

## El síntoma

The symptom

Castro Añazco Juan Fernando<sup>1</sup>

### RESUMEN

El síntoma entendido por alteraciones subjetivas percibidas por las personas ha sido desarrollado desde los años 50 por los psiquiatras y en los años 70 por psicólogos clínicos. Una sinopsis completa de esta alteración se resume en el libro de Süllwold y Huber, desde 1974. Los síntomas son alteraciones subclínicas sutiles y subjetivamente experimentadas en el impulso, el afecto, el pensamiento, el habla, la percepción (corporal), la acción motora, las funciones vegetativas centrales y la tolerancia al estrés. Por definición, los síntomas son diferentes de lo que se considera el ser mental "normal" de uno. Al ser subjetivos, siguen siendo predominantemente privados y aparentes solo para la persona afectada, y raramente son observables. Los síntomas básicos difieren de los síntomas negativos tal como se los entiende actualmente, es decir, como déficit funcionales observables por otros. La percepción de que algo está mal con el pensamiento de uno está presente; sin embargo, algunas experiencias pueden ser tan nuevas y extrañas que siguen siendo casi inexplicables. En el campo de la medicina, las enfermeras ayudan a los pacientes a hacer frente a la angustia de los síntomas, mientras que los médicos se preocupan principalmente por la aparición de síntomas en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** signos y síntomas, síntomas conductuales.

VOLUMEN 37 | N° 3 | DICIEMBRE 2019

FECHA DE RECEPCIÓN: 12/12/2019

FECHA DE APROBACIÓN: 19/02/2020

FECHA PUBLICACIÓN: 27/02/2020

1. Libre ejercicio

Ensayo | Essay

DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.03.09>

Correspondencia:  
juancastroa90@gmail.com

Dirección:  
Gualaquiza y Vinces

Código Postal:  
010101

Celular:  
0992822084

Cuenca - Ecuador

## ABSTRACT

The symptom understood by subjective alterations perceived by people has been developed since the 50s by psychiatrists and in the 70s by clinical psychologists. A complete synopsis of this alteration is summarized in the book written by Süllwold and Huber, since 1974. The symptoms are subtle and subjectively subclinical experienced alterations in impulse, affection, thought, speech, (body) perception, motor action, central vegetative functions and stress tolerance. By definition, the symptoms are different from what is considered to be the "normal" mental being of one. Being subjective, they remain predominantly private and apparent only for the affected person, and they are rarely observable. The basic symptoms differ from the negative symptoms as they are currently understood, that is, as functional deficits observable by others. The perception that something is wrong with one's thinking is present; however, some experiences may be so new and strange that they remain almost inexplicable. In the medical field, nurses help patients to cope to the symptoms, while doctors are primarily concerned with the appearance of symptoms in the diagnosis or treatment of the disease.

**key words:** signs and symptoms, behavioral symptoms.

La semiología en el lenguaje médico, tiene el significado "parte de la medicina que trata los signos de las enfermedades" [1,2]. En este campo, el conocido como "ojo clínico" ha vuelto a la enfermedad enunciable desde el siglo XIX, entre más importancia adquiere la mirada, más terreno pierde el lenguaje [3,4]; de esta manera los galenos intentan que los síntomas se vuelvan signos incluso dando a subjetivaciones como el dolor una escala, con esto y sumando las políticas de salud en nuestros países, el médico dejó de ser el sujeto que escucha el malestar más allá de lo cuantificable para ser un mecánico del cuerpo, donde se busca la solución inmediata a base de correctivos externos, donde no se busca la etiología del sufrimiento.

Así pasamos a la psiquiatría donde encontramos impases, ante la definición moderna de esta rama que la denomina a su objeto de estudio como "lo organísmico dinámico y pluridimensional" [5], lo que lleva a una confusión en la teoría y la clínica; esto ayuda a el constante error de tomar los sínto-

mas por enfermedades, dicha equivocación asalta tanto al paciente como al médico, quien, al no encontrar la organicidad exigida por la ciencia, en las "enfermedades mentales" realiza un imago de sincretismo religioso terminando en una máxima: "todo es válido, puesto que de la nada se genera la certeza" [6].

Si tomamos un manual de psiquiatría (DSM, por ejemplo) y lo comparamos con el resto notaremos que tienen en común mucho más de lo que aparentan, además de evidenciar los eclecticismos a los que nos referimos; luego de explicar los síntomas de manera muy natural se continúa con la recomendación de internamiento, los tratamientos farmacológicos, psicológicos, y todo lo que pueda encomendarse para la patología propuesta [7]. Encontramos que para un proceso intervienen un médico, psicólogo, asistente social, entre más profesionales más ecléctico se vuelve el diagnóstico, más ilusoria será la certeza de que se puede contener dicha enfermedad.

Ante estos argumentos podemos comentar que la psiquiatría descubre los síntomas médicos, pero que aparenta curarlos [8], esto porque usa la posición de poder para que el paciente crea en el tratamiento y la cura. Donde se confunde la señal con el síntoma, el síntoma con signo, el signo con significado, y el significado con significante. A diferencia de lo que ocurre con la medicina donde el síntoma es señal de algo, etiología, en la psiquiatría es el supuesto de algo. Todo esto demuestra que la psiquiatría está enferma o utilizando uno de sus términos es psicótica, concluyendo en una pregunta que por ahora no responderemos; ¿la psiquiatría es medicina?

Dentro de la teoría psicoanalítica, el síntoma mantiene un lugar central, a diferencia de la medicina donde se busca eliminarlo y asociarlo a una determinada enfermedad, acá se lo ve como un portador de un sentido al que se puede interpretar [9], por lo que el síntoma se vuelve crucial porque pone en evidencia al inconsciente. En los neuróticos ha fracasado la idea que entraña el deseo intolerable, se le ha expulsado de la memoria y la consciencia, ahorrando una gran cantidad de dolor, pero el deseo reprimido perdura en lo inconsciente esperando el momento para ser activado y aparecer de manera disfrazada e irreconocible en una formación sustitutiva [10], esto antes de la segunda tópica.

El síntoma se forma porque un acontecimiento no fue dirigido a la consciencia, el sujeto se resiste a él dejándolo permanecer inconsciente [11], por lo que la represión es una condición previa al síntoma.

Con la introducción de la segunda tópica encontramos que el síntoma viene asociado a la satisfacción narcisista o el goce irreductible que el sujeto halla en él, así deja de ser solo una formación sustitutiva de una angustia satisfacción infantil, sino el suplir su ausencia misma [12], Freud concluye: “el síntoma es señal y sustituto de una satisfacción pulsional que no se realizó; es el resultado de un proceso represivo” [13]. Ahora hay que tomar en cuenta a otro concepto importante como es la angustia, en un inicio Freud había presentado que la represión es la que crea a la angustia, luego cambia la fórmula para enunciar lo contrario, que es la angustia el centro que genera represión; la angustia por lo tanto es tomada como un afecto que conlleva displacer para el sujeto.

En el psicoanálisis no se busca eliminar el síntoma, sino trabajar con él, no se desecha el síntoma para el bienestar se propone dejar de padecer por los síntomas [14], que de este quede una huella, un resto, ya que es parte del sujeto. Siempre teniendo en cuenta que se mantiene la singularidad y represiones particulares de cada paciente [15].

Para Lacan, la pulsión es la que caracteriza a la sexualidad humana y esta a su vez la rige la muerte, y el síntoma es una metáfora [16]; el síntoma se convierte en un mensaje cifrado que se dirige al Otro, se convierte en el portador de un saber inconsciente, no sabido por el sujeto, pero posible de descifrar en la sesión analítica. Una vez más llegamos a que el síntoma se encuentra vinculado al síntoma, por lo que en la clínica observamos que no desaparece de manera temprana [17]. Podemos comparar los dos planteamientos de estos grandes autores en cuanto al síntoma se refieren; ambos concluyen que el síntoma es una sustitución, para Freud sería la satisfacción libidinal, mientras que para Lacan sería a nivel significativo, y la satisfacción que se lee en ambos en Freud remite a la sexualidad infantil mientras que en Lacan directamente relacionada con el goce [18]. Ambos concuerdan que el sujeto se apropia de su síntoma y le resulta muy difícil desprenderse de éste, siendo recurrente en las sesiones, con su queja.

Tanto Braunstein [19], como Chemama [20], coinciden que el sujeto busca constantemente posicionarse en situaciones similares dolorosas, a pesar de lo último continúa en ellas; nos permite cuestionarnos qué encuentra de interés esa persona para mantener esto que va en contra de su bienestar, la respuesta ya la dimos en párrafos anteriores, el goce. Evans [21] va a resumir y diferenciar el goce y el placer, analizando los textos lacanianos; el placer se presenta como un limitante al goce, debido a que el sujeto solo puede aceptar cierta cantidad de placer, más allá encontraremos dolor, y es en este placer doloroso donde se halla ubicado el goce, por lo que podemos inferir que el goce es un sufrimiento, una situación paradójica donde el goce es sufrimiento derivado de la satisfacción.

El paciente llega sin estar satisfecho con lo que es; no obstante, nosotros sabemos que incluso detrás de sus síntomas se encuentra una satisfacción, cumpliendo en parte dicha satisfacción, cumpliendo solo lo que se exige, el deseo del Otro [22]. En este camino del deseo del sujeto encontraremos un deseo que se presenta confuso, desorientado o sin camino hacia la satisfacción, es aquí donde encontramos al síntoma, enmascarado bajo su posición paradójica; de esta manera llegamos a una sentencia de Lacan: “el deseo del hombre es el deseo del Otro” [22]. Miller tomará estos postulados para mencionar el significante “parletre” creado por Lacan, que representa exactamente lo opuesto a lo que se enuncia, y pide ser entendido más allá de lo que dice; he aquí el oficio del analista, escuchar más allá de lo que el sujeto dice [23].

En la práctica psicoanalítica, el deseo no se agota en el discurso del sujeto, sino que se mantiene en constante construcción, la desorientación inicial empieza a cobrar un sentido, se conecta con nuevos significantes que se incluyen en el discurso, y se va a subjetivar el deseo, ponerlo en palabras, lo que en un inicio es imposible.

El síntoma ha pasado por distintas concepciones en las distintas disciplinas de la salud, pero nunca ha dejado su carácter de subjetivo aunque existen esfuerzos para que esto se cambie, la visión psicoanalítica lo mantiene desde Freud como ligado íntimamente al sujeto no como una acción a eliminar, sino a trabajar, a analizar, a encontrar la etiología y darle un giro para que esté en pro del deseo del analizante y no como un obstáculo para el mismo; la complejidad para que se presente esto es

la fuerte conexión con el goce y la desorientación inicial del deseo que impide que se cumpla, y solo se presente una serie de pequeñas satisfacciones sustitutivas.

### INFORMACIÓN DEL AUTOR

- Castro Añazco Juan Fernando, Psicólogo Clínico.  
Libre ejercicio. Cuenca, Azuay, Ecuador  
e-mail: juancastroa90@gmail.com  
ORCID: [https:// orcid.org/0000-0002-4973-2806](https://orcid.org/0000-0002-4973-2806)

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.

### FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schultze-Lutter F. Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept. *Schizophr Bull.* 2009 Jan 1;35(1):5–8.
2. Verán R, Phyllis W. Angustia por síntomas: el concepto: pasado y presente. *Seminarios en Enfermería Oncológica* 1987; 3(4): 242-247.
3. Kuri C. Introducción al psicoanálisis. Rosario Argentina: Editorial Homo sapiens ediciones; 2000.
4. Álvarez J. Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica. España: Editorial Síntesis; 2004.
5. Azzi E. *Psiquiatría e Liberdade*. Psiquiatría e Saúde Mental; Editora Autores Associados; 1983.
6. Freud F. *Obras Completas, t. XXII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ediciones; 2003.
7. Saoufan M. Angustia, síntoma e inhibición. Buenos Aires Argentina: Ediciones Nueva visión SAIC; 1988.
8. Freud S. Carta 19.2.99, en *Obras Completas, Los orígenes del psicoanálisis, t. XXII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu ediciones; 2003.
9. Leivi M. El síntoma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires* 2001;23 (2):341-356.
10. Tendlarz S. *Estudios sobre el síntoma*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del signo; 1998.
11. Cerrone L. *El síntoma desde el psicoanálisis*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2016.
12. Moreira D. *Psiquiatría, Controle e Repressão Social, Vozes, Petrópolis; 1983*.
13. Freud S. Carta 19.2.99, en *Obras Completas, Los orígenes del psicoanálisis, t. XX*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu ediciones; 2003.
14. Negro M. Función del síntoma en la estructura psíquica. *Revista Affectio Societatis* 2009; 6(10):1-8.
15. Mordoh E, Gurevicz, M, Thompson, S., Mattera S., Lombardi G. Efectos analíticos del psicoanálisis. *Revista Redalyc* 2004; 12: 239-243. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941025.pdf>
16. Landeira R. *La posición del síntoma*. Montevideo: Editorial Roca Viva; 1990.
17. Fasano C. El síntoma en la ruta del goce. *Revista digital de la escuela de la orientación lacaniana EOL* 2013. La Plata. Vol. 1 Recuperado de <http://www.eollaplata.org/blog/index.php/el-sintoma-en-la-ruta-del-goce/>
18. Vons J (S/F). *Lacan y la formalización del síntoma freudiano*. Recuperado de <http://www.converanalitica.com.ar/upload/jvons.pdf>
19. Braunstein N. *El goce: Un concepto lacaniano*. Argentina: Editores Argentina S.A; 2006.
20. Chemama R. *El goce. Contextos y paradojas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2008.
21. Evans D. *Diccionario Introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós; 2007.

22. Lacan J. El seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1964.
23. Miller J. Recorrido de Lacan. Buenos Aires: Ediciones Manantial; 1986.