se diferencia como categoría alrededor del 2006, luego de ser por varios siglos una categoría indiferenciada de lo que en la actualidad se conoce como trastornos mentales graves y que algunos de los comportamientos y rasgos de personalidad que fueran catalogados como locura.

Hacer un recorrido histórico por la discapacidad intelectual implica identificar, no sólo las formas de trato hacia las personas que presentaban esta condición, sino también los actos de discriminación practicados por la sociedad que desde tiempos remotos ha signado lo distinto, lo diferente, como algo ajeno, como algo extraño. Pensar la discapacidad en la actualidad implica reconocer que se pueden evidenciar hallazgos científicos que apoyaron el diagnóstico de las enfermedades mentales y su posterior tratamiento, entre estos, la conceptualización de las estructuras clínicas que tiene su fundamento en el psicoanálisis clásico de Freud.

Pensar la discapacidad psicosocial desde una visión histórica conlleva a reconocer que el hombre a través de los tiempos ha ideado formas diversas de comunicar sus ideas e historias; ha pasado desde el desarrollo de los códigos pictóricos y, más adelante, escritos, ha procurado dejar registro sobre sus logros y conquistas, pero también de sus avatares y padecimientos. La enfermedad mental ha tenido un papel protagónico en estos registros. En sus inicios, tuvo diversidad de términos, pero aquel con el que esta condición pudo reconocerse fácilmente en los diferentes contextos fue “locura”. En esta monografía, para trazar este recorrido, se toman algunos datos históricos para describir las creencias instauradas en la humanidad acerca de la enfermedad mental y consecuentemente de lo que se conoce como “locura”, dependiendo, claro, de factores como la cultura, la religión y otros aspectos de corte social.

Bien, la biblia de la religión cristiana (y sus variaciones), en este caso católica, Porter (2002) encuentra que “En el Deuteronomio (28, 28) se lee: “Yahvé te herirá de locura”; en el antiguo testamento habla de muchos individuos poseídos por demonios y narra cómo Dios castigó a Nabucodonoser reduciéndolo a una locura bestial” (p. 21)

De este mismo modo, otras religiones en sus textos sagrados han hecho referencia a la locura como un castigo divino por actos propios o de sus antepasados que no eran agradables a su dios, por ejemplo, “El hinduismo cuenta con un demonio especial, Grahi (“la que se apodera”), responsable de convulsiones lépticas” (Porter, 2002. p. 23)

Posteriormente, en la antigua Grecia, aparece quien será el padre de la medicina, llamado Hipócrates (469-357 a. C, citado por Porter, 2014), quien expone que:

La enfermedad sagrada no me parece que sea ni más divina ni más sagrada que el resto de las enfermedades, sino que tiene, como todas las demás aflicciones, una causa natural de la que se origina. Los hombres juzgan su naturaleza y su causa como divinas por ignorancia y asombro pues no se parece a ninguna otra enfermedad. (P. 26)

Este autor expresa su desacuerdo ante la atribución de carácter divino o demoníaco, de lo que denomina “la enfermedad sagrada” refiriéndose a lo que en ese momento aún se denominaba como locura; posteriormente desarrolló toda una teoría por medio de la que explicó el origen de dichas aflicciones. Sobre su desarrollo Porter (2008) retoma:

La medicina excluía por definición lo sobrenatural. La medicina hipocrática explicaba la salud y la enfermedad en términos de “humores” (secreciones o fluidos elementales); el cuerpo estaba sometido a ciertos ritmos de cambio y desarrollo determinados por estos humores esenciales contenidos bajo la envoltura de la piel. (P. 46)

Más adelante, por el año 476 el mundo presencia el inicio de la Edad Media, esta época se caracteriza por su duración aproximada de mil años y por el poder sociopolítico que adquirió la iglesia católica, al punto de imponer su credo a diversas culturas -las cruzadas nacieron para apoyar este fin-, expandiendo su influencia; también se castigó a aquellas sociedades que se resistieron a adoptar el cristianismo como religión. Durante este período la comunidad en general tenía formas contradictorias de ver la locura - nombre que aún mantenía en la época-; según Peralta (2008) “La actitud que los hombres muestran ante el demente, el poseído, el epiléptico o el deforme es siempre ambigua y, a menudo, contradictoria. Este ser, marcado por el signo de lo sobrenatural, suscita repulsión, horror, curiosidad, compasión, diversión y respeto. (p. 128).

Asimismo, Peralta (2008) ilustra que se tendía a retirar al loco del ambiente social y cultural porque este podría tener conductas violentas o tornarse peligroso, no obstante, se encontraba frecuentemente personas con diversas alteraciones -llamados locos o deformes- acompañando a la monarquía e incluso al clero, pues la presencia de estos le daba reconocimiento, además existía la creencia de que el loco protegía a su amo. Algunos locos también se desenvolvían como actores en plazas públicas y eventos privados vestidos de forma particular (pp. 129-130)

La visión del castigo divino como causa de la discapacidad continúa presente en este momento histórico, este se atribuía a que cuando la persona o sus antepasados cometían algún acto que no fuera agradable a dios -el dios de la iglesia católica-, emergía una consecuencia; por otro lado, también se conservaba la creencia de que la locura era producida por un maleficio o porque un espíritu demoníaco había poseído a la persona, ante esto, el exorcismo era el tratamiento. En épocas cercanas también se presentaron sujetos que hacían hoyos en el cráneo de los enfermos para liberar el espíritu poseído o corrompido. En casos de menor gravedad aparente de la locura, estas personas se llevaban a peregrinaciones, donde se llevaban a cabo una serie de rituales alrededor de la tumba de un santo como forma de expiación y presunta curación. (Peralta, 2008, pp 128-129)

Hacia finales de la edad media, aparece “la nave de los locos” que alejaba de las ciudades a los locos, impidiendo que deambularan por ahí o habitaran lugares públicos, y de acuerdo con Foucault (2018) estos barcos:

Transportaban de una ciudad a otra sus cargamentos insensatos. Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos. (p. 10)

Y previo a “la nave de los locos” esta población era encerrada en otros lugares, tal y como lo menciona Peralta (2008):

Frente a los violentos, la comunidad reacciona con su expulsión fuera de las murallas de la ciudad o con su encierro en prisiones o en las Narrentürme (torres para los locos) de Alemania. A los más peligrosos, se les encerraba en las gayoles, jaulas de madera estrechas con sólo dos aberturas como ventanas. (p. 130)

Finalizando la época medieval y entrando a la denominada “Edad moderna”, a las personas con trastornos mentales se les comenzó a encerrar en centros manicomiales, en los que recibían tratos indignos, estaban encerrados en celdas -parecidas a centros carcelarios- se les daba paja para que durmieran en ella y además, cada cierto tiempo se les exhibía al público y con ello se recogía dinero; de esta manera, extraían a estos individuos del ambiente social que consideraban manchado por su presencia. (Álvarez, 2015, pp. 10-11)

El proceso antes mencionado se extendió hasta finales del siglo XVIII, donde los centros manicomiales comenzaron a tener un cambio importante, se comenzó a pensar en elementos terapéuticos que posibilitaran reintegrar a los llamados “locos” a la sociedad, es entonces que, Álvarez (2015) expone que los llamados “alienistas”

Idearon el tratamiento moral basado en una estrecha relación médico-paciente para reconducir su voluntad a partir de ciertas rutinas diarias que se creía harían innecesario el uso de la fuerza y, desde luego, establecer un severo régimen de aislamiento al que se consideraba capaz de curar por sí mismo. Hicieron del manicomio un lugar esencialmente terapéutico dirigido por médicos y donde el confinamiento se constituyó en el factor clave de la curación (p. 11).

Con este cambio, los centros manicomiales lograron dar a entender a la sociedad que la enfermedad mental no era un castigo divino o una posesión demoníaca. Para esta época aparece en escena Philippe Pinel, quien fue una figura clave para humanizar el tratamiento a los “insensatos” e instaurando elementos terapéuticos (Álvarez, 2015, p. 11).

Entonces, finalizando la modernidad e iniciando la “Edad Contemporánea” en toda Europa se generan transformaciones en el trato hacia las personas con enfermedad mental, es entonces que Álvarez (2015) acuña que:

Así, los remedios morales –castigos y terapéuticos- serán la actividad principal de los primeros asilos del s. XIX (13). La famosa “liberación de los locos” atribuida a Pinel y considerada el gran “mito fundacional” de la psiquiatría, no fue algo aislado, sino que se repitió en muchos lugares de Europa (p. 11).

El concepto de asilo para personas con enfermedades mentales no solo se extendió por toda Europa, sino que también migró a otros continentes, comenzando entonces a velar por el bienestar de quienes llegaban estos sitios, así, “Pinel (Francia), Tuke (Inglaterra) y Rush (Estados Unidos) convirtieron el antiguo concepto manicomial en un concepto asilar, introduciendo diversas actividades para la adquisición de hábitos saludables en los enfermos.” (Rodríguez, 2012, p. 8)

Más adelante, con Pinel tiene sus inicios la psiquiatría moderna, pues, este médico habla de algunos aspectos propios de la enfermedad mental, dando especial importancia a la manía, y, de acuerdo con Vásquez (1990) “(...) publica en 1801 su Tratado Médico Filosófico sobre la Manía -publicado en castellano en 1804- con multitud de agudas descripciones clínicas, aunque ateniéndose a las clasificaciones clásicas.” (P. 430)

Pinel se convertirá más adelante en maestro de Jean Esquirol, hombre que, de acuerdo con Vásquez (1990) “emplea estadísticas para evaluar el progreso de los pacientes y ofrece definiciones que ya son clásicas, de las alucinaciones, las ilusiones o las demencias. Esquirol ya es representante de una psiquiatría autónoma que intenta buscar relaciones con la anatomopatología.” (P. 430) Este médico es el primero en enseñar psiquiatría.

A mediados del siglo XIX aparece Emil Kraepelin, reconocido psiquiatra y quien dio origen a los manuales diagnósticos utilizados en la actualidad, según Vásquez (1990), “Kraepelin propone la creación de sistemas clasificatorios basados en las manifestaciones clínicas de las alteraciones y no en sus supuestas causas o en sus hipotéticas lesiones o anormalidades cerebrales.” (P. 436) Este médico hace énfasis en la importancia del curso de la enfermedad a la hora de su diagnóstico.

A la par con Kraepelin aparece Sigmund Freud, quien se ha considerado a través de los tiempos como el padre del psicoanálisis y que hizo aportes de gran importancia a la enfermedad mental, además, con sus aportes teóricos nace lo que se conoce como “estructuras clínicas”.

Por sus diferentes corrientes de pensamiento, Kraepelin y Freud representaron polos opuestos respecto a la forma de intervenir la enfermedad mental en la época, por lo tanto, fueron detractores uno del otro; su dicotomía la ilustra Martínez (2013) exponiendo que:

Si para el psicoanálisis clásico es fundamental la historia del sujeto, para Kraepelin, y a pesar de sus cuidadosas historias clínicas, lo prioritario es la correcta clasificación de las

diferentes especies psicopatológicas y, por lo tanto, el universo más genérico de las enfermedades. (P. 468)

Kraepelin hizo críticas respecto a la subjetividad acuñada por el psicoanálisis, exponiendo que la empatía con otro ser humano era importante pero no se podía confiar en ella a la hora de hablar de una enfermedad mental, por lo tanto, el discurso de un paciente sería tomado en cuenta siempre que este se enfocara en la descripción de sus síntomas, dejando de lado elementos emotivos. (Martínez, 2013, p. 468)

Mientras tanto, Freud desarrolló toda su teoría, analizando diversidad de casos -algunos que eran sus pacientes y otros por medio de escritos- y con esto inició todo un movimiento psicoanalítico, que se mantuvo y en algunos puntos se modificó, pero en la actualidad sigue vigente; dentro de toda la teoría Freudiana, algo para resaltar son las tres estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión, pues se convierten en pilares fundamentales para hacer una comprensión actualizada y estructural de la enfermedad mental.

Avanzando hacia el periodo actual, la psiquiatría hace aportes cada vez más significativos a los diagnósticos de trastornos mentales y al tratamiento desde un enfoque mayormente farmacológico, mientras que el psicoanálisis se concentra en entender las conductas -y visión del mundo- que tienen las personas según su forma de subjetivación. (Bernal, 2009)

Más adelante, la comunidad científica, especialmente la psiquiatría, comienza a pensar en los trastornos mentales -antes referidos como locura- y logran evidenciar que no todos producen los mismos síntomas en todas las personas, pero aparece la posibilidad de que se presenten comportamientos imprevistos y con ello el miedo a las consecuencias que esto puede traer, creando así un estigma hacia los individuos con esta condición. Con los avances del tratamiento farmacológico se pudo encontrar que si la persona accede a un tratamiento adecuado para su condición se reducirán significativamente las conductas que vayan en contravía de la norma social.

Por el año 2006 se crea la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde nace la categoría “discapacidad psicosocial” para referirse a los sujetos que presentan un trastorno mental grave -es decir, no todos los trastornos dan lugar a esta condición-, de larga duración y que además, este les ocasiona dificultades para relacionarse con el mundo, separando así esta condición de la discapacidad intelectual e incitando a no usar términos despectivos como: locos, idiotas, entre otros.

A pesar de lo anterior, en la actualidad todavía se ponen en práctica actos y discursos estigmatizantes hacia las personas con discapacidad psicosocial, pues es difícil que la sociedad llegue a tener una comprensión global de que más que convivir con un trastorno mental, el individuo hace todo un proceso de construcción individual, que le permite concebir el mundo de una forma específica y poder relacionarse con él, es decir, el sujeto elabora su propia forma de subjetivación.

Así pues, se entiende que las formas en que se subjetiva un sujeto con discapacidad psicosocial entran en un plano negativo para la sociedad, que no solo las invalida, sino que a su vez las rechaza, es decir, a las personas con esta condición se les pone barreras -especialmente actitudinales- en la participación.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, nace la pregunta ¿Cómo las estructuras clínicas y la discapacidad psicosocial desde su mirada de la enfermedad mental, llevan a comprender las formas de subjetivación que tiene el sujeto?

2. Justificación

Durante el proceso de investigación, se ha llevado a cabo una organización histórica en la que se identifican hechos fundamentales para la comprensión de la enfermedad mental, estos son de interés para el presente trabajo porque aportan datos que ayudan a analizar la sutil convergencia que puede existir entre dos conceptos aparentemente distantes, como lo pueden ser la estructuras clínicas y la discapacidad psicosocial, pero que en esencia permiten comprender las formas de subjetivación del sujeto.

Por un lado, las estructuras clínicas nacen del estudio que hace el psicoanálisis de la enfermedad mental, identificando rasgos de personalidad, condiciones de subjetivación, mecanismos de defensa y otros elementos; estas estructuras mencionadas se dividen en tres: neurosis, psicosis y perversión, y estas a su vez tienen diferentes formas de funcionamiento.

Por otro lado, la discapacidad psicosocial como concepto es actual, y deviene de una lucha social de las personas con esta condición y sus familias, que lograron que se instaurara el modelo social de la discapacidad en conjunto con el enfoque de derechos; además, para ser diagnosticada, la discapacidad psicosocial integra la presencia de trastornos mentales específicos que dejan ver las limitaciones que tiene el sujeto para participar debido a las barreras actitudinales impuestas por la sociedad.

Entonces, en esta monografía analizamos que el trasfondo de ambos conceptos atiende a maneras de ver y entender la enfermedad mental y permite avanzar a la comprensión de que las formas de subjetivación del sujeto respecto a sus características propias, además de los elementos del medio que influyen en su desenvolvimiento.

En general, la búsqueda de las investigaciones y textos que hablen de la discapacidad psicosocial es complicada, pues, a través del tiempo, el concepto ha tenido cambios y la categoría que se utiliza en la presente investigación es nueva; particularmente en Colombia, es posible encontrar legislatura respecto al tema, así como material pedagógico, sin embargo, la investigación de la discapacidad psicosocial no es común, por lo cual, es necesario retomar textos de carácter internacional para definir y comprender este concepto.

Se resalta que, esta investigación es importante ya que deja ver que es posible relacionar un elemento clínico como las estructuras clínicas y un aspecto sociocultural como la discapacidad

psicosocial, en pro de explicar las formas de subjetivación que tienen las personas que presentan un trastorno mental.

Finalmente, este trabajo posibilita que se tenga un panorama más amplio de las formas de subjetivación, pues, generalmente se ve a esta población de forma estigmatizada y no desde el respeto y/o la comprensión de su condición particular y su manera de ver el mundo a través de esta.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la relación emergente entre el concepto de estructuras clínicas y la discapacidad psicosocial como formas de comprender la subjetivación psíquica del sujeto.

3.2. Objetivos específicos

Describir los aspectos sobre los cuales se comprende la enfermedad mental a partir de los conceptos “discapacidad psicosocial” y “estructuras clínicas”.

Identificar aspectos de las estructuras clínicas que puedan aportar a la comprensión de discapacidad psicosocial como forma de subjetivación.

4. Marco teórico

En el presente apartado se desarrollan las categorías teóricas a trabajar en este proyecto, que contemplan las siguientes: Estructuras clínicas, trastorno mental, discapacidad y discapacidad psicosocial.

4.1. Estructuras clínicas

Una estructura se puede considerar como un tejido de distintos elementos, que juntos se convierten en una totalidad, esto se puede visibilizar a nivel literario, arquitectónico e incluso mental.

La estructura como concepto se ha venido construyendo desde bastante tiempo, de la mano de distintos autores en sus teorías; de acuerdo con Álvarez, Esteban y Sauvagnat (2004) Estructura es “un término proveniente del latín (structura) que en su origen se empleaba especialmente en un sentido arquitectónico ("construcción", "edificio", "disposición", "fábrica" y "organización")” (Pág. 700)

Estos mismos autores hablan del movimiento estructuralista, expresando que este da una posición principal al lenguaje y hace todo lo posible por encontrar su estructura, llevándolo más adelante a otras disciplinas para que le dieran también un papel protagónico; además, este movimiento dejaba claro que el individuo estaba sujeto a las estructuras y no de forma contraria. (Álvarez, *et al.* 2004)

Con respecto a las estructuras clínicas, se hace fundamental recordar que Freud comprendía al lenguaje como la facultad humana por medio de la cual un individuo podía comunicar sus pensamientos -cómo aparecen, se organizan y se conciben-, pero a su vez, por medio de este se describen eventos percibidos a través de los órganos sensoriales y asuntos de carácter memorístico.

Así, enfatizando en las estructuras clínicas, se sabe que Freud sienta las bases generales de cada una de las estructuras -neurosis, psicosis y perversión-, las fundamenta y les atribuye otros elementos importantes como mecanismos de defensa; en sus textos, se teoriza cada una por

medio de casos, algunos atendidos por él y otros a través de su estudio. Más adelante, otros autores -a los que se les llama postfreudianos- hicieron aportes a la propuesta de Freud y con esto finalmente se les dio a las estructuras clínicas este nombre.

Conviene subrayar que Freud no nombró a las estructuras clínicas con ese nombre, sino que habló de tipos clínicos, y estos tenían unas características particulares, Cochia (2014) describe que:

Freud le aportará una transformación vital dando lugar a la invención misma de la clínica psicoanalítica, alejándose del oficio clasificatorio y sin quedar atrapado en la descripción fenoménica para el diagnóstico, sino que leerá los mecanismos de formación de síntomas para precisar desde allí la variedad clínica y sobre todo porque ubicará en el centro de la técnica a la transferencia, la manera que cada sujeto responde y se posiciona respecto del inconsciente. (P. 2)

Los inicios de los tipos clínicos son la psiconeurosis y la neurosis actual, propuestas que Freud revisa en búsqueda de la presencia de mecanismos psíquicos, que defienden al yo de eventos sexuales: en la psiconeurosis se da defensa del trauma sexual infantil, en cambio, en la neurosis actual hay defensa de los actos -prácticas- sexuales actuales que son inconciliables para el neurótico. (Cochia, 2014)

El trabajo de Freud respecto de los tipos clínicos se caracteriza por una diferenciación detallada de cada uno de estos tipos y sus subtipos, atribuyendo a cada uno una serie de eventos desencadenantes y una forma particular de comportamiento, que también podría traducirse en sintomatología.

Ahora bien, las estructuras clínicas son conceptos clave en el psicoanálisis, pues permiten agrupar diversos tipos de comportamientos, tal y como lo describe Bernal (2009):

Ellas le permiten al psicólogo clínico, como al psicoanalista, comprender un sin número de comportamientos que reflejan la posición subjetiva de cada sujeto en el mundo, es decir, las relaciones de un ser humano con su trabajo, con su semejante y, en general, con todo lo que lo rodea. (p. 1)

Como bien se conoce, Freud identificó varias manifestaciones sintomáticas -en sus pacientes y en casos de colegas- y de acuerdo a sus diferencias, las dividió en tres grandes clasificaciones, estas son:

4.1.1. Estructura neurótica

Esta estructura nace de un conflicto que hay entre el yo y el ello del sujeto, una forma de comprender mejor esto es retomando a Freud (1923) quien explica que:

Las neurosis de transferencia se generan porque el yo no quiere acoger ni dar trámite motor a una moción pulsional pujante en el ello, o le impugna el objeto que tiene por meta. En tales casos, el yo se defiende de aquella mediante el mecanismo de la represión; lo reprimido se revuelve contra ese destino y, siguiendo caminos sobre los que el yo no tiene poder alguno, se procura una subrogación sustitutiva que se impone al yo por la vía del compromiso: es el síntoma. (PP. 155-156)

Por otro lado, se retoma a Nasio (1993, citado por Manrique y Londoño, 2012) quien deja claro que “aquel que hace todo lo necesario para no gozar en lo absoluto; y está claro, una manera de no gozar en lo absoluto es gozar poco, es decir, realizar parcialmente el deseo” (P. 130)

Es clave identificar que la neurosis se desarrolla en una persona que ha tenido estímulos de carácter sexual en su infancia, y al no ser aceptados por el sujeto, inicia el proceso de represión, pues esta representación sexual es inconciliable para el niño (a).

La neurosis, se subdivide en tres:

4.1.1.1. Neurosis histérica

La histeria tiene sus inicios en la infancia, con un hecho traumático referente a la vida sexual del menor, en el que la persona tiene experiencias propias relacionadas con el coito o con

irritación -puede ser accidental- de los órganos genitales. El histérico se caracteriza porque posee un deseo insatisfecho e insoportable que se convierte en un síntoma corporal.

Retomando a Rodríguez (2002) se puede encontrar que la neurosis histérica tiene varias formas de aparecer, entre ellas la conversión y la disociación, que en la actualidad son poco frecuentes, sin embargo, lo que se conoce como trastorno de la personalidad histriónica tiene aún una amplia tendencia de aparecer; todas las formas de histeria tienen diversa sintomatología, lo que permite diferenciar una de la otra.

Freud (citado por Rodríguez, 2002) expone que “ante toda persona que en una ocasión favorable a la excitación sexual desarrolla predominante o exclusivamente sensaciones de repugnancia, no vacilaré ni un momento en diagnosticar histeria, existan o no síntomas somáticos.” (p. 177).

4.1.1.2. Neurosis obsesiva

Este tipo de neurosis tiene dos síntomas particulares, en primer lugar, está el acto compulsivo, en el que el sujeto se ve obligado -por sus ideas- a realizar varias veces un acto o tener un pensamiento obsesivo, que está en contra de su voluntad; en segundo lugar, está el impulso obsesivo, que tiene que ver con el pensamiento de un acto dañino, vergonzoso o inadecuado y está marcado por el miedo, pese a que es una idea constante, el neurótico obsesivo difícilmente llegará a ejecutarlo. (Rodríguez, 2002).

Las ideas obsesivas, igual que la histeria, comienzan en la infancia, cuando por un estímulo sexual el infante desarrolla temores diversos respecto de su deseo, el niño entonces se vincula con el mundo -con los demás- de forma penosa y desde la duda, lo que lo obliga a poner en práctica acciones de defensa.

4.1.1.3. Neurosis fóbica

La fobia se muestra como un miedo irracional, de carácter patológico y que además está acompañado de conductas evitativas y de reaseguramiento. En la neurosis fóbica tienden a

aparecer confusiones, pues esta muestra rasgos tanto de la histeria como de la obsesión, por lo que el analista puede tener dudas sobre si es una o la otra, o asumir que ambas pueden aparecer de forma simultánea (Rodríguez, 2002).

Freud (1915, citado por Rodríguez, 2002) propone que “lo que se reprime en la fobia es la pulsión libidinosa hacia el padre” (p. 184), entonces, aparece la primera crisis de angustia y con ella se desencadena la fobia hacia un objeto o suceso específico.

La neurosis, contrario a la psicosis, no desmiente la realidad, pero si hace todo lo posible para huir y no saber nada de ella.

4.1.2. Estructura psicótica

La psicosis es descrita por Freud, por primera vez en el caso del presidente Schreber, el cual, analizó desde una autobiografía escrita por él; este hombre tuvo tres episodios de crisis, en los que aparecen síntomas distintos que son explicados por Freud.

La psicosis se caracteriza porque la relación entre yo y el mundo exterior se fragmenta, entonces el sujeto reconstruye este mundo exterior dentro de sí con sus propios recursos cognitivos; así, las descargas libidinales que iban dirigidas hacia los objetos se redirigen al yo -se convierte en líbido narcisista-.

Coderch (2011) poniendo de presente a Freud, expone que la sintomatología de las psicosis esquizofrénicas se puede dividir en tres categorías: decaetexia, hipercaetexia y recatexia; en la primera la descarga libidinal que se dirigía a los objetos del mundo externo es retirada de ellos, lo que hace que parezcan irreales o dejen de existir; en la segunda la libido que fue retirada de los objetos del mundo exterior reviste las representaciones mentales del mundo y del yo – pueden presentarse ideas de grandeza e hipocondría; y en la tercera hay un intento de redirigir la libido a los objetos, se puede percibir como un intento de autocura, sin embargo, la capacidad del sujeto es limitada y el proceso se lleva a cabo de forma distorsionada.

En la psicosis, no se habla de síntomas, sino de fenómenos elementales, que de acuerdo con Bernal (2009) “van desde el delirio, hasta las alucinaciones (de voces o visuales) y

construcción de nuevas palabras (neologismos)” (p. 2), también aparecen ideas catastróficas, alteraciones motoras, hebefrenia y pensamiento paleológico; la recatexia, que es donde aparecen estos fenómenos elementales, se considera importante mencionar que Freud contempla el delirio como algo importante en la psicosis, actuando como un “"parche" colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior.” (Freud. 1923. p. 155)

Según Freud, el psicótico desmiente la realidad y la sustituye por una nueva (Freud, 1923) a este mecanismo de defensa posteriormente se le llamó Forclusión.

4.1.3 Estructura perversa

La perversión se puede entender como los impulsos sexuales que no están dirigidos al objeto natural de deseo, es decir, con una intención reproductiva, sino que están enfocados a la búsqueda de placer a través de comportamientos desviados y transgresiones sexuales; las formas en que ver la perversión es en las parafilias o conductas homosexuales, sadistas, masoquistas o incluso autoeróticas.

Según lo advertía Freud, un sujeto con una estructura perversa rara vez consulta por los rasgos de esta, sino que estos frecuentemente son descubiertos por el analista, pues la persona no tiende a sentirse mal con sus preferencias sexuales, de hecho, se sienten satisfechos con ellas.

La estructura perversa tiene dos mecanismos de defensa, fundamentales, la desmentida -o renegación- y la escisión, estos operan de la siguiente forma:

En el texto “El fetichismo” Freud explicó cómo el niño (varón) tiene una confusión respecto a si su madre tiene o no tiene falo, por lo cual, en sus diversas exploraciones, el infante se choca con diferentes barreras que le impiden confirmar las dos hipótesis que tiene; a raíz de lo anterior, el menor asume ambas informaciones como verdaderas, y así, la madre a la vez tiene y no tiene falo, dando pie al mecanismo de escisión (Freud. 1927).

Por otra parte, el mecanismo de defensa por excelencia de la perversión es la desmentida, por medio de la cual el sujeto reniega (*Verleugnung*) una parte de la realidad, llegando a escindir esa idea sobre que su madre posee o no un falo.

4.2. Trastorno mental

Durante todo el texto se podrán encontrar los términos “trastorno mental” y “enfermedad mental”, pues diversidad de referentes bibliográficos hacen uso de ambos en condición de sinonimia; no obstante, es fundamental hacer una diferenciación entre ellos.

De acuerdo con Martínez (2007), así se da la diferencia conceptual:

Enfermedad y trastorno mental: El término "trastorno mental" es más amplio que el de "enfermedad mental" y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad. (s/p)

Por otro lado, la enfermedad mental tiene una connotación más marcada hacia la estructura corporal, y de acuerdo con esto Artigas-Pallarés (2011) propone que:

(...) en la práctica médica se sobreentiende que en la enfermedad subyace una alteración de los mecanismos naturales que rigen la vida de los seres; es decir, la enfermedad, y por extensión el síndrome, obedecen a una etiopatogenia concreta, independientemente de que ésta se conozca. (P. S63)

Para los efectos de esta investigación, el término “trastorno mental” funge como base cuando se hace referencia a la discapacidad, dada su amplitud conceptual, mientras que, el concepto “enfermedad mental” puede utilizarse cuando se habla de aspectos históricos, legales o en algunos casos, como concepto auxiliar del término base.

De acuerdo con lo anterior, y ampliando el concepto de trastorno mental, se retoma a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013) quien devela que:

Un trastorno mental es 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 una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (P. 5)

Esta misma Guía de Criterios Diagnósticos apunta que respuestas naturales a situaciones estresantes, procesos de duelo, comportamientos contrarios a los esperados socialmente o conflictos entre el sujeto y la cultura no se traducen como un trastorno mental, a excepción que alguno de estos sea producto de un trastorno ya diagnosticado. (APA, 2013, p. 5)

De la misma manera, el DSM 5 aclara que “el diagnóstico de un trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes” (p. 5) no obstante, el profesional enviará tratamiento a aquellos pacientes cuyo síntoma lo amerite, pues, no todos los trastornos mentales requieren de los diversos tratamientos existentes; por otra parte, el hecho de que los síntomas no sean de gravedad, no significa que a la persona se le limite el acceso a una atención médica oportuna y apropiada. (APA, 2013, p. 5)

4.3. Discapacidad

Para hablar de discapacidad mental y, posteriormente, de discapacidad psicosocial, es esencial dar un vistazo a la concepción general de discapacidad, abriendo un mayor panorama sobre los matices que presenta este término, en especial, respecto a asuntos de corte social y cultural.

Con el paso de las décadas, la discapacidad se ha concebido desde diversos puntos de vista, cada uno de ellos, permeado por elementos culturales, sociales y religiosos; desde hace unos quince años aproximadamente, con la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD) se redoblan los esfuerzos gubernamentales, en conjunto con los movimientos sociales con el fin de dotar a la población con discapacidad de más derechos y comenzar a reconocerles sus capacidades y habilidades.

Así pues, se toma la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) que ha sido la que ha llevado el hilo de las transformaciones que ha sufrido el concepto de discapacidad y muestra cómo este se ha adaptado a los modelos que van surgiendo con los años, Teniendo esto presente, Egea & Sánchez (2001) citando a la CIF exponen que:

La Discapacidad «engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación» y, así, deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a término «paraguas» para todas las condiciones de salud negativas. (P. 24)

En este sentido, se invoca la CIDPD, cuando en su preámbulo de manera breve expresa que:

(...)la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (ONU, 2006, p. 1)

Ahora bien, la discapacidad en los últimos años ha estado permeada por diversos modelos que buscan definir la forma en que se dan los procesos y cómo se desenvuelven las personas con algún tipo de limitación; uno de los primeros modelos que apareció fue el llamado “médico-rehabilitador” y el último es el “modelo social”, ambos con diferencias notorias y significativas, es por ello que brevemente se desarrollarán para finalizar la conceptualización de “discapacidad”.

De acuerdo entonces con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) en su texto Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se expone que “el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.” (p. 21)

Por otro lado, está el modelo social, que “considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. (OMS, 2001, p. 21); es decir que, es la sociedad la que impide la participación activa y efectiva de las personas con discapacidad en el medio en que habita, poniendo barreras de diversa índole que dificultan el desenvolvimiento y el desarrollo de las capacidades de esta población.

Aunque la población con discapacidad del mundo se ha movilizó para que se reconozca el modelo social y el enfoque de derechos como hechos trascendentales en el camino de la dignificación de la condición de discapacidad, el modelo médico continúa haciendo presencia y con él, las barreras aumentan de forma significativa, especialmente las conocidas como actitudinales, es decir, el estigma que hay hacia ellos.

4.4. Discapacidad psicosocial

La discapacidad psicosocial es un término novedoso, que nace para dignificar a la población que la presenta y evitar que se les continúe nombrando de formas despectivas; este término también es aceptado en su variación “discapacidad mental” y hace alusión a “un proceso que aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todos a causa de un proceso o antecedente en salud mental (Arenas y Melo-Trujillo, 2021, p. 71)

Es fundamental destacar que una enfermedad mental en sí misma no constituye una discapacidad psicosocial, pues para llegar a esta categoría, es necesario que la persona cumpla con otros requisitos; García (2016) quien aclara que para que una persona sea considerada con discapacidad psicosocial es necesaria la presencia de tres elementos: “diagnóstico clínico, duración y funcionamiento psicosocial” (P. 251)

Cada uno de estos elementos, como lo menciona García (2016) tiene unas características particulares, a saber:

A. Diagnóstico Clínico: La persona deberá contar con un diagnóstico clínico proporcionado por el profesional correspondiente, y este deberá ser considerado de gravedad.

B. Duración: Es necesario que la duración del diagnóstico sea igual o mayor a dos años o en su defecto, que cause malestares clínicamente significativos a la persona.

C. Funcionamiento psicosocial: “las personas que la padecen tienen graves y duraderas limitaciones para afrontar las demandas de la vida diaria.” (García, 2016, p. 252)

Al hablar de limitaciones para afrontar las demandas de la vida diaria, se hace referencia, no solo a las dificultades propias de la persona con discapacidad psicosocial, sino también, a las diversas barreras que pone su entorno, evitando que pueda desenvolverse en el medio en que vive.

5. Metodología

La presente monografía se desarrolla desde un enfoque cualitativo, y los datos utilizados en la misma se retoman de elementos teóricos, lo que los hace difíciles de medir; es entonces que, este enfoque brinda las herramientas necesarias para ahondar en la problemática planteada y poder llegar a discutir sobre ella retomando los hallazgos de investigaciones previas y elementos propios del contexto.

Así pues, se toma a Bonilla y Rodríguez (2000, citados por Bernal, 2010), quienes exponen que el método cualitativo:

(...) se orienta a profundizar casos específicos y no a generalizar. Su preocupación no es prioritariamente medir, sino cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes, según sean percibidos por los elementos mismos que están dentro de la situación estudiada. (p. 60).

De acuerdo con lo anterior, se atiende a que la información hallada no es posible de generalizar, pues es amplia y tiene matices diferentes según la fuente de publicación, además, el tema de la discapacidad psicosocial tiende a diferir, pues ha tenido nombres y conceptualizaciones previas, algunas que incluso siguen siendo vigentes; por lo cual, es importante atender a las diferencias y orientar la investigación a dar forma a la información de modo que informe una situación en particular; es por ello que, nuevamente, se retoma a Bernal (2010) quien apunta a que “los investigadores que utilizan el método cualitativo buscan entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica” (P. 60).

Asimismo, en el caso de las estructuras clínicas, la mayor parte de la información no se podrá encontrar en textos recientes, sino que será necesario ir más allá, es decir, a autores que incluso propusieron los primeros elementos de lo que posteriormente tomaría el nombre de estructuras clínicas.

5.1. Estrategias de investigación

Se realiza un estado del arte, el cual, de acuerdo con Bojacá (2004, como se citó en Gómez., Galeano y Jaramillo, 2015) hace referencia al “tipo de evaluación descriptiva; evaluación seria, sistematizada y consistente. Supone el revivir de una mínima parte de la memoria científica de la humanidad en aquel campo dentro del cual enmarcamos nuestro proyecto investigativo” (P. 426)

Asimismo, Galeano (2012) profundiza expresando que:

(...) es una investigación de carácter documental que tiene como objetivo recuperar sistemática y reflexivamente el conocimiento acumulado sobre un objeto o tema central de estudio. Un estado del arte da origen a una evaluación o un balance de ese conocimiento acumulado, y establece una proyección o líneas de trabajo para posibilitar su desarrollo. (p. 141).

Se hace uso de esta estrategia con el fin de recabar los datos necesarios, tanto de las estructuras clínicas como de la discapacidad psicosocial, haciendo uso de diversos textos que puedan ayudar a visualizar el contexto de la información y las posibles variaciones de la misma respecto a momentos históricos anteriores.

5.2. Muestreo

Esta investigación hace una búsqueda activa de las estructuras clínicas y de la discapacidad psicosocial, haciendo uso de bases de datos y libros en los que sea posible rastrear los conceptos y un poco también la parte histórica de los mismos.

Hernández Sampieri (2014) presenta en su trabajo que el muestreo “es el acto de seleccionar un subconjunto de un conjunto mayor, universo o población de interés para recolectar datos a fin de responder a un planteamiento de un problema de investigación” (P. 567)

Dado que esta investigación es un estado del arte y sus datos vienen únicamente de textos, la forma de muestreo que se utiliza es el muestreo no probabilístico, pues este “permite

seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.” (Otzen & Manterola, 2017, p. 230); en el presente caso, no se trata de casos o sujetos específicamente, sin embargo, si se hace uso de textos accesibles, pues en las bases de datos se puede encontrar mucha información, pero mucha de esta es inaccesible, por lo cual, no puede ser utilizada.

5.3. Técnicas de recolección de información

Las técnicas de recolección de información utilizadas en el presente trabajo son dos: Matriz bibliográfica y fichas de contenido.

Matriz bibliográfica: Esta es utilizada para registrar la totalidad de la información hallada respecto al tema trabajado, de modo que se pueda hacer una posterior clasificación de la misma y la selección de aquellos textos que tengan mayor relevancia para el estado del arte.

Es así que, retomando a Gómez y cols. (2015), la matriz bibliográfica es un “instrumento diseñado en Excel donde se relacionaron los textos de la muestra, escritos en vertical, con las categorías de análisis, escritas en horizontal.” (P. 426)

Fichas de contenido: Estas tienen un uso exclusivo de los textos que se utilizarán en el estado del arte; en ellas se plasma información más puntual acerca de las investigaciones, libros, revistas indexadas, entre otros que se encuentren.

Otra forma de referirse a esta técnica es “ficha bibliográfica” y esta, de acuerdo con Águila et al (2019) “Es una técnica que se utiliza para clasificar y organizar información específica sobre un texto escrito, físico o digital. Al realizar trabajos de investigación brindan información sobre el origen y fuentes de los textos citados” (p. 8).

5.4. Procedimiento de recolección de la información

La recolección de la información sobre el tema de discapacidad psicosocial se lleva a cabo por medio de bases de datos diversas, muchas de las cuales se encuentran recogidas en la página

web académica del buscador Google, este permite que el investigador priorice aquella información que es relevante en su búsqueda.

Por otro lado, la información acerca de las estructuras clínicas se halla tanto en la web, en bases de datos, como en libros publicados por autores del psicoanálisis, que se pueden categorizar como obras clásicas y que hacen aportes no solo desde lo teórico sino también desde lo histórico.

5.5. Técnicas de análisis de información

El análisis de la información se lleva a cabo a través del análisis de contenido, el cual “permite descubrir la estructura interna de la comunicación (composición, organización, dinámica) y el contexto en el cual se produce la información” (Galeano, 2012, p. 123).

Asimismo, Krippendorff (1990, citado por Galeano, 2012), expone que el análisis de contenido es una "técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a un contexto". (p. 125)

Es así que, esta técnica le permite a la autora recoger la información y organizarla teniendo en cuenta el contexto para el que fue creada y cómo se puede complementar con la demás información recolectada que atienda a la misma temática, pero a diversos contextos.

5.6. Procedimiento de análisis de información

El análisis de información del presente trabajo se hace por medio de la codificación, y se subdivide en tres: abierta, axial y selectiva, estas se convierten en momentos y aunque no siempre suceden de forma lineal -especialmente los dos primeros- esta manera de realizar el proceso analítico lleva a tener un orden a nivel de construcción de categorías que dan sentido al texto.

Teniendo en cuenta la importancia de estas tres formas de codificación, a continuación, se hace la descripción de cada una de ellas:

5.6.1. Codificación abierta

En este apartado se hace una revisión general de todos los fenómenos identificados, ubicando en ellos los conceptos que priman -o que dan sentido a lo explicado- y estos se convierten posteriormente en categorías de análisis.

En palabras de Strauss y Corbin (2003), en la codificación abierta:

Los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos, denominados "categorías". (PP. 111-112)

La presente investigación gira en torno a la subjetivación de una persona que posee un trastorno mental grave, para lo cual se toman dos conceptos que son de especial interés para la autora, en este caso, discapacidad psicosocial y estructuras clínicas, ambos ampliamente conectados con la enfermedad mental; una vez se ha tomado la información más relevante de estos, se convierten en categorías principales.

Con respecto a la discapacidad psicosocial, se identifica que hay un término equivalente, “discapacidad mental” que se utiliza como un concepto de igual significado, si bien este último funciona, las preferencias de la investigación llevan a hacer mayor uso del primero.

Las estructuras clínicas se rastrean desde un autor principal y se tienen en cuenta sus diversas transformaciones, y se hace uso tanto de elementos actuales como de asuntos de sus inicios que llevan a que esta categoría necesariamente se subdivide posteriormente.

5.6.2. Codificación axial

Para este punto ya debe estar completada la construcción de las categorías principales, por lo que el camino a seguir es hacer una descomposición de estas y de acuerdo con los diversos temas allí trabajados crear algunas subcategorías, este proceso da al investigador más herramientas de análisis y al lector más claridad frente al trabajo.

Respecto a este tipo de codificación Strauss y Corbin (2003) refieren que su propósito es “comenzar el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta. En

la codificación axial, las categorías se relacionan con sus subcategorías para formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos.” (P. 135)

Las subcategorías comienzan a aflorar en el camino, pues con las categorías principales no se podía entrar a detallar algunos aspectos, lo que hizo que se dieran las siguientes transformaciones:

Antes de comenzar a hablar de las dos categorías principales era fundamental poner de presente a la enfermedad mental y su historia, sin embargo, por los avances científicos se encontró que el término “trastorno mental” es más apropiado; luego de esto, se ubicaron las estructuras clínicas y sus subcategorías: neurosis, psicosis y perversión.

Más adelante, se identificó la complejidad de abordar la discapacidad psicosocial sin hablar antes de discapacidad en general, por lo que se definió esta última y posteriormente se habló de discapacidad psicosocial.

5.6.3. Codificación selectiva

Una vez creadas las categorías y subcategorías hay un avance teórico respecto a los fenómenos analizados, y el paso a seguir es la integración o interrelación de todos los elementos trabajados alrededor de una categoría central, esto necesariamente llevará a que el investigador deba hacer varias revisiones del texto, correcciones, reformulaciones y otros procedimientos que llevarán a conformar una teoría.

Respecto a la codificación selectiva, Strauss y Corbin (2003) resaltan que “sólo cuando las categorías principales se integran finalmente para formar un esquema teórico mayor, los hallazgos de la investigación adquieren la forma de teoría. La codificación selectiva es el proceso de integrar y refinar las categorías.” (P. 157)

Finalmente, creadas las categorías y subcategorías, se comenzó a hacer un tejido que comenzó con la historia de la enfermedad mental, pasó por la descripción de cada uno de los términos y llegó a los resultados donde se hace una interrelación entre estructuras clínicas y discapacidad psicosocial como formas de comprender la subjetivación de las personas que presentan un trastorno mental.

6. Resultados

6.1. Hallazgos históricos

A través de este proceso investigativo se hicieron hallazgos importantes durante el recorrido histórico descrito en el planteamiento del problema, que además en conexión con el marco teórico suscita reflexiones que se exponen a continuación.

En primer lugar, es posible identificar que la enfermedad mental siempre ha estado presente en la historia humana, lo que llevó a las diferentes civilizaciones a darles un lugar y un rol a nivel social, teniendo en cuenta que, los comportamientos, la gestión emocional, la cognición y el aspecto relacional de las personas con esta condición podían variar y si bien, algunos de ellos podían presentar conductas aceptables, otros podían poner en riesgo su propia integridad o la de otros sujetos; lo anterior, conllevó a que se construyeran algunas barreras entre los individuos considerados por la sociedad como “locos” y la comunidad en general, entonces, aparecen métodos de aislamiento como “la nave de los locos”, los asilos, los hospitales psiquiátricos, entre otros; todo esto es muestra lo que ahora se lee en retrospectiva como formas de estigma y discriminación hacia la enfermedad mental.

De acuerdo con lo expuesto, se considera necesario definir el concepto de estigma, y en palabras de López *et al* (2008), este término se entiende como “un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos.” (P. 45)

El estigma con respecto a la enfermedad mental puede producirse debido a que la sociedad desaprueba, por así decirlo, los comportamientos que se alejen de aquello que se establece a nivel normativo, o lo que usualmente se denomina “normal”, y en el caso de un trastorno mental, cabe la posibilidad de que quien lo presenta tenga conductas impredecibles - violentas o impulsivas- que puedan poner en peligro a otras personas o comunidades, lo que lleva a que las personas se distancien o que quienes presentan la condición se aíslen.

Por otro lado, si bien las formas de nombrar a la enfermedad mental variaron con las épocas y las culturas, no es hasta el año 2001 que se comienza a hablar de discapacidad y se

construyen algunos elementos teóricos alrededor de esta, entre estos, nacen los modelos de la discapacidad; el modelo de prescindencia es el primero en aparecer y se refiere a las formas en que las comunidades apartaron a las personas "locas" porque no hacían aportes significativos a nivel social, y debido a esto se les aislaba, encerraba y muchas veces hasta se les despojaba de sus bienes porque se pensaba que no les darían buen uso; otra de las expresiones del mencionado modelo es la eugenesia, que es propuesta oficialmente en el siglo XIX y exponía la posibilidad de que las personas con discapacidad y quienes tuvieran una enfermedad mental u otras condiciones negativas de salud no se reprodujeran.

Según se sabe, finalizando la segunda guerra mundial, aparece el modelo médico-rehabilitador de la discapacidad, a raíz del elevado número de personas que tuvieron lesiones corporales y mentales graves en el campo de batalla, y este explicaba que era necesario rehabilitar a quienes presentaran una deficiencia; este modelo se enfoca en realizar un diagnóstico, y se propone un posterior tratamiento que pueda regresar al individuo la totalidad de sus capacidades. Especialmente con la enfermedad mental, se reforzó la idea de hospitalizarlos o enviarles cantidad de medicamentos con el fin de "curarlos".

En segundo lugar, se observa que la enfermedad mental ha provocado curiosidad a nivel comunitario, y siempre se le atribuyeron causas y efectos a esta condición, la mayoría de carácter fantástico o religioso, atendiendo a las creencias e imaginarios colectivos, sin embargo, con Hipócrates emprendió una investigación médica con fines científicos de la población que presentaba los síntomas propios de la enfermedad mental, posteriormente llegaron médicos como Esquirol, Kraepelin e incluso Freud que comenzaron a teorizar sus causas y a hablar acerca posibilidades de tratamiento.

Haciendo especial énfasis en Freud, es importante destacar que al recibir un paciente, él lo veía como alguien único, pues todos los eventos vitales por los que atravesó son propios, y generaron -y continuarán haciéndolo- huellas mnémicas específicas, todo esto da pie a que el sujeto funcionara y su yo se organizara de manera diferente, aunque bien, podría encajar en uno de los tipos clínicos planteados, entonces, el analista realizaba el proceso de identificación de aquellos comportamientos particulares y repetitivos en el individuo que pudieran tener alguna similitud con los tipos clínicos.

Por otra parte, en sus planteamientos Freud dividió las estructuras clínicas en tres, dando a cada una sus características distintivas, lo que lleva a que estas -y sus subdivisiones- se

caractericen por funcionamientos cognitivos diferentes, que, sumados con los elementos contextuales de cada persona, conllevan a que los individuos construyan formas de subjetivación propia que les permitan relacionarse con el mundo. Autores postfreudianos hicieron sus aportes respectivos a la teoría Freudiana y fueron agregando aspectos importantes a las tres estructuras - esta construcción perdura hasta la actualidad-.

Bien, en el momento en que Freud publica sus avances teóricos sobre las estructuras clínicas y Kraepelin da inicio a los manuales diagnósticos, se emprende un camino de estudio de la enfermedad mental que posteriormente se unirá con el de la discapacidad psicosocial; las estructuras clínicas presentan una serie de características, entre ellas sus mecanismos de defensa y sintomatología -o fenómenos elementales en la psicosis- que hacen que el individuo cree una manera particular de relacionarse con el mundo y de subjetivarse, desarrollando algunos comportamientos específicos, aspectos que son claves a la hora del diagnóstico de una discapacidad psicosocial, pues en esta pueden aparecer algunos trastornos que en términos de funcionalidad, cronicidad y formas de subjetivación de la persona pueden manifestarse de forma similar a la estructuras clínicas, sobresaliendo aquellos afines con la estructura psicótica, pues, las afectaciones presentadas incluyen dificultad para llevar a cabo actividades para las que antes se han preparado -a nivel familiar, académico y laboral-, además de malestar clínicamente significativo y conductas que van en contravía de la norma social/familiar, llevando a las comunidades a estigmatizarlos.

Con el pasar del tiempo, se fueron abandonando -aunque no del todo- las expresiones despectivas hacia las personas con trastornos mentales y se comenzó a hacer uso de términos un poco más amables, y en el año 2006 se llevó a cabo la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD) y en esta, la condición recibió el nombre de “discapacidad psicosocial” o “discapacidad mental”, con la intención de que la población con esta discapacidad se sintiera identificada con esta denominación y con ello se redujera el estigma y la discriminación.

Sin embargo, antes de adoptar el nombre de discapacidad psicosocial, los trastornos mentales graves y sus consecuencias a nivel comportamental entraron en la categoría de discapacidad intelectual, esta situación se dio en el afán de dar a esta población un nombre digno y además obedeció a las características de estos individuos, posteriormente la CIDPD hace una

separación terminológica oficial entre el bajo coeficiente intelectual y los trastornos mentales de gravedad en el año 2006, y los últimos adoptaron el nombre de discapacidad mental o discapacidad psicosocial.

6.2. Elementos contextuales y actuales de los conceptos

Como se mencionó en el capítulo anterior, frecuentemente se llevan a cabo avances científicos acerca de diversas temáticas, actualizando la información ya existente y haciendo nuevos descubrimientos, y la discapacidad psicosocial en conjunto con las estructuras clínicas no son la excepción, por lo cual, en este capítulo se muestran algunos de estos avances.

Iniciando con la discapacidad psicosocial y sus significativas transformaciones, es fundamental identificar que, en la actualidad, de acuerdo con Urrego y Natib (2021) esta se concibe como:

Un constructo social en que las causas que originan no solo están puestas en las personas sino en las barreras impuestas por el entorno, primordialmente de tipo social. Constituye una alternativa para denominar limitaciones que pueden existir en personas diagnosticadas con problemas o trastornos mentales, descentrando la valoración de la diversidad psíquica y el sufrimiento emocional de la patologización y la des-historización respecto a las condiciones sociales en que surgen. (p. 140)

Como tal, la discapacidad psicosocial se encuentra en el proceso de ser conocida y reconocida por la sociedad, con el fin de ampliar la comprensión global que se tiene de esta condición y que las comunidades creen herramientas para evitar el estigma y la discriminación, el ideal es que no se construyan estrategias para evitar esto último solo con la discapacidad psicosocial, sino con todos los tipos de discapacidad, pues, las cifras de esta han ido creciendo y es fundamental aprender a convivir con ella.

La discapacidad en particular ha sido un tema de preocupación en el último tiempo, especialmente en el marco de la reivindicación de los derechos de esta población que se considera vulnerable; de acuerdo con la OMS (2011):

Se calcula que más de mil millones de personas experimentan discapacidad, cifra que corresponde aproximadamente al 15% de la población mundial, y que hasta 190 millones (un 3,8%) de las personas de 15 o más años tienen dificultades importantes para funcionar, que a menudo exigen servicios de atención de salud. (Párrafo 2)

En Colombia, el censo de las personas con discapacidad se hace a través del Registro para Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), según el Ministerio de Salud de Colombia (2020) “Para agosto de 2020 había en total 1.319.049 Personas con Discapacidad identificadas y localizadas en el registro oficial del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta cifra equivale al 2,6% de la población total nacional.” (p. 4)

Sobre un total de 1.319.049 personas registradas en el RLCPD -para agosto del 2020- “según el grupo etario las personas con discapacidad registradas son en su mayoría adultos mayores 39%. Los adultos representan el 37%, mientras que los jóvenes y las niñas y niños el 15% y el 8% respectivamente.” (P. 5)

Así pues, haciendo énfasis en la discapacidad psicosocial, es posible encontrar que, por su recorrido, los cambios socio-históricos que ha traído consigo y el desconocimiento de la condición, provoca un cuestionamiento por sus cifras específicas; cabe aclarar que no se hallaron cifras a nivel mundial, sin embargo, a nivel nacional hay unas ilustraciones de estos datos: los niños, niñas y adolescentes con discapacidad -105.523 personas- tienen una mayor prevalencia de discapacidad psicosocial con el 18.4%, sobre otras discapacidades; los jóvenes con discapacidad -197.857 personas- tienen la misma característica de los infantes con el 19,1%; de los adultos con discapacidad -488.048 personas- el 10.5% presenta discapacidad psicosocial; y finalmente, en los adultos mayores -514.429 personas- el porcentaje de discapacidad psicosocial ocupa el 4.5%.

Si bien la discapacidad psicosocial no es la que tiene mayor prevalencia respecto a otras discapacidades, se ve con preocupación la situación de las poblaciones infantojuveniles, quienes tienen mayor posibilidad de presentar trastornos mentales y sus consecuencias, esto puede impactar significativamente sus hogares y las instituciones a las que pertenecen, llegando incluso a ser estigmatizados y discriminados.

La estigmatización que hace la sociedad a las personas con discapacidad psicosocial tiene consecuencias importantes en estos sujetos, pues puede llevarlos a aislarse, comportarse de forma violenta o incluso exacerbar la sintomatología presentada, pero el efecto notablemente más grave es que el individuo revista de autoestigma la construcción de su subjetivación y a raíz de esto comience a identificarse como una persona poco importante e inaportante para la sociedad, descalifique sus capacidades y habilidades, llegando al punto considerar que su vida no tiene ningún sentido.

Ahora bien, con las luchas sociales que se han dado para visualizar a la discapacidad como una interacción entre las deficiencias presentadas por una persona y las barreras que pone el entorno para que esta participe, algunas comunidades han decidido emprender un camino para desdibujar estas barreras y ver a estos sujetos desde su cualidad de personas, además de proteger sus derechos, permitiéndoles acceder a entornos académicos, laborales, deportivos, culturales, políticos y demás resaltando sus capacidades; con respecto a las personas con discapacidad particularmente, se ha dado una lucha por la inclusión laboral y académica especialmente, y las entidades que les abren sus puertas tienden a realizar procesos de seguimiento con el fin de prestarle a esta comunidad los apoyos necesarios que garanticen su permanencia y así promover su autonomía, independencia y fortalecimiento de la autoestima y el autoconcepto.

En otro orden de ideas, es necesario visualizar la forma en que se conciben las estructuras clínicas en la actualidad, pues estas han sufrido transformaciones con el pasar de los años, lo que hace que se conciban de forma diferente; diversos autores han hecho sus propuestas respecto a las tres estructuras existentes sin dejar de lado lo dicho por Freud, sino complementando a nivel clínico las concepciones de estas.

Como bien se sabe, existen tres estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión, cada una de ellas caracterizada por una sintomatología y un mecanismo de defensa -así como una forma de génesis-, cabe resaltar que el psicoanálisis actuará diferente según el tipo de estructura que presente el individuo, dicho de otra manera, Bernal (2009) apunta que “Saber y entender cuál es la posición subjetiva de un sujeto en el mundo -su estructura psíquica- determina también la forma como se va a intervenir con el sujeto, su tratamiento -si lo hay-.” (P. 1)

Es claro que, las estructuras clínicas han sufrido algunas modificaciones que le permiten adaptarse al mundo actual, que tiende a la aceptación de comportamientos que anteriormente eran considerados como desviaciones; asimismo, se debe tener en cuenta que el psicoanálisis no contempla procesos estadísticos como algunas áreas de la psicología para hacer un diagnóstico clínico, sino que identifica la sintomatología que tiene el individuo y se concentra en analizar si esta afecta al sujeto en su forma de ver y de relacionarse con el mundo.

Lo anterior lleva a que cada caso sea único y diferente, presentando conductas sintomáticas que pueden ser usualmente encontradas, así como otras que son escasas, muchas de estas pueden considerarse como normales en la actualidad, pero otras continúan dotadas de rareza y excentricidad, haciendo que el sujeto que se relaciona con el mundo desde sus propias construcciones psíquicas sea rechazado por la sociedad.

Aunque bien, tal y como se ilustró en el planteamiento del problema, siempre ha existido el rechazo a los sujetos con formas diferentes de funcionamiento psíquico y este se ha materializado en el trato dado a ellos durante las diferentes épocas, no obstante, en la actualidad hay un interés social por comprender la condición de los individuos que tienen formas de subjetivación diversas y esto se refleja en su interacción con el mundo.

Así, cuando en el año 2006 la CIDPD aprobó la categoría de discapacidad psicosocial para nombrar a aquellas personas que presentan un trastorno mental grave -propio de los manuales diagnósticos- y dificultades sociales derivadas de él, se visibilizó que los individuos cuya forma de subjetivación es diversa tienen acceso a los mismos derechos que el resto de las personas y merecen ser reconocidos y respetados por la sociedad.

Finalmente, las estructuras clínicas del psicoanálisis, que tienen ciertas convergencias con los trastornos mentales hallados en los manuales diagnósticos, por las formas de funcionamiento psíquico que presentan las personas que los poseen, entran a cumplir un papel fundamental en la conformación de una discapacidad psicosocial, puesto que, el sujeto se organiza -y se desenvuelve- diferente psíquicamente y pone en práctica conductas que pueden generar actos estigmatizantes por parte de la sociedad.

6.3. Comprendiendo la subjetivación desde las estructuras clínicas y la discapacidad psicosocial

Durante todo este trabajo se ha hecho mención de la subjetivación concebida desde las estructuras clínicas del psicoanálisis, pero también, desde la categoría de discapacidad psicosocial, sin embargo, no se ha profundizado mucho en esta, lo cual es fundamental; entonces es imprescindible apuntar que la subjetivación es la capacidad que tiene el ser humano de identificarse y construir su propia forma de ver el mundo, así como de relacionarse con él.

Por otra parte, es necesario hacer algunos señalamientos respecto a la subjetivación desde el psicoanálisis Freudiano, que crea un lazo fuerte entre la subjetivación y la pulsión (con sus respectivas fases), pues es por medio de esta última que el aparato psíquico crea la necesidad de transformarse y diferenciarse.

En concordancia con lo anterior, se debe tener en cuenta que previo a adquirir la condición de sujeto, el individuo en su etapa vital inicial tenía la cualidad de objeto, y esto hace referencia al periodo posnatal y de lactancia del infante, en el que se halla incapaz de satisfacer por sí solo sus necesidades y requiere de un apoyo externo, pues en este punto existe para el ser humano una completa dependencia.

Entonces, Bilbao y Jofré (2020) tienen la concepción de que el proceso de subjetivación se nutre de todos aquellos eventos relevantes a nivel psíquico acontecidos durante toda la vida, y proponen que:

La subjetivación deviene una categoría de relevancia para pensar los procesos psíquicos que obran en la simbolización de las formaciones inconscientes, permitiendo observar de otro modo a los distintos dinamismos, conflictos e impasses presentes en el devenir de la vida psíquica. (P. 18)

En relación con la construcción de la subjetivación, cabe explicar que este es un proceso individual, que se prolonga durante toda la vida de la persona, en esta, el sujeto toma elementos del mundo interior y exterior para identificarse como un ser particular, diferente de otros y se posiciona con respecto al mundo; la configuración de la identidad es la constitución subjetiva del yo.

Todo esto, conduce a dotar de una especial importancia a los elementos contextuales e históricos de la persona en proceso de subjetivación, pues aunque esta es una transformación

individual, estos hacen aportes significativos, que en conjunto con los recursos psíquicos del sujeto le aportarán a la fabricación de su propia identidad, y de paso su relacionamiento con el mundo.

Con referencia a la visión social que se tiene de los trastornos mentales, difícilmente se logra que la comunidad alcance completamente la comprensión de que estos corresponden a formas diferentes de subjetivación, y esto hace que siga apareciendo el estigma y la discriminación.

En este punto, entra la discapacidad psicosocial, que tiene una aparición reciente, y engloba diversos trastornos mentales -no la totalidad de ellos- que se caracterizan por ser crónicos, duraderos y llevan a quien los posee a tener un funcionamiento diferente; cabe aclarar que, dichos trastornos ya existían antes del nacimiento de la categoría de discapacidad psicosocial, pero esta, se convierte en una forma actual de comprender las situaciones propias de la vida de las personas que tienen un trastorno mental con las características ya expuestas y las maneras en que ven y se relacionan con el mundo, pues es una forma de identificación que lleva a esta población a empoderarse de sus derechos como colectivo perteneciente a la discapacidad y aporta al buen trato hacia ellos por parte de la sociedad.

Asimismo, cabe expresar que las personas con discapacidad psicosocial son sujetos de capacidades y limitaciones como el resto de los individuos, sin embargo, con ellos se hace necesario aplicar apoyos específicos que les permitan identificar, potenciar y poner en práctica sus habilidades, así como minimizar sus limitaciones en pro de una relación sana con el mundo externo.

Por otro lado, las estructuras clínicas se enfocan en la idea de comprender cómo se organiza la mente de una persona que tiene una relación particular con el mundo, sus vivencias, su contexto, y sus comportamientos que son notablemente diferentes a los de las personas del común. El psicoanálisis al hallar un funcionamiento psíquico diferente, concordante con alguna de las estructuras ya mencionadas, durante el análisis se esforzará por comprender la forma en que el sujeto construye su forma de subjetivación y los pensamientos, comportamientos y visiones que devienen de esta.

Finalmente, en la construcción de la subjetivación el lenguaje es un factor clave, así como el vínculo establecido con las personas de su entorno, pues la forma en que su red social primaria trata o se refiere al individuo, causará consecuencias positivas o negativas en su subjetividad, e

impactará precisamente en la capacidad de crear identidad, reconocerse y reflexionar sobre sí mismo, afectando así su relación con el mundo.

7. Conclusiones

Dentro de esta investigación, se lleva a converger a las estructuras clínicas y a la discapacidad psicosocial, encontrando que, cada una explica el funcionamiento psíquico diverso desde su campo de acción, el psicoanálisis desde lo clínico y la discapacidad psicosocial desde la perspectiva de derechos y el modelo social de la discapacidad, dejando claro que, las diferentes formas de subjetivación no dependen de la enfermedad mental sino de las organizaciones psíquicas de cada persona, y en esto influye la historia del sujeto, el contexto, el lenguaje y el área vincular.

Asimismo, las estructuras clínicas y sus subdivisiones se caracterizan por unas formas de subjetivación particulares, que tienden a generar en el individuo malestar clínicamente significativo y duradero, acompañado de dificultades en el desenvolvimiento a nivel social, lo cual hace que puedan confluir con los parámetros de la discapacidad psicosocial.

Finalmente, el desarrollo histórico aquí propuesto deja ver que a través de las épocas, las personas cuya organización psíquica se diferenciaba de la generalidad, eran sujetos de actos discriminatorios como aislamiento o encierro, además de burlas y malos tratos; empero, con la configuración de la discapacidad psicosocial se dignificó la condición y se comenzaron a reconocer las capacidades, las limitaciones y la necesidad de apoyos para las personas que la poseen.

Referencias

- Águila, N., Pérez, D., Díaz, M., Díaz J., Ruiz F. & Bartolo A. (2019). La Importancia del uso de las fichas para los Trabajos de Investigación. PP. 1-18. <https://bit.ly/36JDtns>
- Álvarez, S. (2015). La enfermedad mental a lo largo de la historia. PP. 1-28. <https://bit.ly/3xSjn5O>
- Álvarez, J, Esteban, R. & Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de la psicopatología Psicoanalítica*. Editorial Síntesis. PP. 697-734.
- Arenas, A., & Melo-Trujillo, D. (2021). *Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 26, No.1, enero - junio 2021, págs. 69 – 83. <https://bit.ly/3kbjyRv>
- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), S59-S69. <https://bit.ly/37Nu7rg>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. American Psychiatric Publishing. PP. 1-438. <https://bit.ly/3LgTksO>
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Tercera Edición. Pearson Educación. Colombia. PP. 1 - 305. <https://bit.ly/3MoRrdy>
- Bernal, H. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis Lacaniano. *Revista Electrónica de Psicología Social “Poiésis”*, Vol 18, PP. 1-6. <https://bit.ly/3EIT0kd>
- Bilbao, A. & Jofré, D. (2020). *En torno de la noción de subjetivación en psicoanálisis: entre dinámica pulsional, identificación y objeto*. PP. 17-36. <https://bit.ly/3rPuW9M>
- Cochia, S. (2014). Tipos clínicos: consecuencia de un recorrido. In *Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología*. Psicopatología Cátedra II-Universidad de Buenos Aires. PP- 1-6. <https://bit.ly/3ODS0Cs>
- Coderch, J. (2011). *Psiquiatría dinámica*. Psiquiatría dinámica, 1-384.
- Egea, C. & Sarabia, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. *Boletín del RPD*, 50. PP 15 - 30. <https://bit.ly/3vI1u6V>
- Foucault, M. (2018). *Historia de la locura*. Editorial INNISFREE. PP. 1-579.

- Freud, S. (1923-1925). Obras Completas. Tomo XIX. Amorrortu Editores. PP. 155-159.
<https://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>
- Freud, S. (1927-1931). Obras Completas, tomo XXI – El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras. Amorrortu Editores. Argentina. PP.1-290.
- Galeano, M. (2012). Estrategias de investigación social cualitativa - El giro en la mirada. La Carret Editores. Colombia. PP. 1 - 239.
- García, C. (2016). La 'nueva' discapacidad mental. Revista Española de Discapacidad (REDIS), 4(1), 249-255.
- Gómez M., Galeano, C. y Jaramillo, D. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 6(2), 423-442.
- Hernández, R. (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill Education. Sexta Edición. PP. 1-600.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A. Rodríguez, M. & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Manrique, D., & Londoño, P. (2012). De la diferencia en los mecanismos estructurales de la neurosis, la psicosis y la perversión. PP. 127-147.
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/14918>
- Martínez, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *scientia zudia*. Vol 11. PP. 467-489. <https://bit.ly/3ktbVWZ>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2020). Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD1 Oficina de Promoción Social I-2020. PP. 1-15
- Martínez, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Medicine: programa de formación médica continuada acreditado, PP. 5389-5395.
- Organización de las Naciones Unidas. (ONU). (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. PP. 1 - 35. <https://bit.ly/38oZ9WE>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Madrid. PP. 1-335. Poiésis. PP. 1-6. <https://core.ac.uk/download/pdf/268189018.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Discapacidad y salud. Organización Mundial de la Salud*. <https://bit.ly/3OBT5dL>
- Peralta, R. (2008). Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista de filología románica*. PP. 127-138. <https://core.ac.uk/download/pdf/38841079.pdf>
- Porter, R. (2008). Breve historia de la locura. Fondo de Cultura Económica, 21-66.
- Rodríguez, C. (2002). Psicopatología psicoanalítica: un enfoque vincular. Editorial biblioteca nueva. PP. 1-267.
- Rodríguez, O. (2012). Historia de la enfermedad mental y su atención. *Terapia ocupacional en salud mental: teoría y técnicas para la autonomía personal* (pp. 3-17). Editorial Médica Panamericana. <https://bit.ly/3vFyXPr>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2003). *Bases de la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia, 45. PP. 1-340. <https://bit.ly/3k8I2ea>
- Urrego, Z., & Natib, A. (2021). *La discapacidad psicosocial y otras discapacidades en la Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006-2018*. Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos, 5(1). PP. 135-156. <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/viewFile/242/137>
- Vázquez, C. (1990). Historia de la Psicopatología. *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp. 415-448). Madrid: McGraw-Hill.