

Agradecimientos:

A Dios por inspirarme este oficio y ayudarme a sostener el deseo.  
A Sergio, mi esposo y padre de mis hijos,  
por estar a mi lado desde hace diez años.  
A Juan Marcos, por sus abrazos inmensos  
después de los días largos.  
A María Paz, por la fuerza de sus pasitos pequeños en mí interior.  
A Beatriz y Julio, mis padres, por el apoyo y por las resistencias.  
A Fernando María, por nuestras largas charlas juntos.  
A Víctor, por la dedicación, la escucha, la formación y el apoyo.  
A María del Tránsito, por ayudarme a encontrar este deseo.  
A la familia Alvarez- Manzano, por los mates y la oreja.  
A Dulcinea y a Gloria, por animarme a no bajar los brazos.  
A los docentes que se toman con amor y compromiso la tarea de ayudarnos a  
encontrar un camino propio.  
A los residentes del área 6, compañeros de escucha, de lucha y de crisis.  
A los pacientes y a los profesionales  
de la Comunidad Terapéutica “Volver a la Vida”.  
A los docentes y a los graduados del Espacio TIF  
de Escritura y Producción Crítica; por el don de su tiempo y por su compromiso.  
A vos, que me estás leyendo.

## La construcción del diagnóstico en psicología:

En estos momentos en que estoy dando los últimos pasos por esta Casa de Estudios, he decidido retomar aquellos interrogantes que han marcado la elección y la búsqueda de algunas lecturas, y que me indicarán algún sentido directriz en el ejercicio de mi práctica profesional.

El Trabajo Integrador Final, trae la oportunidad de recuperar algunos conceptos propios de nuestro oficio para intentar a través de la elaboración de un Ensayo, construir una perspectiva propia, eligiendo en el recorrido de los autores, aquello que sirva como herramienta para la construcción de *diagnóstico en psicología*.

Ahora bien, ¿ es posible la construcción de un *diagnóstico en psicología*? ¿Es necesario como referencia de nuestros abordajes del *padecimiento mental* (Ley Nacional de Salud Mental 26657. Art 7)? ¿Con qué herramientas contamos a lo largo de nuestro tránsito por la facultad para interrogarnos acerca de su importancia? ¿Y para construirlos? ¿Qué requisitos nos exige la Ley Nacional de Salud Mental 26. 657 y la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Psicología, hoy vigente en cuanto a los mismos?.

Estas interrogaciones, nos abren camino a perspectivas clínicas de abordaje diversas en sus concepciones, pero también tienen como telón de fondo la discusión que desde hace varios años llevamos a cabo acerca del encuentro, o la desencuentro, de la psicología con la medicina en su especialidad de psiquiatría. Modo en que suele abordarse y legitimarse por la comunidad científica el discurso que describe las características de determinado *padecimiento mental* y que indica la dirección del tratamiento a seguir.

Éste es un lugar cuestionado por el psicoanálisis, al cual quisiera tomar desde una mirada amplia, entendiéndolo como parte del desarrollo de la Psicología, teniendo presente lo que desde ambas, Psicología y Psicoanálisis, son recursos fundamentales con los que es posible, aventurarme a buscar aquellas herramientas necesarias para la construcción de diagnósticos diferenciales, preguntarme por sus alcances, por su necesidad o su ser obstáculos, cuestionar y cuestionarme acerca del lugar que hoy tiene en nuestra formación académica en la realidad cotidiana. Todo lo cual es a mí entender, un modo indispensable para su construcción sin caer en el estigma ni en la etiquetación. Así como para realizar un abordaje interdisciplinario e integral de los mismos, tal y como nos lo indica la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Los autores que orientan esta producción son: Sigmund Freud, José Bleger, Rafael Paz, Concepción Sendín, Aideè Heinrich, Ana Bloj, Félix Temporetti y María Ester Ferroni.

Las categorías que tomarán centralidad en estas líneas son las de: Psicología, Diagnóstico, Ser humano alternando este término con el de padeciente, adaptación que corresponde a Padecimiento Mental presente en la Ley 26.657.

¿Me acompañan?

## Abriendo camino al debate...

“La psicología estudia seres humanos reales y concretos”. Bleger,2015: 22.

Desde finales del siglo XIX, Psiquiatría y Psicología Clínica, avanzaron en sus elaboraciones de la comunidad científica a través de desarrollos que buscaban explicar el funcionamiento mental, más allá de las disfunciones en su localización anatómica. Para ello se sirvieron de la observación sistemática y la inferencia de conclusiones extraídas de las consultas, en el contacto directo con los pacientes. Sin embargo, a la hora de una elaboración conceptual, cada una de las corrientes en las distintas disciplinas realizó sus propios recorridos, emergiendo así una historia en clave de debate permanente.

En este marco, quisiera tomar la descripción que realiza el Ps. Félix Temporetti (2009) tomando un enfoque socio-histórico, quien define a la *Psicología*, como una *empresa científica* que aparece organizada e institucionalizada en una serie de programas o proyectos diferentes entre sí, en cada uno de ellos teoría, metodología y método forman un sistema unitario que en su conjunto transmite una voluntad de poder; entre los cuales el Psicoanálisis, entendido en un sentido amplio, tiene un lugar.

Por su parte, el mismo Freud, define que “la concepción acerca de que lo psíquico es inconciente permite configurar a la psicología como una ciencia natural entre otras”. Freud, 2006: 156. Elemento que tomo, a favor de ubicar mi perspectiva de trabajo considerando al Psicoanálisis como parte de los distintos proyectos, aunque dentro de las ciencias sociales, considerando la influencia insoslayable de la sociedad y la cultura en la constitución psíquica de los *seres humanos*.

Asimismo, en la Ley Nacional de Salud Mental 26657, encontramos nuestras atribuciones y obligaciones respecto del diagnóstico. En su art. 3, establece que el mismo, en ningún caso puede realizarse sobre la base de: “A) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. B) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación de valores, con valores morales, sociales, culturales, políticos, o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. C) Elección o identidad sexual. D) La mera existencia de antecedentes de tratamientos u hospitalización”. Cuestiones a las que sin lugar a dudas podemos sucumbir sin un adecuado entrenamiento clínico.

Por otra parte, en el mismo texto de la ley, en el art 16, se insta a los profesionales de la salud a realizar diagnósticos interdisciplinarios e integrales, como forma de evaluación para justificar o rechazar internaciones para personas con padecimiento mental. Los mismos deben ser construidos en el marco de un equipo interdisciplinario por lo que el conocimiento de nuestra identidad disciplinar y del modo en que debemos elaborar un diagnóstico, no sólo constituye un argumento fuerte a la hora de la realización de este trabajo, sino que debería ser prioritaria como parte de nuestra formación académica o al menos de alguna instancia de formación electiva pero específica, que nos posibilitara adquirir los interrogantes y construir las herramientas.

En este mismo sentido, Rafael Paz, enfatiza en la idea de la necesidad del trabajo interdisciplinario, ya que el mismo debe integrar las conceptualizaciones parciales de cada disciplina, en una sistematización general y en la cabeza de cada uno de los miembros del equipo; y no asegurarse *per se* una científicidad sólida y fundada, en tanto el análisis particular no se incluya.

#### Diagnóstico como un proceso, una distancia posible del estigma:

“Siempre que iniciamos un proceso de intervención se abre un universo de posibilidades (...) *La construcción diagnóstica es su momento inaugural*. Ferroni,2010: 170

La construcción equívoca del diagnóstico en psicología, conlleva una necesaria reducción del padeciente a sus “*defectos de carácter*” (Goofman,1995: 14). Tal es el peso y la responsabilidad de nuestras palabras al elaborarlo, y la necesidad de una formación constante y eficiente para concebirlos de un modo que sin ser estigmatizante nos brinde alguna coordenada en pos de la cual establecer nuestro proyecto de tratamiento para ese *ser humano* con el que estamos trabajando.

Ello considerando que el *estigma* - un proceso social de dos roles, en el cual cada individuo participa como estigmatizado o como normal- se elabora sobre la base de un supuesto: “la persona que tiene un estigma no es totalmente humana”. (Goofman,1995: 15).

La sociedad construye para ello una ideología para explicar su inferioridad, y dar cuenta del *peligro* que esta persona representa. En este marco, es que la medicina higienista, de la cual nos hemos ido diferenciando, nos lega el modo de construcción y establece por su relación con el ámbito jurídico, las pautas requeridas para su reconocimiento.

Es en este sentido, que los códigos universales que definen la psicopatología actual, DSM 5 y CIE 10, ofician de marco para la tajante diferencia de roles: los estigmatizados y los normales, es decir, aquellos que portan esta etiqueta.

En relación a la perspectiva de este trabajo, son los estigmas de carácter (Goofman, 1995:14) a los que quisiera referirme, es decir a aquellos que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad y son descriptos en informes acerca de perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones, conductas políticas extremistas. Ahora bien, además de los instrumentos técnicos, adquiridos a lo largo de nuestra formación académica, ¿cómo podríamos pensar la construcción de los mismos?. ¿Qué otros aspectos no debemos descuidar?. Es posible despojarlo de su origen médico hegemónico para hacer con él, otra cosa?...

#### Diagnóstico, una construcción de nombre propio:

Ferroni, 2010, define al *diagnóstico* en psicoanálisis como un *instrumento* que permite construir a partir de una escucha, un dispositivo transferencial-clínico sobre una historia singular donde las intervenciones analíticas están dirigidas al paciente para que pueda resignificar con otros sentidos sus sufrimientos, sus orígenes, sus interrogantes.

Uno de los caminos posibles que he encontrado supone su abordaje respecto de su construcción, entendiéndolo como un *proceso*, siguiendo a Concepción Sendín; hablar de proceso, nos invita a pensar, en una serie de fases,- entrevista inicial, entrevista de aplicación de pruebas psicológicas, entrevista de comunicación de resultados, incluye la elaboración del informe escrito- ; de diversas fuentes informativas, y de muestras diferentes de *conducta*; con especial atención en las interacciones que se producen entre los distintos sistemas relacionales, de las que el padeciente y el psicólogo forman parte.

Acerca de las diversas fuentes informativas, quisiera manifestar que a partir de la residencia clínica que me encuentro transitando, he podido vivenciar, la importancia simultánea de una escucha atenta y de la observación de las *conductas*- efecto, respuesta o manifestación de una situación dada coexistiendo sus manifestaciones en tres áreas, mente, cuerpo y mundo. (Bleger, 2006: 81)- de los *padecientes*.

Por otra parte ¿cómo es posible construir diagnósticos y no caer en una edificación clasificatoria y estigmatizante?

Concepción Sendín, nos propone seguir tres pasos o cambios de niveles en el procesamiento de la información que se ha recogido a lo largo de la construcción del proceso diagnóstico. Entendiendo por ellos una *transformación de la conducta del sujeto evaluado en un indicador de prueba significativo*. Lo cual consiste en lectura de la conducta en el contexto de una técnica o prueba. Por otra parte, la *transformación del indicador de prueba en un signo o indicador psicológico*. Se traduce, así, la muestra de conducta al contexto del funcionamiento global de ese sujeto, a partir de una lectura psicológica de los datos. Y finalmente, la *integración de este indicador psicológico con otros indicadores observables en el resto del proceso diagnóstico*, elaboración de hipótesis, contraste de las mismas y formulación de conclusiones.

Asimismo, nos advierte acerca de la complejidad de la construcción diagnóstica en la interacción de múltiples variables que deben tenerse presentes. Describe entre ellas a las siguientes: del *padeciente*: motivaciones, antecedentes

anamnésicos, características de la personalidad, nivel sociocultural, tipo y grado de patología, edad y sexo. Para el *psicólogo* podríamos considerar: expectativas, nivel de formación, características de su personalidad, ansiedades, miedos y dificultades para conducirse con fluidez en una interacción de gran cercanía.

Como así también a las *variables derivadas de los modelos teóricos* de referencia: influyen en el tipo de objetivos, la selección de datos relevantes, la elección de técnicas exploratorias, la interpretación de los resultados. Todo lo cual contribuye al peligro de obtener unas conclusiones previas que concuerden con su modelo. Aquellas presentes en las *técnicas*: tipos de consignas y tareas planteadas, tiempos de ejecución, la adaptación de los reactivos al nivel sociocultural del sujeto, la información previa sobre las tareas propuestas.

Por otra parte, las derivadas del *contexto institucional*: objetivos, selección de información relevante, actitudes recíprocas, grado de cooperación del sujeto. Todo ello porque una misma conducta puede tener diversos significados de acuerdo al contexto en que aparezca. Las del *contexto social*: Su reconocimiento permite aceptar las propias limitaciones adoptar posturas menos dogmáticas. Y finalmente, las *variables ecológicas*: aspectos del ambiente físico, iluminación, nivel de ruido, hora del exámen, adecuación del mobiliario a las características del sujeto, tiempo disponible. Todos estos factores influyen en la modulación de la relación interpersonal.

Otro aporte que quisiera incluir a la hora de la elaboración del diagnóstico en psicología, me ha sido donado desde algunas definiciones que provienen del campo de la Psicología Educativa, pero que considero es pertinente transpolar aquí.

Ana Bloj, define al *diagnóstico* como un primer tiempo de intervención, que puede ser elaborado al modo de una Interrogación colectiva de un problema o situación como hipótesis provisoria de trabajo. Ello porque considera como partes integrantes del mismo, no sólo la dimensión individual de quienes nos consultan, sino también las dimensión social –vinculares o familiares- y las institucionales. En este sentido, advierte la necesidad de enfatizar en los aspectos psíquicos y las cualidades de la comunidad del consultante, así como de los modos en que las instituciones intervienen en el proceso de constitución psíquica y en los aspectos subjetivos y cognitivos, que presentan los padecientes. Su elaboración será, entonces, de modo artesanal, componiendo un tejido con sus distintos elementos; en el marco de un proceso de trabajo en forma espiralada, evaluando cómo se inscribieron nuestras intervenciones en la singularidad de los sujetos, en su seno familiar o en una institución de la que forme parte.

Apuesto en que este entramado de aportes, nos aleje de los estigmas, de los prejuicios y nos convoque a pensar en nuestro oficio, de un modo diferente, tal vez más descriptivo, de ir construyendo junto con los padecientes, un camino posible hacia el recupero de su capacidad de amar y de trabajar, tal y como Freud, entendía la salud.

#### Construyendo los cimientos... recuperando y repensando conceptos:

“Pienso que siempre es el tiempo de la discusión y de la lucha ideológica (...). Lo esencial es la disponibilidad para entregar la propia isla, pero para ello es necesario saber qué es lo que hacemos, cuáles son nuestros marcos de referencias virtuales que nos acompañan constantemente en la clínica, cuáles las contradicciones que, por ignorarlas contenemos sin resolución o en ambigüedad.” Paz, 1973:12

Aquellas consideraciones que vengo teniendo presente para la construcción del diagnóstico en psicología, se fundamentan en el recorrido que he realizado acerca de la concepción de sujeto que he elegido para considerar mi trabajo clínico con los padecientes y a su vez, en retomar, en la ley que regula nuestro ejercicio

profesional, en qué términos se nos interpela, a los psicólogos para referirnos a la tarea clínica que realizamos.

Quisiera entonces explicitar la definición que he seleccionado para hablar de los padecientes, término que se utiliza en la Ley Nacional de Salud Mental el cual es derivado del de *padecimiento mental*, en mi caso, retomo el término blegeriano de *ser humano* en relación con el desarrollo que el autor realiza de los de *conducta y personalidad*.

Bleger, 2015 describe que la *psicología* se caracteriza por estudiar la *conducta* del *ser humano*, en su más alto nivel de integración, - el nivel psicológico- abarcando todas las áreas de su manifestación. La *conducta* es siempre un efecto, respuesta o manifestación de una situación dada. El *ser humano*, es entendido como aquél que presenta naturaleza humana, producto de la síntesis de su condición concreta, social, histórica y la producción de los medios de subsistencia.

Siguiendo a Pichón Riviere, el autor representa como tres círculos concéntricos lo que considera las tres áreas de la conducta: 1.área de la mente. 2.área del cuerpo.3.área del mundo externo. Ésta es la conducta molar, un fenómeno emergente, un hecho origina, al cual se debe abordar con prescindencia de cualquier proceso subyacente muscular, glandular o neural. Es intencional y cognitiva.

La describe con las siguientes cualidades: *motivación* – estudio del por qué-; *función o finalidad* -permite resolver las tensiones producidas por la motivación-*objeto o fin* - siempre es un vínculo, una relación interpersonal real o virtual. Los objetos son mediadores que se cargan de las relaciones humanas-; *estructura* - es la pauta específica de relación o carácter-; y un *significado*, o bien su sinónimo, el *sentido*, es decir, un acontecer humano en la personalidad total y en la situación de la cual emerge. Sentido no implica ni intención ni voluntad.

La *conducta normal* se caracteriza por el grado de plasticidad y adecuación a la realidad. En un sentido amplio, diferencia a las *neurosis* como perturbaciones autoplásticas, ya que quedan localizadas en el área de la mente. Las *enfermedades psicosomáticas* –todas lo son- son perturbaciones autoplásticas con predominio en el área del cuerpo. Y las *psicopatías* y las *perversiones* son alteraciones alotásticas, predominan en el área del mundo externo.

Cada individuo tiene su repertorio de conductas, modos o estructuras privilegiadas de comportamiento, es sobre este predominio que organiza su *personalidad*.

### Del nombre propio a la personalidad...

“El retorno a lo concreto en la psicología contemporánea nos trajo, entre otras paradojas, la psicología de la personalidad, que no significa otra cosa que el reencuentro de la *psicología con el ser humano*, el cual había desaparecido de aquella por el progresivo proceso de un mal entendido objetivismo científico” Bleger, 2015: 271.

Explorar el concepto de personalidad, supone preguntarme acerca de su vínculo con la legislación que regula nuestra actividad como psicólogos.

La ley 23277 Acerca del Ejercicio Profesional de la Psicología, en su art 2 inc a, determina que “se considera ejercicio profesional de la psicología, a los efectos de la presente ley, la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y/o técnicas específicas en: el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la *personalidad*, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas. Con lo cual, en aquella normativa que regula nuestra práctica aparecen indicados en las primeras competencias que se nos asignan, las de elaborar *diagnósticos* y tratamientos de la *personalidad*.”

En este punto quisiera detenerme para una pequeña interrogación... ¿por qué en el texto de la ley no figuran los términos subjetivo, subjetividad, intersubjetividad, sujeto, en el sentido en que nosotros solemos abordarlo a lo largo de nuestra formación académica?.

Considero que los aportes de Bleger, pueden colaborar en aclararnos el uso de estos términos. Este autor, afirma que la *personalidad* es el centro de estudio de la psicología porque es la unidad a la que están referidas todas sus manifestaciones. Es una totalidad con una organización de relativa estabilidad, unidad e integración.

Se forma por la incorporación de roles; en tanto toda *conducta* es siempre un rol social, coexistiendo aquellas identificaciones que tienen coherencia entre sí, pero también aquellas que son contradictorias.

Por su parte, describe que ésta se asienta sobre un trípode formado por la constitución, temperamento, y carácter, considerados en este orden, la influencia de la cultura es creciente, y la de la herencia decreciente.

La *constitución* está dada por las características somáticas y físicas más básicas y permanentes. Depende de la herencia biológica pero es influenciado por los factores ambientales y psicológicos.

El *temperamento* está constituido por las características afectivas más estables y predominantes. Se lo considera el aspecto funcional o dinámico de la constitución; tiene origen hereditario.

El *carácter* está dado por pautas de conducta más habituales y persistentes, es influenciado por el medio ambiente.

La personalidad se puede clasificar en función del predominio de las estructuras de conducta y en función de su dinámica hay una cierta organización polar predominante o bien, mantenerse en uno solo de sus polos:

Ubica de este modo: *personalidad esquizoide*, descrita por su coexistencia o alternancia de frialdad y de ternura; *personalidad cicloide*: alterna alegría y tristeza; *personalidad hipomaniaca*: predominio de alegría; *personalidad depresiva*: predominio de tristeza; *personalidad Glischroide*: oscila entre conductas viscosas y conductas agresivas.

Otras organizaciones polares de la personalidad pueden ser: *fóbicas*( evitación-invasión); *histéricas*(represión-demostración);*paranoide*(confiado-desconfiado); *obsesivo* (controlado-desparramado); *sádico-masoquista*.

#### Psicopatología dinámica, una herramienta posible:

“La tarea fundamental de la Psicopatología dinámica es la penetración explicativa en los síndromes contando con las herramientas conceptuales del Psicoanálisis y buscando sistematización estructural”. Paz,1995: 175

A partir del estudio que vengo realizando acerca del diagnóstico y sus avatares, me ha resultado necesario explicitar, el uso de algún instrumento que se encuentre como fundamento de las decisiones teóricas y clínicas para describir y distinguir conductas sanas de conductas patológicas.

En este sentido, he escogido seguir las huellas del Dr. Rafael Paz y retomar su construcción nosográfica, realizando un recorte personal, en las características que ubica para cada uno de los cuadros, ensayando en el de bordelines, un diálogo con otros autores, ya que he podido realizar mi experiencia de residente con dicha perspectiva.

Ahora bien ¿a qué responde mi elección del uso de una psicopatología dinámica?...

En primer lugar, puede entenderse por *psicopatología dinámica* aquella disciplina que “usando sus categorías específicas, buscará las formas de articulación de los nódulos inconcientes de sentido que constituyen su eje conceptual, tratando de sistematizar en grupos de generalidad a ciertas formaciones típicas. Comparte la preocupación de toda psicopatología científica pero no su obsesión clasificatoria”. Paz, 1973:139

Junto con el autor, quisiera definir lo *patológico* como posibilidad, enfermar puede ser concebido en un doble movimiento, como un *proceso patológico primario y secundario*.

El *proceso patológico primario*, se refiere a la desestructuración por la situación actual desencadenante, de ciertos aspectos de la personalidad del padeciente, reactivando fantasías persecutorias, o bien forzando a una regresión hasta fijaciones predominantes según sus propias predisposiciones. Mientras que el *proceso patológico secundario* remite a las formas en que se reestructura dicha desorganización.

En este marco, los *mecanismos defensivos*, aparecen como modos o tentativas de mantenimiento de las relaciones estructurales que evitan la desorganización y caída en situaciones de pasividad emocional inmanejable.

Por su parte, los *síntomas* son unidades molares abstraídas de una secuencia de comportamiento en virtud de ciertas particulares que los hacen distintos. O bien, pueden ser definidos, siguiendo a Freud como una *satisfacción sustitutiva* de algún querer alcanzar sexual o unas medidas para estorbarlas. Unos compromisos entre instancias, como las que se producen entre opuestos siguiendo las leyes que rigen el inconciente.

#### Nosografía, telón de fondo de las construcciones diagnósticas:

“Muchas veces una suerte de objeción antropológica, viene a oponerse al agrupamiento de las formas humanas de existencia en entidades, (...) subyacente a este pensamiento se encuentra la creencia en una suerte de originalidad ilimitada en las posibles formas de ser neuróticas o no. Esto es falso”. Paz, 1973:178

Rafael Paz describe que en la formación patológica freudiana, el modelo se halla basado en: a) en el concepto de disociación; b) en las vicisitudes de la libido en las conexiones y desconexiones de los objetos; c) en la idea de proceso (temporal) que se transforma en estructura; d) en el de la existencia de patrones típicos de relación patológica (histérico, obsesivo) que constituyen modalidades de ser y de relacionarse con la molaridad propia.

Siguiendo esta línea, en cualquier *manifestación neurótica*, podemos hallar en determinadas circunstancias, *manifestaciones psicóticas*, las cuales se organizaran de forma diferente según sea el caso. En palabras de Freud, “las neurosis y las psicosis son los estados en que se procuran expresión las perturbaciones funcionales del aparato”. (Freud, 2006: 183)

Asimismo, afirma que existen diferentes formas de desorganización frente al conflicto, expresables en grados desde el punto de vista clínico y en niveles desde el tópico a partir de los cuales se reorganizan los comportamientos adoptando configuraciones típicas que nos permitirán agruparlas.

El *comportamiento patológico* se nos presenta como: 1) expresión manifiesta de relaciones vinculares que fueron experiencias situacionales (subjetivas u objetivas pero subjetivamente incorporadas); 2) representación de una trama que posee mayor o menor complejidad dramática y que permite desentrañar los mitos culturales, familiares e idiosincrásicos.

El estudio de las neurosis, será abordado, entendiendo por ellas, “maneras frustras de manejo, elaboración y transformación de los miedos primarios, las experiencias desorganizativas e incluso de las psicosis infantiles” (Paz, 1973: 258); será así, el estudio de las estructuras de relación que las constituyen junto con las fantasías que las caracterizan.

“No es lícito olvidar la inclusión del influjo cultural entre las condiciones de la neurosis. (...) Al bárbaro le resulta fácil ser sano; para el hombre de cultura es una dura tarea”. Freud, 2006:185

### Histeria de conversión:

La espectacularidad de sus manifestaciones conversivas – las cuales presentan predilección por determinados segmentos corporales- no pudieron ser definidas anátomo-clínicamente, la histeria pasó del ámbito de la neurología a la psiquiatría. Dos particularidades: mostrar la importancia del cuerpo como área de expresión de los conflictos y la idea de simulación o ficción. Esta última involucra la tendencia a manejarse en el plano de las fantasías, donde ubica a los demás en roles, para ser incorporados como ingredientes que realimenten esta producción o bien, testigos o protagonistas –pasivos- de la trama.

Otro rasgo presente es el de la introversión, volcándose al mundo de los idilios y en un primer nivel manifiesto de satisfacción de los deseos, pero en un contexto de tensión y sobre un trasfondo de tragedia. La sexualización masiva de las relaciones en la histeria es una manifestación no libidinal.

El autor destaca, que el problema no es el complejo de Edipo, sino un defecto en su resolución, una problemática edípica fracasada, de ahí la agresión y la vivencia de inautenticidad que suscitan cuando manifiestan bondad o ingenuidad. Se manejan en un círculo de objetos tentadores, excitantes y peligrosos.

Su mundo imaginativo, es patológico, no libidinal y no sublimatorio, su enraíce esquizoide dificulta el ajuste adecuado con la realidad. No obstante, puede convertirse en núcleo tensional de creaciones imaginativas siempre que se den ciertas condiciones que posibiliten la satisfacción y un equilibrio disociativo.

El concepto de disociación molar se emplea refiriéndose a la escisión de las experiencias – que remite a huella mnésicas y al histérico sufriendo de reminiscencias- o de partes de sí mismo – que remite a un modelo de la personalidad que acentúa el destino de los segmentos de la misma, como recuerdos o como constitutivos de aquellas experiencias. Es el resultado de un conflicto y no de una debilidad yoica.

El mecanismo de defensa típico es la represión, pudiendo definirla como un tipo de disociación que se da en una personalidad cuya organización ha alcanzado un punto evolutivo que la repulsa de aspectos propios sigue líneas de demarcación que conservan la identidad de su núcleo, éste es el triángulo incestuoso, de tal forma que toda persona del sexo opuesto es el padre tentador y el del mismo sexo, el padre castrador. Reprimir es no querer saber acerca de una serie de experiencias que el individuo tiene dentro de sí, en tanto su revivencia suscita angustia señal, centrada en la situación excitación-tentación-castración.

Esquemáticamente, describe: 1) sueños diurnos, constituyen el representante evolucionado de las fantasías que acompañaban la masturbación infantil, son preconcientes pero logran materializar algunos componentes de las relaciones incestuosas. Lo ilusorio invade el aparato perceptual y se repite el contexto edípico, la solución regresiva y así, la aparición de síntomas. 2) sintomatología: expresa la pulsión y el castigo, en términos estructurales, Ello y Súperyo.

La zona donde se manifieste la conversión debe ser interpretada como escenario, en el que se representa un fragmento del drama edípico.

Finalmente, cabe diferenciar:

Caracteropatía histérica: a aquellas formaciones en que la rigidez y lo típico de la sintomatología histérica es una superestructura compensadora de psicosis latentes, esquizofrénicas o melancólicas.

Psicopatía histérica: el sadismo implicado en la forma de manejo de la ansiedad nos muestra un fracaso de todas las posibilidades compensatorias.

Carácter histérico: modos de ser estudiados y que definen a esta formación neurótica.

Síntomas conversivos: pueden darse en cualquier estructura.

### Neurosis fóbicas:

Se caracterizan por el miedo a determinados lugares, objetos y situaciones que determina una serie de conductas evitativas y otras de reaseguramiento.

Se configura un mundo de restricciones que correspondiendo al proceso patológico secundario, da lugar a formas de vida centradas alrededor de lo peligroso, lo que no lo es, lo que puede llegar a serlo, y en el que vínculos importantes, el matrimonio por ejemplo, queda sometido al proceso neurótico.

Sobre la base de un temple fóbico, o temple paranoico, conjugándose alerta tenso y exploración constante del espacio dimensional o simbólico; se configuran constelaciones inestables por compensación neurótica, en las que uno asume el rol de contrafóbico. En las contrafobias, se supera el miedo y surge una vivencia de plenitud y triunfo de raigambre maniaca, se produce el vencimiento del objeto y del espacio que media entre él y el sujeto, mediante la identificación con un objeto omnipotente. Puede también perturbarse el juicio de realidad, corriendo peligros extremos y mostrando reacciones posteriores al triunfo con matices melancólicos.

Pueden considerarse fobias básicas: el miedo a los extraños, a la oscuridad, al quedar solo y al silencio, todas convergen en el miedo a la soledad, al desprendimiento de la madre que no se puede descargar por carencia de objeto, cuya excitación se transforma en angustia.

Respecto de su tramitación edípica, las pulsiones parciales se encuentran integradas, la organización corporal del propio esquema se encuentra casi completo, sin embargo, el miedo a la castración, las reactiva y con ella a todos los fracasos que constituyen lo neurótico disposicional previo. Por otra parte, la madre se reviste de características persecutorias, por lo que el acercamiento a la misma, no constituye refugio seguro.

Desde este punto de vista, la posesión de un objeto acompañante brinda la ilusión de inmovilidad, anulando la angustia y las vicisitudes espacio- temporales.

El autor destaca la necesidad de diferenciar, aquellas situaciones en las que la fobia se manifiesta como miedo a sufrir algún tipo de trastorno: desmayo, descompostura, enloquecer. En estos casos, la construcción sintomatológica es pobre y cercana al sistema pulsional originario. Y otras en que el miedo a un determinado objeto se refiere a lo que éste puede hacer. Tal es el caso de las fobias típicas a los animales, que permiten en cierto modo un éxito respecto del control neurótico, ya que el objeto está cerca o está lejos, y su cercanía es tranquilizadora pues asegura que el sistema defensivo funciona.

Asimismo, las formaciones fóbicas que tienen consistencia escasa, una organización edípica tenue y ansiedades primarias cercanas, permiten observar la presencia de psicopatía y de caracteropática obsesiva.

La psicopatía aparece como una técnica destinada al mantenimiento del control sobre el objeto acompañante. El parasitismo que ejercen sobre él, alimenta las fantasías culposas y lo tornan peligroso, fracasando la organización defensiva.

La caracteropática obsesiva, presenta en su base un pasado fóbico en el que se pueden hallar restricciones que se impusieron sobre el displacer originado por la inhibición funcional, constituyéndose sistemas de rituales y organizándose como caracteropatía secundaria de tipo obsesivo.

### Neurosis obsesiva:

El autor realiza un recorrido por los distintos grupos sintomatológicos.

Las ideas obsesivas, son experiencias vividas como mentales y percibidas como no gobernables por el sujeto. Pueden ser aisladas o configurar sistemas obsesivos de temática monótona. El clima vivencial que suele acompañarlas es de responsabilidad moral.

Los pacientes sufren angustia que no sólo surge del contenido directo de los pensamientos, sino del no poder parar de pensar. En el primer caso, corresponde a la respuesta del Yo frente al contacto con derivados de las pulsiones originarias, mezcladas con derivados afectivos que le otorgan un matiz de tenacidad-posesión. En el segundo caso, la ansiedad surge como respuesta a la pérdida de la propia autonomía, al sentirse invadido por elucubraciones parásitas.

Toda esta descripción se refiere a lo que se denomina erotización del pensamiento, pero el autor prefiere definirlo como pregenitalización del pensamiento.

Advierte asimismo, considerar que estas cavilaciones se imbrincan en las rutinas y los estereotipos propios del sujeto, con lo cual una enajenación se incluye en otra. Entonces, es necesario distinguir cuál es el continente que se ha roto, el interno o el externo.

La búsqueda de la certeza, caracteriza a este pensamiento ubicándose en dos planos: en uno, en la eliminación de la duda, de lo inseguro e indeterminado, idealizando lo seguro, transformado en posesión de la realidad. Es restauración de las experiencias anales y estructuralmente una situación de fusión del Yo ideal-ideal del Yo.

En otro, del saber que se albergan impulsos reprobables. Proviene del Yo parasitado en una relación con el Súperyo que lo censura. Ambas instancias deben permanecer en la oscilación y evitar la síntesis para no consumir lo prohibido.

Los gestos y los rituales se organizan en ceremoniales, que constituyen una religión privada. Se apoyan en aquellas actividades cotidianas que ya presentan ritmos, actos, como comer, dormir, tener relaciones sexuales.

Un ejemplo es el lavado de manos, que en caso de esta neurosis se transforma en meta, que elimina la perspectiva gozosa posterior: alimentarse. Puede adquirir caracteres autoagresivos, con lo cual muestra su trasfondo sado-masoquista.

Las ideas compulsivas acerca de realizar actos que los angustian o que reprueban – insultar, masturbarse, gritar en ceremonias solemnes-; les generan una tensión agobiante que puede ser aliviada con rituales o pensamientos para contrapesarlas, hasta que se contaminan y requieren también de neutralización.

Respecto de los mecanismos de defensa, podemos observar el uso del aislamiento, como mecanismo, con lo cual los sujetos pueden tener tales pensamientos sin que exista la respuesta vivencial de angustia. Expresa la disociación operando en organizaciones anales y frente al miedo a las pulsiones agresivas y libidinales. Por la sucesión de aislamiento se produce la despersonalización obsesiva, como puede verse en una despersonalización esquizoide franca, en el período inicial de una esquizofrenia.

Es frecuente también la presencia de fenómenos anulatorios, los que consisten en la sustitución de ideas malas por buenas o la eliminación de las ideas malas mediante una limpieza expulsiva. Se trata de fantasías omnipotentes para cambiar lo que fue.

Asimismo, la formación reactiva, se caracteriza por su permanencia, rigidez y por poseer un sentido opuesto a la pulsión originaria. Por ejemplo, puede encontrarse en la amabilidad y la cortesía como formación reactiva frente a la hostilidad y el rechazo y la rebelión ante ellas a través de actitudes de desapego agresivo.

Los impulsos descritos corresponden a una fijación a la etapa anal, todo lo cual se plasma en características como: tensión entre sumisión-rebeldía, tenacidad, obstinación y aspiración a la frugalidad.

### Psicosis desorganizativas:

El autor realiza una explicación desde la perspectiva del esquema de desarrollo del sujeto.

En el comienzo de la enfermedad puede observarse un volcarse hacia adentro, es decir, el retiro de las cargas de objeto. Este proceso se desencadena por regresión, y las representaciones objetales intrapsíquicas, pierden su carga libidinal y vuelven al yo, como núcleo de identidad originario y no estructural.

De este modo, los procesos representacionales, en tanto organización perceptual al servicio de la integración principio del placer-principio de realidad, se truecan en organización narcisista, todo lo cual adquiere un tinte megalómano.

Por otra parte, la regresión psicótica, se caracteriza por involucrar tanto a la libido como al yo, del cual sus funciones de mediatización y apetencias instintivas caducan.

Esto puede verse expresado en las vivencias del fin del mundo o de catástrofe universal como modo de manifestar la desconexión libidiosa en el registro subjetivo. En ella, se expresa la desorganización de la personalidad, en tanto ser-en-relación, la cual se mantiene en una dialéctica de confundirse con el mundo y de rescatarse de él.

Asimismo, también puede expresarse como síntomas hipocondríacos, los cuales suponen una exacerbación en la percepción del funcionamiento de los órganos.

Las consecuencias suelen ser: extrañamiento y despersonalización. Las mismas, por su parte, pueden entenderse también como una resultante secundario (defensivo) de la acción de contracargas, movilizadas por el retorno a formas intensas de libidinización de los propios órganos y las funciones corporales.

Coexisten por su parte, conductas restitutivas, con las que el paciente intenta retomar el contacto con la realidad cotidiana y común, a partir de la construcción de un modo propio, que sustituye a las percepciones y significaciones compartidas, puede tratarse de alucinaciones o de delirios.

Las alucinaciones, constituyen unidades más o menos discriminadas de la experiencia psicótica. Constituyen también fenómenos de ruptura, pues en ella retornan distintos aspectos de la personalidad, como pulsiones, mandatos superyoicos, etc. Lo fragmentado y proyectado en ellas, son las funciones mismas, las cuales pueden ser vividas como operando desde afuera.

Dichos esfuerzos de reconexión pueden tratarse de reproducciones de pautas de relación de los primeros momentos de organización del yo; tales como: actitudes imitativas, obediencia automática, erotizaciones homo u héterosexuales; las cuales son patológicas y se dan impregnadas de omnipotencia, premura y precariedad. En este marco, también pueden incluirse las actitudes catatónica, aunque a veces pueden vincularse también con la fragmentación de organizaciones conductuales.

Otra explicación propuesta de este cuadro clínico puede realizarse tomando el modelo vincular, entendido como simbiosis originaria madre-hijo, en la cual los terrores primarios no han podido ser metabolizados mediante la proyección en un objeto que los neutralice en su calidad catastrófica y los devuelva como experiencias-señales de alarma instrumentales.

El sueño, surge así como una desconexión defensiva de vínculo persecutorio, de modo que la vida de vigilia, en las alternancias hambre-alimentación (presencia-ausencia), inscriben las matrices básicas de toda experiencia ulterior, en lo que hace a las formas, contenidos y ritmos. Así las discriminaciones como noche-día, las cuales tienen como base a las categorías fundamentales de espacio, tiempo, distancias, intervalos; no se constituyen adaptativamente sino persisten en el estereotipo: indiscriminación persecutoria-proyección-fracaso-desorganización persecutoria. De idéntico modo, los aparatos preceptuales mismos se ven alterados por esta simbiosis.

En este contexto, es posible comprender, que si bien logran incorporar distintos significados en un nivel cognitivo disociados de la experiencia emocional, la codificación fundamental depende de aspectos parciales del objeto materno – como su expresión facial-, que constituye la única guía para estos pacientes.

Finalmente, podemos pensar que en este vínculo simbiótico originario, la exterioridad, no es la triangularidad del falo salvador en el Edipo, sino el vacío objetal. De ahí, la construcción de configuraciones edípicas prematuras e indiferenciadas, donde el pene es concebido como continente, y en el objeto materno, se alucina al tercero sustitutivo.

Estas descripciones posibilitan pensar en las agarofobias y claustrofobias, las cuales presentan como dilema, el que en relación a la desaparición de la madre caen en el vacío de las proyecciones agresivas, y si retornan a ella, en la fusión terrorífica. Los sistemas de representación se realizan sobre pautas de voracidad y de proyecciones masivas. Los momentos de plenitud, son el sustento de un núcleo autístico, al que el sujeto se repliega en momentos de frustración. La regresión, presenta como contexto una ruptura al nivel cotidiano de las significaciones compartidas, y la inmersión en alusiones, autorreferencias. Se torna, participial persecutorio cuya expresión fenoménica es el temple delirante: alteración fundamental de las significaciones, pérdida de la neutralidad relativa del mundo de las percepciones y las significaciones convalidadas y compartidas, recreación de un contexto de omnipotencia sobre un clima persecutorio.

La abulia profunda, es un elemento diagnóstico y pronóstico importante, ya que expresa el trastorno de fondo, indicando la organicidad que define al proceso esquizofrénico como tal. Pudiendo explicarse en algunos casos, como el desapego básico hacia la realidad.

El autor describe como situaciones límites, en relación al elemento de la desestructuración, a las siguientes: una en la que existen datos respecto de la causa actual desencadenante, como pueden ser las tóxicas o experimentales; y otras en la que la enfermedad surge como colorario de fracasos sucesivos en la elaboración de distintos conflictos vinculados a la dramática inconciente.

En otros casos, pensando en la constitución de cada sujeto, en la generalidad se dan fases esquizoparanoideas que pueden ser integradas en el proceso de elaboración neurótica. Lo masivo, indiscriminado, persecutorio de las ansiedades primarias y sus reactivaciones posteriores constituyen un núcleo vital de desorganización que subyace como posibilidad universal a los distintos logros adaptativos.

Del mismo modo, explicita algunas formas de salida de la psicosis.

En la base de formaciones caracteropáticas de mal pronóstico o de derrumbes psicóticos profundos, encontramos que las disposiciones psicóticas estarían constituidas por experiencias desintegrativas de carácter patológico, cuya transformación neurótica está restringida, quedando, de ser compensadas como partes de personalidad manejada mediante fuertes mecanismos disociativos, proyectivos, y de control omnipotente.

Pueden producirse también, psicosis desintegrativas por detención del desarrollo o por regresión. En el primer caso, siempre han sido psicosis, con un grado de compromiso masivo de la personalidad, con inhibición de funciones y la pérdida de su posibilidad de puesta en marcha en el momento adecuado. Se muestran como oligofrenia pero acompañadas de poliformismos sintomáticos. En el segundo, se produce una reactivación de ansiedades y núcleos globales de la personalidad escindidos en forma exitosa.

En otros casos, las manifestaciones restitutivas dan lugar a caracteropatías obsesivas rígidas, que presentan como rasgo esencial la pasividad. Esto es una actitud frente a los otros, en tanto, los utilizan como yoes vicariantes frente a la desintegración propia; o bien, puede tratarse de formas imitativas por las que los pacientes introyectan masivamente los objetos y adquieren sus atributos. Si se observa en los inicios, es indicador de mal pronóstico.

La hipocondría, también puede verse como una forma de salida. Sobre todo en el caso de una hipocondría restitutiva, donde durante la fase aguda del proceso psicótico, se expresan las fantasías persecutorias primarias, sus luchas y sus

resultados. Por ejemplo, los pacientes experimentan sensaciones de hinchazón corporal, de enormidad, con temores de estallido, dispersión de sí y de todas las partes incorporadas. Existe un acople entre las fantasías orales de llenamiento y los anhelos femeninos de embarazo. Asimismo, puede encontrarse en la hipocondría cefálica, como paso intermedio entre las vivencias referidas al interior del cuerpo y aquellas que se expresan psicóticamente en el área mental. Los pacientes se quejan de sentir la cabeza llena de cosas, de los otros, de dolor, de peso.

Dichas experiencias penosas se producen en coexistencia con otras de plenitud corporal, donde se nos pone en una doble línea de determinación: defensas maníacas –negación, omnipotencia e idealización- frente a fantasías de destrucción; y recuperación, por regresión de la gratificación narcisista.

En el período de recuperación, estos pacientes, pasan por momentos de fascinación frente a la reaparición de funciones que consideró perdidas. Mientras que la envidia, las persecuciones, vuelven a derrumbar las consolidaciones funcionales logradas.

### Borderlines:

Rafael Paz, ubica aquí a todos aquellos cuadros que presentan como supuesto un *continuum* entre las psicosis desorganizativas y las neurosis. Diferenciando en su interior a la : Personalidad como Sí y a la Personalidad Fáctica.

Los cuadros borderline, presentan una mayor gravedad, pero tienen disponibles el uso de recursos neuróticos y la conservación del juicio de realidad. Sólo en momentos graves de stress pueden presentar producciones oniroides (delirios), denotando cierta fragilidad yoica.

Alternan entre una desorganización y déficit de los sistemas anticipatorios y compensaciones que les proporcionan adecuación.

Emplean estructuras conductuales diversas, sin estabilizarse en ninguna de ellas, en este marco, se encuentra la presencia de actitudes psicopáticas. Pudiendo distinguirse así de las caracteropatías.

### Personalidad como sí:

Sobre la base de una carencia de contacto verdadero entre el niño y sus padres, que el mismo pueda experimentar una conexión real. Se observa un déficit en las identificaciones primarias, el cual se compensa con una organización superestructural desenraizada, esto suscita en los demás el sentimiento de inautenticidad.

La adaptación se constituye en la incorporación imitativa de roles. Deutsh lo explica como un déficit integrativo edípico, donde se produce una fijación a un Súperyo externo, dando lugar a conductas de acatamiento proyectado en las figuras del ambiente que los rodea. Dicho sometimiento al objeto externo, se observa cuando se reactivan los papeles dramatizados del complejo de Edipo.

Desde otra perspectiva, puede ser considerada un tipo de personalidad esquizoide, al no mostrar una desconexión completa con las identificaciones y los requerimientos sociales desde los cuales se vincula.

Paz, retomando a Fairbairn, describe que emplean como técnicas de contacto emocional a la representación de roles, en ella, no da nada ni recibe nada, no involucra su personalidad, sino que sólo representa un papel al cual no reconoce como propio; y a la exhibición, realiza una sustitución de dar por mostrar.

Asimismo, la intensidad de la amalgama indiscriminado-persecutorio, los conduce al uso de técnicas disociativas extremas y que poseen un intenso significado mágico, como conjuros, frases y exorcismos, que terminan siendo camuflados en las actividades cotidianas.

### Personalidad fáctica:

Es un concepto de Bleger, al cual define como el manejo de la parte psicótica de la personalidad por consolidación de la ambigüedad, constituyendo la base de cierto tipo de caracteropatías, entre ellas la obsesiva.

Si esta característica es la que prevalece, el sujeto presenta estabilizaciones fugaces y transitorias, puede tomar actitudes, ideas diferentes como propias sin que emerja para él la contradicción. Interioriza así una fusión yo, no-yo.

Por otra parte, sirve excelentemente en su tarea de ser partenaire de un psicópata, debido a su funcionamiento por identificación primaria.

En este sentido, podemos decir, que el autor estaría ubicando a los pacientes bordelaines en el borde la psicosis, sobre todo teniendo en cuenta que el núcleo de esta patología lo daría la interiorización de una simbiosis.

Otros autores, a quienes Rafael Paz retoma, como Werble, Grinke, y Dyre; desarrollan como síndrome borderlaine central, a uno en el que los pacientes presentan: compromisos, vacilantes con los otros, expresiones ostensibles o actitudes de cólera, depresión, ausencia de indicaciones de una identidad consistente. Y a su vez, distinguen tres grupos: uno limítrofe con las psicosis, otro que corresponde a la personalidad como sí y uno limítrofe con las neurosis.

En esta última línea, es posible inscribir el trabajo de la psicoanalista Aideé Henrich, quien al respecto elabora la siguiente explicación de lo que denomina, *los bordes de las neurosis*. Lugar que indica donde ubica a los borderline.

Destaca asimismo, que en su experiencia clínica con pacientes borderlines, es marcada la incertidumbre diagnóstica, la gravedad del cuadro, y la dificultad de entrada al dispositivo analítico; cuestiones que coinciden con tres características fundamentales, las cuales emplea como criterios estructurales: *dificultades en la transferencia, trauma infantil no reprimido, acting-out*.

Las dificultades en la transferencia, pueden ubicarse en tanto se presentan como: aquellos que no tienen nada para decir; se ausentan de las sesiones; abandonan los tratamientos; se conmueven por alguna interpretación, pero rápidamente la desestiman. Todas estas características, deberían introducir en los analistas, alguna interrogación acerca de si hay demanda de análisis. Lo cual significa, una mínima confianza en que puede haber un Otro que escuche lo que tiene para decir.

Los *traumas de la infancia*, entre ellos violaciones, agresiones, accidentes, abandonos, reciben un tratamiento diverso a la represión. En sus relatos, aparecen los mismos con una actualidad acuciante. Estos recuerdos permanecen entonces, como traumáticos, no se someten a las leyes del proceso primario que rigen en el inconsciente – condensación, desplazamiento-, sino que el tiempo y el dolor no se mitigan, se transmudan en conductas impulsivas, en una falta de confianza en el significante.

El *acting-out*, prevalece casi como una forma de vida. En el análisis, es posible describirlo, en el decir de Lacan como la *mostración* que aspira a llamar la atención del analista, allí donde ha fallado en su función. Pudiendo tener dos salidas posibles: el pasaje al acto – la escena se desgarrar y el sujeto se arroja fuera de la misma- o bien, el ingreso en lo simbólico, en el análisis.

Ahora bien, es a partir de todas estas descripciones que cabe preguntarnos... ¿De qué Otro se trata entonces?. Y la autora responde, que de Otro primordial, Otro instituyente que ha fallado en su función, es decir, que desfallece en un momento estructural.

Para su teorización, la autora recupera el desarrollo del Fort- Da freudiano, indicando que estas fallas estructurales, no se encuentran en el primer tiempo, donde el niño obtiene como logro del jugar, la renuncia pulsional – homologable a la represión primaria-, ni en un segundo tiempo, en el que exclama ooo; sino en un tercero, donde Otro se hace presente interpretando lo que el niño ha dicho. Llama a este momento: Juicio del Otro.

Es necesario el tránsito por estos tres momentos, para que el jugar fort-da, se transforme en una oposición simbólica, y el *ser humano*, en sujeto deseante. Asimismo, nos advierte, que nuestro trabajo por delante será el de intentar establecer esta primera ligadura, que no se ha completado con el juego, sin la cual no puede empezar a funcionar el Proceso Primario y el Principio del Placer, con lo cual no podemos siquiera pensar en términos de Inconciente. Sino que nos encontramos en el registro de una compulsión a la repetición como intento de inscribir aquello que no ha sido ligado, una operación estructural y estructurante previa, que no ha sido realizada aún y que conlleva un goce en sí misma, colocando a los *padecientes* entre la vida y la muerte.

### Melancolía:

La situación emocional es ambivalente, existe un grado elevado de agresión (sadismo) al objeto amado (necesitado). La diferencia yo no-yo, en un nivel yo corporal oral-cutáneo se muestra en que “lo que le pasa al objeto le está pasando al sujeto”.

Su drama puede sintetizarse en “ser el objeto que está malamente” (sádicamente) dejando de ser parte del sujeto, con lo cual la agresión recae sobre el yo. De este modo, no hay una diferenciación plena sujeto y objeto, sino que su depositación y control en alguna zona de la realidad es indispensable para evitar el derrumbe psicótico.

La destructividad puede ubicarse en relación a que el componente constitucional de la serie complementaria sea el de la voracidad y envidia, que frente a las frustraciones de lugar al ciclo, frustración- hambre-agresividad envidiosa, voracidad agresiva. O bien, las conductas del medio – la madre- que transforman las experiencias de succión en destructivas, por ejemplo, la ansiedad despertada en la madre por la fuerza de succión del bebé, culmina en un desprendimiento brusco.

Aquí ubicamos al reproche, como forma conciente de lo que inconcientemente es un ataque. El carácter aplacatorio de los autorreproches, consiste en que el sujeto invadido por el miedo, se somete y finge pidiendo perdón, controlándolos evita que sus perseguidores lo controlen. En sintonía con esto, pueden producirse también actitudes de autodestrucción total, como en el caso del suicidio o parciales, que van desde las mutilaciones con un carácter superficial o expiatorio.

El grado máximo de conducta autodestructiva, es el suicidio, que puede entenderse como un intento de preservación fantástica del objeto y dentro del objeto, del yo-ideal (de los vínculos idealizados), ubicados dentro en el sí mismo actual, dentro del cuerpo actual que es lo que el suicida mata. Posee carácter de acto psicótico, pudiendo tratarse de la eliminación definitiva de todo lo persecutorio-destructivo; o bien de un acto maniaco máximo en algún desmembramiento de las integraciones logradas.

En cuanto a la formación del mundo interno, resulta necesario en estos cuadros clínicos, pensarlos en relación a los procesos de duelo. Una elaboración lograda implica una buena separación por incorporación del objeto en un vínculo ambivalente pero a predominio de necesidad-amor. Sobre esta base se producen los duelos posteriores. Se da a su vez, el alivio, lo cual produce un segundo motivo de culpa: culpa por sentirse bien.

Por otra parte, su este proceso se realiza en una relación mala e indiscriminada, todo queda destruido. La liberación-asimilación es sustituida por la fijación al carácter del objeto y a los aspectos adheridos al mismo. Se establece así, una relación persecutoria, caracterizada por la pérdida autoatribuida del objeto necesitado. Cuya solución puede obtenerse mediante la expulsión fuera del ámbito del self de lo destruido – anorexias u otras inhibiciones-; o,

reintroyecciones de alimentos o de producciones culturales que neutralicen la persecución.

Sin embargo, si la disociación se organiza como sistema estable defensivo, entonces, pueden superponerse estructuras perversas, impulsivas –adicciones- o neuróticas.

Otra forma, en que el estado melancólico descompensado se organiza es la expulsión masiva y a gran distancia, mediante un mecanismo anal, del vínculo dañado. Se establecen así delirios persecutorios secundarios a dicho cuadro, a partir del retorno de lo negado y disociado, de la proyección defensiva, que permite sacar los límites de sí mismo al vínculo culposo-persecutorio, surgiendo a su vez el temor a la introyección patognómica de sus propios contenidos expulsados.

El estado de tensión persecutoria puede: organizarse como sistema proyectivo, cuyo pronóstico y peligrosidad dependen de sus características; llevar a una desorganización por reintroyección masiva con el peligro de suicidio, encapsulamiento hipocondríaco.

### Manía:

Desde una perspectiva psicoanalítica abarca distintos aspectos: el cuadro maníaco; una posición – como la depresiva y la paranoide- que se constituye en molde inconciente; una conducta que permita inferir en su determinación inconciente aquellas angustias y defensas; parentesco con los mecanismos defensivos de formaciones neuróticas; como explicable por la constelación de relaciones objetales, son la manifestación de un sometimiento insoportable a los objetos malos en un ligamen masoquista.

Es una organización secundaria de la melancolía, una defensa típica de ella. En la misma, la introyección-destrucción se encuentra contrabalanceada con introyecciones compensadoras y retroyecciones constantes de lo destruido-persecutorio.

Presenta un contacto con los objetos efímero y superficial. La persistencia en su contacto con los mismos, supone el peligro de ser devorado por ellos. Realiza una sustitución constante que puede ser pensada como un intento de construir un tercero, pero infructuosamente. Aspirando con ello a la liberación de la sumisión de un objeto único, pero la fijación a éste hace que vuelva a reencontrarlo permanentemente.

La vivencia de triunfo, surge de la fantasía de posesión-succión de los objetos con el escape posterior.

La fantasía omnipotente de plenitud y de grandes desplazamientos en el espacio asegura que no ha sido capturado ni destruido despreciativamente. La actitud de denigración al otro indica que el otro es: el objeto dañado-destruido (propio self infantil abandonado, inscripto como herida narcisista; donde la actitud maníaca deriva de la identificación con un perseguidor, abandonante- omnipotente) y un perseguidor neutralizado (la manía surge por identificación con un objeto interno abandonante- persecutorio que es destruido vengativamente y sustituido burlesco).

El carácter hipomaníaco, corresponde a una estabilización de las defensas, de manera que la separación de los destruido destructivo sea exitosa, los circuitos de compensación funcionen y existan áreas en que se logren elaboraciones reparatorias. Si éste se descompensa, puede presentar modalidades psicopáticas secundarias. Por ejemplo, cuando no logran encontrar un clima propicio en las fiestas, experimentan ansiedad y tentativas de pasaje a formas de control más activo y sádico. O bien cuando toman a un melancólico latente como depositario de lo destruido, que pueden ser inducidos al suicidio en lugar del sujeto; ello como forma de manejo de la persecución culpa.

Las formaciones derivadas de estos comportamientos son:

Las caracteropatías melancólicas, en ellas la estructura es la descrita pero se consolida en una base de controles omnipotentes exitosos y mecanismos obsesivos. Estableciendo relaciones de pareja con las que tengan una gran dependencia, a la cual niegan con actitudes de arrogancia y desprecio. Dicha forma se emparenta también con relaciones sadomasoquistas y caracteropatías obsesivas.

La personalidad depresiva, presenta un control adaptativo aceptable, pero consolidado sobre la base de restricciones que dan lugar a una sintomatología secundaria fóbica, obsesiva o histérica. Asimismo, pueden realizar cambios de humor profundo al decodificar actitudes nimias como gestos que en ellos suscitan abandono. Esto, ya que los demás son suministradores de afecto-calor-autoestima. Resulta esencial para el mantenimiento del equilibrio la realización de actividades reparatorias, que no pueden ser concluidas porque allí se condensan todas las posibilidades de la catástrofe depresiva.

### Psicopatías, impulsiones y perversiones:

Estos cuadros comparten como características que expresan conflictos primarios, permiten un ajuste a la realidad por lo que no son psicosis, las conductas que contemplan atentan contra ciertos valores convalidados.

Su relación con la realidad conlleva una sustitución de ésta por perentoriedades inconcientes que la determinan, creando metas y apetencias que tienden al equilibrio de ansiedades psicóticas, produciéndose de manera narcisista y omnipotente. En este marco, la consideración por el otro, no existe.

Estos tres cuadros, deben distinguirse respecto de las conductas perversas, impulsivas o psicopáticas observables sobre el fondo de cualquier estructura.

### Psicopatías:

Uno de los rasgos esenciales en estos sujetos, es que sus sistemas simbólicos se hayan distorsionados, en tanto que transforman cada acto en un juego de supervivencia.

Su mundo simbólico adquiere características delirantes, sin la restitución psicótica presente en los mismos, sino que ésta se encuentra en sus relaciones con los demás, a los cuales captan desde una trama paranoide.

Esta precariedad en los sistemas simbólicos, se plasma también en su incapacidad para la anticipación. Han sustituido el aprendizaje por estrategias de manejo, aportándole astucia en algunas situaciones y dejándolos estado de indefensión, o de déficit yoico en otras.

A partir de esto, la sorpresa será una técnica esencial, por la que sustituyen los actos mediatizados en redes en las que no pueden incluirse; resultándoles aliviador identificarse con el que sorprende, ya que éste es el perseguidor.

Esta identificación con el perseguidor, se constituye en su modo de evitar el derrumbe, dificultando a su vez la capacidad de darse cuenta, ya que el pensar lo desorganiza arrojándolo a vivencias persecutorias.

Los vínculos profundos los exponen al miedo de un derrumbe psicótico, situación que los lleva a ponerse más agresivos. En este marco, el suicidio puede aparecer como respuesta melancólico-desorganizativa.

En estos pacientes encontramos manifestaciones hipocondríacas, debido a dicha precariedad simbólica, la cual funciona como capa defensiva que caduca frente a las experiencias emocionales y que se expresa en el nivel primordial de lo corporal- indiscriminado y persecutorio.

Presentan también actuaciones como modo de mantener el equilibrio psicopático, usando a los demás para reservorio de sus ansiedades o en juegos de rol, expresando y negando al mismo tiempo dependencia con dichos objetos. En este sentido, las vivencias de necesidad tienen que ser negadas y satisfechas.

Sus aspectos de indefensión y carencia por inducción activa, son depositados en otros que sufren, constituyéndose así, la venganza como núcleo de la temática inconciente, y preconciente.

Realizando un aporte desde la perspectiva social, resulta necesario reconocer el contexto propicio de surgimiento, que otorga nuestra sociedad que se sustenta en un sistema capitalista, para este tipo de personalidades donde los otros resultan ser simplemente medios para un objetivo.

Asimismo, en los estudios acerca de sus grupos familiares, se han encontrado un déficit en el intercambio verbal, y una sustitución de las redes comunicativas de éste por la acción como medio esencial. Así como la depositación de emociones no elaboradas de los padres-niños; dando lugar a que los valores sean vividos como modo de encubrir un maltrato denigratorio básico.

Todo lo cual inspira una necesidad de individuación reactiva, una oposición a la normatividad vigente, primero de los padres, luego de la sociedad, constituyendo la tendencia a ser su propia ley.

La infancia se ve acompañada en estos pacientes, por un alto grado de erotización en el vínculo con la madre, que produce en el niño experiencias excitantes que dan lugar a fantasías persecutorias. Incorporará realmente los valores de los padres y se identificará a su Súperyo.

Manifiestan antigrupalidad desde el inicio de la escuela, o proceso de ampliación en la socialización, pudiendo integrarse, sólo en casos en que ocupen roles fijos con posibilidades de poder y control discrecional.

Otra característica importante, refiere a la búsqueda de hacerse agredir por otros, por la cual aspirar a materializar a su perseguidor y a recrear el vínculo malo, uniéndose así con su madre y padre sádicos por un lado, y realimentando el círculo negativo-reivindicativo.

#### Impulsiones:

Refiere al pasaje desde niveles motivacionales primitivos al acto, sin mediación de sistemas simbólicos, es decir sistemas sociales interiorizados ubicables estructuralmente en el Súperyo.

#### Perversiones:

Posee sistemas simbólicos distorsionados, presentando conductas polarizadas en el área de las actividades sexuales.

Sus estereotipias deben vincularse a las caracteropatías, pudiendo considerarse un tipo de las mismas, es decir caracteropatías sexuales. Por otra parte, pueden diferenciarse de ellas, en tanto la estereotipia conductual de los rasgos neuróticos de carácter, tales como las evitaciones en las fobias o los rituales de los obsesivos.

Rafael Paz, retoma el desarrollo freudiano para advertirnos recordar que las perversiones pueden clasificarse según sus variaciones respecto del: objeto – sexo, edad, especie; zonas erógenas –felacio, coito anal-; fines sexuales preliminares- tocamiento, contemplación, exhibicionismo, sadismo y masoquismo-. Y destaca que el placer preliminar proviene de: la activación de la zona erógena o su función; o de la anticipación al placer final. Su presencia latente, supone haber superado la ansiedad de castración, de forma que permita la fusión orgásmica y la posterior individuación.

La fijación de los perversos a las variaciones mencionadas, se deben a que su sexualidad se halla desgarrada por la presencia del coito heterosexual idealizado que es negado, imitado o atacado en las actividades y fantasías. Con lo cual el criterio para comprender la gravedad de éstas perturbaciones se vincula al grado de vida impregnada por estas actividades.

Cuando en estos cuadros, se establece la búsqueda de la actividad sexual plena, la perversión surge como transacción donde se satisfacen las pulsiones y también el Súperyo – por la existencia de objetos sádicos internos, lo obtiene de la castración; permitiéndolo en las actividades pregenitales y prohibiéndolo en las

genitales- , organizándose los síntomas como sistemas estables, es decir, un tipo de caracteropatías.

### Epilepsia:

En estos cuadros, el autor intenta desde la perspectiva abordada, tomar lo convulsivo – descarga pulsional arcaica-, explosivo, accesimal para intentar una lectura de significaciones inconcientes.

Respecto de su constitución, remite a pensar cómo en el caso de un niño que desde el principio de su vida extrauterina, en una relación de simbiosis con su madre, se mueve dentro de un contexto de sobresaltos, efusiones, manipuleos, respuestas incoordinadas, gritos, etc; sus experiencias se entrelazarán o bien reiterando estos niveles, o bien sometidos a controles rígidos. Así las predisposiciones epileptoides se entrelazan con lo universal de lo edípico traumático. Asimismo, las respuesta epiléptica típica es universal es una reacción preformada, tejida con dispositivos que se ponen en movimiento de acuerdo a los valores umbrales.

Siguiendo a Bleger, señala que se trataría de una manera de manejo del núcleo aglutinado de la personalidad, una ruptura entre el clivaje de la parte psicótica y no psicótica de la personalidad.

### Hipocondría:

El cuerpo se vuelve relevante por la preocupación-certeza acerca de la existencia de alguna enfermedad, ello en virtud de algunas sensaciones, representaciones y vivencias.

Pueden distinguirse entre: neurosis hipocondríacas, donde es posible encontrar una mayor reversibilidad de la certeza de estar enfermo frente a las comprobaciones objetivas que demuestren lo contrario o bien en lo absurdo de las explicaciones respecto de funciones alteradas; o psicosis –delirios- hipocondríacos, donde se origina una construcción minuciosa sobre el disfuncionamiento de los órganos, mezclada con inferencias de aparente científicidad e ideas del cuerpo.

En sus diversas formas, se basan en la indefensión del bebé y lo corporal como testimonio de contingencia; y el cuerpo como continente de un conglomerado de sentimientos y experiencia primitivas que queda depositado en las instituciones y personajes –médicos, curanderos- que la sociedad tiene para su cuidado.

En cuanto a la persecución, como parte de su sintomatología, puede originarse una proyección brusca del núcleo psicótico, estructurándose un síndrome paranoico de extrema peligrosidad.

La defensa puede asimismo, tomar la forma de negación de parte o de todo el esquema corporal, pudiendo verse desde vivencias de extrañamiento hasta la instalación de un delirio –síndrome de Cotard-. Situados en la omnipotencia del no-cuerpo pueden llegar a sentirse inmortales.

### Palabras finales:

“La ciencia no es un conjunto de verdades reveladas de una vez y para siempre. La ciencia se construye” (...) Siempre interviene el ser humano, con sus categorías de pensamiento, su personalidad total, sus reacciones frente al objeto, su ideología, etc.” Bleger,2006: 218

A lo largo de esta experiencia, he descrito la importancia de la construcción del diagnóstico en psicología como un pilar necesario para el trabajo clínico con nuestros padecientes consultantes.

Sin embargo, puede observarse, que he tomado líneas de trabajo ubicadas en la producción del psicoanálisis, entendido en su sentido amplio, considerándolo como parte de los distintos proyectos vigentes y en producción en nuestra ciencia. Cuestión que puede adjudicarse a la hegemonía que en nuestra formación académica, dicha perspectiva tiene.

Los distintos autores, toman como fundamento un enfoque freudiano- kleniano, contemplando a su vez, en sus obras, la importancia de tener en cuenta los aspectos sociales, comunitarios e institucionales a la hora de formular un diagnóstico.

Todo lo anterior, me ha permitido un ensayo de distancia con el legado médico-hegemónico, aún fuertemente presente en los espacios académicos y en las demandas que podemos recibir desde otros ámbitos sociales, como los judiciales, hospitalarios, escolares.

Con estas líneas he intentado realizar una apuesta para posicionarme sin prejuicios, ni temores a la hora de la elaboración del diagnóstico. Empleándolo como instrumento, recuperando su importancia, denunciando su capacidad de estigma en su operativización y no en su formulación.

Para ello, explicité como posibilidad, el uso de una psicopatología dinámica, seleccionando como nosografía específica a la elaboración de Rafael Paz, la cual por la amplitud de sus descripciones y mi brevísima experiencia en el tema, me permiten pensar directrices. Considero, que es con los años de trabajo clínico, con los que podré realizar una posición auténticamente propia, explicitándose en la modalidad de escritura mis propios límites.

Considero que he podido dar cuenta de algunas herramientas que me permitirán como psicóloga, encontrar un modo, que como dije es artesanal, es en tejido y en espiral, es reevaluado constantemente, supervisando casos, realizando análisis personal... y debe evitar las conclusiones rápidas que sólo conducen a la etiqueta y al estigma...

El diagnóstico es un instrumento más, que nos guía en la relación terapéutica que establecemos con nuestros pacientes, es útil si la construimos con ellos, si les damos el espacio y el respeto para compartir nuestras conclusiones, si somos constantes en nuestra formación y en la humildad para volver a repensarlos. Es obstáculo, si dejamos de escuchar y de observar, si los pensamos como punto de llegada, si los usamos en largas discusiones académicas.

Por todo esto, la psicología es para mí un servicio, que ha sido producto de muchos años de esfuerzo y de largas noches sin dormir... Me ha hecho un mejor ser humano, me ha curado y me permitido conocer mi sufrimiento... Y espero que haga que otros, *seres humanos* iguales a mí puedan encontrar en mí a otro que escuche, con el que puedan construir un modo más sano de amar y de trabajar.

### Referencias bibliográficas:

- Bleger, J (2015). "Psicología de la conducta". Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Bloj, A (2010). "Tres momentos para pensar las intervenciones del Psicólogo Educativo. Diferentes perspectivas de abordaje", en Bloj, A (comp) en "Intervenciones en Psicología Institucional". Rosario. Laborde.
- Ferroni, M (2010). "Inicios de la intervención: La construcción diagnóstica. Una herramienta para la prevención dentro de la institución educativa "en Bloj, A (Comp), en "Intervenciones en Psicología Institucional". Rosario. Editorial Laborde.
- Freud, S (2006). "Esquema del Psicoanálisis", en "Obras Completas: Moisés y la religión monoteísta y otras obras". Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Goffman, E (1995). "Estigma. La identidad deteriorada". Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Heinrich, H (1993). "Borde de la neurosis". Rosario. Homo Sapiens Ediciones.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Recuperada de: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- Ley 23. 277. Ejercicio Profesional de la Psicología. Recuperada de: [http://fepra.org.ar/feprav3/documentos/leyes\\_ejercicio\\_provincias/Ciudad\\_Buenos\\_Aires\\_Ley-23277.pdf](http://fepra.org.ar/feprav3/documentos/leyes_ejercicio_provincias/Ciudad_Buenos_Aires_Ley-23277.pdf)
- Paz, R (1973). "Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos". Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión
- Sendín, M (2000). "El diagnóstico Psicológico. Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo". Madrid. España. Ediciones Psimática.
- Temporetti, F (2009). "Teorías y Metodologías en la Psicología. Análisis histórico crítico. Material de la cátedra". Rosario. Psicología UNR.