



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE GUAYAQUIL
CARRERA DE PSICOLOGÍA

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA: ANÁLISIS DIFERENCIAL SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE NEUROSIS Y PSICOSIS DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO EN EL CENTRO DE SALUD #4 "MATA MARTÍNEZ" DE GUAYAQUIL-ECUADOR EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2023 A SEPTIEMBRE DEL 2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del
Título de **Licenciada en Psicología**

AUTORA: IRENE ALEJANDRA RODRÍGUEZ PUCHA

TUTOR: PSIC.CL DARWIN ANDRÉS HIDALGO SOTOMAYOR, MGTR.

Guayaquil-Ecuador

2023

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Irene Alejandra Rodríguez Pucha** con documento de identificación N° **0944035674** manifiesto que:

Soy la autora y responsable del presente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Guayaquil, 30 de agosto del año 2023

Atentamente,



Irene Alejandra Rodríguez Pucha
0944035674

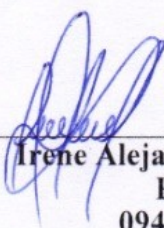
**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO
DETITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, **Irene Alejandra Rodríguez Pucha** con documento de identificación No. **0944035674**, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor del **Sistematización de la Experiencia: Análisis diferencial sobre el diagnóstico de neurosis y psicosis desde el Enfoque Psicoanalítico en el centro de salud #4 “Mata Martínez” de Guayaquil-Ecuador en el periodo de mayo del 2023 a septiembre del 2023**, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciada en Psicología**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 1 de septiembre del año 2023

Atentamente,



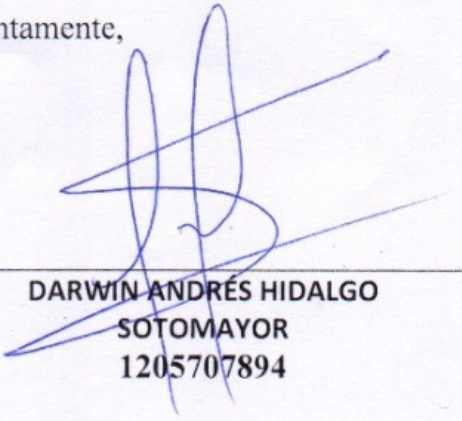
**Irene Alejandra Rodríguez
Pucha
0944035674**

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Darwin Andrés Hidalgo Sotomayor** con documento de identificación N° **1205707894**, docente de la **Universidad Politécnica Salesiana**, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA: ANÁLISIS DIFERENCIAL SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE NEUROSIS Y PSICOSIS DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO EN EL CENTRO DE SALUD #4 "MATA MARTÍNEZ" DE GUAYAQUIL-ECUADOR EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2023 A SEPTIEMBRE DEL 2023** realizado por **Irene Alejandra Rodríguez Pucha** con documento de identificación N° **0944035674**, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención** que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Guayaquil, 1 de septiembre del año 2023

Atentamente,



**DARWIN ANDRÉS HIDALGO
SOTOMAYOR
1205707894**



Guayaquil, 31 de marzo de 2023

Doctor
Javier Villamar
Centro de Salud N.º 4 "Mata Martínez"
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Por medio de la presente informo a usted que la **Señorita Rodríguez Pucha Irene Alejandra** con número de cédula 0944035674, estudiante de la Carrera de Psicología, se encuentra realizando su proyecto y/o práctica en su Centro de Salud, N.º 4 "Mata Martínez".

De igual forma quiero informarle que en calidad de Director de Carrera de Psicología solicito a usted la autorización para el desarrollo del proyecto, el uso de la información y publicación del trabajo de titulación: **Sistematización de la experiencia: Análisis diferencial sobre el diagnóstico de neurosis y psicosis desde el enfoque psicoanalítico en el Centro de Salud #4 "Mata Martínez" de Guayaquil-Ecuador en el período de mayo de 2023 a septiembre de 2023.**

En espera de una respuesta afirmativa, extendiendo mis agradecimientos y sin otro particular me despido.

Atentamente,



Lcdo. Stalyn Israel Paz Guerra, MSc.
Director de Carrera de Psicología
Universidad Politécnica Salesiana Sede Guayaquil
C.I: 092218254-8
Teléfono: 0987296625
Correo institucional: spaz@ups.edu.ec

cc. Irene Rodríguez, Estudiante
cc. Darwin Hidalgo, Coordinador UT

Psc. Lilia Rivera
Lilia Rivera
19-5-23-
Lia. Rivera Reinoso
PSICÓLOGA CLÍNICA
REG. PROF. 953
C.S. # 4

Dr. Javier Villamar Quinos
GINECOLOGO OBSTETRICIA
SENESECTI. 1023-2016-1724266
GUAYAQUIL - ECUADOR
ESTADISTICA

DEDICATORIA

A mis pacientes del futuro y los atendidos durante mi proceso de prácticas preprofesional, ya que cada uno de mis esfuerzos están dirigidos hacia la formación de la mejor versión de mí para ellos.

A mi familia, a mis mamás de corazón y vida, Sofía, Vicenta, Jacqueline, Jazmín, a mi papi en el cielo, mi hermano y Freddy, por ayudarme a construir mis metas, por enseñarme la importancia de la perseverancia, la fuerza en mi actuar, la valentía en mi postura, la ternura y la calidez infinita que solo una familia puede otorgar.

A mi grupo de amigos de la universidad, Kleber, Mildred, Delan, Maylin, David, Verónica, Sebastián, y Andrés, por su apoyo, comprensión, empatía y cuidados en todo momento, a mis amigas de la infancia Nayeli y Yulissa por siempre creer en mí y jamás abandonarme.

A mi tutor Darwin Hidalgo, por su apoyo en todo el proceso de elaboración de mi trabajo, su paciencia y su interés en ayudarme en mi tema elegido son un símbolo ejemplar de integridad y apoyo incondicional que replicaré siempre en mi actuar.

A los profesores Miguel De la Rosa, Johan Méndez, Víctor Iza, y todos los que han acompañado mi proceso de formación a lo largo de mi vida, por ser mi guía y aquellos que pulieron las habilidades y talentos que vieron en mí, con amor, sabiduría, respeto y empatía, ayudándome no solo a perseguir mis sueños, sino a saber que los sueños se cumplen.

A mí, porque solo yo conozco cada una de las batallas a las que me tuve que enfrentar a lo largo de mi vida y la cantidad infinita de veces que tuve que levantarme y seguir luchando sola.

AGRADECIMIENTOS

Me agradezco a mí por cada uno de mis esfuerzos, que nunca se detuvo a pesar de todo, a mi querida niña interior que sigue sanándose, la versión que ha construido y seguirá construyendo.

Agradezco de forma infinita y fundamental a mi mamá Jazmín Pucha por ayudarme a construir a la versión más fuerte, independiente y sabia de mí misma, por ser mi eterna mentora, mi ejemplo profesional y la persona con más fuerza en mi vida, a mi mami Jacky Pucha por jamás dejarme sola, por enseñarme a jamás perder mi esencia, la dulzura y el amor incondicional.

Agradezco a mis ángeles en el cielo por ser mi motor, a mi familia y amigos por ser mi ejemplo de amor, unión, y apoyo.

RESUMEN

El objetivo de este proyecto investigativo se construye con una metodología cualitativa comparativa-correlacional, a partir de un recorrido bibliográfico de las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud y Jacques Lacan; de campo como eje de la sistematización experiencial, dentro del método teórico debido a su amplio recorrido investigativo entre autores psicoanalíticos y práctico con enfoque clínico psicoanalítico desde un modelo explicativo, permitiendo el análisis diferencial de las manifestaciones sintomáticas del paciente y su funcionalidad subjetiva, siendo el diagnóstico estructural del paciente un elemento determinante dentro de la dirección a la cura para poder establecer los posibles métodos de intervención según la identificación de las propiedades de las estructuras clínicas neurótica y psicótica y su desarrollo psicopatológico en el paciente, teniendo como resultado que la neurosis y psicosis atraviesan etapas de expresión sintomatológica similar, pero al neurótico le falta la falta del nombre del padre en su registro simbólico como mecanismo estructurador de la subjetividad, haciendo una diferencia en la función de sus herramientas de afrontamiento conocidos como síntomas y fenómenos elementales, que en conclusión pueden identificarse a través del análisis de un cuestionario elaborado como instrumento investigativo; debido a que aunque exista un parecido sintomático, el paciente sostiene una verdad inconsciente estructuradora diferencial, a causa de su posición subjetiva frente a la angustia de castración, planteando la necesidad fundamental de un tratamiento específico que pueda construirse a partir de la entrevista, escucha activa y observación como técnicas de investigación.

Palabras claves: Neurosis, Psicosis, forclusión del nombre del padre, síntoma, fenómenos elementales, desencadenamiento, estallido de la neurosis, diagnóstico diferencial, dirección a la cura.

ABSTRACT

The objective of this investigative project is built with a qualitative comparative-correlational methodology, based on a bibliographic review of the psychoanalytic theories of Sigmund Freud and Jacques Lacan; field as the axis of experiential systematization, within the theoretical method due to its extensive investigative path among psychoanalytic authors and practice with a psychoanalytic clinical approach from an explanatory model, allowing the differential analysis of the symptomatic manifestations of the patient and their subjective functionality, being the structural diagnosis of the patient a determining element within the direction of the cure to be able to establish the possible methods of intervention according to the identification of the properties of the neurotic and psychotic clinical structures and their psychopathological development in the patient, resulting in the neurosis and psychosis go through stages of similar symptomatological expression, but the neurotic lacks the lack of the father's name in his symbolic register as a structuring mechanism of subjectivity, making a difference in the function of his coping tools known as symptoms and elementary phenomena, which in conclusion, can be identified through the analysis of a questionnaire developed as an investigative instrument; because although there is a symptomatic resemblance, the patient maintains a differential structuring unconscious truth, due to his subjective position in the face of castration anxiety, raising the fundamental need for a specific treatment that can be built from the interview, active listening and observation as research techniques.

Keywords: Neurosis, Psychosis, foreclosure of the father's name, symptom, elementary phenomena, triggering, outbreak of neurosis, differential diagnosis, direction to cure.

Índice

Primera Parte	14
1. Datos informativos del Proyecto	14
1.1. Nombre del Proyecto	14
1.2. Nombre de la institución	14
1.3. Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial)	14
1.4. Localización	14
2. Objetivo de la sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención:	16
3. Eje de la sistematización	16
4. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación	16
5. Metodología de la sistematización	17
6. Preguntas clave.....	21
6.1 Preguntas de inicio:.....	21
6.2 Preguntas interpretativas	21
6.3 Preguntas de cierre	21
7. Organización y procesamiento de la información.....	21
8. Análisis de la información.....	38
Segunda Parte	55
9. Problema de estudio	55
10. Objetivos.....	58

10.1.Objetivo General:.....	58
10.2. Objetivos específicos:	58
11. Justificación	59
12. Metodología.....	60
12.1. Según su finalidad:.....	60
12.2 Objetivo gnoseológico	60
12.3. Método:	61
12.4. Técnica de la investigación:	61
12.5. Instrumentos de la investigación:.....	61
13. Antecedentes.....	62
14. Marco teórico.....	64
14.1. Neurosis	64
14.2. El síntoma	65
14.3. Neurosis histérica.....	66
14.4. Neurosis histérica en la clínica	66
14.5. Neurosis obsesiva.....	67
14.6. Neurosis Obsesiva en la clínica	68
14.7. La Psicosis	68
14.8. Psicosis en la clínica	70
14.9. Diferenciación diagnóstica.....	71
15. Marco hipotético.....	73

16.	Cronograma de actividades	74
17.	Matriz de presupuestos	74
18.	Referencias bibliográficas	75
19.	Anexos.....	79

Primera Parte

1. Datos informativos del Proyecto

1.1 Nombre del Proyecto

Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: Análisis diferencial sobre el diagnóstico de Neurosis y Psicosis desde el enfoque psicoanalítico en el centro de salud #4 “Julio Mata Martínez” de Guayaquil-Ecuador en el periodo de Mayo del 2023 a Septiembre del 2023.

1.2 Nombre de la institución

Centro de salud #4 “Julio Mata Martínez”

1.3 Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial)

El proceso de sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención se encuentra orientado a la clínica con enfoque psicoanalítico.

1.4 Localización

El proyecto de sistematización se elaboró en el Centro de Salud #4 durante el periodo de Mayo del 2023 a Septiembre del 2023, se encuentra ubicado en la calle Cuenca y Noguchi

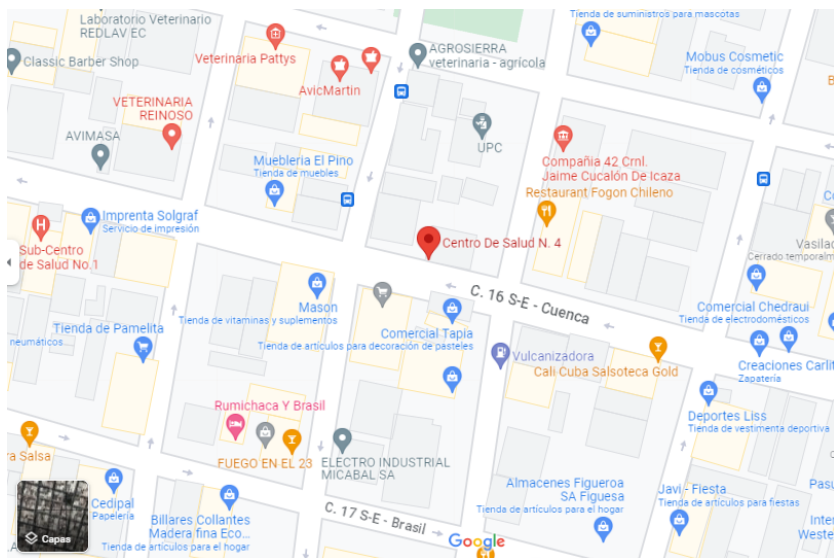


Figura 1: Ubicación del Centro de salud #4 “Julio mata Martínez”. Tomado de Google maps,

2023

2. Objetivo de la sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención:

Desarrollar un análisis de la experiencia obtenida en el proceso de prácticas preprofesionales en el centro de salud #4 “Julio Mata Martínez”, con la finalidad de establecer un sistema de diferenciación diagnóstica entre las estructuras clínicas neurosis y psicosis según sus manifestaciones sintomáticas.

3. Eje de la sistematización

La siguiente investigación tiene como objetivo el análisis diferencial sobre el diagnóstico de las estructuras clínicas conocidas como neurosis y psicosis desde el enfoque psicoanalítico, a partir de comparación de la modalidad estructurante, la función subjetiva del síntoma y sus manifestaciones psicopatológica, teniendo como base teórica los postulados de Sigmund Freud y Jacques Lacan con referencia a la interpretación de formaciones inconscientes y la elaboración de los esquemas mentales, en los cuales se contemplan la comparación de la neurosis con los tres tiempos de la psicosis, teniendo como resultado una apropiada interpretación en relación a la función estructurante del paciente, la elaboración del diagnóstico psicopatológico desde la estructura clínica y la modalidad correspondiente al desarrollo específico del diseño de tratamiento.

4. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación

Realizar un proceso analítico investigativo desde la sistematización experiencial con la finalidad de identificar desde el enfoque psicoanalítico la posición subjetiva del paciente desde sus estructuras clínicas neurótica o psicótica y la función de sus manifestaciones sintomáticas, con la finalidad de poder realizar un esquema clínico de las estructuras que nos permitan elaborar un diagnóstico clínico en función a sus problemáticas fundamentales.

Objetivos específicos

- Análisis de las manifestaciones sintomáticas de los pacientes atendidos durante la práctica preprofesional.
- Aplicación de instrumentos específicos de investigación a los pacientes del centro de salud #4 “Julio Mata Martínez”.
- Desarrollar un sistema de diferenciación para el diagnóstico de estructura neurótica y psicótica según las manifestaciones sintomáticas de los pacientes.

5. Metodología de la sistematización

En el siguiente proyecto se construye a partir de la sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención. “La sistematización es una herramienta metodológica primordial dentro del campo de la investigación que permite la contribución directa en la transformación misma de la experiencia práctica que a lo largo del proyecto ha sido recopilada.” (Expósito & González, 2017, pág. 2). Por lo tanto, se permite el análisis e interpretación conceptual de los contenidos resultantes de la investigación y la elaboración activa del conocimiento crítico.

La sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: Análisis diferencial sobre el diagnóstico de neurosis y psicosis desde el enfoque psicoanalítico en el centro de salud #4 “Julio Mata Martínez” de Guayaquil-Ecuador en el periodo de mayo del 2023 a septiembre del 2023 fue realizado a partir de una tipología cualitativa que permitió analizar las fuentes de información desde una visión fenomenológica, interpretativa, el cual permitió el acceso al libre uso de técnicas y estudios no cuantitativos o estandarizados que no hubieran permitido el conservar el material necesario de la subjetividad individual natural encontrado en el discurso del paciente, necesario para la investigación y la realización del

proyecto, “La tipología cualitativa permite cumplir el proceso de producción de conocimiento del proceso de investigación básico y la resolución práctica con la investigación aplicada” (Monje, 2011, pág. 10)

El proceso investigativo fue dirigido a través de un método científico inductivo, el cual permitió la construcción del conocimiento desde una vinculación teórico investigativa y el planteamiento de nuevas hipótesis de estudio. Según Urzola (2020) esto permite la apertura de trabajo investigativo y su consolidación metodológica dentro del área de la salud y práctica la clínica actual dentro del campo de la psicología y el enfoque psicoanalítico a partir del análisis del proceso de la sistematización de la experiencia de la práctica de investigación e intervención en la cual se plantean las hipótesis del diagnóstico estructural según la interpretación de la manifestación sintomática y la de la consolidación del proyecto. (pág. 38)

La consolidación del proyecto fue generando dentro de un marco interpretativo obtenido dentro del modelo teórico práctico del enfoque psicoanalítico, obtenido por Sigmund Freud, Jacques Lacan, Claude Maleval, Juan David Nassio, Daniel Millas etc. como principales exponentes en el origen y manejo de la práctica clínica psicoanalítica actual.

La base metodológica se establece a partir de la recopilación y sistematización de la experiencia en la atención clínica de los pacientes atendidos en el centro de salud #4 “Julio Mata Martínez” de Guayaquil-Ecuador en el periodo de prácticas clínicas preprofesionales, con un eje de corte transversal especificado en el periodo establecido a nivel académico desde el mes de mayo del 2023 hasta el mes septiembre del 2023, permitiendo la atención, evaluación, y seguimiento de los casos clínicos observados.

“Los estudios del tipo transversal permiten este proceso debido a asociación entre variables que se originan desde el planteamiento de las hipótesis resultantes de estudio descriptivo y

analítico.” (Vega, Maguiña, Soto, Lama, & Correa, 2021, pág. 184). Creando una investigación con los alcances requeridos para la ejecución del proyecto de sistematización, según el recorrido bibliográfico de la clínica de la neurosis y psicosis según el enfoque psicoanalítico y su comparativa con el manejo dentro de la práctica clínica en la actualidad.

El objetivo del del proyecto se constituye a partir de un recorrido correlacional, el cual según Ramos (2020) permite el establecimiento de un estudio analítico desde el planteamiento de una hipótesis en la cual se relacionan dos o más variables, del cual se permite el desarrollo de un análisis comparativo como alcance de la investigación, en el que se evalúa procedimiento de análisis de los resultados del proyecto (pág. 3). Además las hipótesis planteadas según Sánchez (2014) a nivel diagnóstico entre las estructuras clínicas neuróticas y psicóticas en sus diversas modalidades de manifestación sintomática, lo cual permite la comprensión de la formación estructurante en la subjetividad del paciente y la causa de la psicopatología como prioridad de atención, además manejo del análisis en dirección a la cura, siendo esta conceptualización la prioridad en la elaboración de un esquema diagnóstico diferencial dentro de la práctica clínica actual. (pág. 100)

El manejo de la información clínica es analizada dentro del enfoque psicoanalítico como una oportunidad de ampliación interpretativa en el análisis del discurso del paciente, en el cual se considera una fuente de angustia de atención prioritaria en el cual el síntoma es un resultante de este proceso de elaboración de la psicopatología en la subjetividad del paciente, el cuál responde a causas inconscientes, creando una incidencia y repetición compulsiva de conductas de riesgo que imposibilitan la posibilidad de una dirección a la cura. “Se prioriza el enfoque psicoanalítico en el establecimiento diagnóstico debido que este permite tratar directamente el dolor subjetivo según un diagnóstico, intervención y posición analítica de forma específica dando apertura a la conceptualización de locura, la cual no es única del

campo de la psicosis y según el padecimiento se puede orientar un estado de establecimiento y procesos específicos de intervención.” (García, 2020, pág. 300)

La elaboración de un diagnóstico diferencial permite brindar un tratamiento psicológico e incluso farmacológico adecuado debido a que no se dirige bajo la codificación de un diagnóstica que imposibilite la dirección a la cura. Esta falta de categorización permite analizar las manifestaciones sintomática entre las estructuras clínicas neurótica y psicótica permite la elaboración de un diagnóstico estructural específico, el cual es determinante en la dirección a la cura porque ante la similitud de la manifestación síntoma se evalúa la posición del sujeto ante la angustia de la castración, marcando una diferenciación entre la presentación del síntoma y su similitud en el conjunto de psicopatologías y su representación en la subjetividad del paciente en específico, dando priorización a la angustia individual, en vez de una generalización reducida al análisis conductual.

La técnica con la que se realiza el proceso investigativo son la observación cualitativa como posibilidad de mantener una participación abierta (Sampieri, 2018, pág. 7) . Esta técnica no estimula un posible al comportamiento, y en este caso, el abordaje en el análisis del discurso como material no estructurado y con gran volumen de información, sin que la técnica se manifieste de forma obstrusiva. Además de la entrevista abierta, priorizando el discurso del paciente como principal medio de obtención de datos para realizar el análisis requerido según la necesidad de la demanda y el deseo del paciente, el manejo de las técnicas se realiza a partir de la elaboración de preguntas para la entrevista a paciente y la ficha recolectora de datos como instrumento de la investigación, permitiendo conservar la información de forma específica y completa.

6. Preguntas clave

6.1 Preguntas de inicio:

- ¿Cuál fue la necesidad clínica que dió origen al proyecto investigativo?
- ¿Por qué se realiza un enfoque psicoanalítico en el análisis de las psicopatologías?
- ¿Cuál es la necesidad de un diagnóstico diferencial para la dirección a la cura?
- ¿Cuáles son los factores específicos que permitan la elaboración del diagnóstico diferencial?

6.2 Preguntas interpretativas

- ¿Cuál es la posición subjetiva del paciente durante la elaboración de su diagnóstico?
- ¿Cuál es la función del síntoma desarrollado en la estructura clínica del paciente?
- ¿Cuál es la relación de la elaboración sintomática y el malestar anímico?
- ¿Cómo se desarrolla la psicopatología en la vida cotidiana del paciente?

6.3 Preguntas de cierre

- ¿Cómo reaccionaron los pacientes al analizar sus patrones repetitivos?
- ¿Qué importancia tuvo el análisis diferencial en la elaboración del diagnóstico?
- ¿Se evidenció una disminución de la angustia en relación a la psicopatología?

7. Organización y procesamiento de la información

La siguiente investigación fue realizada durante el periodo de noviembre del año 2022 a marzo del 2023, lo que permitió un análisis inicial y gradual de los pacientes en tratamiento psicológico en el centro de salud #4 “Julio Mata Martínez”

Presentación de casos

Caso #1 Anthony

Anthony es un joven de 26 años, llegó por primera vez al centro de salud teniendo como motivo de consultas crisis de ansiedad que se habían incrementado a causa de un robo en el departamento en el que estaba viviendo, el cual habría sido realizado por los propios compañeros con los cuáles compartía piso, describe que generalmente los síntomas empiezan cuando comienza a pensar en muchas cosas y se siente inseguro.

Anthony menciona que a lo largo de su vida siempre ha tenido presencia de síntomas ansiosos, los cuáles lo llevan a sobrepensar las cosas, y a causa de esta angustia se le dificulta dormir, causándole insomnio por uno o varios días, constantemente se siente muy asustado como si algo malo fuera a pasar, tiene dolores de cabeza todo el tiempo, menciona respecto al evento del robo que “le molestaba no haber sido *capaz* de anticipar el robo” **“Cuando me doy cuenta ya estoy sudando y estresado, me duele mucho el pecho y siento como si algo malo me fuera a pasar, generalmente noto que quedo empapado de sudor y no puedo respirar, como si me estuviera ahogando.”**

El paciente durante las sesiones menciona que de vez en cuando utiliza marihuana de una agencia que le quita el adictivo a la esencia y deja solo la parte del Cbd para calmarse porque se siente incapaz de poder hacerlo y los mareos que tiene son muy fuertes, menciona: “parezco un loco, me duele la cabeza y sin darme cuenta empiezo a temblar”, pero el consumo lo pone en un estado melancólico por varios días, pero en la última sesión notó que aproximadamente 20 minutos antes de la sesión se había sentido motivado y “eufórico” según su discurso, lo cuál le sorprendió.

Durante la sesión el paciente empezó a mostrar su dedo posándolo varias veces sobre su cara o en el escritorio, en él llevaba un anillo muy vistoso a lo cual se le pregunta si es casado, y a partir de eso inicia otra importante muestra de su problemática angustiante, Anthony menciona que se encuentra casado con una mujer buena, la cuál necesitaba documentación europea que Anthony disponía, él menciona “es un arreglo, para conseguir los papeles, no nos amamos ni nada así”.

Según su relato la relación que él maneja con su esposa es bastante buena, pero últimamente ella se ha mostrado más atenta con él y comenzó a invitarlo a citas en las cuáles él se sentía ausente, el ver como su esposa la cuál el solo consideraba como una compañera de trámites estaba demostrando sentimientos amorosos lo hacía sentir de forma “ansiosa”, mencionaba que la indecisión sobre lo que haría le asustaba, y que debió darse cuenta lo que estaba pasando para poder evitarlo pero ahora sentía que “no era capaz de decirle que no quería nada con ella”, el paciente dice: “es que ella es muy buena, es atenta conmigo, pero no sé qué hacer con esta situación porque a pesar de sus cualidades no quiero que sea mi esposa de verdad.”

Anthony menciona que una de las cosas que más le molesta es pensar sobre su futuro porque las ideas lo atacan sobre lo que tiene que hacer, a lo cual menciona que piensa que **“no será capaz de enfrentarse a alguien o detener las cosas malas que le puedan pasar”**, el matrimonio se incluye en ese sentimiento de *incapacidad* porque desea poner límites ante los actos románticos de la esposa, pero no quiere perderla, **“no sé qué es lo debería decidir”**

Anthony menciona que siempre fue de sobrepensar las cosas, su madre era muy exigente con las calificaciones y lo regañaban cuando no tenían notas perfectas, por eso siempre intentaba ser el mejor alumno de su escuela, menciona que cada vez que habían exámenes le daban muchos nervios e iniciaba a temblar, pero cuando le entregaban la hoja se le olvidaban los

síntomas nerviosos, Anthony inicia la universidad de economía por recomendación de la mamá y sus problemas ansiosos mejoraron porque sentía que estaba todo bajo control si la mamá se sentía orgullosa de él, y se centró en estudiar y tener buenas notas, convirtiéndose incluso en uno de los mejores alumnos de la carrera.

El dinero del robo era para hacer el pago del último semestre de universidad, y el paciente menciona **“Por un lado, el robo fue un alivio porque eso evitó que me graduara este año y tengo tiempo hasta volver a reunirlo para volver a retomar la carrera, pero por otro lado coraje porque me di cuenta que si no pude darme cuenta de lo que iba a hacer, peor aún iba a poder ser un buen economista y todos quieren solo a los mejores.”**

El paciente menciona que ser capaz para él es el poder hacer algo sin tenerle miedo y hacerlo bien, pero que a él todo le sale mal, **“Soy igual de torpe que mi papá y me salen mal las cosas como a él.”** El paciente menciona que siempre que quiere algo empieza a pensar y pensar, pero en conclusión no hace nada, haciendo que pierda la oportunidad que tenía, **“yo creo que eso era lo que le pasaba a mi papá, porque siempre que discutía con mi mamá ella le decía que nunca era capaz de hacer algo bien, aunque se lo pusieran al frente.”**

Caso #2 Juliana

Juliana tiene 26 años, asiste por primera vez a consulta mencionando que “siente dependencia emocional”, se muestra muy a la defensiva durante la primera sesión, conducta que se mantiene a lo largo del proceso psicoterapéutico, Juliana menciona que hace tres meses falleció su padre, el cuál padecía de alcoholismo, y no manejaba una buena relación con él, incluso consideraba que su muerte no era un evento que realmente le hubiera perturbado o molestado, su papá y su mamá se separaron cuando ella era pequeña, su papá estuvo viviendo solo durante un tiempo pero luego fue a vivir con su abuelo hasta la pandemia cuando el abuelo fallece por problemas cardiacos menciona que fue hace *dos o tres años* , posible consecuencia del COVID-19, lo cuál la angustió porque pensó que ahora su papá se “Iba a quedar solo”, este evento hace que ella exprese que uno de sus mayores miedos es *quedarse sola*.

En una fecha equivalente a la muerte del abuelo , la paciente tuvo una parálisis facial “hace dos o tres años, yo soy psicopedagoga y mientras estaba estudiando mi cara se quedó rígida”, lo cual la mantuvo en terapia durante un año, la paciente no relaciona este evento al fallecimiento del abuelo a pesar de la temporalidad con la cual lo menciona, tampoco le encuentra relación con otro evento, actualmente se encuentra viviendo con su pareja, con el cual lleva “2-3 años”, la paciente ha notado que cuando se encuentra sola siente como un hormigueo en la cara, lo cual le recuerda el momento de la parálisis, en este momento se hace un espacio en el que Juliana menciona que le hubiera gustado ayudar con las adicciones del padre.

Del momento de la separación Juliana atrae un recuerdo durante la sesión terapéutica, en la que menciona, “Cuando mi padre y mi madre se separaron recuerdo una gran pelea por

teléfono, su cara quedó completamente congelada mientras gritaba con papá, todo fue gritos y de repente ya nada, jamás supe lo que papá le había dicho, pero tomó sus cosas y empezó a empezar.”

Después del momento de la separación del padre y la madre de Juliana, la madre se quedó sola en la calle y ella se mudó en la casa del abuelo paterno el cuál vivía con el padre, luego se fue a vivir con su tía con la cual se sentía muy sola Juliana menciona: “*de la infancia no se habla*”

Caso #3 Gino

Gino tiene 32 años y menciona como motivo de consulta que ha tenido un año muy “pesadito”, su discurso inicia mencionando que tiene problemas de fidelidad, los cuáles han sido de toda la vida porque le gusta coquetear con las mujeres de su entorno, pero él considera que es una forma de llamar la atención porque cuando alguna se muestra predispuesta para algún encuentro sexual, el coqueteo se termina y ya no quiere saber nada de ellas, y termina alejándose.

Lleva una relación de 6 años con su novia y 4 años viviendo juntos, en el año 2022 a su pareja le descubrieron un tumor, en lo cual Gino menciona: “la vaciaron toda, y la relación cambió toda”, referente a los cambios corporales menciona: “todo el tiempo está cansada, es como una abuelita”, el mismo año, 2022 es el fallecimiento del padre, de este evento no parece mostrar gran angustia o malestar en su discurso, este evento él lo explica diciendo que él siempre supo que su padre era viejo y se iba a morir, y por esta razón no le sorprendió la muerte de su padre, siempre le preguntaban si era su abuelo.

En uno de sus coqueteos hacia sus compañeras conoce a Sole, con ella tuvo un acercamiento más allá que con el resto, porque mencionaba que ella le gustaba, pero ella empezó a demandarle más de lo acordado y esto hizo que él tuviera que poner límites, Gino dice que el coquetear le parece interesante porque le gusta construir una fachada de alguien importante y *que lo busquen, que se sienta necesitado desde la mirada coqueta*, la relación que tuvo con Sole duró 1 año aproximadamente.

Gino menciona que un día al llegar del trabajo decidió ir al baño para alistarse lo más pronto para ir a dormir porque estaba cansado, mientras se lavaba la cara le pareció ver pasar a una persona hacia la cocina, a lo cual se asustó porque su novia ese día estaba en el hospital por

unos exámenes que tenía que realizarse, decidió no prestarle atención porque tal vez había sido su imaginación, pero cuando se estaba quedando dormido, menciona vió una imagen de su papá en la cama junto a él, pero tenía una rara sensación de que era él mismo pero en su cabeza tenía la idea de que era su papá, lo que le recordó que él ya no estaba.

Caso #4 Lily

Lily es una joven de 21 años, que terminó sus estudios de colegio y antes de iniciar la universidad decide tener un año “sabático” en el cuál decide optar por un programa de Work and travel pero con destino a China, debido a que siempre fue un idioma que le gustó y que deseaba aprender, Lily menciona que “los chinos no son personas confiables”, porque desde el momento en el que llegó es víctima de múltiples estafas.

El motivo de la terapia de Lily es poder recuperarse de este viaje, pero empieza hablando de la dinámica entre ella y su padre, Lily explica que la persona que más lo ha defraudado en la vida es un padre porque desde que se separó con la madre él no había decidido visitarla en ningún momento y de forma general no cumplía con la dinámica como padre e hija. “Él podría venir cuando quisiera, incluso a veces escuché en algunas ocasiones a mi mamá llamarlo, pero fue en vano, porque no contestaba o decía que no tenía tiempo”.

La paciente se recibe de su institución a los 17 años, ella no sabía lo que quería estudiar en la universidad, luego después de pensarlo un poco más, menciona que sí lo sabe pero en realidad no quiere iniciarlo de forma inmediata, por lo tanto quiso viajar primero a Estados Unidos para “tener algo que hacer” demanda que le realizó la madre, la paciente menciona “mi mamá estaba muy molesta con mi viaje, decía que no era nada productivo y que tenía la obligación de estudiar inmediatamente para hacer algo con mi vida, pero igual me fui”, la paciente continuó en su búsqueda hasta que pudo encontrarse con la oportunidad de viajar a china como una oportunidad de viajar y ahorrar al mismo tiempo, pero ante la llegada de la pandemia se quedó encerrada en el país.

Lily menciona que desde el inicio la dejaron sin el trabajo por el cuál había ido y no la sacaron del programa, el cuál al parecer se quedó con la inversión inicial realizada, pero aún

así ella no quería regresar, por lo tanto, se quedó en una tienda en otra ciudad trabajando en la cual tuvo que pagar 1500\$ como extorsión para que no le digan a la policía que ella no tiene documentos, pero una vez pagada la cuota, la denunciaron con la policía y en vez de dejarla 14 días encerrada según las leyes en China a los indocumentados, ella estuvo detenida por 31 días porque según le informaron la visa se demoró en salir (siendo *estafada* una palabra introducida dentro de la sesión psicoterapéutica para subjetivizar), después del evento la paciente logra contactarse con amigos para pedirles ayuda y volver a su país.

La paciente menciona que se encontraba en un evento completamente angustiante, en el que no solo no entendía lo que pasaba sino a que además se sentía en completa desconfianza, lo cual le recuerda la decepción que se llevó en su viaje inicial de Estados Unidos a China, porque menciona que coordinó con el padre una visita, por lo tanto, durante el viaje hizo una escala a Francia para ver al padre en Holanda pero al momento de su llegada el le dijo que no iba a poder ir a verla porque estaría ocupado, por lo tanto ella tuvo que continuar su viaje a China. “creo que sabía que me decepcionaría del viaje tanto como de mi padre, siempre es así cuando no hago lo que me dice mi mamá”

“No sé para qué busco a mi papá, siempre busco cosas que no me aportan nada y quedo insatisfecha, lo mismo es con los hombres, yo creo que debe ser por mi papá”, Lily menciona que siempre intenta mantener contacto con su padre pero que este le habla un poquito y luego desaparece, pero no sabe porque ella lo sigue buscando a pesar de todo.

Con respecto a su vida amorosa, Lily considera que algo tiene que ser con su padre y hace la pregunta varias veces en sesión, pero considera que ella es la culpable con sus problemas amorosos, porque ellos son muy infantiles, mostrando una desorganización en el discurso “es

mi culpa, pero son ellos”, Lily menciona “es que mi carácter es así, yo no voy a confiar en nadie nunca más”

Caso #5 Jean Pierre

Jean Pierre es un paciente de 19 años teniendo como motivo de consulta problema en la relación con su mamá, su única cuidadora, con la cual menciona que se siente “controlado”, como si dejara de poder ser él debido a la sobreprotección de su mamá, el paciente tiene actualmente diagnóstico por consumo de sustancias, mencionando que utiliza marihuana y cocaína en un aproximado de 4 a 5 días por semana, por el estrés que le produce los problemas que tiene su mamá, pero ella lo enfrenta aún más en los momentos del consumo, creando un ciclo en la dinámica familiar.

El paciente menciona que ha tenido varias experiencias paranormales desde los 15 años, menciona “tengo una conexión muy fuerte con lo paranormal, soy muy sensible con eso”, uno de los momentos que más recuerda fue hace 15 años, en el cual recuerda estar durmiendo al lado de la mamá, en la misma cama, y empezó a perder la sensación de su cuerpo. “No sentía mi cuerpo, era como si no fuera mío”, en eso escuchó a la mamá decir: “La muerte viene por tí”. “Eso me dijo mi mamá y de forma inmediata vi a la muerte, era así como en la televisión o las imágenes, tenía un hacha gigante y capucha, pero hay una conexión entre mi mamá y yo, ella justo estaba rezando por mí dormida y me salvó de la muerte.”

Este evento menciona Jean Pierre que fue una demostración de que la mamá siente cuando a él le pasa algo, por lo tanto, “siempre sabe lo que tiene”, porque a diferencia de este episodio con la madre, en casa de su padre tuvo una experiencia similar hace tres meses, con el cual estaba durmiendo en la misma cama, tuvo la misma sensación de “separarse de su cuerpo”, pero esta vez tuvo la sensación de que alguien lo estaba vigilando, pero por la oscuridad no lograba visualizar lo que sucedía. “Yo sabía que alguien estaba ahí, pero no quería ver y no podía ver por la oscuridad, pero era como si me vigilaran”. Luego sintió que “se le lanzaron”,

pero su papá se despertó y lo veía con odio según el paciente, a lo cual menciona “mi papá me veía como si quisiera matarme”.

Ante este evento el paciente dice: “Es algo que siempre me pasa, siento que me observan, murmullan, me agarran y hasta siento que me rasguñan, yo siento que hay una presencia, pero no quiero abrir los ojos, solo siento que están ahí y que vienen por mí.” El paciente menciona que relaciona estos eventos a la iglesia, debido a que cada vez que va y escucha sobre Dios es como “si se pusiera sensible”, menciona que para él Dios es el creador de todo.

Casos clínicos	Entrevista 1 Manifestación sintomática	Entrevista 2 Cadena significante	Entrevista 3 Análisis de la cadena significante y formación sintomática	Entrevista 4 Diferenciación diagnóstica
Caso #1 Anthony	Presentación y análisis de los síntomas ansiosos correspondientes al TAG	Preguntas relacionadas a la significación de mal esposo, análisis de significativo capaz,	Centralización en la dinámica de relación con los padres y su relación con los significantes estructurados	Identificación de la cadena significativa y la estructura clínica del paciente según la modalidad sintomática.
Caso #2 Juliana	Presentación de la manifestación sintomática	Análisis de significantes primordiales y problemas específicos como la muerte del padre y parálisis facial	Análisis de la dependencia emocional y el quedarse sola como significantes identificatorios en la elaboración sintomática	Análisis de la posición de la estructura clínica y su asociación con la manifestación sintomática.
Caso #3 Gino	Presentación de la manifestación sintomática	Análisis del significativo de viejo, abuelo, y el ser necesitado como vínculo de interacción	Análisis de la formación sintomática en relación a los significantes instaurados y la presencia del goce escópico.	Análisis del proceso alucinatorio y la posición subjetiva del sujeto
Caso #4 Lily	Presentación del problema con carga angustiante y la falta de subjetivación de significantes	Análisis de la elaboración significativa y su posición frente al problema como elaborador del síntoma	Análisis del síntoma y su relación significativa	Análisis de la demanda y la angustia como indicadores de la estructura clínica
Caso #5 Jean Pierre	Presentación de la manifestación sintomática y fenómenos	Análisis de la elaboración significativa en el discurso y la relación familiar	Análisis del establecimiento del síntoma, la relación	Análisis de la manifestación sintomática psicótica y la

	elementales en relación a la esquizofrenia		significante desde su psicopatología	presencia de fenómenos elementales
--	--	--	--------------------------------------	------------------------------------

Tabla 1. Organización de la información manejada en los casos clínicos según las entrevistas con preguntas abiertas

Operacionalización de la sistematización de la experiencia en el análisis diferencial

Estructura clínica	Trastornos relacionados	Delimitación clínica	Síntomas
Neurosis	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos que se clasifican en: • Trastornos de ansiedad • Trastorno obsesivo-compulsivo • Trastorno de ansiedad fóbica • Trastornos del ánimo (no psicóticos) • Trastornos somatomorfos • Trastornos disociativos • Trastornos de la conducta (Alimentaria, sexual, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración parcial de la realidad • Conservación del juicio de la realidad • Consciencia de la enfermedad • Angustia como síntoma capital • Tiene proceso histórico temporal • Sintomatología vivida como ajena al Yo • Evolución dinámica • Concurrencia espontánea • Etiología pluralista 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad-angustia • Inhibición • Agresividad mal controlada o inhibida • Rumiación del pensamiento • Síntomas físicos: hiperactivación funcional del SNC. • Desequilibrio neurovegetativo • Desequilibrio neuroendocrino • Enuresis • Tartamudez • Tics • Enrojecimiento facial
Psicosis	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia: Paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. • Trastorno esquizofreniforme • Trastorno esquizoafectivo • Trastorno delirante • Trastorno psicótico breve • Trastorno psicótico compartido (folie a deux) • Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica con 	<ul style="list-style-type: none"> • Certeza • Automatismos mentales • Delirios • Fenómenos elementales • Fenómenos de cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas delirantes • Alucinaciones • Lenguaje desorganizado • Comportamiento catatónico gravemente desorganizado • Xenopatía • Mentismo • Automatismo ideo-verbal, sensorial y sensitivo y psicomotor • Fenómenos de extrañeza o perplejidad • Sensación de descomposición • Enajenación

	<p>ideas delirantes o alucinaciones</p> <ul style="list-style-type: none">• Trastorno psicótico inducido por sustancias• Trastorno psicótico no especificado		<ul style="list-style-type: none">• Sensación de despedazamiento, separación o extrañeza• Fenómenos referenciales• Experiencias no dialécticas• Manía
--	---	--	--

8. Análisis de la información

Análisis de Caso Anthony

Hipótesis: Neurosis

Modalidad: Obsesiva

Diagnóstico psiquiátrico: Trastorno de Ansiedad Generalizado

Anthony menciona durante la entrevista tener las siguientes manifestaciones sintomáticas:

- Sobrepensar
- Insomnio
- Mareo y vértigo
- Temblores en el cuerpo
- Dolores de cabeza
- Sentimientos de inseguridad
- Miedo a no tener las cosas bajo control
- Sudoración
- Sensación de falta de aire

La angustia deviene de los conflictos que se generan por la disputa de entre el superyó y el ello, en el cual, según la teoría dinámica, la angustia resultante de la necesidad de hacer un llamado al sujeto, tomando posición de alarma, según el manual de psicopatología y psiquiatría. (Cortese, 2004, pág. 82). Este estado está directamente vinculada especialmente con el trastorno de ansiedad generalizado, dentro del enfoque psicoanalítico Freud sostiene

que “La ansiedad es una señal ante el peligro pulsional ante aquello que para el ser es inaceptable y debe ser reprimido” (Sierra & Ortega, 2003, pág. 19).

Según Cortese el trastorno de ansiedad generalizado se encuentra dentro del campo de la clínica de la Neurosis en la cual la delimitación clínica permite hacer observación de la consciencia de la enfermedad en el paciente, siendo la angustia su síntoma capital dentro de la psicopatología y se mantiene la el juicio en relación a lo real, en la cuál los síntomas generales de las Neurosis clásicas el paciente presenta: rumiación del pensamiento, hiperactivación, angustia (miedo anticipatorio), Inhibición.

Estos síntomas nacen de momentos específicos en su discurso que podrían establecerse como detonantes debido a la carga significativa para el paciente.

Anthony llega teniendo como motivo de consulta un robo en el departamento el cual lo hizo sentir inseguro, sobre el “no ser capaz” de anticipar las cosas debido a que el robo había sido realizado por compañeros y amigos de él, pero el “ser capaz” para el paciente tiene una gran articulación significativa que pondrá en juego el malestar angustiante del sujeto y su posición subjetiva ante la angustia de la castración, este miedo se refleja en la identificatoria del Otro (el padre) “soy igual de torpe a mi papá y me salen mal las cosas como a él” padre que dentro del discurso de la madre de posiciona desde la incapacidad “es incapaz de hacer algo bien aunque le pusieran las cosas en frente” lo cuál muestra un temor ante aquella construcción de su ser para el Otro “En el fondo la experiencia del obsesivo siempre hay cierto temor a deshincharse, respecto a la inflación fálica” (Jacques, 1960, pág. 293).

“La compulsión que más puede darse a notar dentro del obsesivo es el insulto hacia el deseo que se expresa” (Lutereau, 2016, pág. 74). En este caso el significante de ser incapaz de anticipación surge como un resultante del no poder elegir entre su deseo real y complementar

la idealización del Otro que lo demanda porque la inflación fálica no le permite ceder el espacio a una falta, tiene que ser un ser completo y el deseo muestra una incompletud que no puede permitirse.

El obsesivo tiene como elemento clave el moverse hacia la dirección del deseo desde la expresión de un los acting out durante la consulta, este momento se representa cuando paciente tiene su primer acting out al mostrar su anillo de compromiso durante la consulta, (Acting es producto neurótico), en el cual menciona la ansiedad que le hace sentir estar casado, acto que se produjo con la intención de conseguir documentos de nacionalidad de la esposa, más no por amor como prioridad, pero ante la demanda de amor que se ejerce con el inicio de matrimonio Anthony queda absorbido por el discurso de la esposa y se siente incapaz de poder negar la demanda que se le impone, dejándolo en falta ante la falta de herramientas con las cuales enfrentar la situación.

Lacan postula la posición de la angustia en relación con el deseo desde dos estatutos fundamentales, el deseo insatisfecho de la histeria y el deseo imposible que se establece desde la obsesión, Anthony en los acercamientos ante su deseo de no graduarse o no querer ser esposo real de la mujer con la que se casó por los papeles que necesitaba se topa directamente con la angustia, ya que la dirección del deseo aunque no sea sostenido por algo particular sino a las condiciones de imposibilidad se realizan todo tipo de rodeos remarcados por la indecisión del sujeto que no se encuentra ahí. “El deseo es el deseo del Otro porque evanescente, la razón se ha de buscar en una dificultad fundamental en relación con el Otro, en tanto que éste es el lugar donde el significante ordena el deseo” (Jacques, 1958, pág. 413).

La falta de “capacidad” para Anthony es el acercamiento hacia la angustia de la falta, una falta que relaciona ante la falta que surge de la castración, debido a la relación entre la

articulación significativa y el desarrollo de la manifestación sintomática que surge de la demanda materna y la identificación paterna. “Soy igual de torpe que mi papá y me salen mal las cosas como a él.” Y es la falta la que establece la existencia de la neurosis, aquí se divide el deseo y la prohibición, en la cual se colma en la falta que existe en aquél Otro desde la imagen del buen estudiante con calificaciones ejemplares como armador narcisista.

El obsesivo necesita un síntoma específico que lo sostenga y lo construye a partir del saber hacer con su imagen yoica como defensa, la angustia del robo cumple la función de direccionar el deseo real del obsesivo ante el no desear continuar con la carrera de derecho, pero al situarlo en una posición indefensiva mantiene la angustia de la imposibilidad desde la el impulso agresivo y el propio deseo de autodestrucción, “El goce se manifiesta en formaciones reactivas en el obsesivo” (Braunstein N. , 2006, pág. 43).

Análisis de caso Juliana

Hipótesis: Neurosis

Paciente de 26 años se presenta a consulta con una posición conflictiva, ante las preguntas responde de forma cortante y limitante, podríamos indicar el posible desarrollo de una transferencia negativa, debido a la hostilidad en el manejo del discurso se demuestra una vertiente pulsional propia del momento de análisis, siendo el odio una fase primaria a un amor no circunscripto y más objetivizado, “Si en la agresividad se puede evocar la pulsión de muerte, es primordial dentro de la dirección a la cura, convirtiéndose en una intención ya que la paciente eligió el diálogo” (Miller, 1998, pág. 50).

“En la analogía del duelo, debemos inferir que el sujeto sufrió una pérdida del objeto, pero en su discurso existe una pérdida del yo” (Freud, 1917, págs. 246-247). La causa de la angustia de Juliana se encuentra centrada en la angustia que siente ante la “dependencia emocional”, significante que se encuentra alineado al proceso de duelo del padre, un evento desencadenante de la ansiedad ante la identificación al abandono como resultante de la separación de sus padres, y donde se replantea la posición del sujeto y su relación con el mundo externo.

El significante de dependencia emocional deviene de un vuelco pulsional ante la angustia del quedarse solo, por esto ante el proceso de duelo hubo una expresión somatizada como manifestación de la angustia, debido a que la pérdida del objeto de amor como lo es la figura paterna del padre muestra la identificación hacia una posible pérdida mayor, la de su propio padre, *el abuelo murió, mi padre quedó solo; si mi padre muere, yo quedaré sola*. “Entre los síntomas y las impresiones que tornan de lo infantil las fantasías hace que el objeto principal de lo que se reprime no sea el recuerdo en específico de los acontecimientos sino la expresión

de los deseos infantiles incompatibles con el yo que se expresan y que se asocian a determinados acontecimientos” (Sopena, 1993, pág. 7).

“La región somática afectada por el síntoma de conversión corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzada antaño por el trauma, y que pasó a constituir así una imagen determinada. En la conversión, la carga energética abandona la imagen inconsciente para ir a "energizar" el órgano cuyo reflejo es esta imagen” (Nasio, 1991, pág. 33). La angustia ante el proceso de identificación del quedarse sola, ha creado este vínculo entre la soledad y hormigueo de la cara, en la cual el síntoma del trastorno somático es el estado general del cuerpo angustiante en un esquema de representación esquemática en la parte corporal en la cual la escena traumática puede enlazarse, creando una imagen inconsciente que genera el síntoma entre el cuerpo que se percibe y el que sufre. Dentro de la esquematización del proceso somático según el discurso de Juliana en el cual ella menciona que la madre quedó con la cara de congelada después de que su padre le dijera algo en el teléfono, estableciéndose.

La infanta sabía qué algo pasaba por la expresión de la madre, una angustia que formaría un proceso de identificación histórica, dentro del proceso histórico la identificación es clave primordial en la relación entre manifestación sintomática y la estructura, dentro de la modalidad histórica este momento es recreado a partir del lazo que liga entre sí a la pareja fantasmizada, “la conversión somática surge de ante el goce que es supuesto por el Otro propio de la histeria” (Braunstein N. , 2006, pág. 27).

Este caso se encuentra orientado en orden a la estructura clínica de la neurosis porque se muestra esta angustia ante la falta de perder al objeto amado, en donde aquel Otro al cual se le demanda se pierde, para Freud unos de los síntomas principales es la parálisis o malfuncionamiento de un órgano, en este caso siendo la piel la que contiene gran carga

pulsional al estar sometido a las sensaciones, para Lacan este proceso angustiante también debide de esta identificación hacia el síntoma del otro “Mi madre se quedó sola”, “mi padre se quedará solo ahora que no tenga padre”, siendo esta la posición actual de ella ante la muerte reciente del padre. “Cuerpo hablante en busca de alguien que sepa escucharlo” (Senderey, 2015).

La neurosis de modalidad histérica se comprende a partir del recorrido de la modalidad de la manifestación sintomática, el establecimiento del deseo y el goce, pero también al conflicto inicial de la feminidad en la cual ser mujer es aquella con la cual se encuentra identificado, lo cual es equivalente a ser como la madre siendo este el inicio de la angustia, ya que la identificación de lo sucedido en la infancia “de lo cual no se habla” pero en la cual “la madre se quedó sola” hace nudo con su miedo anticipatorio al quedarse sola, porque la mujer con la cual se encuentra identificada, así le sucedió, y con la muerte del padre hay una repetición simbólica.

Análisis de caso Gino

Hipótesis: Neurosis

Modalidad: Histórica

Paciente de 32 años asiste a consulta como motivo principal de consulta un año difícil y problemas de fidelidad, Gino construye a partir del hacerse mirar una fachada en la cuál demanda ser necesitado a través de la mirada coqueta, sujetando un goce escópico desde una fachada narcisista, en los cuales a pesar de que se muestra una predisposición hacia sus compañeras para tener relaciones sexuales, se genera una imposibilidad y un rechazo absoluto al acto sexual cuando nota que es correspondido al coqueteo y un demanda subyacente al encuentro genital. “Esta paradoja demuestra una necesidad de hipererotización del cuerpo sometido como objeto hacia el Otro, siendo una marca de la aversión que siente el histérico hacia la posibilidad del encuentro genital” (Nasio, 1993, pág. 30).

Para el histérico la angustia se encuentra arraigada hacia el posible encuentro sexual, en el cual la sexualidad y sus manifestaciones son una preocupación constante, pero esta aversión no constituye un proceso de retraimiento, todo lo contrario, el histérico se encuentra a travesado dentro de una verdad paradójica que constituye la insatisfacción de su deseo y su angustia, el histérico erotiza las manifestaciones sociales a lo largo de su vida cotidiana, como Gino con sus compañeras de trabajo, pero al momento de la posibilidad de lo sexual el cuerpo se retrae, esta inhibición es considerada como la repulsión desde su mecanismo más activo dentro de la estructura clínica neurótica, “No vacilo en considerar como histeria a las personas que producen asco en cualquier proceso sexual aunque no presente síntomas somáticos” (Nasio, 1993, pág. 29).

Hay, de veras, dos grandes vertientes del deseo tal como surge en la caída de la sexualización - por un lado, el asco generado por la reducción del partenaire sexual a una función de realidad sea cual fuere y, por otro, eso que llamé, a propósito de la función escópica, la envidia, la envidia. La envidia es algo distinto de la pulsión escópica, y el asco es algo distinto de la pulsión oral. (Lacan, 1964, pág. 180)

Gino muestra gran angustia ante el significante “viejo” porque representa su actual relación de pareja y con el padre, al cual lo ama, pero lo descalifica en una posición de imposibilidad ante el vivir por su edad “siempre supo iba a morir”, además que sus compañeros siempre le preguntaban si “era a su abuelo”, por lo tanto, ahora que falleció el padre siente que no le causó novedad y que siempre estuvo preparado.

Este evento vivido con el padre hace eco en la relación con pareja debido a que su novia se encuentra enferma, y a partir del descubrimiento de un tumor siente que la vaciaron y la relación cambió todo, haciendo protesta ante este evento del “ vaciarla toda” y ante el cambio conductual propio del estar enferma, menciona que parece una abuelita, una relación que establecía con el padre y que rememora la posición angustiante inconsciente ante la muerte, denunciando la incompletud del Otro dentro de esta “vejez” y su angustiante imposibilidad de sobrevivir. “Dentro de la estructura histérica, el proceso sintomatológico deviene de novelas fantasmáticas y ficciones amorosas, un efecto del discurso del amor y la identificación con el NP” (Mollo, 2021, pág. 17).

Gino tiene un proceso alucinatorio de dos momentos, en el primero “le pareció ver a pasar una persona”, este momento lo atribuye a una posibilidad de imaginación, no lo enmarca dentro de una posible certeza sino un miedo ante un evento a lo cuál no le puede atribuir explicación desde lo real sin el uso del término imaginación, en el segundo momento

menciona ver una imagen del padre junto a él, pero este proceso alucinatorio sostiene un proceso identificatorio en el cual al ver la imagen del padre “tenía la sensación de ser el mismo”, mostrando una falta en ser, era como ser él, pero no era él porque en realidad era el padre, mostrando esta demanda de otro simbólico, además de recordarle que él ya no estaba, le falta el padre. “La realidad se somete a la búsqueda del objeto del deseo, por lo tanto, la realidad al sostenerse de este modo, se alucina.” (Paulozky & Parodi, 2013).

Dentro de la histeria se plantea la manifestación sintomática de la somatización como expresión de la modalidad histérica, proceso determinado desde la conversión como resultado del fracaso de la represión y la erotización de una parte específica del cuerpo desde la no genitalidad siendo el enlace neurótico y la angustia, este proceso dentro del caso se articula desde la propia alucinación del ver al padre como síntoma conversivo, en el cual el ojo se convierte en un sistema de descarga de contenido sexual edípico. “El yo pierde su imperio sobre el órgano, y ahora pertenece a la pulsión sexual reprimida” (Freud, 1910, pág. 214)

“Las alucinaciones desde la neurosis devienen de los sentidos y en su surgimiento involucran diferentes sentidos, conservando un fuerte nexo causal con el evento traumático con los cual el sujeto se encuentra alienado” (Mullner, 2019, pág. 65). Como la representación identificatoria con el padre y su estrecha relación con la muerte desde pequeño, abrazando la angustia de la falta y la significación de la vejez desde la nueva posibilidad de muerte de su pareja, la cuál fue “vaciada” y dejó de ser el otro de su amor debido a que la representación fantasmática se hace presente ante la significación.

La histeria como estructura clínica puede abarcar a nivel de manifestación sintomática todos los trastornos de orden psiquiátrico, lo cual debido a su semejanza se lo puede categorizar erróneamente dentro los cuadros psicóticos, por eso procesos tan relevantes como las

alucinaciones no son definatorios en un diagnóstico diferencial, pero su contenido al ser estructurado por lenguaje si son un acercamiento al deseo reprimido expresado y la vivencia traumática. “La alucinación, como rasgo clínico, fue ubicada por Freud en al menos tres lugares; por orden de aparición: la histeria, los sueños, las psicosis” (Leibson, 2005, pág. 100).

Análisis de caso Lily

Hipótesis: Neurosis clásica

“Tanto histeria como obsesión son orientaciones que sirven al padre, y es la neurosis la clínica de la pregunta” (Lutereau, 2020, pág. 24). Lily asiste a consulta teniendo como principal problemática la necesidad de superar el evento traumático que sufrió en su viaje a China, el cual considera que estableció un problema de confianza en ella, respecto a que en cada momento en el que sintió seguridad descubrió un engaño de parte de Otro, al cual parecía estar sometida. “El deseo no hace más que sujetar lo que el análisis subjetiviza” (Lacan, 2009, pág. 594).

La articulación del viaje en su diálogo no mostraba una apropiación, el relato se mostraba externo a ella como si fuera una historia, por eso explicaba los procesos sin la subjetivación de la estafa que había sufrido “quiero superar lo que me pasó, pero no comprendo qué me pasó”, Lily asocia este evento decepcionante desde la primera decepción que sufrió con el padre, por el cuál hizo una escala para poder visitarlo, pero este se excusó manifestando que no tenía tiempo. “El vínculo del amor en un estado exacerbado que se buscaba establecer buscaba consumir el deseo del amor, pero existe una caída en el soporte del Yo Ideal, lo cual da paso a profundas depresiones” (Sopena, 1993, pág. 1).

“Necesita quedar insatisfecho también para conservar el goce imaginario con el padre idealizado” (Sopena, 1993, pág. 11). Esta asociación entre desconfianza por el viaje, se encuentra articulado a nivel significativo con la relación con el padre, en el cual se menciona en repetidas ocasiones que cada vez que tenía la esperanza de verlo, él no iba a visitarla, este proceso marca una repetición ante el repetir con las relaciones de pareja que tiene, y a las cuales su principal angustia es sentir que está vivenciando lo mismo que con el padre y que se

debe a la relación que tiene con él su fracaso amoroso. “La solución histérica al problema de la angustia es amar la angustia, atarse a ella en cuerpo y alma hasta volverse cosa; y ello a pesar del sufrimiento de los síntomas.” (Nasio, 1993, pág. 61).

Análisis de caso Jean Pierre

Hipótesis: Psicosis

Jean Pierre es un joven de 19 años, el cual asiste a consulta porque su principal fuente de angustia es el control que siente que su mamá tiene sobre él, debido a que la cuidadora lo sobreprotege, la relación con el padre es completamente distante, por lo tanto, la única cuidadora es la madre, dentro del sistema simbólico hay una falencia en relación a la función paterna, siendo esta angustia un resultante de posible alienación con el deseo de la madre, a través de la cual se han manifestado un conjunto de formaciones en torno a la clínica de la psicosis como delirios, alucinaciones visuales, estrés y el estado actual de consumo de sustancias. “La psicosis es una especie de fracaso del amor” (Soler, 2004, pág. 46).

Dentro de las delimitaciones clínicas de la estructura psicótica se establecen según el Manual de Psicología y Psiquiatría (Cortese, 2004, págs. 32-33) :

- Certeza
- Automatismos mentales
- Delirios: erotomanías
- Fenómenos elementales
- Fenómenos de cuerpo

En la psicosis se establece que la modalidad de manifestación corresponde a los tiempos en los que se encuentra estructurada la psicosis, esta se establece desde el estado prepsicosis, desencadenamiento y establecimiento, siendo la fase prepsicótica en la que aún se mantiene un vínculo funcional con el ambiente, siendo el momento en el que el sujeto se encuentra en el borde agujero del significante que falta, esta etapa al igual que el enganche en la psicosis

ordinaria evita la caída de la cadena significativa y en caso de una caída se permita la posibilidad de restitución imaginaria, Laurent (2018) afirmó lo siguiente:

Con la noción de psicosis ordinaria introducida por J.-A. Miller, tenemos una clínica de lo flexible. Permite observar cómo una investidura de sentido, de sentido gozado, que recae en un significante, vale como neo Nombre-del-Padre, neo-falo, y evita el cataclismo del desencadenamiento. (pág. 7)

Dentro del proceso del establecimiento del delirio y su función estabilizadora la identificación del padre se sostiene a partir de la justificación de la protección de la madre del Jean dentro de los momentos en los que es sometido por espectros paranormales, como la necesidad de mantener la alienación entre los deseos y un goce no orientado dentro de la castración, según Holguín (2018)

En el registro de lo real, podría situarse formas diversas de identificación al objeto a. Identificación con objetos parciales, tales como la voz y la mirada y aquellos objetos que vienen en su lugar, así como identificación al objeto-desecho, Pasajes al acto (marginalidad, delincuencia, la maternidad temprana); adicciones (vidas desarraigadas, a la deriva, sin puntos de referencias precisas). (2018, págs. 26-27)

Uno de los principales problemas de Jean es el consumo de drogas como pasaje al acto, en los cuales la sustancia y su abandono cumplen una función reguladora entre la relación que él sostiene con la madre, debido a que su principal demanda es que los efectos de la sustancia permite que se le olvide el estrés que le genera la demanda materna que se refleja a través del regaño, pero ante el apareamiento de una demanda exacerbada desea abandonar la sustancia como otro pasaje de huida del momento angustiante del regaño. El paciente ha logrado estructurar a partir de la certeza del tener un vínculo con lo paranormal, estructura lo que Lacan plantea fundamentalmente como fenómenos de franjas en

los que se manifiesta el síntoma de Jean del escuchar los murmullos, y cuchicheos, además de sentirse observado, rasguñado o agarrado, un orden que responde al control y el sentido de alienación que se comparte con el significante materno.

El Delirio un proceso de significación, por reducido que sea, mediante el cual el sujeto consigue elaborar y fijar una forma de goce aceptable para él” (Maleval J.-C. , 1998, págs. 68-69). El desarrollo teórico de la formación delirante y su cobertura en la angustia del sujeto seguido por la base teórica de Millas muestra la formación alucinatoria dentro de la estructura psicótica como suplencia ante la falta de la estructura clínica, cuestión fundamental que viene a colmar al sujeto ante el vacío radical, lo cual da paso al delirio, e impide que el sujeto se encuentra con el vacío radical que se confronta en el desencadenamiento, dentro del paciente Jean, las alucinaciones permiten que el sujeto pueda tener la certeza de esta relación con lo paranormal, dando expresión a la angustia ante la alienación. “Esta certeza es radical. La índole misma del objeto de su certeza puede muy bien conservar una ambigüedad perfecta, en toda la escala que va de la benevolencia a la malevolencia. Pero significa para él algo inquebrantable” (Lacan, 1955, pág. 110).

La psicosis "salva" al sujeto de pasar por la castración simbólica, de verse obligado a desalojar al goce del cuerpo, de tener que manifestarse en un discurso donde el objeto se constituye como perdido, de las barreras [al goce] que atascan a la subjetividad en la significación fálica y que hacen imposible la relación sexual. (Braunstein N. A., 2006, pág. 269)

Segunda Parte

9. Problema de estudio

Según la OMS (2022), “Una de cada 8 personas en todo el mundo padece trastornos mentales”. La pandemia por COVID-19 causó un aumento entre el 26% - 28% del desarrollo de trastornos como la ansiedad y la depresión grave en un solo año, causando así una incidencia promedio de afectación de trastornos mentales de un 25% de la población, siendo una cifra significativa del 14% dentro de todo el conjunto de patologías a nivel mundial.

En América latina, considerando también el Caribe se sostiene un promedio de un 22% de la población con enfermedades mentales, siendo la depresión el trastorno más frecuente a nivel mundial, con una recurrencia de un aproximado de 350 millones de personas, un representativo del 5% en América Latina y el Caribe, siendo Ecuador uno de los 5 países con mayores casos de depresión según la OMS.

En 2019, un aproximado de 301 millones de personas presentaron un trastorno de ansiedad, entre estos 58 millones de niños y adolescentes, afectando al 3,4% de la población de América Latina y el Caribe, teniendo manifestaciones sintomáticas tan graves que han provocado angustia o discapacidades funcionales importantes, seguido de otros trastornos como la distimia con un porcentaje aproximado de un 1,7%, el TOC con 1,4%, el pánico y psicosis no afectivas con un 1%.

“Cada 40 segundos hay un homicidio” (OMS, 2019). Una de cada 100 muertes en el mundo corresponde al suicidio, y este número se considera que puede multiplicarse por veinte veces dentro de los intentos de suicidio, lo que demuestra la presencia de por lo menos un trastorno mental, en Ecuador en los últimos 30 años se ha incrementado un porcentaje del

56% de suicidios, teniendo un promedio del 6.97% por cada 100 mil habitantes, siendo la primera causa de muerte adolescente.

A nivel mundial un 4% de la población ha manifestado síntomas psicóticos, y aproximadamente una de cada veinte personas ha tenido alucinaciones sin ningún vínculo hacia alguna sustancia, además, una de cada 300 personas tiene esquizofrenia obteniendo un resultado de 24 millones de personas, de las cuales 6 millones son de latinoamérica y en Ecuador se presenta una incidencia del 1,6% de la población, reduciendo la esperanza de vida de 10-20 años de la población en general, manteniendo una relación importante de afectación con el trastorno bipolar el cual sostiene un aproximado de 40 millones de personas diagnosticadas, con episodios depresivos alternados con episodios maníacos.

Estos trastornos mentales se encuentran diagnosticados a partir de la diversas manifestaciones sintomáticas, las cuales que corresponden a las diversas formaciones creadas por las estructuras psíquicas como la Neurosis de modalidad obsesiva e histérica, Psicosis desencadenada de modalidad esquizofrénica, paranoide, maníaca delirante o melancólica , psicosis ordinaria o estructura perversa según el enfoque psicoanalítico, “Las estructuras abarcan los diversos fenómenos psicológicos” (Fink, 2007, pág. 15)

La Neurosis es resultado de la disputa constante entre el yo y el ello, causando una perturbación enfocada hacia la represión como mecanismo de defensa ante la angustia, provocada por la demanda de las mociones pulsionales del ello, pero la represión necesita salir, mostrando así el síntoma como un mensaje del sujeto dividido por el lenguaje, siendo esta la vivencia del yo y origen de la estructura psíquica neurótica, pero al generar una realidad psíquica predominante muestra una clara similitud entre la psicosis, ya que esta

deviene de la relación entre el yo y el mundo externo, por lo tanto, la fantasía neurótica puede ser confundida con la realidad propia del sujeto a psicosis y su certeza sobre su fantasía.

“No es lo mismo la alucinación neurótica que la alucinación psicótica” (Manrique & Londoño, 2012, pág. 132) , dentro de la clínica psicoanalítica a pesar del estudio de los mecanismos fundamentales de la neurosis (Verdrangung) represión y en la psicosis (verwerfung) rechazo y (verleunung) renegación, la subjetividad muestra una relación singular sobre lo real y el goce frente a diversos factores como la castración, el saber y el retorno del sujeto, por lo tanto, dentro del discurso el paciente se puede sostener una apariencia pseudo-neurótica pero según su tiempo en análisis se muestra una estructura psicótica no desencadenada, mostrando una necesidad dentro del diagnóstico diferencial dentro de la práctica clínica actual frente a la similitud sintomática y la presencia de los fenómenos elementales. “El diagnóstico es el primer momento de la dirección a la cura.” (Peskin, 2006, pág. 255)

10. Objetivos

10.1. Objetivo General:

Elaborar un análisis diferencial del diagnóstico de neurosis y psicosis desde el enfoque psicoanalítico en el centro de salud N.4 “Julio Mata Martínez”

10.2. Objetivos específicos:

- Identificar las modalidades de manifestación sintomática en la estructura neurótica y psicótica.
- Descomponer los componentes estructurales entre las modalidades de presentación de la Neurosis y psicosis a través del análisis experiencial de casos clínicos en el centro de salud N.4 “Julio Mata Martínez”
- Desarrollar una guía de diferenciación diagnóstica entre las diversas modalidades de presentación sintomática de la estructura neurótica y psicótica.

11. Justificación

Dentro del siguiente proyecto investigativo se realizará un análisis diferencial entre las diversas modalidades de presentación de las manifestaciones sintomáticas propias de la estructura Neurótica en las modalidades Históricas y obsesivas y la estructura psicótica en las modalidades de las parafrenias, paranoia, manías y melancolías, desde un enfoque psicoanalítico, debido a que éstas abarcan la mayoría de psicopatologías más predominantes dentro de la práctica clínica actual, además de ser una de las problemáticas fundamentales dentro de la elaboración de un diagnóstico clínico.

El diagnóstico es primordial para el tratamiento de los paciente y determinante para encaminar al paciente hacia la dirección a la cura, pero a lo largo de los años se ha logrado encontrar grandes similitudes entre las estructuras neurótica y psicótica según su temporalidad y desbordada manifestación sintomática , generando gran interés social la necesidad de poder realizar un diagnóstico diferencial apropiado que permita comprender el esquema clínico neurótico y psicótico para poder realizar una psicoterapia orientada hacia la verdad inconsciente y la potencialización de la singularidad del sujeto.

El siguiente proyecto investigativo mantiene alta relevancia científica, al contemplar un problema actual dentro de la clínica psicoanalítica y el desarrollo del malestar sintomático según el aumento mundial de los síntomas y el desarrollo patologizante de cada estructura clínica, permitiendo orientar el tratamiento y el desarrollo de un sistema que permita generar un diagnóstico óptimo según los requerimientos de los pilares fundamentales de la interpretación y la psicoterapia.

12. Metodología

La metodología de la siguiente investigación sostiene un análisis sistemático de la experiencia de las prácticas clínicas realizadas en el centro de salud n.4 “Julio Mata Martínez”, a partir del cual se complementa la información a partir de un recorrido bibliográfico con tipología cualitativa, comparativo-correlacional, dentro del enfoque psicoanalítico.

12.1. Según su finalidad:

- **Bibliográfica:** La base teórica sostiene un amplio conjunto actualizado sobre la Neurosis, Psicosis y sus manifestaciones sintomáticas dentro de la práctica clínica actual desde el enfoque psicoanalítico.
- **Campo:** Recopilación y sistematización experiencial de datos obtenidos durante la práctica clínica, estudios de caso y entrevista aplicadas a pacientes.
- **Transversal:** La temporalidad en la recolección de datos es desde noviembre del año 2022 hasta marzo del año 2023.

12.2 Objetivo gnoseológico

- **Correlacional:** La investigación permite analizar La formación estructurante de la Neurosis y la Psicosis desde una mirada comparativa, a partir de la elaboración de un diagnóstico diferencial según la modalidad de la práctica clínica actual dentro del enfoque psicoanalítico, con la finalidad de realizar un esquema de diagnóstico diferencial.
- **Explicativo:** La investigación permite la descripción de la estructura neurótica y psicótica, y la descripción del progreso según la modalidad y el desencadenamiento patológico de los síntomas en sus diversas presentaciones.

12.3. Método:

- **Teórico:** Análisis investigativo según diversos referentes teóricos especializados en la practica clínica actual y el método clásico de diagnóstico entre Neurosis y Psicosis
- **Práctico:** Elaboración de entrevistas enfocadas en la recopilación de datos enfocadas a la comparación estructurante entre psicosis y neurosis, además de la sistematización experiencial de casos recibidos durante las prácticas clínicas desde noviembre del año 2022 hasta marzo del año 2023.

12.4. Técnica de la investigación:

- Entrevista
- Observación

12.5. Instrumentos de la investigación:

- Cuestionario de preguntas para la entrevista a pacientes
- Ficha recolectora de datos

13. Antecedentes

“Nada se asemeja tanto a una sintomatología neurótica que una sintomatología prepsicótica” (Lacan, 1984, pág. 273).

Freud en el texto *Neurosis y Psicosis* hace una de las primeras diferenciaciones entre las estructuras, mencionando que “La neurosis surge de un conflicto entre el ello y el yo, mientras que la psicosis es el conflicto entre el yo vs el mundo exterior” (Freud, 1924, pag. 155). Creando una base de ensamblaje entre los contenidos estructurales y las enseñanzas clínicas actuales de lo que es una psicosis, ya que mientras se mencionaba la importancia de la formación simbólica y su papel fundamental en la neurosis, dentro de la psicosis se habla de un agujero frente a la realidad exterior, “Al neurótico le falta la falta del psicótico” (Maleval J. C., 1991, pág. 23).

Dentro de la neurosis, existe una huida de la realidad a caída de la falta de herramientas de afrontamiento con la realidad, a diferencia de la psicosis que es aquella misma la que tiene el agujero que el fantasma buscará llenar con contenidos que produzcan un material frente al vacío de significación, orientada al goce fuera del sentido, “No se espera comprensión, la certeza es la forma de comprensión de lo incomprensible” (Millas, 2015, pág. 33)

Lacan menciona que la psicosis no es demencia, es locura. Pero una locura diferencial a lo que antes se consideraba Paranoia, debido a que esta terminología correspondía a todo enfermo mental grave, lo mismo que consideramos como psicosis o locura, mostrando características como la intolerancia, delirios, susceptibilidad, falta de confianza, egocentrismo, malvado, loco y enojo extremo, por esta razón se consideraban inhumanos o productos del diablo.

La clínica de Clerambault menciona “La presencia de automatismos mentales propios de la estructura psicótica, además de una escisión del Yo” (Clerambault, 1995, pág. 89).

Según la teoría de Clerambault es remarcada la importancia de la diferencias imaginativas-interpretativas del paciente y las creencias culturales significativas, las cuales influirán en sus percepciones y sensaciones, mientras Jaspers contempla la hipótesis “El delirio como un alivio ante la angustia que no puede sostenerse a medida avanza” (Monchablon & Derito, 2011, pág. 172). Idea que retomará Lacan en los aspectos fundamentales de la psicosis, según Clerambault cuando hay un delirio, la psicosis ya es vieja.

Kraepelin inició con el estudio de los delirios crónicos a los que denominó parafrenias y diferenció de las demencias, Así se asumió la postura analítica de la clínica diferencial francesa, mostrando la clasificación de las parafrenias sistemáticas, confabulatorias, expansivas y fantásticas, “Las psicosis tienen un impacto poblacional más alto de lo considerado, la diferenciación es sintomática, ya que pueden ser leves, blandos o subumbrales, creando sospechas en dimensiones inesperadas” (Alvarez, Colina, & Esteban, 2012, pág. 19). Así se crearon diversas tipologías contenidas y agrupadas en lo que llamará Locura maniaco depresiva, las cuales contienen enfermedades mentales especificadas con episodios maniacos y depresivos como la bipolaridad.

14. Marco teórico

A lo largo de los años, el diagnóstico diferencial entre las estructuras neurótica y psicótica han sido una problemática dentro de la práctica clínica, debido a la similitud en las manifestaciones sintomáticas de cada estructura según la temporalidad de las manifestaciones en el sujeto y las modalidades, entre estas, dentro de la clínica de la Neurosis se deriva la neurosis obsesiva y la neurosis histérica, y de la clínica de la psicosis se obtiene la modalidad paranoide, maniaca, esquizofrénica y melancólica, las cuales si bien varían según su función, a nivel estructurante sostienen una metáfora de formación parecida.

14.1. Neurosis

Al iniciar el estudio psicoanalítico, la neurosis fue el eje primordial de atención e investigación, trabajando con la manifestación sintomática desde una perspectiva diferente a la establecida por la psiquiatría y la psicología, estableciendo un antes y un después en la atención clínica, siendo el inconsciente la nueva herramienta introductoria al tratamiento.

Al introducir la lógica inconsciente como un sentido y área del saber del sujeto, se realizó un análisis de los actos, la palabra, sueños, el discurso, y los movimientos involuntarios musculares, configurándolos todo hacia el método de la asociación libre dirigida hacia la realidad psíquica, la cual es primordial como modalidad de atención ante los casos de neurosis.

“Las condiciones serán un factor clave e incluso decisivo, siendo el síntoma el que protege al sujeto del posible estallido de la neurosis” (Freud, 1916, pág. 77). Al fallar las defensas del yo afloran los síntomas como estrategia de resolución ante la falta de capacidad de afrontamiento, una condición que puede encontrarse incluso en las personas con

comportamiento o vida anímica normal, obteniendo como premisa que todos estamos enfermos. “La manifestación sintomática de la neurosis nace de la modalidad de satisfacción pulsional”. (Freud, 1916, pág. 326).

El mecanismo de trabajo funcional de la neurosis consta en la represión y defensa del contenido de esta, aislándose del goce ya que no tiene las posibilidades de producirlo o vivirlo, ya que su libido se dirige hacia su proceso represivo y objetos irreales, siendo el camino psicoterapéutico la resolución de aquello que el síntoma manifiesta, hasta llegar al origen de este, siendo su casuística lo que permitiría una renovación de elaboración, a partir de la transferencia como campo de trabajo.

El DSM-V no maneja dentro de sus categorías y criterios el término neurosis, debido a la alta vinculación hacia el enfoque psicoanalítico, pero la información actual crea un vínculo entre los síntomas de la neurosis clásica con los trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos, considerando también los trastornos obsesivos y estrés, además de suprimir el término histeria. “La vinculación de los trastornos, la relación entre la angustia y su etiopatogenia dentro de las especificaciones clínicas son ubicadas como resultado de la estructura funcional de la neurosis” (Cortese, 2004, pág. 82).

14.2. El síntoma

Los criterios diagnósticos corresponden a la temporalidad de aparición, frecuencia y modalidad de presentación de la manifestación sintomática, pero el síntoma no es parte de la mirada tradicional del modelo biomédico, el síntoma dentro del enfoque psicoanalítico corresponde a una articulación en la dimensión simbólica, para Miller el síntoma comprende una articulación entre un mensaje y la demanda del goce forjado según Lacan, envuelto por el

significante. “El psicoanálisis no reduce al síntoma hacia solo la cura” (Tendlarz, 1996, pág. 8).

14.3. Neurosis histérica

“La neurosis histérica tiene su estallido a partir de diversos trastornos” (Nasio, El dolor de la histeria, 1998). Dentro de la manifestación sintomática se reflejan trastornos hacia el área de la motricidad, como resultado de la proyección somática, dirigida tanto hacia perturbaciones musculares, sensoriales y de sensibilidad.

La neurosis histérica equivale a la insatisfacción, su lógica se encuentra enmarcada según el fantasma que ha construido, y esta será la base en la cual el histérico busca establecer e imponer un lazo con el otro, siendo esta la esencia de la Neurosis, pero el fantasma que se formula tiene un papel de víctima sufriente, siendo esta insatisfacción la que dirige toda la vida del sujeto de miedo, pero un miedo a la satisfacción, algo máximo que lo encamine a la locura.

El histérico intentará mostrarse que no existe un goce como aquél que está insatisfecho, por lo tanto, se crea el Otro desmesurado que mantendrá la repetición de la insatisfacción según el modelado del fantasma, siendo aquellos a los que ama los insatisfactorios una producción histerizada, siendo incluso su analista parte de esta construcción fantasmática, siendo las pesadillas y sus problemas sus defensas ante las amenazas de la satisfacción que produce el goce.

14.4. Neurosis histérica en la clínica

El rostro clínico de la histeria se puede dividir por tres importantes divisiones de exteriorizar su modalidad de establecerse hacia la realidad, la primera es un estado de

supuesta calma en donde se espera obtener del Otro una falta de respuesta que cause frustración, debido a la postura de insatisfacción, generando la posición histerizadora y para finalizar la tristeza de no saber si es hombre o mujer buscando descubrir cuando es la razón de su ser.

La manifestación sintomática se presenta como parálisis total o parcial, problemas musculares como contracturas, dolores crónicos, afonías, incapacidad de recibir estímulos visuales (ceguera), incapacidad de recibir estímulos auditivos (sordera), fallos a nivel cognitivo, desmayos constantes, insomnio, ausencias relacionadas a la disociación, amnesia, y hasta estados como seudocomas.

Al hablar de la neurosis también hablamos de un cuerpo sexuado por lo tanto, las alteraciones sexuales y la manifestación de síntomas hacia el área genital es común, entre estas, la eyaculación precoz, genitales con el sensación de adormecimiento o anestesia, impotencia sexual, sensación de asco sexual, sentido de excitación constante, frigidez e intensas inhibiciones.

14.5. Neurosis obsesiva

La Neurosis con modalidad obsesiva, establece una elaboración diferente a la planteada en la modalidad histérica, siendo el obsesivo quien convierte al Otro en su vínculo con el deseo, creando un caos a causa de esta relación que solo comprende desde la índole de lo imaginario, siendo el obsesivo aquél que destruye, anulando al Otro como deseante y situándose en su división.

Lutereau (2016) citando a Lacan menciona que la imagen clínica que se obtiene de un neurótico obsesivo en primer estado dentro de la experiencia analítica es alguien que se

presenta con miedo, inhibiciones, limitaciones, dilemas, dudas, por esta razón, el modelo de tratamiento no se orienta hacia su descripción fantasmática directamente sino el nivel de confianza que se establece a lo largo de las intervenciones.

14.6. Neurosis Obsesiva en la clínica

Las características primordiales para comprender la constitución de la dinámica funcional del neurótico obsesivo es fijar el síntoma hacia el pensamiento, siendo una señal directa la rumiación obsesiva como indicador de neurosis obsesiva, además de distinguir la forma de su deseo con el de la histeria hacia un algo imposible de alcanzar, el otro es idealizado y yo soy nada a su comparación, su goce deviene del sentimiento de deuda y culpa.

14.7. La Psicosis

La psicosis se explica como la falta de registro del nombre del padre dentro del campo simbólico del sujeto, en el cual, siguiendo la lógica de alienación y separación, al no existir un significante Ley se pierde la lógica de separación del sujeto y se constituye un sujeto alineado, por lo tanto, en el simbólico hay un agujero, ahí donde debe estar el padre “La trampa es el agujero” (Lacan, 1955, pág. 51).

Lacan reconoce que dentro de la estructura psicótica existen tres tiempos primordiales y esenciales para la comprensión de la manifestación sintomática del sujeto psicótico, estas fases se reconocen como prepsicótica, desencadenamiento y establecimiento, estas fases son las que distinguen a un estado de psicosis con la locura, ya que la estructura es la composición clínica del sujeto, mientras que la locura se describe como un momento.

La fase prepsicótica corresponde a un sujeto que se desarrolla bajo la idea de una vida normal, pero con destellos de fenómenos elementales, que suelen indicar la presencia de un posible estado patologizante, a nivel clínico se lo conoce como estado de calma, luego de esta fase se produce el desencadenamiento, el cual puede producirse a cualquier edad, este momento es el nacimiento de la manifestación sintomática a partir de la catástrofe subjetiva, en la cual el sujeto necesitará crear algo que lo permita anclarse con el mundo, la tercera fase se dirige hacia el establecimiento, el cual puede ocurrir o no, todo dependerá del tratamiento y el manejo del caso.

El desencadenamiento es la fase clave del análisis de la estructura psicótica, esta puede producirse o no, en debido a que el sintoma mantiene el regulamiento de la estructura, en caso de no desencadenarse se plantea como una psicosis ordinaria, pero cuando se desencadena se plantea como psicosis extraordinaria, la cual se explica como un encuentro entre el sujeto y lo desconocido, el Nombre del Padre que nunca se inscribió y al cual el sujeto llamará desde el agujero, generando así la catástrofe.

Ante la catástrofe del llamado a quien no puede asistir, se establece la función operativa de defensa, siendo el delirio quien venga a cubrir la falta que aqueja al sujeto, siguiendo la misma fuerza estructural con la cual se construyen los fenómenos elementales, el delirio surge ante la necesidad de darle sentido al mundo exterior con el cual se ha creado un conflicto y es el que aliviará la carga angustiante del enigma en conjunto con la certeza, por eso puede tomarse como un intento de curación, al igual que el resto de manifestaciones sintomáticas.

El delirio se comprende a partir de los significantes, mientras que los fenómenos elementales se consideran presignificantes, y a partir de su conformación se crea el delirio

como un nuevo mundo, siendo una fuente de análisis eficaz cuando mantiene organización y articulación en el campo del goce, pero la modalidad en la que se establece el delirio también lo convierte en una herramienta o vía inservible de análisis, por ejemplo, en la paranoia se construye una historia que permite la elaboración de un universo parcial. “El delirio encarna lo que le falta al Otro” Millas.

14.8. Psicosis en la clínica

Miller en 1998 clasifica tres fenómenos elementales, el automatismo mental, fenómenos del cuerpo y la certeza, el automatismo se considera como un corte del yo en el sujeto, justo en el momento en el que el sujeto conoce el enigma nace la perplejidad, la cual al ser una emergencia genera su apareamiento, creando síntomas como olvidos, elaboración de momentos falsos, comportamiento y discurso desorganizado, pérdida de pensamientos, además de la intrusión de pensamientos, palabras e imágenes, estos se dividen en grandes y pequeños.

El A.M. pequeño es considerado de carácter subclínico, pero no tiene un impacto tan alto como un A.G o triple, los cuales surgen dentro de las manifestaciones de las fuertes psicosis desencadenadas, presentándose como ideo verbales, sensoriales y sensitivas, y psicomotoras, entre los síntomas de destacan el mentismo, la Xenopatía y el sentimiento de tener el cuerpo controlado por alguien más.

Los fenómenos del cuerpo también son parte de la red significativa del sujeto, entre estos predominan la sensación de fragmentación, despedazamiento, e incluso el pensar que el cuerpo de forma completa o parcial se encuentra en estado de descomposición, “El cuerpo alberga el síntoma” (Soler, 2004).

Las modalidades de la psicosis se reconocen como la esquizofrenia, la paranoia y la melancolía, en la esquizofrenia se reconoce al cuerpo como ajeno al sujeto, en la paranoia el yo establece una historia significativa persecutoria en donde el yo corre peligro ante el otro y en la melancolía existe la pérdida del objeto amado.

La psicosis a lo largo del desarrollo diagnóstico de la práctica clínica ha mostrado mecanismos que no se encuentran distanciados de realidad, es decir, la estructura psicótica estaba enmarcada incluso como una leve posibilidad de aparición, pero en la actualidad reconocemos a la estructura psicótica como una realidad generadora de la demanda de un saber hacer por parte del sistema de salud.

14.9. Diferenciación diagnóstica

Debido a que tanto la Neurosis como la Psicosis mantienen manifestaciones sintomáticas con gran parecido a nivel constitutivo, se realiza un estudio dentro de la lógica de la dinámica funcional de las manifestaciones sintomáticas, buscando hacer una diferenciación diagnóstica a partir del análisis de las estructuras clínicas.

“Encontrar una singularidad estructural es un problema fundamental que no se sostienen en otras áreas clínicas” (Velásquez, 2013). La búsqueda del establecimiento de límites entre una estructura y otra han generado la exigencia de análisis sobre todo en los casos que sostienen síntomas con apariencia estructural similar.

“Para realizar un encaminar diagnóstico se debe evaluar la dinámica en relación a la realidad y el ello” (Freud, 1924, p.193). Dentro del establecimiento de un marco diferencial entre las estructuras, la posición neurótica busca el sometimiento del yo hacia la parte real que

lo aqueja a partir del sofocamiento de su parte primitiva, creando una necesidad de evitación al gozar de la desvinculación con el camino pulsional del ello, mientras que la estructura psicótica existe una sobreestima del ello, creando una separación con el mundo real que no comprende.

La psicosis y la neurosis se muestran como análogos en relación a la función de formación de la estructura, una se reprime del ello y la otra lo adopta como toda posición subjetiva, ambas desplazando al yo, por esta razón el analista se guía a partir de su modalidad del goce y aquello en lo cual la certeza hace su efecto, el síntoma dentro de su singularidad y su discurso, ya que estas son las soluciones ante el vacío que se ha generado a causa de la catástrofe subjetiva.

15. Marco hipotético

1. ¿Cómo se pueden delimitar las manifestaciones sintomáticas de la estructura Neurótica y Psicótica?
2. ¿De qué forma las manifestaciones sintomáticas similares establecen una lógica diferencial entre las estructuras neuróticas y psicóticas?
3. ¿Cuáles son los parámetros necesarios para establecer un diagnóstico diferencial entre la estructura Neurótica y Psicótica?

16. Cronograma de actividades

MESES

ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	x	x	x						
2.- ATENCIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	x	x	x		x	x	X	x	x
3.- ENTREVISTA A PACIENTES		x	x						
4.- EVALUACIÓN DE MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS			x		x	x	X	x	x
5.- ANÁLISIS DE SÍNTOMAS Y SIGNOS OBSERVADOS			x		x	x	X	x	x
6.- ANÁLISIS DE CASOS DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO			x		x	x	X	x	x

17. Matriz de presupuestos

PRESUPUESTO

<i>Articulo</i>	Cantidad	Precio	Total
<i>Transporte</i>	10	5	50
<i>Impresiones</i>	12	6	72
		Total	122

18. Referencias bibliográficas

- Alvarez, J., Colina, F., & Esteban, R. (2012). *La locura maniaco depresiva: Emil Kraepelin*. Madrid: Alienistas de Pisuerga.
- Braunstein, N. (2006). *El goce, un concepto lacaniano*. Buenos Aires: XXI.
- Braunstein, N. (2006). *El goce, Un concepto lacaniano*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braunstein, N. A. (2006). @-dicción del goce. En N. A. Braunstein, *El goce* (págs. 217-288). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Clerambault, G. (1995). *Automatismo Mental Paranoia*. Buenos Aires: Polemos.
- Clérambault, G. G. (2009). *Automatismo Mental: Paranoia*. Buenos Aires: editorial Polemos .
- Cortese, E. (2004). *Manual de psicopatología y psiquiatría*. Buenos Aires: Nobuko.
- Derito, M., & Monchablon, A. (2011). *La Psicosis*. Buenos Aires: Inter-Médica S.A.I.C.I.
- Expósito, D., & González, J. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. *Gaceta Médica espirituaana*.
- Fink, B. (2007). *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Freud, S. (1910). *Tomo XI: Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). *Tomo XVI: Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *El yo y el ello y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1932). *Tomo XXII: Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*.

Buenos Aires: Amorrortu.

García, L. (2020). El diagnóstico en psicoanálisis como una condición necesaria para la dirección de la cura: articulación teórico-clínica. *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en psicología*, 299-303.

Holguín, C. (2018). Los signos discretos de la psicosis ordinaria: una manera de escribir lo real. *Papers 777*, 25-27.

Jacques, L. (1958). *Seminario 5, Las formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.

Jacques, L. (1960). *Seminario VIII: La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1955). *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1964). *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1984). *Las psicosis: seminario 3*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2009). *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Leibson, L. (2005). Alucinaciones en la histeria y la psicosis. *XII Jornadas de investigación y primer encuentro de investigadores en psicología del Mercosur*, 100-102.

Lurent, D. (2018). Las nuevas normas y lo ordinario de la psicosis. *Papers 777*, 6-8.

Lutereau, L. (2016). Clínica de la neurosis obsesiva. Posición subjetiva y dirección de la cura. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 71-78.

Lutereau, L. (2020). *Histeria y obsesión: Introducción a la clínica de las neurosis*. Buenos Aires: Letra viva.

- Maleval, J. C. (1991). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Maleval, J.-C. (1998). *Lógica del delirio*. España: Ediciones del Serbal.
- Manrique, D., & Londoño, P. (2012). De la Diferencia en los Mecanismos estructurales de la Neurosis, la psicosis y la perversión. *Revista de Psicología GEPU*, 127-147.
- Millas, D. (2015). *El psicoanálisis pensado desde la psicosis*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Miller, J. (1998). *La transferencia negativa*. Madrid: Tres Haches.
- Mollo, J. P. (2021). *Histerias masculinas*. Buenos Aires: Paidós.
- Monchablon, A., & Derito, M. (2011). *La psicosis*. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Neiva: Universidad surcolombiana.
- Mullner, R. (2019). La alucinación en la obra de Freud. *Revista de psicología*, 65.
- Nasio, J. (1991). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidos .
- Nasio, J. (1993). *El Dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (1998). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidos.
- Paulozky, M., & Parodi, P. (2013). Alucinación en locuras histéricas. *Revista Borromeo*, 821.
- Peskin, L. (2006). El diagnóstico psicoanalítico. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 244-266.
- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciaAmérica*, 1-5.
- Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill.

Sánchez, M. (2014). Algunas consideraciones sobre el diagnóstico en la clínica psicoanalítica.

Acheronta, 99-103.

Senderey, D. (2015). *Actualidad de la histeria* . Obtenido de Escuela de orientación lacaniana. Lazos digitales.

Sierra, J. C., & Ortega, V. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 10-59.

Soler, C. (2004). *El inconciente a cielo abierto de la psicosis*. Buenos Aires: JVE ediciones.

Sopena, C. (1993). Comentarios acerca de la histeria. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 7-8.

Tendlarz, S. E. (1996). *Estudios sobre el síntoma*. Buenos Aires: Ediciones signo.

Urzola, A. (2020). Métodos inductivos, deductivo y teoría de la pedagogía crítica. *Petroglifos. Revista crítica Transdisciplinar* , 36-42.

Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama, J., & Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Revista de facultad de medicina humana*, 179-185.

Velásquez, J. (11 de Julio de 2013). *Las nuevas formas de la psicosis*. Obtenido de Nueva escuela lacaniana: <http://nel-medellin.org/las-nuevas-formas-de-las-psicosis/>

19. Anexos

Tema	Autor	Fecha	Link
1. <i>La locura maniaco depresiva: Emil Kraepelin</i>	Alvarez, J., Colina, F., & Esteban, R.	2012	https://libgen.is/book/index.php?md5=392BE0B552C5C37052A7B29FB924BAD3
2. <i>Automatismo Mental: Paranoia.</i>	Clérambault, G. G.	2009	https://docer.com.ar/doc/sc8v8x8
3. La Psicosis: Esquizofrenias sistemáticas- parafrenias/delirios crónicos	Derito, M., & Monchablon, A.	2011	Derito, M., & Monchablon, A. (2011). <i>La Psicosis</i> . Buenos Aires: Inter-Médica S.A.I.C.I.
4. <i>El yo y el ello y otras obras.</i>	Freud, S.	1924	Freud, S. (1924). <i>El yo y el ello y otras obras</i> . Buenos Aires: Amorrortu editores.
5. <i>Las psicosis: seminario 3</i>	Lacan, J.	1984	Lacan, J. (1984). <i>Las psicosis: seminario 3</i> . Buenos Aires: Paidós.
6. <i>El psicoanálisis pensado desde la psicosis.</i>	Millas, D.	2015	Millas, D. (2015). <i>El psicoanálisis pensado desde la psicosis</i> . Buenos Aires: Grama ediciones.

7. La psicosis ordinaria	Jacques Alain Miller	1999	https://docer.com.ar/doc/x8nn8n8
8. <i>El diagnóstico psicoanalítico</i>	Peskin, L.	2006	http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/759
9. De la diferencia en los mecanismos estructurales de la Neurosis, la Psicosis y la Perversión	Manrique, D., & Londoño, P.	2012	<i>Revista de Psicología GEPU</i> , 127-147
10. <i>Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano.</i>	Fink, B.	2007	Fink, B. (2007). <i>Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano</i> . Gedisa, S.A.
11. ¿NEUROSIS OBSESIVA O PSICOSIS ORDINARIA?	Nora Carbone, Gastón Piazzese, Selva Hurtado Atienza, Julieta Renard, Milagros	2019	CLÍNICA DIFERENCIAL DE UN “PENSAR DE MÁS” https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/9691

	Capponi, Mariana Bolaños, Brenda Ruscitti y Emilia Paladino		
12. NEUROSIS Y PSICOSIS. Mecanismos definitorios y vinculaciones con la realidad.	Vera, G., Valencia, M.	2010	https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/9662
13. Diagnóstico diferencial ¿neurosis o psicosis? lectura de un caso del Hospital Braulio Moyano.	Martínez, A.	2011	Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-052/228
14. De la Diferencia en los Mecanismos Estructurales de la Neurosis, la	Manrique- Castaño, D., & Londoño- Salazar, P.	2012	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982369

Psicosis y la Perversión			
15. Tomo XII: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)	Freud, S.	1913	http://bibliopsi.org/docs/freud/12%20-%20Tomo%20XII.pdf
16. La negación: Su utilidad para el diagnóstico diferencial entre Neurosis y Psicosis	Dupont, E.	2003	https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-negacion-su-utilidad-para-el-diagnostico-diferencial-entre-neurosis-y-psicosis/3823#:~:text=El%20neur%C3%B3tico%20organiza%20el%20mundo,lo%20Real%2C%20no%20puede%20metaforizarlo.
17. ABORDAJE TEÓRICO Y CLÍNICO DE LA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA DESDE UNA PERSPECTIVA ANALÍTICA	Fernández, C.	2012	http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/PsicosismaniacodepresivaFernandezJaimes.pdf

FREUDIANA Y LACANIANA			
18. 8 presentaciones de enfermos en Sainte-Anne	Lacan, J.	1976	https://libgen.is/book/index.php?md5=1D10FD8E509977AE9384BE63D172FDB8
19. Introduccion A Una Clinica Diferencial De La Psicosis	Contardo, C.	2020	https://libgen.is/book/index.php?md5=DFA7383A0027101EA3C6F5D23194DBD9
20. Diagnóstico Psicosis: Conversaciones Siso-Villacín 2005	Alvarez, J. ., Ramon, E.	2006	https://libgen.is/book/index.php?md5=782059EB60FB3ADBE3C9364250C36F52
21. La transferencia en la psicosis	Pommier, G.	1997	https://libgen.is/book/index.php?md5=8880CEC7B9ABB44336903A120CBAEA90
22. El inconsciente a cielo abierto de la psicosis	Soler, C.	2004	https://libgen.is/book/index.php?md5=EFFC801AD01DE492D71F622128D6F546A
23. Los más famosos casos de psicosis	Nasio, J.	2000	https://libgen.is/book/index.php?md5=0112E6B32C936B43BFFF3274B1652922
24. Seminario 10 La Angustia	Lacan, J.	1963	https://docer.com.ar/doc/x18n58

25. Seminario 23 El Sinthome	Lacan, J.	1976	Seminario 23 El Sinthome
26. Clínica psicoanalítica	Dor, J.	1944	https://libgen.is/book/index.php?md5=A1B5A9A1B52BE1E1071C77C128D6E068- versión en inglés
27. Locuras Histéricas y Psicosis disociativas	Maleval, J.C.	1981	Locuras Histéricas y Psicosis disociativas, Paidós
28. Manual de psicopatología y psiquiatría	Cortese, E.	2004	https://libgen.is/book/index.php?md5=1A4E49B4F367C93C6A76D3FCD510E0FF
29. Estudios sobre el síntoma	Tendlarz, S.	2007	https://libgen.is/book/index.php?md5=1A4E49B4F367C93C6A76D3FCD510E0FF
30. La lógica del delirio	Maleval, J.	1998	Jean-Claude Maleval: Lógica del delirio
31. El dolor de la histeria	Nasio J.D.	1998	El dolor de la histeria-Nasio
32. Paternaire-Síntoma	Miller J.A.	2008	Paternaire-Síntoma 1ª ed. Buenos Aires: Paidós ISBN 978-950-12-8857-5

