

El Diagnóstico Psicoanalítico, y diferencias con el psiquiátrico.

Fernando Carlos Sánchez

Licenciada Gabriela Angela Zadra

1- Introducción.

Como requisito para obtener el título en la Licenciatura en Psicología que se dicta en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, se realiza con carácter de obligatorio la Práctica y habilitación Profesional en alguna de las instituciones que se ofrecen, para que el alumno opte por alguna de ellas, las cuales presentan una amplia gama de enfoques teóricos y de modelos psicológicos.

La práctica se ha realizado en una Institución de estudio, asistencia y atención con orientación psicoanalítica, la misma se encuentra en el barrio de Once. En la misma se han realizado diferentes y variadas actividades con el fin de obtener cierta experiencia y familiarización con el quehacer del profesional Psicólogo en el ejercicio de sus funciones en el ámbito de esta capital, desde un determinado marco teórico, en este caso el psicoanalítico. En la institución se realizan post-gradados y cursos para los profesionales recién recibidos y que quieran aprender o ampliar sus conocimientos sobre este modelo teórico, brindando la posibilidad de acceder a la atención de pacientes con un buen respaldo de profesionales, que trabajan como supervisores y docentes. También se ha concurrido a un colegio clínico, institución relacionada con el centro en el cual se realizó la práctica, que se dedica a la enseñanza metódica de los textos de Sigmund Freud y de Jacques Lacan, además de trabajar con grupos en los cuales se articula la teoría psicoanalítica con la práctica. El pos-grado en el centro incluye la concurrencia a las clases teóricas del colegio clínico y además se trabajan los casos que los alumnos reciben y atienden por primera vez desde la obtención del título de Licenciados en Psicología. En el colegio hay diariamente charlas, debates, seminarios, ateneos, presentación de casos, estudios sobre la lógica de casos particulares y clases regulares para los alumnos del pos-grado, y actividades para todo aquel que le interese concurrir. El director es el titular de la cátedra de Clínicas de Adultos que se dicta en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y el plantel de profesionales que lo acompañan, incluye psicoanalistas que se desempeñan en otros países como en Brasil, España, E.E.U.U., Francia y México. Las actividades que se realizaron, fueron para el enriquecimiento del alumno y se participó en clases teóricas, ateneos, reuniones de lectura de seminarios de Sigmund Freud y de Jacques Lacan, intercambio en clases con alumnos de otras Universidades, grupos de supervisión, se utilizó la Biblioteca de la Institución, de donde se realizó lecturas de distintos materiales, que coincidía con unos prácticos a alumnos de la Universidad de Buenos Aires, las reuniones de supervisión con una Licenciada en psicología, quien fue la

que acercó al alumno a las sesiones de admisión en calidad de co-advisor, y en todo momento hubo una relación franca y cordial de apoyo hacia el alumno con otra licenciada en psicología que fue designada como tutora, y que durante la práctica fue un guía y referente para el alumno, aportando con clases de apoyo en su consultorio privado en el barrio de Palermo, facilitando material de lectura, libros, apuntes y su experiencia profesional como analista, brindándose en todo momento, hasta incluso en consultas por teléfono.

Para el presente trabajo se concurrió además, a un seminario que constó de cuatro reuniones, que se dictó en un centro de clínica, investigación y cultura, sobre un tema de interés para el alumno, y relacionado directamente con los objetivos del mismo. El seminario se denominó: Psiquiatría: el poder psiquiátrico en la actualidad, en los que se presentó y discutió sobre la Psiquiatría moderna y su forma de construir diagnósticos de trastornos psiquiátricos y psicofarmacológicos en la actualidad. El mismo está situado en la Ciudad de Buenos Aires.

2- Problema.

Durante la concurrencia a las actividades de la Práctica Profesional surgió el interés por conocer y evaluar cuál es la diferencia que se da al realizar un diagnóstico, en dos modelos diferentes como son el psicoanalítico y el modelo médico psiquiátrico. El problema a investigar tiene puntos en los que, la institución a la que se concurrió, se opone, y puntos de acercamiento en los que son admitidos ambos modelos, a modo de coparticipación y de interrelación. Si bien, en el modelo médico hay reconocimiento de los aportes del Psicoanálisis, y el pensamiento psicoanalítico o psicodinámico es relevante en la práctica psiquiátrica actual, la cura se realiza desde estrategias diferentes. La Psiquiatría no desconoce las relaciones complejas entre los factores neurofisiológicos y los psicosociales que intervienen en las patologías mentales, y el modelo psicoanalítico no desconoce del poder de los psicofármacos en la actualidad, de la estrategia biológica, y lucha para evitar el reduccionismo de pensar que el origen de las enfermedades mentales es un desequilibrio químico.

3- Objetivo general.

- * Evaluar las diferencias entre el diagnóstico médico psiquiátrico y el diagnóstico realizado en el ámbito psicoanalítico.

3.1- Objetivos específicos.

- Establecer y fundamentar un diagnóstico psiquiátrico en un caso de trastorno obsesivo compulsivo.
- Establecer y fundamentar un diagnóstico psicoanalítico en un caso de neurosis obsesiva.
- Evaluar semejanzas y diferencias en los diagnósticos del caso analizado.
- Examinar y comparar líneas de trabajo terapéutico conforme a los dos tipos de diagnósticos en el caso de neurosis obsesiva y en el trastorno obsesivo-compulsivo.

4- Marco Teórico.

4.1- Psiquiatría.

Todas las interacciones de la Psiquiatría, el diagnóstico y la evolución inicial, se desarrollan en el contexto de la entrevista ya sea en una sala de urgencias o de un hospital psiquiátrico, en el consultorio o en las salas de medicina general o cirugía de un hospital común. El tratamiento psiquiátrico, la prescripción de medicamentos y el control de sus efectos transcurren en el ámbito de la entrevista donde el psiquiatra está comprometido en un intercambio personal.

Gordon D. Strauss

4.1.1- La entrevista psiquiátrica.

Cuando se produce la entrevista psiquiátrica, uno de los temas principales al recibir un paciente en este ámbito, es clasificar el grado de urgencia que encierra. Urgencia que puede incluir suicidio o alguna forma de comportamiento que perjudique al mismo paciente o a las personas que lo rodean. Según Baudini (2005), es necesario diferenciar la emergencia de la urgencia. Esta autora dice que la primera no da tiempo y que se relaciona con el tiempo cronológico de una manera instantánea. Los cuadros de emergencia psiquiátrica necesitan respuesta inmediata, en donde el saber médico opera eficazmente y rápidamente sobre una persona que requiere la atención en ese momento y no en otro. Esta persona es pasiva en ese momento y el médico solo la consulta, de ser posible, por una cuestión de formalidad médica y para salvar la responsabilidad legal. Son casos como los

cuadros de excitación motriz, las crisis agudas de psicosis con riesgo para el sujeto y para los terceros, los pasajes al acto, etc. Y luego están los casos de urgencia subjetiva que no incluye el tiempo cronológico tan directamente como la emergencia. La urgencia se manifiesta de distintas formas como: angustias, miedos, fobias, insomios, pesadillas, cambios bruscos en el estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesias, pérdidas de referencias y en casos más graves, desencadenamiento o desestabilización psicótica. La presentación clínica de las urgencias requiere de intervenciones rápidas y eficaces que incluye desde la contención farmacológica hasta procedimientos de protocolo médico como la internación. Según Arellano (2005), hay una urgencia psiquiátrica que se la ubica del lado de la urgencia médica y es en la que, los que intervienen, tienen como objetivo restituir la salud y equilibrio psíquico; y hay una urgencia subjetiva que da cuenta de ciertos momentos en los pacientes, ya sean psicóticos o neuróticos, en los que se ha desencadenado un sentimiento a través de un hecho. Este desencadenamiento puede provocar desde el mutismo absoluto a quedar apresado en una profunda angustia, inmanejable por el sujeto. En la primera entrevista el profesional debe detectar si el caso requiere la acción inmediata, de lo contrario, esta continúa siguiendo los lineamientos de la institución. Según Strauss (1997) la entrevista es el método técnico por excelencia y puede que sea el procedimiento mismo en psiquiatría. En la misma, se da el intercambio relacional entre médico y paciente, y en esa interrelación, en ese espacio, surge o el tratamiento o la prescripción de medicamentos o el control de la toma de medicación, y todo el conjunto de interacción se puede dar en un consultorio, en una sala médica o en el pabellón de urgencias según el caso. La entrevista debe poseer una estructuración que permita perseguir un objetivo claro y planteado con anterioridad, este mismo autor asegura que la entrevista no estructurada es inexistente, pero hay dentro de la categoría de estructuradas, algunas que son más libres que otras que se hallan estandarizadas. Dentro del grupo de las estandarizadas, algunas poseen una estructura completa y con un formato rígido a seguir y otras poseen una estructura parcial. La entrevista se dirige en primer lugar, a establecer la relación para obtener información y en segundo lugar, a evaluar la problemática y proporcionar una devolución al paciente. El psiquiatra busca establecer un vínculo en el cual el paciente se sienta confiado como para depositar en él, detalles íntimos y aspectos muy personales. Para establecer este vínculo, hay técnicas que ayudan al profesional a generar desde el comienzo un buen contacto. Es muy importante el lugar físico en donde se realiza la entrevista, para ello se deben tener ciertas precauciones, como por ejemplo, que el lugar sea tranquilo, privado, donde no interfieran demasiados ruidos ni

teléfonos. Se intenta que haya pocos elementos externos que interrumpan el trabajo del médico. El psiquiatra debe mantener contacto visual directo y nada debería interponerse entre ambos, como escritorios, y si los hubiese, que posean pocos elementos o adornos que de alguna manera podrían distraer, para asegurarse un buen plano para la observación del comportamiento no verbal. El profesional debe mostrar empatía reconociendo y respondiendo emocionalmente, esto permite demostrar compasión y autenticidad, a la vez que rompe con la frialdad de una relación entre desconocidos, facilitando que se cree un clima cálido, en donde la atención prestada al paciente sea lo primordial, y además, debería evitarse cualquier interrupción, y solo se la justifica cuando sea para clarificar los significados y no para orientarlos hacia alguna dirección. Esto permite obtener la información necesaria como para ir formando una idea del cuadro que se le presenta al médico psiquiatra, que se sirve de las preguntas abiertas, las cuales facilitan y proveen de un gran volumen informativo. También las preguntas que repiten las últimas palabras del paciente son muy eficaces, estas son llamadas preguntas en eco. Y también existen las preguntas cerradas en las cuales el paciente responde de forma corta y que permitan mantener la estructura. El médico necesita una estrategia eficaz para la obtención de la información concreta mientras se desarrolla la entrevista, una son las preguntas activas, que consiste en introducir temas a medida que va transcurriendo la misma y otra es el desplazamiento de preguntas abiertas con comprobaciones al comienzo, a preguntas cerradas y sondeos más adelante. Continuando con Strauss (1997), la entrevista diagnóstica debe rastrear las pruebas formales del estado mental a través de la interacción y la observación del paciente para alcanzar una valoración psicopatológica o comprobar su ausencia, y finalmente devolverle al mismo algo de lo captado por el médico. Por lo general la devolución no tiene que ver con dar respuestas definitivas pero si con hacerle saber al paciente que sus preocupaciones han sido reconocidas. El proceso de un diagnóstico no es tan sencillo como para realizarlo en una sola entrevista, por lo general se necesitan unas cuantas de ellas para completar la historia del paciente. Parte del examen clínico es realizado por el médico mediante la anamnesis, que es el método con el que se recolecta información y datos personales, hereditarios y familiares de la persona a tratar, al momento de la entrevista psiquiátrica, y son anteriores a la manifestación de la enfermedad. Además como asegura Ey, Bernard, y Brisset (1965,1996) el que haya varias sesiones facilita la tarea del médico permitiendo que este pueda corroborar la continuidad y persistencia de la sintomatología y comprobar el hilo discursivo dentro del relato de paciente. Dice Sullivan (1964) que una entrevista psiquiátrica tiene por objetivos para el

médico, alcanzar un diagnóstico que permita elegir la terapia más efectiva y poder realizar un buen pronóstico que beneficie al paciente, produciéndole algún efecto de alivio y clarificación al problema que padece. Es un encuentro entre personas en una situación muy especial, en la cual se utiliza y aplica, según Marchant (2002), una técnica de investigación que facilita y permite obtener datos e información semiológica para llegar a un diagnóstico presuntivo sobre un trastorno o enfermedad mental. En la actualidad, en el método clínico psiquiátrico, hay intención y necesidad de profundizar el encuentro con el enfermo, y es fundamental que se establezca un buen rapport, que es la corriente de afectividad positiva entre las dos partes, un encuentro en donde la confianza se instale entre ambos. Esta relación se da entre una parte que posee el conocimiento y la experiencia, y la otra parte que llega para utilizar para sí ese conocimiento, aunque no siempre es tan clara esta demanda. El examen clínico psiquiátrico es una interacción entre un observador que pretende comprender y un paciente que se entrega o se retrae al contacto con este que le observa. El psiquiatra no debe interrogar como si fuese una investigación policial, tampoco realiza una entrevista como si fuese un periodista ni tampoco conversa como dos amigos o conocidos, sino que de algún modo debe entrar en una relación afectiva y reflexiva con el paciente. Para ello los médicos no son preparados, se libran a su suerte y a sus propios medios de formación. El médico psiquiatra apunta en evaluar el organismo, a los aspectos neurofisiológicos, al restablecimiento del cuerpo, a la normalización si es que hubiese algún déficit que puede ser controlado o restablecido y para ello cuenta con una industria farmacológica en constante crecimiento y evolución. La aparición de nuevas drogas psicótropas cada vez de mayor eficacia, cuyo mecanismo de acción se precisa cada día más, gracias a los progresos en neurofisiología, en farmacología y de nuevas técnicas bioquímicas. Es la gran herramienta de trabajo de la psiquiatría moderna. Las grandes empresas farmacológicas buscan un psicofármaco para cada problema mental y cada vez más, desde esta rama de la medicina, se acepta que la utilización de los mismos se debe combinar con las acciones psicoterápicas y eventualmente con otras terapéuticas biológicas. En lo que concierne a las medicaciones actuales, es preciso reconocerles esta capacidad para asociarse a las actuaciones psicoterápicas y las modificaciones que producen y aportan al estado de conciencia o del humor que son generalmente graduales, permitiendo en consecuencia, aprovechar dichas modificaciones en cada instante. A partir de esto, resultó un profundo cambio en el ambiente de los lugares de hospitalización, en el manejo de las relaciones entre el enfermo y su círculo ambiental, y un cambio no menos importante en las expresiones mórbidas, dado que el enfermo se encuentra rápidamente

bajo la influencia de los medicamentos. También, aparecieron efectos nuevos, debido a las acciones secundarias y no buscadas de los medicamentos. Estos efectos necesitan de una interacción médico-paciente extra, ya que se debe estar en contacto permanente para evaluar las dosis, los malestares, las contraindicaciones y cualquier inconveniente que pueda surgir.

4.1.2- El examen psiquiátrico.

Según Ey, Bernard, y Brisset (1965,1996) una enfermedad mental exige del psiquiatra conocimientos en biología, en neurofisiología y en patología general que apuntan al conjunto del organismo y cuando se dirige a realizar un diagnóstico, el psiquiatra se encuentra con la necesidad, antes de medicar, de recurrir a investigaciones y de analizar minuciosamente los síntomas y los tres planos semiológicos que siguen:

- La semiología del comportamiento y de las conductas sociales.
- La semiología de la actividad psíquica basal actual.
- La semiología del sistema permanente de la personalidad.

La semiología es la parte de la medicina que trata de los síntomas de las enfermedades, por lo tanto la semiología del comportamiento incluye el estudio cuidadoso de la presentación del paciente, de las reacciones al examen y al contacto con el médico, del comportamiento cotidiano y de las reacciones antisociales. Esto abarca desde el aspecto morfológico, la mímica y los gestos, el porte, la conducta verbal y las anomalías de la conversación, hasta el mutismo. Los monólogos y los diálogos alucinantes, más la cooperación y las reacciones de oposición y las reacciones de indiferencia aportan datos valiosos como así también los cuidados corporales. Se debe investigar los aspectos del sueño y del dormir, el comportamiento sexual y las conductas alimenticias. Es necesario averiguar datos sobre su vida y su entorno familiar, como también su actividad socio-profesional, a que se dedica, que hace, como ocupa su tiempo. Se debería poder detectar reacciones antisociales, si las hubiese, como fugas, suicidios, los atentados contra la moral y las costumbres.

La actividad psíquica basal tiene que ver con el campo de la conciencia, y se evalúa la lucidez y claridad de la misma. Los trastornos de la conciencia constituyen una serie de grados que van desde el estupor y la confusión hasta la simple obnubilación, se debe observar si hay algún trastorno de orientación con respecto al tiempo y al espacio y de la orientación alopsíquica y autopsíquica, que son la capacidad de identificar a los demás y la de identificarse a si mismo, como así también se trata de verificar como es su relación con

el tiempo y con el espacio. Se estudia como trabaja su memoria, tratando de investigar si hay algún trastorno en ella como por ejemplo, algún tipo de amnesia, o si hay falsos recuerdos o fabulaciones. Por otra parte se observa y estudia los afectos, los cambios de humor, los afectos depresivos y los expansivos, se averigua sobre como se encuentra en el paciente las operaciones intelectuales, la atención y la concentración. Se investiga el esquema ideo-verbal del pensamiento y se observa las funciones psicomotoras, si hay crisis nerviosas y o accesos de agitación, si padece de crisis epilépticas o neuropáticas, si existe o hay indicios de crisis de manía, de ansiedad. Se debe atender e investigar si hay trastornos psicomotores sistematizados como obsesiones, impulsiones, tics o espasmos. En cuanto a la percepción, durante este corte transversal de la actividad psíquica del enfermo en un momento dado, se evalúa los aspectos de la memoria, la afectividad o la psicomotricidad, los cuales se separan de manera artificial para poder trabajar por partes pero que en realidad conforman un todo. Se intenta describir y clasificar los fenómenos morbosos vivenciados por el enfermo y registrados por un observador durante el examen, en la medida en que se trata de la experiencia actualmente vivenciada, el paciente nos la presenta tal como él la vive, es decir como una percepción de la realidad a la cual se adapta más o menos bien. El acto perceptivo en tanto que percepción de los objetos tiene una patología propia cuyo síntoma más típico es la percepción sin objeto es decir la alucinación, producción que implica ver algo cuando en verdad no está en la realidad.

Mediante la semiología del sistema permanente de la personalidad se estudia los trastornos del carácter, los conflictos intrapsíquicos de la persona (el YO neurótico), los conflictos de la alienación de la persona (el YO psicótico o delirante), el sistema intelectual de la persona (el YO demencial), las agencias de la personalidad. Con respecto al YO neurótico es un YO que no ha resuelto los problemas de su identificación y que está en conflicto consigo mismo. Supone una anomalía del carácter y un desequilibrio instintivo-afectivo fundamental que manifiesta el conflicto inconsciente. Reacciona a este conflicto con la angustia neurótica y las defensas neuróticas contra la angustia de donde derivan las neurosis de angustia, las fobias, la neurosis obsesiva y las neurosis histéricas.

Cuando se inicia la entrevista, el médico pregunta por el síntoma principal, que por lo general, es lo que motiva para buscar un tratamiento, para luego continuar con preguntas abiertas que permitan que el paciente hable sobre los antecedentes de la enfermedad actual. Como dice Strauss (1997), se debe iniciar el trabajo, averiguando el síntoma principal junto con los antecedentes de la enfermedad y antecedentes psiquiátricos, médicos, conyugales o de las relaciones actuales del paciente, antecedentes del desarrollo de la

primera infancia, de la adolescencia y de su desenvolvimiento como adulto, si lo fuese. Todo este conjunto de información encierra muchos datos de importancia que no son explícitos y que el médico psiquiatra debe saber aprovechar y captar, ya que mientras el paciente relata, el entrevistador debe observar atentamente la conducta psicomotora, el discurso, el estado emocional, la atención, la concentración, la memoria, el pensamiento y la percepción, su forma de expresar sus ideas con lo cual se puede verificar el nivel educacional, la forma en que percibe de que sufre un problema o enfermedad y si hay o no una comprensión delirante de la causa del mismo o del significado del mismo. Es decir, que el trabajo del psiquiatra debe ser metódico, completo y discriminativo, así lo explica Krapf (1959) y esto significa que examinando a un paciente el médico establece un contacto con el paciente de tipo claramente profesional durante el cual le exige al mismo que se brinde totalmente, que se ubique en posición de objeto para ser tratado, la cual es aceptada por el enfermo, porque este admite mas o menos conscientemente que es parte de la cura buscada. Es primordial que el examinado se sienta en problemas o enfermo, de lo contrario no tendría motivos para dejarse examinar. También es el momento en que se abre una historia clínica en donde se detallan los datos personales del paciente, los motivos de consulta y el diagnóstico presuntivo como conclusión del proceso de entrevista. Un diagnóstico presuntivo es un primer acercamiento al problema del paciente, son las primeras hipótesis sobre el caso, también se agrega un pronóstico sobre el mismo y la terapéutica elegida, la cual, si incluye medicación, se toma nota de la droga, de la dosis, y de como se establecerán los próximos controles y entrevistas. Para facilitar la tarea, desde hace un tiempo y en la actualidad, se utiliza como condición prácticamente estricta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

4.1.3- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR.

En el año 1952 se lo publicó por primera vez, y a partir de este año se sucedieron nuevas ediciones revisadas y perfeccionadas. La segunda apareció en 1968, la tercera en 1980 y siete años más tarde la versión revisada de esta tercera aparición en el mercado, años después, en 1994 la cuarta versión, que ya está en proceso de aparecer la versión revisada de esta cuarta edición. Este manual es descriptivo en su totalidad. En el se encuentra una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos

mentales con un mismo criterio en cuanto a lo conceptual, y evitar confusiones cuando se estudia algún caso particular en conjunto, o cuando se realizan simposios, conferencias o congresos, poder discutir o intercambiar diferentes opiniones, si las hubiese, pero sobre la base de que se trabaja sobre los mismos conceptos. Es decir, se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios. Su función es describir las diferentes patologías y no explicarlas. Clasifica en trastornos, y estos médicamente, son una alteración leve de la salud. El manual es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Se ha centrado la atención diagnóstica no sólo en los síntomas que presenta la persona sino también en los problemas de personalidad, las circunstancias ambientales y el funcionamiento premórbido del sujeto. Se trata de obtener mucha más información del contexto en el que se desarrolla la vida del paciente. El DSM-IV-TR es un manual de uso obligatorio, y su utilidad y credibilidad exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. La prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica, mediante la brevedad y concisión en la información, y aportando claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos. Se espera del manual que su uso sea práctico. Otro objetivo de este documento, aunque adicional es que se ha intentado que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología como así también para mejorar la recolección de los datos que constituyen la información clínica, modalidad que supera a la que se utilizaba. Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por profesionales de diferentes orientaciones como por ejemplo investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares, es usado por psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV-TR debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública.

4.1.4- Sintomatología del trastorno obsesivo-compulsivo.

El trastorno obsesivo-compulsivo figura en el DSM-IV-TR como una clasificación dentro de los trastornos de ansiedad, y define a las obsesiones como unos impulsos, imágenes o pensamientos que son persistentes y recurrentes, que en alguna etapa son considerados inapropiados. El que sufre este trastorno trata de neutralizar, ignorar o suprimirlos con otros pensamientos y/o acciones y aunque pueda reconocer que son producidos por su mente, tiene la sensación de que le es impuesto, se siente con la obligación de realizarlos, sin mediación de la voluntad consciente. No son preocupaciones excesivas sobre algo de la vida real. Y las compulsiones son por ejemplo las conductas repetitivas o actos mentales que la persona siente que es obligada a realizar, como forma de responder a alguna obsesión. Las compulsiones tienen por función prevenir a la persona y/o reducir el malestar, la situación, el evento que son objetos de temor por la misma. Los pacientes son conscientes de que muchas veces sus síntomas son exagerados o tienen poco que ver con la razón, debido esto, a que, con el pensamiento se puede conectar lo temido con la práctica preventiva o neutralizadora de forma desplazada en su simbolización. Es decir, conexiones válidas para el problema o conflicto pero de un modo no consciente e irreal. Todo este cuadro produce mucho malestar y según el grado produce mucha pérdida de tiempo ya que en varios casos se llevan a cabo largos y penosos rituales obsesivos. El trastorno además provoca o implica una personalidad llena de dudas que se exterioriza en una inhabilidad para la toma de decisiones, que en muchos casos, provoca indecisiones en las cuestiones más triviales. Esto lleva a la persona a un estado de completa inseguridad y los pacientes tratan por todos los medios de obtener certezas de alguna forma y esta búsqueda que por otra parte nunca son alcanzadas, provoca que la persona quede atrapada en un círculo vicioso. Por lo tanto si cumple con los criterios diagnósticos descritos en el manual para la categoría trastorno obsesivo-compulsivo se esta con mucha probabilidad frente a una persona que padece de este problema, solo resta realizar un buen diagnóstico diferencial, para descartar que la sintomatología no responde a otras circunstancias. El Manual informa, en primer lugar, cuales son las características de las obsesiones y de las compulsiones, luego aclara, que la persona en algún momento del curso del trastorno debería reconocer que estas características son percibidas como irracionales o excesivas, y que además le provoquen malestar clínico significativo, que representen una pérdida de tiempo importante o que interfieran marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o académicas o su vida social; si hubiese otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él, y el mismo no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como por ejemplo, las drogas, los fármacos, o de una

enfermedad médica. Las obsesiones se definen por: (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento. Las compulsiones se definen por: (1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente (2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. Al realizar el diagnóstico, el psiquiatra debe diferenciar el trastorno obsesivo-compulsivo del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, o al relacionado con sustancias que se diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, porque en esos casos las obsesiones o compulsiones se consideran etiológicamente relacionadas con estas sustancias, que pueden ser por ejemplo drogas, fármacos o tóxicos. Los pensamientos, impulsos, imágenes o comportamientos recurrentes o intrusos pueden aparecer en el contexto de muchos otros trastornos mentales, por lo cual, el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo no debe efectuarse si la sintomatología obsesiva-compulsiva tiene relación exclusivamente con otro trastorno mental. El diagnóstico adicional del trastorno obsesivo-compulsivo puede seguir estando indicado si el contenido de las obsesiones o compulsiones no mantiene relación alguna con el trastorno mental concomitante. En el episodio depresivo mayor la constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente desagradables o sobre posibles acciones alternativas es una característica frecuente y se considera un aspecto de la depresión congruente con el estado de ánimo más que un síntoma de trastorno obsesivo-compulsivo. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupaciones excesivas, que se diferencian de las obsesiones por el hecho de que el individuo las experimenta como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real. En cambio, el contenido de las

obsesiones no suele versar sobre problemas de la vida real, y el individuo las considera inapropiadas. En ocasiones en el trastorno obsesivo-compulsivo el sentido de la realidad puede haberse perdido y la obsesión adquiere a veces dimensiones delirantes. En estos casos la presencia de síntomas psicóticos puede hacerse constar mediante el diagnóstico adicional de trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la esquizofrenia se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad. No obstante, algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos. Los tics y los movimientos estereotipados deben diferenciarse de las obsesiones en cuanto el tic es un movimiento o una vocalización brusca, rápida, recurrente, y un movimiento estereotipado se define como un comportamiento motor repetitivo, no funcional y aparentemente impulsivo. A diferencia de los actos compulsivos, los tics y los movimientos estereotipados no son tan complejos y no tienen como objetivo neutralizar una obsesión. Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten semejanzas nominales, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones; el individuo, ya al principio de la edad adulta, está permanentemente preocupado por el orden, el perfeccionismo y el control. Si el individuo presenta síntomas de ambos trastornos, puede estar indicado el diagnóstico simultáneo de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo, como así también con otras manifestaciones, puede indicarse más de un trastorno asociado, basándose en el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales se debe diagnosticar las categorías que correspondan. En Psiquiatría se debe descartar que exista alguna lesión de los núcleos de la base, según Kaplan y Sadock (1967,1995), la conducta obsesivo-compulsiva deriva de lesiones en esta zona. Hay cuadros neurológicos asociados al trastorno obsesivo-compulsivo como por ejemplo las enfermedades ideopáticas y posencefálica, en las enfermedades de Huntington y en la de Tourette, en las neurocantocitosis, en las intoxicaciones con monóxido de carbono, en las intoxicaciones con manganeso, en la hipoxia neonatal, en los infartos bilaterales del núcleo caudado y en el paro cardiopulmonar, entre otros cuadros. También suele presentarse pensamientos obsesivos en los pacientes que ingieren antipsicóticos y en los casos de crisis oculogíricas. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tienden a evitar con bastante frecuencia

situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones, como son la suciedad o la posibilidad de contraer enfermedades, o evitar situaciones que le provoquen mucha angustia. Son frecuentes los reproches contra su propia persona y también que sientan culpa extrema por situaciones muy variadas. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. Hay en ellos, sentimientos patológicos de responsabilidad, que lo sobrecargan y pueden aparecer trastornos del sueño. La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo en caso extremos, convirtiéndose además en problemas en otros ámbitos como el laboral, el familiar, etc. Los comportamientos permanentes de evitación pueden llevar a la persona a evitar cualquier contacto con el exterior y así provocar la reclusión en su hogar. El trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse a síntomas depresivos u otros trastornos de ansiedad como la fobia específica, la fobia social, el trastorno de angustia y los problemas que ocasionan trastornos alimentarios.

4.1.5- Psiquiatría biológica.

Con exámenes de laboratorio no se ha identificado nada que favorezca diagnosticar con seguridad este trastorno. Experimentalmente se pudo demostrar que administrando algunos agonistas de la serotonina, posibilitan el aumento de los síntomas en algunos pacientes que poseen el trastorno. También se pudo observar en experimentos controlados que aumenta la actividad fisiológica del sistema vegetativo cuando algún individuo se enfrenta a situaciones que pueden desencadenar una obsesión. Esta reacción disminuye cuando estos pueden poner en práctica los actos compulsivos. Según Ey, Bernard, y Brisset (1965,1996) cualquiera sea el dinamismo psicológico de la enfermedad mental, el fondo patológico es esencialmente orgánico, el cual se ve beneficiado por el gran crecimiento de la industria psicofarmacológica y la constante aparición de drogas psicótropas, que cada vez son más eficaces, permiten que se combinen con psicoterapias ya que las modificaciones que se producen en el nivel de la conciencia o del humor son graduales. Siguiendo con este autor, las sustancias psicótropas actúan sobre la conducta interviniendo de forma directa o indirecta, pero de manera forzosa, sobre el metabolismo de las células cerebrales. Según Jorge (2005) la farmacología es la ciencia que estudia los fármacos y todas sus interrelaciones con el organismo, siendo el fármaco la droga preparada para su utilización en la curación de alguna enfermedad para la cual se ha producido. La droga que se utiliza

en la elaboración de los medicamentos puede ser natural o sintética. La farmacodinamia estudia las acciones, efectos y mecanismos de acción de las drogas en el organismo. Estas pueden ser específicas o inespecíficas. Dentro del grupo de las específicas se encuentran los psicofármacos, actuando a nivel molecular a través de receptores y a baja concentración. Los receptores son moléculas que al interactuar con la droga, dan origen a una respuesta celular. Las características de estas moléculas son: están constituidas por proteínas, interactúan específicamente con las drogas, tienen alta afinidad por la droga, al unirse ambos forman un complejo droga-receptor que modifican la función celular. La acción farmacológica de una droga es la transformación de las funciones celulares que produce efectos en la estimulación o en la inhibición. Las células son la menor unidad de estructura capaz de sobrevivir en forma independiente manteniendo funciones como la respiración, el crecimiento, la reproducción, etc. Las células a nivel del sistema nervioso se llaman neuronas, las cuales están conectadas entre sí por impulsos nerviosos que pasan de una a otra, esto es el proceso de neurotransmisión que se da en la sinapsis. La neurotransmisión es el pasaje de un impulso nervioso de una neurona a otra, es decir es la comunicación intercelular por neurotransmisores y estos son la dopamina, la adrenalina, la nora-adrenalina, la acetilcolina, el ácido gamma-amino-butírico (GABA), y la serotonina. Los neurotransmisores son sustancias químicas, sintetizados en las terminales nerviosas presinápticas, luego son almacenados en las vesículas presinápticas, se liberan por acción de estímulos nerviosos, son reconocidos y fijados por receptores de membranas postsinápticas, y producen excitación llamada despolarización o inhibición también llamada hiperpolarización. El neurotransmisor serotonina tiene relación directa con el trastorno obsesivo-compulsivo. La serotonina es biosintetizada a partir de un aminoácido llamado triptófano por acción enzimática en el terminal sináptico, en una vía metabólica corta que involucra dos enzimas: triptófano hidroxilasa (TPH) y una L-aminoácido aromático descarboxilasa (DDC). Las enzimas son proteínas que aceleran las reacciones químicas que se producen en los sistemas biológicos. Son catalizadores biológicos. La reacción mediada por TPH es una etapa limitante en la vía. La TPH ha sido vista en dos formas existentes en la naturaleza: TPH1, encontrada en varios tejidos, y la TPH2, que es una isoforma cerebro-específica. Hay evidencia de poliformismos genéticos en ambos tipos influenciando susceptibilidad a la ansiedad y la depresión. También hay evidencia de cómo las hormonas ováricas pueden afectar la expresión de la TPH en varias especies, sugiriendo un posible mecanismo para la depresión post-parto y el síndrome de estrés premenstrual. La serotonina ingerida por vía oral no pasa dentro de las vías

serotoninérgicas del sistema nervioso central porque ésta no cruza la barrera hematoencefálica. Sin embargo, el triptófano y sus metabolitos 5 hidroxitriptófano (5-HTP), con los cuales la serotonina es sintetizada, pueden y cruzan la barrera hematoencefálica. Estos agentes están disponibles como suplementos dietarios y pueden ser agentes serotoninérgicos efectivos. La serotonina es encontrada extensivamente en el tracto gastrointestinal (cerca del 90%), y el principal almacén son las plaquetas en la circulación sanguínea. Como todos los neurotransmisores, los efectos de la 5-HT en el humor y el estado mental humanos, y su papel en la conciencia, son muy difíciles de acertar. Cuando se produce alguna alteración funcional de las neuronas que producen serotonina suele corresponder alguna enfermedad como por ejemplo la depresión.

Actualmente, existen unos psicofármacos que actúan inhibiendo la re-captación de la serotonina (IRSS). Estos bloquean la recaptación de la misma y aumentan la disponibilidad de este neurotransmisor en la sinapsis produciendo su acción básicamente antidepressiva, pero también se administra en los trastornos crónicos de ansiedad como el TOC, las fobias sociales, trastornos de pánico, etc. El grupo de drogas que conforman los IRSS son: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram y nefazodona. Los IRSS son los primeros psicofármacos diseñados para actuar sobre un punto específico del sistema nervioso central, lo hacen sobre la bomba de recaptación de la serotonina, no produciendo efectos en otros lugares, además de disminuir los efectos no deseados, aumentando la eficacia y la tolerancia al fármaco.

Por lo general, tomando el sistema médico de las obras sociales, cuando un paciente va al psiquiatra haciendo uso del sistema de salud, no concurre directamente. Primero pasa por un médico clínico general o algún médico especialista en alguna rama de la Medicina y luego de ser necesario es derivado. Una vez que se llega a la entrevista con el psiquiatra es muy común y cada vez más que sucedan dos situaciones, la comentada recién, que venga derivado y sin medicación, o la segunda posibilidad es que venga medicado. Ante la primera situación se puede hacer un trabajo prolijo dice Jorge (2005), llegar a un diagnóstico y luego indicar algún tratamiento psicofarmacológico que sea acorde. Y ante la segunda situación, ante el paciente que ya viene tomando alguna medicación, suele suceder que el psicofármaco no sea el correcto o que si lo sea pero las dosis son las incorrectas. Son situaciones que hay que revertir y no siempre es sencillo. Dejar de tomar una medicación abandonándola de golpe es muy desfavorable y las dosis mal suministradas, puede provocar en el paciente una reacción adversa a seguir con esa medicación, o al contrario puede suceder que sea difícil convencer de que debe tomar otro medicamento en

lugar del actual. Los problemas dermatológicos suelen hallarse en casos en los que los obsesivos-compulsivos usan excesivamente el agua o detergentes en actos o rituales compulsivos en donde el lavado o la limpieza es el objetivo.

4.2- Psicoanálisis.

Por regla general, la cura se encontraba en su mayor progreso; sólo que el médico había olvidado que nombrar la resistencia no puede producir su cese inmediatamente. Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él; para reelaborarla, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Solo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia. En esas circunstancias, el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado.

Sigmund Freud

4.2.1- La terapia psicoanalítica.

El Psicoanálisis se diferencia de otras terapias por no clasificar los síntomas en trastornos y categorías clínicas, dándole fundamental importancia a lo que el paciente habla o dice de sus síntomas y no solo enfocar en lo que el signo habla por su paciente. Según Coronel (2005) esta sería la gran diferencia con las terapias que utilizan el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en donde el sujeto queda sin explicación ante su padecimiento y por ello no puede novelar lo que le pasa. Ataques de pánico, insomnio, mutismo, ataques de llanto, ideas de suicidio ante la dificultad de solucionar sus padecimientos, entre otros síntomas es lo que se encuentra en la clínica de hoy día. La rotulación coarta los caminos para buscar las causas del problema.

La iniciación del tratamiento posee un período de prueba, fijado en algunas semanas o lo que demande según el caso, y tiene una motivación diagnóstica. Esto es para poder confirmar ciertas hipótesis que se realizan cuando uno se enfrenta a una neurosis con síntomas histéricos u obsesivos, para dar lugar a la duda sobre si el caso no corresponde por ejemplo a un estadio previo de la llamada demencia y, pasado más o menos tiempo, mostrará un cuadro declarado de esta afección, o alguna otra patología o enfermedad. Sotelo (2005) indica que sobre el texto del paciente se realiza una lectura que permita pensar en principio, las coordenadas lógicas de la sintomatología que presenta el mismo, arribando a un diagnóstico presuntivo evaluando los límites y posibilidades del sujeto, la familia y la institución. La primera entrevista, comenta Roa (2002), funciona como

dispositivo de admisión, es el primer encuentro institucional con el que se encuentra un consultante y habrá tantas modalidades de admisión como instituciones y diversidad de pedidos de consulta como consultantes que se acerquen a ella. La función de la misma es la de responder a la demanda del paciente y evaluar si los recursos con los que se cuentan son los adecuados para cada caso, de lo contrario se procederá a la derivación, y en ese caso la función de esta entrevista será la de orientar al consultante y no se descarta la posibilidad de realizar inter-consultas con otros profesionales. En esta entrevista, se informa las condiciones en que se llevará a cabo el tratamiento, como la frecuencia, la modalidad de las sesiones, la duración y las condiciones de pago. Es el momento en que se abre una historia clínica en donde se detallan los datos personales del paciente, los motivos de consulta y el diagnóstico presuntivo como conclusión del proceso de admisión. Un diagnóstico presuntivo es un primer acercamiento al problema del paciente, son las primeras hipótesis sobre el caso, y con el paso de las sesiones se irán ajustando.

El trabajo analítico diferencia al sujeto del inconsciente del Yo, sobre este último, el tratamiento tiene efectos poderosos, son los llamados efectos terapéuticos, pero la dirección de la cura, el trabajo del psicoanalista opera sobre el sujeto del inconsciente. El YO para Lacan, según Evans (1997), forma parte de un orden imaginario, un orden que tiene sus raíces en la imagen, y el sujeto del inconsciente, es parte de un orden simbólico, y tiene que ver con la ausencia de cualquier relación fija entre el significante y el significado. El psicoanalista opera sobre el orden simbólico, y solo a través de este orden puede producir cambios en la posición subjetiva del analizante, estos cambios traerán efectos en el orden imaginario. Lo imaginario, el mundo de las imágenes y de las apariencias es un efecto de lo simbólico, y es estructurado por lo simbólico, y es éste último el determinante de la subjetividad. Es por ello que el psicoanalista debe traspasar o penetrar más allá de lo imaginario.

El trabajo psicoanalítico se descompone en dos partes, primero toda la libido es empujada a que se deslice de los síntomas a la transferencia con el psicoanalista y en una segunda parte en la que el profesional conduce a que el nuevo objeto que se ha libinizado se libre de ella. Como describe Evans (1997) la libido es la energía sexual, que en el modelo teórico psicoanalítico cobra fundamental importancia desde el momento que Freud la toma como concepto cuantitativo o económico con la capacidad de aumentar o de disminuir y de ser desplazada. Se produce entonces, una neurosis de transferencia, que es como la denominó Sigmund Freud para diferenciarla de otras neurosis, cuando se da este pasaje del síntoma al nuevo enlace que se genera con el analista. Se trata de un falso enlace ya que en medio del

discurso del analizante aparece un obstáculo externo que lo corta, momento que no puede seguir hablando, y este lugar es ocupado por el analista. Freud (1916,1917) habla de representaciones cuyo escenario es la vida psíquica, y alguna de estas representaciones o ideas pueden ser patógenas y si estas son inconciliables para el yo son rechazadas de la conciencia a otro ámbito psíquico, y aparece en su lugar un síntoma. Este nace en condición de formación sustituta, y puede ser interrogado. Las ocurrencias y las asociaciones del analizante, pueden ir formando una idea de lo que es el núcleo patógeno, esto se produce más allá del Yo, ya que este, cuando se le interroga directamente no produce ocurrencias sobre su síntoma. Es decir, que las asociaciones permiten formar eslabones intermedios que acercan a la representación patógena. La regla fundamental del psicoanálisis es la asociación libre, en la cual, el analizante debe decir todo lo que se le ocurra aunque sea disparatado, debe esforzarse lo mejor que pueda en expresar todo lo que piense o sienta, verbalizando todo lo que le aparezca en el campo conciente. El tratamiento consiste en que, con la intervención del analista, sacar a luz los fragmentos de la vida psíquica que han sido reprimidos y de la concientización de las resistencias con la que reprime en el inconciente.

Se apunta a reconstituir el Yo, dice Freud (1925), se trata de liberar al Yo de limitaciones y alcanzar un equilibrio para dominar al Ello, cuestión que fue perdida por las represiones. Se busca resolver los conflictos de manera adecuada, que no ponga en restricción la vida psíquica de la persona buscando las represiones efectuadas en años anteriores, precisamente durante la infancia. Se le enseña al Yo a dominar la tendencia a fugarse y a poder soportar la proximidad a lo reprimido, para lograr esto, un arduo camino hay que recorrer junto al paciente, tratando de vencer las resistencias. Allí donde hay una resistencia, se puede suponer algún nexo asociativo con el material patógeno, y es por ello que el trabajo analítico lleva a tener que trabajar situaciones de conflicto desarrolladas en otra época, y que muchas veces fueron olvidadas, y para poder hacerlo, el psicoanalista toma todo lo que el analizante diga, todo lo que en sesión se le ocurra, por disparatado que parezca, y hace hincapié en lapsus, en el material onírico, en los síntomas, en recuerdos, en ideas, material que es objeto de interpretación y traducción ya que bajo la influencia del Ello las formas expresivas que toman son incomprensibles, producto del trabajo del sistema inconciente. Es decir, la condensación y el desplazamiento, o la metáfora y la metonimia desde la lectura que realiza Jacques Lacan del psicoanálisis freudiano, dándole un lugar preferencial a los significantes, como elementos del discurso y registrables en los niveles concientes e inconcientes.

Dice Evans (1997) que el objetivo de la cura psicoanalítica es llevar al analizante a reconocer la verdad sobre su deseo inconciente. Aquí cabe destacar un tema importante para el Psicoanálisis como es el fantasma, que es la novela que uno lleva encima según Nasio (2007) y que cubre nuestras vidas como si fuese un velo que media entre el principio de placer y el principio de realidad. Para el autor tenemos deseos que nos conmueven en lo más profundo, porque tenemos deseos agresivos y sexuales que necesitan y procuran satisfacerse con rapidez, y de inmediato al margen de la realidad. Entonces el fantasma es la puesta en escena en la psique de la satisfacción de un deseo imperioso que no puede cumplirse en la realidad, es la figuración plástica de un deseo inconciente. Y en relación con esto los síntomas son la manifestación dolorosa de las escenas fantasmáticas que reinan en el inconciente desde la infancia. Nasio (2007) nos asegura que estas escenas encuentran en el síntoma, en los sueños o en los actos esenciales de la vida afectiva sus diferentes medios de expresión. Los síntomas permiten que se los interroge y el analista dirige la cura de forma que estos síntomas neuróticos al entrar en análisis pasan a transformarse en síntomas analíticos. Según Freud (1916,1917) toda la libido es empujada a que se traslade de los síntomas a la transferencia y en el final del análisis se libera a este nuevo objeto conformado por el analista como el núcleo que organiza el análisis y siempre teniendo en cuenta que el psicoanálisis es una práctica subordinada a lo particular del sujeto. Además, Sotelo (2005) citando a Lacan dice, que la cura analítica comienza por proponer una pausa frente a la prisa, una pausa que permita hacer una lectura del padecimiento del sujeto, que permite la reflexión y que el analizante comience a verse implicado en la producción y formación sintomática.

4.2.2- El síntoma psicoanalítico.

Sigmund Freud afirmó y defendió durante toda su obra que los síntomas neuróticos tienen sentido, como las operaciones fallidas y los sueños, y, al igual que estos, su nexos con la vida de las personas que los exhiben, son los retoños de unos recuerdos de eficacia inconciente. De unos recuerdos de sucesos vividos como traumáticos por lo general en la infancia, época en que el sistema nervioso central está en pleno desarrollo.

Los recuerdos en tanto inconcientes producen efectos posteriormente, desprendiendo displaceres nuevos, comportándose como actuales. Para ello, el psicoanálisis afirma que la característica de estos recuerdos, como comenta Cosentino (1993), es que deben ser de naturaleza sexual, ya que las magnitudes de excitación que desprenden crecen con el

tiempo, crecen con el desarrollo sexual. La sexualidad ocupa un lugar primordial en este modelo. Nasio (1996) afirma que los síntomas son para el psicoanalista la primera herramienta de trabajo ya que interesa principalmente como es la relación del sujeto que padece con ellos, con sus síntomas. Esta relación es de sentido, en la que la persona le da sentido a su sufrimiento y a sus trastornos. Y es allí donde el psicoanalista tiene que intervenir, en el nivel del sentido, que es lo que se llama la rectificación subjetiva. Esto es la intervención del analista a nivel de la relación del Yo del sujeto con sus síntomas, y es en este punto donde se comienza a trabajar escuchando la queja que trae el futuro analizante, para despejar el motivo de consulta, el verdadero motivo que lo lleva a consultar a una analista, que es implícito. La persona que está frente al psicoanalista debe transformarse en un analizante, ya que al principio no lo es, porque después de ciertos momentos, el individuo se compromete con el análisis. Al principio, el paciente cuenta o descarga su queja, y si no tienen idea de cómo es un psicoanálisis, en primera instancia buscará alivio y que de alguna manera le solucionen sus padecimientos. Muchos, en cuanto deslumbran por donde va a dirigirse el tratamiento, lo abandonan, y muchos otros, luego de solucionar algunos conflictos debido a los efectos terapéuticos producidos por la intervención del analista, deciden que ya está solucionado el motivo de sus sufrimientos o los problemas que afectaban parte de sus vidas y se retiran anticipadamente. Con respecto a los efectos terapéuticos, Lombardi (2005) dice, que estadísticamente el psicoanálisis no difiere de otras terapias ya que todas disminuyen y atenúan los síntomas o estos desaparecen, y se refuerza la capacidad de amar, de trabajar, de insertarse laboralmente y socialmente, y otros efectos, pero no atacan las causas que producen la sintomatología, con lo cual es bastante probable que luego surjan nuevos síntomas. Cosentino (1993) afirma, siguiendo la enseñanza de Sigmund Freud, que el síntoma es una formación sustitutiva y además tiene valor de satisfacción sustitutiva. Esto quiere decir que el síntoma tiene que ver con la represión, y a su vez, con un punto de fracaso de la represión, él aparece sustituyendo a una representación reprimida que es inconciliable, pero con este aparecer revela que algo de lo reprimido retorna de otra forma o con otro contenido aunque guarda relación directa con aquello reprimido pero disfrazado. El Yo tiene como función el principio de realidad, las percepciones del mundo exterior al sujeto, y reprimir los accesos al Ello, sustituyendo el principio de placer, y asegurando con esto, algún éxito en la integración al mundo externo y al mundo social. Además, tiene una función de síntesis de los contenidos que recibe del medio, a los que ordena y organiza y también unifica los procesos anímicos. Freud (1915) dice, que el síntoma es el retorno de lo reprimido, es el

retorno de las representaciones reprimidas y entre la lucha o conflicto que se da entre estas y el Yo surgen como formaciones de compromiso los síntomas, que vendrían a ocupar un lugar de falsa solución, esto no tiene que ver con la falsedad o la verdad, pero es falsa en cuanto que acarrea como resultado la enfermedad. Una solución con la cual la persona siente como padecimiento. Pero esto le da al sujeto una ganancia doble, por un lado la ganancia secundaria de la enfermedad que tiene que ver con la línea yoica, con cierta tiranía que a partir de los síntomas se llega a establecer con el ambiente, con el contexto familiar y que la persona aprovecha para sacar beneficios de ello, y la ganancia primaria que es lo vivido como padecimiento por parte del Yo del enfermo. Esta ganancia primaria es paradójica ya que al querer solucionar un conflicto se produce un síntoma que el sujeto lo padece como sufrimiento, y además del cual el Yo querría liberarse pero sin resignar el beneficio secundario que conlleva, asegura Freud (1916-1917). La compulsión es un beneficio primario, con la cual el que la padece queda atrapado y con la sensación de que es dominado por ella. El sujeto sufre y se queja de lo que le sucede. La formación de los síntomas permiten una reducción de las tensiones engendradas por unas situaciones conflictivas que tienen que ver con el principio de placer, y el beneficio primario es la solución más cómoda en principio, ya que se ahorra un esfuerzo. Hay una tendencia a aferrarse a los síntomas, hay una tendencia al placer vivenciado como displacer, es decir placer en el displacer. El beneficio secundario es por ejemplo aquella tiranía que el paciente instituye en su grupo familiar y esto es aprovechado por el Yo. El Yo realiza un mal negocio abandonándose a la neurosis, ya que como resultado de un conflicto paga demasiado caro el alivio de las sensaciones penosas y mortificadoras del mismo con la producción de síntomas de los cuales querría liberarse pero sin perder nada a cambio, lo cual es imposible de lograr por la vía de la voluntad.

4.2.3- La transferencia.

La transferencia es el desplazamiento hacia el analista de los sentimientos y actitudes experimentados en relaciones con personas en el pasado y surge de manera automática e inconsciente, en donde nada tiene que ver la voluntad. Según Gabbard (1997), Freud descubrió que de pronto, en alguna sesión, el analizante reacciona con sentimientos inapropiados para una situación actual, y en lugar de recordar y verbalizar un vínculo pasado, lo actúa, lo recrea en el presente y este material es lo que utilizará el analista para el tratamiento, aprovechando este falso enlace que se produce con la presencia del

profesional. Durante el curso del análisis se producen transferencias, explica Ferrater Mora (1994), haciendo una lectura de Freud, entre las que se destaca la que se produce sobre el propio analista, de las actitudes del paciente respecto a otras personas. Este autor afirma que el analista se hace o se debe hacer cargo de las angustias y perplejidades del analizante. Su presencia interrumpe las asociaciones en el analizante y se convierte el mismo en el núcleo de la compulsión a asociar. Según Cosentino (1993) la transferencia funciona como motor cuando permite que el paciente hable y produzca asociaciones pero también se transforma en obstáculo cuando las detiene. Cuando el paciente recuerda, habla, y produce asociaciones, es a pesar del Yo, y en esta reproducción de los recuerdos sucede que el retorno de lo que está reprimido se pone en marcha mediante la repetición. La transferencia positiva podría también llamarse sugestiva, y es con ella que se obtiene gran parte del material de la vida del analizante, pero el psicoanálisis apunta a trabajar más allá, apunta a atacar las causas. Para ello, la transferencia negativa aporta muchos datos, desde el momento que la parte sana del Yo no consigue un aliado en el terapeuta. Según Freud (1912), la transferencia es positiva cuando tiene que ver con los sentimientos tiernos o negativa cuando hay sentimientos hostiles. La positiva se puede descomponer en sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de conciencia y la de sus persecuciones en lo inconsciente cuyo componentes son mociones eróticas reprimidas. En cambio la negativa concierne a la agresividad hacia el analista, a la desconfianza y se puede transformar en las resistencias más obstinadas al progreso del análisis. Los obstáculos pueden llevar a la reacción terapéutica negativa. El beneficio primario, la necesidad de castigo o el sentimiento inconsciente de culpa y básicamente el masoquismo primario, con un placer en el displacer, que está en contra del bienestar más inmediato del sujeto. Hay una búsqueda, sin saberlo, de cierto padecer que se instala en el síntoma.

Hay un momento del análisis en el que las asociaciones se interrumpen, aparece algo nuevo, aparece la repetición en el actuar, se actúa, aparece un obstáculo que no permite recordar o seguir recordando. Esto que no es conocido en la cadena asociativa, lo que se desconoce lleva a un punto de carencia en la cadena asociativa, algo que no puede ser dicho. Para el psicoanálisis, tiene que ver con lo reprimido primordial, algo que fue reprimido y que no tiene acceso a la conciencia de ningún modo y que además sostiene todas las demás represiones posteriores. Lo reprimido primordial es la castración del Otro y tiene que ver con cierta imposibilidad del Otro a responder. El Otro con mayúscula, es el lugar de la palabra, dice Lacan (1961), es un lugar donde el decir es leído y sancionado como dicho, es un sitio y no un lugar espacial. Se lo considera el tesoro de los significantes y contiene

las reglas de su empleo. Alguien puede encarnar ese lugar del gran Otro, pero que el interlocutor esté para el hablante en ese lugar, no quiere decir que lo sea, por ejemplo, la madre es la primera que encarna al Otro y es en ella que el sujeto se encuentra con el significante. Según D'Angelo, Carvajal y Marchilla (2006) realizando una lectura de Lacan, dicen que las leyes del inconciente son las leyes del significante, es decir de las articulaciones significantes. Este Gran Otro es lo que determina a un sujeto, este se encuentra capturado en un orden anterior y exterior a él, del que depende aun cuando quisiera dominarlo. Las estructuras clínicas en psicoanálisis giran en torno a la castración. En las neurosis y en las perversiones operó la castración, el complejo de Edipo y en la psicosis no operó la castración. La castración, dicen Chemana y Vandermersch (1998-2004) es el conjunto de las consecuencias subjetivas, principalmente inconcientes, determinadas por la amenaza de castración en el hombre y por la ausencia de pene en la mujer, y que según sus investigaciones produce consecuencias en otros aspectos de la vida. Con la transferencia, el analista ejerce una presión sobre el inconciente, dice Miller (1986), con solo escuchar todo lo que diga el paciente. El analista mantiene una atención flotante buscando el punto débil en donde se halla escondida su libido. Un analista sabe que el paciente tiene permitido decir cualquier cosa pero por medio del psicoanálisis se sabe que nunca es cualquier cosa, todo material que aparezca es digno de atención. Este tipo de atención permite que el analista no privilegie un enunciado sobre otro, y debe permanecer en un estado de receptividad y de disponibilidad hacia lo que escucha sin posturas prejuiciosas, ni moralistas, ni con ideas que interfieran la tarea. El inconciente no se resiste, al contrario de alguna manera fluye, pide decirse. Las resistencias aparecen del lado del Yo, pues que algo reprimido se libere, produce displacer. La compulsión a la repetición aparece en esta línea, que tiene que ver con la repetición de lo reprimido. Según Cosentino (1993), el poder de la compulsión de repetición se llama indistintamente resistencia de lo inconciente o resistencia del Ello, aclarando que todo lo reprimido es inconciente pero no todo lo inconciente es reprimido, lo inconciente que no es parte de lo reprimido es lo inconciente del YO. Freud (1913), transmitió la enseñanza de, que hacer con las comunicaciones y ocurrencias del analizante, mientras que estas aparezcan y fluyan, no se debe tocar el tema de la transferencia, hasta que esta se presente como resistencia. En ese momento, él ubica, que se le pueden comenzar a realizar comunicaciones al analizado y se vuelve oportuno revelar significados secretos de sus ocurrencias e iniciarlo en las premisas y procedimientos técnicos del análisis. Freud advierte, que acelerar, revelar, comunicar soluciones, aunque el analista este muy

entrenado y advierta sin mucha dificultad cuales son los deseos retenidos de un enfermo, provocaría resistencias, haya acertado o no en sus hipótesis, y como consecuencia, provocará un total descrédito sobre el psicoanalista, y los efectos terapéuticos serán nulos, y cuanto más haya acertado, la resistencia será mayor. Para Lacan (1987), en la transferencia se pone en juego el saber, el sujeto supuesto saber, que es una expresión en la que se indica que el saber no lo tiene un sujeto en particular sino que es un hecho intersubjetivo. Es un saber que no tiene que ver con lo que sabe el analista, sino con lo que el paciente le atribuye que sabe. Este sujeto supuesto saber, no está dirigido al analista mismo, como individuo particular, pero si a la función que este puede encarnar en la cura, y solo se puede decir que se ha instalado la transferencia cuando el analizante percibe que el analista encarna este lugar. A veces, en ciertos casos, la transferencia se da desde el primer momento e incluso desde antes del primer encuentro, pero por lo general tarda un tiempo en instalarse. La transferencia aparece en la clínica como redoblamiento de la repetición, y funciona como motor de la reedición de antiguos amores infantiles del sujeto.

4.2.4- Sintomatología de la neurosis obsesiva.

En el caso específico de la neurosis obsesiva, la sintomatología no se presenta como manifestaciones en el cuerpo, como puede suceder con la histeria, por lo contrario sus ideas y sintomatología aparecen en el ámbito de la vida psíquica. Según Baumgart (2000) los neuróticos obsesivos son reticentes a reconocer ellos mismos y a dar a conocer su enfermedad. La sintomatología se presenta por medio de pensamientos que en si mismos no les interesan, que ocupan al que los padece persistentemente, sienten impulsos que le son extraños y son movidos a realizar acciones que no pueden evitar y le ocupan bastante tiempo de su vida cotidiana para llevarlas acabo. Se manifiesta una actividad del pensamiento exagerada y esforzada en contra de la voluntad del sujeto y la especulación constituye y se convierte en una tarea vital. Siguiendo con esta autora, se podría llamar a esta patología, las neurosis de las obligaciones, ya que la persona queda atrapada con sus propias representaciones. Las representaciones obsesivas son siempre desfiguraciones de una representación original que la represión se ocupa de que el sujeto no tenga noticias concientes del origen de el problema que lo aqueja, y esto lleva a que el pensar obsesivo pueda tener como resultante valorativo los más diversos actos psíquicos como mandamientos, dudas, deseos, tentaciones, prohibiciones y siempre entra a la conciencia de modo deformado o alterado. Hay algo que caracteriza a este tipo de neurosis y esto esta

representado por la contradicción, la vacilación, es decir la duda que acompaña al obsesivo en todo momento. Como manifiesta Freud (1894), en el neurótico obsesivo no se producen manifestaciones corporales y crea todos sus síntomas en el ámbito del alma y se exterioriza por los pensamientos e impulsos que les parecen extraños y que en si mismos no les interesan pero sienten la obligación de llevar a cabo, al punto de ser imposible omitirlos. Estos pueden ser muy disparatados y que en si no hay una ganancia externa más que dejar al individuo que lo padece exhausto, gastando tiempo y energía en demasía. No tiene que ver con la voluntad, al contrario es contra ella, estos impulsos que tiene en el interior de si pueden parecer infantiles pero encubren muchas veces un contenido espantable, como tentaciones a cometer graves crímenes, a los que el enfermo en verdad desmiente y hasta huye de ellos horrorizado y se protege de estos con prohibiciones, renunciaciones y restricciones de su libertad, que hacen que no se cometa nada de ello, y que además formen constantemente situaciones precautorias. Lo que el enfermo en realidad ejecuta, las llamadas acciones obsesivas, son unas cosas ínfimas en relación a lo que ocultan, por cierto, son inofensivas, las más de las veces repeticiones, ceremoniales, sobre actividades de la vida cotidiana a raíz de lo cual, empero, estos manejos necesarios, el meterse en la cama, el lavarse, el ir al baño, contar, repetir palabras, caminar cierta cantidad de cuadras, los ceremoniales, etc. se convierten en tareas en extremo fastidiosas y casi insolubles. Los síntomas individuales y particulares de cada enfermo dependen de manera innegable del vivenciar propio, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remonten a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres, por ejemplo, los rasgos que reaparecen con bastante regularidad en las neurosis podrían ser reacciones universales que le son impuestas al enfermo por la naturaleza o como característica de la alteración patológica, como el repetir o el dudar en el caso de la neurosis obsesiva. El obsesivo vive en una duda constante, y el repetir compulsivamente, ya sea ejecutando actos o pronunciando palabras o frases u otras acciones, hacen que su vida se tornen en un gran gasto extra de energías y de tormento psíquico. Las representaciones, impulsos y acciones enfermizas en modo alguno se mezclan por partes iguales en cada forma y en cada caso singular de la neurosis obsesiva. La diferencia de esta patología con la histeria, es que en esta, la representación y el afecto que tiene asociado se divorcian, la representación es reprimida y el afecto pasa por una inervación somática, a transformarse en un síntoma conversivo. Se olvida el suceso patógeno y se excluye de la memoria, por el contrario en la neurosis obsesiva no se olvida, pero es aislado, el suceso patógeno pierde su eficacia, por lo tanto, la experiencia que produjo el efecto traumático es despojada de su afecto y este se

desplaza entre otras representaciones. Freud (1913) afirma que en el neurótico obsesivo no hay indicios al principio del tratamiento, si lo que sucumbe a la represión es una tendencia libidinosa o una tendencia hostil, ya que la premisa de esta psiconeurosis es una regresión que sustituye una tendencia erótica por una tendencia sádica. El impulso hostil es lo que se reprime, ya que esta dirigido a una persona amada. El contenido de la representación es rechazado, reprimido y el afecto obligado a desaparecer, como resultado de ello se produce por lo general una modificación del Yo en la que se instala una creciente conciencia moral, y se producen formaciones reactivas y síntomas, y que nada hace suponer alguna relación con la representación reprimida. En estas formaciones reactivas y síntomas retorna lo reprimido por fracaso de la represión, y el afecto desplazado retorna transformándose en angustia social, escrúpulos de conciencia y reproches que parecen no tener fin. Al fracasar la represión hace entrar en actividad al mecanismo de la fuga, por medio de innumerables prohibiciones y constantes medidas precautorias. La represión es uno de los destinos de una pulsión, de los cuatro posibles, comenta Cosentino (1993) sobre lo que transmitió Freud, en la que esta tropieza con resistencias que aspiran a volverla ineficaz. Los tres destinos restantes son la mudanza hacia lo contrario, la vuelta hacia la propia persona y la sublimación.

En un análisis, las resistencias son todas aquellas cuestiones que no permiten que se aplique la regla fundamental, es decir transmitir todo lo que se le ocurra, y no permite que lleguen a la conciencia los recuerdos reprimidos. Freud (1909) dice que el pensar consciente del enfermo tiende a racionalizar las acciones obsesivas, pero el significado real reside en la figuración del conflicto entre dos mociones opuestas de magnitud parecida o similar y asegura que por lo general, se trata siempre de la oposición entre el amor y el odio.

5- Desarrollo.

5.1- Tipo de estudio y diseño:

Se trabajó con un tipo de estudio descriptivo sobre el diseño de un caso facilitado por una institución terapéutica.

5.2- Participante:

Es un hombre joven de 26 años de edad, que acudió a la institución presentando sintomatología de obsesiones compulsivas, y un estado de angustia que le dificulta su vida. Se participó de la entrevista de admisión como co-advisor, y se tuvo acceso a parte de su historia clínica, y a algunos de los horarios de supervisión del profesional psicólogo que lo atendió, y a la entrevista psiquiátrica con el profesional que trabaja con la institución.

El paciente ya había sido atendido por un Psiquiatra de su obra social, el cual a su criterio, le recetó un psicofármaco con la indicación de toma diaria. Es un paciente reacio a la toma de medicamentos. Decide acercarse a la institución por recomendación de un amigo. Es admitido luego de una entrevista de admisión realizada por una psicóloga, la cual decide si es un caso de urgencia en dónde exista amenaza para la propia persona o para personas de su entorno, si es un caso para derivar a otra institución como una psicosis grave o si puede ser tratado en la institución. Se llega a un acuerdo con el horario y con el arancel, que se realiza mediante el pago de un bono contribución, según las normas de la institución. Sus problemas tienen que ver con cuestiones que le generan muchas dudas, está en un punto en el cual la angustia se le hace insoportable, se siente extraño, deprimido y lo agobian unos síntomas obsesivos, a los cuales reconoce, sabe que le sucede pero no sabe por qué. Reconoce un punto de desconocimiento entre si mismo y lo que le sucede. También admite que la sintomatología que presenta es nueva en cuanto al tiempo que le consume y al grado de angustia, pero que siempre tuvo algunos actos que debía realizar incansablemente desconociendo el motivo que lo impulsaba a realizarlos. Ubica el comienzo de esta etapa desde que A, una chica con la cual estableció un lazo amoroso en condiciones de infidelidad hacia su pareja estable de años con la cual tiene planeado su casamiento, le pidió que la abandonara y se decidiera por ella. Esta relación paralela se inició unos once meses antes de llegar a este punto de encrucijada para él. La nueva pareja desencadenó su situación actual, desde el momento en que comenzó a inventar mentiras ante la gente con la que se relaciona por ejemplo en el trabajo.

5.3- Instrumentos y procedimientos:

Se procedió a realizar una lectura profunda de varios autores que se han ocupado de estudiar la temática que se ha elegido, tratando de ubicar las distintas líneas terapéuticas y enfocar en las semejanzas y diferencias de ambos métodos, para obtener una conclusión a modo de cierre de la práctica. Se analizó la entrevista de admisión, algunas entrevistas del tratamiento, la sesiones de supervisión del profesional a cargo y la observación de la

entrevista con el psiquiatra de la institución. Se recogió información además de la bibliografía, de una entrevista sobre este problema con un psiquiatra externo a la institución. Se evaluó cuál es el acercamiento entre ambos modelos y cuál o cuáles las diferencias, teniendo en cuenta que la Psiquiatría procede del modelo médico y sus profesionales tienen otro bagaje de conocimientos.

6- Trabajo con el paciente.

6.1- Trabajo psicoanalítico en la institución:

6.1.1- Entrevista de Admisión.

La profesional a cargo de la entrevista le solicitó permiso para que asistiera a la misma, otra persona en calidad de co-advisor. Una vez que aceptó, se comenzó con la entrevista de admisión. Su nombre es F. Tiene 26 años recién cumplidos. Comienza contando el motivo de su consulta. En todo momento se dirigió a la psicóloga y en una sola oportunidad dirigió la mirada al co-advisor. Su postura no era la de alguien que estuviese cómodo y relajado, al contrario transmitía la sensación de que estaba tenso. La profesional le realizó algunas preguntas abiertas como para que pueda comenzar a hablar, sabiendo que la presencia de dos personas torna un poco más difícil este contacto, que por ser el primero provoca cierta ansiedad, ya que lo que el entrevistado va a narrar son problemas muy privados. Dijo estar en un problema grande desde que su amante, A, le pidió que dejara a su novia con la cual tiene proyectos de casamiento. A ella la conoció hace casi un año, y lo que comenzó como una compañía terminó siendo muy fuerte en el aspecto sentimental. La define como una chica bárbara, buena persona, que aceptó la relación que tiene en otro lugar y que es de unos cuantos años. Es una chica independiente, que no tiene que rendir cuentas a nadie, ya que su familia tiene un estilo liberal. Es la quinta de seis hermanos, cuatro mujeres y dos varones. El es oriundo de Arrecifes, Provincia de Buenos Aires, donde vivió hasta los 22 años. Actualmente vive en Capital Federal y todos los fines de semana viaja hacia su pueblo natal. Allí vive toda su familia y su novia, F, que tiene su misma edad y son pareja desde los 16 años, época en la que ubica la última etapa del colegio secundario. Cuenta que hace doce meses que está pagando un crédito que obtuvo para terminar de construir la casa en Arrecifes junto a su novia, para ir a vivir después del casamiento. Durante la entrevista, contó su historia para luego contar algo de su malestar actual. Está muy angustiado. La exigencia de A lo confronta con cierta

imposibilidad para tomar una decisión, y con una serie de ocultamientos que se le tornan insoportables seguir manteniéndolos. Repite frases como “No me animé” o “No me animo”, “No puedo”, “No se que hacer”, “No me juego”, “Me siento ahogado”, “Me siento encerrado”. Ante interrogatorios de la Psicóloga responde o “no se” o “como puedo explicar lo que me pasa”. En esta entrevista además a pedido de la profesional contó que su familia está formada por sus padres, separados cuando el tenía once años, y dos hermanas menores que él. Que se vino a vivir a Buenos Aires por trabajo. Trabaja en un Banco en el centro porteño. Esta ocupación fue conseguida por un contacto de la madre y confesó no haber tenido muchas opciones. Contó que por aquella época el clima familiar era tenso. Su padre ya vivía hace un par de años con otra mujer y aunque siempre tuvo buena relación con él, ya no era como antes. Cuando le preguntaron como era antes, contestó que era un clima familiar, pero que parece que su papá fue infiel varias veces y que su mamá según él “hizo la vista gorda” para evitar problemas hasta que se cansó. Dijo que no conseguía trabajar en ningún lugar y que se produjo esta posibilidad de un día para otro y que aunque estuvo indeciso, no lo convencía del todo vivir en la capital, por otro lado sentía que estaba cerca la posibilidad de independizarse de su familia y con un trabajo seguro. Dijo que en esa época también se sentía mal anímicamente pero que no le quedaba otra. Aquí, ubica que después de situaciones de duda, sobreviene una etapa de depresión anímica con auto-reproches, y muchos pensamientos negativos sobre si mismo y que es común en él pero con distintas graduaciones. Para explicar contó un ejemplo: “...cuando juego al fútbol (deporte que practica con continuidad semanal) y tengo un día malo, me reprocho que no me sale una y me bajoneo, pero no es lo mismo a cuando me sucede alguna otra cosa más seria, como en el trabajo o en la facultad o con mi novia. Con el partido se me pasa más rápido. En la oficina, anteayer, le contesté enérgicamente a mi jefe porque no podía hacer una actividad que me ordenó, y luego en mi cabeza comenzó todo un tormento, pues no podía dejar de pensar todo el tiempo en que no debí haber contestado así. Me parece que estuve mal, aunque no le falté el respeto, y creo no haber sido grosero, pero me salió así. Pero luego me mató la culpa o no se que cosa por haber contestado”.

En esta entrevista se animó a contar con vergüenza que antes del partido debe realizar algunos ejercicios de respiración, que consisten en retener el aire inspirado lo que más pueda sin exhalarlo, para luego volver a inspirar aire y volver aguantar. Reconoce que lo que comenzó como un ejercicio se transformó en un problema ya que cada vez que se prepara para inspirar y exhalar, tiene que responder al número de veces que debe realizar esta operación. A veces, una vez que termina se le impone otro número y debe continuar,

con lo cual, lo que comenzó siendo cuatro o cinco veces, ha llegado a convertirse en setenta u ochenta veces, demandándole más tiempo y la incomodidad que le genera buscar no ser visto.

Esta entrevista terminó luego de unos 45 minutos y con la posibilidad para F de comenzar un tratamiento en la institución, para lo cual la psicóloga le explicó la modalidad de la misma y combinaron un día y horario. La psicóloga realiza sus anotaciones con respecto al caso y su conclusión en una carpeta, en la cual se deja constancia de que fue admitido para ser tratado en la institución, ya que considera que no hay riesgo de vida para él ni de peligro para los que los rodean, y que podría mejorar con la terapia analítica. En principio, es una persona que puede desenvolverse bien, que no posee rasgos en su lenguaje de delirios, ni de dificultad en su forma de expresarse ni de comunicarse. Es conciente de su problema, por lo que acude por su propia voluntad. En cuanto a la estructura psíquica, todo parecería indicar que se trata de una neurosis con problemas de obsesiones, dudas, reproches, ceremoniales compulsivos y posibles estados de depresión.

6.1.2- Primera sesión en la institución.

El paciente en su primera sesión en la institución repitió bastante de la entrevista de admisión, contando cual fue el motivo que lo llevó a tomar la decisión de acercarse y pedir una entrevista de consulta. El profesional psicólogo no es el mismo, y si bien leyó lo que en la carpeta de admisión escribió la psicóloga que lo admitió, vuelve a preguntar algunas cuestiones ya expresadas por F. Vuelve a aparecer el tema de la angustia, en la que se halla inmerso en este momento de su vida, en el que debe tomar decisiones con respecto al matrimonio, a su amante, a su modo de vivirla con estos nuevos síntomas que se fueron acrecentando y que perturban su calidad de vida. Sobre estos enumeró algunos indicando que no podía entender por qué los tiene que realizar, que son carácter obligatorio, que se siente ridículo por ellos, que por lo general le sucede cuando está solo o con alguien de mucha confianza. Comenta que cada vez le ocupan más tiempo. Se pregunta constantemente por como lo deben ver los demás, y se pregunta por cada acción o dicho, si lo hizo bien o no, y que por cualquiera de las opciones le vienen reproches o sensaciones de culpabilidad sobre la situación. Con respecto a situaciones laborales de las cuales reconoce sentirse presionado por lo que esta transitando intrapsíquicamente y por las obligaciones laborales externas. Reconoce tener el problema y no responsabiliza a los demás. Se siente inseguro al momento de tener que consultar a otros compañeros cuando

duda sobre algo. Ante alguna broma que le hagan, se siente superado por la situación y busca explicaciones racionales a lo que le dicen, es decir, trata de buscar el significado de lo que quieren decirle, el por qué. Sentirse expuesto ante los demás, le genera angustia, y desearía por momentos, pasar desapercibido. Dice que a veces le gustaría aislarse, y estar protegido dentro de una campana de vidrio y evitar el contacto con los demás.

6.1.3- Segunda sesión en la institución.

F comienza a utilizar términos como “No me animé”, “No pude”, “No me jugué por ella” haciendo referencia a su novia en Capital Federal a la que llama “amante fija”, dejando entrever un sentimiento de culpabilidad fuerte ya que seguido le vienen momentos en los que se auto-castiga con pensamientos de no ser un hombre derecho, no servir para nada. El ubica esta situación desde la imposibilidad de tomar una decisión sobre la exigencia de A. Con ella comparte gran parte del tiempo en Buenos Aires. Cuando habla de su relación con F dice al respecto que es una chica bárbara, que le soporta todo. Ella es Licenciada en Psicopedagogía y vive en Arrecifes. Dice que en el trabajo oculta esta relación porque se dio así, y que A lo ha ido a buscar varias veces con lo cual se decidió por blanquear esta relación y no la otra, con lo cual entro en un enredo que no hubiese querido. Tiene que estar pensando en no equivocarse cuando habla para sostener sus ocultamientos y mentiras. Pero dice que lo que no es mentira es sus sentimientos hacia las dos chicas. En cuanto a su trabajo comenta que cada día que pasa se le hace más difícil relacionarse con su jefe y con un par de compañeros que los califica de ser autosuficientes, de groseros y fanfarrones y que no soporta que le digan nada. Por lo general reacciona ruborizándose, o por vergüenza por algo que lo toma desprevenido o por enojo, furia, etc. Comenta que en un partido de fútbol puede contestar, gritar, defenderse de los otros de ser necesario, pero en otros ámbitos le cuesta, se le complica. Cuestión que lo deja en una posición muy poco cómoda y posterior a ello le surgen reproches contra si mismo, seguido de un bajón anímico pronunciado del cual debe disimular pues siente esto como ridículo. Cuenta que se le impone la idea de limpiarse las manos con alcohol. En la oficina hay botellas para limpiarse cuando se necesite. F optó por llevar sus frascos de alcohol en gel para que nadie le diga nada. Luego del gel utiliza crema para manos. Esta operación durante el día de trabajo la realiza con facilidad unas cuarenta veces. Algunas veces repite el acto de forma continuada, es decir, se limpia las manos con alcohol en gel y luego la crema para luego volver a utilizar el gel comenzando de nuevo el circuito.

6.1.4 -Siguientes entrevistas en la institución.

F es muy puntual y se lo nota interesado en venir a las sesiones a las cuales nombra como que en este momento de su vida no tiene a que otro lugar ir, ni siquiera sus amigos pueden entenderlo. En este momento reconoce que le suceden cosas que no puede entender pero que debe realizar, que le ocupan mucho tiempo, y que debe ocultarse o inventar mentiras cuando esta con gente para poder realizarlas. Algunas de estas “cosas”, así las nombra él, son las siguientes:

Debe repetir incansablemente para si mismo la cantidad de dinero que debe repartir entre lo que utilizará para pagar el préstamo y lo que debe quedarle para vivir, de lo cual debe realizar un subdivisión para salir con A y para salir con su novia en Arrecifes, más un porcentaje que les da a su madre y hermanas.

Debe juntar saliva y escupir varias veces antes de acostarse a dormir. A veces le cuesta desprenderse del circuito y se queda varias veces inmovilizado repitiendo el acto hasta que pueda romper esa necesidad de repetir el circuito y salir de la situación. Últimamente tuvo que agregar, aguantar sin respirar el mayor tiempo posible, antes de salivar. En algunas oportunidades llegó a realizar el acto más de ochenta veces.

Debe verificar y repetir para si en voz alta, antes de salir que este todo cerrado y que tiene en su poder todo lo que necesita para el día. Más de una vez tuvo que regresar a la casa por dudar en que tomó todo lo necesario.

Tiene la sensación de que es culpable de ciertas cosas que le suceden, o de decisiones, o de varias situaciones que lo abruman y que reconoce que no debería sucederle, como así también se define como un eterno indeciso pero que ahora la duda está como acentuada.

De pronto se produjo un corte, un silencio en las sesiones, el paciente no encuentra nada más para decir. Ante las preguntas, F responde no saber con que continuar, debido a que ya contó su problema actual, que es lo que siente que debe resolver. Las sesiones parecen haberle levantado el ánimo pero pareciera que en este punto empieza a esperar algo de parte del analista. Se produjo una falta con aviso, para la cual llamó por teléfono. Esto le produjo cierto trastorno, ya que reconoció que no vino a sesión por lo incómodo de la situación. Dice que dudó mucho entre llamar o no llamar, y que esto lo angustió. Y después de hablar sintió cierto alivio pero pronto se reprochó haber actuado de este modo. El reproche lo atormentó hasta la próxima sesión, para la cual comenzó a contar las horas que le faltaban para ir al consultorio, según contó y decirlas en voz alta. Le atormentó la

idea de no quedar bien ante la psicóloga, como si por su falta pudiera perjudicarla o que ella tomara alguna represalia contra él.

6.2- Trabajo psiquiátrico en la institución.

6.2.1- La entrevista: Anamnesis y examen mental.

El Psiquiatra mantuvo una entrevista de 1 hora y 15 minutos con el paciente en la cual recogió en primer lugar los datos que identifican al paciente: nombre, edad, sexo, ocupación, si vive solo o si convive con alguien y datos familiares.

Motivo de consulta: F respondió que se trataba de cierta sensación de angustia diaria, que ha ido creciendo en este último tiempo y de la pérdida de tiempo con algunas cosas que debe realizar y que por un lado lo incomodan pero que por otra parte las tiene que hacer. Tienen carácter de obligación. También cuenta que debe esconderse de los demás al realizarlas porque reconoce, es conciente que no es normal. Debe ocultar sus acciones, pues le provoca vergüenza, con algunas personas con las que tiene más afinidad, reconoce que algunas acciones se le filtran y quedan en evidencia ante el otro. Piensa sobre esto, que los demás lo ven como muy exigente, buscando perfección y como una persona dubitativa e insegura.

Dice no poseer antecedentes psiquiátricos y tampoco su familia. Y asegura ser reacio a los medicamentos.

En cuanto a enfermedades médicas nombró haberse contagiado Varicela y luego algunas gripes y resfríos.

Fue operado de varicocele en el año 2001 de lo que se recuperó rápidamente con los controles pertinentes antes y luego de la intervención quirúrgica.

Antecedentes familiares:

Padres separados. Padre tiene 55 años actualmente vive en un pueblo que se encuentra próximo a Arrecifes, con su actual pareja, una mujer de 40 años de edad. Lo define como un buen padre que se equivocó varias veces con su mamá. Dice que esta lo perdonó varias veces. Que los conflictos muchas veces se daban porque el mentía con algunas cosas. La madre tiene 53 años vive con sus dos hermanas en su casa de la infancia en Arrecifes. Dice de ella que es muy buena pero a veces muy rígida y autoritaria. Posee dos hermanas una de 21 años y otra de 18 años de edad. La relación con ellas es buena, aunque ellas son más unidas que con él, dice que son más “compinches”.

De su familia recuerda que hubo un período en que todo se revolucionó hacia el año 1994 o 1995 que desembocó en la partida del papá de la casa. Tiene buena relación con el padre y quizás le recrimina que no hizo nada para solucionar los problemas con su mamá. Dice que sus hermanas quizás tengan algunos problemas con él particularmente la más chica. Dice que la mamá a veces lo compara con su papá diciendo: “de tal palo tal astilla”.

Antecedentes del desarrollo: el paciente nació y se crió en la ciudad de Arrecifes. Terminó sus estudios secundarios y con respecto a ello dice que fue un alumno bueno, tranquilo, por lo general le fue bien, salvo algunas materias que se ha llevado. Recuerda haber tenido una muy linda infancia, con muchos amigos de los cuales muchos siguen siéndolo en la actualidad. Dice no haber tenido problemas con las chicas, siempre tuvo alguna noviecita, hasta que comenzó a salir con su actual pareja de la cual dice que se enamoró desde el primer momento que se la cruzó. Con ella, hay proyectos para casarse y están pagando un crédito para terminar de construir su casa. Son pareja desde fines de 1999.

Con respecto a antecedentes de la actualidad:

Dice que siempre fue muy obsesivo con sus cosas. Por lo general es el más ordenado de su familia, le sigue su papá. Dice que no le gusta que le toquen nada, y que si alguien tocara algo suyo cuando no está el se daría cuenta. En el colegio era obsesivo con los horarios, y con el programa de materias. Muchas veces, tenía que repetir los nombres de las materias para sus adentros varias veces como confirmando que no se olvidaba sus actividades. Recuerda que ante un examen esta repetición se tornaba insoportable, y que siempre tenía la sensación previa de que le iría mal.

Tiene la sensación de que es culpable de ciertas cosas que le suceden, o de decisiones, o de varias situaciones que lo abruman y que reconoce que no debería sucederle, como así también se define como un eterno indeciso pero que ahora la duda está como acentuada.

Físicamente no tiene síntomas, y goza de buen estado, por practicar deportes, hasta hace unos meses acudió durante año y medio a un gimnasio para realizar ejercicios aeróbicos y para realizar ejercicios con pesas. No consume drogas. Toma alcohol los fines de semana, por lo general cerveza. Su actividad recreativa y de distracción es jugar al fútbol o al paddle, también le gusta ir a recitales y al cine.

Enfermedades previas:

No posee alteraciones mentales. No posee trastornos psicossomáticos. Dice haber tenido micosis dermatológica en los pies, bastante resistente (pie de atleta) y que ya esta solucionado, para lo cual concurrió a un dermatólogo. Realizó un tratamiento por vía oral

durante aproximadamente 6 meses ya que tenía afectada las uñas de los dedos de los pies. Este tipo de micosis son bastante resistentes.

Tuvo otra afección provocada por un raspón durante una caída producida participando de un partido de fútbol, la cual le provocó un trastorno dermatológico bastante severo, que le fue ocupando toda la pierna izquierda. Asistió a tres dermatólogos. El último de estos fue el que acertó con el tratamiento, exigiéndole que realizara un análisis bacteriológico. El resultado del examen clínico directo fue negativo en cuanto a una micosis de piel y que se trataba de una bacteria: *Trichophyton Rubrum*. Este último, fue por recomendación de un amigo, para lo cual asistió de forma privada a un hospital. El tratamiento fue por vía oral, además de cuatro aplicaciones de penicilina durante un mes, una aplicación por semana. Los anteriores no acertaron con la medicación. El segundo de ellos pensó que se podría tratar de un problema psicossomático y le recetó además de un ungüento, Rivotril en gotas. Las cuales tomó por cierto tiempo, pero le provocó un efecto sedante que no soportó, además de molestias como sequedad en la boca y se quedaba dormido con facilidad.

Historia personal:

Períodos del desarrollo:

Primera infancia-infancia media de 3 a 11 años-infancia tardía

Nació por parto normal. Los padres se casaron 1 año antes.

Sus recuerdos e información de su infancia son que siempre fue de buen comer, le contaron que fue amamantado hasta casi los 2 años de edad, creció sin inconvenientes de desarrollo, ni problemas con el aprendizaje. En cuanto a problemas conductuales no tuvo grandes cuestiones, salvo los propios de las distintas edades. Recuerda que entre los 8 y 11 años se ha mordido las uñas. Se recuerda muy celoso de madre con respecto al papá y a la primera hermana. Le contaron que hubo un período entre los 4 y 5 años en que demostraba su agresividad en las relaciones con sus compañeros de clases.

Adolescencia

Terminó los ciclos escolares sin problemas. En el secundario se llevó solo dos materias en primer año. Luego se esforzó durante los ciclos lectivos para no tener que rendir luego materias. Reconoce haber sido muy ansioso en los exámenes y en las lecciones orales cuando debía pasar al frente de la clase.

Su actividad sexual en la adolescencia tuvo que ver con algunos enamoramientos, a los 17 años dice que tuvo su primera novia formal con la que duro un par de meses. Dice que al principio fue bastante retraído con el sexo opuesto y que de a poco fue animándose más.

En cuanto a los antecedentes laborales: trabajó en Arrecifes durante 2 años en una librería, luego se mudó a Capital Federal. En Buenos Aires trabaja actualmente en un Banco como cajero, al cual ingresó por un contacto que posee la madre. Tiene una pareja estable con la cual tiene planeado casarse. Con ella están armando su futura casa en Arrecifes.

La historia pareciera repetirse en cuanto el abuelo paterno, se divorció y se casó por segunda vez, matrimonio del cual no hubo descendientes. El padre también se apartó de su hogar y formó nueva pareja con la cual convive en la actualidad.

Examen Mental.

Descripción general.

- *Aspecto:* F tiene un aspecto corporal acorde a su edad, robusto, de postura erguida, juvenil, bien vestido y arreglado. Se nota que está ansioso y tenso.
- *Conducta explícita y actitud psicomotora:* normal, se apoya con las manos en varias oportunidades (lenguaje gestual)
- *Actitud:* en todo momento se mostró cooperativo y atento con el médico. Franco en su forma de expresarse. En general buena predisposición a la entrevista y al examen.
- *Humor y afectividad:* dice sentirse por momentos culpable, en otros muy irritable, ansioso, en los últimos tiempos se sintió deprimido por lo que le pasa. Reconoce que el ejercicio físico le hace bien a su estado de ánimo, y cuando sale a pasear y se distrae en compañía. El examinador evalúa que el paciente expresa los siguientes afectos: ansioso, limitado, aplanado y temeroso. La ansiedad es significativa.
- *Características del lenguaje:* posee un lenguaje fluido, no hay signos de deterioro, no hay discurso incoherente o incomprensible, ni neologismos.
- *Percepción:* no hay alteraciones perceptivas como alucinaciones, ni sentimientos de despersonalización ni des-realización.
- *Contenido del pensamiento y tendencias mentales:* obsesiones.

Proceso de pensamiento: en la entrevista habló cuando se le preguntó, pero luego se vuelve espontáneo. Sus afirmaciones son lógicas, no hay signos de distracción o bloqueos. Es coherente en lo que dice.

Contenido del pensamiento: obsesiones y compulsiones.

Control del pensamiento: la actividad compulsiva no puede contenerla. No voluntaria.

- *Sensorio y Cognición*

Conciencia: no presenta signos de estupor, de letargo, de obnubilación, ni de somnolencia.

Orientación y memoria: el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio. Y perfecta orientación alopsíquica y autopsíquica. Orientación de sí con respecto a los demás.

Concentración y atención: buena atención y concentración

Lectura y escritura: sin inconvenientes.

Capacidad visuoespacial: Sin problemas.

Pensamiento abstracto: no muestra alteraciones en la formación de conceptos.

Información e inteligencia: buen nivel educacional (estudios completos) y muy buena capacidad intelectual.

- *Impulsividad:* reconoce las normas sociales básicas. Dice que puede mostrarse impulsivo durante los partidos de fútbol o cuando va a un estadio para ver algún partido. Se siente desinhibido. Por lo general afirma ser tranquilo y ansiedad va por dentro
- *Juicio e introspección:* el paciente es capaz de medir las consecuencias de sus actos y comprende que el padecimiento es propio, aunque le parezca impuesto desde afuera. Y comprende que con un esfuerzo de voluntad no puede hacer nada. La voluntad no interfiere. No lo considera una enfermedad, tiene conciencia que lo que le sucede tiene relación con alguna causa desconocida por él.
- *Fiabilidad:* buena impresión.
- *Exploración física y neurológica:* El paciente practica regularmente deporte. No posee problemas cardíacos ni físicos. No hay problemas neurológicos.
- *Pruebas complementarias:* no se realizan por el momento.
- *Impresión diagnóstica:* no hay ideas suicidas, posee alteraciones cualitativas de la actividad (compulsiones: impulso a realizar repetidamente cierta actividad) y se encuentran ideas obsesivas. No existen ideas delirantes.
- *Tratamiento y evolución:* se prescribe Soloft, se hará seguimiento de la medicación, se evaluará posibles contraindicaciones con la dosis, se indica en principio 10 (diez) sesiones de psicoterapia, puede extenderse el tratamiento según el caso lo requiera.
- *Pronóstico:* Se observará la evolución del trabajo psicoterapéutico. Probablemente requiera más de 10 sesiones y se observará la reacción del psicofármaco. Se administrará una droga que inhibe la recaptación de la serotonina: Sertralina (nombre comercial: Zoloft). Próxima entrevista en 15 días. Se le ofrece el número telefónico para consultas ante cualquier inconveniente y la receta se realiza con copia. La droga es un antidepresivo típico de segunda generación. También se pensó en otra droga de este grupo: Paroxetina. (nombre comercial: Psicoasten). Ambas drogas actúan sobre un lugar de acción específico

del sistema nervioso central. Se apunta a eliminar los síntomas que causan malestar y a apoyar terapéuticamente cuestiones subjetivas.

6.2.2- Medicación.

El Psiquiatra después de evaluar la sintomatología del paciente, decide prescribirle un psicofármaco acorde a la problemática que padece. Le receta Zoloft para un tratamiento prolongado con una toma diaria de medio comprimido por la noche. Este medicamento es un antidepresivo inhibidor selectivo de la captación de la serotonina, conocido como IRSS, y actúa bloqueando selectivamente la captación de la serotonina y aumentando la cantidad disponible de la misma en la sinapsis ejerciendo fundamentalmente su acción antidepresiva. Tiene como indicación actuar principalmente sobre las depresiones pero además actúa en los trastornos crónicos de ansiedad, como por ejemplo, en el trastorno obsesivo compulsivo, en los trastornos de pánico y en las fobias sociales. Le administra este psicofármaco por entender que el paciente padece un trastorno obsesivo compulsivo, conocido actualmente como TOC, respondiendo a la clasificación que se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Sus efectos adversos son cefaleas, náuseas pueden producirse vómitos y algunos trastornos gastrointestinales, agitación, nerviosismo, insomnio y ansiedad, en algunos casos se producen disfunciones sexuales, que pueden ser causa de abandono abrupto del tratamiento por parte del paciente. El Psiquiatra le facilitó su número de teléfono móvil, además de darle el del consultorio, para despejar cualquier duda o inconveniente que tuviese con la dosis del psicofármaco, y se acuerda otro turno dentro de quince días para chequear la ingesta del medicamento y la reacción al mismo.

7-Análisis.

7.1- Trabajo psicoanalítico.

La primera actividad de F en la institución fue la entrevista de admisión, con la cual el profesional a cargo de la misma desempeña el papel de admisor, ya que se encargará de atender por primera y única vez a la persona que se acerca en busca de ayuda psicológica. El admisor escucha atentamente el motivo de consulta a la vez que evalúa y saca sus conclusiones con respecto al entrevistado, y debe decidir si el mismo puede ser tratado en la institución o si debe ser derivado. Es además el que informa el modo en que se trabaja

en el lugar, informando los horarios, los aranceles, las dudas que pudieran surgir, así como también se encarga de tomar los datos correspondientes de la persona a tratar. Este caso no requiere de una atención inmediata, ya que no hay peligro para con su vida ni se encuentra en peligro nadie que se relacione con él. Hay si una urgencia subjetiva sobretodo para con su vida de relación y sus actividades laborales. F es admitido en la institución para comenzar a trabajar con su problema. El admisor llena una carpeta con los apuntes de la entrevista, en el que constará los puntos importantes de la misma, es decir, el motivo por el cual pide ser ayudado, los conflictos y las exteriorizaciones que pudiera haber, como demostraciones de cólera, de vergüenza, de aplanamiento afectivo, llanto, entre otras manifestaciones, y una primera hipótesis sobre la patología que trae F. Lejos de ser solo una tarea administrativa, la admisión permite hacer preguntas sobre el problema que trae al paciente a la institución y ubicar los momentos o circunstancias que desencadenaron la consulta. Según Roa (2002), se llama transferencia previa, la producida a la institución, que es a-priori a la transferencia sobre el analista, y que luego, se trabajará en posteriores sesiones, llamadas entrevistas preliminares, la ligazón al profesional psicoanalista.

Por el modo en que se relaciona con el psicólogo, su forma de comportarse, su lenguaje, y la categoría de sus síntomas posee una estructura neurótica con producción de ideas obsesivas y compulsiones obsesivas. Las neurosis son enfermedades de la personalidad que tienen como característica el conflicto intrapsíquico, que tienen como efecto, la inhibición de las conductas sociales. Según Ey, Bernard y Brisset (1965,1996), estas enfermedades producen una perturbación del equilibrio interno del neurótico, que lo des-estructuran. Son llamadas enfermedades menores de la organización de la personalidad cuyos síntomas simbolizan los conflictos y las defensas contra la angustia. El desborde de angustia es el punto al que se evita llegar por medio de defensas simbólicas que se crean artificialmente por cada neurótico. El los fabrica, los crea, los hace y es responsable de ellos, de su forma de defenderse, y esta estructura artificial es la que desorienta al médico psiquiatra, que no posee experiencia en este tipo de patologías. Los síntomas neuróticos se presentan como trastornos de la conducta, trastornos de los sentimientos o de ideas que manifiestan de forma individual y particular, como una defensa contra la angustia, y que además la vida se va moldeando de cierta forma con estos síntomas incluidos y el neurótico aprende a vivir con estas limitaciones y de las cuales saca cierto provecho. Para el neurótico le es difícil encontrar un equilibrio interior satisfactorio, y por lo general le es complicado encontrar buenas relaciones con el prójimo. En el caso de F, la sintomatología que presenta fue incapacitándolo para realizar distintas actividades, teniendo que utilizar gran cantidad de

energía en realizar sus ceremoniales obsesivos. Las neurosis son producto de una mala estructuración del Yo, el cual no es capaz de ejercer su papel de filtro y de control ante las exigencias biológicas y las sociales.

A diferencia de la Psiquiatría, el Psicoanálisis defiende la postura de que los síntomas y las acciones del obsesivo tienen riqueza de sentido. Los síntomas neuróticos psíquicos o corporales ya sean obsesivos, histéricos o fóbicos son los que sufre el paciente sin saber el por qué los padece hasta el momento en que reconoce su responsabilidad en ellos y pueda reconocer lo que no sabe de ellos. Esto se da por medio de la rectificación subjetiva.

Según Lombardi (2005), el psicoanálisis es una terapia causal, Freud decía, que lo que favorecía la terapia era perjudicial para la investigación. La investigación de los síntomas funciona como motor de la cura, por lo tanto él pensaba que su fuerza pulsional debía conservarse hasta el final, de lo contrario se perderían los hilos lógicos que conducen al foco patógeno. Se lo considera al psicoanálisis un procedimiento quirúrgico que opera sobre la causa de los síntomas y que apunta a transformar al neurótico movilizado o inmovilizado por su sintomatología y su forma fantasmática de ver la realidad en un sujeto libre de ello y en todo caso advertido de su inconciente y de sus deseos inconcientes. El neurótico que transcurre por el psicoanálisis se transforma en otro hombre, más libre, en el sentido de que será conciente de sus deseos y de su forma de producir síntomas. Esta libertad no quiere decir que no le sucederán cosas, la vida presentará nuevos obstáculos y metas a cumplir u obligaciones, pero se sentirá libre en el actuar y no atado a repeticiones que tienen que ver con representaciones reprimidas. En este sentido otras terapias que también son efectivas terapéuticamente operan a un nivel más superficial por lo general fortaleciendo al Yo o con la utilización de psicofármacos que actúan a niveles corporales produciendo cambios químicos en las sinapsis, produciendo modificaciones en la conducta, pero no trabajan sobre la causa que produjo la enfermedad. Soler (2007) dice que el efecto terapéutico hace desaparecer síntomas, obsesiones, inhibiciones, conversiones y se puede remodelar situaciones de pareja y facilitar algunas cuestiones que inciden sobre la vida laboral, es decir, se puede volver la vida un poco más satisfactoria, pero este efecto es siempre parcial y según la autora precario, pronto las remodelaciones caen bajo el imperio de las determinaciones inconcientes. Ella afirma que las terapias que no son psicoanalíticas apuntan a una reeducación de la persona, ya que apuntan a lograr lo que la educación y la presión social no lograron, y la Psiquiatría, opera a nivel biológico con los psicofármacos. La transferencia, que es la herramienta más eficaz que posee el tratamiento psicoanalítico, por sí sola, puede eliminar síntomas. Que alguien preste atención y que pueda escuchar,

demostrando empatía, facilita el tratamiento. En este caso, la transferencia parece estar instalada desde el primer encuentro con su analista. Puede ser la predisposición de F para mejorar su vida y la sensación de contención que le transmite el analista, más la escucha analítica en un espacio propio, que le pertenece. Es en las primeras sesiones, en donde se accede a este lazo transferencial, que luego, el analista, deberá dirigir de manera tal, que permita trabajar con él. F descarga todos sus lamentos y quejas, pero pronto advierte que el camino de la terapia irá por otro lado, que no es presentarse y contar lo que le sucede y recibir como devolución la receta que acabará con su pesar. En el caso, desde el inicio del tratamiento hasta la quinta entrevista se mostró con bastante fluidez al reproducir situaciones, y contar cuestiones personales, hasta ahora que de repente se interrumpe esa facilidad para hablar y aparece el silencio, y cierta incomodidad ante la presencia de alguien que esta enfrente para escuchar todo. Se pregunta y le pregunta a la analista: “y ahora ¿qué hago?, ya te conté mis problemas”. “No deberías vos decirme algo” o “De qué te puedo hablar”. “Me molesta que nos quedemos en silencio, no se que estas pensando, decime por favor que hago ahora”. “Hasta cuando vamos a estar así, me parece que no avanzamos nada”. La presencia del analista comienza a producir sus efectos. Nasio (1992), asegura que Freud no era ajeno a que existe una urgencia para la eliminación de los síntomas y no renuncia a ello, pero se va manejando de una forma que el analizante atenúe el padecimiento y que aprenda a admitir que lo que le pasa es una producción propia y que no existen, por lo menos hasta el momento, pastillas mágicas, que solucionen de un día para otro algo tan complejo. Aquí se produce la gran diferenciación con la Psiquiatría, a saber: en el manejo de la transferencia y en la administración de drogas psicotropas. En Psicoanálisis, declara Nasio (1992), una vez que el análisis esta encaminado, los síntomas se ligan a la presencia del analista, tanto que, en gran cantidad de casos, cuando ocurre uno recuerda al otro. Es decir, que el psicoanalista pasa a formar parte del síntoma. Ahí es cuando la transferencia se instala, y es lo que Lacan denomina el Sujeto supuesto saber. Esta expresión apunta a identificar en el paciente, explica Evans (1997), citando a Lacan, la creencia y certeza de que el analista sabe, no solo sabe porque está capacitado por sus estudios sino que sabe porque se lo supone ocupando un lugar en el síntoma, un lugar que tiene que ver con la causa del síntoma. Continuando con el autor recién citado, nos dice que, desde ese lugar, la escucha debe ser comprometida ya que para el analizante, forma parte de su síntoma. Desde ese lugar, el psicoanalista puede realizar el diagnóstico, cuando puede vislumbrar el accionar sintomático, pero con él ocupando un espacio dentro de ese movimiento, que intenta comprometidamente dar solución a ciertos conflictos inconcientes

y que a la vez proporciona satisfacciones sustitutivas. Con F, el analista de a poco se introdujo en su vivenciar sintomático tan solo con la presencia y escuchándolo, y con algunas intervenciones que dejaron su marca en él, para resolver algunas cuestiones para sobrellevar la enfermedad, al punto de que el día que decide faltar, le suceden toda una serie de sensaciones con respecto al analista, como dudar si lo va a volver a atender, generado por miedo a ser rechazado por faltar, pero a la vez una sensación contradictoria con lo anterior de tener dominio sobre su vida, a raíz de ello le surge la sensación de culpabilidad sobre su acto, y síntomas que introducen al psicólogo como tener que repetirse a si mismo la obligación de no volver a faltar la próxima vez. Surgen sentimientos ambivalentes, de amor y de odio, se le generan dudas con respecto al tratamiento, al analista. Y este recién comenzó a comunicar interpretaciones y cuestiones del proceso analítico, cuando la transferencia devino resistencia. Desde ese lugar, el analista diagnostica que F padece de una neurosis obsesiva y no antes. Las interpretaciones se ofrecen para producir ciertos efectos, es decir que puede no ser exacta, pero podría desembocar en poderosos efectos simbólicos. Al interpretar las palabras del analizante, el analista permite que el mensaje de este último vuelva a él en su dimensión inconciente, ya que cuando el primero habla, está dirigiéndose mensajes a sí mismo, pero no es conciente de ello. Como ejemplo, se cita una intervención durante una de las sesiones, en la cual, F hablaba sobre lo complicado que era sostener las mentiras y los ocultamientos sobre sus relaciones en el trabajo, con sus amigos, con su familia, tratando de estar siempre atento a lo que decía y a lo que había dicho, y de pronto en el discurso hubo un lapsus que el analista con su intervención cambió el sentido del discurso. F decía: "...estoy metido en un laberinto sin salida, no encuentro como poder escaparme o aislarme de las situaciones en las que me metí. Por un lado es un escape estar con ella. Yo quisiera que a A mi situación no la afecte..." Lugar en el discurso en el que el analista interrumpió, para increparle sobre esta equivocación y buscar algún sentido nuevo. Le preguntó a F: ¿Qué aclarara? ¿Qué situación quisieras aclarar? quisiera que se aclare todo esto que me pasa, no aguanto más...y no quisiera perder a ninguna de las dos..." El discurso tomó otro rumbo, comenzó a hablar sobre la similitud que notaba entre él y su padre, y permitió demostrar, como el beneficio secundario de la enfermedad, quisiera mantenerlo.

7.2- Trabajo psiquiátrico.

La transferencia se limita en Medicina a establecer un buen contacto, el llamado *rapport* con el paciente para que este se sienta confiado durante la entrevista y pueda transmitir su necesidad, el motivo de consulta, la sintomatología que lo perturba, además de la información que se le pida y con ello ayude de alguna manera con el trabajo del psiquiatra, el cual responderá las preguntas que le surjan al paciente y le formulen. Para el médico, el objetivo es la cura de la enfermedad, y esta se da a través de sus manifestaciones sintomáticas. Eliminando los síntomas se logra que el paciente restablezca su vida hacia una más normal, de acuerdo con lo que la sociedad en la que esta inserto exige. El Psiquiatra evalúa el estado mental del paciente. Para ello puede hacer uso, además de su experiencia y conocimiento, el entrenamiento en la observación durante la entrevista, espacio que el médico utiliza para evaluar las funciones básicas. Ey, Bernard, y Brisset (1965,1996) una enfermedad mental le exige al profesional de la salud conocimientos en biología, en neurofisiología y en patología general que apuntan al conjunto del organismo, y exige saber realizar una lectura eficaz sobre los antecedentes del paciente, y exige también evaluar el contexto en donde desarrolla su vida, sus relaciones, los ambientes en los que se mueve, grupo familiar, pareja, relación con los aspectos sociales, laborales. Es decir debe dirigir su observación a un amplio abanico de cuestiones que hacen a la vida psíquica del paciente. Cuando se dirige a realizar un diagnóstico el psiquiatra se encuentra en la necesidad de recurrir a investigaciones y de analizar minuciosamente los síntomas y los tres planos semiológicos, y evaluar que tratamiento será el indicado, incluyendo la medicación. También se pueden recurrir a los test psicológicos, que en el caso no se han utilizado. Los planos semiológicos son los de comportamiento y de las conductas sociales, el de la actividad psíquica basal en la actualidad y el del sistema permanente de la personalidad, descriptos en el marco teórico.

F percibe con claridad. Esta orientado en el tiempo y en el espacio. Comprende todo lo que se le pregunta, y su pensamiento es coherente y constructivo cuando relata. Conserva muy buena capacidad para memorizar. Es conciente de que tiene un problema que con voluntad solamente no lo puede solucionar, es conciente de que necesita ayuda profesional. No posee ideas delirantes, ni sobrevaloradas, como tampoco fóbicas. Las ideas obsesivas fueron transmitidas por el paciente, de las cuales reconoce cierto agravamiento en los últimos tiempos. Los pensamientos de duda y los impulsos son recurrentes y persistentes, y él intenta neutralizarlos de muchas formas. Su padecimiento no tiene que ver o no se deriva de ninguna enfermedad médica ni de abuso de sustancias. Ubica ciertos momentos de irrupción de angustia que en los últimos tiempos se volvieron más frecuentes. F es un

joven lúcido ya que está orientado, posee un dialogo coherente, tiene claridad en las ideas y tiene conciencia de su situación, posee buena presencia, su lenguaje es fluido, rico, no presenta alteraciones y comprende lo que se le dice. El pronóstico es favorable si se puede reducir la sintomatología, lo que le devolvería al paciente el desarrollo de una vida más natural. Se recomienda tener sesiones de psicoterapia para tratar los temas subjetivos, podría ser de psicología cognitiva, para trabajar pensamientos automáticos, las ideas obsesivas y algunas técnicas de relajación para disminuir la ansiedad. En la psicoterapia hay una escucha que alivia, que contiene y disminuye considerablemente los síntomas neuróticos del paciente. Por lo general, esta reducción es transitoria, dice Nasio (2001), trata de dar sentido a los hechos importantes y a los acontecimientos repetitivos de su vida, pero no busca el origen, las causas.

En este caso, la administración del psicofármaco, cada vez más específico pero no por ello sin efectos adversos, reduce de forma efectiva la sintomatología. No se busca el sentido que puedan tener los síntomas, no se tiene muy en cuenta lo que el paciente pueda decir sobre ellos, tampoco tiene un procedimiento como para interpretar lo que se quiere decir con ellos. El paciente notará la modificación tanto en la reducción sintomática y en el poder de la droga para producir somnolencia, disminución de los reflejos, un efecto sedativo importante y en el caso de F un cansancio corporal que en donde se sienta y cierra los ojos, él dice que se duerme. También manifestó sentir un cambio en la eyaculación en cuanto al tiempo, ya que este medicamento la retarda. Estos inconvenientes lo motivaron a cambiar y acercarse a la institución. A F, en la primera entrevista se le prescribe Zoloft, un antidepresivo inhibidor selectivo de la captación de la serotonina, el cual puede ser indicado para el tratamiento de depresión, para trastornos crónicos por ansiedad como el TOC, trastorno de pánico, para la fobia social y para la depresión atípica. La indicación es una toma diaria y se diagrama un tiempo para ver efectos, para evaluar como responde al psicofármaco. Podría no ser muy efectivo y en ese caso se cambiaría o por otra dosis o por otra droga para este tipo de trastornos. Esta medicación, indica Moizeszowicz (1998) son para tratamientos prolongados, pues los efectos recién comienzan a notarse alrededor de la tercera semana de ingesta, y se vería interrumpido el tratamiento farmacológico, de suspender o de no cumplir con los requisitos indicados por el médico. Según Hales, Yudofsky, Talbott (1989,1996) el tratamiento con sertralina se inicia con dosis de 50 mg por día, aunque a veces se necesitan dosis más bajas aún, y estas se mantienen por cuatro a seis semanas. En caso de tener que retirar la medicación se debe proceder de forma gradual pues pueden aparecer síntomas de

abstinencia. F nota alguna mejoría, pero no soporta los efectos adversos, entre ellos se puede producir sequedad bucal, constipación, también pueden producirse algunas disfunciones sexuales, agitación, nerviosismo, insomnio, náuseas, trastornos gastrointestinales, etc. Según Baumgart (2000), este tipo de psicofármacos antidepresivos producen muy buenos efectos en los trastornos de ansiedad, pues está demostrado que en este tipo de trastornos hay una alteración en el funcionamiento de la serotonina. El mecanismo de acción de estas drogas, proceden inhibiendo la recaptación y aumentando la cantidad de serotonina disponible para hacer impacto en los receptores. En el sistema nervioso central, comenta Moizeszowicz (1998), se cree que la serotonina juega un papel importante como neurotransmisor, en la inhibición del enojo, la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad, y el apetito. El medicamento no actúa sobre otros neurotransmisores con lo cual no comprometen en nada otros sistemas orgánicos, por ejemplo no afecta ni la conducción cardíaca ni la presión arterial, pero si afecta lo relativo a la serotonina como es la alimentación produciendo un efecto inhibitorio del apetito. Los psicofármacos son mitigadores de los síntomas, los cuales pueden diferenciarse cuando son síntomas médicos psiquiátricos de los psicoanalíticos. Dice Jorge (2005), que los síntomas médicos tienen que ver con todo aquello que el paciente dice sentir como por ejemplo “escuchar voces”, y el psicoanalítico es la formación de compromiso que se da como solución a un conflicto entre dos partes o fuerzas antagónicas. Los síntomas psiquiátricos pueden ser modificados por los psicofármacos, pero los psicoanalíticos, que son muy resistentes, están sostenidos por ambos lados de esas fuerzas que chocan entre si y que además están enlazados con la propia historia del paciente.

7.3- Semejanzas y diferencias del diagnóstico en ambos modelos.

El diagnóstico en Psicoanálisis es realizado cuando se considera que la transferencia está instalada, y esto va sucediendo a lo largo del tratamiento. El forzamiento del diagnóstico implica la psiquiatrización del psicoanálisis, implicaría parálisis para este modelo, en cuanto a la producción que pudiese venir del enfermo, y no se podría seguir escuchando al sujeto. El psicoanalista realiza un diagnóstico presuntivo de que tipo de estructura es el paciente que tiene en frente, pero no se lo comunica al mismo, tampoco se alienta la esperanza de mejoría sobre su problema, ya que gran parte dependerá de él, pero si ofrece sus servicios y el espacio, ofrece su escucha analítica. En Psicoanálisis, el analista debe quedar incluido en la relación transferencial, para poder trabajar con ella, desde allí

interpretará y realizará construcciones. Hay tiempos que respetar, hay que saber esperar, se trata de que los síntomas no desaparezcan, pues es el medio por donde nos acercamos al conflicto psíquico, pero el factor negativo entre comillas es el tiempo que requiere, un tiempo que involucra responsablemente al analizante, ya que se considera que el cambio debe venir desde la persona que esta en tratamiento, debe procesar, reelaborar, debe reflexionar, debe aceptar sus tiempos de procesamiento para una tarea nada fácil, y que tiene que ver con revisar parte de su historia. Cualquier intento de parte del analista de apresurar los tiempos, de clarificar antes del momento adecuado, de presionar o indicar de manera directiva, son vanos, no tienen que ver con el psicoanálisis, y hasta podría perjudicar el trabajo terapéutico. Este es uno de los motivos por lo que los sistemas médicos de seguridad social no lo incorporen en sus cartillas de prestaciones.

F posee una estructura neurótica, ese es el primer paso del analista, procurando ubicar la estructura del sujeto, descartando una psicosis o una estructura perversa. Posee buen desenvolvimiento en el plano discursivo, buena capacidad para simbolizar. Y en este plano simbólico es donde se trabaja en un análisis. F tiene la posibilidad de ser escuchado, pero es una escucha que va detectando los puntos en los que se puede pescar su inconciente. En la admisión, el profesional evalúa si es apto para el tratamiento y procura ubicar a que tipo de estructura corresponde, y luego en las próximas entrevistas se comienza a delinear las coordenadas del tratamiento. Los síntomas primarios de F presentan ideas de escrupulosidad, de reparación, de dudas constantes, cuestiones que atormentan desde lo ético, pues estos pacientes desarrollan una hipermoralidad muy particular. F es hipermoral y se muestra bondadoso y dócil para defenderse de su propio odio, y de su propio sadismo. Hasta el punto de sentir ajeno a él los impulsos de agresividad propios. Según Baumgart (2000), la hipermoralidad es efecto de un odio intenso, y esta misma autora afirma, que Freud advirtió, que los obsesivos desarrollan una hipermoral para defender su amor de objeto de la hostilidad que tras él acecha. F pasa por una regresión a la fase pregenital anal-sádica en donde el odio y el erotismo anal, en la que se juegan oponiéndose, aspiraciones de metas pasivas y activas, característica de esta neurosis y las representaciones obsesivas tienen que ver con los reproches que le vienen, que represión mediante, poseen relación directa con algunos actos cometidos con un excesivo placer, y que para Freud, continuando con la autora, refieren a los deseos edípicos: el incesto y el parricidio. La regresión permite que los impulsos eróticos se transformen en agresivos según Freud (1923), tendencias no acogidas por el Yo que se defiende contra ellas por medio de las formaciones reactivas y medidas de precaución,

forzándolas a permanecer en el Ello. En F se produce este juego conflictivo entre sus instancias psíquicas produciendo sus síntomas, en el que tiene un papel muy importante el Super-Yo, el cual es muy severo y tiene que ver con la conciencia moral. El Yo de F está amenazado por tres peligros, de allí la angustia. Esta es sustituida por mecanismos de protección. Estos tres peligros son los impulsos del Ello, la conciencia moral severa del Super-YO y la realidad exterior. El analista ignora cuales son los temores del YO sobre el mundo exterior y cuales los temores sobre la libido del Ello, solo puede suponer que es sojuzgamiento o destrucción, pero si puede determinar que es lo que se oculta detrás de la angustia del Yo ante el Super-Yo, y es la angustia de castración.

En Medicina el diagnóstico es a-priori del tratamiento, y se apunta a eliminar los síntomas. Es exterior al saber del paciente. El médico debe detectar con precisión, garantía que le da su carrera académica, de la alteración que permite aplicar una terapéutica adecuada y correcta, y además el médico queda por fuera del diagnóstico, él es un observador con conocimientos sobre la materia. Su posición de portador del saber lo coloca ante el paciente en un lugar de conocimiento de la verdad sobre lo que le pasa. Marchant (2002) asegura que con un buen rapport, ya se tiene la mitad del tratamiento ganado, el resto depende de la terapéutica farmacológica que se aplique y de otras técnicas que se utilicen como psicoterapia. Hasta podría pensarse que una prescripción equivocada no tiene que ver con el médico si no con el cuerpo del paciente que rechaza o no permite que funcione la droga como el profesional lo había supuesto. El saber psiquiátrico etiqueta, rotula y clausura el saber que porta el paciente. Se decreta que posee tal trastorno, en este caso el TOC, y ese rótulo es difícil de modificar, y se apunta a eliminarlo. F cuando acudió al Psiquiatra comentó que lo aquejaba, e informó de su pasado, de su familia, de su crecimiento y desarrollo, de enfermedades contraídas, de su contexto situacional actual. Es un conjunto de información que hace a la historia del paciente y que le permite al médico ver el problema actual en un panorama contextual, que incluye datos sobre la vida del paciente, datos de su familia, antecedentes de su vida de relación, estudios, un examen mental que incluye distintas capacidades, memoria, lenguaje, orientación en el tiempo y en el espacio, formas de pensamiento, y le permite detectar o descartar posibles características consideradas patológicas y anormales, como delirios, ideas suicidas, alteraciones perceptivas, alteraciones de juicio, impulsividad, etc.. F es evaluado con este fin por el médico, el cual detecta por medio del discurso los problemas por los que el paciente consulta.

La idea de curación misma es diferente, Nasio (1996) comenta que tienen que ver con un cambio estructural del psiquismo, de una reorganización del Yo, de una ampliación del Yo, que estaba cada vez más limitado por las exigencias del mundo exterior y por las exigencias constantes e internas provenientes de las pulsiones y el Ello. Cuando la proporción del síntoma detiene o dificulta el trabajo analítico, es necesario acudir a un médico psiquiatra para trabajar inter-disciplinariamente, ya que el psicoanalista psicólogo no puede medicar. La medicación en esos casos ocupa un papel muy importante ya que permite que el analizante no quede detenido en su propia angustia y pueda de alguna manera, ver que hay salidas a lo que padece, pues es muy común el pensamiento de estar atrapado con lo que les sucede, y de tener la sensación de no tener alternativas para encontrar soluciones, con lo cual tiende a aislarse. El medicamento aporta su ayuda pero no ataca las causas que produjeron el problema, trastorno o desorden en la vida de una persona. Ahí también puede suceder lo contrario, que la mejora mediante la medicación frene de alguna manera el trabajo que se necesita desde el paciente en la terapia psicoanalítica, como por ejemplo, podría suceder que decida retirarse del análisis.

Lo observable del síntoma en un nivel descriptivo es para el ser humano que padece de ellos algo ajeno, extraño, no lo representa pero sin embargo es una solución aportada por el mismo y por nadie más. El síntoma es la forma de gozar del inconciente y el psicoanalista intenta encontrar en él la verdad, la verdad que se esconde tras de él y que tiene que ver con un goce. Un goce inconciente que para el Yo, para la parte conciente del psiquismo es vivido como incómodo, inoportuno, molesto y hasta doloroso. El psicoanalista detiene, hace una pausa, para poder trabajar con él. Para el Psicoanálisis no es oportuno vencerlo o eliminarlo, ya que ahí están las conexiones que nos llevarán a la verdad del sujeto. En este punto falta un largo recorrido para ubicar los hilos que desembocan en los ceremoniales de F y que conectan con el o los focos patógenos. El sujeto se encuentra con que del lado a donde pide auxilio se encuentra con la pregunta. Allí la gran diferencia con la Psiquiatría que no pierde el tiempo y opera sobre el lugar que más le duele a la enfermedad, como asegura Baumgart (2000). Como rama de la Medicina apunta a devolver rápidamente la salud, no trabaja con un tratamiento del síntoma. Basado en el consenso, propone una estandarización de los mismos incluyendo o excluyendo las distintas categorías. Siguiendo con la misma autora, el DSM es el resultado de este consenso, ofreciendo un amplio sistema taxonómico en el que nada dice del sujeto en cuestión, del sujeto que padece. La evaluación estandarizada le corresponde una respuesta estandarizada, y en esta respuesta se pierde la perspectiva del síntoma, del síntoma como algo propio del sujeto y que solo

puede ser dicho por el sujeto, y no como si tuviera un virus adquirido por contagio al cual se lo combate de la misma manera en todas las personas. En el Manual no se indica ciertas particularidades sobre la neurosis obsesiva que hablan sobre la disposición a contraerla, como la naturaleza y el origen de las predisposiciones para que una persona sufra de esta patología. Hay cuestiones sobre la organización de la libido, de fijaciones de esta a estadios pre-genitales, y de formaciones reactivas contra impulsos sádicos y anal-eróticos. El problema de F, su sintomatología coincide con el trastorno que se describe en el manual, el Psiquiatra apunta a eliminársela y a devolverle la aparente salud sin trastornos, mediante el psicofármaco.

Por lo tanto, el modo de llegar al diagnóstico no tiene puntos comunes, aunque la sintomatología sea la misma, y la patología tiene que ver con compulsiones y obsesiones, son formas diferentes de tratar el problema. Para la psiquiatría es un trastorno y para el psicoanálisis no tiene que ver con esto, sino que es una cuestión de estructura. La idea de trastorno, parece suponer un determinado orden establecido que ha sido perturbado, asegura Gurevicz (2002), un orden alterado, desorganizado y por lo tanto debe ser puesto nuevamente en su lugar. Esta función de retorno al orden puede ser cumplido por medicamentos o por terapeutas quienes se valdrán de una serie de técnicas para la restauración y que están estandarizadas. Sin embargo, Freud (1913), ya advertía en aquella época sobre las mecanizaciones de técnicas, y planteaba que en el Psicoanálisis no sería posible por la extraordinaria diversidad de constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de los procesos anímicos y la infinita cantidad de factores determinantes.

7.4- Comparación entre ambos lineamientos terapéuticos.

Los lineamientos terapéuticos no poseen puntos de contacto, ya que los modelos son diferentes como así también los modos de atención. En Psiquiatría prevalece la mirada, la observación mientras que en Psicoanálisis prevalece la escucha, lo que no quiere decir que el psiquiatra no escuche a su paciente, pero la escucha psicoanalítica intenta descubrir los fantasmas infantiles a través de los cuales el paciente reinterpreta su historia y por lo tanto, según Nasio (2001), modela su realidad presente. El psiquiatra toma la información sobre F para tener un panorama completo del paciente, el psicoanalista la utiliza de otro modo, ni siquiera es información, pues podrían ser fantasías, en verdad son los hilos con lo que arma su trama fantasmática, su modo de pensar, de recordar, de relacionarse, de actuar, los modos de conducirse, y de interactuar con el medio. F es atendido por el psiquiatra y se

coloca en posición de objeto para que el saber científico presentificado por el médico, pueda actuar. El ofrece su forma de sentir lo que le pasa y aporta todos los datos que le son requeridos mediante la anamnesis y el examen mental por medio de los cuales será evaluado por el profesional. Esta forma de evaluación permitirá arribar al diagnóstico del paciente y sobre ello poder realizar un pronóstico del trabajo con él y su patología. F va para que le solucionen sus problemas y el que sabe es otro, el profesional.

El médico aspira a un saber absoluto que recubra lo real y que además, pueda dar cuenta de todo, trata de arribar a certezas y verdades. Es un saber objetivable, más allá del sujeto y en donde no se interpreta. La verdad también esta más allá del sujeto y tiene que ver con experimentos que se repiten y que gracias a ellos se producen estadísticas y se obtienen consensos para definir que está del lado de lo saludable, de la norma, y cuales son los parámetros que indicarían desvíos sobre la misma, y que podrían indicar patrones de enfermedad o trastornos de la salud. El lugar de saber del médico lo garantiza la ciencia, la mirada sobre el caso, la observación y su diagnóstico supone una decisión, asegura Furman (2007), es como una brújula para orientar respecto de la dirección del tratamiento e implica un juicio basado sobre el acto de juzgar un caso, sin regla preestablecida. Se realiza un estilo de diagnóstico al que se le podría llamar automático, así llama este autor al realizado mediante la clasificación que propone el DSM, donde se pierde la singularidad sintomática y de estructura clínica, en función de la decisión diagnóstica basada en la estadística o el efecto del psicofármaco, y en donde se apunta a la eliminación de los síntomas en tanto trastornos. F responde a un tipo de trastorno que se encuentra ya clasificado en el DSM, y tiene que ver con un trastorno de ansiedad en el que la sintomatología principal tiene que ver con obsesiones y compulsiones. El psiquiatra ubica estas coordenadas por medio del discurso de F y actúa en consecuencia prescribiendo el psicofármaco adecuado para este tipo de patologías. Luego se ajustará la dosis, pues al principio se administrará una baja como para estudiar los efectos que produzcan en el paciente. Habrá que esperar unas semanas ya que no es instantáneo el resultado. Hay que destacar que el Psiquiatra tenía en mente otra droga del mismo grupo, llamada paroxetina. Desde este punto de vista no se esta atacando ninguna causa que haya llevado a F a este trastorno, tampoco lo indica el DSM. El objetivo en principio apunta a los efectos que causan malestar, a disminuirlos o a eliminarlos, para, de ese modo, permitir que el paciente pueda funcionar más o menos dentro de los límites de la llamada normalidad social, y reducir el padecimiento. También le sugieren comenzar con un tratamiento psicoterapéutico, pero no le nombran el Psicoanálisis, si alguna de orientación cognitiva o

conductual. El trabajo apunta a alcanzar un buen rapport, obtener la mayor información posible mediante el discurso de F, la observación durante la entrevista, realizar un diagnóstico presuntivo, un pronóstico sobre el caso al que se prescribe una determinada droga, y luego el control, para ver la evolución y evaluar si se producen mejorías.

El síntoma en psicoanálisis es la realidad psíquica del analizado, y esta relacionado con sus propios procesos inconcientes. Se trata de no quitar los síntomas y no se trata del bienestar en principio, sino que el psicoanálisis se dirige a la búsqueda de esos focos o núcleos patógenos que forman la posterior enfermedad, e intenta la búsqueda del propio deseo, del conocimiento del si mismo, para ello el analista contribuirá con su saber en el proceso de volver conciente lo inconciente, detectando los puntos de resistencias y llevando luz sobre los trabajos de la represión. Una terapia psicoanalítica trata de relacionar lo particular del síntoma, el modo en que ese sujeto trata a su síntoma, la estructura clínica a la que el síntoma pertenece y la forma que toma el síntoma en la transferencia. Hay en el proceso de formación de la neurosis obsesiva, un conjunto de cuestiones referidas a la vida sexual del paciente, que en la Psiquiatría no aparece en primer plano, y que demarca el o los modos de defensa, como la regresión a un período anterior a la fase fálica.

En Psicoanálisis la curación no es el fin en si, a la curación se llega por medio de la reorganización del Yo del analizante mediante el análisis, y de la concientización de sus modos de defenderse, de conocer sus modos de resolver sus conflictos, con lo que traerá beneficios a su Ello. Al concluir el análisis, no se transformará en un super-individuo que no tendrá conflictos, ni problemas, al contrario, la vida continua y seguirá presentando o no una variedad de obstáculos, pero será una persona que se conocerá a si misma, será una persona advertida de su inconciente, advertida de sus modos de reprimir, y como tal, será una persona más libre, que actuará ya no manejada por cuestiones, representaciones inconcientes. En este modelo no hay saber absoluto, es un saber no sabido, un saber inconciente que se construye en la situación analítica en la que se subvierte la relación con el médico, ya que el saber queda del lado del paciente. No hay garantía de verdad, esta es a medias, porque lo simbólico no recubre totalmente lo real, hay algo que nunca es alcanzado por la palabra. La verdad esta siempre en relación a la falta y se opone a la idea de verdadero o falso. Se aproxima a la verdad por medio de la ignorancia, la cual tiene que ver con un no saber nada, en principio, del inconciente del sujeto al que se trata, es decir, enfrentar al analizante sin prejuicios, eliminando las propias valoraciones sobre el mundo exterior. El lugar del psicoanalista es un lugar de escucha, en donde debe permanecer con

una atención flotante sobre la asociación libre. Este tipo de atención tiene que ver con no darle más importancia a una cosa que a otra, todo debe ser atendido de igual modo. F en estas primeras entrevista puede desplegar su queja y problemas, que es escuchado con suma atención por el analista pero aún le cuesta asociar libremente, es decir, transmitir todo lo que le pasa por la mente. Lo que dice muchas veces es muy pensado tratando de darle coherencia y lógica a lo que cuenta. La mayoría de las veces quiere contar cosas que reflexionó durante el tiempo entre sesiones, a lo que el analista tratará de quebrar el discurso armado y lo lleva a asociar, a pensar que se le ocurre cuando por ejemplo se presenta un lapsus, un olvido que interrumpe inoportunamente, por allí interroga, y F deberá trabajar con él mismo. Diferente al otro modelo, aquí no puede dejarle su problema al profesional para que lo resuelva, al contrario, aquí el camino lo debe transitar él, por supuesto con la guía del analista, que será su aliado en principio. En medicina hay un cuerpo organicista y funcional mientras que en psicoanálisis el cuerpo biológico es atravesado por la palabra, por el significante, por el lenguaje. Lacan (1987) decía que el inconciente esta estructurado como un lenguaje Es un cuerpo más allá de lo biológico. Es un cuerpo sometido al orden simbólico y que está atravesado por la palabra, la cual pre-existe al nacimiento. El psicoanalista debe escuchar que se dice del cuerpo y también que se dice con el cuerpo. Hay diferencias muy notorias entre el Psicoanálisis y la Psiquiatría partiendo de la base que el sujeto al que atienden son diferentes. Para la Medicina Psiquiátrica el sujeto es objetivado, es decir, es posicionado en lugar de objeto, un objeto para poder trabajar sobre él, para poder observarlo o experimentar, pues es la intención de la ciencia, mientras que para el Psicoanálisis es un sujeto dividido, escindido y sujetado a la estructura del lenguaje, un sujeto que produce sentido, un sentido individual y particular.

8- Conclusión.

En las entrevistas de admisión, de las cuales una de ellas es la del presente trabajo, hubo un interés particular en el caso de F, junto al interrogante que surge por el diagnóstico para ambos modelos, tema que era tratado frecuentemente en varias clases, y que incentivaron de alguna manera en la elección del problema planteado y de los objetivos.

Como conclusión, se puede afirmar que son dos modos diferentes de ver un determinado problema, en donde, ninguno es el dueño de la verdad, y el objetivo principal es provocar alguna mejoría, y por sobretodo, la curación de la personas que se acercan con sus problemas reales y particulares, con conflictos imposibles de solucionar por si mismos. Es

importante mantenerse en una posición no influenciada por ninguna de las dos posturas, ya que hay cierta tendencia a querer resaltar o hacer sobresalir alguno de los dos modelos por sobre el otro, aunque se diga lo contrario. Los métodos son distintos, diferentes, las herramientas con la que se trabaja son muy distintas, y en el caso de la Psiquiatría, cuenta hoy en día, con un gran aliado que no se puede dejar de lado, como es la industria de los laboratorios. Es una industria mundial, no es solo en nuestro país, es en todo el mundo que avanza de manera increíble, colaborando con la Medicina, pero a su vez generando debates sobre el modelo que esta adquiriendo la Psiquiatría de la actualidad, el cual esta siendo fagocitado por esta industria. Se esta debatiendo el lugar del Psiquiatra, ya que se esta convirtiendo en un profesional que prescribe los psicofármacos de moda, porque hay modas en esto también. Los laboratorios se encargan de promocionar, publicitar, y de proveer sus productos a los médicos y de alguna manera presionar sobre el uso de ciertos productos. Queda claro, que no es una presión mafiosa, pero pareciera que hubiese premios y castigos. Fue muy interesante escuchar de unos psiquiatras, en las reuniones a las que se concurre en Exísteme, sobre el tema elegido, contar, pues no tenía carácter de denuncia, que se promocionan en nombre de ciertos laboratorios jornadas y congresos internacionales para los profesionales, o que por ejemplo en una institución cierto laboratorio se encargaba del suministro del dispenser del agua, a cambio de hacer uso de sus muestras. Es decir, temas relacionados con consumos y ganancias, con adquirir espacios de poder en el mercado de los laboratorios y que inciden en la práctica de la medicina y por supuesto en la gente. Aunque no es un tema del trabajo, si permite que se piense, por qué la prescripción del psicofármaco desde un primer momento y no probar con alguna alternativa para la cura de la patología de F. Es muy común, escuchar hoy en día, que alguien toma Rivotril (clonazepam), por ejemplo, el cual es uno de los psicofármacos estrella, en otros tiempos no muy lejanos el Valium (diazepam) y luego el Lexotanil (bromazepam), entre otros. El problema surge cuando se administra un psicofármaco para un amplio abanico de patologías, por ejemplo como para hacerle frente a una crisis de ansiedad o para cuestiones ocasionales como para poder llevar a buen puerto una mudanza. En una de las entrevistas con Psiquiatras, ha impactado realmente su comentario sobre el avance de las drogas psicotropas sobre la salud mental, en la que advirtió de que se sabe muy poco sobre el sistema nervioso, se sabe que ciertas drogas producen ciertos efectos, pero que en muchos casos no se sabe bien por qué, que se conoce el trabajo de algunos neurotransmisores, pero que falta mucho por descubrir, como por ejemplo, cuestiones que tienen que ver con el ciclo del sueño. Hasta el diagnóstico, podría

estar influido por la droga que se suministra, por la dosis, primero se prescribe en función de la sintomatología y de ahí se llega a un diagnóstico preciso. Antes, hay una hipótesis del médico con un diagnóstico presuntivo y en función del efecto de la droga en el paciente se realiza el diagnóstico psicofarmacológico. Siempre apuntado por el DSM-IV-TR, en donde se relacionan los síntomas del paciente con el trastorno que corresponda, tomando en cuenta los cinco ejes del mismo. Desde la perspectiva de la carrera elegida, la inclinación del alumno hacia un costado psicológico es inevitable, sin desconocer el poderoso efecto de la Psiquiatría y de la Farmacología actual. En el caso de este trabajo, la administración de un psicofármaco preciso y efectivo, con una dosis baja, para eliminar la angustia, y disminuir la sintomatología para poder trabajar con una terapia psicoanalítica y como para que el paciente pueda realizar sus actividades, principalmente las laborales, no es descartado, al contrario es una posibilidad muy importante, siempre y cuando esté de acuerdo el paciente, explicándole el porque de la medicación. Hay que tener en cuenta, que es un tratamiento largo y que no se debe suspender, ya que los efectos comienzan a manifestarse en un promedio de tres semanas. Implementar este método permite el trabajo en conjunto del psiquiatra y del psicoanalista, aunque como se pudo observar eliminar o reducir toda la sintomatología juega en contra de la terapia psicoanalítica, ya que hay cuestiones que no tienen que ver con una disminución de la serotonina a nivel cerebral y si con fijaciones de la libido en estadios pre-genitales, con el mecanismo que ejerce uno de los destinos de la pulsión como es la represión, cuestiones que ponen a trabajar en el paciente las resistencias sobre lo reprimido, el retorno de lo reprimido deformado por modalidades de trabajo del sistema psíquico, los beneficios que conlleva padecer de esta patología, es decir ítems que pareciera no tener mucha relación con una disminución de un neurotransmisor en el espacio neuronal. La pregunta quizás, tendría que ser, por si se produce esta disminución de serotonina se produce todo lo demás, o al contrario, como se produce todo lo descubierto por el psicoanálisis disminuye como efecto la serotonina. ¿Qué será primero? Hoy en día, hay conocimiento sobre la intervención de las relaciones complejas entre factores neurofisiológicos y psicosociales en la etiología y en la patogenia de las enfermedades psiquiátricas. Los procesos neurofisiológicos o bioquímicos cerebrales son mecanismos mediadores más que agentes causantes. Sin embargo, desde los distintos sectores parece que se lo nega y hay tendencia a la polarización. El trabajo interdisciplinario con un psiquiatra que prescriba el psicofármaco adecuado permitirá que aumente el neurotransmisor disminuyendo los síntomas del TOC, del trastorno como dice la Psiquiatría, y con el análisis trabajar sobre lo subjetivo, levantando resistencias,

descubriendo junto con el analizante su modo de reprimir, y ayudando al otro a estar advertido de su sistema inconciente. Con el tratamiento psicofarmacológico se ataca directamente a los efectos de la patología, con el análisis, se ataca con un trabajo más arduo y muchas veces extenso, en el que interviene la relación transferencial, las causas, a la vez que se reeduca al Yo del paciente y se modifica su forma de pararse ante su enfermedad. Es decir, acudiendo al psiquiatra se busca que otro solucione el problema con su saber, mientras que acudiendo al psicoanalista, este tratará con la dirección de la cura, que no quiere decir que sea directivo con el analizante, sino que dirige el proceso de la cura, de que el saber no conciente del paciente se vuelva conciente, un saber que incluye posiciones, motivos y deseos contrarios, contrapuestos, que generan conflictos y que repercuten en la conducta de la persona, cuestiones como el amor-odio hacia un mismo objeto, cuestiones de identificación, cuestiones de naturaleza sexual, de energías, de afectos, de ideas que son reprimidas y luego resistidas para que el aparato o sistema mental funcione de alguna manera tratando de llegar a un equilibrio entre el mundo exterior y el mundo interior que incluye los deseos, los ideales, los mandatos parentales, la propia sexualidad, lo motivacional, lo perceptual, etc., y como mediador el YO, esa instancia psíquica que hace lo que puede y como puede para ser lo más funcional posible. La administración del psicofármaco permitirá que se produzca un cambio a nivel del sistema nervioso y producirá influencias a nivel del aparato psíquico en donde el YO deberá procesar lo que advierta desde el cuerpo, pero no cambiará en su modelo de reprimir, de defenderse, de protegerse contra lo amenazante y de solucionar conflictos, solución que se da con una respuesta de compromiso y que es lo que se denomina síntoma, y que tiene que ver con los deseos, por ello la recomendación de sesiones de psicoterapia desde la labor del psiquiatra. ¿Puede un psicofármaco cambiar algo del deseo del ser humano? ¿Puede un psicofármaco modificar las experiencias vividas o las fantaseadas? ¿Puede un psicofármaco modificar algo de la verdad individual de un paciente, de su verdad inconciente? ¿Puede resolver o apaciguar los deseos ambivalentes y contrapuestos para evitar conflictos? Aparentemente, todavía no, en cambio el Psicoanálisis, baja a esas profundidades del inconciente, y si bien, demostrar un cambio al nivel del deseo es imposible, intenta que algo de ese deseo se haga conciente, acercando al paciente al conocimiento de si mismo. En las neurosis obsesivas, el tratamiento que hace esta estructura en relación al deseo, tiene que ver con la imposibilidad, dice Umérez (1999). Entonces el analista ayudará a llevar luz para poder ver como funciona su mente. Pero, desde la otra postura, ¿puede un psicoanalista llevar a una persona a querer saber algo

sobre sí, que quizás no quiera saber? ¿Por qué sería tan importante saber sobre el propio aparato psíquico y su modo particular de funcionar si con el avance de la industria psicofarmacológica llegará el momento en que se produzca una pastilla para cada inconveniente? ¿Para qué pasar por el largo camino que ofrece el Psicoanálisis? No hace mucho se publicó que en los Estados Unidos se desarrolló un psicofármaco contra la timidez, y toda la gama de afecciones sociales que ella produce en un mundo en el que aparece la extroversión como la modalidad más efectiva. Seguro que funcionará en el mercado para una buena parte de la sociedad, para la gente introvertida que quiera modificar su ser. La premisa es callar al cuerpo y continuar sin detenerse bajo ningún aspecto, eliminar el dolor, eliminar la angustia, estar siempre en forma, alegres, aptos para la producción y para el máximo rendimiento, con un mínimo de debilidades y de conflictos, siempre dispuestos y a tono con las normas del mercado y el mundo capitalista.

El caso analizado lleva unas cuantas entrevistas en la institución y permiten observar la modalidad del trabajo psicoanalítico, pasando una primera etapa, la admisión en donde se trata de ubicar las coordenadas de la estructura del sujeto, con lo cual, se puede permitir aceptarlo, y una segunda etapa en la que comienza el contacto con el analista designado para F. Se observa como transmite lo que le sucede, y como se produce lo que el psicoanálisis espera, que es que se produzca ese corte en el que aparece de repente la figura del analista, su presencia, y con la cual comienzan a delinarse las primeras instancias de la transferencia, la cual permitirá pasar sus síntomas a este nuevo síntoma en análisis con el analista como núcleo. Son los comienzos de una terapia analítica. Y el diagnóstico se lleva a cabo con esta transferencia instalada y por medio de la cual F comienza a repetir en acto lo que no puede ser dicho. Se trata de despejar la primera demanda con la que llega a la institución y hallar la demanda de análisis que se irá dando en principio con el paso de las entrevistas preliminares. No es una demanda manifiesta, sino que el analista concluirá que se ha establecido, cuando F comience a preguntarse acerca de por qué le sucede lo que le sucede. Y lo más importante es que esta pregunta que se haga lo incluya, lo implique en su padecimiento, es decir que incluya su responsabilidad en su enfermedad. ¿Cuánto de él hay en lo que le sucede y que es vivido como una obligación impuesta sin poseer dominio sobre ello? La cura analítica cubre punto por punto la realidad psíquica, comenta Nasio (2007), y el analista, al aceptar llevar adelante una cura, se compromete a edificar con el sujeto analizando una nueva realidad alrededor de lo real. Un análisis es como una estructura que se construye sesión tras sesión, alrededor de un agujero, reproduciendo en acto un fragmento de la vida del paciente. Es decir, una cosa es que el analizante cuente su

historia. y otra cosa, es que la reviva, sin tener conocimiento de ello, con su analista. Esto es facilitado por la transferencia, ya que esta induce al paciente a desplegar un fragmento de su historia. En fin, la meta del análisis es llevar al analizante a articular la verdad sobre su deseo inconciente.

Todas las terapias disminuyen y atenúan los síntomas o logran que estos desaparezcan, se refuerza la capacidad de amar, de trabajar, de insertarse laboralmente y socialmente, pero no atacan las causas que producen la sintomatología, con lo cual es bastante probable que luego surjan nuevos síntomas. Para el modelo psicoanalítico, debe existir en el paciente una actitud ética para consigo, la regla fundamental del psicoanálisis es un trabajo, asociar es un esfuerzo que debe aceptar y lograr, y no seguir consintiendo el no saber de su goce, es decir no seguir siendo cómplice de lo que le sucede. Es famosa la frase donde Ello era el sujeto debe advenir. La técnica compromete al sujeto a hacer un recorrido por su inconciente, volviendo conciente sus pensamientos no sabidos y su actividad pulsional. Atravesar por esta experiencia no solo que no es sencillo, si no que puede ser muy doloroso, angustiante a veces, pero tiene que ver con una búsqueda del propio ser. Ftiene dos posibilidades, dos opciones válidas para elegir, una es aceptar lo que el profesional de la Psiquiatría le indique y aplacar, disminuir o disimular, o hasta hacer desaparecer los síntomas rápidamente mediante un cambio en su propio cuerpo, o esta otra opción, que con su propio cuerpo comience a atravesar un camino que lo llevaría a saber sobre si mismo, sobre sus propios deseos, a tomar conocimiento de su propia mente, de sus formas de resolver conflictos, de sus defensas, y pueda estar advertido de su inconciente, que por otra parte psicofármacos mediante, estos modos de operar de su propio sistema psíquico, seguirían trabajando, ya que el inconciente no puede ser ocultado o tapado. El psicofármaco no va a eliminar su inconciente ni sus mecanismos defensivos. Mientras tanto, el inconciente, su inconciente seguirá insistiendo y buscando decirse todo el tiempo, por los lapsus, por los síntomas o por los sueños. Y seguirá siendo atravesado por el lenguaje, que pre-existe al ser humano, y que luego lo determina como tal, y que lo incluye en la cultura en determinado momento histórico y que, a su vez, este se encargará de generar, de modificar, de acrecentar, de transmitir y mantenerla, y al mismo tiempo, porque no, soportar esta cuestión que Freud denominó el malestar en la cultura.

9- Bibliografía.

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Arellano, F. (2005). Equipo de urgencias subjetivas. En I. Sotelo (Ed.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. (pp. 105-106). Buenos Aires: JCE.
- Baudini, S. (2005). La urgencia y el tiempo. En I. Sotelo (Ed.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. (pp. 27-32). Buenos Aires: JCE.
- Baumgart, A. (2000). *Lecciones introductorias de Psicopatología*. Buenos Aires: Eudeba.
- Coronel, M. (2005). La construcción de un espacio. En I. Sotelo (Ed.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. (pp. 117-124). Buenos Aires: JCE.
- Cosentino, J. C. (1993). *Construcción de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Manantial.
- Chemana, R. & Vandermersch, B. (1998-2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- D'Angelo, R.; Carvajal, A. & Marchilla, A. (2006). *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires: Lugar
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1965,1996). *Tratado de Psiquiatría*. Octava edición. Barcelona: Masson.
- Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel.
- Freud, S. (1894). Las neropsicosis de defensa. (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis

- alucinatorias). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo III, (pp.41-61). Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1909). I- A propósito de un caso de neurosis obsesiva. II- Sobre la teoría. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo X, (pp. 127-194). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XII, (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XII, (pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XII, (pp. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XII, (pp.329-346). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). La represión. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XIV, (pp. 135-152). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis, Conferencia N° 16: Psicoanálisis y psiquiatría. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XVI, (pp. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis, Conferencia N° 23: Los caminos de la formación del síntoma. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XVI, (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis, Conferencia N° 24: El estado neurótico común. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XVI, (pp.344-356). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis, Conferencia N° 27: La transferencia. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XVI, (pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis, Conferencia N° 28: La terapia analítica. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XVI, (pp. 408-440). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XIX, (pp. 1-48). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925-1926). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Tomo XX, (pp. 71-161). Buenos Aires: Amorrortu.
- Furman, M. (2007). La lógica del diagnóstico. ¿Ataque de pánico o ataque de angustia? En E. Laurent; M. Furman; A. Scheinkestel; R. Skiadaressis; N. Yellati; A. Carofile & J. C. Stagnaro (Eds.), *Psiquiatría y Psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual*. (pp. 71-77). Buenos Aires: Grama.
- Gabbard, (1997). Teorías de la personalidad y Psicopatología: Psicoanálisis. En H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.) *Tratado de Psiquiatría*. VI Sexta Edición. . Volumen I, Capítulo VI, (pp. 393-436). Buenos Aires: Inter-Médica.
- Gurevich, M. (2002). Clínica del trastorno. Clínica del síntoma. En G. Lombardi (Ed.), *Hojas Clínicas N° 5*. (pp. 219-226). Buenos Aires: JVE.
- Hales, R. E; Yudofsky; Stuart C. & Talbott, J. A. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.

- Jorge, G. (2005). *Psicofarmacología para Psicólogos y Psicoanalistas*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J., (1967,1995). *Tratado de Psiquiatría*. VI Sexta Edición. Buenos Aires: Inter-Médica. Volumen 1.
- Krapf, E. E. (1959). *Psiquiatría*. Tomo I. Buenos Aires: Paidós.
- Lombardi, G. (2002). *Hojas Clínicas N° 5*. Buenos Aires: JVE.
- Lombardi, G. (2005). *Hojas Clínicas N° 6*. Buenos Aires: JVE.
- Lacan, J. (1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2003). *La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Marchant, N. F. (2002). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ananké.
- Miller, J. A. (1986). *Quehacer del Psicoanalista. Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Moizeszowicz, J. (1998). *Psicofarmacología psicodinámica IV*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (1992). *Cinco Lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan*. Barcelona: Gedisa.
- Nasio, J. D. (1996). *¿Cómo trabaja un psicoanalista?* Buenos Aires: Paidós
- Nasio, J. D. (2001). *Un psicoanalista en el diván*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (2007). *El placer de leer a Lacan. El fantasma*. Barcelona: Gedisa.
- Roa, A. (2002). La admisión no es una entrevista preliminar. En G. Lombardi (Ed.), *Hojas Clínicas N° 5*. Buenos Aires: JVE

Soler, C. (2007). *¿Qué se espera del Psicoanálisis y del Psicoanalista?*. Buenos Aires: Letra Viva.

Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia*. Buenos Aires: JCE.

Strauss, G. D. (1997). Diagnóstico y Psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico. En H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds), *Tratado de Psiquiatría VI Sexta Edición, Volumen I, Capítulo IX*, (pp. 477-593). Buenos Aires: Inter-Médica.

Sullivan, S. (1964). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.

Umérez, O. (2000). *Clínica de la histeria y de la Obsesión*. Buenos Aires: JVE.

Indice

| | |
|------------------------------------|----------|
| <i>1-Introducción</i> | 2 |
|------------------------------------|----------|

| | |
|--|----|
| 2- | |
| <i>Problema</i> | 3 |
| 3- <i>Objetivo general</i> | 4 |
| 3.1- <i>Objetivos específicos</i> | 4 |
| 4- <i>Marco Teórico</i> | 4 |
| 4.1- <i>La Psiquiatría</i> | 4 |
| 4.1.1- <i>La entrevista psiquiátrica</i> | 4 |
| 4.1.2- <i>El examen psiquiátrico</i> | 8 |
| 4.1.3- <i>El Manual de diagnóstico y trastornos mentales</i> | 10 |
| 4.1.4- <i>Sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo</i> | 12 |
| 4.1.5 - <i>Psiquiatría biológica</i> | 15 |
| 4.2.- <i>El Psicoanálisis</i> | 18 |
| 4.2.1- <i>La terapia psicoanalítica</i> | 18 |
| 4.2.2- <i>El síntoma psicoanalítico</i> | 21 |
| 4.2.3- <i>La transferencia</i> | 23 |
| 4.2.4- <i>Sintomatología de la neurosis obsesiva</i> | 26 |
| 5- <i>Desarrollo</i> | 28 |
| 5.1- <i>Tipo de estudio y diseño</i> | 28 |
| 5.2- <i>Participante</i> | 29 |
| 5.3- <i>Instrumentos y procedimientos</i> | 29 |
| 6- <i>Trabajo con el paciente</i> | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1- Trabajo psicoanalítico en la institución..... | 30 |
| 6.1.1- Entrevista de admisión..... | 30 |
| 6.1.2- Primera entrevista en la institución..... | 32 |
| 6.1.3- Segunda entrevista en la institución..... | 33 |
| 6.1.4- Sigüientes entrevistas en la institución..... | 34 |
| 6.2- Trabajo psiquiátrico en la institución..... | 35 |
| 6.2.1- Entrevista: Anamnesis y examen mental..... | 35 |
| 6.2.2- Medicación..... | 40 |
| 7- Análisis..... | 40 |
| 7.1- Trabajo psicoanalítico..... | 41 |
| 7.2- Trabajo psiquiátrico..... | 45 |
| 7.3- Semejanzas y diferencias en el diagnóstico en ambos modelos..... | 47 |
| 7.4- Comparación entre ambos lineamientos terapéuticos..... | 51 |
| 8- Conclusión | 54 |
| 9- Bibliografía..... | 60 |