



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**INFLUENCIA DE MÚLTIPLES VARIABLES QUE DIFICULTAN
LA DISTINCIÓN DEL DELIRIO PSICÓTICO E HISTÉRICO EN
LOS PACIENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN
PSICOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO
GILBERT ELIZALDE**

AUTORA:

Gómez Reina, Rosicler

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO:**

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTOR:

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Rosicler Gómez Reina**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**

TUTOR (A)

Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.

Guayaquil, a los 29 días del mes de febrero del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Rosicler Gómez Reina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de **Titulación Influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico en los pacientes que recibieron atención psicológica en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde** previo a la obtención del Título **de Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación, de tipo referido.

Guayaquil, a los 29 días del mes de febrero del año 2016

EL AUTOR

Rosicler Gómez Reina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Rosicler Gómez Reina

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación *Influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico en los pacientes que recibieron atención psicológica en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.*

Guayaquil, a los 29 días del mes de febrero del año 2016

LA AUTORA:

Rosicler Gómez Reina

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por ser quien me ha bendecido dándome paz y sabiduría a lo largo de este proceso y mi vida.

Agradezco a mis padres y hermano por ser el motor de mi vida y por quien lucho cada día y quienes con sus sabios consejos me han permitido llegar tan alto. A mi gran familia, quienes siempre están a mi lado para apoyarme en cada etapa y en cada paso que doy. A mis tías, tíos y primos que no están presentes físicamente pero a la distancia me han respaldado a lo largo de mi vida. A mis ángeles en el cielo; quienes sé que junto a Dios, me cuidan y guían mi camino. A mi novio quien con su amor y apoyo me ha ayudado a no rendirme y salir adelante. A mis amigos quienes han estado presentes en cada uno de mis logros.

Agradezco a mi tutor, Francisco Martínez, de quien he aprendido tanto a lo largo de este proceso y siempre estuvo dispuesto a ayudarme. A mis maestros quienes impartieron sus conocimientos con toda predisposición y gracias a ellos he llegado hasta aquí académicamente.

DEDICATORIA

A mis padres y hermano porque han sido mi guía a lo largo de mi vida y mis logros siempre serán dedicados a ellos. A mis tías que viven en el exterior, porque han estado siempre presentes en cada etapa de mi vida personal y académica. A mis abuelos, quienes a lo largo de mi vida han aportado con su amor, consejos, conocimientos y apoyo en las decisiones que tomo. A mis tíos, primos y toda mi familia, porque su apoyo y cariño han sido importantes para llegar hasta donde he llegado. A mi novio, quien conoce mis fortalezas y debilidades y me ha ayudado a continuar a pesar de cada tropiezo que se me ha presentado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACIÓN	14
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN	15
OBJETO	19
OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN	21
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN	22
CAPÍTULO I: EL NIÑO Y SU FAMILIA DESDE UNA MIRADA PSICOANALÍTICA. 23	
La importancia de la familia en la construcción psíquica de un niño.....	23
Instancias fundamentales para la subjetividad que se dan en la infancia	26
Conceptos fundamentales en Freud	26
El Narcicismo Primario y Secundario.....	27
El Complejo de Edipo	29
Conceptos fundamentales en Lacan.....	34
El Estadio del Espejo.....	34
El Nombre del Padre	35
Metáfora Paterna.....	37
CAPÍTULO II: EL NIÑO DESDE LA CLÍNICA ESTRUCTURAL.....	39
La posición del niño en la neurosis	39
La posición del niño en la psicosis	40
Presencia de delirios en ambas estructuras	42
Historicidad paradigmática de las enfermedades mentales y la psicosis desde la psiquiatría al psicoanálisis	44
La psicosis desde la perspectiva de una psiquiatra: Entrevista a la Dra. Catina Solano Mosquera	47
Distinción del diagnóstico de la psicosis en psiquiatría y en psicoanálisis	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.....	52
Población.....	53
Instrumentos	53

Recursos.....	54
MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN	55
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
Estudio de casos	56
Caso “Isaac”	56
Caso “Jordy”	60
Caso “Emilia”.....	64
Entrevista a la Dra. Catina Solano	67
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	76

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1 Fotografía con la Dra. Catina Solano Mosquera posterior a la entrevista realizada.....	76
Ilustración 2 Caso "Isaac"	77
Ilustración 3 Caso "Jordy"	78
Ilustración 4 Caso "Jordy"	79
Ilustración 5 Caso "Jordy"	80
Ilustración 6 Caso "Jordy"	81
Ilustración 7 Caso "Emilia"	82
Ilustración 8 Caso "Emilia"	83
Ilustración 9 Carta de autorización.....	84
Ilustración 10 Solicitud para supervisión de casos.....	85

RESUMEN

El siguiente trabajo reúne conceptos específicos acerca de la neurosis enfatizándose en la histeria, y psicosis; teniendo como objetivo general el análisis de la influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio entre ambas estructuras, mediante la exposición de casuística de los pacientes que recibieron atención psicológica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

El método empleado a lo largo del presente trabajo de sistematización fue el cualitativo, el cual permitió analizar los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los pacientes, familiares y profesionales en estudio. Importante precisar que fueron útiles las modalidades de entrevista abierta y cerrada durante las prácticas pre-profesionales, para la obtención de información necesaria para el análisis de los casos. Así mismo, se podría decir que se llegó a la conclusión que el significante primordial del Nombre del Padre en la construcción psíquica del niño se ha ido trastocando en esta época, lo que provoca que con mayor frecuencia hayan individuos con subjetividades “particulares”, que dificultan los diagnósticos diferenciales y tratamientos que ofertan los profesionales del área de salud mental de los hospitales.

PALABRAS CLAVE: Familia, Neurosis, Psicosis, Nombre del Padre, Deseo de la Madre, Forclusión

ABSTRACT

The following work gathers specific concepts of Neurosis, emphasizing in hysteria and psychosis, in order to analyze the influence of multiple variables that hinder rave distinction between the two structures, by exposing casuistry of patients who received psychological counseling at the Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

The method employed throughout this systematization was qualitative method, which allowed to analyze the results of the interviews made to patients, family and professional people. It is important to note that open and closed interviews were useful during the pre-professional practices to obtain information necessary for the analysis of the cases. Finally, it could be said that is concluded that the primary signifier of the Name of the Father in the psychic construction of the child has been subverting in this time, causing people start having "particular" subjectivities which make difficult the differential diagnoses and treatments that the professionals offer in mental health hospitals

KEY WORDS: Family, Neurosis, Psychosis, Father's Name, Desire of the Mother, Foreclosure

INTRODUCCIÓN

En la presente sistematización, previo a la explicación teórica, el lector podrá conocer el contexto y el objeto de estudio sobre el cual se trabajó. Luego, podrá notar que la misma se la ha dividido en tres capítulos de marco teórico para poder lograr una mejor comprensión de diversos conceptos importantes para llegar a la consecución de los objetivos planteados.

El primer capítulo se lo ha denominado “El niño y su familia desde una mirada psicoanalítica”, detallando la manera en que la familia influye en la construcción psíquica del niño desde una perspectiva freudiana y lacaniana. Así mismo, se detallará el proceso de construcción psíquica de todo sujeto desde la infancia mediante el Narcisismo primario y secundario, el Complejo de Edipo desde el punto de vista freudiano. Y el Estadio del Espejo, el Nombre del Padre, la Metáfora Paterna desde la perspectiva lacaniana.

En el segundo capítulo se puntualizará cómo se posiciona el niño dentro de las dos estructuras a trabajar, la neurosis histérica y la psicosis. De acuerdo a la neurosis, se especificará el proceso por el cual el niño llega a posicionarse en dicha estructura, mientras que en la psicosis se hará énfasis en la forclusión del Nombre del Padre, siendo esto lo que provoca que el niño se ubique en dicha estructura. Luego de explicada ambas posiciones, se procederá a detallar el por qué se presentan delirios en ambas estructuras y cuál es su diferencia.

En el tercer capítulo el lector podrá conocer acerca de la psicosis como entidad clínica en la medicina psiquiátrica y el psicoanálisis, mediante un recorrido histórico de los diferentes paradigmas de las enfermedades mentales, llevándonos a migrar desde la visión que se tiene de la psicosis en la psiquiatría a la del psicoanálisis. También se analizará la entrevista realizada a la Dra. Catina Solano Mosquera quien menciona la no existencia de psicosis infantil. Se finalizará dicho capítulo con la distinción del

diagnóstico de la psicosis en la psiquiatría, mediante el DSM-V, y en psicoanálisis.

Luego de la elaboración del marco teórico de referencia es necesaria la explicación de la metodología utilizada a lo largo de la presente sistematización para luego proceder al análisis e interpretación de los resultados mediante un estudio de casos señalando también los logros y dificultades obtenidos en los mismos.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la experiencia obtenida en las prácticas pre-profesionales surgió la interrogante sobre la diferenciación entre la neurosis histérica con delirios y la psicosis, esto debido a que existieron casos con esta particularidad en dicha experiencia. Así mismo, se pudo determinar que la falta de conocimiento sobre estas situaciones anteriormente mencionadas ha llevado a ubicar al niño como “loco” o hiperactivo; por parte de los adultos que lo rodean, imposibilitando en algunos casos un tratamiento psicológico adecuado.

Otro punto que produjo se lleve a cabo el presente trabajo de sistematización fue el conocer que en la actualidad debido a los diferentes cambios sociales, culturales y económicos que experimenta la sociedad; y que tienen incidencia directa en la institución familiar, funciones importantes para la construcción psíquica del niño como lo son el Nombre del Padre y el Deseo de la Madre se ven trastocadas, no permitiendo que puedan transmitirse o ser asumidas de manera adecuada.

También se tuvo la oportunidad de dialogar con la psiquiatra infantil de la mencionada institución hospitalaria, pudiendo conocer que para la medicina psiquiátrica no se reconoce la entidad clínica de psicosis infantil, sembrando el interés en conocer la diferencia entre dicha rama y el psicoanálisis, en torno a esta entidad clínica. Por último otra motivación que permitió la realización del presente trabajo fue la falta de información que hay acerca del tema. Se tuvo la oportunidad de leer; a modo de antecedente teórico, otro trabajo realizado por un grupo de compañeros acerca del tema a tratar; sin embargo, el mismo no articulaba las situaciones teóricas de manera clara en la casuística, lo que se considera como un plus en este trabajo.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

La carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, abarca una cursada de 10 semestres, uno de los requisitos que se pide en el último año es la realización y aprobación de las prácticas pre-profesionales para la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica. Es en dicho contexto que se me asigna como directora de prácticas a la Dra. Nora Guerrero de Medina y como lugar de prácticas el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, ubicado en el norte de la ciudad de Guayaquil en la Cdla. Atarazana, en la Av. Roberto Gilbert y Nicasio Safadi.

Además de esta experiencia práctica se debe cumplir con la Unidad de Titulación Especial, la misma que consta de dos modalidades que pueden ser: la elaboración de un Trabajo de Titulación o la realización del Examen Complexivo. Es dentro de este marco que se decidió optar por la modalidad del Trabajo de Titulación; la misma que a su vez permite dos posibilidades de trabajo: un Proyecto de Investigación o una Sistematización de la Experiencia de Investigación y/o Intervención, optando por la segunda opción.

Mencionado esto ubico al lector del presente trabajo ciertas generalidades sobre la plaza asignada por la Universidad para realizar mis prácticas pre-profesionales; las mismas que fueron tomadas de la página *web* institucional. El Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” tuvo varios cambios de nombre y ubicación. En primer lugar, formó parte de la M.I. Municipalidad de Guayaquil en el año 1888. En ese entonces, el Hospital funcionaba para adultos y niños. Luego, en el año 1894, la Junta de Beneficencia se encargó de reformarlo agregando un anfiteatro y la maternidad. Empero, el Hospital fue afectado por el incendio del Carmen en el año 1902.

En 1903 el Sr. Alejandro Mann; quien era por aquel entonces contratista de la distribuidora de agua potable de la ciudad, en colaboración con la Junta de Beneficencia, se encargaron de la reconstrucción del Hospital, contando

con área de cirugía y maternidad. El 31 de marzo del mismo año, el Hospital fue reabierto; en ese entonces llevaba el nombre del Sr. Mann. Sin embargo, también se lo conocía como “Hospital Central”, “Casa Maternidad” o “Asilo Mann”. Luego de inaugurada la maternidad “Enrique Sotomayor”, el Hospital Alejandro Mann brindó atención exclusiva a niños de 0 a 17 años 11 meses de edad.

Al pasar los años el Hospital se fue deteriorando y la Junta de Beneficencia decidió construir uno nuevo. Es así que en 1986, con la ayuda del Dr. Roberto Gilbert Elizalde – Director de la Junta de Beneficencia de la época– se ideó la posibilidad de reconstruirlo, llegando a ser terminado el edificio de las instalaciones actuales en el años 1999, pasando a llamarse “Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, abriendo sus puertas el 17 de enero del 2000. El Hospital consta de 23 habitaciones privadas y 18 semiprivadas las cuales están ubicadas en el segundo piso en la “Clínica pediátrica Antonio Pino Ycaza”, y las salas de hospitalización general; que se encuentran ubicadas en el primer piso, que son para niños de familias de escasos recursos.

El Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde centra su atención directamente en la población pediátrica de nuestro país, lo cual se puede evidenciar en su misión y visión tomadas textualmente de su página *web* institucional:

Misión

Somos una organización de salud pediátrica, que brinda servicios médicos integrales con calidad y calidez a todos los que lo requieren.

Visión

Somos en el 2018 el referente latinoamericano en atención integral de salud pediátrica. Para cumplir con nuestra misión y darle sentido a la visión, estamos comprometidos con la continua formación y actualización de nuestros directivos y colaboradores. (Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde)

El Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, cuenta con servicios de Consulta externa, Emergencia, Hospitalización, de Diagnóstico y Apoyo, Terapias y Cirugía; los cuales serán especificados a continuación:

SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”	
Área de consulta externa:	
<ul style="list-style-type: none"> • Audiología y terapia de lenguaje • Dermatología • Cardiología • Cardiovascular • Endocrinología • Fisiatría y rehabilitación • Genética • Gastroenterología • Higiene mental (psicología y psiquiatría) • Inmunología y alergias • Maxilofacial • Nefrología • Neonatología • Neumología • Neurología • Nutrición • Otorrinolaringología • Odontología • Oftalmología • Pediatría • Quemaduras • Terapia física del niño quemado • Traumatología y ortopedia • Urología 	
Área de hospitalización	Área de servicio de diagnóstico y apoyo, terapias
<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de cuidados intensivos • Unidad de cuidados intermedios • Unidad de quemados 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio Clínico • Imágenes: radiografía, ecografía y tomografía • Unidad de cardiología y cardiocirugía • Anatomía patológica • Exámenes de diagnóstico • Terapia de lenguaje y laboratorio audiológico

Tomado de: Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Dentro de la institución se me asignaron cuatro salas del área de Hospitalización: la Sala B1 y Sala B2 durante el primer periodo, y Sala de Convenios 1 y Convenios 2 durante el segundo periodo. El jefe de las salas B1 y B2 es el Dr. Hugo Cedeño; sin embargo, cada sala cuenta con una coordinadora por parte de pediatría: la Dra. Cecilia Tomalá y la Dra. Isabel Salcedo respectivamente. Dichas salas acogen pacientes de traumatología, neurocirugía y post-cirugía. Ambas salas cuentan con veinte camas y un cuarto de aislados para pacientes propensos a contaminarse. En la sala B1 hay pacientes de todas las edades, mientras que en la B2 pacientes de 5 a 17 años 11 meses de edad.

Por otro lado, las Salas de Convenios 1 y Convenios 2 están a cargo del Dr. Luis Barrezueta –actual Jefe de docencia del Hospital–, sin embargo la sala de Convenios 2 cuenta con una coordinadora por parte de pediatría quien es la Dra. Marta Barreno. Dichas salas están dirigidas a pacientes que ingresan por medio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en su mayoría, acogiendo a niños con distintos diagnósticos como: cardiopatías, traumatologías, neuropatías, cuadros respiratorios, etc. Ambas salas cuentan con pacientes de todas las edades hasta los 17 años 11 meses.

De acuerdo al Área de Higiene y Salud Mental, es importante mencionar que el Hospital cuenta con servicio de atención psicología, sin embargo al principio era muy escaso el personal en dicha área. Aproximadamente hace 3 años el Hospital amplió el personal de dicha área, la cual cuenta con: una psiquiatra, una psicóloga en área quemados, dos psicólogas en hospitalización, un psicólogo en consulta externa y una psicóloga en terapia pediátrica. En la actualidad, el Hospital junto al departamento de psicología permite que nueve estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil realicemos las prácticas pre-profesionales en dicha institución; ubicándonos en ciertas áreas en las cuales es necesaria nuestra intervención.

OBJETO

Es importante mencionar que dentro de las mencionadas áreas se encuentran casos de distintos diagnósticos como amputaciones, cardiocirugías, apendicitis, peritonitis, traumas físicos provocados por accidentes de tránsito, convulsiones, etc. Sin embargo el objeto de estudio será un grupo de pacientes claramente identificado junto a sus familiares y profesionales que le dieron asistencia y acompañamiento dentro del Hospital. Ubicado esto conviene mencionar que de lado de los pacientes se trabajará con una población que evidencia peculiaridades en su estructura psíquica, mientras que del lado de los profesionales se analizará el punto de vista que tienen hacia los casos anteriormente señalados y por último de lado de los familiares se trabajará con los prejuicios que estos manifiestan ante las extrañas conductas de su familiar interno.

Cabe señalar que en la mayoría de casos se intervino a los pacientes mediante derivaciones o interconsultas realizadas por el médico tratante debido a que no colaboraban al momento de ser revisados o porque presentaban conductas fuera de lo normal dentro de la sala. Al momento de ser entrevistados, se observaba una clara debilidad en la articulación del significante primordial en la estructura psíquica de dichos pacientes; lo cual provocaba que tengan un discurso algo confuso y desorganizado, apareciendo delirios que en pacientes neuróticos con modalidad histérica eran confundidos con psicosis y en otros casos de pacientes que efectivamente eran psicóticos.

Ante estas circunstancias conviene mencionar que los médicos tratantes al tener una formación orientada a trabajar con la patología orgánica y no psíquica es que necesitan del respaldo de la intervención del psicólogo. Es de esta manera que se mantenía comunicación con el personal médico y de enfermería para que el paciente reciba la atención adecuada.

Por otro lado, había ocasiones que los pacientes eran atendidos por la demanda de los familiares ya que debido a las características antes

mencionadas, no sabían que les pasaba, llegando a mencionar que tienen hijos “locos”, encontrándose angustiados ante la conducta de los mismos. Dichos prejuicios no permitían que los padres tengan una atención adecuada ante estos casos, por lo cual también se realizaron entrevistas con los familiares.

Otra variable a considerar es que en su mayoría eran pacientes de familias de escasos recursos, hogares disfuncionales, padres y/o madres des-implicados o ausentes y con problemas en su ámbito laboral, lo cual acentuaba la escasa atención dada por ellos a dichos casos.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar la influencia de las múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico, mediante la exposición de casuística de los pacientes que recibieron atención psicológica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la endeble articulación del significante primordial en la estructura psíquica de los pacientes en estudio, mediante los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas.
2. Identificar las diferencias en los criterios diagnósticos de parte de los profesionales de la salud y el psicólogo con orientación psicoanalítica que atienden a los pacientes en estudio, mediante los datos obtenidos en la sistematización.
3. Identificar los prejuicios que tienen los familiares de los pacientes en estudio, mediante los datos obtenidos en las entrevistas y observaciones psicológicas.
4. Sintetizar la información relevante de cada variable que se consideró para cumplir con el análisis propuesto en la sistematización.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

A continuación se plasmará la lógica que seguirá la presente sistematización en tres ejes: uno que abordará la parte teórica, otro la parte metodológica y por último la que llevará las conclusiones de la misma.

Marco teórico de referencia: en dicho eje se especificarán conceptos acerca del niño y su familia desde una mirada psicoanalítica para conocer su importancia dentro de la estructuración psíquica del niño, y todos los elementos que son necesarios para la misma. Luego de dicha explicación se procederá a definir al niño desde la clínica estructural, cómo es su formación psíquica en el caso de la neurosis histérica y qué sucede en la psicosis para detallar la forma en que se presentan los delirios en ambas estructuras psíquicas. Por último, se diferenciará la psicosis como una entidad clínica en la medicina psiquiátrica y el psicoanálisis debido al distinto modo de proceder ante estos casos.

Metodología de la investigación en el desarrollo de la experiencia: en el presente eje se detallarán los procedimientos realizados para la elaboración de la presente sistematización. Uno de ellos son las entrevistas realizadas a los pacientes con la problemática propuesta, así como entrevistas a familiares; las cuales han sido supervisadas previamente. Por otro lado, se entrevistó a la Dra. Catina Solano Mosquera, psiquiatra infantil y Jefa del área del Higiene y salud mental del mencionado hospital; para conocer su punto de vista sobre dichas estructuras o como ellos la denominan. Así mismo se detallará la población, los instrumentos y los recursos utilizados a lo largo de la elaboración de la presente sistematización.

Análisis e interpretación de resultados: es necesario el análisis de las referencias teóricas, los casos presentados y la entrevista realizada a la profesional, para poder sintetizar la información relevante de cada variable que se consideró para cumplir con el objetivo propuesto en la sistematización.

CAPÍTULO I: EL NIÑO Y SU FAMILIA DESDE UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

Durante décadas se ha considerado a la familia como base fundamental que mantiene a una sociedad; dicho pensamiento no se distancia mucho del psicoanálisis al momento de hablar sobre la construcción psíquica del sujeto. Pero ¿de qué manera influye la familia en dicha construcción? A lo largo del siguiente capítulo se detallarán importantes conceptos para responder a dicho cuestionamiento, enfocándose desde la lectura freudiana y lacaniana a propósito de la familia.

La importancia de la familia en la construcción psíquica de un niño

Con el pasar de los años los modelos de familia han cambiado; antes se consideraba que una familia estaba conformada por padre, madre y uno o dos hijos. En la actualidad, hay niños que, por diversos motivos, quedan al cuidado de tíos, abuelos o algún otro familiar que cumpla el rol de padre y madre; así como lo afirma Anna María Nicoló (2014), neuropsiquiatra y psicoanalista española, en su obra *Psicoanálisis y familia* “en una familia la función parental puede ser desarrollada por otras personas que no sean las mismas que por rol social tienen asignada esta tarea” (pág. 201).

Sin embargo, para el psicoanálisis el padre y la madre son conocidos como funciones: función materna y función paterna. De acuerdo a esto la psicoanalista Carolina Puchet (2008) mencionará en su artículo *El padre más allá de la familia*, lo siguiente:

En otras palabras, la familia como institución que sostiene a la estructura psíquica de cada sujeto se reduce solo a la conjunción de dos funciones simbólicas: la materna y la paterna. Funciones que deberían ser encarnadas, soportadas por sujetos barrados por el lenguaje y con un deseo de transmisión que no sea anónimo. (pág. 4)

Dichas funciones, las cuales pueden cumplirlas cualquier miembro de la familia, son las que determinan la construcción psíquica del niño. Puchet (2008) plantea que la función materna es: “ese Otro primordial que marca y

funda una entrada del sujeto a la vida anímica y lenguaje” (pág. 2), mientras que la función paterna es la que se encarga de que “la ley del deseo, permite al sujeto su interpretación y una orientación del goce” (pág. 2) es decir, ubica los límites en el niño.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la persona quien cumpla con la función materna, le brinda al niño el cariño y atenciones necesarias para permitirle un lazo social; sin embargo, la función paterna es quien regula el deseo mediante las leyes y límites para que más adelante pueda conseguir regulación de su goce por sí solo. Se podría decir entonces, que ambas funciones permiten que el sujeto se constituya como tal y le abre las puertas a un medio social al cual estará llevado a relacionarse.

Por otro lado la psicoanalista Esthela Solano (1993), en una ponencia acerca de la construcción de la familiar; publicada en el libro *Clínica Psicoanalítica con niños en la enseñanza de Jacques-Lacan*, menciona que cuando un sujeto acude a análisis, lo hace para liberarse de algún sufrimiento y mediante el habla llegará a comentar acerca de su infancia, específicamente de su familia. Es decir, el síntoma del sujeto se construye mediante su historia familiar, por el tipo de padre y madre que tuvo (pág. 12).

Solano (1993) menciona que a pesar de que el sujeto habla de su familia en análisis, no quiere decir que se lo analizará como parte de su familia sino como “un ser hablante como una consecuencia del lenguaje” (pág. 12); es decir, que en la familia es donde el sujeto adquiere su forma de hablar, su lenguaje y de esta manera es como ingresa a la cultura, sin embargo hay que analizarlo en su particularidad. Pero ¿qué dice el psicoanálisis acerca de dicho lenguaje que es transmitido mediante la familia?

Solano (1993) elabora una diferencia entre la familia animal y la familia humana, llegando a la conclusión que el lenguaje es el punto de referencia para dicha diferenciación, es una condición importante para que el sujeto pueda reconocerse y diferenciar un lugar dentro de la familia, ya sea como

hijos, hermanos, esposa, esposo, etc., empezando a elaborar ciertos rasgos que los definirá e identificará. Ante lo mencionado la autora definirá que:

Es el lenguaje el que introduce un principio que traza un abismo entre el ser hablante y el dominio de los seres vivientes que no tienen posibilidad de acceder a la palabra ni de inscribirse en el campo del lenguaje. (Solano E. , 1993, pág. 16)

Luego de mencionar la importancia de la familia para que el niño se inserte en el lenguaje, resulta importante mencionar además la manera en la que se construye una familia para el psicoanálisis. En la cotidianidad, se piensa que el momento de la elección de la pareja se lo hace porque una persona lo decide con libertad, sin embargo para el psicoanálisis dicha elección debe cumplir una ley subjetiva específica que responde a la historia familiar de cada sujeto, a la manera en que los padres han cumplido su función; a dicha ley Freud la denomina como el Complejo de Edipo (Solano E. , 1993, pág. 15) lo cual será explicado a lo largo de este primer capítulo.

De dicha manera, se retoma el hecho de que la familia es un punto importante al momento de la construcción psíquica del niño, las personas que cumplen la función materna y paterna son las responsables de brindar al niño los recursos necesarios para que éste pueda tener la posibilidad de elección de su objeto de amor, de su pareja, de continuar con la construcción de su familia o de su destino.

Luego de mencionar cómo se da la apropiación del lenguaje en la familia y cómo se configura la misma, no estaría de más conocer otro punto de vista sobre este proceso. Nicoló (2014) menciona sobre lo que significa tener un niño para la pareja, describiendo una serie de cambios al momento de empezar a formar una familia; uno de ellos es la importancia de aceptar el proceso en el cual aprenderán a ser padres, a ayudar al niño a construirse psíquicamente y que no adopte ciertas patologías que puedan aparecer cuando los padres no aceptan dicho proceso (pág. 202). Añade que la parentalidad es un proceso simbólico en el cual, el niño es situado en el

trama de “relaciones emotivas de los padres y de la pareja” (Nicoló, 2014, pág. 205).

Instancias fundamentales para la subjetividad que se dan en la infancia

Luego de explicar qué es la familia para el psicoanálisis y cómo influye en la construcción psíquica del niño, es importante conocer las instancias que se desprenden de dicha construcción según la teoría psicoanalítica y para abordar dicha cuestión conviene hacer el abordaje desde la lógica freudiana hasta la lacaniana.

Conceptos fundamentales en Freud

Para Freud existen ciertas etapas indispensables para la construcción psíquica del niño a lo largo de su crecimiento. Las etapas que serán esclarecidas a continuación son: Narcisismo Primario y Secundario, Complejo de Edipo y cómo de éste se introduce al Complejo de Castración.

Para una mejor explicación del concepto de narcisismo, el psicoanalista Juan David Nasio quien se basa en los estudios freudianos para la elaboración del concepto de narcisismo, hace referencia al mito de Narciso, quien sentía amor solo hacia su propia imagen y la aprecia en el agua. El psicoanálisis, añade que mediante el proceso inconsciente del narcisismo se da el “modo particular de relación con la sexualidad” (Nasio, 1996, pág. 63).

Freud, mediante el estudio del caso del presidente Schreber, define al narcisista como “un estado normal de la evolución de la libido”; a lo cual se refiere como la energía sexual que se produce en el cuerpo para la investidura objetal (Nasio, 1996, pág. 64). Por otro lado, el psicoanalista Fabián A. Naparstek, quien introduce al Narcisismo de acuerdo a las obras de Freud, menciona que el niño, mediante sus pulsiones sexuales, obtiene su objeto de amor tomado por él mismo hacia su cuerpo; este proceso es necesario previo a la elección de dicho objeto en una pareja. De igual

manera, el autoerotismo “es la entrada del individuo en lo que llamamos el campo humano” (Naparstek, 2014, págs. 92-93).

Para Freud, el Narcisismo es el punto de partida para la constitución del yo. Sin embargo, antes de que ocurra eso, el sujeto es un organismo pulsional las cuales necesitan ser satisfechas, las cuales se satisfacen por sí mismas en el propio cuerpo. Una de las características primordiales de dicha pulsión es que no se logra la satisfacción total de la misma y que siempre está en la búsqueda de la satisfacción. Entonces, a la pulsión se la considera como una “fuerza constante, que nunca cesa” (Naparstek, 2014, págs. 95-96).

Cuando se dice que la satisfacción se satisface en el propio cuerpo, se refiere a las zonas erógenas. Es mediante este proceso y esta autosatisfacción que el niño empieza a reconocer su propio cuerpo. El niño empieza a explorarse y encontrando sus zonas erógenas lo cual le permitirá decir que dicha parte de su cuerpo le pertenece; es desde entonces que el niño “distingue adentro y afuera, lo que es mío y lo que no es” (Naparstek, 2014, pág. 97).

El Narcisismo Primario y Secundario

Luego de una breve explicación del concepto de Narcisismo, Freud consideró que hay dos etapas del mismo: El Narcisismo Primario y Secundario. En el Narcisismo Primario se trata de la etapa de autoerotismo, es decir la autosatisfacción de la libido. En este tiempo el yo aún no se ha construido, por lo cual el niño se va satisfacer mediante las pulsiones de su propio cuerpo. (Nasio, 1996, pág. 65). Naparstek (2014) menciona que el autoerotismo es importante porque antes de amar a alguien, hay que tener amor hacia sí mismo, incluyendo el propio cuerpo (pág. 93).

Anteriormente se mencionó que la familia y la historia familiar de cada sujeto, es importante en la construcción psíquica del niño, pero ¿de qué manera en la familia se hace evidente en el Narcisismo Primario? Nasio (1996) menciona que un niño es el producto del deseo de los padres sin

embargo, el amor de los padres a sus hijos es una retorno de su propio Narcisismo. Los padres, proyectan en el niño todo aquello que ellos quisieron realizar pero no pudieron “los sueños de deseo que los padres no realizaron” (pág. 65). Es de esta manera que “el narcisismo primario representa un espacio de omnipotencia que se crea en la confluencia del narcisismo naciente del niño y el narcisismo renaciente de los padres” (pág. 65).

Por otro parte, Nasio (1996) refiere que el Narcisismo Primario tiene que ver con el narcisismo del yo, etapa en la que “el investimento de los objetos retorna e inviste al yo” (pág. 66). Es decir, las pulsiones sexuales parciales que antes funcionaban bajo el autoerotismo, ahora son concentradas en otro objeto. Pero ¿Por qué llega el niño al Narcisismo Secundario?

De acuerdo al Narcisismo Secundario, Nasio (1996) refiere que se manifiesta cuando el niño ya se da cuenta que él no es el único para su madre ni para el mundo. La madre ya se dirige a otras personas y no solo ante sus deseos; el niño estará “sometido a las exigencias del mundo que lo rodea, exigencias que se traducen simbólicamente a través del lenguaje” (pág. 67). Es en este tiempo del Narcisismo en el cual niño deberá ingeniarse maneras que lograr ser amado por el Otro, recuperar el amor total que se le tenía en el Narcisismo Primario; sin embargo, aquello solo podrá pasar cumpliendo las exigencias del ideal del yo (pág. 67).

Para que el niño pueda constituir su yo, deberá superar el Narcisismo Primario y tratar de ganar el amor del Otro mediante las exigencias que el ideal del yo demanda. En el Narcisismo Secundario, el niño se experimenta a través del Otro, contrario al Narcisismo Primario que era a través de uno mismo. Nasio (1996) agrega que existe un componente el cual perturba el Narcisismo Primario “no es otro que el complejo de castración. Mediante este complejo se opera el reconocimiento de una incompletud que va a suscitar el deseo de reencontrar la perfección narcisista” (pág. 67).

Sin embargo, no es suficiente decir que en el Narcisismo Primario el niño se experimentará a través del Otro ya que no es otro cualquiera sino que, inconscientemente, los elegirá por la identificación con la imagen de ese objeto deseado; es decir “el narcisismo secundario se define como el investimento libidinal (sexual) de la imagen del yo, estando esta imagen constituida por las identificaciones del yo a las imágenes de los objeto” (Nasio, 1996, pág. 71).

El Complejo de Edipo

Previamente se mencionó que para el psicoanálisis el padre y la madre no son la persona en sí, sino la función y que la familia se constituye por dichas funciones basándose en la ley del Complejo de Edipo. A continuación se explicará cómo esta ley influye en el proceso de la construcción psíquica.

La psicoanalista Raquel Soifer (1994), quien se basa en los estudios de Freud, menciona que el Complejo de Edipo se suscita en el niño alrededor de los tres años de edad. Del mismo, menciona que se trata de “tendencias incestuosas hacia ambos progenitores y de los sentimientos de odio y rivalidad con ellos y con los hermanos” (pág. 35).

Siguiendo a Freud mediante un texto elaborado por la Dra. Vega (2015) se menciona que Freud describió el Complejo de Edipo a partir del mito de Edipo Rey, para explicar la rivalidad del niño hacia su padre y en el caso de la niña, hacia la madre. Vega (2015) continuará mencionando que Freud manifiesta que desde que nace, el niño tiene dependencia a la madre, considerándola parte de él. Por esta razón, empieza a tener sentimientos de rivalidad hacia el padre (págs. 2-3)

De acuerdo a lo mencionado, se podría decir que el niño, al estar estrechamente relacionado con la madre y depositando en ella todos sus sentimientos de ternura; se apropia de ella negándosela al resto, sobretodo al padre. Evidenciando sentimientos de hostilidad y celos hacia él,

empezando una competencia por el cariño de la madre. Por otro lado, en el caso de la niña el Complejo de Edipo se evidencia de otra manera.

La niña ve a la madre como su rival debido a que “estorba su vínculo de ternura con el padre y ocupa un lugar que ella muy bien podría llenar” (Freud, citado por Vega, 2015, p. 3). Dicho de otra manera, la niña ya no está más ligada a la madre, su objeto de amor se ha volcado completamente hacia el padre.

El Complejo de Edipo, el cual ocurre en esta etapa, es retomado en la adolescencia para establecer la diferencia de la posición femenina y masculina (Vega, 2015, pág. 3). De la misma manera, Ortega & Pedroza (2013) mencionan que “en el sujeto, el Complejo de Edipo sigue rigiendo eternamente su existencia y su relación con el mundo, independientemente de cómo se intenta resolver” (pág. 35).

En dicha etapa del niño, interviene un cuarto elemento importante al cual se lo denomina falo pero ¿qué papel tiene el falo en el Complejo de Edipo? Se dijo que existe una rivalidad entre el niño hacia el padre y la niña hacia la madre; en la cual el falo es la causa primordial de dicha rivalidad porque es considerada como una “fase de evolución de la libido en ambos sexos, ocupa un lugar central, en la medida en que es correlativa del complejo de castración e impone el planteamiento y resolución del Complejo de Edipo” (Laplanche & Pontalis, 1996, pág. 137)

Entonces, el falo según Moraga (2013, pág. 2):

Cumple la función del Uno –trascendente, universal– que introduce la carencia en el deseo imponiendo a la disyunción entre los sexos un sentido absoluto: hace del varoncito un temeroso de perder, y de la niña, una envidiosa. Identifica la castración y la edipización, pues aquella es su coronación.

Por otro lado, Ortega & Pedroza afirman que:

A partir de la primacía del falo, el sujeto organiza al mundo en dos: lo que es activo y lo que es pasivo; es decir, entre los objetos o seres

con pene y los que no lo tienen, sin identificar hasta la pubertad, entre lo masculino y lo femenino. (2013, pág. 33)

En dicho punto se menciona sobre el Complejo de Castración lo cual se relaciona con el Complejo de Edipo y es importante su explicación, ya que luego de la lucha edípica entre niño y niña, quedarán huellas que más adelante saldrán a la luz tras empezar a relacionarse con los otros, y lo más importante; reconocerse como masculino o femenino.

Ortega & Pedroza (2013) mencionan que a medida en que Freud trata el Complejo de Edipo, va introduciéndose al Complejo de Castración, también llamado Amenaza de Castración; proceso el cual se va tratar de resolver el Complejo de Edipo (pág. 33). Cuando se habla de Castración se quiere decir que se teme perder el falo o se lo envidia. En el caso del niño, existe el miedo a la pérdida debido a que ha sido el padre quien le ha provisto del falo y se da cuenta que la niña no lo posee, descubriendo que “al menos un ser está provisto del pene” (Lander, 2002, pág. 2). Dicha situación es la que provoca que el niño sienta temor de perder el falo, temor a la pérdida, a la castración. Hay que tener en cuenta que como todo proceso psíquico, el Complejo de Castración es un proceso inconsciente.

El objetivo primordial del Complejo de Castración, según Nasio (1996), es que mediante este proceso inconsciente el sujeto logrará afirmar su identidad sexual, se reconocerá y logrará diferenciar la constitución física de los cuerpos, sin embargo este proceso será causa de angustia en el niño ya que se dará cuenta y aceptará la presencia del pene y su imposibilidad de “concretar sus intensos deseos dirigidos a la madre” (pág. 15).

De la misma manera en que el Complejo de Edipo se manifiesta de un modo diferente en el niño como en la niña, el Complejo de Castración también lo hace. El Complejo de Castración para ambos sexos, Nasio (1996) lo ha descrito en cuatro tiempos los cuales serán desarrolladas a continuación.

El primer tiempo el autor lo denomina como “todo el mundo tiene un pene” (Nasio, 1996, pág. 16) a lo cual se refiere a que para el niño no hay

diferencia de sexos ya que todos poseen pene. Este momento es crucial en este proceso ya que cuando el niño se sitúa ante la madre, hermana o alguna otra mujer, se angustiará al saber que no posee pene lo cual lo ha creído universal ya que posiblemente a él también se lo priven de éste (págs. 16-17).

En el segundo tiempo ya el pene estará amanezado y lleva al niño a terminar con la etapa autoerótica y a declinar de sus fantasmas incestuosos. Entonces el niño se sentirá amenazado de que sea privado de su pene si continúa con su práctica autoerótica pero lo que más le preocuparía al niño es que no logrará estar en el lugar del padre y no poseer el objeto amado que es la madre; es de esa manera en que el padre mediante sus avisos verbales da origen al superyó del niño (Nasio, 1996, pág. 17).

El segundo tiempo del Complejo de Castración será superado en la medida que sea superado el tercer tiempo. El tercer tiempo es cuando el niño visualiza la anatomía femenina; sin embargo en lo que el niño se fija en esa situación es la falta de pene en la mujer. Debido a la posición narcisista del niño con respecto al pene, no puede consolidar la idea de que hay seres que no lo tengan; en ese caso el niño se creará la fantasía de que “la niña tiene un pene todavía chiquito, pero va a crecer” (Nasio, 1996, págs. 17-18).

Por último, en el cuarto tiempo del Complejo de Castración en el niño, éste se dará cuenta que la madre está castrada lo cual provocará un conocimiento de que las mujeres vía la madre realmente no poseen pene. No obstante, para que surga el Complejo de Castración propiamente dicho, es necesaria “la visión de la ausencia de pene en la mujer por una parte, y la evocación auditiva de las amenazas verbales parentales por otra” (Nasio, 1996, págs. 18-19).

Cuando el niño pasa por el Complejo de Castración decide salvaguardar su pene declinando al amor incestuoso hacia la madre mediante el reconocimiento de la ley paterna. De esta manera es como finaliza la etapa del Complejo de Edipo y se afirma la primera posición sexual en el niño, en

este caso masculina. Pero ¿qué sucede en la niña? ¿cómo afirma su primera posición sexual femenina?

Para la niña el Complejo de Castración ocurre de una manera diferente al niño pero hay ciertas características que son similares a las del niño, el primero es que todo el mundo posee pene. Otra característica igual es la función que desempeña la madre en este proceso; en el caso del niño, éste es separado de la madre con angustia, mientras que en la niña se da con odio pero lo importante del Complejo de Castración es la separación de la madre (Nasio, 1996, pág. 20).

Nasio (1996) menciona ciertas diferencias primordiales entre el Complejo de Castración en el niño y en la niña; es que en el caso de la niña se pronuncia el amor hacia el padre por lo cual se afirma que “el Edipo en la mujer se inicia con la castración pero no se termina con ésta” (pág. 21) como lo es con el niño. El autor menciona que el odio que la niña siente hacia la madre, es un odio que ha sido reprimido por un acontecimiento pasado, cuando ésta es separada del seno materno.

De acuerdo a los tiempos del Complejo de Castración de la niña, en el primer tiempo no hay conocimiento de la diferencia de sexos ya que cree que todos poseen pene sin embargo en la niña, el clítoris ocupará el lugar del pene y le atribuye tanta importancia como el niño al pene. En el segundo tiempo, mediante el juego o la observación del órgano sexual masculino, la niña reconoce que no posee un verdadero pene y acepta el ser castrada sin embargo, dicha aceptación provoca en la niña el deseo de tenerlo (Nasio, 1996, págs. 22-23).

En el tercer tiempo del Complejo de Castración en la niña, Nasio (1996) menciona que mediante la aceptación de no tener pene, la niña se da cuenta que la madre también está castrada por lo cual tiene sentimientos hostiles y de odio hacia ella, otorgándole la culpa de haber sido castrada y sobre todo por no haberle dado las herramientas necesarias para valorar su cuerpo femenino; proceso por el cual la niña decide que su objeto de amor será el

padre (pág. 23). En el caso de la niña se pueden dar tres salidas del Complejo de Castración (págs. 24-25-26):

1. La niña se angustia por su diferencia anatómica con el niño alejándose de la rivalidad con él y no hay envidia del pene.
2. La niña no acepta el estar castrada y cree que algún día podrá poseer el pene. Sin embargo, esta segunda salida del Complejo de Castración se lo podría denominar con complejo de masculinidad en la mujer al aferrarse al hecho de que su clítoris es un pene pero pequeño y que llegará a tener uno como el hombre.
3. La niña asume definitivamente que está castrada por lo cual se da el cambio de objeto de amor de la madre al padre y es entonces que se empieza el Complejo de Edipo femenino el cual permanecerá durante la vida de la mujer. Así mismo, se da un cambio de zona erógena, del clítoris a la vagina; por lo cual la mujer gozaría del pene en el coito. Por último, la mujer tendría ya el deseo tener un hijo, ya no quiere más acoger en ella un órgano peniano sino que ya quiere ser madre.

Conceptos fundamentales en Lacan

Así como se especificaron ciertos conceptos fundamentales para Freud, es necesario tomar en cuenta cómo Lacan introduce otros elementos los cuales intervienen en la estructuración psíquica del niño. Dichos elementos son: Estadio del Espejo, Nombre del Padre (NdP) y Metáfora Paterna (MP).

El Estadio del Espejo

Los psicoanalistas Alberto Marchilli, Eduardo Carbajal y Rinty D'Angelo, elaboran un estudio sobre el Estadio del Espejo en su obra "*Introducción a Lacan*", mencionando que esta etapa se la podría situar a partir de los 6 meses de edad del niño hasta los 18 meses, en la cual se ubica frente al espejo para lograr ver su imagen completa, sin embargo en un primer momento no lo logra y es vista de manera fragmentada; lo cual llegaría a causar cierta tensión. Dicha tensión impulsa al niño a tratar de organizar esa fragmentación y tratar de verse por completo (Marchilli, Carbajal, & D'Angelo, 2006, págs. 90-91).

De acuerdo a dicho proceso, leyendo a Lacan a través de Marchilli et al (2006), afirma que es un cambio por el cual el sujeto pasa para poder asumir su imagen como propia. Pero en este proceso no interviene solo el niño sino

que el Deseo de la Madre es un elemento esencial ya que es ese Otro fundamental que sostendrá la mirada del niño frente el espejo. El deseo de la madre permitirá dar lugar de falo imaginario como la imagen a la cual el niño se identificará (pág. 91).

El psicoanalista Jacques Lacan, en su obra "*Escritos*", menciona que el niño de una manera lúdica mediante gestos o por movimientos propios y que también pueden venir del exterior, va asumiendo su imagen y reconociendo su propio cuerpo con la ayuda de las personas y objetos que están a su alrededor (2005, pág. 86). Por otro lado, Lacan (2005) nombra al Estadio del Espejo como un proceso de identificación ya que es cuando el niño va asumiendo su imagen y sitúando las instancias del yo.

En otras palabras, el niño en un primer momento se observa despedazado, como piezas sueltas al ubicarse frente al espejo; entonces es dicha función y mediante la ayuda de la madre y otros elementos, que podrá construir una imagen y tomarla como propia. La función del Estadio del Espejo permitirá que el niño ya no se encuentre alienado a la madre sino que ya se vaya relacionando con el mundo por sí solo.

El Nombre del Padre

De acuerdo al Nombre del Padre, Solano (1993) menciona que dicha función es la que opera dentro de la familia ya que "se inscribe como significante en el lugar en que en el Otro no hay ningún significante" (pág. 19); es decir que mediante el significante que le es dado al niño mediante el Nombre del Padre, podrá establecer la diferenciación de sexos. Así mismo, la autora menciona que el Nombre del Padre aparte de ser una función, es un significante el cual nombra al niño lo cual le permitirá interseder entre él y su madre. Es decir, en un primer momento la madre es quien responde a todas las demandas del niño, provocando que el niño se cuestione acerca del deseo de ella (Solano E. , 1993, pág. 20).

En ese momento en el que interviene el Nombre del Padre, para tratar de dar respuestas ante dicho cuestionamiento y a su vez apaciguar a esa madre que todo le daba al niño, entonces el significante Nombre del Padre es una ley que “hace valer una autoridad, autoridad en el lugar representado por el padre” (Solano E. , 1993, pág. 21).

Por otro lado, el psicoanalista Joel Dör, en su libro *El padre y su función en psicoanálisis*, menciona que el Nombre del Padre es una función simbólica la cual puede ser cumplida por una persona de cualquier sexo, no necesariamente el padre propiamente dicho. Así mismo, el autor explica la función del Nombre del Padre mediante una metáfora en la cual lo ubica como “el embajador representa a su gobierno ante el extranjero a fin de asumir la función de negociar allí toda las operaciones correspondientes” (Dör, 1998, pág. 12); refiriéndose como extranjero a la relación madre e hijo.

Sin embargo no cualquiera podrá cumplir con el papel de embajador en esa relación dual madre-hijo. Dicha función se cumple en tanto que se le permita hacer, en este caso la madre es quien debería permitir que la función paterna actúe sobre el niño. De acuerdo a dicha negociación de las operaciones correspondientes se refiere a que el significante Nombre del Padre, como padre simbólico, es quien se encarga de la prohibición del incesto; es decir, que interviene como un tercer elemento en dicha dualidad, separando a el niño del Deseo Materno. De esta manera, estos tres elementos: padre, madre e hijo, incluyendo un cuarto que es el falo; son los actores principales que intervienen en el Complejo de Edipo lo cual ha sido explicado anteriormente (Dör, 1998, págs. 13-14).

Continuando con el Nombre del Padre de Lacan, Mazzoni (2014) menciona que el Nombre del Padre es un significante que no necesita de un padre real para que cumpla su función, sino que dicha función puede ser cumplida por un tío, abuelo, madre o alguna otra persona capaz de cumplirla (pág. 167). Sin embargo, el padre no cumplirá su función solo sino que necesitará que el

Otro permita que sea cumplida “el sujeto de alguna manera tiene que consentir al Nombre del Padre; tragarse su impostura” (pág. 168).

Metáfora Paterna

En la medida que Mazzoni (2014) describe el significante del Nombre del Padre, introduce el tema de la Metáfora Paterna afirmando que es mediante dicha metáfora que se accede a dicho significante. En la Metáfora Paterna es también importante la relación triangular padre-madre-hijo, donde el sujeto se forma por los significantes que le son otorgados por el Otro. Pero en dicha triangulación el sujeto no es ninguno de esos tres elementos sino que interviene un cuarto elemento: el falo. El falo es quien se desarrolla por dichos significantes (pág. 169).

Referente al falo, Mazzoni (2014) menciona que el falo, en el Complejo de Edipo, es donde el sujeto se identifica; o sea el “falo imaginario de la madre” (pág. 172), a pesar que ella no lo tenga, el sujeto va a identificarse a éste. Para una mejor explicación de la Metáfora Paterna se ha formulado una operación en la cual se encuentra “un significante (NdP) sobre otro Significante (DM) y un significante (DM) sobre un enigma (X)” (pág. 171); operación en la cual dos de esos elementos deberán ser suprimidos, de tal manera que la Metáfora Paterna pueda crearle un sentido a ese enigma (pág. 172).

A ese enigma que le ha dado sentido mediante la Metáfora Paterna se lo denomina como significación fálica la cual permitirá que se ubique al falo como Deseo de la Madre. Dicha significación fálica también intervendrá en la regulación del goce y como orientación en la sexualidad; en otras palabras la significación fálica es “un ordenador de significaciones” (Mazzoni, 2014, págs. 172-173).

Al igual que Freud, Lacan elabora los tiempos del Edipo para poder entender de mejor manera cuando el niño es ubicado como falo de la madre. A lo largo de la explicación del Complejo de Edipo según Freud se menciona al

pene como el punto de partida de la rivalidad entre el niño y su madre; sin embargo Lacan, denominará a dicho término como falo. Mazzoni (2014) menciona que para Lacan son tres tiempos del Edipo los que se manifiestan en la medida que se esté operando la Metáfora Paterna. De acuerdo al primer tiempo dirá que el niño se identifica como el objeto de Deseo de la Madre, a lo cual anteriormente se lo mencionó como la significación fálica (pág. 174).

A pesar de que el padre no interviene en ese primer tiempo, es necesaria su presencia para que el niño lo ubique como el objeto del Deseo de la Madre; sin embargo la madre es quien se encarga de permitir o no que el padre cumpla su función ya que más adelante será el Nombre del Padre quien sustituya el lugar de la madre. Así mismo, el niño deberá aceptar ser el objeto del Deseo de la Madre para que se cumpla el proceso de subjetivación (Mazzoni, 2014, págs. 176-178).

Es necesario que la posición en la cual el niño se ubica como objeto del Deseo de la Madre no sea prolongada más de lo debido; es entonces en que en este segundo tiempo entra el padre, obstaculizando la identificación permanente del niño como objeto de Deseo de la Madre. En este tiempo se conoce al padre como un padre que priva, que prohíbe. Debido a que la madre no posee falo, no se la puede castrar sino que “la priva de que se trague al niño, a ese niño que está identificado con su deseo, deseo de falo” (Mazzoni, 2014, págs. 178-179).

Por último, el tercer tiempo no se aleja mucho del segundo; sin embargo es el tiempo en el cual el padre separa por completo al niño de su madre, permitiendo que no sea más objeto de Deseo de la Madre y que así pueda poseer su propio deseo. Además, es ahora que el padre que cumple la función de dar y prometer para el futuro. A pesar de que en el segundo tiempo se ubica a un padre que priva e intruce un no, pues en este tiempo será un padre que permite; que de algún modo en su prohibición, da permiso (Mazzoni, 2014, págs. 180-181).

CAPÍTULO II: EL NIÑO DESDE LA CLÍNICA ESTRUCTURAL

Una vez explicada la estructuración psíquica del niño y cómo interviene la familia en la misma, en el presente capítulo se definirá la posición del niño en la neurosis y en la psicosis de tal manera que se logre abordar el modo en el que los delirios se presentan en ambas estructuras.

La posición del niño en la neurosis

Lacan (2010) en su texto sobre *Dos notas sobre el niño*, menciona que el síntoma del niño responde a lo sintomático de la pareja parental, representando la verdad de su situación familiar (pág. 55). De acuerdo a dicho contexto, el psicoanalista Mario Elkin, realiza un estudio sobre lo descrito por Lacan en dicho texto; retomando que la estructura familiar es algo sintomática, provocando que el síntoma del niño responde al síntoma de su dinámica familiar (Elkin, 2003, pág. 26).

De acuerdo a dicha afirmación, Elkin (2003) menciona “que el niño venga en el lugar del síntoma, le da un carácter de sustitución, de metáfora” (pág. 26) dando al niño el lugar de metáfora; es decir, que dicho síntoma representa una verdad, una verdad subjetiva la cual surge de la cadena de significantes y no se la puede decir por completo (pág. 26).

El autor añade que el niño al ser el síntoma de la pareja parental y dar cuenta de su verdad, le permite tener un lugar en la escritura de la Metáfora Paterna en la cual lo ubica como X, siendo síntoma del Deseo de la Madre en la medida que esté articulado al Nombre del Padre. Anteriormente se mencionó que el niño ocuparía el lugar de ser el síntoma de la pareja parental siendo metáfora, y dicha afirmación tiene sentido debido a que está ubicado en la Metáfora Paterna. Dicha metáfora permite que el niño no esté estrechamente relacionado con del Deseo de la Madre ya que es donde interviene el Nombre del Padre quien “media, prohíbe e interviene en esa relación” (Elkin, 2003, págs. 31-32).

El decir que el niño represente el síntoma como respuesta de la relación parental, es decir que ya está eligiendo su propia respuesta, en este caso la neurosis. De acuerdo a dicha estructura, Elkin (2003) menciona que “la neurosis resulta de la elección de una respuesta en términos de represión. Ella consiste en que el sujeto se niega a identificarse al significante que lo representa para otro significante” (pág. 34).

Haciendo referencia a otro autor sobre el síntoma del niño, menciona que cuando se habla cómo se posiciona el niño en la neurosis, se dice que el síntoma es clave en dicha etapa de estructuración. Para Solano (1993) el síntoma revela lo que está oculto en el sujeto, sin embargo dicha realidad oculta se refiere a una realidad sexual. Así mismo, Solano, haciendo referencia a lecturas lacanianas, menciona que el síntoma del niño depende del tipo del padre y madre que tiene, responde a los síntomas de la estructura familiar, representando una verdad (págs. 58-61).

La posición del niño en la psicosis

Se mencionó que en la neurosis el niño se posiciona como síntoma de la pareja parental, pero ¿en la psicosis de qué manera lo hace? Lacan (2010) menciona que “la articulación se reduce en mucho cuando el síntoma que viene a dominar resulta de la subjetividad de la madre” (pág. 55) es decir, no hay una mediación entre el Deseo de Madre y el niño, no hay un Nombre del Padre que regule dicha relación. Provocando que el niño se posicione como objeto del Deseo de la Madre (pág. 56)

De acuerdo a lo elaborado por Lacan, Elkin (2003) menciona que así como el niño se posiciona en la neurosis como síntoma de la pareja parental, en el caso de la psicosis se ubica como “objeto en el fantasma de la madre” (pág. 34). En esta estructura, el niño estará estrechamente relacionado con la madre, dependiendo de ella, de su subjetividad; en la psicosis, el padre ya no intervendrá en la relación dual madre-hijo haciendo una separación, sino que le tocará intervenir mediante el Deseo de la Madre (pág. 35).

En el caso de la neurosis era la familia la que determinaba el síntoma del niño, pero en la psicosis esa condición dependerá de la madre. La madre intervendrá con su subjetividad dejando al niño como objeto de su fantasma; siendo el fantasma psicótico, el fantasma del Otro, al Deseo de la Madre. Ante esto, es necesario recalcar que el Nombre del Padre es excluido de dicha relación madre-hijo. En este caso, la Metáfora Paterna no será mediadora entre dichos elementos (Elkin, 2003, págs. 37-38).

A dicha cuestión de la exclusión del Nombre del Padre se lo ha denominado como forclusión, refiriéndose a que se niega el significante del Nombre del Padre. Dicho significante, dice el autor, nunca estuvo presente en la cadena de significantes del sujeto. Por dicha forclusión en la estructura psicótica, el niño no estará dentro del discurso, así como la afectada relación del sujeto con el goce, ubicándose como objeto del goce de la madre (Elkin, 2003, pág. 39).

Por otro lado, el niño posicionado en la estructura psicótica no estaría en la cadena de significantes, debido a que la forclusión del significante primordial del Nombre del Padre, estaría obstaculizando el ingreso del niño a su representación simbólica; y debido a que el niño estará estructurado bajo el goce de la madre, su elección estructural será la psicosis.

Desde la psicoterapia con orientación psicoanalítica es necesario estar seguros de la estructura psíquica del sujeto para llevar a cabo un tratamiento propiamente dicho, por tal razón se ha creado una categoría clínica la cual definirá los criterios que se debe tomar para diagnosticar a un sujeto como un psicótico que no ha desencadenado. A dichos criterios se los ha denominado fenómenos elementales, los cuales podrían no estar presentes en el momento del análisis pero pudieron presentarse en el pasado del sujeto (Miller, 2013, pág. 24).

Según Miller (2013, págs. 24-25) son tres los fenómenos elementales los cuales se los definirá a continuación:

1. *Fenómenos de automatismo mental*: irrupción de voces del discurso de otros. Se evidencian en la psicosis desencadenada pero puede estar presente, de manera silenciosa, durante un largo periodo de tiempo con una o dos irrupciones en la infancia o adolescencia, quedando más tarde encubierto.
2. *Fenómenos que conciernen con el cuerpo*: fenómenos de despedazamiento, de separación, de extrañeza, con relación al propio cuerpo. También se presenta la distorción corporal, de la percepción del tiempo o de dislocamiento espacial.
3. *Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad*: el paciente manifiesta testimonios de experiencias inefables, inexpresables o de experiencias absolutas; con respecto a la identidad, hostilidad de un extraño.

Presencia de delirios en ambas estructuras

De acuerdo a la experiencia obtenida durante las prácticas realizadas en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se pudo llegar a conocer que la familia es primordial en la estructuración psíquica del niño. Sin embargo, a lo largo del tiempo la familia se ha ido transformando, provocando hogares disfuncionales los cuales no tienen una relación estable. Se mencionó también que los hijos son síntoma de los padres, por lo tanto si ellos no encuentran la manera correcta de cumplir su función, el niño se encontrará en una problemática subjetiva.

Así mismo, mediante las entrevistas realizadas a los familiares de los pacientes, se pudo dar a conocer que debido a los grandes avances que se han dado a nivel social, se ha descuidado un poco la institución familia. Muchos padres y madres optan por cumplir largas jornadas laborales dejando a sus hijos a cargo de cuidadoras o algún familiar. A partir de dicha situación, deciden llenar a sus hijos de regalos para cubrir su falta a diario pero no se tiene conciencia del gran daño subjetivo que pueden ocasionar en los niños.

Por dicha razón, las funciones fundamentales que ayudarán a configurar la subjetividad en los niños están hoy en día transmitiendo sus legados a medias o de manera endeble. Dichas situaciones conllevan a que cada vez existan más niños con subjetividades precarias, evidenciándose de este

modo casos de psicosis o de neurosis; entre ellas la histeria, un tanto más extrañas.

Cuando se habla de psicosis; como se mencionó anteriormente, algo en dicha estructura está forcluído; que es el significante primordial Nombre del Padre. Para que dicho significante cumpla su función en el sujeto, se deberá pasar por un complejo proceso, explicado anteriormente. Sin embargo; como dicho significante está forcluído, el sujeto psicótico no tendrá un reconocimiento de su imagen y llegará a presentar una serie de delirios que retornan a situaciones de su infancia; ante dicha imagen el sujeto presentará sentimientos contradictorios, o estará encantado con esa doble imagen que representa su ideal o la odia hasta volverse persecutoria (Calva & Andrade, 2014, pág. 43).

Calva y Andrade (2014) mencionan que para el psicótico, los delirios le permitirán defenderse de un Otro que lo encuentra amenazante; debido a la forclusión que se da del Nombre del Padre en dicha estructura, el sujeto psicótico no podrá darle un tratamiento a lo Real por el lado de lo simbólico. Los delirios de la psicosis que son de tipo paranoico y de erotomanía, ante la negación del “Ella o Él me ama”. Otra de las características de dichos delirios, es la certeza que el psicótico presenta para estar seguro de que el Otro gozará de él (pág. 44).

De acuerdo a los delirios en la histeria, cabe mencionar que el Nombre del Padre no está totalmente forcluído sino que será endeble. Por dicha razón en la histeria, o más bien en la *locura histérica*, los delirios son momentáneos y están constituidos por un síntoma lo cual genera angustia. Los delirios en la *locura histeria* permitirán conocer, mediante los mecanismos de desplazamiento y condensación, que el contenido sexual está reprimido, lo cual habría que interpretarlo en el trabajo analítico mediante la re-identificación donde “utilizará objetos externos que le funcionan imaginariamente frente a su angustia para volver a sentir una sensación de completud” (Calva & Andrade, 2014, págs. 43-44).

CAPÍTULO III: LA PSICOSIS COMO ENTIDAD CLÍNICA EN LA MEDICINA PSIQUIÁTRICA Y EL PSICOANÁLISIS

Luego de la explicación de la forma en que se posiciona el niño en la neurosis y psicosis, es preciso continuar con la especificidad de la psicosis desde el punto de vista de la medicina psiquiátrica y el psicoanálisis, para que de esta forma se pueda conocer la diferencia que se tiene de la misma en ambas perspectivas. Así mismo, se realizó una entrevista dirigida a la Dra. Catina Solano Mosquea, psiquiatra infantil, sobre la manera en que es considerada la psicosis infantil para dicha rama de la medicina.

Historicidad paradigmática de las enfermedades mentales y la psicosis desde la psiquiatría al psicoanálisis

A lo largo de la historia los pacientes con diversos tipos de enfermedades mentales eran tratados exclusivamente por la psiquiatría la cual se ha basado durante décadas en un manual el cual contiene una larga lista de dichas enfermedades con que se etiqueta a cada paciente. Ante lo cual Sotelo (2010) menciona “la psiquiatría clásica se presta al manual sólido, la química farmacológica actual no permite que el síntoma siga su curso de la misma manera” (pág. 21).

El concepto de enfermedad mental ha ido cambiando a lo largo del tiempo, se la ha considerado parte de la magia, la religión, el embrujo, posesiones demoníacas o incluso parte de las neurociencias. En el año de 1793 las enfermedades mentales eran conocidas como locura y correspondían a la medicina. (Sotelo, 2010, págs. 22-25). Sin embargo, al pasar de los años el psicoanálisis ha ganado campo en el tema de las enfermedades mentales; por ende de la psicosis. Por lo cual se han creado paradigmas para poder entender de mejor manera cómo se pasó del entendimiento de las mismas desde la psiquiatría al psicoanálisis.

Sotelo (2010), menciona que en el primer paradigma la locura se manifestaba de distintas maneras por lo cual, a dicha época se la denominó “*alienación mental*”. Dicha denominación se debía a que la enfermedad mental que el sujeto padecía se la consideraba como una enfermedad única que correspondía a una serie de síntomas pero solo se tomaba en cuenta el más sobresaliente. Para el tratamiento de la enfermedad mental en esta primera época se realizaba el tratamiento moral; mediante el cual se internaba y aislaba al sujeto. Dicho tratamiento tenía como objetivo “cambiar el círculo vicioso de las ideas del alienado” (págs. 25-27). Así mismo, se consideraba que existían cuatro especies de locura:

La manía: definida como un delirio generalizado ya que cubren todos los objetos del mundo que rodean al sujeto y están perturbadas todas las funciones del entendimiento. También se considera la manía sin delirio, en la cual las funciones del entendimiento están intactas pero la afectividad y exaltación están alteradas.

La melancolía: el delirio se encuentra limitado hacia un objeto particular y las facultades mentales están preservadas.

La demencia o abolición del pensamiento: se presenta incoherente, con desorden y destrucción de la capacidad de síntesis.

El idiotismo: supresión más o menos completa de las facultades intelectuales y afectivas. (Sotelo, 2010, pág. 26)

Sotelo, quien se basa en estudios realizados por Pinel, señala que existen tres causas por las cuales se concibe la enfermedad mental o también llamada perturbación de las funciones intelectuales. La primera de las causas es la causa física, la cual se produce por un traumatismo; la causa hereditaria y la causa moral, la cual se la conoce como aquella que afecta lo psíquico, provocando perturbaciones en las pasiones que provocan irregularidades en el modo de vida del sujeto (Pinel, citado por Sotelo, 2010, págs. 26-27).

Antes de continuar con el siguiente paradigma, se considera importante mencionar que para pasar de un paradigma a otro es necesario que el paradigma que se antepone al siguiente entrará en crisis con el fin de que se formulen más saberes que respondan a interrogantes planteados. Dicho proceso será variable de tal manera que permitirá el avance de la ciencia, es

decir sostendrá esta lógica de que un nuevo paradigma contestará lo que el anterior no pudo (Sotelo, 2010, pág. 23).

Continuando con los paradigmas de la psiquiatría, el primero entra en crisis debido a que se consideró que no se debería tratar de una enfermedad mental con diversos síntomas sino que se debería tratar de varias enfermedades mentales. De esta manera surge el segundo paradigma llamado "*las enfermedades mentales*" (Sotelo, 2010, pág. 27).

Según Sotelo (2010) en dicho paradigma se consideró que la enfermedad mental podría tener su origen en la meningitis crónica y que evolucionaría en tres niveles: delirio monomaniaco con exaltación, delirio maniaco general con agitación y demencia. Además, en este paradigma ya se tomarán en cuenta los síntomas secundarios de la enfermedad mental para lograr su diferenciación. De esta manera se instaura la importancia de la evaluación diagnóstica (págs. 28-29).

Lo que causará la crisis en el segundo paradigma será el aumento de los enfermos mentales lo cual hará difícil su orden; así como el nacimiento de la teoría de Sigmund Freud la cual influirá en la psiquiatría por lo cual se originará el tercer paradigma al cual se lo denominará "*las grandes estructuras psicopatológicas*". Dicho paradigma afirma que la psiquiatría pasaría a segundo plano en el tema de las enfermedades mentales, siendo solo parte de la medicina, y que solo apuntará a un diagnóstico y un tratamiento (Sotelo, 2010, págs. 30-31)

Años después se consideró que el psicoanálisis surge de la psiquiatría pero a su vez se separa de ella. No obstante, se mantiene que la psiquiatría se fundamenta en el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad mental y que no va más allá de los síntomas del paciente. A pesar de aquello, uno de los pioneros del psicoanálisis, como Sigmund Freud, trató de determinar las diferencias entre psiquiatría y psicoanálisis llegando a la conclusión de que

el psiquiatra es quien se opone al psicoanálisis mas no la psiquiatría como tal (Sotelo, 2010, págs. 34-35).

Es de esta manera que surge un otro paradigma, el lacaniano, basándose solamente en el psicoanálisis con una orientación lacaniana en base a las obras de Freud. En dicho paradigma se distinguirán dos estructuras: la neurosis y la psicosis. Para Freud lo fundamental serán los mecanismos de la formación del síntoma para distinguir cierta patología; a lo cual se sumará la teoría de la libido a lo cual Lacan se referirá como goce (Sotelo, 2010, págs. 36-37):

Así el psicoanálisis va más allá del plano meramente descriptivo de los síntomas. La hipocondría, el lenguaje de órgano, las alucinaciones y las distintas formas de delirio no se agotan en un plano descriptivo o formal, sino que son modos, nombres del goce y sus elaboraciones en las psicosis. (Godoy, citado por Sotelo, 2010, pág. 37)

La psicosis desde la perspectiva de una psiquiatra: Entrevista a la Dra. Catina Solano Mosquera

Para el desarrollo del presente tema se realizó una entrevista dirigida a la Dra. Catina Solano Mosquera, psiquiatra infantil y jefa de departamento de Higiene y salud mental del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Solano (2015) menciona que para la psiquiatría, la psicosis es considerada como un trastorno mental o enfermedad mental, lo cual va a obstruir el nivel de funcionalidad del paciente. Así mismo, menciona que en dicha rama no se habla de psicosis infantil como tal, sin embargo tomarán ciertos síntomas de esta entidad los cuales ayudarán a esclarecer el posible desarrollo de una psicosis en el futuro. Añade que un trastorno obsesivo compulsivo podría confundirse con un cuadro psicótico ya que sus síntomas infieren en su nivel de vida

Por otro lado, Solano (2015) añade que desde la psiquiatría se clasifica por trastornos y que dentro de su formación no consta la psicosis infantil como uno de ellos. Sin embargo, aclara que hay criterios que se toman de la psicosis para poder dar un diagnóstico del paciente pero no se lo diagnostica

como tal. Así mismo menciona que hay ciertas patologías que en la cotidianidad pueden ser confundidas con la psicosis, el autismo es una de estas patologías. Empero, añade que hay ciertas razones científicas que llevan al niño a dicho diagnóstico, como el sufrimiento de la madre en el embarazo lo cual lleva a liberación excesiva de cortisol, produciendo deterioro a nivel de las áreas afectivas. El abandono por parte de las madres es otra de las razones por la cual se podría producir el autismo, sin embargo precisa que no se lo diagnostica como una psicosis.

Otra de las causas que podría desencadenar síntomas en el niño parecidos al autismo o a la psicosis es la larga hospitalización del mismo a temprana edad, lo cual lleva a que se depriman, sin embargo Solano (2015) menciona que esa no es una razón de peso para ser diagnosticado como autista o psicótico. Añade que los pacientes neurológicos por ejemplo aquellos con cuadros de crisis convulsivas hospitalizados desde temprana edad también se los confunde con dichas patologías. Ante esto, menciona que se valora mucho el trabajo en equipo con otros especialistas para llegar a un diagnóstico diferencial adecuado del niño.

Por otro lado, Solano (2015) menciona que los trastornos bipolares podrían también confundirse con la psicosis. Dicho trastorno podría ser desencadenado ya que dichos pacientes tienen menor regulación a nivel del temperamento, estos niños que hacen berrinches, no tienen autocontrol. Así mismo, añade que a pesar de presentar dichos síntomas, cualquier situación reactiva provocaría un rápido desencadenamiento; sin embargo, mediante una resonancia se podría confirmar una hiper-funcionalidad de ciertas áreas del cerebro lo cual provoca una enfermedad mental.

De acuerdo a los factores que inciden para el posible desencadenamiento en una psicosis, Solano (2015) afirma que la familia es una de las principales causas, el ambiente en el cual el sujeto vive, el cual podría ser nocivo lo cual provocaría gran nivel de estrés y liberación de cortisol. Agrega que los padres actualmente están fallando en la disciplina de sus hijos, siendo más

complacientes y haciéndose presentes mediante detalles debido a las ausencias por sus trabajos; provocando un desborde en el niño sin nadie quien lo pueda sostener.

Por último, Solano (2015) menciona que hay el temor de los padres a que el niño tenga cierta condición, muchas veces saben manejar la falta física y no la emocional. Los padres insisten que sus hijos tienen que salir adelante pero debido a su condición, el niño no tiene los recursos necesarios para hacerlo. En la actualidad no hay conciencia clara de que la salud mental y la salud física deben ir de la mano.

Distinción del diagnóstico de la psicosis en psiquiatría y en psicoanálisis

Anteriormente se mencionó la existencia de un manual el cual describe una serie de enfermedades mentales con sus criterios diagnósticos respectivos. Dicho manual es el denominado DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*), creado y aplicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Según dicho manual:

Los criterios para el trastorno esquizotípico de la personalidad se pueden encontrar en el capítulo “Los trastornos de personalidad”. Debido a que este trastorno se considera parte del espectro de la esquizofrenia de los trastornos , y se etiqueta en esta sección de la CIE- 9 y la CIE- 10 como el trastorno esquizotípico , que aparece en este capítulo , y los criterios se presentan en el capítulo “Trastornos de la Personalidad”. (American Psychiatric Association, 2013, pág. 45)

Los criterios para establecer la existencia de una psicosis en un paciente según el manual DSM son:

Trastorno psicótico breve:

- A. La presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas. Al menos uno de estos deber ser (1), (2), o (3):
 1. Ilusiones.
 2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (por ejemplo., delirio frecuente o incoherencia).

4. Gravemente desorganizado o comportamiento catatónico.

Nota: no incluye un síntoma si se trata de una respuesta culturalmente sancionada.

B. Duración de un episodio de la alteración es al menos de un día pero menos de un mes, con un eventual retorno completo al nivel premórbido de funcionamiento.

C. La alteración no se explica mejor por depresión o trastorno bipolar con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico como la esquizofrenia o la catatonía, y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo., abuso de drogas o medicación) u otra condición médica. (American Psychiatric Association, 2013, págs. 47-48)

Por otro lado el psicoanálisis lacaniano presenta una clínica estructural que diferencia a la neurosis y a la psicosis, desde esta perspectiva lo que marca la distinción entre la una y la otra es la relación que el sujeto haga en torno al significante fundamental del Nombre del Padre; es decir que mediante la presencia o la ausencia del mismo se determinará si se habla de una neurosis o de una psicosis respectivamente. Así mismo; desde el psicoanálisis lacaniano, a la psicosis como tal se la podría estudiar en dos modalidades: como una psicosis ordinaria y una psicosis desencadenada.

El psicoanalista francés Jacques-Alain Miller (2003) menciona que en la psicosis se da una ruptura del sujeto en la relación al Otro, lo cual llevará a definir una serie de formas clínicas para distinguir cómo el sujeto responde ante dicha ruptura. En primer lugar se considera al sujeto como un pre-psicótico localizando en ellos una serie de signos precedentes y trastornos progresivos. A dichos signos y trastornos se los denominaría como fenómenos elementales. Dichos fenómenos elementales se manifiestan mediante trastornos alucinatorios los cuales son referenciados a la infancia, experiencia de despersonalización y des-corporización, experimentada en momentos de abandono y soledad; así como la falta de reconocimiento de su cuerpo e identificación. Dichos fenómenos elementales que presenta el sujeto, llevará a que se le dificulte el lazo social y afectivo (págs. 17-20).

De acuerdo con el desencadenamiento en la psicosis, se establece como causa principal el encuentro con el goce y la imposibilidad que el sujeto presenta para simbolizar y subjetivar dicho goce. En el desencadenamiento, el registro de lo simbólico aparecerá quebrantado, provocando un agujero subjetivo. En el sujeto psicótico hará falta entonces la significación fálica validada por la falta teórica del padre. Por dicha falta, el sujeto pondría el peligro su vida psíquica debido al no saber hacer ante el goce del Otro (Miller, 2003, pág. 21).

Miller (2003) asegura que por haberse forcluído el significante Nombre del padre tampoco se cumplirá la significación fálica; entonces, habría un agujero entre los tres registros: real, simbólico e imaginario. Llevando a que el sujeto presente una serie de fenómenos elementales, como se lo mencionó anteriormente. Pero a dichos fenómenos se le sumarán los trastornos del lenguaje, fenómenos del pensamiento impuesto, alucinaciones verbales y los trastornos de la enunciación (pág. 65).

Cuando se mencionó acerca del falo en la estructuración psíquica del niño, se indicó que es el significante del sexo; por lo cual, su forclusión o su falta tributarán a la creencia que las ideas delirantes que se presentan en el sujeto psicótico tendrán relación con la sexualidad y el cuerpo. Otras de las características que definirán a un sujeto psicótico serán pasajes al acto expuestos mediante automutilaciones y disfunciones corporales, pérdida del sentimiento de la vida pudiendo llegar a que el sujeto se suicide (Miller, 2003, pág. 66)

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Para el siguiente trabajo de sistematización fueron necesarias diversas técnicas de recolección de datos de las cuales destacaron entrevistas a profesionales, como la psiquiatra del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, entrevistas a los pacientes y a los familiares de los mismos. También se recolectó material bibliográfico referente al tema para la realización del marco teórico y el cumplimiento de los objetivos planteados. Dicha información bibliográfica fue obtenida de diferentes medios entre ellos textos, *papers* académicos, revistas digitales, trabajos de titulación y páginas *web*.

Además se trabajó con el método clínico, del mismo Ducret (2004) afirma que “es un procedimiento por el cual el investigador interactúa dialécticamente con los niños, adolescentes o adultos, a modo de reunir las informaciones que, van a permitir responder a la pregunta que se plantea” (pág. 2) es decir, gracias a dicho método se pudo abordar al sujeto individualmente para recopilar información con el fin de obtener su particularidad.

Por último se hizo uso del método cualitativo ya que se logró indagar acerca de la problemática planteada, mediante un grupo de pacientes con estructura psicótica y neurosis histérica y sus familiares. Dichos pacientes incitaron la motivación para la realización del presente trabajo de sistematización debido a que es una problemática poca explorada en los trabajos de sistematizaciones anteriormente revisados.

Se aplicó dicho método en un periodo aproximado de 9 meses, tiempo de duración de las prácticas pre-profesionales y elaboración del trabajo de titulación. Cabe recalcar que no solo se entrevistó a los niños, sino que también fue necesario entrevistar a padres y otros familiares posibles como abuelos, tíos o primos.

Población

Para llevar a cabo el análisis clínico de los casos es necesario ubicar la población considerada. Importante mencionar que durante la experiencia de las prácticas pre- profesionales hubo seis casos que me interrogaron sobre su estructura, sus edades oscilaban entre los 7 a 16 años. Se decide tomar a tres de estos casos porque los mismos aportaban material representativo para su respectivo análisis.

De la misma manera, se podría agregar; además de los pacientes atendidos, a sus familiares (padres, madres, abuelos) y al personal médico que estuvieron a cargo de su cuidado.

Instrumentos

La entrevista es una de las características primordiales de la investigación cualitativa, por lo tanto fueron realizadas en la presente sistematización. El tipo de entrevista a utilizarse es la de estructura o estructurales debido a que contiene preguntas previamente elaboradas y en la cual “el entrevistador solicita al entrevistado una lista de conceptos a manera de conjuntos o categorías” (Baptista, Fernández, & Hernández, 2010, pág. 420). Dicha entrevista fue utilizada para recolectar datos de filiación del paciente y sus padres; así como una entrevista a la psiquiatra infantil del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

También se utilizó la entrevista con preguntas generales, estas parten de un planteamiento global ante el cual el entrevistador se va dirigiendo al tema que le es de interés. Dicho tipo de entrevista es utilizada para conocer la historia familiar e historia del síntoma, para proceder a realizar el diagnóstico presuntivo del paciente (Baptista et al, 2010, pág. 419)

A lo largo de la sistematización, una de las técnicas que se utilizó fue la observación, la cual “implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente”

(Baptista et al, 2010, pág. 411); mediante la cual se permitió conocer más acerca de las situaciones presentadas con los pacientes mencionados, estando atentos a los detalles y eventos suscitados durante el trabajo realizado con los pacientes.

Por último, se aplicaron técnicas proyectivas, las cuales sirven para la obtención de información para el análisis del mundo inconsciente del sujeto y valorar su mundo cognitivo (Chávez, 2007, pág. 1) dichas técnicas permitieron obtener información más profunda sobre la historia del paciente debido a ciertas dificultades que se daban para hablar debido a su estructura.

Recursos

Para llevar a cabo la práctica dentro del mencionado Hospital, se utilizaron diversos recursos materiales como: hojas, lápiz, lápices de colores, borrador, sacapuntas, plastilina tanto para la hora de juego como para ciertos test proyectivos. Así mismo, se utilizaron mascarilla debido a que en ciertas ocasiones fue necesario ingresar al cuarto de aislados. De acuerdo a los recursos humanos, fue de gran importancia la participación de los niños y familiares para llevar a cabo la práctica; así como el personal médico para la obtención de la información necesaria para la realización de la presente sistematización.

MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN

Para una mejor organización del proceso de sistematización se elaboró un cronograma de actividades mes a mes, establecido de la siguiente manera:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES							
	Actividades/Meses	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
1	Formulación del tema						
2	Variables y objetivos						
3	Elaboración del contexto						
4	Elaboración del objeto de estudio						
5	Formulación del índice						
6	Búsqueda de bibliografías						
7	Análisis de entrevistas clínicas						
8	Conclusiones teóricas						
9	Conclusiones clínicas						
10	Elaboración de conclusiones y recomendaciones						
11	Redacción/versión final						
12	Trabajo del oponente						
13	Sustentación del trabajo						

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente capítulo se detallará el análisis de tres casos que fueron elegidos para su análisis y posterior interpretación teniendo en cuenta el marco teórico desarrollado. Dichos casos se los obtuvieron durante las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde en cuatro salas del área de hospitalización. Así mismo, se detallará la entrevista completa realizada a la Dra. Catina Solana posterior a su análisis.

Estudio de casos

Para una mejor comprensión de los casos, se los ha decidido presentar en tres momentos que servirán para ir conectando de mejor manera el proceso terapéutico seguido en cada caso, dicho esto se podría mencionar entonces que la primera parte girará en torno a las generalidades de cada caso, en la segunda parte se desarrollará la historia del síntoma y por último en el apartado final de cada caso se ubicarán las dificultades y posibilidades terapéuticas que se evidenciaron. Es preciso vincular esta lectura tripartita de cada caso con la enseñanza lacaniana de los momentos o tiempos lógicos, teniendo presente de este modo el momento de ver, comprender y concluir.

Caso “Isaac”

I. MOMENTO DE VER: GENERALIDADES

Isaac es un niño de siete años que ingresó al Hospital mencionado por una peritonitis. Al momento de pasar visita médica con la pediatra encargada de la sala en la cual se encontraba, se puede observar ciertos comportamientos extraños en el niño. Es importante mencionar que en la visita médica se encontraba un equipo multidisciplinario compuesto por: una pediatra, una licenciada en enfermería, quince estudiantes de medicina, médicos residentes y la psicóloga practicante. Continuando con el caso, la pediatra

decide derivar al paciente a psicología debido a la falta de colaboración del mismo.

Su conducta ante dicha situación era bastante intolerable, lloraba, gritaba y no quería acostarse en la cama para ser chequeado. Debido a dichas conductas la pediatra toma una posición radical sin mayor respuesta o colaboración de parte del niño ya que éste seguía sin responder a sus órdenes. Importante mencionar que tanto el padre como la madre estuvieron presentes en dicha visita médica y tampoco lograban la atención del niño con sus llamados de atención.

II. MOMENTO DE COMPRENDER: HISTORIA DEL SÍNTOMA

Previo a una primera entrevista con Isaac, se realiza una con el padre quien se encontraba en un sillón próximo a la cama de Isaac. El padre de Isaac menciona que vive con su esposa, Isaac y una hija de 13 años. Acerca de Isaac menciona: *“la mamá es quien cuida de ellos, yo paso la mayor parte del tiempo trabajando. Mejor pregúntele a la mamá”*. Mientras se realizaba dicha entrevista, a lo lejos se escucha que Isaac emite unas palabras raras y sin sentido ante lo cual el padre comenta: *“en casa es igual, dice cosas que no entendemos pero de ahí no sé nada más”*. Así mismo, menciona que en varias ocasiones, Isaac se altera cuando ve a dos personas hablando ya que piensa que hablan mal de él.

Por otro lado, la madre de Isaac menciona: *“ese embarazo no fue planeado, no lo esperaba y tampoco lo deseaba”*. Sin embargo, agrega que decidió tenerlo y su embarazo fue normal pero al nacer, se le diagnostica a Isaac un soplo en el corazón, agua en los pulmones y hemorragia en la cabeza: *“él no podía llorar, a partir de eso la casa era inmaculada para él. Me dediqué solamente a él, se le da todo lo que pide, el papá también lo hace, llora hasta que consigue lo que quiere”* añade la madre.

En la entrevista realizada con Isaac, se notó un discurso desorganizado; cada vez que hablaba de algún tema, por ejemplo videojuegos los cuales en

ese momento estaba jugando en una computadora, lo cambiaba inmediatamente sin concluir. Cuando se estaba realizando la técnica del dibujo libre, Isaac pide dibujar las partes del cuerpo y escribir sus nombres en inglés, mismo dibujo que lo realiza de manera despedazada. Mientras dibujaba, llegó una persona de limpieza, ante lo cual Isaac menciona: *“ya no, ya no quiero dibujar más”* y entregó la hoja y el lápiz.

Se procedió a llevar a Isaac a sala de juego. En el transcurso habla acerca de que tiene un avión y su hermana también: *“me compraron un avión azul, a mi hermana amarillo. Tengo un perro, se llama muñeca. El avión rojo. Tengo un carro. Mi perra juega con el niño”*. Al entrar a la sala de juego, llena de niños, Isaac decide ir directamente a un sitio donde había pocos niños y jugar fútbolín.

Por otro lado, la mamá de Isaac comenta que hace un año su hijo fue diagnosticado de hiperactividad en el Instituto de Neurociencias Junta de Beneficencia de Guayaquil debido a ciertas actitudes que le parecían extrañas; para controlarlo se le recetó Atarax pero se lo dieron solo dos días ya que lo veían muy tranquilo y con sueño. Agrega que también se le realizó exámenes de sueño debido a que el niño no dormía, pero estos salieron negativos. Comenta también que de bebé se pegaba contra la pared sin sentir dolor.

Cuando la pediatra pedía que se acueste al niño en la cama para revisarlo, Isaac lloraba y el papá le decía: *“mira aquí esta Kathy, ella te ayuda”*. Ante lo cual, la madre de Isaac comenta que él llama a sus padres por sus nombres: *“a mí ya me está empezando a decir mamá porque la profesora no lo dejaba salir del curso hasta que diga que me diga mamá...al papá no le molesta que le diga por su nombre”*. Añade que sucede lo mismo cuando Isaac se refiere a él mismo y comenta: *“si, o sea él dice “el niño quiere...” y yo le pregunto “¿cuál niño?” e Isaac dice “el niño, el niño” a lo que la mamá le responde “¿cuál niño, tú?” e Isaac dice que sí”*.

Otra de las actitudes que le parecen extrañas a la mamá es que Isaac suele llegar a casa de la escuela con los bolsillos llenos de tapas y la madre de acuerdo a esa situación comenta: *“siempre viene con tapas, yo se las boto pero al día siguiente regresa con tapas y con eso es con que le gusta jugar”*. Agrega que a Isaac no le gusta mucho jugar con otros niños: *“he visto que prefiere jugar solo...solo juega con el hijo de una amiga que va a la casa”*.

Agrega que cuando le preguntan a Isaac cómo le fue en la escuela o algún otro tema que conversan en familia: *“él nunca completa ideas al hablar, dice una cosa de lo que hablamos y enseguida habla de su perrita o que quiere ir a jugar...a veces empieza a repetir cosas que ha escuchado antes”*. De acuerdo con esto, la madre de Isaac añade que cuando le enseñan algo en la escuela: *“Isaac pasa días repitiendo lo que aprende...por ejemplo ahora le están enseñando las partes del cuerpo en inglés y todo el tiempo y de la nada las empieza a decir...como tiene dificultades para aprender, yo le pongo videos de lo que le están enseñando para que estudie”*.

Se podría decir que la problemática vital de Isaac es el no haber sido deseado lo cual lleva a la sobreprotección por parte de la madre, lo cual provoca que Isaac no pueda tener su propio deseo. Así mismo la forclusión del nombre del padre provocando que Isaac quede alienado a la madre y se le dificulte la construcción su propia imagen y la falta de límites.

III. MOMENTO DE CONCLUIR: DIFICULTADES Y LOGROS TERAPÉUTICOS

Durante el proceso del trabajo terapéutico en el presente caso, se tuvieron ciertas dificultades y logros que caben mencionar. Una de las dificultades del caso es la des-implicación del padre de Isaac en su construcción subjetiva, estando presente solo en la parte económica más no afectiva. Otra de las dificultades fue el poco tiempo que se tuvo para dar seguimiento al presente proceso debido al poco tiempo de permanencia que el paciente tuvo en la institución hospitalaria. Como logro se pudo obtener el interés e implicación de la madre en lo concerniente al proceso terapéutico y de recuperación de

Isaac dentro del hospital, así mismo se logró que la misma opte por realizar una nueva evaluación que permita determinar si realmente Isaac tiene un diagnóstico de hiperactividad o el mismo no encubre una psicosis infantil o un trastorno espectro autista, debido a los rasgos típicos de este diagnóstico que se pudieron identificar en este caso.

Caso “Jordy”

I. MOMENTO DE VER: GENERALIDADES

Jordy es un niño de 6 años que fue ingresado al Hospital debido a que debía ser observado por una sonda que llevaba colocada en la vejiga y también por el cambio de la misma. Se empieza un trabajo terapéutico con Jordy debido a que la abuela, quien es la responsable legal del niño, comenta que lo ha notado hiperactivo los últimos meses.

Durante la estadía dentro del hospital, se pudo notar a Jordy un tanto inquieto, tiraba cosas al piso, le gritaba al personal de enfermería y también les decía cosas ofensivas como: *“eres fea, eres gorda, ándate”*. Jordy siempre mantenía una sonrisa ante todo lo que él hacía.

II. MOMENTO DE COMPRENDER: HISTORIA DEL SÍNTOMA

De acuerdo a su historia familiar, la abuela de Jordy comenta que ella es quien se ha encargado de él desde los tres años debido a que la madre del niño falleció siendo atropellada por un camión, accidente en el cual estuvo con Jordy y le provocó destrucción de vejiga y cadera. El padre de Jordy, luego de la muerte de la madre del mismo, se: *“metió con malas juntas y está preso”* añade la abuela. Así mismo, comenta que debido al estado de salud de Jordy, decidió dormir con él y no dejarlo solo en ningún momento.

Por otro lado, la abuela manifiesta que hace unos meses Jordy presenta comportamientos agresivos y de rebeldía: *“cada vez que se le dice que vaya a comer no hace caso y dice que eso no quiere comer”*. Así mismo,

menciona que él no solía pelear con nadie, siempre juega con un primito que vive en la casa de al lado pero en una ocasión Jordy: *“se cansó de que lo molestaran y fue eufórico a pegarle al primito”* comenta la abuela. Dichos comportamientos le preocupan a la abuela ya que él solía ser tranquilo, no molestaba, hacía caso y no era agresivo con los demás niños.

En las diversas sesiones que se han tenido con Jordy se trabajó mediante historias y dibujos, lo cual él pedía hacer. Dichas actividades se mostraron sin secuencia ni sentido. Uno de los dibujos que realizó fue de una familia, en el cual empezó contando la historia de dicha familia: *“el niño está triste porque no hay chocolate...falta Rafael, tiene una cabeza...yo no sé si tengo...todos están peleando porque no tienen su comida...había una vez una cabeza redonda y un hermano que estaba manejando, voy a hacer una vez el perro corrió y corrió...”* en dicho relato se puede observar la falta de capacidad para contar historias. En otra sesión, Jordy se encontraba muy enérgico, gritaba a las enfermeras que le pase mentol (alcohol en gel que hay en las salas de hospitalización), y no prestaba atención a las indicaciones que se le daban.

Cuando comentaba situaciones de pérdida, como la muerte, Jordy mostraba sentimientos contrarios, se reía eufóricamente o simplemente no mostraba tristeza. Sin embargo, la abuela comenta que hace un año Jordy aún preguntaba por su madre y lloraba al recordarla e incluso pedía ir al cementerio (lo cual ya no lo hace), pero su abuela le decía que no llore, a lo que Jordy respondía: *“déjame llorar”*, pero dicha situación ya la ha dejado a un lado y no menciona a su madre ni el acontecimiento del accidente.

Luego de varias sesiones con Jordy, se le realizó el cambio de sonda y operación en la uretra; también se lo cambió dos veces de lugar en la sala, ante lo cual se lo pudo observar a Jordy decaído y sin ganas de trabajar. Al día siguiente, con pocos ánimos al principio, se realizó con Jordy la actividad de dibujar el cuerpo humano señalándole cada parte, lo cual el niño no pudo realizar, solo la cabeza y la sonda. Luego, dejó el lápiz a un lado y lloraba

pidiendo a la mamá. Se le dijo que ya está por regresar ya que fue al baño, a lo que Jordy comentó, por primera vez, que ella no es la mamá sino la abuela.

En dicha sesión Jordy empezó a hablar de su madre, lo cual comentó que está muerta, que la mató un policía con su pistola (señalando un carrito de juguete de policía que tenía junto a él). Luego agregó que la madre se murió porque no le hizo caso: *“extraño a mi mamá, la mataron con una pistola, le salió mucha sangre, yo jugaba con ella todos los días y no me hizo caso... todos se murieron, mi abuelita también, Dios me salvó a mí”*

Por otro lado, la abuela comenta que antes del accidente Jordy era un niño tranquilo y amoroso. Agrega que en una ocasión Jordy decía que veía duendes y estos le decían que se van a morir: *“Jordy predijo la muerte de su madre...la muerte los llamaba y se llevó a mi hija”*, desde que la madre de Jordy murió, éste ya no ha mencionado acerca de esos duendes.

En otra sesión, mientras Jordy jugaba con unos guantes quirúrgicos, mencionó a dicho duende y hablaba acerca del demonio, diciendo que son malos y que tiene miedo porque van a matar a todos y sobre todo a los niños: *“tengo estos guantes para que se lleven los demonios porque son feos y malos y se llevan a los niños...los duendes matan gente”*.

Se podría decir que en Jordy hallan rasgos de psicosis no desencadenada debido al discurso desordenado que muestra en sus intervenciones. Así mismo como la dependencia excesiva hacia la abuela dando la idea que se ha forcluído el Nombre del Padre. Sus dibujos se muestran desorganizados y sin secuencia alguna, así como falta de secuencia y sentido en las historias que comentaba. A su vez, presenta alucinaciones visuales, explicadas anteriormente.

Por otro lado, de acuerdo al análisis del test proyectivo de la familia, se puede observar no-reconocimiento, auto-desvalorización, retraimiento y dependencia. Así mismo, muestra que Jordy se proyecta como una persona

eufórica, alegre, idealista, así como defensas pobres, comportamientos maníacos y rasgos psicóticos. De igual manera, se observa agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza. Jordy, mediante el dibujo también se proyecta como un sujeto encerrado y protegido del mundo, sintiéndose amenazado por el entorno, no adaptado y sin libertad para actuar, así mismo se observa dependencia materna en este caso la abuela. También se encuentra mucha presión y falta de defensas ante diversas situaciones. Por último, se proyecta impulsividad, coordinación pobre, falta de equilibrio y autoimagen desvalorizada.

III. MOMENTO DE CONCLUIR: DIFICULTADES Y LOGROS TERAPÉUTICOS

En el presente caso se puede concluir que una de las dificultades es la ausencia del significante primordial del Nombre del Padre en la formación subjetiva del niño; así como la no implicación de la abuela materna debido al duelo no elaborado por la pérdida de su hija, lo cual provoca que sobreproteja a Jordy y no le dé su espacio.

Por otro lado, se podría decir que uno de los logros obtenidos es el endeble reconocimiento de su cuerpo por parte de Jordy mediante una actividad realizada de ayudarlo a que dibuje su cuerpo. De esa manera, reconoce llevar consigo, y aceptar, una sonda la cual es y será parte de su vida. Así mismo, se pudo observar un cambio en la conducta de Jordy, siendo menos agresivo con los demás. Por último, luego de varias entrevistas, Jordy logra, por un momento, ordenar su discurso y poner en palabras la pérdida de su madre; de tal manera que se le recomendó a la abuela de Jordy que si él demanda ir a ver a su madre al cementerio pues sea llevado, lo cual la abuela lo acepta.

Caso “Emilia”

I. MOMENTO DE VER: GENERALIDADES

Emilia es una adolescente de 16 años que cursa el 5to curso de bachillerato, ingresa a dicha institución hospitalaria debido a supuestas convulsiones que presentaba. Emilia fue derivada porque los médicos habían observado conductas extrañas en ella como delirios, gritos en la sala y un lenguaje un tanto extraño.

Emilia vive con su hermano de 11 años, su hermana de 7 años, su madre de 40 años quien no trabaja y se dedica a cuidar de sus hijos: *“cuando trabajaba y contrataba empleadas para que cuiden a mis hijos, siempre me iba mal, preferí dejar de trabajar y dedicarme a ellos”* comenta la madre. De acuerdo al padre, la madre de Emilia comenta que debido a su trabajo, él no puede estar presente mucho tiempo en casa: *“él trabaja todo el tiempo, casi no lo vemos”* añade. Sin embargo, comenta que es un excelente padre el poco tiempo que está presente.

II. MOMENTOS DE COMPRENDER: HISTORIA DEL SÍNTOMA

La mamá de Emilia comenta que dentro del hospital, Emilia ha presentado delirios: *“en la noche empezó a nombrar a la prima, luego raspaba la cortina y nombraba a Cathy (amiga de E que falleció), decía que estaban conversando y le estaba diciendo que ella está muy bien allá”*

Cuando se pasó visita junto a la doctora, la mirada de Emilia era fija a un solo sitio o a la mirada de la doctora. Aparentaba estar dormida pero cuando se le dijo para ser revisada, accedió inmediatamente. Al levantarse dijo: *“¿ya me voy?”*, se procedió a explicarle que estará unos días más para realizarle una serie de exámenes. Continuó diciendo: *“tengo hambre...no me gusta la comida de aquí, me dan leche de chivo”*.

Emilia En la entrevista menciona: *“no sé por qué estoy aquí, me levanté en el hospital y ya...creo que aquí me estoy enfermado, veo a esos niños*

enfermos y yo me enfermo". Acerca del día el que fue internada, Emilia comenta: *"estaba en el colegio y me dio algo, luego me llevaron a la casa...antes de irme a dormir discutí con mi mamá de ahí no recuerdo más"*. Agrega desde febrero sufría de convulsiones, producto de una meningitis que le dio en enero del mismo año pero hace 3 meses ya no las presentaba: *"me dio meningitis después que murió Cathy"*.

Cathy era una amiga a quien conoció unos años atrás, en el mes de enero ella ganó un certamen de belleza: *"mis amigas y yo le decíamos que se lance, era muy guapa...por eso nos sentimos culpable por su muerte"*. Acerca de dicha culpa que sentía, comenta: *"pero ya no me siento culpable, yo hablé con ella"*. De acuerdo a eso comenta: *"soñé que estaba en el mar y subía una escalera larga pero no sabía a dónde iba hasta que la veo a Cathy...me dijo que está muy bien y está feliz, también me dijo que no me sienta culpable porque su muerte de debió un error médico"*.

Más adelante, Emilia menciona: *"aún tengo contacto con la familia de ella, la mamá me dice que me parezco a Cathy y que soy como su hija"*. Agrega que ella vive en Estados Unidos y cuando viene le trae maletas llenas de ropa y más cosas. De acuerdo a eso la mamá menciona no sentirse a gusto porque: *"son cosas caras que le trae, por suerte ya se va a regresar a vivir allá"*.

En otra entrevista, Emilia habla de un novio que tuvo hace unos meses y comenta: *"tuve un novio pero hace 3 meses terminamos. De repente llegó a mi casa y me dijo que ya no quería estar conmigo pero nunca me dijo por qué. Cuando se fue vi que ya había subido una foto con otra chica...me deprimí, bueno me puse triste. No quería saber nada de nadie, cerré mi corazón"*. Emilia, agrega que su ex enamorado la engañó: *"estaba con otra chica. Leo me contó que conoce a esa chica y que vacilaron pero ya no porque ella es regalada, ya le puso los cachos a James...me hace sentir bien, o sea no me pone feliz pero eso me hizo él a mi...bueno si me pone feliz (se ríe)"*.

Seguido menciona: *“en el feriado me fui a la Montaña con una prima y unos amigos. Cuando estábamos en la playa me volteé y vi a un chico con el cual sentí que él es a quien quiero conocer...en la noche salimos y me lo encontré, conversamos y hasta ahora hablamos, ayer vino al hospital pero a mi mami no le agrada”*.

Respecto a aquello, en la entrevista con la mamá comenta: *“ese chico es feo, le impactó porque se parece a su ex”*. Agrega que cuando estaba saliendo con el chico que fue su enamorado: *“el papá y yo le decíamos que no ande con él. Él tenía dinero y era aniñadito igual que Leo (el chico que conoció en la playa)...y dos mundos distintos no les va bien”*.

Por otro lado, Emilia refiere que es católica y menciona: *“me gusta ir a la iglesia, leer un poco la Biblia. Converso mucho con el cura de mi colegio, sé que puedo confiar en él porque sé que no le diré a nadie...cuando terminé con mi enamorado conversé mucho con él”*. De acuerdo a eso agrega: *“a mi mami le cuento todo pero solo quería ver si coincidían con lo que me decían”*. Seguido, comenta que aquello que el cura no puede contar se refiere a que su primera relación sexual fue con su ex enamorado: *“él fue mi primera vez, por eso tengo miedo de que me vuelvan a hacer lo mismo”*.

Durante una segunda entrevista con la madre de Emilia comenta que a lo largo de la infancia de su hija fallecieron tres familiares cercanos a Emilia: la muerte de su abuela materna, de su tía con quien vivía y de un tío con quien se llevaba bien; pero su madre nunca permitió que su hija asista a sus funerales; anta dicha situación la madre comenta: *“yo en ese momento pensaba que eso no es para niños y cuando ella ya se daba cuenta que no estaban, le decía que se fueron al cielo y ella preguntaba por qué no le avisé”*. Esta situación provocó que Emilia no haya estado preparada para la asistir a la muerte de alguien cercano como fue su amiga Cathy lo cual la llevó a deprimirse y enfermarse.

III. MOMENTOS DE CONCLUIR: DIFICULTADES Y LOGROS TERPÉUTICOS

En el presente caso se pudo obtener diversos logros que llevaron a la recuperación de Emilia. Uno de dichos logros fue la elaboración de los duelos que no había podido hacer en su debido momento. A partir de este logro, Emilia pudo comentar que realmente lo que ella vivía no eran delirios, como ella hacía creer a los demás, sino que todo lo había soñado. También se pudo observar un cambio positivo en su conducta con los médicos. Por otro lado, comentó acerca del malestar que tiene acerca de que su madre esté con ella todo el tiempo ante lo cual se encontraron soluciones a las cuales ella accedió. De la misma manera, su madre accedió a darle el espacio que Emilia demanda y no decidir más por ella en todo momento permitiendo que Emilia pueda hacerlo.

Entrevista a la Dra. Catina Solano

1. ¿Qué es la psicosis para usted?

Generalmente la psicosis son los trastornos mentales, enfermedades mentales. En psiquiatría vamos clasificando por trastornos, esquizofrenia, bipolares, esquizo-afectivos. Trastornos más incapacitantes que van a interferir mucho con el nivel de funcionalidad del ser humano, eso es una psicosis; que para nosotros desde psiquiatría interfiere mucho en la calidad y funcionalidad de vida del ser humano. Nosotros no hablamos de psicosis pero podemos tener ciertos síntomas que nos den pautas y alertas para que este paciente pequeño pudiese desarrollar más adelante algún cuadro pero vemos generalmente y sobretodo la esquizofrenia en la adolescencia. Un trastorno obsesivo compulsivo se puede confundir con un cuadro psicótico, pero es un obsesivo sin ser psicótico e interfiere mucho en su nivel de vida e incluso lo hace a más temprana edad.

2. ¿Por qué en psiquiatría no se diagnostica psicosis infantil?

Porque no consta dentro de nuestra formación y no está dentro de las investigaciones que se han hecho, en psiquiatría no nos manejamos de esa forma. Hay la sintomatología, hay los síntomas, los ítems para cumplir un diagnóstico y poderlo dar pero no lo manejamos como una psicosis, lo manejamos como un...puede ser por un antecedente, nosotros siempre tratamos de buscar una base científica más que nada. Los niños con autismo que pueden ser llamados aparentemente autistas, pero ¿por qué un niño puede ser autista? Uno porque la madre sufrió en el embarazo y hay un mayor liberación de cortisol, eso produce un deterioro a nivel de las áreas afectivas por esta liberación aumentada de cortisol, entonces se lesionan al nivel de las áreas afectivas del cerebro que están mucho más inmaduras. Y otro cuando hay un abandono de parte de las madres, esta falta de apego; pero nosotros no lo vemos como una psicosis, lo vemos como consecuencia de algo entonces eso es lo que nosotros lo vemos así y lo vamos manejando de esa manera. Dentro de psiquiatría lo van clasificando en trastornos; hay muchas clasificaciones, como trastornos de la infancia.

3. ¿Qué patologías infantiles pueden confundirse con psicosis?

Los niños que han tenido problemas a través del parto que han estado mucho tiempo hospitalizados están completamente deprimidos entonces trabajar con ellos no es lo mismo que si estuviera en casa. Eso induce que el niño pueda ser diagnosticado como un autista sin necesidad de serlo. Puede terminar siendo un autista pero esa no es la razón. Incluso hasta los pacientes neurológicos, como un niño con una crisis convulsiva que ha sido hospitalizado a temprana edad, si está en un cuadro que pueda desencadenar un autismo pero se confunde mucho y habría que estudiarlo bastante bien. Trabajamos mucho en equipo y tenemos que ver qué condiciones se asocian a esto.

Más que como psicosis, se está hablando mucho de los trastornos bipolares. Hay niños que tienen menos regulación a nivel del temperamento, estos niños que hacen berrinches, que no tienen autocontrol entonces pudiera desencadenar más adelante un trastorno bipolar, por estos cambios de estado de ánimo que no tienen una autorregulación. Y también cualquier situación reactiva, lo desencadena rapidísimo. Pero si se observa en una resonancia se puede observar una hiper-funcionalidad de las áreas lo cual puede ser un indicio para una enfermedad mental.

4. ¿Desde su perspectiva que factores inciden para que una persona desarrolle una psicosis?

La familia, es la principal. El factor familiar es extremadamente importante, el ambiente que se ve en casa. Un ambiente muy nocivo que pueda desencadenar alguna situación, sobre todo por el nivel de estrés, liberación del cortisol. Y también el colegio, hay mucho *bullying* ahora, un niño que entra indefenso a nivel escolar, un niño que no tiene recursos está mucho más expuesto; entonces la base, si no damos los recursos a nuestros hijos para poder salir adelante, como se va a defender, como los va a utilizar.

5. ¿Cree que los familiares podrían incidir en la aparición de síntomas psicóticos en un paciente?

Tiene que ver con la educación que tienen los padres, las redes sociales intervienen muchísimo, ahora los padres se informan y creo yo que no encuentran una buena información entonces aparentemente leen y quieren saber pero no necesariamente tienen buena información. Lo que veo que está fallando mucho es la disciplina. Los padres no están trabajando con la disciplina de los hijos, ahora son complacientes. El hecho de que trabajen, asumo yo que la necesidad de recompensar el tiempo que no se da, a través de regalos y son permisivos. Está súper mal manejado por parte de los padres. Si no hay una buena disciplina no tiene buen futuro, no hay un buen

pronóstico, el niño está desbordado y no hay quien lo sostenga. También hay el temor de los padres que el niño tenga cierta condición, los padres a veces saben manejar la falta física y no la emocional. Le dicen que tienen que salir adelante pero el chico no tiene como, no hay conciencia clara de que la salud mental y la salud física deben ir de la mano.

CONCLUSIONES

Como primer punto, se logró caracterizar que el significativo primordial del Nombre del Padre en la construcción psíquica del niño, ha perdido su valor en la actualidad siendo una función que se está cumpliendo de manera endeble. Durante las entrevistas realizadas a los pacientes y familiares de los casos seleccionados, se pudo determinar lo antes mencionado, imposibilitando al niño a una construcción psíquica bien definida, siendo esto lo sucedido en el caso "Emilia". Mientras en los casos "Jordy" e "Isaac" se pudo determinar que dicha función está totalmente forcluída, de tal manera que la psicosis está definida en los pacientes.

Por otro lado, se logró identificar las diferencias en los criterios diagnósticos de parte de los profesionales de la salud y el psicólogo con orientación psicoanalítica al tener una entrevista con la psiquiatra jefa del Área de Higiene y salud mental de la institución hospitalaria, pudiendo conocer que para la psiquiatría no existe una psicosis infantil como tal pero hay otras patologías con las cuales se las suele confundir, ya sea el autismo o la hiperactividad. Sin embargo, se puede resaltar que uno de los puntos en los cuales coincide la psiquiatría con el psicoanálisis es que la familia es el eje primordial en la construcción psíquica de un niño y en la actualidad la misma (la familia) está siendo desvalorizada dando a luz niños con subjetividades débiles.

Durante las entrevistas realizadas a los pacientes y familiares en estudio, se logró identificar ciertos prejuicios que los familiares tienen hacia sus hijos con una estructura subjetiva particular (histeria exacerbada o una psicosis). Entre los tres casos en estudio, se pudo determinar que uno de los prejuicios más comunes es el de catalogar a su hijo como "loco" o "raro" sin saber lo que realmente sucede en su estructura psíquica y dejándose llevar por lo que la sociedad señala acerca de estas dificultades psíquicas dejando a un lado la posibilidad de que el niño pueda tener un tratamiento adecuado para un avance favorable. Otro de los prejuicios que se pudo identificar es que se

catalogan a los niños como “malcriados” debido a las conductas que toman por su estructura, por tal razón no se le toma en cuenta y solo se lo castiga; aumentando las dificultades que tienen para poder estabilizarse.

Por último, luego de un recorrido teórico, se logró sintetizar la información relevante obtenida para proceder al análisis de los casos en estudio logrando identificar la influencia de las múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico, en los pacientes que recibieron atención psicológica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

RECOMENDACIONES

Para la institución hospitalaria en la cual se realizaron las prácticas pre-profesionales, el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se recomienda que se continúe trabajando en equipo entre los profesionales de medicina y psicología en los casos de los pacientes que presenten las estructuras mencionadas en el presente trabajo de sistematización, debido a que se podrá lograr una estancia más llevadera para el paciente y sus familiares. Así mismo, se recomienda trabajar a modo de sensibilización con el personal médico para dar ciertas recomendaciones al momento de estar frente a casos tan complejos como los futuros pacientes que guarden características similares a los casos mencionados.

Para la carrera de Psicología Clínica de la UCSG, se recomienda que se den espacios de formación paralela sobre los diagnósticos médicos, para aquellos practicantes que asistan a recintos hospitalarios ya que son competencias que por nuestra formación no tenemos, para que la nomenclatura médica manejada en dichos recintos no sea tan extraña a nosotros.

Para los estudiantes y futuros practicantes se recomienda que el trabajo de las prácticas pre-profesionales sea también un trabajo en equipo como compañeros, estando dispuestos a trabajar en conjunto en tanto sea necesario y a su vez llevar una relación amena con el personal que labora dentro de la institución donde se es asignado. Así mismo, se recomienda que estén dispuestos a realizar cualquier tipo de actividad que se les solicite dentro de la institución siempre y cuando esté a su alcance. También se recomienda que es importante no olvidar los valores hacia la autoridad bajo la que se encuentran respetando las órdenes e indicaciones que se les es dada.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Baptista, P., Fernández, C., & Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw Hill.
- Calva, Y., & Andrade, A. (2014, Mayo 04). *Repositorio digital UCSG*. Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/1611>
- Chávez, A. (2007). *WordPress*. Retrieved from https://comenio.files.wordpress.com/2007/08/tecnicas_proyectivas.pdf
- Dör, J. (1998). *El padre y su función en psicoanálisis*. Buenos aires: Nueva visión.
- Ducret, J. (2004, Octubre 8). *Fondation Jean Piaget*. Retrieved from http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/ve/jjd2004_metodo_clinico_critico_ducret.pdf
- Elkin, M. (2003). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde. (n.d.). *Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. Junta de Beneficencia de Guayaquil*. Retrieved from <https://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/nuestro-hospital>
- Lacan, J. (2005). *Escritos 1*. Buenos Aires: Argentina.
- Lacan, J. (2010). *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Lander, R. (2002, Septiembre). *Lógica del falo y complejo de castración*. 1-5. Montevideo, Uruguay: Fepal.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Marchilli, A., Carbajal, E., & D'Angelo, R. (2006). *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires: Lugar.
- Mazzoni, Y. (2014). *Función Paterna en Lacan*. In F. Naparstek, *Nueva Cátedra I de Psicopatología* (pp. 165-183). Buenos Aires.

- Miller, J.-A. (2003). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2005). El niño, entre la mujer y la madre. *Virtualia*, 1-4.
- Miller, J.-A. (2013). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Moraga, P. (2013). Deleuze: el deseo, el falo y el inconsciente. *Virtualia*, 2.
- Naparstek, F. (2014). *Nueva Cátedra I de Psicopatología*. Buenos Aires: Circulación interna.
- Nasio, J. (1996). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. España: Gedisa.
- Nicoló, A. (2014). *Psicoanálisis y familia*. España: Herder.
- Ortega, M., & Pedroza, H. (2013). Edipo y castración en la mujer. *Uaricha*, 31-40.
- Puchet, C. (2008). El padre más allá de la familia. *Período virtual de la sección clínica de Barcelona*, 2-15.
- Soifer, R. (1994). *¿Para qué la familia?* Buenos Aires: Kapelusz.
- Solano, C. (2015, Diciembre 15). La psicosis en la psiquiatría. (R. Gómez, Interviewer)
- Solano, E. (1993). *Clínica Psicoanalítica con niños en la enseñanza de Jacques-Lacan*. Medellín: CEPAN.
- Sotelo, I. (2010). *Psicopatología-Psicoanálisis*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Vega, V. (2015). *Universidad de Buenos Aires*. Retrieved from El complejo de Edipo en Freud y Lacan: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/complejo_edipo.pdf

ANEXOS

Fotografía con la Dra. Catina Solano Mosquera posterior a la entrevista realizada



Ilustración 1 Fotografía con la Dra. Catina Solano Mosquera posterior a la entrevista realizada

Dibujo realizado con el paciente del Caso "Isaac"

A hand-drawn diagram of an arm and hand. The labels are written in cursive and include arrows pointing to specific parts of the arm. The labels are: "neck" at the top, "shoulder" below it, "arm" in the middle, and "hand" at the bottom. There are some scribbles and lines indicating the shape of the arm and hand.

Ilustración 2 Caso "Isaac"

Dibujos realizados con el paciente del Caso "Jordy"

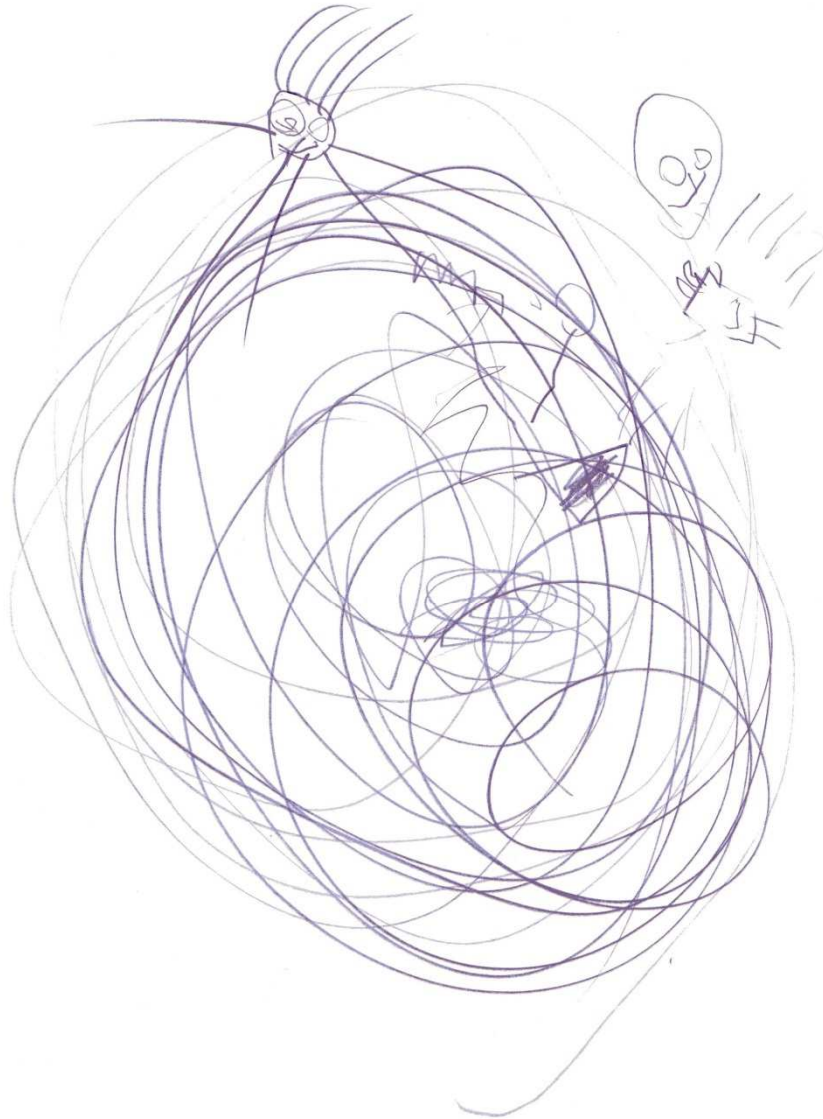


Ilustración 3 Caso "Jordy"

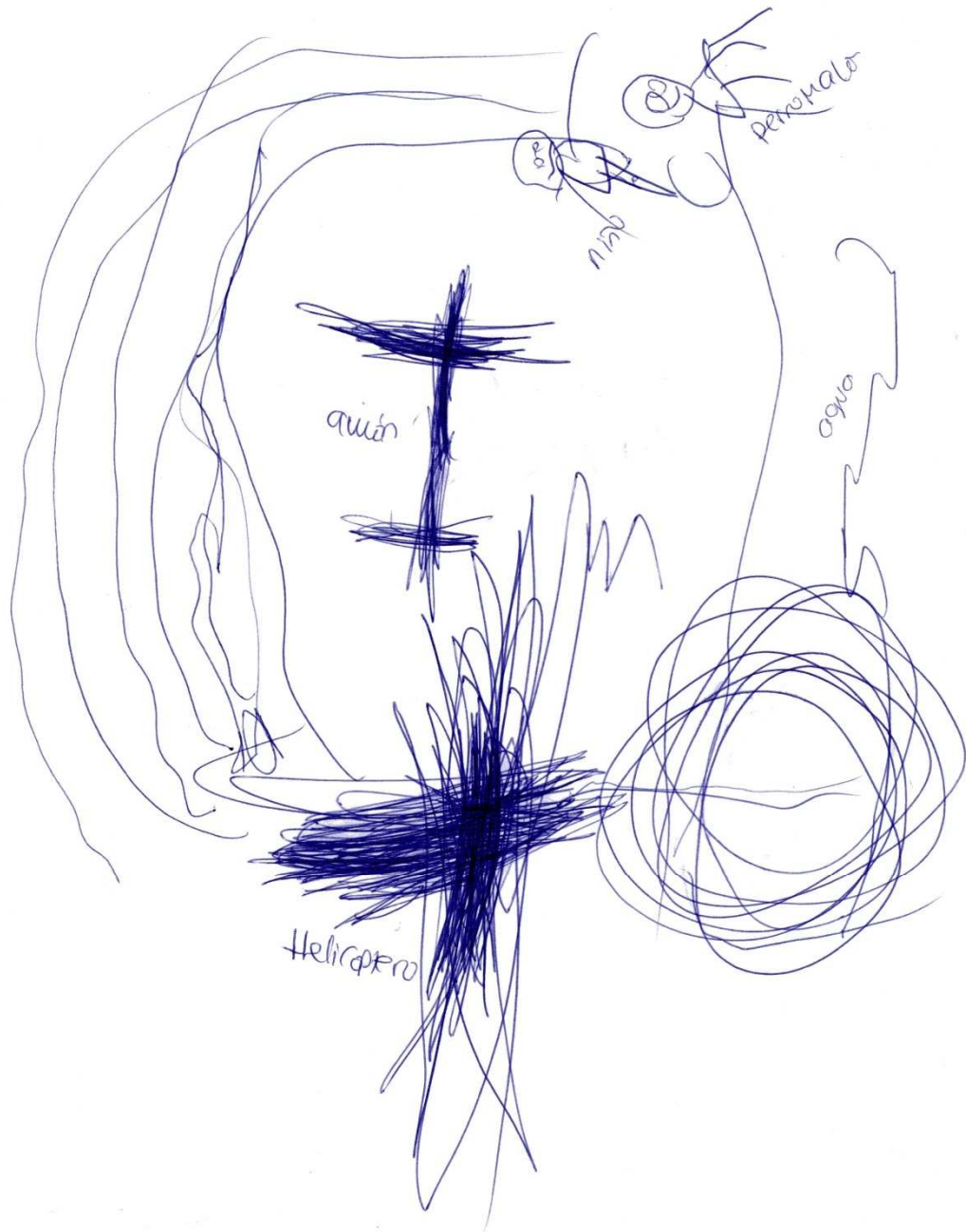


Ilustración 4 Caso "Jordy"

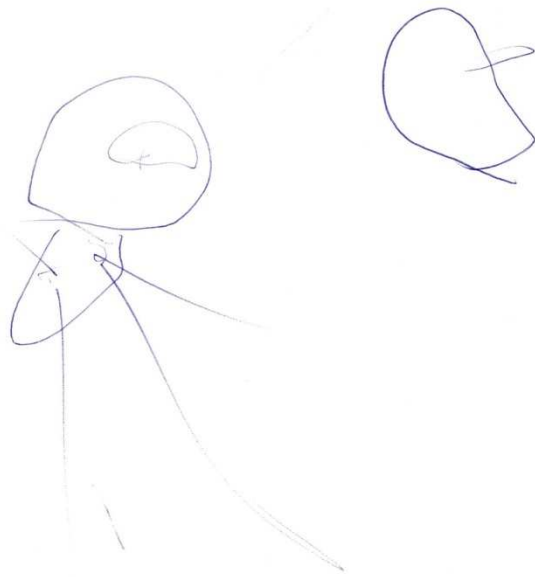


Ilustración 5 Caso "Jordy"



Ilustración 6 Caso "Jordy"

Dibujos realizados con la paciente del Caso "Emilia"

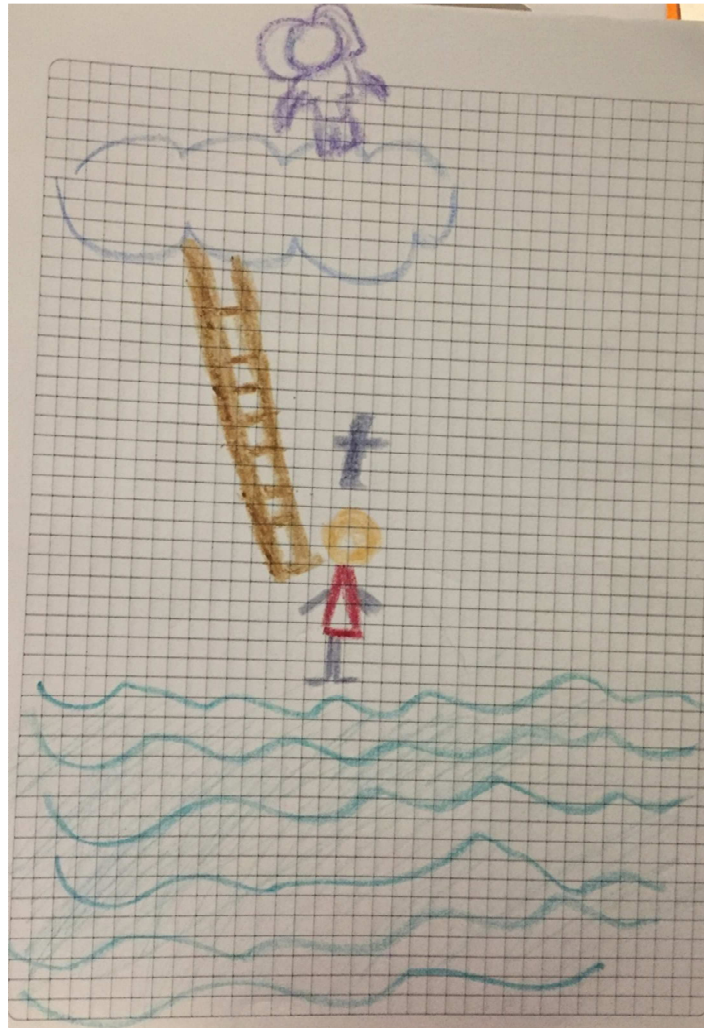


Ilustración 7 Caso "Emilia"



Ilustración 8 Caso "Emilia"

Anexo de carta de autorización por parte del Jefe de Docencia del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, para la publicación del presente trabajo de sistematización



CPS-008-16

Guayaquil 12 de enero de 2016

Sr. Doctor
Alfredo Robalino Patiño
Jefe de Docencia e Investigación
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que a la **Srta. Rosicler Gómez Reina**, con cédula de identidad **0926105925** de nacionalidad ecuatoriana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica dentro de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **"Influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico en los pacientes que recibieron atención psicológica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde"**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicóloga Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
FACULTAD DE FILOSOFÍA
Psic. Alexandra Galarraga Colamarco
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Aprobado para Catina Solano *2016*

Cc. **Dra. Catina Solano. Jefa del Departamento de Higiene Mental**
Psic. Cl. Karen Peralta. Psicóloga Área de Hospitalización

Hospital de Niños
Dr. Roberto Gilbert E.
SECRETARÍA DE DOCENCIA
RECIBIDO

20 ENE 2016

FIRMA: *Luis*

HORA: *7:14*

Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Dr. Luis Barrezueta Santos
SUB-JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Psic. Cl. Karen Peralta Argudo
REG. PROF. MSP.
LIBRO 1 FOLIO 124 No. 368

Ilustración 9 Carta de autorización

Anexo de la carta de solicitud para la supervisión de los casos dirigida a la Psic. Cl. Karen Peralta Argudo, psicóloga de Área de hospitalización del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde



Guayaquil 19 de enero de 2016

**Srta. Psicóloga
Karen Peralta Argudo
Psicóloga área de Hospitalización
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Presente.-**

De mis consideraciones:

Por medio de la presente yo **Rosicler Gómez Reina**, con cédula de identidad **0926105925** de nacionalidad ecuatoriana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, solicito a usted me supervise los casos con los que realizaré el trabajo académico titulado **"Influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico en los pacientes que recibieron atención psicológica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde"**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

*Ene 19/16
Dra. Catalina Solano*

Rosicler
**Srta. Rosicler Gómez Reina
Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil**

**Cc. Dr. Alfredo Robalino Patiño. Jefe de Docencia
Dra. Catalina Solano. Jefa del Departamento de Higiene Mental
Psic. Cl. Karen Peralta. Psicóloga Área de Hospitalización**



Hospital de Niños
Dr. Roberto Gilbert E.
SECRETARÍA DE DOCENCIA
RECIBIDO

20 ENE 2016

FIRMA: *Luis*
HORA: *9:14*

Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Luis
**Dr. Luis Barrezuela Santos
SUB-JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Karen Peralta
**Psic. Cl. Karen Peralta Argudo
REG. PROF. MSP.
LIBRO 1 FOLIO 124 No. 368**

20-01-2016

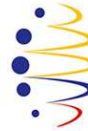
Ilustración 10 Solicitud para supervisión de casos



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rosicler Gómez Reina**, con C.C: #0926105925 autora del trabajo de titulación modalidad Sistematización de las experiencias prácticas de investigación y/o intervención: **Influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico en los pacientes que recibieron atención psicológica en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, modalidad Examen Complexivo, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016

f. _____

Nombre: Rosicler Gómez Reina

C.C: 0986874992



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio psicótico e histérico en los pacientes que recibieron atención psicológica en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Gómez Reina, Rosicler		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Martínez Zea, Francisco Xavier		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de febrero de 2016	No. DE PÁGINAS:	85
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud y bienestar humano		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Familia, Neurosis, Psicosis, Nombre del Padre, Deseo de la Madre, Forclusión		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
Resumen			
<p>El siguiente trabajo reúne conceptos específicos acerca de la neurosis enfatizándose en la histeria, y psicosis; teniendo como objetivo general el análisis de la influencia de múltiples variables que dificultan la distinción del delirio entre ambas estructuras, mediante la exposición de casuística de los pacientes que recibieron atención psicológica en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.</p> <p>El método empleado a lo largo del presente trabajo de sistematización fue el cualitativo, el cual permitió analizar los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los pacientes, familiares y profesionales en estudio. Importante precisar que fueron útiles las modalidades de entrevista abierta y cerrada durante las prácticas pre-profesionales, para la obtención de información necesaria para el análisis de los casos. Así mismo, se podría decir que se llegó a la conclusión que el significativo primordial del Nombre del Padre en la construcción psíquica del niño se ha ido trastocando en esta época, lo que provoca que con mayor frecuencia hayan individuos con subjetividades "particulares", que dificultan los diagnósticos diferenciales y tratamientos que ofertan los profesionales del área de salud mental de los hospitales.</p>			
Abstract			
<p>The following work gathers specific concepts of Neurosis, emphasizing in hysteria and psychosis, in order to analyze the influence of multiple variables that hinder rave distinction between the two structures, by exposing casuistry of patients who received psychological counseling at the Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.</p> <p>The method employed throughout this systematization was qualitative method, which allowed to analyze the results of the interviews made to patients, family and professional people. It is important to note that open and closed interviews were useful during the pre-professional</p>			



practices to obtain information necessary for the analysis of the cases. Finally, it could be said that is concluded that the primary signifier of the Name of the Father in the psychic construction of the child has been subverting in this time, causing people start having "particular" subjectivities which make difficult the differential diagnoses and treatments that the professionals offer in mental health hospitals.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2399353 / 0986874992	E-mail: rosicler_93@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene	
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)	
	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	