

Estados del síntoma en un tratamiento hospitalario.

González, María Magdalena, Tamarro, María Soledad, Troilo, Marina, Etcheberrigaray, Soledad Cecilia y Fernández Garbin, Nicolás Ezequiel.

Cita:

González, María Magdalena, Tamarro, María Soledad, Troilo, Marina, Etcheberrigaray, Soledad Cecilia y Fernández Garbin, Nicolás Ezequiel (2017). *Estados del síntoma en un tratamiento hospitalario*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación y XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, (1), 107-110.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/art.cong/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pt4d/VNt>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESTADOS DEL SÍNTOMA EN UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO

González, María Magdalena; Tammaro, María Soledad; Troilo, Marina; Etcheberrigaray, Soledad Cecilia; Fernandez Garbin, Nicolas Ezequiel
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero. Argentina

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es exponer los lineamientos principales de la investigación que llevamos a cabo en el marco de nuestra práctica clínica hospitalaria. La investigación se denomina: "Estados del síntoma en un tratamiento hospitalario", y se enmarca en la dinámica de trabajo de Consultorios Externos de Salud Mental del Hospital Piñero. El diseño es exploratorio-descriptivo y se trata de un estudio de casos retrospectivo sobre una muestra de 150 pacientes. Se presentarán los lineamientos principales de la investigación, haciendo especial hincapié en el concepto de "síntoma". Para ello, se tomarán los desarrollos de S. Freud y J. Lacan, así como los aportes de otros psicoanalistas, en tanto constituyen el marco teórico de la investigación. Hacia el final del artículo, se plantean algunas líneas de discusión sobre el nudo que circunscribe el estudio: la articulación entre práctica hospitalaria y psicoanálisis.

Palabras clave

Síntoma, Hospital, Psicoanálisis, Tratamiento

ABSTRACT

STATES OF SYMPTOM IN A HOSPITAL TREATMENT

The purpose of this article is to expound the main basis of the investigation that we are carrying out based on our clinical practice in a hospital. The investigation is called: "States of symptom in a hospital treatment" and it is defined by the work experience at Mental Health Service in Piñero Hospital. The type of design is exploratory descriptive and it is a retrospective study of cases based on a sample of 150 patients. This article presents the main basis of the investigation, emphasizing in particular the concept of "symptom". According to this, the conceptualization of S. Freud and J. Lacan is taken into account, as well as the contributions of other psychoanalysts, as they represent the theoretical framework of the investigation. In the end of the article, several lines of discussion are presented which concern to the central topic that circumscribes the study: the relation between the clinical practice in a hospital and psychoanalysis.

Key words

Symptom, Hospital, Psychoanalysis, Treatment

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se exponen los lineamientos principales de la investigación que llevamos a cabo en el marco de nuestra práctica clínica hospitalaria. La investigación se denomina: "*Estados del síntoma en un tratamiento hospitalario*", y se enmarca en la

dinámica de trabajo de Consultorios Externos de Salud Mental del Hospital Piñero. Para lo cual, en primer lugar, haremos una breve reseña sobre el hospital y el servicio.

El Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero pertenece al sistema público de la Ciudad de Buenos Aires. El Servicio de Salud Mental se halla organizado en varios dispositivos de atención: consultorios externos, sala de internación, equipo interdisciplinario de salud mental correspondiente a la guardia externa y equipos de salud mental que se desempeñan en los centros de salud del área programática.

El área de Consultorios Externos posee una extensa trayectoria de trabajo; el plantel interdisciplinario de profesionales integra diferentes equipos de trabajo que brindan tratamiento ambulatorio, a partir de una consideración singular del padecimiento subjetivo.

La vía de ingreso para solicitar tratamiento ambulatorio es a través del dispositivo institucional llamado "Consulta", que funciona semanalmente. Los profesionales que integran dicho equipo reciben las consultas de primera vez y realizan, por medio de una entrevista, un diagnóstico situacional y clínico con la finalidad de orientar el proceso terapéutico.

Teniendo en cuenta los recursos disponibles en el servicio, en el hospital y en el sistema de salud en relación al motivo de consulta que se logra formalizar durante la entrevista, se plantea la estrategia terapéutica que se considera más adecuada. En caso de decidir un tratamiento ambulatorio en el servicio, se realiza la derivación correspondiente a los distintos equipos que conforman los consultorios externos.

De este modo, el Servicio propone tres instancias para aquél que solicita un tratamiento ambulatorio:

- 1) La consulta al servicio de Salud Mental
- 2) La admisión al equipo
- 3) El inicio del tratamiento

El planteo de estas tres instancias nos ha suscitado interrogantes sobre los comienzos de un tratamiento en el ámbito institucional. Nos preguntamos, en principio, sobre la lógica que articula estas instancias. Ello nos conduce a pensar si es posible situar efectos del pasaje por estas instancias institucionales, y si los hubiera con qué se relacionan los mismos.

A partir de la formulación de estos interrogantes, del atravesamiento institucional y de nuestra orientación desde el psicoanálisis, planteamos la actual investigación.

A continuación, se presentan los lineamientos principales de la misma, haciendo especial hincapié en el concepto de "síntoma". Para ello, se tomarán los desarrollos de S. Freud y J. Lacan, así como

los aportes de otros psicoanalistas, en tanto constituyen el marco teórico de la investigación. Hacia el final del artículo, se plantean algunas líneas de discusión sobre el nudo que atraviesa el estudio: la articulación entre práctica hospitalaria y psicoanálisis.

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Sostenemos como hipótesis que es posible encontrar diferencias en el estado del síntoma en las instancias descritas en la introducción, y el objetivo general es ubicar los mismos, a partir de los dichos del paciente. Para esto establecemos como recorte metodológico todo tratamiento de hasta un año de duración, incluyendo aquellos finalizados o interrumpidos dentro de ese plazo. Los objetivos específicos son:

- Situar los modos en los que el paciente nombra su padecimiento en la consulta, la admisión al equipo y al cabo de un año de tratamiento
- Definir y describir los distintos estados del síntoma
- Diferenciar motivo de consulta de síntoma
- Diferenciar síntoma para la psiquiatría y el psicoanálisis

El tipo de diseño es exploratorio-descriptivo. La muestra total está conformada por 150 pacientes (adultos, entre 21 y 60 años). En función del problema circunscripto y el marco teórico desde el cual trabajamos, se realizará un análisis cualitativo de los datos obtenidos en la investigación, a partir de un estudio de casos retrospectivo.

El instrumento de evaluación son protocolos confeccionados para las distintas instancias de atención y las historias clínicas de aquellos pacientes incluidos en la muestra.

BREVE RESEÑA DEL CONCEPTO DE SÍNTOMA EN LA OBRA DE S. FREUD

Si bien el concepto de síntoma está presente en la totalidad de la obra de Freud, no siempre aparece de la misma manera y es posible distinguir tres momentos en los que dicho concepto se asocia a diferentes cuestiones. Así, en los primeros textos aparece ligado al trauma efectivamente acontecido. En “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” de 1893, Freud y Breuer señalan que los síntomas histéricos “atañen a traumas psíquicos que no se tramitaron por vía de abreacción ni por un trabajo asociativo del pensar” (1893, p. 40). En este primer momento de su obra, Freud se refiere al síntoma como una formación de compromiso que surge del conflicto entre representaciones reprimidas y representaciones represoras. Asimismo, ya en los primeros historiales clínicos, ubica un nexo simbólico entre el síntoma histérico y la vida anímica del paciente.

En un segundo momento, que se puede situar entre 1900 y 1920, el síntoma está relacionado con las fantasías y la realidad psíquica. El nexo entre el primer y el segundo momento, puede vislumbrarse tempranamente en las cartas a Fliess. Así, en la “Carta 59” de 1896 Freud escribe: “El chiste que se me ha escapado en la resolución de la histeria consiste en el descubrimiento de una nueva fuente, de la que deriva un elemento nuevo de la producción inconsciente. Me refiero a las fantasías histéricas...”. (1896, p. 285) Asimismo, en la “Carta 61” de 1897, dice: “Todo desemboca en la reproducción de escenas; unas se obtienen de manera directa y las otras siempre a través de fantasías interpuestas” (1897a, p. 288). En la “Carta 69”

de 1897, Freud anuncia a Fliess, por primera vez, sus dudas acerca de la teoría de la etiología traumática de la neurosis. Entre otros motivos, indica la inesperada frecuencia de la histeria, “cuando es poco probable que la perversión contra niños esté difundida hasta ese punto” (1897b, p. 301).

Sin embargo, pasan unos años hasta que esto mismo aparece publicado en sus escritos. En primer lugar, en una nota a pie de página en “La interpretación de los sueños”, Freud compara lo que hacen los artistas con lo que hacen los histéricos:

...junto a lo que realmente les ocurrió, se crean inconscientemente en su fantasía unos sucesos atroces o disolutos, contruidos sobre el más inocente y trivial material de vivencias. Y de estas fantasías dependen los síntomas, no de los recuerdos de los hechos reales... (1900, p. 231)

Y vuelve a formularlo, pero de forma mucho más explícita, en “Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis” de 1906, diciendo que entre los síntomas y las impresiones infantiles se intercalan las fantasías.

En este segundo momento de la obra de Freud, uno de los textos más relevantes en relación a las fantasías es “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” de 1908. En él, Freud se ocupa de explicitar los diferentes nexos entre las fantasías histéricas y los síntomas neuróticos, y nos dice que dicho nexo no es simple sino múltiple y complejo.

Finalmente, en las “Conferencias de introducción al psicoanálisis” señala que el síntoma comporta una satisfacción sustitutiva por medio de las fantasías y que éstas “...poseen realidad psíquica, por oposición a una realidad material, y poco a poco aprendemos a comprender que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva” (1916, p. 336).

Con respecto al último período de la obra de Freud, el concepto de síntoma aparece en relación con aquello que se ubica más allá del principio de placer. El nexo entre el segundo y el tercer momento estará dado por su conceptualización de la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición.

EL SÍNTOMA EN LA OBRA DE J. LACAN: METÁFORA Y GOCE

Lacan a lo largo de su enseñanza va delimitando y estableciendo diversas formas de definir el síntoma. A los fines de la investigación que realizamos, tomamos como referencia algunas conceptualizaciones del *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* y el *Seminario 10: La angustia*.

En el *Seminario 5* Lacan define al síntoma como aquello que es analizable, y lo articula a otras formaciones del inconsciente en tanto ubica que es posible leer allí las leyes del significante (metáfora y metonimia). De este modo prevalece la vertiente del síntoma como metáfora, es decir, como significado enigmático que se presenta de manera intrusiva e insistente en la vida de un sujeto como fuente de displacer.

En el *Seminario* mencionado, refiere que el síntoma se presenta bajo una máscara, bajo una forma paradójica, quedando vinculado al deseo inconsciente: “¿Qué es lo que puso de relieve el descubrimiento freudiano en su punto de partida? El deseo. Lo que Freud descubre esencialmente, lo que aprehende en los síntomas (...) es siempre un deseo” (1957-58, p.328). Al situarlo como máscara La-

can remite a la ambigüedad en su modo de presentación, en tanto el deseo se presenta como un enigma y el síntoma es su máscara, su revestimiento. El deseo inconsciente como tal está reprimido y sólo puede acceder a la conciencia de manera desfigurada, por lo tanto el síntoma se constituye así en metáfora del deseo inconsciente, pasible de ser interpretado.

Es importante destacar que a partir del giro que introduce Lacan en su enseñanza con la construcción del objeto a en el Seminario sobre la angustia y su prosecución en el seminario siguiente, dedicado a delimitar y trabajar los conceptos fundamentales del psicoanálisis, se producen consecuencias clínicas a nivel de la noción de síntoma.

En este sentido afirma que: "... lo que el análisis descubre en el síntoma es que el síntoma no es llamada al Otro, no es lo que muestra al Otro. El síntoma, en su naturaleza, es goce (...) se basta a sí mismo" (1962/63, p.139). En este punto Lacan nos indica la relación que establece entre el goce y el displacer, en tanto lo ubica una vez atravesada la barrera del bien, la cual refiere al principio de placer. Es a raíz de estas consideraciones que plantea que el primer paso del análisis es la constitución del síntoma en su forma clásica porque no hay modo, dice Lacan, de "atrapar al síntoma por las orejas", ubicando que la oreja en cuestión es lo no asimilado del síntoma por el sujeto.

Para que un síntoma pueda ser llamado como tal, es necesario que quede constituido en la medida en que el sujeto se percata de él, como así también es necesario que pase del enigma a considerar que hay una causa para eso que le ocurre. Sólo por esa vía "se rompe la implicación del sujeto en su conducta y esta ruptura es la complementación necesaria para que el síntoma sea abordable por nosotros" (1962/63, p. 303).

Parte de la dirección de la cura deberá considerar que en el síntoma hay una satisfacción cuyo carácter es problemático, en tanto es "una satisfacción al revés" (Lacan, 1958, p. 328), aludiendo de esta manera a considerar la satisfacción del síntoma como algo que no es percibido por el sujeto como tal.

ESTADOS DEL SÍNTOMA: EL DECIR EN LA CLÍNICA

Habiendo expuesto las referencias sobre el concepto de síntoma en Freud y Lacan, pasaremos a situar qué se entiende por "estados del síntoma" en el marco de la investigación.

Una de las acepciones del término "estado" según la Real Academia Española establece lo siguiente: "situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar". Esta definición entrecruza la dimensión sincrónica y diacrónica, y alude a ciertas modificaciones que tienen lugar a lo largo del tiempo. La dimensión temporal es crucial para la investigación pero es necesario aclarar que el término "estado" adquiere en esta investigación una connotación lógica -y no cronológica o estática- aplicable tanto en el campo de las neurosis como en el de las psicosis.

En el caso de las neurosis, se tratará de situar la posición que toma aquel que enuncia respecto de sus dichos.

J-A. Miller en *Introducción al método psicoanalítico* propone diferenciar tres niveles en la experiencia analítica que denomina: evaluación clínica, localización subjetiva e introducción al inconsciente.

Afirma que situar al sujeto implica un movimiento que, partiendo de los dichos, apunta al decir: "ir de los hechos a los dichos no es suficiente. Es esencial un segundo paso (...) cuestionar la posición que toma aquél que habla con relación a sus propios dichos" (Miller, 1997, p.39). Destaca que hay modulaciones del dicho, modalizaciones, que indican en el dicho la posición que el sujeto asume ante él. Miller toma la referencia de Lacan quien, en "La dirección de la cura y los principios de su poder", refiere a "la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real" y explica que se tratará de introducir al paciente en una primera localización de su posición con relación a su dicho, en tanto sólo podemos aproximarnos a lo real a través del dicho.

En relación a las psicosis, Leibson y Lutzky sostienen que el tratamiento comparte "un suelo común de experiencia" con la neurosis. En el libro *Maldecir las psicosis*, entienden las estructuras clínicas como "modos de decir", poniendo de relieve que la novedad que introduce el psicoanálisis es la de considerar que en el delirio hay algo para escuchar. "Hablamos de una estructura subjetiva particular, donde estructura implica las determinaciones significantes de un sujeto que se constituye como efecto de un decir que (...) se revela en transferencia, en lo que se desprende de un diálogo singular" (Leibson y Lutzky, 2013, p. 7).

Tomando los fenómenos elementales, Leibson precisa que "Para el psicoanálisis no se trata de dialogar con la certeza sino de hacerla entrar en la conversación (...) a partir de sus retoños" (2013, p. 69). En este sentido, Lutzky plantea que se produce un cambio en la economía del neologismo cuando se despliega, en tanto a partir de dicho despliegue se puede reencadenar aquella significación inefable propia de la psicosis.

Si consideramos la posibilidad de un tratamiento en la psicosis, es importante destacar la particularidad de la posición del analista que Lacan (1955/56) llama "*secretario del alienado*", haciendo referencia a la función que tiene para el psicótico registrar *eso* que le habla.

Siguiendo a Lacan, Leibson precisa que en el trabajo con el psicótico el analista puede ser un compañero que le brinde alguna diferencia, en tanto:

puede acompañarlo en su tarea de interpretar aquello que lo habla (...) en el sentido más bien musical (también teatral) de hacer resonar eso, de encontrar otro modo de ponerlo en escena. Sin objetar que el Otro está ahí y le habla, se puede interrogar aquello que el sujeto dice escuchar, lo que implica el fraseo, la puntuación, la entonación, los matices. En definitiva, en poner en juego una dimensión *-dit-mansion-* que en principio está elidida y que es la enunciación. Una manera de hacer resonar lo supuestamente holofrónico, de incorporar la enunciación, de darle un cuerpo al decir. (2013, p. 71)

En consonancia con lo desarrollado anteriormente sostenemos que es posible un trabajo analítico con la psicosis. El lenguaje afecta al cuerpo, trastornándolo y haciéndolo soporte de un texto que puede tomar las formas más extrañas.

Se trata, tanto en las neurosis como en las psicosis, de modos de hacer con la falta fundamental.

DISCUSIÓN

Llevar a cabo la práctica clínica en el marco de un hospital público general implica una serie de cuestiones, entre las cuales cabe destacar el trabajo junto a otras disciplinas. Orientar la práctica desde la perspectiva psicoanalítica conlleva una serie de encuentros y desencuentros con los discursos presentes en la institución hospitalaria.

Tal como hemos expuesto en la introducción del presente trabajo, la investigación surge a partir de los interrogantes suscitados por la práctica clínica que llevamos adelante en el hospital. Dichos interrogantes se vinculan con los inicios de un tratamiento ambulatorio, tal como se plantea desde el servicio en el cual trabajamos.

La posibilidad de un tratamiento en los servicios de salud es un acontecimiento que ha sido analizado en vastos trabajos, siendo la accesibilidad el concepto clave de los mismos (Departamento de Epidemiología 2015, OPS 2011). Pensar la misma de una manera integral nos exige considerar la relación existente entre los servicios y la población. La creciente demanda en salud mental sumada a una oferta estancada, que no siempre puede responder al ritmo de la misma, requiere la conformación de espacios donde ese pedido pueda ser encauzado, teniendo en cuenta tanto las condiciones institucionales y lo particular de cada dispositivo, como lo propio de cada sujeto.

Es por ello que desde nuestro servicio se plantea una dinámica de trabajo que, en función de los recursos institucionales, no desconoce el padecimiento singular intentando articular ambas variables.

Si bien sostenemos como hipótesis de la investigación que es posible encontrar diferencias en el estado del síntoma al momento de la consulta, al momento de la admisión y al cabo de un año de tratamiento, ello no significa ni pretende formular estándares en los tratamientos.

A lo largo de su enseñanza, Lacan ha enfatizado su crítica en relación al uso de reglas universales en tanto excluyen la dimensión de la singularidad. Sin embargo, las instituciones se rigen por normas que atraviesan la práctica de los profesionales. Un ejemplo de ello es el límite de tiempo para los tratamientos (con mayor o menor flexibilidad de acuerdo a la institución) y por ende, la necesidad de acortar la duración de las terapias. Podemos decir que esta norma constituye un universal que entra en tensión con la ética del psicoanálisis que se sostiene en la singularidad del caso.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la investigación no se propone definir objetivos terapéuticos en función de la duración de los tratamientos, sino pensar la lógica temporal en juego en el pasaje de una instancia institucional a otra, la cual considera la singularidad del caso por caso y las características del servicio.

En relación a los resultados que la investigación nos proporcione y considerando la tensión entre “universal - particular - singular” que se pone en juego en el escenario hospitalario, resulta pertinente ubicar que la importancia de la investigación radica en la posibilidad de formalizar los inicios como una vía para pensar los finales de tratamiento.

No se trata de hacer un uso meramente administrativo o burocrático de los tiempos institucionales sino de pensar cómo imbricar las normas que nos atraviesan como profesionales de un hospital público con la lógica del caso y los principios psicoanalíticos, sancionando a partir de ello un momento de concluir, el cierre de un ciclo en el caso por caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Breuer, J. y Freud, S. (1893). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas*, tomo II. Buenos Aires: Amorrortu. 2007.
- Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015). Análisis de la Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>
- Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.es/>
- Freud, S. (1896). Carta 59. En *Obras Completas*, tomo I (p. 285). Buenos Aires: Amorrortu. 2006.
- Freud, S. (1897). Carta 61. En *Obras Completas*, tomo I (pp. 288-289). Buenos Aires: Amorrortu. 2006.
- Freud, S. (1987). Carta 69. En *Obras Completas*, tomo I (pp. 301-302). Buenos Aires: Amorrortu. 2006.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*, tomo IV y V. Buenos Aires: Amorrortu. 2007.
- Freud, S. (1906). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas*, tomo VII (pp. 259-271). Buenos Aires: Amorrortu. 2007.
- Freud, S. (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En *Obras Completas*, tomo IX (pp. 137-147). Buenos Aires: Amorrortu. 2006.
- Freud, S. (1915-16). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas*, tomo XV y XVI. Buenos Aires: Amorrortu. 2007.
- Lacan, J. (1955). Variantes de la cura-tipo. En *Escritos 1* (pp. 311-346). Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 2010.
- Lacan, J. (1955/56). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3: las psicosis. Buenos Aires: Paidós. 2007.
- Lacan, J. (1957/58). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5: las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós. 2010.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2* (pp. 559-615). Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2010.
- Lacan, J. (1962/63). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10: la angustia. Buenos Aires: Paidós. 2011.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Leibson, L. y Lutzky, J. (2013). *Maldecir la psicosis: transferencia, cuerpo, significante*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Miller, J.-A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>