



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y EL  
DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO**

JULY ANDREA SIERRA HOYOS

Trabajo presentado para optar al título de  
Especialista en Problemas de Infancia y Adolescencia

Asesor

JULIO EDUARDO HOYOS ZULUAGA

Psicoanalista

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOANÁLISIS  
EL CARMEN DE VIBORAL

2016

*A una adolescente que en algún momento se sorprendió con los efectos de su palabra, poniendo en jaque eso que la determina.*

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia quien siempre ha creído en cada cosa que emprendo.

Al profesor Julio Eduardo Hoyos, quien más que asesorar mi trabajo, me acompañó en este proyecto con un vivo interés en promover mi aprendizaje y con una serenidad tal, que me permitió aceptar mi propio ritmo.

Al profesor Eduardo Mejía, quien de principio a fin entendió lo que quería lograr con este proyecto y me acompañó en el transcurso de su realización.

A mis amigos: Natalia Silva, Carolina Ospina, Karen Rojas, Marta Villa, Viviana Ospina, Ana María Villa, quienes me regalaron parte de su tiempo al escucharme hablar de mi trabajo.

A Daniela Cardona quien leyó y realizó valiosos aportes a mi trabajo.

A mis compañeras de clase: Carmencita, Isabel Cristina y Francly, con quienes tuve la fortuna de compartir espacios académicos y simples momentos cargados de alegría.

A Juan Fernando Pérez, quien hace algunos años me ha escuchado las palabras que poco a poco me han permitido hacer elecciones marcadas por mi deseo, y este proyecto hace parte de una de ellas.

A la Universidad de Antioquia por brindarme una vez más la posibilidad de aprender y profundizar en lo que hace unos años elegí como una de mis grandes pasiones.

## Tabla de contenido

Introducción .....	5
1. El diagnóstico psiquiátrico (siglos XVIII, XIX y XX) .....	8
1.1 La revolución de Pinel (siglo XVIII) .....	9
1.2 La clasificación de Krapelin (siglo XIX) .....	11
1.3 Henry Ey y los cuatro puntos cardinales de las teorías psiquiátricas .....	13
1.3.1 Las teorías organomecanicistas .....	13
1.3.2 Teorías psicodinámicas. ....	15
1.3.3 Teorías sociopsicogénicas de los factores del medio. ....	16
1.3.4 Teorías organogénicas dinamistas. ....	17
1.4 Avatares del uso del diagnóstico psiquiátrico .....	17
2 Diagnóstico en psicoanálisis .....	25
2.1 El diagnóstico en Freud.....	25
2.2 Un diagnóstico bajo transferencia.....	26
2.3 Consideraciones acerca del método psicoanalítico .....	28
2.3.1 Evaluación Clínica. ....	29
2.3.2 Localización Subjetiva. ....	30
2.3.3 El teatro de la palabra. ....	31
2.3.4 Introducción al inconsciente. ....	32
3 Análisis comparativo entre el diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico en psicoanálisis .....	34
3.1 Organismo vs. Cuerpo.....	35
3.2 El ideal de salud vs. El respeto por el síntoma.....	36
3.3 Tratamiento mecanicista vs. Tratamiento ético.....	38
3.4 Neurofisiología de la conducta vs. Teoría del inconsciente pulsional .....	40
3.5 Estándares vs. Principios.....	41
Conclusiones .....	43
Bibliografía .....	46

## Introducción

Quienes ejercen la práctica psiquiátrica -privada o institucional- y psicológica la cual es guiada por el discurso médico, enfrentan cotidianamente a la tarea de establecer en las primeras consultas un diagnóstico, hecho que implica la identificación de los pacientes, su problemática, su situación personal, familiar, social, su enfermedad o patología; dicho diagnóstico se presenta como requisito indispensable y como antecedente para la posibilidad de cualquier tipo de tratamiento.

El ejercicio de esta práctica puede ser interrogado y problematizado por el psicoanálisis, a partir de ciertas preguntas orientadas a los actos, síntomas, palabras, historias, que son referidas por los sujetos en el escenario de la consulta, surgiendo allí la inquietud por la naturaleza de la escucha que se hace por parte de los profesionales y por las consecuencias que ésta tiene, justamente, para el establecimiento del diagnóstico.

Lo anterior implica considerar que la psiquiatría y el psicoanálisis tienen su propia forma de recibir las particularidades de la demanda de los sujetos que llegan a la consulta con su sufrimiento; cada disciplina cuenta con su específica concepción sobre el síntoma y con los referentes propiamente dichos a partir de los cuales se nombran y clasifican los fenómenos, referentes que, en su conjunto, implican una designación, nominación y desciframiento de las múltiples manifestaciones de los sujetos. En este orden de ideas, cabe decir que, en abundantes ocasiones, en el caso de niños y adolescentes, éstos llegan a consulta por la demanda de los docentes, padres, cuidadores, directivas de las instituciones educativas, quienes exigen, además, que se haga algo inmediato en estos casos; la psiquiatría y el psicoanálisis tienen, por otra parte, su forma particular de atender las demandas y exigencias que hacen dichos adultos.

Reconocer las formas particulares de responder de la psiquiatría y el psicoanálisis a la demanda de los sujetos, resulta bastante relevante en la medida en que un diagnóstico puede traer importantes consecuencias en la vida de cualquier ser humano. En el caso de un niño, un diagnóstico hecho desde la psiquiatría puede decidir su devenir en la institución educativa y en el ámbito familiar, pues al designarlo, por ejemplo, como hiperactivo, TDAH, opositorista desafiante, entre otros, la psiquiatría y la psicología subsidiaria de ella sólo puede responder a tales manifestaciones con la medicalización, con la petrificación del síntoma bajo una nosografía y con la universalización del mismo. De manera opuesta actúa el psicoanálisis, ya que éste atiende la particularidad del sujeto y, en este sentido, atiende a eso único y singular implicado en el síntoma.

Para este trabajo se delimitará el análisis del problema del diagnóstico a la propuesta psiquiátrica, a la cual también se adhiere la psicología clínica en la actualidad y, por otra parte, se trabajará en torno a las formulaciones que hace el psicoanálisis a este respecto, considerando que dichas prácticas constituyen hoy en día dos formas de respuestas al pedido de tratamiento psicológico que hacen los pacientes. En este sentido, el presente trabajo tiene como propósito profundizar en la problemática relacionada con el aspecto del diagnóstico en la psiquiatría moderna, con el fin de establecer la diferencia frente a lo que es el manejo del diagnóstico desde el psicoanálisis. Esto se realizará a través de tres capítulos.

El primero abarca lo relativo al uso histórico del diagnóstico psiquiátrico, retomando sus fundamentos, referentes conceptuales, la lógica interna de dicha práctica, las implicaciones y efectos del quehacer diagnóstico psiquiátrico.

El segundo capítulo aborda el diagnóstico en psicoanálisis, considerando, por un lado, la importancia que Freud, desde los inicios del psicoanálisis mismo, le dio al tema del diagnóstico y, por otro, lo indispensable de la transferencia en el proceso de establecimiento del diagnóstico, la cual se entiende como una forma de introducir al paciente como sujeto del inconsciente. Para ello se hace un mayor énfasis en el proceso de las entrevistas preliminares, contexto en el que se precisa la evaluación diagnóstica desde la perspectiva estructural y el lugar de la singularidad del sujeto en su conceptualización.

En el tercer capítulo se establece un estudio comparativo sobre las dos posiciones clínicas, a través de cinco categorías: Organismo vs. Cuerpo, Ideal de salud vs. El respeto por el síntoma, Tratamiento mecanicista vs. Tratamiento ético, Neurofisiología de la conducta vs. Teoría del inconsciente pulsional y Estándares vs. Principios. Estas categorías comprenden los aspectos relevantes de las diferencias que existen entre los objetivos del diagnóstico psiquiátrico y lo que busca el diagnóstico psicoanalítico.

## 1. El diagnóstico psiquiátrico (siglos XVIII, XIX y XX)

Desde el siglo XVIII la psiquiatría ha hecho intentos por clasificar y tratar el fenómeno mental, tomando prestado de la medicina el modelo suyo para realizar un diagnóstico. En ambos casos ocurre un proceso en el que se intenta someter a verificación científica fenómenos clínicos observados en los pacientes, mediante la revisión de criterios diagnósticos y así situar al paciente en una clasificación.

Joel Dör (2006) precisa que un diagnóstico es un acto médico materializado por dos objetivos: el primero es la observación, cuya función es determinar la índole de la afección o enfermedad a partir de una semiología; el segundo es un objetivo de clasificación, que permite localizar un estado patológico en una clasificación nosográfica. Es así como el diagnóstico médico se plantea en una doble perspectiva; por un lado, por referencia a un *diagnóstico etiológico* y, por otra parte, por referencia a un *diagnóstico diferencial*.

En el marco del II Congreso Mundial Vasco (1987, Bilbao), autores como J. Guimón, J.E. Mezzich, G.E. Berríos, hablaron sobre el diagnóstico en psiquiatría<sup>1</sup>. Guimón, por su lado, orientó su exposición a enunciar determinados condicionamientos personales y sociales que intervienen en el acto de diagnosticar; para el desarrollo de este tema hizo alusión al diagnóstico médico y a la evolución histórica del uso del diagnóstico psiquiátrico, tomando como referencia algunos autores como Sydenham, Pinel, Bayle, Brocca, entre otros, quienes, además, le sirvieron para presentar la ideología de la causa física de la enfermedad mental. Mencionó, por otra parte, las enseñanzas de Kraepelin para hablar de las clasificaciones basadas en la descripción clínica y

---

<sup>1</sup> El libro *Diagnóstico en psiquiatría* (1988) de J. Guimón, J.E. Mezzich, G.E. Berríos, recopila las intervenciones que se realizaron en dicho congreso.



en la evolución, y, finalmente, hizo referencia a que los psiquiatras, en los últimos tres siglos, han pretendido seguir el modelo etiológico propuesto por la medicina.

Se pretende, entonces, hacer un recorrido semejante al esbozado arriba para abarcar lo relativo al diagnóstico psiquiátrico, tomando como referencia la síntesis que hace Guimón.

Entre los siglos XVIII y XIX algunos autores de la época relacionaron los fenómenos patológicos mentales con causas físicas, principalmente localizadas en áreas del cerebro. Por su parte, Thomas Sydenham, quien formaliza la idea del diagnóstico en medicina, consideraba que cada enfermedad tenía una causa específica y planteaba investigaciones para entender sus particularidades, asemejándose sus investigaciones a la exploración que hace el botánico de las especies en las plantas.

Linneo también dejó una herencia importante en la psiquiatría, pues fue el primero en hacer una clasificación rigurosa, siendo su obra de taxonomía botánica y zoológica la que impulsó en 1763 al francés Boissier de Sauvages de la Croix a producir una nosología metódica, distinguiendo 10 clases, 44 órdenes, 315 géneros y 2400 especies de enfermedades. En ese mismo año Linneo publicó una clasificación de las enfermedades que sirvió como antecedente de la obra de Pinel. El aporte, entonces, de Linneo y Bossier se basó en ordenar y clasificar las enfermedades mentales de manera similar a las entidades naturales botánicas.

### **1.1 La revolución de Pinel (siglo XVIII)**

Philippe Pinel también creyó en la idea de una causa de las enfermedades mentales, al considerar que éstas tienen un origen físico. Pero además fue un personaje importante en el campo de la psiquiatría de la época, pues fue uno de los precursores de la humanización del

tratamiento de los alienados, que era como se conocía en aquella época a los locos. Logró suprimir las cadenas que sujetaban a los internos, las purgas y los tratamientos infructuosos, que lo único que hacían era debilitar a los enfermos. Por esta misma época, apareció el manicomio como edificación necesaria en todas las grandes ciudades, para el cual se tomó como modelo el “panóptico” de Bentham y en el que se le dio la potestad a los médicos o alienistas de investigar y definir las formas de la locura, las que antes pertenecían al discurso teológico, bajo la ideología de la posesión demoníaca y el pecado.

En 1798 Pinel escribió el libro *Nosografía filosófica o método de análisis aplicado a la medicina*, el cual contiene una clasificación de las enfermedades mentales, estableciendo así los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno. Más tarde, en 1801, redactó su *Tratado médico-filosófico de la alienación mental*, en el que clasificó las enfermedades mentales en melancolía simple, manía, demencia e idiocia. Pinel consideró que estos padecimientos se debían a causas morales o a desajustes de las facultades cerebrales, desajustes que podían, a su vez, deberse a causas físicas (Guimon, 1988). Esta última idea predominó en el siglo XIX, dando por hecho entonces que la enfermedad mental era producto de la enfermedad física; para sustentar esta idea se intentó buscar lesiones específicas en el cerebro. Esta concepción sobre la enfermedad mental fue fortalecida por Pierre Bayle, quien a través de sus investigaciones, en particular de seis observaciones de una forma particular de alienación mental, constató que había lesiones en las capas del cerebro -fenómeno al que llamó *aracnitis crónica*- y concluyó que dichas lesiones pueden reducirse a una parálisis cerebral general (Bercherie, 1986). Por su parte, Paul Brocca estableció la relación entre las afasias y las lesiones cerebrales. Estas versiones etiológicas de la enfermedad mental llevaron a Griesinger a considerar que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Esta mirada o distinción, nombrada de diferentes

maneras a lo largo de la historia, sigue vigente en materia de etiología: organogénesis neurológica y genética. (Tirapu y Maestú, 2008).

## 1.2 La clasificación de Krapelin (siglo XIX)

Emil Krapelin ha sido considerado como el fundador de la psiquiatría moderna. Su planteamiento frente a la etiología de las enfermedades psiquiátricas es argumentado desde los desórdenes biológicos y hereditarios.

Krapelin consideró productivo realizar una descripción conductual detallada de los pacientes para buscar semejanzas y diferencias sistemáticas. Le pareció importante diferenciar en algunos trastornos aquellos síntomas que, aunque fueran llamativos, eran intermitentes, de aquellos síntomas que eran permanentes, siendo estos últimos considerados por Krapelin como los que permiten realizar diagnósticos adecuados.

En la sexta edición de su *Tratado de Psiquiatría* describe trece clases de enfermedades:

- I. Locuras infecciosas: delirium febril e infeccioso, debilitamiento infeccioso.
- II. Locuras de agotamiento: delirio agudo, amentia, neurastenia adquirida.
- III. Locuras por intoxicaciones (delirio en drogadictos)
- IV. Locuras tiroideas
- V. Demencia Precoz
- VI. Demencia paralítica
- VII. Locuras por lesiones cerebrales
- VIII. Locuras por involución: melancolía, demencia senil
- IX. Locuras maníaco-depresivas

- X. Paranoia
- XI. Neurosis generales
- XII. Estados psicopáticos (locura degenerativa)
- XIII. Detenciones en el desarrollo psíquico (oligofrenia, autismo, síndrome de down)

A este autor le debemos el concepto de demencia precoz, la que agrupó en tres grupos clínicos principales: la catatonia, la hebefrenia y el delirio paranoide. También le dio entrada a la psicosis maníaco-depresiva hasta entonces dividida en algunas formas clínicas independientes. En síntesis, la demencia precoz, la locura maníaco depresiva y la paranoia son las tres grandes clasificaciones propuestas por Kraepelin.

Es común el rótulo que le hacen a Kraepelin de que él es el Linneo de la psiquiatría, pues el sabio alemán describía sus entidades mórbidas tomando como referencia el modelo botánico, motivo por el cual la mirada de la psiquiatría pretendió introducir la “enfermedad” tal cual lo hacía el modelo botánico: en una jerarquía de categoría, subcategoría y variedad, que es equivalente a la jerarquía de clase, género y especie. Este fue el gran mérito de la psiquiatría alemana de comienzos del siglo XX: organizar y sistematizar un campo de fenómenos hasta entonces bastante caótico.

Esta sistematización de datos empíricos es propia de esta época, cuyo objetivo era segregar a los locos en las sociedades disciplinarias. Sin embargo, en la actualidad se clasifican a todos los sujetos encerrándolos en los estantes de la taxonomía planteada por la ciencia médica, con objetivos muy alejados de las intenciones iniciales: hacer un estudio y una clasificación detallada de los fenómenos mentales, con el fin de ordenar más que de etiquetar.

### **1.3 Henry Ey y los cuatro puntos cardinales de las teorías psiquiátricas**

Henri Ey, uno de los principales representantes de la psiquiatría francesa de la época, planteó en su *Tratado de psiquiatría* (1978), en la segunda mitad del siglo XX, que había diferentes escuelas y autores en el contexto de la psiquiatría principalmente europea y como ellas pueden ser referidas a cuatro posiciones fundamentales, las cuales, el mismo autor, categoriza en los *cuatro puntos cardinales* que ubican los movimientos psiquiátricos que dominaron gran parte del siglo XX. Estos movimientos psiquiátricos se traducen en las siguientes teorías: las teorías organomecanicistas, las teorías psicodinámicas, las teorías sociopsicogénicas y las teorías organogénicas dinamistas.

#### **1.3.1 Las teorías organomecanicistas.**

La tesis fundamental de estas teorías se basa en la idea de la etiología orgánica de la enfermedad mental. Se habla de teorías organomecánicas de acuerdo con la propuesta de reducir la enfermedad mental a fenómenos generados por lesiones cerebrales. La melancolía, la esquizofrenia, la manía, etc., son analizadas como formas mórbidas de la vida psíquica que están compuestas por síntomas, en términos de trastornos, ilusiones, sentimientos, etc., los cuales están determinados por lesiones cerebrales. Las tesis actuales de la bioquímica cerebral y la biología molecular no son ajenas a esta idea del organomecanicismo.

En el siglo XIX estas teorías constituyeron el fundamento de la psiquiatría clásica, gracias a los aportes de autores como Karl Wernicke, quien formuló una teoría general de las bases neurológicas del lenguaje. Theodor Meynert ofreció un aporte significativo sobre la evolución de lo que hoy llamaríamos neurociencia, particularmente lo referido a los enlaces entre el cerebro y

el pensamiento. Valentin Magnan introdujo una nueva clasificación de los enfermos: los *normales* (maníacos, delirantes y melancólicos), los *degenerados* (idiotas, imbeciles, débiles) y los degenerados *superiores* (depresivos, alcohólicos, obsesivos y fóbicos).

A principios del siglo XX, el sistema teórico fue evolucionando con los avances de la neurobiología, dado que encontraron nuevos argumentos y nuevas demostraciones. En este punto fueron importantes los aportes teóricos de Clérambault, quien desarrolló estudios acerca de la sintomatología psicótica. A partir de minuciosos estudios semiológicos, descubrió el núcleo de los síntomas (parasitismo ideoverbal, eco del pensamiento, etc.), que constituye la base de las psicosis delirantes, que son producto de una liberación automática y mecánica del proceso nervioso del pensamiento.

Pavlov y la Escuela Reflexológica tomaron los reflejos condicionados como estímulos exteriores, a los trastornos como ideas fijas, neurosis, delirios, obsesiones, etc. y esos mismos reflejos fueron tomados, también, como trastornos del mecanismo cerebral de condicionamiento.

Esta concepción teórica concibe, entonces, la enfermedad mental como el efecto de un proceso cerebral, que lleva a considerarla, de acuerdo con la observación clínica, como una enfermedad en el sentido médico del término, revelándose así como una anomalía y no como una simple variación psicológica. Esta posición teórica, en consecuencia, presenta el riesgo de mecanizar la enfermedad mental, sustrayendo la posibilidad de una comprensión psicológica.

### 1.3.2 Teorías psicodinámicas.

Henri Ey resume la influencia del psicoanálisis en la psiquiatría recordando como Freud y Breuer descubrieron y trabajaron la hipnosis en los inicios del psicoanálisis; la intención de Ey era proponer una teoría del inconsciente patógeno<sup>2</sup> en psiquiatría.

Todo el recorrido de Freud y sus seguidores constituye una teoría psicogenética de las neurosis, consideradas como efecto de fuerzas inconscientes. Para Ey este modelo teórico se basa en dos puntos: el primero, el inconsciente es el representante de fuerzas afectivas reprimidas que se manifiestan por medio de formas simbólicas como lo son los síntomas neuróticos, las obsesiones, las ideas fijas, las alucinaciones, los delirios, etc. Estas formaciones simbólicas constituyen el modelo de los mecanismos psicopatológicos. El segundo punto precisa que el inconsciente está constituido por fuerzas pulsionales (Ello) o represivas (Super-Yo), que, en el transcurso del primer momento de desarrollo libidinal del niño, cuando se establecen sus primeras relaciones objetales, construyeron sistemas afectivos como el complejo de Edipo, los complejos de frustración y el complejo de castración, etc.

Para Henri Ey el conflicto que representan estas fuerzas inconscientes es lo que el psicoanálisis considera como patológico, en tanto esta teoría hace un acento importante en el papel patógeno de los acontecimientos en la infancia y ha hecho énfasis en las nociones de fijación o regresión a los estadios arcaicos de las primeras relaciones objetales. Otra tendencia importante dentro de esta teoría está influenciada por J. Lacan, quien establece la fórmula del inconsciente estructurado como un lenguaje, la cual le da un lugar importante al juego libre de los significantes que circulan o forman cadenas cuya significación es inconsciente.

---

<sup>2</sup> La expresión del inconsciente patógeno es la forma en que Henri Ey explica la influencia del psiquismo inconsciente en los aspectos psicopatológicos.

La psiquiatría dinámica con el descubrimiento del inconsciente constituyó entonces una reacción importante frente al modelo mecanicista, lo que significó un aporte a la concepción del síntoma, al que se le concibió cargado de sentido y de causalidad; situación que le otorgó un lugar a la singularidad del sujeto.

### **1.3.3 Teorías sociopsicogénicas de los factores del medio.**

En algunos momentos de la historia se ha considerado que la locura es producto de causas morales, las cuales han sido rastreadas en situaciones extremas o dramáticas de la existencia humana (catástrofes, pasiones, abandonos, duelos, decepciones, etc.). Las causas morales fueron entendidas, entonces, como el papel patógeno que provocaba las dificultades de la existencia; tales dificultades son siempre “morales” en el sentido de que generan en todo hombre un conflicto entre el deseo y su satisfacción. Hasta este momento de desarrollo teórico se constituyó la primera forma de la teoría de la naturaleza y etiología moral de la enfermedad mental.

Después de esta concepción teórica, la psiquiatría contemporánea replanteó la idea de la etiología de la enfermedad mental, muy especialmente lo hicieron las teorías que consideraron las enfermedades mentales como reacciones psicogénicas a situaciones vitales o a fracasos de adaptación. Finalmente, esta tendencia teórica ha encontrado su mayor fuerza en las teorías sociogénicas, que entienden la enfermedad mental como efecto de la estructura social y de la presión que ésta ejerce sobre el individuo.

Algunas teorías que representan estas líneas de pensamientos, principalmente en la segunda mitad del siglo XX, fueron la antipsiquiatría de David Cooper y de Ronald D. Laing, las teorías del doble vínculo de George Badeson, y los trabajos de Franco Basaglia.



### **1.3.4 Teorías organogénicas dinamistas.**

Estas teorías admiten un proceso orgánico, lo que constituye el fundamento hereditario de la enfermedad mental, pero además atribuyen un papel significativo a la dinámica de las fuerzas psíquicas en la consecución de un cuadro clínico o enfermedad mental. Esta es la teoría en la que se inscribe Henri Ey la cual plantea los siguientes principios:

- I. El organismo y la organización psíquica que de él emerge constituyen un edificio dinámico y jerarquizado, que resulta de la evolución, de la maduración e integración de las estructuras de las funciones nerviosas, de la conciencia y de la persona.
- II. La enfermedad mental es el resultado de una anomalía del desarrollo del edificio estructural.
- III. El proceso orgánico es el responsable de este accidente evolutivo.
- IV. La regresión o la inmaduración, a uno u otro nivel, da a la enfermedad mental su fisionomía clínica.

Se trata entonces de una teoría de la evolución y de los accidentes evolutivos de la organización estructural de la vida psíquica, teoría que hizo un énfasis importante en la noción de la estructura jerarquizada del ser psíquico, desde sus pulsiones, su función neurovegetativa y sus funciones neuropsíquicas, hasta las formas superiores de integración del comportamiento, del pensamiento y de la persona.

### **1.4 Avatares del uso del diagnóstico psiquiátrico**

Después de la época de Krapelin, el diagnóstico empieza a desvalorizarse, en parte por la influencia del psicoanálisis, que planteaba una etiología única a los trastornos psíquicos, pero

sobre todo debido al fracaso de la psiquiatría para encontrar nuevas etiologías específicas y tratamientos eficaces para los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, en los años 50 se retomó el interés por el diagnóstico, dado que aparecieron nuevos tratamientos eficaces, lo que constituyó la creencia de que este hecho validaría los diagnósticos. Por otro lado, el progreso de la psicofarmacología resaltó la importancia de elucidar muestras homogéneas de pacientes. Además, muchos de ellos que antes eran reclusos en hospitales psiquiátricos pasaron a ser atendidos en hospitales generales, lo que significó que los psiquiatras y los médicos generales de las consultas externas, públicas y privadas, se ocuparan de tratar y medicar a estos pacientes. Otro factor que influyó en el interés por el diagnóstico fue la necesidad de los administradores de fondos de pensiones de invalidez y de los jueces, de contar con diagnósticos precisos de los psiquiatras peritos.

La inclusión de algunos pacientes con enfermedades psíquicas en el sistema médico general implicó pagar un alto precio: la copia que hizo el modelo psiquiátrico del modelo médico, cuestión que ha tenido diversas críticas. Autores como Thomas Szas denominó a este asunto como “el mito de la enfermedad mental”; otros autores como Bandura y Paul (citados por Guimón, 1988), entre otros, criticaron el diagnóstico clásico, resaltando, en contraposición a las concepciones de éste, la importancia de los factores ambientales. Menninger (1963) supuso que hay solo una enfermedad mental con diversos grados de desorganización, apoyando entonces la teoría del “etiquetamiento”.

En consecuencia, se pretendieron obtener diagnósticos más precisos, estableciéndose así un momento en el que una nueva generación de psiquiatras biólogos entró a tener una participación importante en las universidades de Estados Unidos, hecho que llevó a sustituir la orientación psicoanalítica. Los psiquiatras encontraron “eficacia” en la medicación, lo que, a su

vez, produjo beneficios en la industria farmacéutica y afianzó el uso de algunas etiquetas diagnósticas.

Es así como en 1952 surge en Estados Unidos la primera edición del DSM-I (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), el cual, después de presentar diversas modificaciones, ha llegado a la quinta edición en 2013. A continuación, se muestra el recorrido de los DSM.

	<b>Fecha de aparición</b>	<b># DX</b>	<b>#pág.</b>	<b>Rasgos distintivos</b>
<b>DSM I</b>	1952	106	130	Noción de <i>reacción</i> (los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos). Influencia de Adolf Meyer
<b>DSM II</b>	1968	182	134	Desaparece la noción de <i>reacción</i> y surgen las categorías de <i>trastorno enfermedad</i> (enfermedad maníaco depresiva). Las neurosis no son calificadas como trastorno o enfermedad

<b>DSM III</b>	1980	265	494	Surge el sistema multiaxial. Desaparece la noción de neurosis. El psicoanálisis norteamericano queda con los trastornos de personalidad. Otto Kernberg se postula como a-teórico y a-etiológico
<b>DSM III-R</b>	1987	292	567	Búsqueda de compatibilidad con el CIE-9
<b>DSM IV</b>	1994	297	886	Definición de trastorno mental
<b>DSM V</b>	2013	312	947	Aparecen nuevas categorías. Se bajan los umbrales de ciertos diagnósticos. Aumenta la población susceptible de ser diagnosticada.

Tabla<sup>3</sup>: Recorrido Histórico del DSM

Los DSM I y II estaban enmarcados en un modelo teórico que no excluía la causalidad de la enfermedad mental. Particularmente el DSM II tenía una fuerte influencia de la psiquiatría dinámica de inspiración psicoanalítica, sin embargo, en la década de los años 70 se propagó un movimiento antipsicoanalítico al interior de las comisiones que la Asociación Psiquiátrica Americana había organizado para la redacción del DSM III, el cual sale a la luz en 1980, proponiéndose como a-teórico, es decir, que no circunscribe el fenómeno mental a ninguna

<sup>3</sup> Fuente: cuadro tomado de la clase *El diagnóstico en psiquiatría y psicoanálisis: Clínica de la mirada y clínica de la palabra*, del profesor Julio Eduardo Hoyos Zuluaga, en el marco de la especialización en problemas de infancia y adolescencia.

explicación orgánica, psicodinámica o sociológica. Ello redujo la impronta del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana, impronta que quedó reducida al capítulo de los trastornos de personalidad, en virtud de la negociación que hiciera Otto Kernberg, quien para la época era uno de los líderes de la Asociación Psicoanalítica Internacional y a la vez miembro de la Asociación Psiquiátrica Americana. A partir de esta versión del DSM desaparece la noción de *enfermedad mental* y es reemplazada por la de *trastorno mental*, que en el DSM III (1987) se entiende como:

Un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica (p.6)

Cabe anotar que en la V edición del DSM aparecida en mayo del 2013, el duelo por la muerte de un ser querido ya no es considerado un criterio de exclusión para el diagnóstico del trastorno depresivo, como sí se deja advertir en la diferencia que acabamos de citar del DSM III.

Braunstein (2013) cita un fragmento del cuento *El idioma analítico de John Wilkins* - en el que Jorge Luis Borges hace una excesiva clasificación de los animales-, para ilustrar y asemejar la nominación y clasificación que hace la psiquiatría, en la que todo lo existente en la condición humana pareciera susceptible de ser calificado de patológico. Borges, pues, hace su clasificación en un cuento y la psiquiatría lo hace en sus manuales diagnósticos. A continuación, se retoma la clasificación de los animales que hace el poeta:

#### I. Pertenecientes al Emperador

- II. Embalsamados
- III. Amaestrados
- IV. Lechones
- V. Sirenas
- VI. Fabulosos
- VII. Perros sueltos
- VIII. Incluidos en esta clasificación
- IX. Que se agitan como locos
- X. Innumerables
- XI. Dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello
- XII. Etcétera
- XIII. Que acaban de romper el jarrón
- XIV. Que de lejos parecen moscas

Los DSM han superado a Borges en la clasificación que han hecho del ser humano, lo que resulta exorbitante en tanto aparentemente al poeta no se le escapó ninguna especie, pues incluyó lo visible, lo imaginario, lo transitorio e, incluso y para ocuparse de que nada se quedara por fuera, introdujo un etcétera. Es así como esta clasificación sirve de analogía a la propuesta de los manuales diagnósticos, pues, como ilustra el cuadro, los DSM iniciaron clasificando al ser humano en 106 diagnósticos y han llegado, en su última versión emitida en el 2013, a clasificarlo en 312 diagnósticos.

El tono sarcástico de Borges es superado cuando encontramos que dentro de estas clasificaciones psiquiátricas se le da lugar a rubros como en el CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que incluye todo lo *no* incluido en esa clasificación (códigos del 316 al 319).

Este fenómeno de incluir la mayoría de situaciones humanas dentro de las clasificaciones psicopatológicas va dejando claro que se está construyendo un proyecto de psiquiatrización de la vida.

Miller (2001) retomando lo dicho por F. Leguil, explica que los DSM III-III R y el IV lo que han hecho es un doble rechazo del sujeto: del lado del paciente y del lado del clínico. Rechazo del sujeto, en tanto éste no es idéntico al individuo, ni al hombre neuronal, ni al sujeto cognoscente que en efecto somos. La propuesta de estos DSM es, entonces, borrar la implicación del sujeto en su propio sufrimiento: el paciente sólo es el propietario de un trastorno, excluyéndosele así de la posibilidad de pensar el sentido de sus propios síntomas, y la participación del clínico se reduce a ponerle un nombre al conjunto de padecimientos que trae el paciente. Esta situación deja por fuera la posibilidad de establecer un vínculo entre el clínico y el paciente, como lo propone el psicoanálisis, a través de la transferencia, quedando tal vínculo inscrito en la lógica de la clasificación, que priva la posibilidad de situar, entre la inhibición y la angustia, el lugar del síntoma.

Es así como la denuncia a la taxonomía de la década de los 70 se va agravando en los años siguientes hasta llegar al año 2013, en el que a través del DSM V se adopta un lenguaje más “técnico”. Braunstein (2013) afirma: “El disparate se vuelve más dramático y menos hilarante o divertido; las consecuencias sobre la vida de la gente clasificada más serias, las “ganancias” de las asociaciones profesionales y de la industria farmacéutica más exorbitantes” (p.9).

Esto representa, entonces, un quiebre desfavorable en el desarrollo de la psiquiatría, pues mientras Kraepelin clasificaba una enfermedad no solo desde lo observable del síntoma, sino desde el proceso de la enfermedad -el inicio, el desarrollo, la fase final, para tratar de precisar su

etiología-, la psiquiatría norteamericana, que ha llegado a influenciar gran parte de la psiquiatría mundial, se suma a los postulados de una medicina científica y particularmente basada en la estadística, donde el sujeto que padece de una psicopatología es cuantificado y reducido a una cifra para la epidemiología, excluyendo así la singularidad de su padecimiento. Como veremos esta singularidad es la que intenta rescatar el psicoanálisis.



## 2 Diagnóstico en psicoanálisis

### 2.1 El diagnóstico en Freud

El diagnóstico fue pensado por Freud desde los inicios del psicoanálisis. En su obra *Sobre la psicoterapia de la histeria* (1985/1979) construyó conclusiones importantes: no era fácil contar con una idea pertinente sobre un caso de neurosis sin haberlo sometido a un análisis profundo, por tal motivo, antes de conocer un caso en detalle había que establecer un diagnóstico preliminar para determinar la orientación del tratamiento, aun cuando la veracidad de tal diagnóstico se confirmara tras cierto tiempo del desarrollo de la cura.

Freud en su texto *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913), nos cuenta que él al inicio aceptaba a los pacientes sólo provisionalmente, por una o dos semanas (es importante aclarar que en aquella época Freud atendía a sus pacientes seis días a la semana y en algunos casos dos veces al día), para decidir si eran aptos o no para el psicoanálisis. En este momento provisional, denominado como *tratamiento de ensayo*, el analista, desde una motivación diagnóstica y de manera previa, tiene como tarea concluir algo con respecto a la estructura clínica de la persona que llega a la consulta. Es muy importante poder clarificar si se trata de una neurosis, de una psicosis o de una perversión, pues si se llegara a tratar de una psicosis el analista debe evaluar si puede hacer algo o no.

Esta tarea de localización de un diagnóstico requiere de gran cautela, puesto que se puede incurrir en lo que Freud denominó el *psicoanálisis salvaje*. Así, la perspicacia de Freud desde sus inicios con el psicoanálisis nos permite extraer enseñanzas importantes en el tema del diagnóstico.

## 2.2 Un diagnóstico bajo transferencia

Para hablar de transferencia es importante anotar que todo ser humano, por efecto de los influjos que recibe de su infancia, construye una manera particular de establecer sus vínculos amorosos, de intentar satisfacer las exigencias pulsionales. Parte de estos determinantes de la vida amorosa están disponibles a la conciencia y el resto se encuentran desalojados de ésta y desconectados de la realidad objetiva. La naturaleza de tales determinantes lleva a que puedan ser desplegados en la fantasía o a que permanezcan por entero en lo inconsciente. Freud, en su texto *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912), manifiesta que:

(...) si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativas libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento. (p.98)

Y esta lógica interna de cada sujeto es lo que hace posible que la investidura libidinal proyectada en la expectativa de alguien se transfiera al analista, proceso que en psicoanálisis se denomina transferencia, siendo ésta una relación ambientada en una suerte de neurosis artificial que se escenifica en el dispositivo analítico con el analista, en la medida en que el paciente actualiza y manifiesta sus contenidos inconscientes.

En este vínculo el analista presta su cuerpo para que el paciente actúe ante él sus modelos infantiles y así descubra lo que constituye su elección de objeto y las fantasías que trae consigo. Lo que se diagnostica, entonces, es la neurosis que se actúa en la transferencia, con base en el lugar en que el paciente pone al analista. Resulta vital, en consecuencia, que se establezca el vínculo transferencial, para dar lugar a la interpretación de los contenidos que han estado

inconscientes y a la posibilidad de que, a través del síntoma con el que el sujeto llega a la consulta, se descifre el contenido original de las mociones inconscientes. Después de establecido el vínculo, es posible que el sujeto que consulta quiera tramitar su goce, entendido éste como modo de sufrimiento.

Para el establecimiento de la transferencia Freud, en su texto *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912), establece unas recomendaciones o consejos a quienes se dedican a la tarea del análisis. Para las pretensiones de este trabajo se retomará uno de esos consejos que tiene que ver con el vínculo que se teje entre paciente y analista.

En el mencionado texto, Freud sugiere que por parte del analista se asuma un sentimiento de frialdad hacia el paciente, con la intención de favorecer a ambas partes. El beneficio consiste, por un lado, en que el analista protege su vida afectiva, en tanto, como lo advierte Freud, puede verse enfrentado a una tendencia afectiva peligrosa: la ambición de obtener un logro convincente que pueda mostrar a los demás, y, por otro, en que el paciente, debido a la actitud asumida por el analista, será escuchado en su singularidad, a través de una actitud de “docta ignorancia” sostenida por el deseo del analista.

Intervenir desde una posición de abstinencia frente a las demandas del otro resulta importante, dado que el analista se expone a sus propios deseos como sujeto y a ciertas resistencias del paciente. Tal posición se hace posible debido al proceso personal de análisis del analista y a su deseo de analizar, que se diferencia de sus deseos como sujeto, que han de quedar en suspenso. Es entonces como la posición de abstinencia del analista lo preserva de no ir en pos de un ideal de salud, pues su única premisa es la de analizar, lo que diferencia al psicoanálisis de otras propuestas de intervención sobre el sufrimiento.

El psicoanálisis no va entonces en pos de clasificar trastornos sino de escuchar esas formas particulares en las que el sujeto se las arregla con su goce, que trae en forma de síntoma; y el analista no va en pos de un ideal de salud y, por ende, la cura que dispensa no pretende normalizar a un sujeto, sino respetar su síntoma, que es como un intento de solución fallido por parte del sujeto para tramitar su goce. De esto se desprende que el diagnóstico no tiene un afán ni clasificatorio, ni estadístico, sino que sirve al analista para darle indicaciones en la dirección de la cura.

### **2.3 Consideraciones acerca del método psicoanalítico**

Freud denominó *tratamiento de ensayo* al momento previo al tratamiento propiamente dicho. El tratamiento de ensayo posteriormente fue denominado *entrevistas preliminares*. Este momento previo al tratamiento, como se mencionó al iniciar el capítulo, tiene una motivación diagnóstica, en tanto para el psicoanálisis es importante esclarecer la estructura clínica del sujeto que consulta, pues es esto lo que direcciona la cura e, incluso, determina si es pertinente o no aceptar a un paciente en el dispositivo analítico. A continuación, se trabajarán algunas consideraciones con relación al método psicoanalítico, en el que se esclarece el diagnóstico.

Miller, en su texto *Introducción al método psicoanalítico* (1997), precisa tres niveles como principios metódicos del análisis: *la evaluación clínica*, *la localización subjetiva* y *la introducción al inconsciente*. El autor ubica en medio de estos tres principios la subjetivación y la rectificación subjetiva; entre la evaluación clínica y la localización subjetiva ubica la subjetivación, y en medio de la localización subjetiva y la introducción al inconsciente sitúa la rectificación.

### 2.3.1 Evaluación Clínica.

Freud a lo largo de su obra se interesó por establecer la diferencia entre neurosis y psicosis, punto que retoman algunos de sus sucesores como Miller, quien ubica la importancia de la evaluación clínica para establecer un diagnóstico preliminar, en tanto es fundamental identificar si el paciente es psicótico; si la psicosis está desencadenada es más sencillo, pues el punto sería considerar si se puede o no “terapeutizar” al paciente. Sin embargo, la cuestión se torna decisiva cuando se trata de una psicosis que aún no se ha desencadenado, pues el análisis puede desencadenarla. Por esta razón se considera de vital importancia reconocer un paciente prepsicótico: un psicótico con una psicosis no desencadenada.

Para identificar la estructura psicótica es importante rastrear lo que en psicoanálisis se denomina fenómenos elementales, que son fenómenos psicóticos que pueden existir antes del desencadenamiento de una psicosis. Miller (1997) los expone en su texto:

- I. Fenómenos de automatismo mental, éstos se refieren a “la irrupción de voces, del discurso de otros, en la más íntima esfera psíquica” (p.24). En este caso, el sujeto dice escuchar una voz que le viene de afuera, que le viene de Otros, que le ordena hacer algo, etc.
- II. Fenómenos que conciernen al cuerpo, en éstos aparecen fenómenos de desplazamiento, descomposición, separación, de extrañeza con relación al propio cuerpo. Además, hay distorsión de la percepción del tiempo y el espacio.
- III. Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad, en estos casos el sujeto manifiesta tener experiencias inexplicables, inexpresables o experiencias de certeza absoluta.

Resulta, entonces, muy importante rastrear estos elementos para indagar si se trata de una psicosis no desencadenada, lo cual da cuenta de la relevancia del diagnóstico.

### **2.3.2 Localización Subjetiva.**

El analista es quien avala o rechaza la demanda del sujeto que pide ser su paciente, siendo un criterio fundamental para el analista la posición que el paciente asume en relación a su síntoma. Miller (1997) manifiesta que lo esencial es lo que el paciente dice, lo que implica separarnos de la dimensión de los hechos objetivos para entrar en la dimensión de lo dicho. Ir de los hechos a los dichos implica cuestionar la posición que asume aquel que habla frente a sus propios dichos. En este sentido, Lacan (1957-1958) hace una alusión al término enunciación, como la posición que el sujeto asume con relación a lo enunciado, a lo dicho.

Miller (1997) propone la modalización como una forma clara para identificar la posición subjetiva frente a lo dicho, posición que se expresa en las múltiples formas que un sujeto elige para plantear sus dichos. Por ejemplo al dicho “Estaré tranquila” se le puede adjudicar diferentes valores: “Estaré tranquila, pase lo que pase” o “Estaré tranquila, depende de lo que me digan” o “Estaré tranquila, es una mentira”, etc. Estas maneras de decir son modulaciones del dicho y muestran, por tanto, la posición que el sujeto asume, siendo el tono de voz y los gestos otras formas de modulación del dicho. Sin embargo, el autor aclara que debemos permitirle al sujeto algunos engaños y no señalarle de inmediato las contradicciones en que incurre. Por el contrario, es necesario permitir, principalmente en las entrevistas preliminares, que el sujeto continúe mintiendo un poco en sus propios dichos. Es esta forma de proceder lo que va introduciendo al sujeto del inconsciente en el dispositivo psicoanalítico: que se reconozca en esa persona un sujeto dividido.

Freud, en su planteamiento sobre la denegación –*Verneinung*–, hablaba de otra forma de modalizar lo dicho, que consiste en que el sujeto neurótico le pone una marca de negación a su dicho; a esto Lacan denominó “colofón”, entendido como un índice subjetivo. Es así como en el método psicoanalítico, resulta de vital importancia que el analista distinga siempre el enunciado de la enunciación, es decir, que tenga claridad respecto a la posición que el sujeto asume frente a lo que enuncia, para entender el pedido del sujeto que consulta, para decidir si lo avala o no como una demanda de análisis.

### **2.3.3 El teatro de la palabra.**

La cadena significante es un término lacaniano que designa una serie de significantes relacionados entre sí. Es en esa cadena significante donde se sitúa la atribución subjetiva, esto es, la posición del sujeto que habla; cadena significante que, además, es distributiva, en tanto es la reproducción de varias voces: una palabra es la repetición del discurso del Otro, es una cita. Es por lo antedicho que se dice que la cadena significante es polifónica, porque hablamos a varias voces y modificamos continuamente la posición como sujeto: tenemos diversos estados y tonos, algunas veces estamos serios, otras veces alegres o sensibles, etc. Es a todo esto a lo que se le denomina *el teatro de la palabra*.

Es fundamental la puntuación que el analista hace de la posición subjetiva del paciente. Miller (1997), por ejemplo, precisa que la posición subjetiva de la histérica frente a sus alucinaciones es totalmente opuesta a la del psicótico frente a las suyas. Para un psicótico la alucinación es un punto de certeza; para la histérica la alucinación no constituye una verdad absoluta. La posición del analista también varía, pues en el caso de la psicosis la certeza no es cuestionada y en el de la histeria no se alimenta el discurso sobre las alucinaciones. Es así como

la localización subjetiva consiste entonces en promover en el sujeto el conocimiento de las diferentes formas y posiciones en que modaliza sus dichos, para entrar, en esa medida, en la lógica del inconsciente.

#### **2.3.4 Introducción al inconsciente.**

Otro elemento que contribuye al establecimiento del diagnóstico en psicoanálisis es la localización subjetiva, que aparte de ser una evaluación subjetiva de la posición del sujeto, implica una participación del analista, en tanto él, a través de la separación entre enunciado y enunciación y de la reformulación de la demanda, encamina al paciente al encuentro con el inconsciente, le direcciona el camino hacia el cuestionamiento de su propio deseo y le muestra que en este trayecto siempre hay un “mal-entendido”. Esta dirección la realiza el analista bajo el efecto de la transferencia durante las entrevistas preliminares, para enseñarle al paciente el panorama de lo que implica recorrer las sendas de su propio deseo.

Es así como en el momento previo al tratamiento propiamente dicho, se establece la necesidad de precisar una estructura clínica, de la que da cuenta la posición del sujeto respecto al otro, bien sea para señalar su falta, hacerlo consistente, ofrecerse como objeto de su goce, etc. Todo este movimiento también transforma la posición de la persona que consulta, en alguien que se refiere a lo que dice considerando cierta distancia con relación a lo dicho, siendo este momento denominado *rectificación subjetiva*. Es esta posición lo que le da entrada al sujeto al tratamiento: aceptar la asociación libre, la cual es regla general en el ejercicio del psicoanálisis, y que consiste en que el paciente se decida a hablar sin discriminar ningún elemento por insignificante que le parezca, que se decida, en otras palabras, a hablar buscando el sentido de lo que dice.



En síntesis, el diagnóstico en psicoanálisis tiene como propósito fundamental identificar la estructura clínica del sujeto, con el fin de elucidar si la persona que acude a la consulta es apta o no para el dispositivo analítico, lo que se indaga, como se ha dicho, en un momento previo a la cura, configurado por el vínculo entre analista y paciente, que en psicoanálisis se denomina como transferencia. En esta relación terapéutica, el paciente actúa su posición frente al otro y es mediante esta actuación, que el analista construye el diagnóstico.

De esta manera, la transferencia es fundamental como instrumento en *el tratamiento de ensayo o entrevistas preliminares*, dado que el analista, quien se vale de dicho vínculo, puede introducir a la persona que consulta en el estatuto de sujeto. Ahora bien, la entrada del paciente como sujeto del inconsciente es posible gracias al lenguaje, en la medida en que los afectos son puestos en palabras y debido a que lo dicho en el dispositivo analítico tiene como objetivo hallar el sentido singular que para cada sujeto tiene sus propias producciones. Es así como el lenguaje divide al sujeto entre el saber y la verdad, una verdad que es perseguida a través del saber que el sujeto tiene de las condiciones de su satisfacción pulsional. Entonces, las entrevistas preliminares le sirven al analista para identificar un diagnóstico y posibilitarle a la persona que consulta ingresar en el estatuto de sujeto, representado en el síntoma analítico, y al sujeto le sirven para decidir o no arreglárselas con su división a través de la apertura del inconsciente.

### **3 Análisis comparativo entre el diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico en psicoanálisis**

Antes de hablar de la diferencia que existe entre los objetivos que tiene la psiquiatría y los que tiene el psicoanálisis en el ejercicio de establecer el diagnóstico, es importante aclarar que el psicoanálisis tiene una relación de respeto con la psiquiatría clásica<sup>4</sup>, a la que le destaca su finura clínica por haber desplegado la importante tarea de ordenar diversos fenómenos mediante la clasificación; la intención era obtener un orden más que etiquetas diagnósticas. De hecho, el psicoanálisis heredó algunas de las categorías nosográficas de la psiquiatría clásica, las cuales tomaron un valor importante para el establecimiento del diagnóstico diferencial y para el tratamiento.

Freud, por ejemplo, retomó nociones como paranoia, neurosis, síntoma, delirio, alucinación, entre otras. También Lacan reconoce la influencia de la psiquiatría en el psicoanálisis; alumno de De Clérambault, reconocido psiquiatra, quien fue el primero en trabajar el automatismo mental, concepto que posteriormente fue retomado por el psicoanálisis, haciendo parte de uno de los criterios fundamentales en el reconocimiento de la estructura psicótica.

Lima, De Miranda y Coutinho (2015) citan a Lacan para ilustrar la influencia de la psiquiatría en el psicoanálisis, señalando que si bien hay tipos de síntomas, hay una sola clínica que es anterior al discurso analítico y ésta trae una luz para iluminar la clínica. Estos autores deducen, a partir de lo dicho por Lacan, que los diálogos teóricos entre Freud y algunos psiquiatras exponentes de su época como Kraft Ebing, Eugen Bleuler y Emil Kraepelin,

---

<sup>4</sup> Para los fines de este trabajo entendemos que la psiquiatría clásica se da en el período comprendido entre la segunda mitad del siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XX, cuya finalidad era la comprensión psicopatológica del fenómeno mental.

ejemplifican lo que Lacan nombra como una luz para iluminar la clínica psicoanalítica, lo que es equivalente a la influencia de la psiquiatría en la construcción del psicoanálisis.

Es de valorar, entonces, la influencia que tuvo la psiquiatría clásica en el psicoanálisis. Para Freud el punto de separación entre la psiquiatría y el psicoanálisis reside en que para la primera el fenómeno mental tiene una base organicista, causa que el psicoanálisis no asimila.

En las siguientes líneas se hará una comparación entre algunas categorías, con el fin de reconocer las diferencias que existen entre los objetivos que tiene el psicoanálisis y los objetivos que tiene la psiquiatría con respecto al diagnóstico.

### **3.1 Organismo vs. Cuerpo**

El psicoanálisis hace una clara separación entre cuerpo y organismo, diferencia que lo separa de manera radical de la psiquiatría como especialidad médica, pues para esta disciplina el organismo corresponde a procesos meramente biológicos. Para el psicoanálisis el cuerpo es una construcción propia del sujeto, que le posibilita representar en el psiquismo los procesos que ocurren en el organismo, así como la satisfacción implicada (goce) en dichos procesos.

A partir de su clínica con la histeria, Freud promueve un corte epistemológico para cuestionar la idea de un cuerpo anatomofisiológico y anunciar la existencia de un nuevo cuerpo que escapa a la clasificación del saber de la medicina. Es así como la histeria entra cuestionando la inteligibilidad médica, dado que las manifestaciones de aquélla no se inscriben en un cuerpo anatómico. Este extrañamiento frente al cuerpo histérico fue el que dio lugar al inicio del psicoanálisis mismo; Freud en el trabajo con sus pacientes histéricas se va dando cuenta que no era suficiente con describir la psicopatología, se hacía necesario crear un espacio para la expresión y la escucha de sus pacientes.

En la línea de lo anterior, la psiquiatría a partir de los años 50 del siglo XX se torna mucho más interesada en los procesos bioquímicos cerebrales para explicar el fenómeno mental, su interés se debe principalmente a la oferta de los medicamentos como vía de tratamiento que hacen las multinacionales farmacéuticas, efecto de la segunda guerra mundial, en la que surgen los fármacos ansiolíticos.

En la década de 1980 del siglo XX se daba una nueva generación de psicofármacos y el proyecto genoma humano, éste último teniendo como objetivo descifrar el código genético de los humanos, lo que acentuó el interés de la psiquiatría biológica por la información genética, pues buscaba rastrear en ella la etiología del fenómeno mental. Por otra parte, el auge de las neurociencias permitió el afianzamiento de la idea de la explicación orgánica del padecimiento psíquico, esto se ha refrendado con el pasar de los años y es el paradigma imperante en lo que ha corrido del siglo XXI.

### **3.2 El ideal de salud vs. El respeto por el síntoma**

Para el psicoanálisis el síntoma no está asociado a una disfunción sino a un saber. Pero no se trata de un saber que se encuentra en un manual o catálogo, es decir, un saber psicopatológico susceptible de ser objetivado, se trata, por el contrario, de entender el discurso como una *nosología del sujeto*. Lima et al. (2015) señala que dicho concepto ilustra la posibilidad de entender que es a partir del conjunto de síntomas, que manifiesta el paciente en la relación transferencial, desde donde se piensa el diagnóstico; es eso lo que se escucha y a lo que se le busca sentido en psicoanálisis.

Como se mencionó en el capítulo anterior, el psicoanálisis respeta el síntoma, el cual entiende como un intento fallido del sujeto para tramitar su goce. Esta comprensión lleva al

analista a no asumir la posición de normalizar al sujeto, sino de entender su síntoma como una formación del inconsciente, marcado como un saber del que nada se sabe inicialmente. Es a partir de ese saber y de la transformación de la persona que consulta en sujeto del inconsciente, que se va tejiendo la singularidad, la verdad del sujeto, las que a su vez se van dando a través del sentido que se le atribuye a los actos propios en el dispositivo analítico y a la satisfacción pulsional implicada en ese decir que es el síntoma.

La psiquiatría, por el contrario, se suma a la idea del sistema y de su economía de mercado, que ofertan la felicidad, entendida como ausencia de sufrimiento. La OMS define la salud como un estado de completo bienestar mental, físico y social, idea que es puesta en jaque por el loco, en tanto éste no proyecta el equilibrio y la perfección de los ideales contemporáneos.

En la época actual todos los actos humanos: aprender, amar, jugar, llorar, envejecer, reproducirse, alimentarse, padecer por una pérdida personal o sentimental, etc. pueden ser clasificados en las categorías de “sano” o “enfermo”. Salirse de los parámetros modernos de la “normalidad” (los estándares de peso o sobrepeso, la estatura, la apariencia física, la moda, la estética, el duelo, la adaptación etc.) es visto como “problema” por la medicina, ocurriendo, además, que las “soluciones” a dichas “irregularidades” son emitidas por médicos cuyas opiniones, supuestamente basadas en la “ciencia”, son recopiladas en artículos publicados en diversos medios.

Tales juicios de la “ciencia” –etiquetar, clasificar y darles solución a los sujetos- son avalados por expertos en salud física o mental mediante las manidas estadísticas. Es así como lo que en otra época era calificado como “inmoral” hoy es clasificado como “enfermo”, llevando a que la salud mental se adapte a la cultura hegemónica, que impone unos ideales únicos y que no

reconoce la indefectible singularidad que cruza a los seres humanos. El psicoanálisis, por el contrario, le da un lugar preponderante a esa singularidad, esto es, al sujeto, dejando de lado los ideales que propone nuestra época.

La psiquiatría concibe el síntoma como un índice de que algo no funciona como debería funcionar y a la sumatoria de varios de ellos como lo que constituye tal o cual trastorno, además, a diferencia del psicoanálisis, no atribuye una función significativa al síntoma, por el contrario, le marca una connotación negativa, asumiéndolo como algo que hay que quitar en pos de un ideal de salud. La psiquiatría, por tanto, crea la ilusión de que para cada trastorno hay un remedio, un medicamento que “aliviara” o “silenciará” el sufrimiento. Es así como el diagnóstico psiquiátrico responde a todo síntoma desde la medicación, entendiendo de esta manera que depresivo es todo aquel que responde a un antidepresivo. La clínica psiquiátrica se convierte entonces en la respuesta clínica del sujeto a los medicamentos psiquiátricos (Miller, 1997).

De lo anteriormente expuesto tenemos que del lado del psicoanálisis se escucha un síntoma que remite a una estructura clínica y que desde la psiquiatría se trata de un síntoma que remite a una enfermedad.

### **3.3 Tratamiento mecanicista vs. Tratamiento ético**

Una cura es siempre consecuencia de cómo se concibe la génesis de un padecimiento. Por un lado, el tratamiento mecanicista en psiquiatría se reduce a clasificar los fenómenos mentales en trastornos y a tratarlos básicamente a través de la medicación. Braunstein en su texto *Clasificar en psiquiatría* (2013) manifiesta que este intento científico por clasificar lo que hace es ocultar:

La tragedia de un encasillamiento de los seres humanos por parte de los médicos especializados en la “salud mental” con el pretexto de “clasificar” otra “cosa”, algo imprecisamente llamado *mental disorders* en Estados Unidos y en Inglaterra, *troubles mentaux* en Francia y *trastornos mentales* en los países de lengua española -todos ellos eufemismos para evitar la vergonzante palabra que atemorizaba o los desnudaba: “*enfermedad mental*” (p. 9)

Así este proceso se convierte en una etiqueta diagnóstica que se ocupa de informar acerca de un conjunto de síntomas que guardan entre sí cierta relación, y aunque algunas clasificaciones intentan considerar criterios etiológicos presuntivos, la mayoría de clasificaciones psiquiátricas contemporáneas lo que hacen es agrupar síntomas o síndromes.

Braunstein (2013) también se refiere al asunto de la precisión del diagnóstico médico en comparación al diagnóstico psiquiátrico, planteando que la medicina trabaja con hechos positivos y objetivables, como lo son una fractura de hueso o un tumor cerebral. El autor considera que la psiquiatría, por el contrario, maneja la enfermedad como una noción abstracta, razón por la cual no es de extrañar que las entidades que los psiquiatras determinan como *trastornos* estén mal definidas y se superpongan entre sí, hasta el punto que frente a un caso en particular los juicios del clínico puedan considerarse como opiniones personales.

En la práctica psiquiátrica el médico no se presta como objeto para la cura del paciente y no siempre hay una intención en el sujeto de ser paciente, es decir, algunos obedecen a las pretensiones de otros que lo invitan a tratarse. Por el contrario, el psicoanálisis parte de la demanda del sujeto de ser admitido como paciente y, a su vez, del establecimiento del vínculo entre paciente y terapeuta, en el que el terapeuta se incluye para prestarse, precisamente, como objeto en la dirección de la cura. Esta posición del analista introduce la dimensión ética del tratamiento analítico, en tanto se le da un papel vital a la singularidad del sujeto, la cual no es

atravesada por la subjetividad del analista; existe una neutralidad de la persona del analista, la que permite que fluya la realidad psíquica del sujeto.

### **3.4 Neurofisiología de la conducta vs. Teoría del inconsciente pulsional**

En esencia teórica esta es la diferencia fundamental entre el objetivo del diagnóstico en la psiquiatría contemporánea, bajo la mirada de la neurofisiología de la conducta, y el objetivo del diagnóstico en psicoanálisis, mediatizado por la teoría del inconsciente.

La psiquiatría se basa en el funcionamiento cerebral para significar los fenómenos que son denominados como psicopatológicos, considerando que a través de la medicación se puede “remediar” o “controlar” la producción de sustancias cerebrales como la serotonina, la dopamina, la oxitocina, las endorfinas etc. Tomando entonces la enfermedad como una alteración de ciertas sustancias que el organismo mismo produce. Es así como algunos de los pacientes que acuden al psiquiatra, asocian su sufrimiento a un déficit del organismo, lo que es “curado” a través de un tratamiento sugestivo, de un saber médico que le adjudica un trastorno al paciente y le sugiere, en consecuencia, una medicación que regulará su sufrimiento a través del medicamento.

Es así como la psiquiatría biológica de hoy aborda el diagnóstico como una referencia exclusivamente fenoménica, tomando el sufrimiento como un conjunto de signos objetivables, que le indican al psiquiatra que hay una desregulación a nivel de la química cerebral, así, por ejemplo, un paciente deprimido será señal de que hay una desregulación en el sistema de inhibición de recaptación de serotoninas. Esta forma del diagnóstico, como puede colegirse, deteriora la relación del sujeto con su verdad, al enmascararla en una etiqueta diagnóstica, la cual le resta o desvía el sentido del síntoma del sujeto que sufre.



En el psicoanálisis Freud tejió la teoría del inconsciente que se diferencia de lo que hoy estudian las neurociencias. Dicha teoría le sirvió para nombrar lo que a través de sus investigaciones clínicas descubrió: esas formaciones inconscientes (sueños, actos fallidos, equívocos, síntomas) que representan elementos que están por fuera de la consciencia del sujeto, probando, además, en el desarrollo de su obra algunos métodos para traer a la consciencia esos elementos. Freud, entonces, inició con el método de la hipnosis, en el tratamiento de la histeria, posteriormente trabajó el método catártico y, por último, asumió la asociación libre como la regla fundamental del método psicoanalítico, a partir de la cual el sujeto habla sin discriminar ningún elemento por insignificante que éste le parezca.

El psicoanálisis le ha dado un lugar privilegiado a la palabra del sujeto, dado que considera que allí puede hallar su verdad; entiende que el síntoma es una cuestión que está ligada a la palabra como envoltura formal del núcleo pulsional, lo que se escenifica en el dispositivo analítico mediante la asociación libre, que, a su vez, está ambientada en la relación transferencial. Para el psicoanálisis si la palabra constituye al sujeto, es a través de la palabra misma que se puede deshacer eso que lo determina.

### **3.5 Estándares vs. Principios**

La psiquiatría, la psicología, la medicina utilizan la anamnesis como una herramienta que reúne información sobre el paciente para construir una historia clínica, se trata entonces de una entrevista estructurada, con cánones preformados y prejuicios que buscan ser corroborados. A partir de los signos que arroje dicha entrevista se hablará de ciertas tendencias, es así como vivir en cierta zona puede constituir una tendencia a padecer tal o cual patología, por lo cual se escucha al enfermo a través de la fórmula causa-efecto, en función de despejar la incógnita de su

padecimiento, por ejemplo, toda madre soltera tendrá como resultado hijos con dificultades afectivas, lo cual borra la singularidad de cada quien.

El psicoanálisis, por el contrario, se vale de un diálogo más fluido con el paciente, permitiendo que sea él quien decida qué expresar en el dispositivo analítico, pues considera que los datos importantes van surgiendo en el transcurso del tratamiento, abrochando así siempre lo que dice el paciente con su dificultad. El psicoanálisis, por tanto, utiliza la atención flotante del analista, quien escucha al paciente sin privilegiar ningún elemento del discurso de éste y sin hacer intentos por verificar el hecho fáctico que trae el paciente, lo que posibilita la emergencia de lo inconsciente.

Es entonces como la psiquiatría se basa en estándares (la anamnesis, por ejemplo) que intentan objetivar el padecimiento y la conducta del “enfermo”, explicitando así que el saber está del lado de ella, mientras que el psicoanálisis se vale de principios que aportan al desciframiento y sentido del sufrimiento, manifestando así que el saber está del lado del sujeto que padece. Para el psiquiatra es importante la verificación de la presencia o no del fenómeno, sea este alucinatorio, delirante o del afecto, etc., mientras que para el psicoanálisis es importante el contenido y la significación que para el sujeto tiene el fenómeno. El psiquiatra pregunta al paciente si oye voces y el psicoanalista le pregunta quién le habla y qué le dice.

## Conclusiones

- I. Es importante reconocer el papel de la psiquiatría clásica, la cual inicia con el proceso de humanizar la locura, pues en épocas anteriores ésta era pensada bajo la lógica del pecado y la posesión demoníaca. Es destacable, además, los aportes de los psiquiatras franceses y alemanes, quienes han dejado un legado al construir una nosología extensa, minuciosa en la descripción y en la precisión con relación a los síntomas, síndromes y cuadros en general.
  
- II. Entre los siglos XVIII y XIX los fenómenos mentales eran concebidos principalmente como causas físicas localizables en áreas específicas del cerebro, lo que fue desarrollado por diferentes autores. No obstante, a lo largo de la historia en materia de etiología, esta mirada sigue vigente, en tanto la psiquiatría contemporánea concibe aún los fenómenos mentales como aquellos que están mediatizados por el funcionamiento cerebral, otorgándole al tratamiento farmacológico la facultad de regular la producción y regulación de las sustancias cerebrales.
  
- III. En el siglo XX se ubican diferentes escuelas y autores en el campo de la psiquiatría que se resumen en cuatro posiciones fundamentales expuestas por el psiquiatra francés Henri Ey.: las teorías organomecanicistas, las que consideran la enfermedad mental como producto de un proceso cerebral; las teorías psicodinámicas, que introdujeron el concepto de inconsciente patógeno con el fin de exponer la influencia del psiquismo inconsciente en las manifestaciones psicopatológicas; las teorías sociopsicogénicas de los factores del medio, las que entienden la enfermedad mental como efecto de la estructura social y de la

presión que ésta ejerce sobre el individuo; y, por último, las teorías organogénicas dinamistas, las que reconocen como carácter causal en la consecución de un cuadro clínico, el papel orgánico y la dinámica de las fuerzas psíquicas.

- IV. Las teorías psicodinámicas constituyeron una diferencia importante en relación a la ideología mecanicista imperante en el siglo XIX, introduciendo un lugar importante al síntoma, el cual no es meramente una descripción de un fenómeno mental, sino una manifestación cargada de sentido, otorgándole así singularidad al sujeto.
  
- V. En la década de los 50 la psicofarmacología tomó fuerza, por lo cual era favorable que se fortalecieran las clasificaciones diagnósticas; además los pacientes que antes eran reclusos en hospitales psiquiátricos pasaron a ser atendidos por los médicos generales, lo que significó que aparte de los psiquiatras los médicos también se ocuparan de tratar y medicar a los pacientes. Lo anterior llevó a la psiquiatría contemporánea a tomar como modelo el utilizado por la medicina para evaluar, diagnosticar y tratar los pacientes. Tanto la una como la otra pretenden identificar signos objetivables en la consulta a la que acuden sujetos que sufren, que les permita ubicarlos en una patología o trastorno, lo que se reduce a controlar y nominar a los “enfermos” a través del tratamiento farmacológico y de las clasificaciones diagnósticas que están descritas en los manuales; es en 1952 cuando surge el primero de ellos: DSM I, presentando diversas modificaciones desde entonces hasta el 2013 que aparece el DSM V.

- VI. Desde los inicios mismos del psicoanálisis, el tema del diagnóstico fue considerado como un aspecto fundamental para la cuestión del tratamiento, en tanto se consideró de vital importancia identificar la estructura psíquica del sujeto -que es como el psicoanálisis nombra la “psicopatología”-, para así prever la dirección de la cura, estimando que en el caso de las psicosis se deben tener algunas consideraciones respecto a la pertinencia de iniciar o no un tratamiento.
- VII. Un aspecto fundamental en la identificación del diagnóstico y en el desarrollo de la cura en psicoanálisis es la noción de transferencia, en tanto lo que se diagnostica es la neurosis que se escenifica en el vínculo transferencial.
- VIII. En el recorrido de este trabajo se evidenció el lugar fundamental, bajo la teoría psicoanalítica, que tiene la palabra del sujeto en el proceso de reformulación del sufrimiento, lo que compromete en la tarea de continuar investigando y de promover elementos que permitan simbolizar el sufrimiento antes de etiquetarlo en un diagnóstico meramente mecánico que se limita a verificar la existencia de criterios a partir de signos aparentemente objetivables.

## **Bibliografía**

American Psychiatric Association (1987). *DSM III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Bercherie, P. (1986). *Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Dör, J. (2000). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Ey, H. (1978). *Tratado de psiquiatría*. París: Masson S.A

Freud, S. (1895). *Sobre psicoterapia de la histeria*. (Tomo II). Buenos Aires: Amorrortu editores.

\_\_\_\_\_ (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. (Tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu editores.

\_\_\_\_\_ (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. (Tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu editores.

\_\_\_\_\_ (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. (Tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Guimón, J., Mezzich, J.E. y Berrios, G.E (1988). *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

Lacan, J. (1957-1958). *Seminario 5. Formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Lima, D., de Miranda, L. y Coutinho, M. (2015). Notas sobre a questão do diagnóstico na psicanálise e na psiquiatria. En J. Nazar (Ed.). *Psicanálise e Saúde, entre o Estado e o sujeito* (pp. 293-306). Rio de Janeiro: Cia de Freud.

Miller, J.-A (2001). *El ruiseñor de Lacan*. Buenos Aires: Paidós

\_\_\_\_\_ (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

\_\_\_\_\_ (1997). Psicanálise e psiquiatria. *Lacan elucidado: palestras no Brasil* (pp. 121-140). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Tirapu, J., Ríos Lago M. y Maestú, F. (2008). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona. Viguera Editores.

Szasz, T. (1976). *El mito de la enfermedad mental (2 ed.)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Weiner, D. B. (1999). *Comprendre et soigner. Philippe Pinel (1745-1826), la médecine de l'esprit*. Paris: Librairie Arthème Fayard.