

EL SENTIDO DEL SÍNTOMA
UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO

PRESENTADO POR:
LEYLA SOFÍA RIVERO GRANADOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA UNAB
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA UNAB EXTENSIÓN UNISANGIL
SAN GIL, JUNIO 2015

EL SENTIDO DEL SÍNTOMA
UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO

PRESENTADO POR:
LEYLA SOFÍA RIVERO GRANADOS

BAJO LA DIRECCIÓN DEL PS.
Cindy Alejandra Cárdenas González



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA UNAB
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA UNAB EXTENSIÓN UNISANGIL
SAN GIL, JUNIO 2015

*A mi hijo Démian,
Quién ha estado inevitablemente presente en la
elaboración de mi proyecto,
Sin perder oportunidad para recordarme patadita
tras patadita que está conmigo.*

AGRADECIMIENTOS

A Anderson mi amor y compañero de vida, quién sin pensarlo, con plumas de sus enormes alas reparo las mías.

A mi amigo Joao, quién me ha apoyado en cada una de las cosas que emprendo, sin darle lugar a lo imposible.

A la profesora Cindy Cárdenas, quién como pocos despierta el deseo de saber de quien la escucha.

A la profesora Nancy Bueno, por escuchar mi angustia, con todo su amor y respeto, en mis momentos más difíciles.

Le agradezco inmensurablemente a la Dr. Alejandría Martínez, por su confianza y apoyo durante toda mi carrera, haciendo posible mi permanencia en la universidad.

A la profesora Sandra Ruiz, quién con su fe en Dios, cariño y comprensión, me hizo ver la culminación de mi carrera más palpable.

Al profesor Carlosgermán Celis, por asumir la difícil labor de transmitir el psicoanálisis en la universidad, mostrando otra forma de concebir lo humano con las dificultades que esto conlleva.

Y por último pero no menos importante, un agradecimiento especial al profesor Rafael Rodríguez, pues fue de su enseñanza de donde obtuve mis primeras nociones del psicoanálisis.

RESUMEN

Esta tesis fue creada con el fin de indagar principalmente en la concepción de síntoma, tanto para la clínica psicoanalítica como para la psicológica, llegando de igual manera a mostrar lo que éste representa para la medicina y la psiquiatría. Esto en el primer capítulo.

En el segundo capítulo, en el proceso investigativo se hace notar en gran medida, que es a partir de la concepción del síntoma, que se determina la forma de acogerlo y de tratarlo.

Con la finalidad de lograr un aporte a la psicología, en el tercer capítulo se expone "El tratamiento analítico", siendo este su título, en el cual se muestra la forma tan singular con la que el psicoanálisis aborda el síntoma. Y por último se hace un apartado, titulado "La articulación psicología y psicoanálisis", en donde se expone la difícil labor de crear una articulación entre psicología y psicoanálisis.

TABLA DE CONTENIDO

Página aprobatoria	3
Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Resumen	6
El sentido del síntomaun estudio psicoanalítico	8
Planteamiento del problema	9
Formulación de pregunta de investigación	10
Justificación de la investigación	10
Objetivos de investigación: general y específicos	12
Antecedentes de investigación	12
Metodología	14
LA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA ANTE EL SÍNTOMA.	15
El Encuentro con la Histeria	19
Medicina y psicoanálisis	28
<i>Implicaciones de positivismo en ciencia</i>	38
<i>Conclusión</i>	40
EL SENTIDO DEL SÍNTOMA Y SU NEXO CAUSAL CON LA SEXUALIDAD	41
La neurosis obsesiva	43
Casos	44
<i>Conclusión</i>	48
EL TRATAMIENTO ANALÍTICO ANTE EL SÍNTOMA	48
El acto analítico ante el síntoma	49
<i>Conclusión</i>	50
LA ARTICULACIÓN PSICOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS EN RELACIÓN AL SÍNTOMA	51
<i>Conclusión</i>	56
DISCUSIÓN	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

EL SENTIDO DEL SÍNTOMA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO

El presente trabajo constituye una investigación que se realiza apartir de la temática sostenida por el psicoanálisis, con respecto al sentido que éste le otorga al síntoma entendido como manifestación de lo inconsciente, y que además es posible que contenga un nexo causal con la sexualidad, paratal fin se hará uso de las herramientas teóricas del método psicoanalítico.

La revisión documental que se realiza, se forma alrededor del reconocimiento de la psicología como un saber que se ha constituido como ciencia, con el objetivo de avanzar, como una exigencia de la época, de la época moderna, de la época de la ciencia, dando por resultado la exclusión del sujeto como ser singular y por ende del síntoma y el sentido que lo significa.

Para tal fin se hizoprecisauna revisión de la diferencia existente en la concepción del síntoma tanto para la semiología psiquiatría (siendo esta la misma herramienta usada por la psicología y la medicina), como para el psicoanálisis; en tanto que son estos saberes en términos generales los que acuden ante la urgencia psíquica de las personas. Así pues, más allá de definirlo desde los distintos puntos de vista, seapunta a ahondar sobre la noción de síntoma y su sentido, del que tan minuciosamente se ha ocupado el psicoanálisis y que de alguna manera ha hecho parte de un campo que ha caído en el olvido por parte de la psicología.

La labor investigativa se centra en indagar en el psicoanálisisla noción de sexualidad, y el nexo causal que ésta tiene en la constitución del síntoma.

Finalmente en el desarrollo de la investigación se establece la acción del acto analítico ante el síntoma, y

de allí y teniendo en cuenta los principios rectores del psicoanálisis, hacer un aporte a la psicología por medio del acercamiento a los presupuestos teóricos de éste, con la idea de generar una mayor comprensión especialmente acerca del síntoma y por tanto del sujeto entendido como un ser singular.

Planteamiento del problema

El olvido por lo singular propio de un saber psicológico que se pretende objetivo, y que tiende a generar procedimientos de intervención amparados en un para todos, dejando de lado la dimensión única que del sufrimiento se manifiesta en cada sujeto, es un elemento que ha sido notado por diferentes investigadores como Juan Fernando Pérez, quien en su artículo "Psicología y psicoanálisis" plantea lo siguiente: *"La psicología aspira pues a construir un saber científico producido, saber acerca de algo genéricamente designado como psiquismo y en general considerado como un fragmento esencial de lo humano"* (Pérez, (2005), p.54). Saber científico que se ha enfocado fundamentalmente en la estandarización, dejando de lado lo que el psicoanálisis le ha mostrado a todo ámbito de la cultura; que los síntomas tienen un sentido, unnexo causal sexual y que efectivamente tiene relación íntima con las vivencias del sujeto.

Ahora bien, no se desconoce que las técnicas psicológicas como las TCC (terapias cognitivo-conductuales), e incluso las intervenciones farmacológicas que emplean los psiquiatras resulten útiles en la estabilización del paciente. Pero ellas no propenden por la cura del sujeto, por hacerse responsables de su existencia y su padecer y en cambio se le suman a su sufrimiento, aplazando las manifestaciones sintomáticas y quedando a merced de la

repetición. Por lo tanto se hace precisotomar distancia de los paradigmas teóricos de la psicología, para abordar el síntoma como un fenómeno de sentido para el sujeto, tal como lo plantea el saber psicoanalítico.

En consecuencia de esto se hace necesario ahondar en la teoría psicoanalítica acerca de la noción de síntoma, en respuesta ante la emergencia del sujeto, cuya singular forma de sufrir se escapa de la psicología, cuyo afán de objetivar y avalarse como ciencia ha dado como resultado la exclusión de lo subjetivo.

Formulación de pregunta de investigación

¿A qué se refiere el psicoanálisis al plantear que el síntoma tiene un sentido y, nexos causal con la sexualidad del sujeto entendido como un ser singular?

Justificación de la investigación

La importancia de la presente investigación radica en un esfuerzo de precisión de la noción de síntoma, ya que dentro de la cientificidad contemporánea, la psicología clínica al igual que la psiquiatría, dejan de lado el reconocimiento de éste como fenómeno de sentido y como manifestación de lo inconsciente, limitándolos simplemente a un problema nominal para incluirlo en nosografías patológicas, lo que genera así una confusión entre signo y síntoma como si se tratara de lo mismo.

Así pues, en el proceso de diagnóstico para la psicología el signo toma un papel relevante en detrimento del síntoma, lo cual se evidencia en los planteamientos teóricos del reconocido y estudiado psiquiatra norteamericano creador de

la terapia cognitivo-conductual (TCC), Aaron Beck, quien hace un énfasis radical en los signos observables de psicopatologías como la depresión a través de su famoso "Inventario de Depresión" (B.I.D en su sigla inglesa), el cual es un cuestionario de autoadministración de 21 preguntas de respuesta múltiple, que pretende evaluar por medio de la descripción de signos visibles, el nivel de depresión del paciente.

El mencionado test resulta siendo una de las herramientas más usadas por la psicología contemporánea que centra su intervención en el diagnóstico, y una vez conseguido, el sujeto termina en algunos casos siendo remitido a la estabilización psiquiátrica, lo que muestra un impase en el campo de acción del psicólogo, ya que su lugar puede venir a ser ocupado por un técnico con pericia en la aplicación de pruebas, o peor aún por una autoconsulta del paciente a partir de herramientas tecnológicas como el internet donde fácilmente se encuentra tal inventario.

Es en este sentido donde radica el valor de la presente investigación, al realizar un aporte a la formación profesional de nuevos psicólogos que tengan en cuenta al síntoma como muestra de la singularidad del sujeto y su nexo causal con la sexualidad, y que centren su intervención en la necesidad que demandan los sujetos de ser escuchados más que diagnosticados y evaluados.

OBJETIVO GENERAL

Indagar sobre el sentido del síntoma y su nexos causal con la sexualidad, haciendo uso del método indiciario, siendo éste el que caracteriza la investigación en psicoanálisis.

Objetivos específicos

Revisar la concepción existente del síntoma tanto para la psicología como para el psicoanálisis.

Investigar acerca del sentido que le otorga el psicoanálisis al síntoma.

Investigar sobre el acto analítico ante el síntoma como representante del sujeto, y su articulación con la psicología.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

La presente recopilación tiene como objetivo ofrecer un acercamiento a los trabajos investigativos que centran su atención en lo que concierne al síntoma, y detectar la existencia de algunas líneas de investigación comunes con la aquí planteada.

En primer lugar se presenta el trabajo investigativo titulado: "El síntoma psicoanalítico" de Aceituno (2001), seguido después por las investigaciones realizadas por Beatnik (2006): "Concepciones freudianas del síntoma" y por Posada (2010): "En tanto no hay relación sexual... entonces síntoma", para finalizar con Bauzá y Muñoz (2000): "Psicoanálisis y medicina", y Hoyos (1999): "Si el cadáver no responde... ¿quién?".

La primera investigación citada titulada: "El síntoma analítico" por Aceituno (2001), presenta como objetivo de investigación trabajar sobre la relación del psicoanálisis

con el saber psiquiátrico, igualmente se revisa la teoría freudiana para abordar la actualidad de la clínica psicoanalítica, y la cientificidad del psicoanálisis, en síntesis se centra en la historicidad de la clínica, del psicoanálisis y el sujeto, llegando así a encontrar una contraposición entre psicoanálisis y psiquiatría, de lo que concluye que la manera como se ha llevado a cabo la teoría y la práctica del psicoanálisis puede leerse como síntoma cultural, ante lo que se hace necesario someter al propio psicoanálisis a la crítica, y solo bajo una reflexión histórico teórica y técnica de sus compromisos y dificultades podrá decir lo que somos, o lo que se ignora ser.

Continuando con la presentación de las investigaciones relacionadas con el presente escrito, citamos a Beatnik(2006) con su texto: "Concepciones freudianas del síntoma" y a Posada(2010) con el artículo: "En tanto no hay relación sexual... entonces síntoma", cuyos objetivos se encuentran estrechamente relacionados. Así pues, La investigación de Beatnik (2006), muestra la extensión del tratamiento del síntoma en el psicoanálisis, concluyendo que en los casos paradigmáticos de Freud, se exponen los resultados clínicos del reconocimiento de lo inconsciente y el sentido de los síntomas. Por su parte, Posada (2010) advierte desde las concepciones Freudianas, que los síntomas tienen un sentido sexual, refiriéndose a lo sexual como ausente, como imposible de verbalizar y de cifrar. Ante lo que concluye que la no inscripción del Otro en el inconsciente hace que la relación sexual no exista, y no se pueda decir, ya que del sexo lo que se intente decir se ha de decir mal, haciendo que el sexo se torne indescifrable.

Por último, se citan las investigaciones de Bauzá y M^a José Muñoz(2000): "Psicoanálisis y medicina" y Hoyos (1999):

"Si el cadáver no responde. ¿quién?", las cuales se encuentran relacionadas al hacer mención del impase que se le presenta a la medicina ante los síntomas que no tienen sustento en lo orgánico, permitiendo que el paciente siga padeciéndolos, en tanto que es mejor, que tenérselas que ver con la verdad de su ser. Deduciendo a modo de conclusión que a los médicos no les interesa saber que sus pacientes no quieren curarse de su enfermedad, a pesar de que digan todo lo contrario.

En suma, las anteriores investigaciones son pertinentes para observar la manera como ha sido trabajado el tema del síntoma en psicoanálisis durante las últimas décadas, además dan cuenta del uso del método indiciario en la investigación psicoanalítica.

Metodología

La investigación se lleva a cabo en función de saber acerca del síntoma, en tanto concepto psicoanalítico, por lo que se hace pertinente realizar una investigación documental, es decir obtener información, por medio de documentos escritos en psicoanálisis en la obra de Freud tales como: "*El sentido del síntoma*" (1890), "Teoría sexual" (1905), "Psicoanálisis y Psiquiatría" (1890). De igual manera en la revisión documental y el uso de insumos y documentos escritos en psicología tales como tratados de semiología psiquiátrica. Documentos de los cuales después de una revisión, análisis, reflexión e interpretación, se pretende esclarecer el tema en cuestión, tanto en el objetivo general, como en los objetivos específicos.

En el proceso se tendrán en cuenta diferentes autores que hayan tratado el tema, especialmente en el psicoanálisis y en la psicología, para que en la presente investigación se

pueda ubicar y evidenciar la forma como el saber de la ciencia y especialmente del psicoanálisis se muestra la noción de síntoma.

LA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA
ANTE EL SÍNTOMA

Con la creación del psicoanálisis, el hombre y por tanto su psiquismo empieza a ser concebido desde dos campos que aunque relacionados son muy distintos; el primero de ellos se refiere a la consciencia (palabra del vocablo latino *conscientia* "conocimiento"); etimológicamente indica que incluye aquello que el sujeto conoce, y de lo que puede dar cuenta por encontrarse a su alcance, como lo es el recuerdo de alguna vivencia que puede evocar sin mayor esfuerzo.

La segundo campo aún más amplio y complejo, lo constituye lo inconsciente, gran aporte del psicoanálisis, siendo éste el contenido psíquico que no se encuentra en la conciencia como son los deseos, pulsiones, y recuerdos de vivencias que el sujeto ha reprimido, resultándoles inaceptables a la consciencia, y a lo que difícilmente él puede acceder y tener conocimiento.

Ya aquí, desde la concepción de la consciencia y de lo inconsciente se enmarca la principal diferencia en la forma de abordar el síntoma por parte de las dos clínicas que titulan el presente escrito. Es así que lo inconsciente, descubierto y formalizado por Freud, en (1915), pasa a ocupar para la clínica psicoanalítica un lugar determinante en la vida psíquica del sujeto, siendo de éste y de los procesos anímicos de lo que se ha ocupado, haciendo de la conciencia tan sólo una vía de acceso a procesos más complejos.

Así pues, el concepto de lo inconsciente pretende ir más allá de la psicología experimental, aunque haya sido el método experimental el que le dio el carácter de ciencia y de disciplina autónoma a la psicología en Leipzig en (1879), por iniciativa de Wilhelm Wundt.

Son los procesos sensoperceptuales, los procesos cognitivos, la percepción y el aprendizaje el campo de trabajo de la psicología experimental, y de los cuales el psicoanálisis se aparta al suponer en los síntomas algo anímico inconsciente. Así Freud, en su texto "Lo inconsciente" de 1915, plantea una justificación de este concepto, argumentado en los siguientes términos:

"Desde muchos ángulos se nos impugna el derecho a suponer algo anímico inconsciente y a trabajar científicamente con ese supuesto. En contra, podemos aducir que el supuesto de lo inconsciente es *necesario* y es *legítimo*, y que poseemos numerosas *pruebas* en favor de la existencia de lo inconsciente" (Freud, 1915/1979. P. 163).

Freud rebate las tentativas de descalificar el saber analítico por el uso del concepto "lo inconsciente", mostrando la importancia que tiene para la teoría y la práctica analítica, razón por la cual al plantear su justificación use tres palabras claras y precisas, las cuales resalta: *necesario, legítimo y pruebas*, alejándose radicalmente de la posibilidad de la casualidad, y que más bien demuestra el rigor con el que ha plateado el concepto.

Para Freud, (1915). Lo inconsciente es necesario y lo argumenta de la siguiente manera:

"Es necesario, porque los datos de la conciencia son en alto grado lagunosos; en sanos y en enfermos aparecen a menudo actos psíquicos cuya explicación presupone otros actos de los que, empero, la conciencia no es testigo" (1915/1979. P. 163).

Así pues, Freud muestra la necesidad del concepto de lo inconsciente a partir de una ausencia, ya que en obrar humano se encuentra un sin número de actos que no encuentran explicación consciente como lapsus, los chistes, los actos fallidos, y que dan lugar a suponer que existe en la vida psíquica procesos de orden inconsciente.

Freud también plantea la legitimidad del coneccto en mención de la siguiente forma:

"(...) el supuesto de lo inconsciente es, además, totalmente *legítimo*, puesto que para establecerlo no nos apartamos un solo paso de nuestro modo habitual de pensamiento, que se tiene por correcto" (1915/1979. P. 163).

Es decir que no hace falta ir muy lejos, pues es de nuestro modo habitual de pensar de donde podemos obtener las pruebas de la existencia de lo inconsciente, la mayor prueba que usa Freud para su formulación es la misma investigación psicoanalítica:

"En tercer lugar, entra en la cuenta un argumento más serio: por la investigación analítica llegamos a saber que una parte de estos procesos latentes

poseen caracteres y peculiaridades que nos parecen extraños y aun increíbles, y contrarían directamente las propiedades de la conciencia que nos son familiares". (Freud 1915/1979". Pág. 166)

Así pues, es de la práctica clínica y de la investigación de donde se obtiene un sustento teórico de los conceptos en psicoanálisis, siendo la palabra el sustento material con el que el psicoanálisis trabaja.

Ahora bien, para la clínica psicológica, su campo de estudio e intervención se centra en la conciencia del sujeto, específicamente con todo aquello que ésta tenga a su alcance, como si se tratase de un órgano de percepción más, tal como lo hace la medicina, concediéndole todas las características, capacidades y debilidades de los órganos de los sentidos, en donde el síntoma toma carácter de entidad, susceptible de ser comprobado, medido, evaluado, y una vez sea remitido el paciente al psiquiatra será medicado.

Estudios en psicoanálisis tales como "La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma", escrito por Julio Hoyos en el (2001), dan cuenta de lo anteriormente planeado como se denota en la siguiente cita: "es algo sabido, pero olvidado con demasiada frecuencia, que la enfermedad es una construcción y no una entidad" (2001, pág. 144).

Así pues, la psicología al concebir el síntoma como entidad y no como una formación de lo inconsciente da cuenta de la exclusión del sujeto de la enfermedad, aquel que

tiene su forma particular de vérselas con su sufrimiento y con su angustia, entendida como un estado afectivo, sobre el cual Freud en su texto "Inhibición, síntoma y angustia" (1926), ha insistido que no es sin motivo como lo muestra la semiología psiquiátrica, sino que se trata más bien, del efecto que produce la incapacidad inconsciente del sujeto para tramitar, una tarea o un peligro que viene de afuera o cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación sexual, generada en el psiquismo por amenazas pulsionales.

En definitiva, la exclusión del sujeto y por ende del síntoma como producto de lo inconsciente, ha sido en respuesta a las exigencias de la "ciencia positiva" que con su influencia hizo que la psicología al igual que la medicina se ocupara exclusivamente de la enfermedad, ubicándola en categorías nosológicas, llegando así a operacionalización de éstas.

Sin embargo no es objetivo del presente apartado ahondar acerca del tema de la ciencia positiva, elemento que será retomado más adelante, se hace más pertinente, ahondar aquí acerca de la histeria y su influencia a lo largo de la historia, tanto para los filósofos y médicos, así, como su papel determinante en la creación del método clínico psicoanalítico y por ende de la noción de síntoma, ya que suele considerarse a los "Estudios sobre la histeria" (Freud 1895) como el punto de partida del psicoanálisis.

El encuentro con la histeria

Tanto la clínica médica como la clínica psicoanalítica, se vieron desafiadas por los síntomas de la histeria, que no obedecían a ningún orden biológico y por lo tanto exigía para su "curación", más de lo que podría ofrecer la clínica médica. Afirmación que tendrá sustento, con el resumen

elaborado en el presente escrito, del recorrido histórico de la histeria presentado en el diccionario de psicoanálisis (2008), edición actualizada y revisada por Élisabeth Roudinesco y Michel Plon, en donde todos los autores que aquí se mencionan, no fueron consultados directamente por la presente investigación, sino que fueron hallados en el recorrido histórico que se le hace a la histeria en el diccionario mencionado.

Para contextualizar, la palabra histeria deriva del griego *hystera* (Matriz, útero); es una neurosis, caracterizada por que los conflictos psíquicos inconscientes dan lugar a manifestarse teatralmente y en forma de simbolización, a través de síntomas corporales paroxísticos (ataques convulsiones de aspecto epiléptico) o duraderos como: (parálisis, contracturas, ceguera).

Son dos las principales formas de histeria teorizada por Sigmund Freud, la histeria de angustia y la de conversión, la primera se caracteriza porque el síntoma central es la fobia, y la segunda porque en ella se expresan a través del cuerpo representaciones sexuales reprimidas. Pero además existen otras dos formas Freudianas de la histeria; la histeria de defensa, la que se ejerce ante los afectos displacientes, y la histeria de retención, en la cual los afectos no pueden llegar a expresarse a través de la abreacción o descarga por reacción.

Ahora bien, rememorando la historia de la histeria; se debe tener presente, que esta enfermedad estremeció el cuerpo de las mujeres europeas, sin que hubiera distinción entre las ricas burguesas de la sociedad vienesa y las locas del pueblo exhibidas por *Charcot* en el hospital de la *Salpêtriare*. La histeria era considerada por los antiguos en especial por *Hipócrates* como una enfermedad orgánica de

origen uterino; de ahí su nombre pues en griego *hystera* significa matriz, lo que la hacía una enfermedad de la mujer, que afectaba el cuerpo en su conjunto con sofocaciones en la matriz.

En su periodo *Platón* hace uso de la tesis hipocrática y le agrega que la mujer lleva en su "seno un animal". Estas creencias cercanas a la animalidad, fueron las que acompañaron a la mujer durante siglos y más a la mujer histérica.

En la edad media, gracias a las concepciones agustinianas se dejó a un lado el enfoque médico de la histeria incluso la palabra misma dejó de emplearse, y se le atribuyó las convulsiones y las sofocaciones de la matriz a posesiones demoniacas, por ser expresiones de placer sexual lo que era considerado en ese entonces pecado. Ahora era el diablo el que poseía el cuerpo de la mujer y el que simulaba la enfermedad. Esto hizo que la mujer fuera considerada bruja en el siglo XIX, por *Jules Michelet* (1798-1874).

La iglesia Católica Romana y la inquisición en 1487 se dotaron de un manual llamado *Malleusmalificarun*, temible por haber sido creado para detectar los casos de brujería y enviar a la hoguera a todo aquel que estuviese implicado, especialmente a las mujeres, por ser consideradas brujas. Esto se dio así por más de dos siglos; a pesar de que la medicina no aceptaba la posesión demoniaca, la caza de brujas causó numerosas víctimas, con el poder otorgado por la religión.

En el siglo XVI el médico alemán *Jean Wier* (1515-1588) considerado el padre de la primera psiquiatría dinámica por *Gregory Zilboorg*, trató de aminorar el poder de la iglesia diciendo que las supuestas poseídas, debían ser consideradas como enfermas mentales. Así mismo publicó un

libro en 1564, "De la impostura del diablo", logrando que lo persiguieran por sus planteamientos teóricos, pues los teólogos vieron en él la postura de satanás.

Fue *Franz Anton Mesmer*, quien logró pasar la concepción demoníaca de la histeria y de la locura a una concepción científica. Planteando la teoría del magnetismo animal, sosteniendo que la enfermedad se debía a un desequilibrio de un "fluido universal", bastando con que el médico magnetizador provocara crisis convulsivas, para restablecer el equilibrio de fluidos, naciendo así la primera psiquiatría dinámica, lo cual llevó a que la histeria dejara de tener una visión religiosa-demoníaca y pasara a ser una enfermedad de los nervios. Fue en 1775 según *Henri F. Ellenberger* que se produjo el pasaje de lo sagrado a lo profano, cuando *Mesmer* demostró que la curación obtenida por *Josef Gassner* (-1779) dependía de magnetismo. Haciéndose a un lado la posición demoníaca, pero sin renunciar aun a la hipótesis uterina.

Por otro lado muchos médicos creían que la enfermedad afectaba a los dos sexos y que tenía su origen en el cerebro dando indicios de la existencia de una histeria masculina. *Charles Lepois* (1563-1633) médico francés que por primera vez en 1618, estableció que la hipótesis cerebral conducía a una "desexualización" de la histeria, pero esto no le puso fin a la concepción de la animalidad de la mujer.

En el siglo XII, se remplazó las sofocaciones de la matriz, por el papel de las emociones, de los vapores y de los humores, casi llegando a confundir en una misma entidad la histeria con la melancolía. A fines del siglo XIII, gracias a la difusión de los nervios y no por su naturaleza

el útero y la matriz siguen haciendo parte de la patología de la histeria.

En (1859), la hipótesis cerebral fue atestiguada por última vez por el médico francés, *Pierre Briquet* (1796-1881), incorporando a la histeria fenómenos sociológicos como las condiciones de vida o materiales como los ciclos de la naturaleza y el movimiento de los astros, abriendo camino así al debate sobre la histeria masculina.

Fue la revolución *pineliana* donde se dio origen al alienismo moderno, y le dio fin a las tesis nomológicas, lo que favoreció la concepción psiquiátrica de la enfermedad mental, que incluía a la histeria. Fue entonces cuando se enfrentaron los sostenedores del organicismo y los partidarios de la psicogénesis; para los primeros la histeria no era más que una enfermedad cerebral de naturaleza fisiológica, hereditaria; y para los segundos una afección psíquica, o sea una neurosis.

El termino Neurosis fue introducido por el medico escocés *WillianCullen* (1710-1790), para referirse a las afecciones mentales sin origen orgánico, sin inflamaciones, ni daño alguno en el órgano donde aparecía el dolor.

A lo que llamó afecciones "*funcionales*" siendo entonces enfermedades nerviosas.

Es aquí entonces, en donde sobre las ruinas del magnetismo paralelamente surgió, una corriente terapéutica que a través de la hipnosis, daría paso a las psicoterapias modernas entre ellas el psicoanálisis.

Hipnotismo (del griego *hypnod*: sueño), palabra creada en 1843 por el médico escocés *James Braid* (1795-1860). Él remplazó la antigua teoría fluida, por la idea de la estimulación psíquico-químico-psicológica, acabando

definitivamente con la creencia en la utilidad de la intervención de tipo magnético.

Ahora con el vínculo de la hipnosis con la neurosis, *Charcot*, abandonó la conjetura uterina, dejando de lado oficialmente la etiología sexual, he hizo de la enfermedad una neurosis, con lo que ya no se le acusaría de simulación a la mujer histérica. La histeria de *Charcot*, era atribuida a una causa traumática relacionada con el sistema genital, bien sea un hombre o una mujer, y pasando a ser durante un tiempo una enfermedad funcional, hereditaria, y se retoma las tesis de *Lepois*, sobre la existencia de una histeria masculina.

Charcot en la teoría de la neurosis, no hace uso de la hipnosis, para curar a sus enfermos, pues la hipnosis era para él solo un instrumento útil para demostrar sus hipótesis. Hipnotizaba a las "locas" de la Salpêtriére, les producía síntomas histéricos y luego se los suprimía, con lo que demostraba el carácter neurótico de la enfermedad. Debido a esto Hippolyte Bernheim jefe de la Escuela de Nancy, lo acusó de fabricar mediante sugestión síntomas histéricos y de atentar contra la vida de las enfermas, que en lugar de ser atendidas eran usadas en sus demostraciones. Según Bernheim *Charcot* se encontraba preocupado únicamente por la clasificación.

A pesar de los debates y los enfrentamientos que esto produjo por parte de las grandes corrientes del pensamiento médico, provenientes de la neurología y de la tradición del alienismo, la escuela de *Salpêtriére* exaltadora de los "grandes patrones", transformados en monarcas de saber, siendo la investigación teórica su preocupación; y la escuela de Nancy, más culturalista, reivindicaba una tradición terapéutica en la que el bienestar de los

enfermos prevalecía sobre todo lo demás, pretendiendo ser una medicina de los pobres y los excluidos. Freud admiraba a Charcot (a quien consideraba un maestro), más que a Bernheim. Separa las tesis tanto de Charcot como la de Bernheim. Sustrayendo lecciones fructíferas de la una y de la otra.

El primero había dado las pautas para una nueva concepción de la histeria, y en el segundo en contra del anterior había encontrado el principio de su tratamiento psíquico.

Freud, (entre 1888 y 1893), creó a partir de la histeria un nuevo concepto, tomando de Charcot la idea del origen traumático, en función de la *Teoría de Seducción*, afirmando que la causa del trauma es de carácter sexual, es decir que la histeria es resultado de un abuso realmente vivido en la infancia. Todos los especialistas de enfermedades nerviosas reconocieron la importancia de los factores sexuales en la génesis de los síntomas neuróticos, en especial para la histeria, elaborando su teoría del origen traumático (seducción real) esto en (1897). Pero más tarde Freud renuncia a dicha teoría y desarrolla el concepto de *fantasma el cual demarcó en un primer momento como una formación del inconsciente, una realización de deseos como el sueño, para convertirse luego en aquello que de una manera determinante está detrás del síntoma.*

Charcot, Breuer y RodulfChrobak ya le había sugerido a Freud el origen traumático sexual. Fue de *Bernheim* de quien Freud toma la idea de la sugestión de la cual el mismo *Bernheim no era partidario*, la que abandonó después por la elaboración de la noción de transferencia, pasando así del método catártico propuesto por *Breuer* al de asociación libre siendo ahora está es su técnica terapéutica.

Freud en su texto de estudios sobre la histeria, obra magistral por sus aportes teóricos y por la exposición *clínica de los historiales*, presentó una nueva concepción del inconsciente, la represión, la abreacción, la defensa, resistencia y la conversión. Explicando cómo una energía libidinal se transformaba en una *somatización, con significaciones simbólicas*.

Antes de la publicación de *La interpretación de los sueños (1900)*, Freud ya había abandonado la teoría de la seducción. Reconociendo que son los conflictos psíquicos inconscientes la causa de la histeria, y como consecuencia afirma que la histeria ya no sufría de reminiscencias como lo había expuesto en los estudios, sino de fantasmas.

Es de agregar que aunque en la infancia se haya sido víctima de abuso entendido como seducción real y tocamientos de los genitales por parte de un cuidador, el trauma no puede ser la única forma de explicación de la cuestión de la sexualidad humana. *Freud* afirma que junto a la realidad material se encuentra una realidad psíquica (concepción de fantasma), igual de importante en la historia del sujeto, en donde la conversión vendría siendo una forma de realización de deseos, un deseo siempre insatisfecho.

La identificación del conflicto "nuclear" de la neurosis histérica, fue posible cuando *Freud* teoriza la sexualidad infantil, (la imposibilidad para el sujeto para resolver el complejo de Edipo, y evitar la angustia de castración, lo lleva a rechazar la sexualidad) considerando histérica a toda persona que en algún momento de excitación sexual presente exclusivamente repugnancia, con síntomas con representaciones somáticas. Por la misma época, *Freud* sostenía que si la histeria no tenía sus fuentes en un

trauma esto podía ser por un componente hereditario, es decir que los descendientes de personas afectadas de sífilis estaban presupuestas a neurosis graves.

En el siglo XIX, con la aparición de múltiples casos de histeria, hizo posible el nacimiento de la expresión Freudismo, haciendo desaparecer de la histeria del campo de la clínica. Ya no se presentaban los mismos síntomas, al ser reconocidos y desprendidos de toda simulación, no eran clasificados en el registro de la neurosis sino en el de la psicosis, y se empezó a hablar de psicosis histérica, entidad que Freud había descartado por ser mezclada con las nuevas nosografías bleulerianas de la esquizofrenia. En (1914), ya no se hablaba de histeria, a tal punto que la palabra estaba reconocida como propia del psicoanálisis.

Pierre Janet y *Joseph Babinski*, alumnos de Charcot en Francia, fragmentaron la histeria, el primero la consideraba "un estrechamiento del campo de la conciencia", y el segundo la remplazo por el *pitialismo*.

Fue necesario esperar la segunda guerra *mundial* y la introducción de una nueva forma de etiología traumática para que la histeria recobrara dignidad, a través de los discursos sobre la neurosis de guerra. Para que más tarde en Francia, el movimiento surrealista reivindicó la "belleza convulsiva", en donde la histeria sería el emblema de una arte nuevo, mientras que Jules de Gaultier por su lado, le daba por nombre bovarismo a una neurosis narcisista con connotaciones melancólicas y fuerte contenido histórico. Lo que utilizado por Jacques Lacan en su relato del caso "Aimmée".

Fue después de la segunda guerra mundial que la expresión "histeria de conversión" tomó papel en el desarrollo de los trabajos de la medicina psicosomática de inspiración

psicoanalítica, (Franz Alexander, Alexander Mistcherlich). En cuanto a la idea de personalidad histérica se dio lugar en los debates norteamericanos e ingleses en (1960), sobre la *SelfPsychology* y los estados límite o *bordelinestate*.

Ahora bien, ya aquí en este punto y después del recorrido histórico de la histeria se puede entrar a mirar en el siguiente apartado, lo que aun opera en la medicina contemporánea y qué de esto ha trasciende hasta la psicología, y cuál es la posición del psicoanálisis ante esto.

Medicina (como antecesora de la psicología) y
psicoanálisis

La relación entre la medicina reconocida por ser sostenedora del organicismo, y el psicoanálisis método particular de psicoterapia (o cura por la palabra), ha sido desde sus inicio como se pudo notar en el anterior apartado bastante problemática, en su encuentro con la histeria. Aunque se haya hablado por ejemplo de medicina psicosomática de inspiración psicoanalítica, la que después fue descartada.

Muy probablemente la introducción del positivismo en la ciencia, es a lo que se le deba el hecho de que la clínica médica así como la psicológica, que hoy día es guiada y controlada por los parámetros positivistas, no haya dado lugar dentro de sus estudios y mucho menos en el tratamiento de sus pacientes, a los nexos innegables entre lo corporal y lo anímico, como propulsor de los síntomas propuesto por el psicoanálisis, y en cambio presento siempre lo anímico y sus procesos, como algo determinado por el estado corporal y dependiente de él. Quizás dichas

clínicas notaron que si concedían cierta autonomía a la vida anímica, dejaran de pisar el seguro terreno de la ciencia del positivismo, la cual busca sin reparo alguno la objetividad bajo inmutables parámetros.

Con la cientificidad de la clínica médica entre los parámetros del positivismo, se ha hecho que el médico termina cediendo a la demanda de su paciente; cuando el enfermo es remitido puede que conscientemente busque "curación". Pero en la labor médica no se incluyera el trabajo con lo inconsciente y sus procesos, esto mismo es igualmente evidente en la clínica psiquiátrica y psicológica; Por lo que dichas clínicas no pueden notar, como su paciente los comprometen a que lo saque de su condición de enfermo, y quizás lo que inconscientemente este desea es conservar su enfermedad, o que lo autentiquen como enfermo, logrando que lo trate de manera que le beneficie y le permita seguir siendo un enfermo conforme con su enfermedad, obteniendo los beneficios que el estar enfermo le trae.

Hecho que va más del lado del sentido del síntoma psicoanalítico, pues obliga a considerar la dimensión de la demanda y su gran diferencia en relación al deseo, en donde el síntoma pasa a ser más que un obstáculo un intento de solución, convirtiéndose en la forma como el sujeto se enfrenta a la angustia, que le produce no saber lo que realmente desea, ante lo que un psicólogo, médico o psiquiatra no tiene mucho que hacer, más que intentarlo eliminar, que de lograrlo no garantiza el bienestar del sujeto, no garantiza la cura, que en psicoanálisis es entendida como cierto tipo de logros terapéuticos que tiene que ver con la disminución del dolor psíquico, de la disminución de la culpa pero no de la responsabilidad del

sujeto frente a sus síntomas, no se trata de eliminar el efecto de los conflictos inherentes a la vida, sino que determinados procesos inconscientes reprimidos lleguen a la conciencia y el sujeto pueda apropiarse de estos y resignificarlos.

Es aquí donde La Clínica Psicoanalítica y por ende el analista, viene a ocupar el lugar dejado vacante por las llamadas "ciencias de la salud", ocupándose de lo inconsciente del sujeto y su singularidad, cuyos síntomas tienen un razón de ser haciéndose susceptible de análisis.

Muchas perturbaciones de lo humano, que así como la histeria, sus causas no se encuentran en el organismo, sino en procesos anímico de la persona quien lo padece, requerían según el psicoanálisis y por ende la clínica psicoanalítica, tratamiento psíquico,; pero no aquel entendido como Tratamiento del alma, sino más bien como lo propone Freud, en su texto "*Tratamiento psíquico (tratamiento del alma, (1890) pág. 115* ", como "*tratamiento desde el alma*"; siendo que «Psique» es una palabra griega que en alemán se traduce «Seele» {«alma»}. Teniendo en cuenta esto se podría llegar a creer que, «tratamiento psíquico» es lo mismo que «tratamiento del alma» y pensar que se refiere a los fenómenos patológicos de la vida anímica y no es esto lo que se pretende «Tratamiento psíquico» va más allá del fenómeno patológico como objeto de estudio, el tratamiento psíquico propone más bien tratamiento desde el alma, lo que incluye el estudio de lo inconsciente del sujeto, de sus perturbaciones anímicas que llegan a manifestarse en lo corporal, con recursos que han de influir significativamente.

Los recursos a los cuales apela el tratamiento psíquico entendido como tratamiento desde alma, para acceder a lo

ánimico inconsciente, son sin lugar a duda las palabras; siendo estas el instrumento esencial del tratamiento anímico. Pues es la puesta en palabras del sufrimiento por parte del paciente, y las palabras del médico lo que puede "curar" perturbaciones patológicas del cuerpo y del alma. Se podría llegar pensar que se le está alentando a los inexpertos en el tema a creer en ensalmos como dijo Freud, *"Y no andará tan equivocado; las palabras de nuestro hablar cotidiano no son otra cosa que unos ensalmos desvaídos"*. *Freud tratamiento psíquico (tratamiento del alma) pág. 115 tomo 1.*

Son las palabras que puede producir el sujeto acerca de su sufrimiento, el análisis de éstas, y la construcción de un saber por parte del mismo, lo que como si se tratara de algún artificio mágico, logran aliviar su padecimiento, dando indicio de su estructura psíquica y del sentido innegable de sus síntomas.

El desconocimiento de lo inconsciente y de los procesos anímicos por parte de la clínica médica al igual que la psiquiátrica y la psicológica, es lo que ha hecho que ésta no tenga mucho que decir, a pesar de sus progresos científicos ante aquellos pacientes leves y graves, cuyas perturbaciones y quejas, ni en vida ni tras su muerte se pudieron hallar los signos visibles y palpables del proceso patológico, como lo desearía la ciencia. Quedando así las nombradas clínicas restringidas y distanciadas del síntoma del sujeto y del sentido que este porta.

Pero es justamente de este impase de donde parte la clínica psicoanalítica, y de lo que se ha sabido ocupar, pues es por medio de la palabra del sujeto expuesta bajo el dispositivo analítico, que éste puede tener en cierta medida, acceso a lo que causa sus síntomas, los cuales para

el psicoanálisis tienen sentido y relación en la subjetividad de quien lo padece, y de lo que él ha de hacerse responsable.

Está claro que la clínica médica, psiquiátrica e incluso la psicológica abordan lo "patológico" desde el síntoma, pero es la forma como lo conciben lo que determina el tratamiento. El síntoma puede ser apaciguado por medio de racionalizaciones y argumentos lógicos que proporcionan algunas técnicas como las cognitivas, o controlado con medicamentos psiquiátricos inhabilitando físicamente al sujeto, pero esto no lo elimina, simplemente lo transforma, lo desplaza de manera que la persona se adapte, lo que no garantiza que haya cesado su sufrimiento.

El psicoanálisis por su parte acoge al síntoma, al menos al síntoma analizable como una producción de los procesos inconscientes del sujeto, es decir *"como una formación del inconsciente que es la expresión cifrada de un mensaje disfrazado del conflicto entre dos fuerzas opuestas: la del deseo inconsciente y la de la defensa vinculada al Yo.* LACAN, J., *Mesa redonda sobre 'Psicoanálisis y medicina'* (1966) Pg. 1.

La clínica médica al no incluir lo inconsciente y los procesos anímicos en su quehacer, queda restringida a ocuparse del síntoma desde el organismo dándole supremacía al signo observable en lo anatómico; como lo deja notar en las siguientes definiciones que da del síntoma:

SÍNTOMA: Signo, característica, manifestación, a base del cual se infiere una conclusión. Se emplea perfectamente en medicina, en la que significa manifestación directamente observable por el médico (o por el enfermo) de una enfermedad, a diferencia del signo, ha de ser

provocado por el médico, y buscado con algún artificio. Son síntomas en psicología y psiquiatría, por ejemplo, determinados comportamientos o actos indicativos de procesos o cualidades. Y también se llaman síntomas las manifestaciones que permiten inferir hechos futuros. Diccionario de medicina océano mosby, Carlos Gispert et al, edición en español MMII OCÉANO GRUPO EDITORIAL, S.A. BARCELONA ESPAÑA.

Dicha supremacía que le da la clínica médica al signo ante el síntoma, se debe a que es del signo y no del síntoma que se puede dar cuenta de una forma objetiva, probable, medible y cuantificable, como lo exige la ciencia positiva, pretendiendo llegar a predecir el comportamiento humano, a partir de patrones que se repiten. "Para Hipócrates, el síntoma es equívoco si no se tienen en cuenta otros indicios, otros signos como los aires, las aguas y los lugares. El síntoma entonces al ser interpretado por el médico bajo estos indicios, adquiere el valor de signo" HOYOS 2001, *La relación médico paciente, entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma* p, 143.

Reduciéndose así la labor de la clínica médica, pues aborda el síntoma exclusivamente con lo que el sujeto muestra en su organismo o con lo que tenga al alcance de su conciencia tal como lo hace la psicología y la psiquiatría, en donde las percepciones más inmediatas y seguras tienen supremacía tal como lo exige la ciencia.

Ante lo que llámese médico, psicólogo o psiquiatra, no se ven en la obligación de prestar la suficiente atención a sus pacientes y por tanto a su discurso, y hacen caso omiso a sus manifestaciones sintomáticas, que no tienen sustento

en algún daño orgánico, o que no se puede reducir simplemente a una distorsión cognitiva, privándose de esta forma de una importantísima fuente de conocimiento, como lo son las formas de manifestación del síntoma y el sentido singular que este contiene, simplemente se han limitado a dar un nombre a las manifestaciones sintomáticas y clasificarlas en categorías nosológicas, por cierto muy generales.

la falta de escucha entendida como un acto que implica el trabajo con la singularidad, por parte de quienes acoge el sufrimiento humano , y simplemente etiquetarlos con la ayuda de manuales diagnósticos, y por último medicarlo para toda su vida, como lo podría llegar a hacer un psiquiatra con el apoyo diagnóstico de un psicólogo; da cuenta que a pesar de todo la forma de ver lo humano ha cambiado, pues en otra época, siendo un poco más precisos en (1487), la iglesia católica romana y la inquisición, con ayuda de su mágico manual *Malleusmalificarun*, enviaba a la hoguera al enfermo y todo aquel que estuviese implicado, por no poder comprender su caso y considerarlo como un acto de brujería.

Pero aun así, se hace preciso tener en cuenta lo que aquí declara GinetteRaimbault en (1966).

"El médico no puede reducirse a una máquina de diagnosticar ni a un robot terapéutico, sino que es un sujeto tomado, capturado, como cualquier otro sujeto, en un discurso del inconsciente que gobierna sus respuestas y reacciones ante el sujeto enfermo, su manera de conducirse o su terapéutica". Mesa redonda sobre 'Psicoanálisis y medicina' (1966), P, 2.

A lo que hoy día se le puede agregar la psicología y la psiquiatría, que no muy lejos de la medicina operan de

igual forma "acorde a la ciencia", llegando al punto de no aportar mayor cosa al sujeto, cuyos pensamientos son tormentosos, y que él mismo da razón sobre sus ideas, reconociendo que carecen de fundamento pero que aun así constituyen su sufrimiento. Dichas "ciencias de la salud" sostienen que aquellas ideas o pensamientos que aquejan al paciente son irracionales y que solo se trata de un accidente carente de interés, calificado también de obsesiones reacias a los argumentos lógicos, acogiendo el síntoma con toda la mecánica de la ciencia.

Es aquí donde el psicoanálisis hace su aporte argumentando que: *"si una obsesión resiste a las pruebas extraídas de la realidad, ello debe obedecer a que su origen es totalmente ajeno a la misma. (Freud Teoría sexual, p, 279).*

Los síntomas para el psicoanálisis tienen sentido y relación en la subjetividad de quien lo padece, no son accidentales, en realidad poseen un móvil, una intención, y que además se trata de algo ajeno a la conciencia, es decir que pertenece al terreno de lo inconsciente, que se impone como un fenómeno importante y de innegable trascendencia, en la vida del sujeto.

Para psicoanálisis el síntoma como son las ideas obsesivas no son algo absurdo e incomprensible, como ya se ha dicho reiteradas veces. El síntoma presenta un sentido bien motivado, que hace parte de proceso afectivo surgido en la vida del paciente, quien no puede explicar conscientemente mediante racionalizaciones, y si hace resistencia a los argumentos proporciono por la lógica y a realidad. Lo que da cuenta que su síntoma corresponde a la reacción de un proceso psíquico inconsciente, del que no se puede sustraer fácilmente la causa de su carácter obsesivo.

Lo anterior hace referencia a un arduo trabajo elaborado por Sigmund Freud, el cual dio sus inicios con el descubrimiento del mensaje disfrazado en la queja histérica contenida en los síntomas, logrado por medio de la escucha analítica, siendo esta una de las premisas del método analítico inventado por él. Lo que lleva a que la clínica psicoanalítica explique el síntoma como una formación de lo inconsciente del sujeto, el cual está contenido por procesos o representaciones anímicas de gran energía libidinal, que sin llegar a ser conscientes, pueden alcanzar a provocar en la vida anímica de los sujetos las más diversas consecuencias.

Ya aquí entonces se puede precisar que el psicoanálisis según Freud, citado por Lopera et. Al. (2010), es entonces entendido como:

(...) el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un tratamiento de perturbaciones neuróticas fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica. (p. 214)

Pero para la clínica médica, así como para la psiquiatría y la psicología denominadas "ciencias de la salud", no conciben en su práctica hacer uso de los procedimientos ni del tratamiento legítimo del psicoanálisis; por lo que no está en estas formas de abordar el sufrimiento humano, el interpretar lo que dice el paciente, o contribuir a poner en palabras y dar nombre a lo que no es capaz de decir, no intentan enlazar algo a las ideas fijas o al síntoma. Al contrario, su razón de ser esta en estudiar y demostrar

que existe en la herencia un factor etiológico general y lejano, y no se inquieta por investigar las causas más especiales y próximas, simplemente busca desalojar el síntoma para librar al enfermo del mismo "aliviar su sufrimiento" y prolongar su vida, tal es ciertamente de manera muy esquemática el proyecto la ciencia.

Así pues, la clínica psicoanalítica se ha ocupado de la forma aparente y de contenido de los síntomas, siendo el primero en establecer que todo síntoma tiene un sentido que se halla estrechamente relacionado con la vida psíquica del enfermo, y que los actos sintomáticos no son accidentales, en realidad poseen un móvil, un sentido, una intención, que da indicio del estado psíquico de la persona que los padece, y que además se trata de algo ajeno a la conciencia, es decir que pertenece al terreno del inconsciente, que se impone como un fenómeno importante y de innegable trascendencia, llegando así a determinar la vida del sujeto parafraseando a *Freud*, y retomando la analogía en la labor psiquiátrica; no existe nada que pueda servir de argumento contra la investigación psicoanalítica, en realidad es el psiquiatra y no la psiquiatría lo que se opone al psicoanálisis, así como era en un tiempo el estudio de la anatomía humana en su estructura interna del cuerpo, que consistía en la disección de cadáveres, en este entonces prohibida, de igual manera se opone el psiquiatra a investigar el funcionamiento íntimo de la vida psíquica como lo propone el psicoanálisis. Es por esto que difícilmente se puede llegar a creer que exista una psiquiatría (o alguna otra ciencia de la salud) que posea un profundo conocimiento de los procesos inconscientes que se desarrollan en el

psiquismo de sus pacientes. FREUD, *Psicoanálisis y psiquiatría* (1890), obras completas p.2281).

En definitiva el síntoma visto como representante del sujeto y de su singularidad, es un tema que por el momento solo le atañe a la clínica psicoanalítica y de lo que el psicoanálisis durante más de cien años se ha sabido ocupar, pues ha podido acoger aquello que a la ciencia no le significa, como lo es el síntoma portador de sentido y producto de procesos inconscientes, demarcado por la subjetividad del quien lo padece.

Implicaciones de positivismo en la ciencia

La dificultad de encontrar relación entre estos dos saberes la clínica médica y el psicoanálisis, dio sus inicios el siglo XIX, época caracterizada por un gran desarrollo de la industria y de las ciencias naturales, siglo en que los filósofos y los científicos, se vieron gobernados por una corriente predominante llamada positivismo, que más que un método filosófico y científico, era *"una actitud mental (...) una manera de pensar"* Ramírez (2005) *"Clío y Psyque"*, Ensayos sobre psicoanálisis e historia.

El positivismo pretendía describir los hechos "tal como son", pretendiendo creer que no interfería para nada el observador, exigía un extremado rigor de los procedimientos para descubrir conocimientos nuevos y en los procesos de validación, para garantizar la objetividad de dichos conocimientos, logrando así un supuesto abordaje epistemológico.

El positivismo se imponía como una forma de pensar que se confundía con la ciencia misma: observar, describir,

inferir causas y verificar, era lo mismo que hacer ciencia (ciencias naturales). Además el positivismo no era partidario en lo absoluto de la metafísica, ni mucho menos a las concepciones mágicas del romanticismo que de alguna manera empalagaba a los círculos científicos.

Según *Freud*(1890), solo los médicos de formación científica aprendieron a apreciar el valor del tratamiento anímico. Pero para Freud ya en este entonces la medicina tenía 50 años ahondando notoriamente en la complejidad del organismo, descubriendo que se compone de unidades microscópicas (las células), en términos físicos y químicos comprendió los desempeños vitales, especializándose en distinguir las alteraciones visibles en las partes del organismo como consecuencia de procesos patológicos, descubriendo los signos siendo lo más importante, porque son ellos los que muestran la aparición de procesos mórbidos en el organismo vivo.

Todos los procesos y descubrimientos de la medicina gracias a la introducción de los parámetros de la ciencia positiva, perdió el vínculo con el paciente, vínculo que en su inicio hacia parte del tratamiento. Pero la clínica médica en su afán de avalarse como ciencia, se ocupó específicamente de todo lo concerniente a lo anatómico del hombre, dejando en un principio que los filósofos a quienes despreciaban según *Freud*, se ocuparan de lo anímico. Quizás porque los filósofos se permitían dudar de todo incluso de la verdad.

Pues si bien la ciencia no es incapaz de saber lo que puede hacer, es, por su parte, al igual que el sujeto que engendra [sujeto de la ciencia], incapaz de saber lo que quiere [deseo del científico]. LACAN (.1966), Mesa redonda sobre 'Psicoanálisis y medicina' p.11.

Pero *Freud* por su parte a pesar de haberse formado médico y neurólogo en una época en la que Viena era la cuna del positivismo, se inscribe en un escepticismo ante la metafísica, construyendo en contraparte la metapsicología, colocando explicaciones lógicas, racionales, causalísticas que se podrían demostrar en la neurosis, siendo este su campo de experiencia, dignificando el valor de los síntomas del sujeto, "del sujeto del inconsciente".

Conclusión

Con el reconocimiento de lo inconsciente propuesto y legitimado por *Freud*, se abre un abismo entre la clínica médica así como en la psicológica, frente al psicoanálisis, en la forma como abordan el síntoma. Lo inconsciente, propio de la clínica psicoanalítica ocupa un lugar determinante en la vida psíquica del sujeto, y por ende en la formación de sus síntomas, por contener aquello de lo que el sujeto no sabe, pero que determina sus actos.

A diferencia de la clínica médica, la psiquiatría y la psicología, cuyo campo de estudio se centra en la consciencia, la cual incluye lo que el sujeto conoce, y de lo que puede dar cuenta por encontrarse a su alcance, y que fácilmente puede evocar, en donde el síntoma toma carácter de entidad, susceptible de ser comprobado, medido, evaluado. La exclusión del sujeto y por ende del síntoma como producto de lo inconsciente, ha sido en respuesta a las exigencias de la "ciencia positiva" que con su influencia hizo que la psicología al igual que la medicina se ocupara exclusivamente de la enfermedad, ubicándola en categorías nosológicas, llegando así a operacionalizarla.

Mientras que psicoanálisis propone un tratamiento desde el alma, lo cual incluye el trabajo con lo inconsciente del sujeto, por medio de las palabras, el análisis de estas, y la construcción de un saber sobre sí mismo, lo que ha de influir significativamente aliviando sus síntomas y su padecimiento.

EL SENTIDO DEL SÍNTOMA Y SU NEXO CAUSAL CON LA SEXUALIDAD

Freud, en su texto *El sentido del síntoma* de (1890, plantea que mediante un estudio de un caso de histeria en (1880 -1882) fue descubierto por *J. Breuer* que los síntomas tenían un sentido, pero al igual que *Breuer, J. Janet* realizó independientemente idéntico descubrimiento y que incluso según Freud, es a quien le pertenece la prioridad de publicación, pues *Breuer* comenzó sus publicaciones hasta en 1893-1895. Pero como el mismo *Freud* dice: "en todo descubrimiento siempre participan más de dos personas, y no siempre el éxito acompaña al que realmente debiera". Pues antes que *Breuer* y *Janet* según Freud el gran psiquiatra *Lauret* ya había formulado que "si supiéramos traducir los delirios de los aliados, encontraríamos que poseían un sentido"⁴.

Pero Freud por su parte le atribuye a *Janet* los mayores merecimientos en la explicación de los síntomas neuróticos, por concebirlos como manifestaciones de "ideas inconscientes" que dominarían a los enfermos. Aunque más tarde *Janet* se ha expresado de éste término con tanta reserva que pareciera haber querido dar a entender que lo inconsciente no era para él sino un concepto auxiliar, sin realidad alguna efectiva lo que aminoró sus méritos científicos.

Pero quien sea el autor o autores reales del descubrimiento del sentido de los síntomas, no es lo que aquí atañe. Lo que realmente interesa es adentrarnos en lo que el psicoanálisis con tanta insistencia ha mostrado; que los síntomas al igual que los actos fallidos y los sueños poseen sentido y que además es sexual y por lo tanto se relaciona con la vida íntima del sujeto en el que surgen. Para lo que se hace ineludible retomar lo que el psicoanálisis reconoce como sexualidad:

Freud, *"no solo reflejo la evidencia de fenómenos sexuales, sino que también creo una nueva concepción capas de traducir, nombrar he incluso construir esa evidencia"*. Diccionario de psicoanálisis (2008), Edición actualizada y revisada por ÉlisabethRoudinesco, y Michel Plonpag 1012.

Freud, amplía la noción de sexualidad y realiza una ruptura epistemológica con la sexología, pues expandió la sexualidad a una disposición psíquica universal, más allá de fundamentos biológicos, anatómicos y genitales, mostrándola como *"la esencia misma de la actividad humana"*, llegando así a ser más importante en la doctrina freudiana el conjunto conceptual que permite representar la sexualidad (la pulsión, la libido, el apuntalamiento, la bisexualidad) que la sexualidad misma.

Los traumas psíquicos de carácter sexual, de los que Freud en un inicio creía que debían haber sucedido realmente, es decir que el trauma se debía a un abuso sexual real que tuvo lugar en la infancia. Freud en su relación con Wilhelm Flipes, partidario de una teoría biológica de la bisexualidad, y de una concepción de la sexualidad basada en la huella real, se encontró con una realidad irreductible, que no todos los padres de sus pacientes eran violadores, pero aun así las histéricas no

mentían al mostrarse víctima de una seducción, lo que lo llevo a formular su "Teoría del fantasma" que plantea una realidad psíquica basada en el inconsciente, saliendo de la casualidad real y pasando a la realidad psíquica, resolviendo el enigma de las causas sexuales; incluso cuando el trauma es real ofantasmático, ya que lo real del fantasma no obedece a la misma naturaleza que la realidad material. Entonces eran los deseos incestuosos de sus pacientes hacia sus objetos primarios de amor, que se daban lugar por medio de la fantasía, resultando después incomprensibles y traumáticos. Siendo de esto último de donde nacen los síntomas de las denominadas neurosis entre estas la obsesiva, que se hace necesaria abordar a continuación debido a la detallada descripción que Freud elabora sobre ésta.

La neurosis obsesiva

El termino Neurosis fue introducido por el médico escocés Willian Cullen (1710-1790), para referirse a las afecciones mentales sin origen orgánico, sin inflamaciones, ni daño alguno en el órgano donde aparecía el dolor, entre la que encontramos la neurosis obsesiva.

En (1890), según Freud en su texto "El sentido del síntoma"; La neurosis obsesiva, se comporta mucho más discreta a comparación de la histeria, pues no tiene manifestaciones somáticas, centra todos sus síntomas en lo psíquico, con las siguientes manifestaciones; experimenta impulsos extraños a su personalidad, realiza actos cuya ejecución no le proporciona placer alguno, pero de los que no puede sustraerse, mantiene su pensamiento fijo a ideas o a representaciones obsesivas, que en realidad no son de su interés, y que carecen de todo sentido lógico, o son indiferentes para el sujeto. Convirtiéndose en una intensa

actividad intelectual que agota al paciente, de lo que no puede escapar y se ve obligado a pensar incesantemente como si se tratara de los asuntos más importantes de su vida.

Así como los impulsos pueden ser infantiles desatinados, también pueden ser de carácter temeroso, sintiéndose incitado a cometer los más graves crímenes, ante lo cual el sujeto se inhibe de realizarlos instaurándose severas prohibiciones, renunciamientos, limitando sus funciones y su libertad, sea por precaución o a consecuencia de un empobrecimiento de energía como diría Freud, en (1926) en su texto "Inhibición Síntoma y Angustia". Logrando de esta manera que ni siquiera lleguen a ser iniciados, y en ultimas los actos que al fin llegan a realizarse son siempre inocentes, como los actos más cotidianos de la vida, como abrir o cerrar una puerta, bañarse, vestirse o salir, actos que llegan a considerarse sintomáticos por estar consistidos en repeticiones y ornamentaciones ceremoniales, llegando a convertirse en problemas complicadísimos. En donde síntoma cumple la función fuga a los impulsos del sujeto liberando angustia y acaba y contribuyendo a que acabe por imponerse la prudencia.

Dos Casos

Freud, nos acerca a lo anteriormente planteado mediante dos casos expuestos en su texto "EL sentido del síntoma" casos que como él mismo dice "no son tomados de la histeria sino de otras neurosis arto singulares y en el fondo análogas". Son análisis de síntomas obsesivo, que se tratan aquí brevemente:

El primero se trata una dama cuya edad se acerca a los 30 años, quien padece de graves manifestaciones obsesivas, y

el segundo ejemplo trata de una joven de 19 años hija única, quien se ha convertido en una neurótica.

La dama del primer ejemplo ejecutaba las siguientes acciones obsesivas: *"Corría de una habitación a la habitación contigua, se paraba en determinado lugar frente a la mesa situada en medio de la habitación, tiraba del llamador para que acudiese su mucama, le daba algún encargo trivial o aun la despachaba sin dárselo, y de nuevo corría a la habitación primera."* La paciente después de un gran esfuerzo narro en análisis, que su esposo con el que había contraído matrimonio hace diez años, en la noche de bodas resulto impotente, lo que hizo que esa misma noche él corriera de su habitación a la de ella, repitiendo el intento sin conseguirlo. Situación para él vergonzosa, hasta el punto que decidió manchar las sabanas de tinta roja, para que las viese la mucama cuando entrara hacer la cama.

Freud encontró íntima relación de este evento con las acciones obsesivas; el repetido correr de una habitación a otra, el entrar de la mucama, y más cuando la paciente le mostro, que en sus acciones obsesivas también incluía una gran mancha roja, pero aplicada al mantel de la mesa.

La paciente se había identificado con su marido, representando su papel, imitando su corrido de una habitación otra, y sustituyó la cama y las sabanas de su noche de boda por la mesa y el mantel. Lo que da prueba de que la acción obsesiva es rica en sentido, pues la paciente buscó por medio de esta decir: *«No, eso no es cierto, él no tuvo de qué avergonzarse frente a la mucama, no era impotente»*; cumpliendo su deseo de elevar a su marido por sobre su infortunio de verse impotente, resguardándolo de la denigración.

Por otro lado, el segundo caso trata de una joven de 19 años, quien ha desarrollado un ceremonial al dormir, que aflige a sus padres, dice necesitar silencio para dormir por lo que tiene que eliminar toda fuente de ruido, lo que ha hecho que en el momento de dormir se deshaga de todos los reloj, y todo aquello que pueda romperse; floreros y vasos son acomodados sobre su escritorio para que en la noche no puedan caer y hacerse pedazos y turbarle el sueño.

Pero el imperativo de silencio no se cumple con otras estipulaciones del ceremonial, pues pide que la puerta que comunica la habitación de sus padres con la de ella quede entreabierta y esto lo logra obstaculizándola con varios objetos, los que podrían generar ruido con mucha más facilidad que los relojes, los vasos, y floreros.

La joven también trataba de que la almohada de la cabecera no tocara el travesaño, y emparejaba las plumas del edredón aplastándolas de forma que no quede abultado en ningún lado.

Freud en su labor analítica, encuentra que la angustia de la paciente de ser perturbada por el tic tac del reloj, se debía a que este se equipara con el latir del clítoris en la excitación sexual, sensación penosa para ella y que le había despertado repetidas veces. La angustia de erección se exteriorizo en el mandato de alejar durante la noche todo reloj en funcionamiento.

En cuanto a los vasos y los floreros que debían ser puestos en el escritorio donde no se rompieran, obedecía a la idea angustiosa de que en su noche de bodas no sangrara y no demostrara su virginidad, esto enlazado a un recuerdo de infancia donde se corta con un objeto que ella misma ha roto. Según Freud, el querer prevenir que se rompan los

vasos, significa un rechazo de la angustia de sangrar como de la contraria, la de no sangrar.

En cuanto a la separación de la almohada del erguido travesaño, refería que para ella la almohada representaba una mujer, y el respaldo, un hombre. Quería entonces mantener separados hombre y mujer, en un análisis más profundo; separar a sus padres, no dejarlos que llegaran al comercio conyugal, razón por la cual también necesitaba que la puerta que comunicaba la habitación de ellos con la suya se mantuviese entreabierta.

El aplastar las plumas del edredón significaba para ella según Freud, eliminar la preñez, pues durante años había vivido con el temor de que el comercio sexual de los padres, diera por fruto otro hijo y tener que compartir con éste.

Es necesario tener en cuenta ya aquí en éste punto, que el análisis de estos síntomas, al igual que en ejemplo anterior nos ha remitido a la vida sexual de las enfermas.

Freud en estos dos ejemplos nos ha mostrado que los síntomas neuróticos, efectivamente tiene relación íntima con las vivencias del paciente bien sean fantasmáticas o reales, y cuanto más individual sea el síntoma, como el del ejemplo de la dama que corría de la habitación a la mesa, más fácilmente esperaremos establecer éste nexo.

Pero por otro lado existen también síntomas muy frecuentes común entre las personas y de carácter diverso, que se remontan a un vivenciar típico en sí mismo como el aprender a hablar, obedecer y seguir órdenes. Los cuales se denominan síntomas típicos de la enfermedad, sus diferencias individuales se reducen, lo que hace más difícil conectarlos con las vivencias individuales del

paciente. Mediante estos síntomas típicos se orienta para formular el diagnóstico.

En cuanto al trabajo analítico, este no sigue sistemáticamente un solo síntoma hasta su final esclarecimiento, pues se hace preciso abandonar una y otra vez el tema que se está tratando, con certeza de que se regresara a éste desde otro nexo.

Conclusión

Los traumas psíquicos sin lugar a duda son de carácter sexual, pero no necesariamente de abuso real, por lo que Freud se ve en la obligación de replantear su teoría de la seducción supliéndola por la del fantasma, la cual plantea una realidad psíquica basada en lo inconsciente, saliendo de la casualidad real, resolviendo el enigma de las causas sexuales, siendo los deseos incestuosos de sus pacientes hacia sus objetos primarios de amor, lo que resultaba incomprensible y traumático al tal punto de hacer síntoma, en otras palabra; los síntomas si tienen relación íntima con las vivencias del sujeto, bien sean fantasmales o reales, y cuanto más singular sea el síntoma, más fácil será establecer éste nexo.

EL TRATAMIENTO ANALÍTICO ANTE EL SÍNTOMA

Hacer consiente lo inconsciente y superar las resistencias ha sido desde siempre el fin de toda clínica analítica, Heinrich Racker en su texto *Estudios Sobre la Técnica psicoanalítica* (1981), cita a Freud, en donde formula la finalidad del análisis como "*restitución de la unidad psíquica, poniendo fin al enajenamiento entre el yo y la libido*" siendo principio que orienta a todos los analistas de ayer y de hoy. De lo que se puede decir que la

desaparición de los síntomas, es adicional como resultado del proceso analítico. El psicoanálisis no es una experiencia meramente pasiva. El analista no es el único que ha de trabajar, el "analizante" nombre que se le otorga al sujeto que acude a análisis, es en realidad el que trabaja en su propio análisis, para lo que es útil que sepa acerca del método y su finalidad.

En la relación transferencial con el analista ha de aparecer concentración de libido por parte del sujeto debido a varios factores, recalcados por Freud; compulsión a la repetición, la necesidad de libido (es decir de encontrar en el analista un padre o una madre, que le dé la satisfacción que los padres originarios no le habían dado), y la resistencia; la cual hace que en la relación con el analista aparezcan antiguos deseos y conflictos, como defensa ante la angustia que crea la labor analítica.

Es en la transferencia en donde se centra el tratamiento analítico o mejor dicho en la neurosis de transferencia, ya que el retorno de las relaciones con los padres implica el retorno de los conflictos neuróticos de ellos.

El acto analítico ante el síntoma

A de ser de los principios rectores del acto analítico presentados ante la asamblea general por Eric Laurent, (2004), de los que se sustraerá y se expondrá a continuación lo concerniente a al acto analítico en relación al síntoma y por ende al sujeto.

El psicoanálisis es entendido como una práctica de la palabra, en la que participan el analista y el analizante, el analizante tiene oportunidad de hablar de lo que lo ha hecho ir a análisis, es decir de su sufrimiento, de lo que origina el síntoma, el cual hace parte como ya se ha dicho

repetidas veces, del terreno delo inconsciente, constituido por las cosas que le han dicho o hecho y que le dañan, y por las que no es capaz de decir pero que constituyen su sufrimiento. Ante lo que el analista por medio de puntualizaciones (Frasas muy cortas y no sugestionen), ayuda al sujeto a crear un mapa de su inconsciente, en donde los dos analista y analizante hacen interpretaciones, con la diferencia de que el analista ya realizó su experiencia analítica hasta su término.

En el proceso analítico han de surgir un sin número de identificaciones, es decir que el sujeto ame u odie a su analista siendo esto inevitable, el psicoanalista debe hacer que el sujeto tome distancia de las reglas y leyes que lo controlan fuera de la sesión, y de esta forma acceder a sus procesos inconscientes.

Conclusión

Hacer que lo inconsciente pase a un estado consciente y superar las resistencias, logrando la restituir de la unidad psíquica, y la desaparición de los síntomas como algo adicional, es el fin de toda cínica analítica. La labor más ardua la lleva a cabo el analizante, quién en la relación trasferencial con el analista, trabaja en su propio análisis, por lo que debe saber del método, y poder dar cuenta de las concentraciones de libido, debido a la compulsión a la repetición, para poder vencer las resistencias que aparecen ante la angustia que crea la labor analítica.

LA ARTICULACIÓN PSICOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS EN RELACION AL
SINTOMA

Los aportes que se darán a continuación derivan "en parte" de un texto elaborado por Mauricio Fernández Arcila, llamado "*Difusión del psicoanálisis o interlocución con la psicología*", que a su vez tiene su origen en una ponencia presentada en un foro organizado por estudiantes (Grupo Enfoque), de la facultad de psicología de la Universidad Nacional de Colombia, el 16 de mayo de (1997).

El texto refleja, en buena medida las dificultades, tensiones y diferenciaciones presentes en la articulación de la psicología y el psicoanálisis, lo que han hecho difícil un dialogo entre estos dos saberes dentro del contexto educativo, y aún más en el ejercicio profesional, en donde al pregunta por el psicoanálisis no se puede evitar encontrar la magistral y certera epistemológica que este contiene. Por lo que puede llegar a ser visto como fundamento sustitutivo de la psicología y cuestionador del orden médico.

Pero no es esto el propósito del psicoanálisis, lo que pretende es darse lugar en el saber psicológico, con el respeto y reconocimiento que esto implica, sin intención de cambiar la estructura de su saber o de su práctica, sino por el contrario intentando proporcionar otro saber acerca de lo humano, del que bien sea estudiante, psicólogo o incluso el médico psiquiatra, puede sacar partida.

Pero ya aquí nos encontramos con un dilema, pues el psicoanálisis tiene entre su saber una forma muy particular de concebir al paciente, es más lo nombra sujeto, "sujeto del inconsciente" con lo que se abre un abismo entre la psicología y el psicoanálisis, como se pudo inferir de los anteriores apartados, en los que se hizo notar que la

psicología no incluye en su original campo teórico, ni en su tratamiento lo inconsciente y por ende el sujeto.

Entonces, surge la pregunta por la identidad profesional de la psicología y sus fundamentos, pues ciertos estudiantes y profesionales no se adhieren a algunos de los paradigmas teóricos de su disciplina, renunciando a regular las respuestas que dan a la demanda social que se les hace, apartándose de las visiones conceptuales de la disciplina a la cual están adscritos, y remplazándolas por las del psicoanálisis, o peor aún se les muestran peligrosos "cruces" (psicologías analíticas o psicología dinámicas) de los que se cree que no se perturba la labor del psicoanálisis o de la psicología sino que se le renueva.

El psicoanálisis se encarga de aquello que la ciencia psicológica, que al igual que la médica y la psiquiatría han dejado a un lado por no poder objetivar; Se ha encargado del sujeto, que acogido como termino este ha sido empleado en psicología, filosofía y lógica para designar al individuo que observa y es observado por los otros, como una instancia de la cual se puede hacer un comentario, o una descripción de su posible estado.

En psicoanálisis Freud empleo el termino, pero fue Jacques lacan según el diccionario de psicoanálisis cuya edición fue actualizada por Élisabeth Roudinesco en el (2008), quien entre 1950 y 1965, "conceptualizó la noción lógica y filosófica de sujeto en el marco de su teoría del significante, transformando el sujeto de la conciencia en un sujeto del inconsciente". Es decir, el sujeto de la razón de Descartes es subvertido para situar las bases del acto sintomático en lo inconsciente.

Por lo anterior es que el psicoanálisis termina siendo visto como una disciplina al parecer más compleja y completa, con los fundamentos necesarios para cuestionar los parámetros de la psicología, sin ser esto el objetivo tornándose inevitable. Lo que no facilita las condiciones adecuadas para un dialogo entre estas dos disciplinas.

Al aceptar institucionalmente el psicoanálisis se está asumiendo ya la actitud condenatoria, "se desemboca en una política que podemos calificar mínimamente, como desleal con el gremio profesional, y como engañosa con los futuros estudiantes" Fernández (1997), "Psique, Difusión de psicoanálisis o interlocución con la psicología" p.69.

Parafraseando a Fernández, se podría pensar que la psicología denominada oficialmente como facultad o como departamento, debería estar consagrada a la formación de estudiantes con las capacidades necesarias para un desarrollo profesional acorde a esa disciplina, pero en lugar de esto hace uso de una disciplina para sostener su enseñanza que no necesariamente lleva al enriquecimiento profesión del psicólogo. Es decir que no necesariamente el psicoanálisis se encuentra en la universidad para complementar la formación de los psicólogos, sino que en realidad está para mostrar el deseo de que los estudiantes se conviertan en psicoanalistas, lo que paradójicamente sólo se logra por fuera de la universidad. *"Pero esta invitación se vuelve no solo problemática sino insostenible cuando hace parte de una estrategia institucional"* Fernández (1997), "Psique, Difusión de psicoanálisis o interlocución con la psicología" p.70., *no solo porque no se cuente con los medios y ámbitos requeridos para la formación analítica, ni por la competencia ilegítima al desarrollo propio de las disciplinas de la psicología con la excusa*

de querer aportar algo o representar, sino por su implícito mandato a analizarse con fines didácticos (dentro de las asignaturas psicoanalíticas obligatorias) , conduciendo a una desviación ética y técnica de la formación analítica misma.

El psicoanálisis es para la psicología una supuesta propuesta fundamentadora de la formación del psicólogo, lo que resulta ilusorio y falso, pues lo que realmente busca la psicología es evitar ciertos malestares, como la incertidumbre que provoca su débil epistemología, ante lo que el psicoanalista no puede avalar teóricamente a todas las prácticas psicológicas, porque obedecen a dominios de aplicación y problemáticas que se sitúan por fuera de lo epistemológicamente comprende el psicoanálisis.

La psicología a pesar de que durante toda su historia hizo uso de distintos paradigmas, y ha sabido mantener el interés por estudiar y mejorar la interacción del individuo con su entorno, pero el psicoanálisis ni en su teoría ni en su práctica muestra interés en lo adaptativo. El problema de paciente mejor conocido por el psicoanálisis como sujeto, "no se define tanto por las relaciones que él tenga con su ambiente, sino porque no puede "administrar" las relaciones entre las instancias de su aparato psíquico" Fernández, (1998) "Difusión de psicoanálisis o interlocución con la psicología" p.6.

Freud, citado por Heinrich Racker en su texto "Estudios Sobre la Técnica psicoanalítica" (1981), formula la finalidad del análisis, como "restitución de la unidad psíquica, poniendo fin al enajenamiento entre el yo y la libido".

El psicoanálisis condena a veces desde la cátedra, a todos los discursos universitarios, incluido el

psicológico, denigrando al decir que estos saberes no tocan la "verdad", sólo alcanzable por medio de un análisis personal, análisis que por su carácter subjetivo es ajeno a la Universidad.

¿Entonces qué papel desempeña el psicoanálisis en la formación de psicólogos?

Estaría bien poder sacar provecho de la magistral y certera epistemológica que el psicoanálisis contiene, y poder hacer que este desempeñe un papel útil en la universidad, sin reducir la psicología a una pseudociencia, hallándole razón a las especificidades y diferencias epistemológicas de cada saber, siempre y cuando no se dé lugar a cruces, mezclas o híbridos de la psicología con el psicoanálisis; ya que ha sido apoyado en las facultades de psicología, tratar los efectos de la sexualidad inconsciente, confundiendo los campos ante lo que quedan dos opciones; mantener el rigor de los conceptos psicoanalíticos y con ellos se falsea a la psicología, o bien se los adapta y se los degrada a costa del deterioro del psicoanálisis.

Se propone mejor reconocer las especificidades y diferencias epistemológicas de los respectivos campos, dando lugar a puntos de articulación que no implica necesariamente una completa separación. Sería mejor proponer el psicoanálisis como un interlocutor que brinde la posibilidad de contribuir en la formación profesional individual del psicólogo, ayudándolo a asumir las prácticas socioprofesionales.

"Se trata de proponer al psicoanálisis, como la ocasión para derivar un complemento reflexivo, gracias a la incitación que ejerce, con su actitud investigativa y "neutral", a pensar la propia

práctica" Fernández, (1998) "Psique, Difusión de psicoanálisis o interlocución con la psicología pág 72".

Conclusión

El difícil pensar en la articulación de la psicología y el psicoanálisis, debido a las diferencias epistemológicas, tanto en el contexto educativo como en el profesional, pues el psicoanálisis puede llegar a ser visto como un elemento sustitutivo de la psicología, sin ser este el propósito.

El psicoanálisis se ha sabido dar lugar en la universidad, sin pretender cambiar la estructura y el saber de la psicología, simplemente busca proporcionar otro saber acerca de lo humano, que incluye lo inconsciente y lo que esto implica. Aunque en un inevitable no cuestionar los parámetros de la psicología, pues el psicoanálisis cuenta con los fundamentos necesarios para cuestionarla lo que dificulta un dialogo entre estas dos disciplinas.

Al parecer el psicoanálisis se encuentra en la universidad no necesariamente para complementar la formación de psicólogo, si no en busca de aquellos que no se adhieren a los paradigmas teóricos de la psicología y deseen convertirse en analistas, lo que sólo se logra por fuera de la universidad.

Pero no por eso se le deja de sacar provecho a la magistral y certera epistemología que el psicoanálisis contiene, siempre y cuando no se den mezclas entre el psicoanálisis y la psicología, y mejor se le hallen razón a las diferencias epistemológica de cada saber, en donde el gran aporte del psicoanálisis va hacia la formación individual de cada psicólogo.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este proyecto muestran como el psicoanálisis se contrapone a la clínica psicológica, así como a la médica y psiquiátrica, con el hecho de reconocer lo inconsciente, propuesto y legitimado por Freud, que además resulta necesario y claramente probable.

El objetivo de la presente investigación no es la discusión psicoanálisis o ciencia, psicología o psicoanálisis. Lo que aquí se pretende es asumir una postura ante los dos saberes psicología y psicoanálisis, que permita pensarlos como dos áreas separadas, con objetos de estudio y supuestos teóricos diferentes, que determinan su modo de operar. Y de esta forma avanzar hacia lo que el psicoanálisis propone como síntoma.

Así pues, el síntoma para el psicoanálisis es una producción del inconsciente, por constituir algo de lo que el sujeto no sabe, pero igual interviene significativamente en su vida.

La clínica médica así como la psiquiátrica, a diferencia del psicoanálisis, reconoce el síntoma entre los procesos conscientes de la persona a quien ellas acuden, lo que hace que el síntoma tome carácter de entidad, susceptible de ser comprobado, medido, evaluado, ocupándose de la enfermedad y no del sujeto de la enfermedad.

Esto se debe a las exigencias de la ciencia positiva, que no da lugar a aquellas cosas que dan cuenta de su existencia por sus efectos, como lo hace lo inconsciente.

El psicoanálisis propone que el tratamiento de los síntomas sea desde lo más profundo, desde lo más íntimo, desde el alma. Lo cual incluye el trabajo con lo inconsciente del sujeto, inevitablemente con su sexualidad con la cual el síntoma posee estrecha relación, y a lo solo

se puede acceder por medio de las palabras producidas en la relación trasferencial en el dispositivo analítico.

Ya aquí, se puede afirmar, que es en análisis psicoanalítico que se hace posible llegar a la construcción de un saber por parte del sujeto que ha de aliviar su sufrimiento. Es decir hacer consciente lo inconsciente y lograr la restitución de la unidad psíquica.

Por otro lado, el psicoanálisis no pretende cambiar el saber de la psicología, sino proporcionar otro punto de vista acerca de lo humano, y de sus procesos inconscientes. Pensar en la articulación de la psicología y el psicoanálisis, no es del todo viable debido a las diferencias epistemológicas y que sin ser el propósito del psicoanálisis, termina siendo visto como sustitutivo de la psicología.

Es en este sentido donde radica el valor de la presente investigación, al realizar un aporte a la formación profesional individual del psicólogo, pues ante el fracaso de las técnicas psicológicas en algunos pacientes, pueden entrar a inferir que el problema radica en algo más profundo, en algo inconsciente, que se encuentra relacionado con lo singular de su paciente y que su solución no está en evaluarlo y darle nombre a su enfermedad o peor aún medicarlo.

Referencias Bibliográficas

- ACEITUNO, Roberto. El síntoma Psicoanalítico: clínica y cultura. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica.
- BEATNIK, Roberto. CONCEPCIONES FREUDIANAS DEL SÍNTOMA (2006).
- Diccionario de medicina océano mosby, Carlos Gispertet al, edición en español MMII OCÉANO GRUPO EDITORIAL, S.A. BARCELONA ESPAÑA.*
- Diccionario de psicología Fredrichdorrsch et 1985, 2002, Empresa editorial Herder, S.A., BARCELONA).
- Freud, El sentido del síntoma obras completas pág. 282.*
- Freud, EL SENTIDO DEL SÍNTOMA, OBRAS COMPLETAS. TOMO II pág. 282.
- Freud, La etiología de la histeria, OBRAS COMPLETAS. TOMO II pág. 131.
- Freud, La sexualidad en la etiología de las neurosis. OBRAS COMPLETAS TOMO II pág. 147.
- Freud, TEORÍA SEXUAL, Psicoanálisis y Psiquiatría. OBRAS COMPLETAS. TOMO II pág. 275.
- KELMAN, Mario Sergio La noción de síntoma en la intersección entre clínica médica y clínica psicoanalítica *Actualidades en Psicología*, vol. 26, núm. 113, 2012, pp. 33-49 Universidad de Costa Rica Jansosé, Costa Rica.
- Freud, Psicoanálisis y psiquiatría, obras completas pp.2281.
- LOPERA ECHEVERRÍA, Juan Diego. et al, Grupo de investigación "El Método Analítico y sus Aplicaciones en las Ciencias Sociales y Humanas", Medellín, Centro

de Investigaciones sociales y humanas. Universidad de Antioquia 2010 p 214.

Laurent, (2004). Principios rectores del acto analítico

Perez, (2005). "psicología y psicoanálisis

RUY Henríquez, ¿Qué Sentido tiene los Síntomas?

Tratamiento Psíquico Tratamiento del Alma Obras Completas tomo I pag 111 115

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA 1976 VOLUMEN 8 - N(J 2 303-317 TENDENCIAS EN LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL COLOMBIANA RUBÉN ARDILA Universidad de Los Andes pg.304

Principios rectores del acto analítico