



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

Prácticas psicoanalíticas subjetivantes en época de diagnósticos

**Modalidad de escritura:**

**Ensayo**

**Autora:**

Streva, Josefina

Legajo: S-5232/9

Email: joo.streva@hotmail.com

**Docente responsable:**

Simonit, Camila

Rosario

-AÑO 2024-

**Agradecimientos**

En primer lugar a mis padres Fabiana y Miguel, quienes me apoyaron y brindaron todo para que pueda estudiar en la universidad y siempre confiaron que llegaría a este día. A mis hermanas Agustina y Albertina, pilar fundamental de estos años, siempre dispuestas

a escucharme y acompañarme, al igual que Mario, siempre alegrándose por cada logro. A mi compañero de todos los días, siempre dispuesto a escucharme en las largas horas de estudio y a celebrar por cada meta alcanzada.

A mis amigas que me dio la facultad, sin ellas nada hubiese sido posible, por la compañía mutua y el aliento a seguir, por las largas horas que pasamos juntas y por el afecto y el amor que construimos que me permitió llegar hasta acá.

A mi familia y a mis amigos de la vida, los que me dio Payadoctores y el Jardín, todos han sabido acompañarme en este largo camino, siempre comprensivos y dispuestos a apoyarme.

A mi nona Luisa, a quien llamé después de cada examen y quien me prendió tantas velitas, siempre amorosa y esperándome para abrazarme sea cual sea el resultado. A Ada, mi analista, con quien construí un espacio de análisis que ha sido un gran sostén estos años, que me animó a seguir y a ir por mi deseo de ser psicóloga. Y dónde tanto aprendí y descubrí de esta maravillosa profesión.

A mi docente responsable, Camila Simonit, que supo acompañarme desde el primer momento y comprendió lo que significaba para mí la escritura de este trabajo y la problemática que aquí abordo.

Por último, a la Universidad Pública, que supo hacerme lugar en sus pasillos y recibirme en sus aulas, y que me permitió estudiar y formarme como profesional de la salud mental. Pero también, que me transmitió innumerables valores y que me enseñó que siempre es con otros y me permitió así un gran cambio a nivel personal.

¡Gracias!

## Índice

Resumen.....	
2 Introducción.....	
3	
I. Hacia una historia de la psiquiatría y los diagnósticos.....	5
II. Los diagnósticos en la actualidad.....	8
III. El discurso del psicoanálisis y los diagnósticos.....	10
IV. El proceso diagnóstico en psicoanálisis.....	13
Reflexiones finales.....	
17 Referencias bibliográficas.....	19

## **Resumen**

El presente ensayo aborda la temática de los diagnósticos y el psicoanálisis. El escrito se centra especialmente en la importancia de los diagnósticos tanto en términos académicos como en la praxis del analista, entendiendo que éstos se presentan de manera recurrente en los sujetos que asisten a análisis. Se centra además, en la importancia de conocer, qué es y cómo se da un proceso diagnóstico desde el discurso del psicoanálisis, para de ese modo establecer una aproximación al mismo que enriquezca el quehacer del analista. Se parte de la idea de que el diagnóstico pueda hacer las veces de un orientador para las distintas intervenciones por parte del analista y no que sea únicamente una etiqueta diagnóstica que encasille al sujeto. Para ello se realiza un recorrido histórico desde la aparición de los mismos, situando el surgimiento de

la psiquiatría y con ella de las clasificaciones de las enfermedades mentales, como así también la importancia que tiene la problemática de los diagnósticos en la actualidad y cómo interviene en la práctica clínica. Finalmente se plantean acercamientos a la concepción de proceso diagnóstico y el desarrollo del mismo, entendiendo que éste se sostiene en una práctica ética y siempre respetuosa de las singularidades y subjetividades de los sujetos que padecen.

*Palabras claves:* diagnóstico, psicoanálisis, proceso diagnóstico, praxis.

## **Introducción**

2

Abordar los diagnósticos es una tarea de suma relevancia, tanto desde el ámbito académico como desde la praxis del analista. Éstos surgen durante el siglo XIX junto a la aparición de la psiquiatría y con ella de la nosología. Es pertinente trazar un recorrido de la aparición de los diagnósticos, entendiendo que surgen durante un contexto específico, contexto en el que el poder judicial necesitaba averiguar si el sujeto estaba loco o no a partir de los síntomas que presentaba. Es así que el psiquiatra, a modo de una especie de policía, debía hacer un informe diferencial que permitiera alojar al paciente en alguno de los cuadros clínicos cuya descripción se comenzaba a formar en aquel entonces gracias a

la incipiente nosología. “Época en la que se forjó la clasificación de las enfermedades mentales” (Capurro, 2008, p. 89).

Los diagnósticos serán puestos en tensión desde miradas disímiles, por un lado se abordarán desde el discurso médico/hegemónico y por el otro desde el discurso del psicoanálisis. Entendemos que desde el discurso médico y psiquiátrico se usa el diagnóstico como una forma de clasificación del sufrimiento psíquico, de modo que se convierte en una taxonomía que tiene de tarea principal el subsumir un caso particular en una regla general (Ritvo, 2003). En cambio, desde el discurso del psicoanálisis no es una colección de rasgos fijos que operan gracias a un método de presencia y ausencia, sino un instrumento flexible para saber lo que es posible saber, lo que es necesario aquilatar y los límites de la imposibilidad (Ritvo, 2003).

Actualmente los diagnósticos se hacen presentes en la cotidianeidad de la clínica, muchas veces como carta de presentación de los sujetos y como algo que se les ha sido adjudicado. Es de suma relevancia como profesionales de la salud mental conocer y adoptar maneras de situar al sujeto que habiliten y posibiliten, y no rótulos que invaliden. Reconociendo la idea de que el discurso del psicoanálisis se sirve también como expone Ritvo (2003) de un diagnóstico como orientador para el análisis y no como una etiqueta médica. Se trata entonces de que el mismo sirva de guía en la clínica hacia la dirección de la cura.

Frente a lo anteriormente mencionado surgen las preguntas que le darán forma a la problemática, las mismas giran en torno a: ¿qué posición toma el psicoanálisis con respecto a la función del diagnóstico? ¿Cómo es el papel del diagnóstico en la actualidad? Si en el siglo XIX los diagnósticos sirven a la alianza médico-psiquiátrica ¿qué hace que en la actualidad esa predominancia siga siendo médica? Y, ¿Cómo abordan los psicoanalistas en la praxis la etiqueta diagnóstica incluso desde sus propios principios teóricos? Ya que a pesar de que los términos planteados como estructuras ‘neurosis psicosis-perversión’ nunca pretendieron ser cuadros clínicos diagnósticos en sí mismos, si no posiciones del sujeto frente a la falta, ello no les ha impedido existir como tales (Rodríguez Ponte, 2010). De esta manera, este escrito aborda el supuesto de que el psicoanálisis sostiene una mirada particular sobre los diagnósticos, mirada que lo entiende como una función en el trayecto de un análisis y para la dirección de la cura, que aún en la actualidad, después de más de cien años de su surgimiento mantiene su vigencia.

En conjunto a la escritura se analizan diversos recortes de la película “*Alguien voló sobre el nido del cuco*” (Forman, 1975) que irán poniendo en tensión la diferenciación entre ambos discursos.

Para poder dar respuesta a los interrogantes mencionados recurriremos a la lectura de diversos autores, realizaremos una escritura a modo de ensayo que nos permita establecer una postura crítica y argumentada sobre los diagnósticos y sostendremos una posición que se aleje del prejuicio, el sentido común o de una valoración moral.

3

A partir de la mirada del discurso psicoanalítico y a través de este escrito podremos abordar una problemática vigente en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud mental, recorriendo para ello diversos autores que nos brindan una lectura particular y necesaria para el quehacer del psicólogo desde una mirada subjetivante y habilitadora.

## **I. Hacia una historia de la psiquiatría y los diagnósticos**

Si nos proponemos abordar la problemática de los diagnósticos, es pertinente establecer en primera instancia un breve recorrido por la historia del surgimiento de la

psiquiatría y con ella de la aparición de la clasificación de las enfermedades mentales.

Juan Carlos Stagnaro, en su escrito sobre las nosografías psiquiátricas, nos presenta la descripción de este concepto diciendo que “la nosografía (nosos: enfermedad, graphein: describir) y la nosología (nosos: enfermedad, logos: ciencia, tratado), es la rama de la medicina que trata de la clasificación, de la definición del estudio de los caracteres distintivos de las enfermedades” (Stagnaro, 2012, p. 165). Y, por su parte, Castellano (2008) afirma que “la nosología, forma parte del cuerpo del conocimiento de la medicina, y tiene por objeto describir, explicar, diferenciar, y clasificar la amplia variedad de las enfermedades o procesos patológicos existentes” (p. 33). Frente a estas descripciones, visualizamos la amplia tendencia que tiene la psiquiatría a etiquetar y establecer rótulos a los diversos sufrimientos que en la actualidad aquejan a los sujetos, cuestión que pondremos en tensión, frente a la mirada propia del psicoanálisis que atiende a lo singular y particular.

La psiquiatría y junto con ella la nosología se han desarrollado a lo largo de los siglos y su avance hacia la actualidad es significativo. Si nos remontamos a la antigüedad, se entendía a la enfermedad mental como causa del desequilibrio de los humores del cuerpo, concepción que es propia de Hipócrates. Hacia la Edad Media, la concepción de los trastornos mentales se relacionaba con cuestiones de la superstición. Con el Renacimiento aparecieron los asilos y hospitales mentales que albergaban a personas con enfermedades mentales. Hacia el siglo XVII, con la aparición de la Ilustración y con ella de los avances científicos, se promovieron modificaciones en los asilos y el tratamiento más humanitario de los pacientes. Durante este período surgen cambios notorios y profundos en la historia de la psiquiatría. Philippe Pinel, médico psiquiatra francés, es uno de los representantes de esta época y es reconocido por la reforma de la atención a las personas con trastornos mentales. Entre sus trabajos más reconocidos, se sitúa el trabajo humanitario que realizó en el Hospital Bicêtre de París como así también en el 1793 la eliminación de las cadenas de los pacientes que allí se encontraban, y fue según Stagnaro (2012) quien “dividía las enfermedades mentales en idiocia, manía, melancolía y demencia” (p. 167).

A lo largo del siglo XVIII y XIX se amplían las clasificaciones de las enfermedades mentales y también surge la concepción de monomanía homicida. Foucault (1996) plantea que en aquel momento surge la intervención de la psiquiatría en el terreno penal frente a una serie de casos que presentaban características similares. Éstos surgían de un grado cero de locura, eran casos criminales graves, se desarrollaban en la esfera doméstica y eran cometidos sin razón. Foucault (1996) agrega: “Lo que la psiquiatría del siglo XIX inventó es esa identidad absolutamente ficticia de un crimen-locura, de un crimen que es todo el locura, de una locura que no es otra cosa que crimen” (p. 106).

Entendemos así que durante el siglo XIX el crimen se convirtió para los psiquiatras en un problema relevante porque se trataba de un terreno de conocimiento desconocido en aquel momento. El desarrollo de la psiquiatría en este ámbito no fue porque se aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de conducta sino porque funcionaba como una forma de higiene pública. Capurro (2008) haciendo alusión a lo sucedido en el siglo XIX dice: “en esos años se forjó, en efecto, gran parte de la clasificación, nominación y pronóstico, curable e incurable, de las llamadas “enfermedades mentales” (Capurro, 2008, pp. 89-90).

Hacia el siglo XX, Stagnaro (2012) menciona que “se instaló una perspectiva inspirada en la psiquiatría dinámica, en la que la influencia de la fenomenología y el

psicoanálisis cristalizaron en una síntesis que se conoció como el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas” (p. 167). Afirma que detrás de cada cuadro clínico subyacía una teoría del suceder psíquico y que el psicoanálisis ganó una gran audiencia con su modelo estructural nosográfico tripartito: neurosis, psicosis y perversión. Observamos así que el discurso del psicoanálisis no escapa a lo que hemos mencionado sobre la clasificación de las enfermedades mentales, las menciona y aborda de un modo muy diferente a cómo lo hace el discurso médico/psiquiátrico, pero aun así las sitúa. El acercamiento al modelo estructural del psicoanálisis es central para la escritura de este ensayo, cuestión que abordaremos en los siguientes apartados.

Es de suma relevancia situar a mediados del siglo pasado la aparición de la necesidad de una determinación más objetiva de los cuadros clínicos por medio del “establecimiento de criterios explícitos con el propósito de otorgar una mayor validez a los diagnósticos, permitir una fiabilidad de los mismos y unificar la nomenclatura a nivel mundial para favorecer la investigación y las estadísticas epidemiológicas” (Stagnaro, 2012, pp. 167-168).

Hacia el 1900, menciona Stagnaro (2012), en la primera Conferencia Internacional realizada en París se adoptó una clasificación de causas de defunción organizada en 179 grupos y otra clasificación para estadísticas de morbilidad, surge lo que sería la primera revisión o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-1). Es desde aquel momento que la CIE se actualizó cada diez años aproximadamente, llegando en el año 2022 a la edición número once en la que se pueden identificar alrededor de 1, 6 millones de situaciones clínicas.

En el año 1952 la American Psychiatric Association (APA) creó una clasificación simple, enumerativa, de los “Trastornos mentales, desordenes psiconeuróticos y trastornos de la personalidad” (Stagnaro, 2012, p. 174), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I), llegando en el año 2022 a su versión DSM-V-TR.

Los últimos dos sistemas de clasificación de los diagnósticos, según menciona Romina Scaglia (2011) “adoptan el enfoque observacional y empírico, de la medicina. Se limitan a describir las manifestaciones posibles de cada trastorno. No formulan hipótesis etiológicas para explicarlos, tampoco proponen líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico” (p. 1). Esto lleva a un enfoque reduccionista, donde no se puede captar la diferencia entre diversos sujetos con el mismo diagnóstico y donde se pierde de vista lo singular y aquello que lo hace único tanto a él como a su sufrimiento. A su vez, encerrar diversas problemáticas dentro de un mismo diagnóstico conlleva generalizar las intervenciones y la forma de abordarlos.

Para retomar la idea de peligrosidad que se le adjudica a la locura y la necesidad que tiene el discurso psiquiátrico de establecer un diagnóstico, como mencionamos anteriormente, podemos situar la siguiente escena del film “*Alguien voló sobre el Nido del Cuco*” (Forman, 1975):

En un primer encuentro entre Randle P. McMurphy, protagonista del film que llega desde una institución carcelaria al hospital psiquiátrico, y el Dr. Spivey, médico psiquiatra y director del mismo, mantienen la siguiente conversación:

-Dr Spivey: ¿Por qué en la cárcel consideran mandarte aquí?, ¿por qué piensan que eres un enfermo mental?, ¿lo eres?

-McMurphy: ¿no lo dice allí en el informe?

-Dr Spivey: Dice que ibas por allí jugando balón

-McMurphy: Sí, ¿por qué no meten a todo Harlem Globetrotters en la cárcel o en un hospital psiquiátrico?

-Dr Spivey: ¿pero con un balón imaginario?

6

En esta conversación podemos observar cómo es la llegada del protagonista desde una institución carcelaria al hospital psiquiátrico, quien es enviado allí por el poder judicial. Es el Doctor Spivey, quien le pregunta acerca de sus síntomas y actitudes para establecer un diagnóstico y justificar así su estadía en el hospital psiquiátrico como también su grado de peligrosidad. Mirada que es propia del discurso médico psiquiátrico, como hemos observado a través del recorrido histórico presentado anteriormente. El diagnóstico de McMurphy marcará su destino, determinará su estadía allí y el tratamiento con psicofármacos que recibirá, como también sucede con sus compañeros de sala.

Es así como podemos observar el surgimiento y avance de la psiquiatría desde la antigüedad hasta nuestros días, y también junto a su aparición, el surgimiento de la nosología, que ha generado con el correr de los años la eclosión de innumerables rótulos que pretenden encasillar y etiquetar a los sujetos a partir de la observación y clasificación de sus signos y síntomas, especialmente de aquellos relacionados a las enfermedades mentales, que es aquello que venimos abordando a lo largo de este Trabajo Integrador Final (T.I.F).

En relación a ello, es pertinente mencionar que asistimos a una época en la que prevalece una imperiosa necesidad de ponerle nombre a los diversos padecimientos de los sujetos. Surgen alrededor de este tema diversas preguntas que nos permitirán continuar indagando, algunas de ellas son: ¿qué ocurre actualmente que hace que los diagnósticos sean tan recurrentes? ¿por qué el ámbito de la salud mental está atravesado por la predominancia médica de etiquetar y de ponerle un rótulo a las dificultades o problemáticas en los sujetos?, y en relación a ello, ¿cómo aborda el discurso del psicoanálisis en la praxis éstos rótulos con los que asisten muchas veces los sujetos? Es así que a partir de estos interrogantes le daremos continuidad a nuestro escrito.

## II. Los diagnósticos en la actualidad

Hablar sobre los diagnósticos no es posible sin enmarcarlo en el contexto actual. Lo cierto es que asistimos a una época en la que se observa un uso excesivo de los mismos, donde éstos hacen las veces de una etiqueta y/o rótulo que se le adosa al sujeto que padece y que a su vez impacta y modifica la dinámica familiar.

Ésta problemática presente atraviesa a todos los rangos etarios, pero es importante resaltar que en las últimas décadas se han acrecentado los diagnósticos en las infancias, cuestión que es sumamente compleja en sujetos que están en plena constitución subjetiva. Se observa una excesiva utilización de nombres o siglas como TEA (Trastorno del Espectro Autista), TDAH (Trastorno por el Déficit de atención e Hiperactividad), TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), Depresión y muchas otras. Estas categorías y clasificaciones, aparecen principalmente como hemos mencionado anteriormente, a partir de la creación del DSM. En relación a ello, Collares, Moysés y Untoiglich, (2013) señalan que los problemas cotidianos de la vida han pasado a ser clasificados como problemas de salud, en un proceso llamado medicalización de la vida.

Es importante comprender el contexto social en el que surge esta problemática, en relación a ello Levobich afirma:

La posmodernidad promueve una idea de sujeto: eficaz, eficiente, productivo, hiperactivo, emprendedor, autosuficiente, autogestivo. Alguien que debe adaptarse a los ritmos vertiginosos, reponerse rápido de las pérdidas, no sentir, no parar. Ser activo, útil, práctico. Mandatos tiránicos y cínicos en épocas caracterizadas por la expulsión y la segregación:

muros, vallas, mares, océanos dividiendo el mundo: están los que llegan y se salvan, otros mueren en el intento. (Levobic, 2023, párr. 7).

¿Qué sucede con aquellos que no cumplen con las expectativas de esta sociedad? Observamos que en los sujetos que opera otro tiempo, el tiempo propio de la subjetividad, tan singular y único, son asignados y puestos bajo el nombre de una patología, acortando así la posibilidad de devenir de ese sujeto y con ello la de crear su propio tiempo. Son sujetos que pasan a ser, en muchos casos, nombrados por sus diagnósticos y estigmatizados, y que a su vez comienzan a deambular por diversas terapias y especialistas, que dicen tener la “solución” a sus problemáticas. Sucede entonces, que en muchas oportunidades se diagnostican y engloban en una etiqueta diagnóstica problemáticas que son atinentes a la época en que surgen, como lo es la ansiedad, la falta de atención, los cuerpos en constante movimiento o la falta de juego en los niños.

Asistimos, según Betina Monteverde (2015), a un momento histórico que tiende a pensar las prácticas de salud ligadas a la ampliación de derechos, es decir, existen cambios fundamentales en el orden de políticas de salud, como lo es la Ley de Salud Mental N°26.657, con una orientación de prácticas de cuidado en concordancia con una construcción social vinculada a la delimitación de los derechos humanos y sociales de todas las personas. Así es que al mismo tiempo que esto sucede, surge dentro del campo de la salud mental:

Una tendencia medicalizante apoyada en la lógica de la neurociencia y el desarrollo de la industria farmacológica, a partir de la cual se individualiza el proceso de salud-enfermedad, en tanto se considera al contexto social como externo al fenómeno en cuestión y se reduce el padecimiento psiquiátrico a lo patológico, produciendo un centramiento en lo biológico. (Monteverde, 2015, p.3).

8

Observamos así que todos los ámbitos de la vida cotidiana, como lo es la escuela, los consultorios médicos, pediátricos y hasta los medios de comunicación, están colmados de estas etiquetas diagnósticas.

Lo que sucede comúnmente es que, como lo afirma Levobic (2023), se observan problemáticas muy disímiles que son catalogadas bajo un mismo rótulo y abordadas con iguales estrategias, lo que lleva a la pérdida de lo más singular del sujeto y el ingreso en los casilleros diagnósticos de lo igual. Lo que conlleva además, a proponer soluciones simples para problemas complejos. Ahora bien, lo que sucede con un sujeto que recibe una etiqueta diagnóstica es que ésta tiende a volverlo pasivo, o peor aún, lo pasiviza al recibir del exterior un saber clasificatorio preestablecido (Mordoh et al, 2007).

Esta visión que es propia del discurso médico psiquiátrico tiene sobre los diagnósticos la siguiente visión:

En lugar de pensar la función del diagnóstico como una guía, una brújula que posibilita orientar el trabajo clínico y la escucha del profesional acerca de la multiplicidad de factores que intervienen en el sufrimiento del chico junto con estrategias de intervención, se cierran las preguntas con respuestas que obturan toda posibilidad de pensar ¿Quién es este niño? ¿Cómo es su contexto? ¿Qué le pasa? ¿De qué sufre?. (Levobic, 2023, párr. 3).

Observamos de esta manera cómo las etiquetas diagnósticas surgen en muchas

ocasiones de manera apresurada, cuando la manera de arribar a una hipótesis diagnóstica necesita de mucho más tiempo, es así que en varias ocasiones los sujetos reciben una etiqueta a partir de la utilización de tests o cuestionarios que se les aplican, práctica que es muy común en los niños y que muchas veces son a partir de respuestas brindadas por sus padres. Estas etiquetas diagnósticas que actualmente son adjudicadas de manera desmedida son seguidas de un sinfín de prácticas, tales como la medicalización o el encierro. Siendo éstas, intervenciones que no habilitan al sujeto para que algo diferente acontezca, sino que lo encierra y limita en su devenir, devenir que es marcado por una etiqueta.

Un diagnóstico tiene un efecto tranquilizador, en especial para el médico, ya que con él reduce su no saber. Pero si este diagnóstico sólo ata al sujeto a una categoría y con ello se pierde la singularidad psíquica, produciendo un desconocimiento de las particularidades de su subjetividad, esto da lugar a uno de los riesgos a los que se expuso el diagnóstico psiquiátrico a pesar de su valor (Rubinstein, 1999).

Es así que como profesionales de la salud mental es sumamente importante mantener una actitud ética frente a la problemática de las etiquetas diagnósticas, una actitud que implique negarnos a procedimientos que terminan siendo invasivos, poco respetuosos y iatrogénicos para con los sujetos (Levobic, 2023).

En contraposición al diagnóstico médico-psiquiátrico surge la mirada del discurso del psicoanálisis, que propone otra visión con respecto a los mismos. Es así, que conociendo las tres grandes estructuras en las que se fundamenta el psicoanálisis, como lo son la neurosis, psicosis y perversión, nos propondremos abordarlas para así establecer su diferenciación del discurso médico- psiquiátrico, trabajo que realizaremos en a continuación, para luego pasar a describir el proceso diagnóstico y definir cuál es la utilidad del mismo en un análisis para dirigir la cura.

### **III. El discurso del psicoanálisis y los diagnósticos**

En este punto, resulta pertinente establecer un acercamiento a las nociones de neurosis, psicosis y perversión que propone el discurso del psicoanálisis. Estas nociones son entendidas como estructuras clínicas o al modo de Daniel Gerber como estructuras subjetivas, de las que él dirá:

Una estructura no es una categoría que lo dice todo del sujeto, designa más bien una configuración subjetiva específica, determinada por la posición del sujeto ante el deseo del Otro, es decir, ante la falta de la estructura que lo determina. (Gerber, 2014, p. 125).

Freud no nombra de manera directa neurosis, psicosis y perversión en todas sus obras, estos conceptos son parte integral de su teoría y se derivan de su trabajo sobre la psicopatología, la sexualidad y la estructura de la mente. En conjunto, sus escritos proporcionan una comprensión más completa de estos conceptos y su importancia en la teoría psicoanalítica. Para ello, realizaremos una presentación de las tres estructuras clínicas, haciendo mención también al desarrollo que posteriormente realiza Lacan a partir

del retorno a Freud.

Con respecto a la neurosis, según el Diccionario Introdutorio de Psicoanálisis Lacaniano (2007), “Freud utiliza ese término a veces con un carácter general, aplicándolo a todos los trastornos mentales en sus primeras obras, y a veces con referencia a tipos patológicos específicos (en oposición a psicosis)” (p. 137). Y el Diccionario de Psicoanálisis (2013) manifiesta que la neurosis es una “afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa” (p. 236).

Desde los escritos de Lacan, la neurosis tiene la estructura de una pregunta y ésta es una pregunta que el ser le formula al sujeto, es decir:

Las dos formas de neurosis (la histeria y neurosis obsesiva) se distinguen por el contenido de la pregunta. La pregunta del histérico (¿soy un hombre o una mujer?) se relaciona con el propio sexo, mientras que la pregunta del neurótico obsesivo (¿ser o no ser?) tiene que ver con la contingencia de la propia existencia. Estas dos preguntas... da la casualidad que son las dos preguntas finales que precisamente no tienen solución en el significante. Esto es lo que les da a los neuróticos su valor existencial. (Evans, 2007, p. 137).

La psicosis es otra de las estructuras clínicas que mencionamos, este término surgió en psiquiatría en el siglo XIX como designación de la enfermedad mental en general. Con Freud la psicosis designaba las formas extremas de la enfermedad mental y la neurosis los trastornos menos graves, cuestión que él mismo desarrolló en varios de sus trabajos (Evans, 2007).

Por su parte, Lacan menciona la cuestión en su seminario *Las Psicosis*, diciendo que pertenece a una de las estructuras clínicas y que es caracterizada por la operación de la forclusión. Y en relación a ello Evans dirá: “en esta operación el nombre del padre no es integrado en el universo simbólico del psicótico (es forcluído) con el resultado de que en el orden simbólico queda un agujero” (Evans, 2007, p. 156).

En el psicoanálisis de Lacan es relevante distinguir entre psicosis como estructura clínica y fenómenos psicóticos como lo son el delirio y la alucinación. “Para que aparezca un fenómeno psicótico se requieren dos condiciones: el sujeto debe tener una estructura psicótica y el Nombre del Padre tiene que ser llamado en oposición simbólica al sujeto” (Evans, 2007, pp. 156-157). Para Lacan cuando está en ausencia la primera condición, ninguna confrontación con el Significante Paterno llevará a fenómenos psicóticos (un neurótico no puede volverse un psicótico), y si falta la segunda condición, la estructura

10

psicótica se mantiene latente (Evans, 2007). No ha sido solo ésta la formulación de Lacan en torno a la psicosis, en 1970 reformula su enfoque en torno a la noción de nudo borromeo, cuestión en la que no ahondaremos en este escrito, pero que no es menos importante.

Si continuamos con el acercamiento a las estructuras clínicas propias del discurso del psicoanálisis, Freud en torno a la perversión dirá que se trata de una desviación o cambio del objeto y la meta sexual respecto de la norma establecida, pero a su vez esto es problematizado por él mismo a partir las ideas sobre la perversión polimorfa de toda la sexualidad humana, que se caracteriza por la ausencia de un orden natural dado de antemano (Evans, 2007).

En cambio para Lacan ya no es la perversión una conducta sexual, sino una estructura clínica, que se distingue de las demás por la operación de la renegación, es decir, el perverso reniega la castración, “percibe que la madre carece de falo y al mismo

tiempo se niega a aceptar la realidad de esa percepción traumática” (Evans, 2007, p. 150). La perversión es también para Lacan un modo particular de ubicarse en relación con la pulsión, “el sujeto se sitúa como objeto de la pulsión, como el medio para el goce del otro” (Evans, 2007, p. 150).

Habiendo mencionado brevemente la manera en que tanto Freud y Lacan abordan neurosis, psicosis y perversión, Rubistein (1999) concluye:

En ambos reconocemos la fecundidad de un pensamiento que construye un saber a partir de discernir y reconocer diferencias y recurrencias producidas en las condiciones de la experiencia analítica. El diagnóstico permite distinguir formas de funcionamiento y organización subjetiva y en esta perspectiva se acerca al sentido etimológico del término. (Rubistein, 1999, p. 4).

Luego de establecer un breve recorrido por las diversas estructuras clínicas del psicoanálisis, es importante agregar que Lacan en sus seminarios nodales va dejando de lado y mencionando con menor frecuencia las palabras neurosis, psicosis y perversión, para así tomar otra elección entre locura y debilidad mental (Ricardo Rodríguez Ponte, 2010). Es así, que se produce un vuelco en la teoría propuesta por Lacan a partir del retorno a Freud, cuestión que es relevante dejar presente en este escrito, pero de lo que sería dificultoso abordar, por lo extenso y complejo del tema.

Las tres grandes estructuras que ubica el discurso del psicoanálisis se nos presentan en un primer acercamiento como un modelo clasificatorio de las enfermedades mentales al estilo del discurso médico/psiquiátrico. Pero entendemos que en psicoanálisis no se toma al diagnóstico como una mera clasificación del sufrimiento psíquico, al modo de como lo hace la psiquiatría, por el contrario, el saber del psicoanálisis “está ligado a la invención de un método de tratamiento que da lugar a la absoluta singularidad” (Capurro, 2008, p. 93).

La singularidad, que es la manera en la que aborda al sujeto el psicoanálisis, atiende aquello que es único e irrepetible, cuestión muy disímil a lo propuesto por el discurso médico-psiquiátrico, que pretende señalar rasgos comunes para así clasificarlos y nombrarlos, haciendo desaparecer así lo máspreciado del sujeto, su subjetividad. Eso que es singular para el psicoanálisis, se revela en el trayecto de un análisis a través de la historia personal, sueños y otros aspectos de la vida psíquica.

Cuando mencionamos a las estructuras clínicas que propone el discurso del psicoanálisis, hablamos, como menciona Rodríguez Ponte (2010) de posiciones del sujeto frente a la falta, es decir, que lo central de la estructura es una desarmonía fundamental, instaurada por la castración.

11

Entonces, si lo que hay es un posicionamiento del sujeto y éste es en su devenir constante, el psicoanálisis no pretende rotular o etiquetar al sujeto y dejarlo encasillado allí, pero a su vez, sí pretende poder hacer una lectura y saber desde dónde ese sujeto se sitúa para con ello poder realizar el trayecto de un análisis y dirigir la cura. Con el psicoanálisis “lo que se inauguró fue una vía de subjetivación, mediante un análisis que se hace con los desechos del supuesto saber racional. Sueños, síntomas, lapsus, chiste: con Freud la razón misma cambia de lugar, el saber cambia de localización” (Capurro, 2008, pp. 97-98).

Los dichos de Juan Bautista Ritvo (2003) dejan entrever con claridad la postura

que sostenemos a lo largo de este TIF:

La psicopatología psicoanalítica es antes que nada un trayecto, es decir, un curso de navegación que tiene que bordear obstáculos, franquear pasos y sobre todo tomar decisiones en momentos cruciales, que son los momentos en los que emerge ese “poco de libertad” de que nos habla Lacan. No es una colección de rasgos fijos que operan gracias a un método de presencia y ausencia. (Ritvo, 2003, p.21).

Entendemos luego de conocer la manera que tiene el discurso del psicoanálisis de abordar las estructuras clínicas, que éstas se distancian enormemente de lo propuesto por la psiquiatría. El psicoanálisis va hacia lo singular del sujeto, a escuchar en él lo que emerge, a respetar y validar su deseo, no pretende encasillar ni rotular, sino entender desde dónde el sujeto se posiciona para así dirigir la cura. Postura que habilita al sujeto que padece y no lo invalida como sucede con una etiqueta diagnóstica.

#### **IV. El proceso diagnóstico en psicoanálisis**

Luego del recorrido realizado, abordaremos la manera en la que el discurso del psicoanálisis lleva a cabo un proceso diagnóstico y cuál es la función del mismo en la dirección de la cura. El proceso diagnóstico, tal y como lo expresan Thompson et al. (2006), es entendido como:

El trabajo por el cual el analista se ubica en el campo transferencial del paciente, para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece. El resultado del proceso no es solamente una etiqueta o código diagnóstico, sino una puesta en forma del síntoma en un vínculo transferencial, que supone al menos una experiencia del inconsciente. (Thompson et al., 2006, p. 104).

Suponemos en el devenir del proceso diagnóstico el paso de un estado a otro, lo que implica al menos dos tiempos lógicos, por un lado un trabajo del analizante y por otro una operación del analista. El objetivo de tal trabajo es hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma. Lo que hace necesaria la diferenciación con el diagnóstico, siendo éste uno de los resultados (no el único) de este proceso, que “consiste en la atribución clasificatoria, respecto de una determinada presentación clínica, de una categoría nosológica” (Thompson et al., 2006, pp. 104-105).

Para Lacan ésta precisión más nítida del síntoma le da al analista otra manera de abordar la diversidad de los casos y a partir de ese momento quizás “se llegará a encontrar una nueva clasificación clínica que la de la psiquiatría clásica que no ha sido tocada ni enhebrada nunca por una buena razón, que hasta el momento sobre ese tema nadie pudo hacer otra cosa que seguirla” (Lacan, 1967-68, p. 179).

Así, el psicoanálisis se separa del diagnóstico tradicional por su objeto. Como lo señala Soler “un diagnóstico consiste en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta” (Soler, 1995, p. 34). Y para Thompson et al. (2006) ese material clínico no es otro que el discurso del analizante.

Observamos entonces que el psicoanálisis hace uso del proceso diagnóstico de una manera muy disímil al discurso médico psiquiátrico, siendo el de éste último un diagnóstico desde afuera que se da cuando se toma una característica del caso como suficiente para establecer el diagnóstico. Mientras el psicoanálisis tiene la exigencia de llegar a un diagnóstico desde adentro del caso, que obliga a revisar los indicadores que posibilitan poner en cuestión cualquier diagnóstico (Thompson et al., 2006).

La estructura íntima del proceso que concluye con el diagnóstico, al modo de cómo lo desarrolla Thompson et al. (2006), se establece a partir de los estados iniciales y pasajes que tal proceso supone.

En primer lugar, el vocablo “proceso” es definido por la Real Academia Española (2006) como el “conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial”. Por lo tanto un proceso supone:

Un estado inicial que constituye su primera fase, que en nuestra clínica remitimos a las modalidades de presentación del padecimiento subjetivo. Un estado posterior que constituye su segunda fase, del cual el estado inicial es antecedente. Y al menos una operación que hace posible el pasaje o sucesión de un estado a otro. (Thompson et al., 2006, p. 105).

Teniendo en cuenta las fases del proceso mencionadas, los indicadores clínicos de los estados iniciales del proceso diagnóstico y los pasajes que se derivan de tales estados se sitúan de la siguiente manera.

En primer lugar se ubica el motivo de consulta. Para el discurso médico, éste se restringe al padecimiento que conduce al paciente a buscar la intervención de un

profesional; en cambio, desde el psicoanálisis se obliga a extender su sentido ya que hay numerosos casos en los que el motivo de consulta no coincide con el padecimiento (Thompson et al., 2006). Lo que ha llevado a definir al motivo de consulta como “aquello que empuja a ese primer punto de encuentro entre el analista y el paciente” (Haldemann, Muraro, 2006, p. 362). Y a su vez, “es lo que nos permite verificar la variedad de argumentos con los que el paciente intenta justificar ante el terapeuta por qué se debe prestar oídos a lo que viene a traerle, constituyendo una articulación primera de la demanda” (Thompson et al., 2006, p. 105).

Es por ello que el motivo de consulta se ha tornado un indicador valioso para el diagnóstico, nos propicia el lugar en que se ubica el paciente como el que le atribuye al Otro en los momentos iniciales del tratamiento. Así veremos que “no es lo mismo el desamparo neurótico que busca del Otro la salvación, que el psicótico que llega a presentar al Otro los hallazgos para la solución de su síntoma” (Thompson et al., 2006, p. 105).

En este nivel de motivo de consulta, que es parte del proceso de diagnóstico podemos observar:

Un pasaje de un estado primero en el cual el padecimiento se presenta indeterminado o no se presenta y frente al cual el paciente sostiene su posición de no querer saber, descrita por Freud como “política del avestruz” (Freud 1914, 154), a un estado siguiente en el que, despejadas las demandas primeras y modificándose parcialmente la posición del paciente “se exteriorizan unos síntomas que antes eran casi imperceptibles” (Freud 1914, p. 154). (Thompson et al., 2006, p. 105).

Ahora bien, luego de la primer fase continua la ocasión de la consulta, es decir, aquel episodio o circunstancia, encuentro que determina que el sufriente consulte a un profesional. Suele ser de gran valor diagnóstico esa brecha que se presenta entre los comienzos del padecer del paciente y la toma de decisión de consultar por eso” (Thompson et al. 2006, p. 106).

De la ocasión de la consulta se hace paso a la ocasión de enfermar, ésta última es el acontecer traumático que lleva a la formación de síntoma en tanto solución al conflicto patológico. “En cuanto la ocasión de enfermar deriva en una solución no deja de anudar la estructura, por lo que no necesariamente lleva a la consulta” (Thompson et al. 2006, p. 106). Entonces cuando el anudamiento fracasa, la enfermedad eventualmente termina de constituirse como defensa contra el síntoma (Thompson et al. 2006). Es decir:

El yo encuentra que este intruso [el síntoma] amenaza y menoscaba su unicidad, prosigue la lucha contra el síntoma tal como se había defendido de la moción pulsional originaria, y todo esto da por resultado el cuadro de la neurosis. (Freud, 1992, p.156).

Vemos esta descripción que presenta Freud especialmente relacionada a la neurosis. En las psicosis en cambio se presentan formas de estabilización que le permiten al sujeto arreglárselas, mientras que el perverso por la fijeza en la modalidad de goce lo mantienen alejado de la angustia.

Seguido, y como ocasión de consulta, ubicamos la encrucijada que hizo fracasar la solución sintomática. En la distancia que se da entre la ocasión de enfermar y la de consulta se han destacado dos elementos con valor diagnóstico: “por un lado, el auto tratamiento que el paciente ha realizado en el intervalo y que le sirvió para alcanzar una cierta estabilización; por el otro, las características del elemento desencadenante frente al cual la homeostasis no puede recuperarse” (Thompson et al., 2006, p. 106).

Ahora bien, luego de las dos primeras fases del proceso diagnóstico, observamos en tercer lugar los pasajes propios del campo transferencial. Freud aborda la cuestión de la transferencia en varios de sus escritos, y dirá que en esta “es la posición del analista la que hace posible el trabajo del analizante y empuja al desciframiento de los síntomas” (Thompson et al. 2006, p. 106).

En relación a la transferencia, Lacan entiende que es ese algo por el cual el sujeto, ha establecido su lugar en el lugar del Otro (Lacan, 1965a). Es así que la transferencia es el indicador diagnóstico de mayor incidencia:

Los avatares de la instalación de la transferencia en el proceso diagnóstico, tanto en pacientes recelosos que vienen porque alguien o alguna circunstancia los conminó, como en aquellos otros que orientaron sus pasos buscando una terapia o pidiendo abiertamente un análisis, dan cuenta de su valor diagnóstico.

Tanto es así que suele ser frecuente llegar a verificar por el despliegue transferencial una neurosis, aún quedando en la indefinición diagnóstica a qué tipo de neurosis corresponde. Como dice Freud: una “neurosis recién creada y recreada (...) sustituye a la primera” (Freud 1917b, 404). Esta nueva neurosis es la primera que conseguimos aprehender, siendo la anterior muchas veces inescrutable. Por su lado, hemos apreciado cómo la psicosis sanciona prestamente y con todo rigor al practicante que con su intervención ha excedido el límite y la función atribuidos al mismo en el tratamiento. En su lugar, el perverso se apodera de la escena transferencial arrasando el lugar del analista al cual sólo le deja los límites necesarios para repetir su escena. (Thompson et al., 2006, p. 106).

Hemos abordado hasta este momento la transferencia en su aspecto fenoménico, pero podemos hacerlo además desde el vector intencional que implica a los móviles y las características de la relación al Otro, por lo que se observan tres formas de este lazo (Thompson et al., 2006).

-En primer lugar la demanda al Otro, que incluye todas las articulaciones de la demanda: de curación, reconocimiento, amor, demanda de satisfacción, etc. Para Lacan es el lugar a ser encarnado por el analista. Y evoca respecto del carácter de tal lugar su fórmula del Sujeto Supuesto Saber en tanto el analista como el lugar de resonancia de la palabra del sujeto y no como un sitio vacío (Lacan, 1965b).

A dicha fórmula queda articulada la demanda como punto de partida, es decir, el sujeto en el punto de partida se enfila en la demanda, pero es una demanda de la que tenemos que precisar su estatuto (Lacan, 1965b).

Dicha precisión del estatuto de la demanda conduce, o bien a una toma de posición del sujeto frente a su demanda, o bien a la transformación de la misma. En el proceso diagnóstico aspiramos a que se presente como una variable de la demanda de desembarazarse del síntoma. (Thompson et al. 2006, p. 107).

-En segundo lugar ubicamos el rechazo del Otro, como puede presentarse en los cuadros de anorexias, bulimias o adicciones, donde “la relación con el objeto es solidaria de un desentendimiento respecto del Otro” (Thompson et al., 2006, p. 107).

-Y por último la mostración al Otro, donde incluimos la modalidad del acting-out, posición mostrativa que no conduce a un diagnóstico: podemos encontrarla tanto en la neurosis como en la psicosis y en la perversión.

En las neurosis, la mostración al Otro la encontramos “por no tener otro medio para sostenerse el sufriente en cuanto deseante” (Lacan, 1963, p. 139). En las psicosis, el sujeto es tomado por el Otro y desde el lugar del Otro como un objeto a amar o bien a

injuriar y “frente a este mecanismo transferencial Lacan define la posición que conviene al analista, no la de promover la suposición de saber, sino la de testigo” (Thompson et al., 2006, p. 107).

15

La perversión conlleva lidiar con las dificultades de esta mostración en cuanto manifestación de la estructura, es decir, mostración de un saber sobre el goce. Ahora bien, a esta altura del análisis surgen las preguntas, ¿qué uso le da el psicoanálisis al diagnóstico?, ¿éste es útil y tiene algún significado para el sujeto que padece?, ¿es más bien útil para el analista en la dirección de la cura?, ¿hay un tiempo esperado para desarrollar un proceso diagnóstico? Algunas de las preguntas tendrán respuestas aproximadas a las que arribamos luego del recorrido realizado y a partir de indagar a diversos autores. A su vez, nuevos interrogantes que surgen dentro del campo de la salud mental nos abrirán paso a futuras investigaciones.

El diagnóstico psicoanalítico no tiene como objetivo producir efectos directos sobre el analizante, no pretende imprimirle una etiqueta que suele convertirse en objeto de identificación, ni incluirlo en una categoría que lo aproxima a un determinado grupo social (alcohólicos, bulímicos, etc.). Sucede que el diagnóstico sí produce modificaciones en el analista ya que orienta sus decisiones respecto del tratamiento (Thompson et al., 2006).

El proceso diagnóstico en psicoanálisis:

Tiene per se efectos sobre aquel que sufre (...), efectos catárticos derivados de la posibilidad muchas veces novedosa de tomar la palabra, efectos terapéuticos que difieren del retorno a un estado anterior en cuanto afectan la economía libidinal del sujeto, efectos analíticos en cuando supone un pasaje por las determinaciones subjetivas respecto del deseo y el goce. (Thompson et al., 2006, pp. 108-109).

Entendemos que consiste en un proceso que da cuenta del cuidado que se le brinda al sujeto y que se sostiene en una postura ética de no llevar a cabo prácticas que los encasillen, sino que puedan brindar un lugar de escucha, para que así el sujeto pueda devenir, manifestar su síntoma y de este modo el analista logre direccionar la cura.

Por consiguiente, es fundamental generar nuevos interrogantes que serán el puntapié de futuras investigaciones en la problemática planteada de los diagnósticos, algunos de estos son: ¿es acotada la clasificación de las tres estructuras clínicas que plantea el discurso del psicoanálisis? ¿algunas problemáticas no encajan con las mismas y quedan por fuera? ¿cómo abordan los psicoanalistas en su praxis la llegada de sujetos con diversas etiquetas diagnosticas?. Estos y otros interrogantes nos permitirán replantearnos constantemente nuestra práctica profesional y repensar nuestras intervenciones para que éstas se sostengan en una ética profesional que sea respetuosa con los sujetos, cuestión fundamental para llevar adelante nuestra práctica como profesionales de la salud mental.

## Reflexiones finales

*“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos  
pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias”  
Eduardo Galeano “El libro de los abrazos”*

A través del recorrido realizado a lo largo de este escrito abordamos diversos interrogantes que surgieron en torno a la problemática de los diagnósticos y que es pertinente retomar para concluir la escritura de este TIF.

Comprendimos, en primer lugar, que los diagnósticos surgen con la aparición de la psiquiatría y de la clasificación de las enfermedades mentales. La psiquiatría adopta un discurso que pretende clasificar el sufrimiento psíquico y encasillar a los sujetos en una etiqueta diagnóstica que englobe determinados signos y síntomas. Este discurso médico psiquiátrico se ha ido expandiendo desde la antigüedad hasta nuestros días, como sucede con la creación del DSM y sus múltiples versiones y actualizaciones, éste manual clasifica los trastornos mentales, los desórdenes psiconeuróticos y los trastornos de la personalidad.

En relación a lo anterior, observamos que el psicoanálisis en sus inicios con su modelo estructural nosográfico tripartito de la neurosis, psicosis y perversión, no escapa a la clasificación del padecimiento, pero lo hace desde otro lugar y de una manera muy disímil a la psiquiatría, dándole así, otra función e importancia al diagnóstico. Es así que situamos las tres estructuras clínicas a través de las formulaciones de Freud y de Lacan y observamos que el diagnóstico en psicoanálisis permite distinguir formas de funcionamiento y organización subjetiva haciendo lugar a la singularidad y a una lectura de la misma para situar desde dónde el sujeto se posiciona.

Algunos de los diversos interrogantes que formulamos en torno a esta problemática son: ¿qué posición toma el psicoanálisis con respecto a la función del diagnóstico? ¿Cómo es el papel del diagnóstico en la actualidad? Sin establecer conclusiones cerradas y absolutas, podemos afirmar que el discurso del psicoanálisis adopta una posición particular frente a los diagnósticos y su función, posición que es muy disímil a la que sostiene el discurso médico-psiquiátrico. Para el psicoanálisis, los diagnósticos o las llamadas estructuras clínicas designan un funcionamiento y una

posición subjetiva específica, designación que es posible alcanzar en la experiencia analítica y a partir de lo que el sujeto manifiesta y dice de su padecimiento. Comprendimos así la manera de entender a las tres estructuras clínicas de neurosis, psicosis y perversión que sostienen tanto Freud como Lacan y con ellas la importancia de la transferencia que surge en el encuentro entre el analista y el analizante para alcanzar una manifestación más nítida del síntoma. El psicoanálisis se centra en lo singular y único del sujeto para con ello poder establecer determinadas intervenciones para dirigir la cura.

En torno al interrogante que aborda a los diagnósticos como una problemática actual, observamos que asistimos a una época en la que son utilizados de manera excesiva y a modo de rótulo o etiqueta que se le adosa al sujeto. Hoy se pretende clasificar como problemas de salud a los problemas cotidianos, entendiendo que la posmodernidad promueve una idea de sujeto que debe ser eficaz, productivo, útil, activo y que no tiene permitido sentir ni parar. A su vez, observamos que estos rótulos surgen desde el campo de las neurociencias y la farmacología que dejan por fuera al contexto y se centran especialmente en lo biológico.

Comprendimos que el diagnóstico tiene un efecto tranquilizador tanto para el médico como para el sujeto que lo recibe, pero esto produce un desconocimiento de las particularidades subjetivas y la posibilidad de que el sujeto quede adosado a una

17

categoría que muy poco, o nada, dice de él. Es así que el psicoanálisis le da otro sentido a los diagnósticos, propone una mirada que es respetuosa de la singularidad, del deseo y del tiempo de cada sujeto.

Otro de los interrogantes que hemos podido esclarecer a partir de la presentación de diversos autores es: ¿cómo abordan los psicoanalistas en la praxis la etiqueta diagnóstica incluso desde sus propios principios teóricos?. Con respecto a ello conocimos cómo entiende el psicoanálisis al proceso diagnóstico y a partir de ello desarrollamos las tres fases de este proceso. Es decir, establecimos que el proceso diagnóstico tiene como resultado la puesta en forma del síntoma en un vínculo transferencial que supone una experiencia del inconsciente y a su vez presentamos el mecanismo propio del proceso diagnóstico que se lleva a cabo a partir de tres fases, como lo es el motivo de consulta, de la ocasión de consulta a la ocasión de enfermar y por último los pasajes propios del campo transferencial. Así, entendimos que diagnosticar no implica tomar decisiones apresuradas ni precipitadas, sino que el analista arriba a ello luego de un arduo recorrido, y donde no necesariamente el analizante es anoticiado, sino que el diagnóstico abra paso a diversas intervenciones por parte del analista para la dirección de la cura.

Para finalizar, es pertinente repreguntarse y repensar sobre la existencia de prácticas que encasillan y etiquetan a los sujetos en innumerables categorías, perdiendo de vista así lo singular y propio de cada uno. Es sumamente relevante mencionar la importancia de generar prácticas que se sostengan en una ética profesional y que sean respetuosas frente aquellas que atentan al devenir de los sujetos imprimiéndoles una etiqueta. De esta manera el psicoanálisis propone intervenciones que habilitan y que le hacen un lugar al sujeto y su historia para que éste devenga respetando sus tiempos y sus modos, haciéndole lugar a las diversas subjetividades.

### Referencias bibliográficas

- Capurro, R. (2008). Psicopatologizar o psicoanalizar. *Ñacate, revista de psicoanálisis. Volumen (1)*. 85-104. Recuperado de: <http://www.revistanacate.com/revista/numero-1/>.
- Castellano, G. (2008). Me parece que no soy mí mismo. *Ñacate, revista de psicoanálisis. Volumen (1)*. 27-41. Recuperado de: <http://www.revistanacate.com/revista/numero-1/>.
- Collares, C., Moysés, M.A., Untoiglich, G. (2013). La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. En Untoiglich, G. *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. (pp. 25-44) Buenos Aires: Noveduc.
- Evans, D. (2011). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Forman, M. (1975). *Alguien voló sobre el nido del cuco* (Película). Estados Unidos Fantasy Films (Productora).
- Foucault, M. (2005). *La vida de los hombres infames*. Argentina: Editorial Altamira.
- Freud, S. (1986). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 146-

157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1992). Neurosis y psicosis. En *Obras Completas*, Vol. XIX (pp. 1153-159). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gerber, D. (1992). *Anamorfosis del saber*. En Candelero, R. una redefinición posible de la clínica psicoanalítica y del diagnóstico a partir de la teoría de los cuatro discursos de Jacques lacan. Diversidad de enfoque entre análisis freudo-lacaniano [Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional de Rosario]. Recuperado de: <chrome://efaidnbnmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/308e6939-56af-41b9-8854-84b29d9cc5b0/content>

Haldemann, G. y Muraro, V. (2006). *Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica*. En Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, métodos y técnicas", Tomo II (pp. 360-362). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Lacan, J. (2006). *El Seminario. Libro 10. La angustia*. Clase 9 (pp. 127-144). Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1965a). *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Clase 8. 3 de Febrero de 1965. Manuscrito no publicado.

Lacan, J. (1965b). *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Clase 11. 10 de Marzo de 1965. Manuscrito no publicado.

Lacan, J. (1967-1968). *Seminario XV*, clase del 27-03-68 (pp. 179). Inédito.

Laplanche, J. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

19

Levobic, A. (2023). *Ser Niño en Tiempos de Etiquetas*. Forum Infancias. Buenos Aires. Recuperado de: <https://foruminfancias.com.ar/ser-nino-en-tiempos-de-etiquetas/>

Monteverde, B. (2015). *¿Qué ves cuándo me ves?: Perspectivas diferenciales en Salud Mental*. Facultad de Psicología UNR. Recuperado de: [https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RepHipUNR\\_bec59819465956b9d38a39de57e230e9](https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/RepHipUNR_bec59819465956b9d38a39de57e230e9)

Mordoh, E; Gurevicz, M; Lombardi, G. (2007). *Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis*. Anuario de investigaciones, XIV. Buenos Aires. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100038#n1](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100038#n1)

Ritvo, J. (2003). *Vindicación de la Psicopatología*. Revista Imago. Volumen (73), pp. 19-21. Buenos Aires.

Rodríguez Ponte, R. (2010). *Sobre las estructuras clínicas*. Intervención en el foro de psicoanálisis de la Escuela Freudiana. Buenos Aires.

Rubistein, A. (1999). *Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis*. Buenos

Aires. Recuperado de: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2979>

Scaglia, R. (2011). *Oposición CIE-10 Y DSM-IV. Ventajas y desventajas de su uso*. [Ficha de cátedra Psicopatología y Neurofarmacología, Universidad Nacional de Rosario].

Soler, C. (1995). *Los diagnósticos*. En Freudiana N° 16. Catalunya: Escuela Freudiana de Psicoanálisis, 1996

Suárez Richards, M (comp). (2012). *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Thompson, S.; Frydman, A.; Lombardi, G. et al. (2007). *El proceso diagnóstico en psicoanálisis*. Anuario de investigaciones, vol. XIV, pp. 103-110. Buenos Aires.