

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

## Trabajo Final de Integración

### **Psiquiatría y Psicoanálisis: dos lecturas de la esquizofrenia**

Autor: Álvarez, Norma

# **ÍNDICE TEMÁTICO**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Marco Teórico Psicológico**

## **DESARROLLO**

### **1.2. Marco Teórico Psiquiátrico**

- 1.2.1. Criterios Diagnósticos
- 1.2.2. Semiología Psiquiátrica
- 1.2.3. Medicamentos
- 1.2.4. Identificación de Indicadores Clínicos
- 1.2.5. Autores
- 1.2.6. Diagnóstico

### **1.3. Marco Teórico Psicoanalítico**

- 1.3.1. Metáfora Paterna y Complejo de Edipo
- 1.3.2. Las Psicosis
- 1.3.3. Diagnóstico

## **3. CONCLUSIÓN**

## **2. HISTORIA CLÍNICA**

## **3. BIBLIOGRAFÍA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Final de Integración tiene como objetivo principal, realizar una síntesis de la lectura de los marcos teóricos, psiquiátrico y psicoanalítico, sobre la psicosis esquizofrénica. Esta entidad diagnóstica ha sido postulada para una paciente internada en el Servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico .

Durante el período señalado han transcurrido las 320 horas de Práctica y Habilitación Profesional de quien suscribe, durante las cuales tuvo acceso a las entrevistas de seguimiento de la paciente. Asimismo, en ese lapso de tiempo, surgió la inquietud por la posibilidad de efectuar un recorrido que diera cuenta del interés de la misma en este tipo de patología y ha sido el marco en el que tuvo acceso a cursos, charlas y seminarios sobre los marcos teóricos, psiquiátrico y psicoanalítico, realizados en ese hospital e instituciones aledañas.

Con el fin de enmarcar el contexto en el cual transcurrió dicha internación, diremos que en el Servicio de Admisión de ese Hospital se reciben pacientes mujeres que generalmente son derivadas de distintos juzgados, en lo Civil, Penal, Correccional y / o en algunos casos, traídas por sus familias, en cuya oportunidad se le da intervención a un Juez. Algunas pacientes que poseen, causas judiciales en juzgados penales o correccionales han estado recluidas en la Unidad Penitenciaria de la Policía Federal N° 27 que tiene su sede dentro del predio de ese mismo Hospital. Previo paso por el Servicio de Guardia ingresan en el Servicio de Admisión donde se les hace una entrevista inicial en la que las pacientes, dentro de sus posibilidades, exponen los hechos que motivaron su ingreso, además de evaluar datos semiológicos de su estado actual y revisar la medicación que les fue prescrita en la Guardia, corregirla o ratificarla.

En el Servicio de Admisión se trabaja para la compensación del cuadro psiquiátrico con el que ingresan las pacientes, efectuar un diagnóstico, su posterior externación y tratamiento ambulatorio en los consultorios externos del mismo Hospital o en el servicio psiquiátrico del Hospital general que esté más próximo al domicilio de la paciente a fin de facilitarle su posterior tratamiento. Asimismo existe la posibilidad de

que se las derive a otro pabellón de mediano o largo tratamiento según las características de la paciente, evaluando fundamentalmente la modalidad de dirección y el tipo de patologías que allí se trata a fin de que sea apto para el mejor tratamiento.

Desde lo estrictamente psicológico se trata de recabar, con la colaboración de la paciente y de su familia, en forma separada, elementos que permitan la actual y posterior evaluación. En días posteriores a su ingreso al Servicio de Admisión, cuando se considera que está en condiciones de responder a las consignas, se le suministra una batería de test con el fin de obtener un psicodiagnóstico que posibilite una mejor evaluación y posterior diagnóstico, aunque este se corrobore únicamente con la evolución.

El modelo teórico que respalda el tratamiento desde lo psicológico, propone utilizar el apoyo cognitivo y emocional para tender a reforzar los compromisos adaptativos por medio del reforzamiento de la información cognitiva, la persuasión y el consejo, como por medio del apoyo emocional. Este apoyo se hace extensivo a los familiares, a fin de que logren, dentro de las posibilidades de cada caso, afrontar las contingencias que el tipo de patologías allí tratadas, supone.

El modelo teórico utilizado por los profesionales de ese servicio es el psiquiátrico y la intervención médico psiquiátrica está basada en la Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades relacionadas con la salud: C.I.E. 10 y el Manual de Criterios Diagnósticos de los trastornos mentales: D.S.M. IV.

El C.I.E. 10 es una Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades relacionadas con la salud que establece una categoría global de esquizofrenia, donde explica cuáles son los tipos más y menos frecuentes de la patología.

El D.S.M. IV Criterio Diagnóstico de los Trastornos Mentales, es un manual ateórico y multiaxial, que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información. El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psico-sociales y ambientales y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara únicamente en el objeto de consulta. Se promoverá el relevamiento y definición de la semiología consignada en la historia clínica, como así también de la medicación suministrada. Este

marco teórico será ampliado y enriquecido con el aporte de teóricos y profesionales de la psiquiatría, a través de sus textos.

En relación al marco teórico psicoanalítico, se partirá de la distinción que realiza Freud, entre neurosis y psicosis y la contribución de la teoría del narcisismo, a esta distinción. De la larga y fecunda elaboración que realiza Lacan, durante toda su enseñanza sobre las psicosis, el momento que nos interesa es en el que formula, la forclusión del significante del Nombre del Padre, con la consecuente exclusión de la metáfora paterna, la significación fálica y la ausencia del complejo de Edipo en las psicosis, exponiendo el desarrollo que realiza Lacan de estos tres últimos conceptos. Se explicará, en que consiste el fenómeno psicótico y su diferenciación con la neurosis. Por último se puntualizará la emergencia del fenómeno elemental como la expresión clínica de la forclusión del significante del Nombre del Padre y su manifestación en las producciones de la paciente.

## 1.2 **Marco teórico psicológico** (utilizado por los profesionales psicólogos del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano)

Este modelo propone el trabajo del terapeuta en función de realizar afirmaciones que tiendan a reforzar los compromisos adaptativos. En este sentido se propicia el apoyo cognitivo y emocional por medio del reforzamiento de la información, la persuasión y el consejo, también se incluye la sugestión, el reaseguramiento, dar aliento y alabanza. Este apoyo se hace extensivo a los familiares a fin de que logren dentro de las posibilidades de cada caso afrontar las contingencias que el tipo de patologías allí tratadas, supone. La psicoterapia de apoyo utiliza los aspectos preliminares de la técnica interpretativa, es decir la clarificación y la confrontación, asimismo se brinda una cuidadosa atención al desarrollo de los aspectos transferenciales, que no son interpretados pero si ayudan al terapeuta a analizar, con tacto, su naturaleza inapropiada, alentando al paciente a disminuir el comportamiento patológico en la sesión al mismo tiempo que se propicia la aclaración de las razones conscientes del

paciente con la consiguiente posibilidad de trasladar el conocimiento así adquirido a las relaciones del paciente fuera del tratamiento. Por lo que la psicoterapia de apoyo se basa en la clarificación, la reducción y el traslado de la transferencia, cumpliendo de este modo con sus objetivos reeducativos. La ausencia de interpretación de los conflictos inconscientes, particularmente de la transferencia, la utilización de técnicas de apoyo cognitivas y afectivas y las intervenciones directas sobre el ambiente, fomentando así las configuraciones adaptativas de impulso – defensa. De este modo, dichas técnicas, señalan la distancia entre este enfoque y el psicoanálisis y aun de la psicoterapia psicoanalítica, aunque estén igualmente sustentadas en la teoría psicoanalítica. La teoría psicoanalítica actúa en la psicoterapia de apoyo por el uso de las técnicas derivadas del psicoanálisis, la clarificación y la confrontación, permitiendo al terapeuta estar alerta a los desarrollos transferenciales, facilitando el diagnóstico de las primitivas operaciones defensivas en el trabajo terapéutico, aliviando y protegiendo la seguridad y autoestima del paciente, sin señalar sus raíces inconscientes.

## **2. DESARROLLO**

## 2.1 Marco teórico Psiquiátrico

Kaplan, Sadock (1999) plantean que a través de la historia de la esquizofrenia, este trastorno ha concitado la atención de las principales figuras de la psiquiatría y la neurología. En este sentido sus dos principales referentes han sido Emil Kraepelin y Eugen Bleuler, antes que ellos, el psiquiatra francés Benedict Morel había utilizado el término *démence precoce* para describir a pacientes deteriorados cuya enfermedad había comenzado en la adolescencia.

Emil Kraepelin tradujo el término de Morel por *dementia precox* que resaltaba el proceso cognoscitivo de este trastorno como una demencia y con una edad de inicio temprana. A estos pacientes se los describía con un curso deteriorante a largo plazo y con síntomas clínicos de alucinaciones y delirios. Distinguió esta enfermedad de la psicosis maníaco depresiva que presentaba períodos de enfermedad, alternados con períodos de funcionamiento normal y de paranoia, cuyo síntoma principal consistía en ideas delirantes de tipo persecutorio.

Eugen Bleuler dispuso el término *esquizofrenia* para dar cuenta en los pacientes afectados, de la presencia de una escisión en el pensamiento, emociones y conducta, difiriendo con Kraepelin, para quien, la esquizofrenia necesariamente tenía un curso deteriorante. Antes de la publicación de la tercera edición del D.S.M. III, el diagnóstico de esquizofrenia en los Estados Unidos se había regido por los conceptos de Bleuler, lo que determinó que aumentara la incidencia de su diagnóstico al doble de su incidencia en Europa. Luego de la publicación de dicha edición, la psiquiatría de ese país optó por utilizar los conceptos de Kraepelin, aunque internacionalmente se haya aceptado la designación de Bleuler.

Belloch, Sandín, Ramos (1995) afirman que la esquizofrenia, por tratarse de una enfermedad mental compleja, ha generado el desarrollo de distintas teorías clínicas que pugnan por explicar su causa. Este trastorno ofrece dificultades para establecer

un diagnóstico acertado, fundamentalmente por su carácter heterogéneo. Cuando ya se ha establecido el diagnóstico, existen importantes diferencias entre los pacientes a los que se les ha asignado este diagnóstico, en la edad y forma de inicio del trastorno, en los síntomas y fenómenos asociados, en el curso, pronóstico y respuesta a los tratamientos, además de los factores de riesgo observados.

Aunque los sistemas diagnósticos utilizados en la actualidad son solo un convenio para utilizar el concepto de esquizofrenia, esta posibilidad ha mejorado su confiabilidad y sin duda la comunicación entre clínicos e investigadores. Sin embargo, no es probable que con la utilización de estos criterios diagnósticos, se hayan identificado grupos homogéneos en la etiología de la esquizofrenia, dado que es improbable que un trastorno tan complejo tenga su origen en una única causa.

Dadas las consideraciones anteriores, hoy se puede afirmar que la esquizofrenia es posible por la interacción de causas múltiples. Clínicos e investigadores, están de acuerdo en afirmar que para que se desarrolle una esquizofrenia se precisa una combinación de factores de predisposición, genéticos y ambientales. Es de suponer, que no se trata de una única enfermedad causada por un único proceso patofisiológico o etiológico, sino que en ella coexisten un grupo heterogéneo de trastornos que participan de características clínicas comunes pero etiológicamente diversas.

Belloch, Sandin, Ramos (1995) dicen que los estudios de investigación realizados en el área de epidemiología genética, afirman que es un hecho demostrado la prevalencia de la esquizofrenia como enfermedad familiar, dado que se confirma reiteradamente su incidencia entre miembros de familias con esquizofrénicos, a diferencia de lo que sucede entre familiares de personas no esquizofrénicas; de modo tal que si el 1% de la población general desarrolla una esquizofrenia, entre los parientes de las personas con el trastorno, el porcentaje se eleva a un 10%. En este sentido, otro dato significativo es que se incrementa el riesgo con la mayor cercanía en el grado de parentesco con el esquizofrénico, llegando a un 48 % en gemelos monocigóticos. Si bien, de estos estudios, se puede deducir una transmisión genética en la esquizofrenia, no han sido establecidas las bases genéticas de esta enfermedad. Otro aspecto a tener en cuenta es que los componentes de una familia, se arriesgan a



los mismos efectos ambientales que el paciente esquizofrénico, por lo que estas mismas contribuciones, los pueden conducir a la esquizofrenia.

Asimismo, estos autores señalan que el método más preciso para el discernimiento de las influencias ambientales y/o genéticas, son los estudios de gemelos y de adopción. Estos estudios parten de la base de que la concordancia para la esquizofrenia es mayor para los gemelos monocigóticos que para los dicigóticos, dada la igualdad genética entre los primeros.

La metodología para establecer los criterios operacionales, en estos estudios, no ha sido lo suficientemente estricta; sin embargo las primeras investigaciones tanto como las más recientes, conducidas a término con máximo rigor de procedimientos, citados por estos autores (Gottesman y Shields, 1982; Kendler, 1983), establecen que el porcentaje promedio de concordancia se ubica en alrededor del 46% para los monocigóticos y al 14% para los dicigóticos. La coincidencia de los datos para los gemelos mono y dicigóticos apoyan la importancia de los factores genéticos, pero que la concordancia no sea del 100 % para los monocigóticos, deja abierto el paso a las hipótesis ambientalistas.

Kaplan, Sadock (1999) indican que la prevalencia, casi universal, de la esquizofrenia es del 1%. En Estados Unidos y a pesar de la gravedad del trastorno, solo la mitad de los pacientes esquizofrénicos reciben tratamiento.

La predominancia de la esquizofrenia es la misma en hombres que en mujeres, pero difiere la edad de inicio en relación a los sexos, que es menor en hombres que en mujeres. Más de la mitad de las personas del sexo masculino que padecen este trastorno, son internados por primera vez en los hospitales psiquiátricos entre los 15 y los 25 años de edad, mientras que en las personas del sexo femenino, la edad de inicio es entre los 25 y los 35 años. Es extremadamente infrecuente que la edad de inicio de este trastorno sea antes de los 10 y después de los 50 años. La edad de casi el 90% de los pacientes en tratamiento oscila entre los 15 y los 55 años. De acuerdo a algunos estudios, es más probable que los hombres muestren algún tipo de deterioro debido a los síntomas negativos, a diferencia de las mujeres que exhiben un

mejor funcionamiento social. Se ha demostrado que la evolución de este trastorno, es más favorable en las mujeres que en los hombres.

La política de apertura de los hospitales, que tiene como resultado la desinstitucionalización de los pacientes, el interés puesto en la rehabilitación, los adelantos de la industria farmacéutica en la fabricación de psicofármacos y la atención basada en la comunidad de estos pacientes, han redundado en una mayor incidencia de matrimonios y de fertilidad, estos factores han determinado que se duplicara la cifra de hijos nacidos con padres esquizofrénicos desde 1935 a 1955, siendo la tasa de fertilidad, similar a la de la población general.

Según las estadísticas sobre mortalidad en estos pacientes, presentan tasas de muerte por accidentes y causas naturales superiores a la media de la población general. Estas variables no pueden ser explicadas en relación con la institucionalización o el tratamiento al que son sometidos. Algunos estudios han demostrado que el 80% de pacientes esquizofrénicos tienen enfermedades médicas concurrentes y que más del 50% de esas enfermedades, no han sido diagnosticadas.

El suicidio suele ser causa de muerte reiterada entre los pacientes esquizofrénicos; cerca del 50% de los pacientes esquizofrénicos intentan suicidarse al menos una vez en su vida y entre un 10 y un 15 % logran el suicidio en un período de seguimiento de 20 años.

En los principales factores de riesgo en el suicidio de los pacientes esquizofrénicos, confluyen diversas causas, síntomas depresivos, menor edad y funcionamiento premórbido (conductas peligrosas que se observan antes que se declare la enfermedad; especialmente en universitarios), los jóvenes correspondientes a este grupo de riesgo, pueden darse cuenta de las consecuencias destructoras de esta enfermedad y considerar el suicidio como una opción razonable.

Cabe destacar que la paciente diagnosticada de esquizofrenia que motiva este T.F.I., como lo señala la Historia Clínica, fue internada por un proceso depresivo e intento de suicidio, a los veinte años de edad. Realizando luego, un tratamiento psiquiátrico con médico particular, quien la medica con antidepresivos.

El consumo de tabaco en pacientes esquizofrénicos es revelado por numerosos estudios realizados en los Estados Unidos, los cuales consignan que más del 75%

fuman cigarrillos; esta cifra es comparada con el resto de los pacientes psiquiátricos, en los que el consumo de esta sustancia desciende a menos de la mitad. Algunos estudios señalan que el consumo de cigarrillos se asocia con altas dosis de neurolepticos, debido a que esta sustancia (nicotina), aumentaría la tasa de metabolismo de estos fármacos. Otra explicación puede asociarse con que el consumo de tabaco disminuye el parkinsonismo causado por los antipsicóticos, dada la activación dependiente de nicotina de neuronas dopaminérgicas. Estudios más recientes demuestran, la disminución de síntomas positivos, como las alucinaciones, por el efecto sobre los receptores nicotínicos, dado que esta sustancia disminuye la percepción de estímulos externos, más precisamente el ruido.

El consumo y abuso de sustancias, en los esquizofrénicos no está claramente definido, aunque se sabe que entre un 30 y un 50 % de estos enfermos, cumplirían con los criterios diagnósticos del abuso de alcohol. Otras sustancias que consumen frecuentemente son el cannabis y la cocaína, cuyos porcentajes oscilan entre un 15 y un 25 % para el primer caso y entre un 5 y un 10% para el segundo. Cuando se les pregunta el porque del consumo de estas sustancias, responden que las consumen para obtener placer, sentirse menos deprimidos y disminuir la ansiedad. La comorbilidad del consumo de sustancias y el trastorno esquizofrénico es asociada, con un mal pronóstico.

Se consigna en la Historia clínica que la paciente tratada en el Hospital Moyano, refiere adicción al alcohol pero no a otras sustancias.

Según, Kaplan, Sadock (1999), se ha determinado la prevalencia del trastorno esquizofrénico, en ciudades cuya densidad de población supera el millón de habitantes. Asimismo esa prevalencia disminuye en ciudades cuyas poblaciones oscilan entre cien a quinientos mil habitantes y no se detecta en ciudades con menos de diez mil habitantes. La incidencia de este trastorno en niños con un progenitor o ambos, afectados de esquizofrenia, se duplica en las ciudades en relación con las comunidades rurales. Estos datos sugieren que los factores estresantes presentes en ciudades con alta densidad poblacional, favorecen el desarrollo de esquizofrenia en personas con riesgo de sufrir dicho trastorno.

Un gran número de pacientes esquizofrénicos, de los países industrializados, se encuentran entre los grupos de bajo nivel socioeconómico. La primera hipótesis explicativa, sugiere que las personas afectadas de este trastorno descienden a grupos socioeconómicos inferiores o fracasan en sus intentos de ascender socialmente debido a su enfermedad, la segunda propone que la incertidumbre sufrida por estos grupos socioeconómicos, contribuye al desarrollo de la enfermedad.

El estrés que supone la inmigración a contextos culturales diferentes, determinaría un estado de tipo esquizofrénico, dado que existen estudios demostrativos de una alta incidencia de este trastorno en personas que han inmigrado recientemente.

Es probable, que en los países en vías de desarrollo, la esquizofrenia tenga mejor pronóstico, dado que los pacientes son reintegrados más plenamente a sus familias y comunidades, a diferencia de lo que sucede en los países altamente desarrollados.

El problema de las personas esquizofrénicas que quedan sin hogar en las grandes ciudades, estaría vinculado con la desinstitucionalización de estos pacientes, debido a deficiencias en el seguimiento de los mismos. No hay estudios certeros del número de personas sin hogar que sufren esquizofrenia, pero se estima que entre uno y dos tercios de esa población, padece ese trastorno.

El cálculo de los costos económicos que implica para la sociedad, una enfermedad, es complejo, sin embargo se acepta que el costo de la esquizofrenia para los Estados Unidos es inmenso. El 1% del PBI de ese país se destina al tratamiento de las enfermedades mentales, (de este porcentaje están excluidos los trastornos relacionados con sustancias) y esta enfermedad supone el 2.5 de los gastos sanitarios. El tratamiento y los costos indirectos (ejemplo: disminución de la productividad y mortalidad prematura) ascienden a casi cincuenta mil millones de dólares anuales. Alrededor del 75% de los esquizofrénicos graves son incapaces para trabajar.

El cambio en las actitudes políticas y en la mentalidad de los ciudadanos respecto del tratamiento y los derechos de los enfermos mentales, asociado al desarrollo de nuevos fármacos antipsicóticos, han dado lugar a la producción de cambios significativos en las condiciones de hospitalización de los pacientes esquizofrénicos, durante las últimas cuatro décadas. Estos pacientes ocupan el 50% de las camas de

los hospitales psiquiátricos y representan el 16% de todos los pacientes psiquiátricos que reciben algún tipo de tratamiento.

Según Kaplan, Harold, Sadock (1999), las causas de la esquizofrenia son desconocidas. En relación a lo que dicen las teorías biológicas, las principales áreas del cerebro implicadas en la fisiopatología del trastorno esquizofrénico, son las estructuras límbicas, debido al papel que éstas tienen en el control de las emociones. La patología en los ganglios basales, también está implicada en la etiología de la esquizofrenia, en muchos de estos pacientes se detectan movimientos extraños, muecas faciales, marcha torpe y estereotipias ya que los mismos cumplen un determinado papel en el control de los movimientos. Otro factor que se relaciona, es el hecho de que los ganglios basales están recíprocamente conectados con los lóbulos frontales, lo que implica la posibilidad, de que las anomalías de funcionamiento, observadas en el lóbulo frontal a través de neuroimágenes, puedan ser debidas a alteraciones de los ganglios basales, más que de los lóbulos frontales en si mismos.

También se halla implicado el tálamo por su mecanismo integrador y el tronco cerebral, que con el mesencéfalo, tienen la localización primaria de las neuronas aminérgicas ascendentes.

Datos registrados en la cátedra de Psiquiatría Biológica de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, indican la existencia de estudios que revelan, en pacientes esquizofrénicos, un número de 5 o 6% menos de masa cerebral, no en cantidad de neuronas, sino en cantidad de conexiones sinápticas.

Kaplan, Sadock (1999), plantean que la hipótesis dopaminérgica más sencilla sobre la esquizofrenia, postula esta enfermedad como el resultado de un exceso de actividad dopaminérgica. Esta formulación parte de dos observaciones, la primera dice, que la eficacia y potencia de la mayoría de los fármacos antipsicóticos está correlacionada con la capacidad que tienen de actuar como antagonistas del receptor dopaminérgico del tipo 2(D<sub>2</sub>). La segunda dice que los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica, por ejemplo las anfetaminas, son psicoticomiméticas. La teoría no abunda en explicaciones sobre si la hiperactividad dopaminérgica es causa

de un exceso de liberación de dopamina, o un exceso de receptores dopaminérgicos, o una hipersensibilidad de estos receptores a la dopamina, o una combinación de todos los mecanismos mencionados. Tampoco define esta teoría, que vías dopaminérgicas del cerebro están implicadas, aunque las mesocorticales y las mesolímbicas serían las comprometidas con mayor frecuencia.

Otros neurotransmisores han sido y siguen siendo objeto de estudio por la implicancia que podrían tener en la formación de un trastorno esquizofrénico. Aunque la dopamina sea el neurotransmisor que más atención ha recibido, es posible que anomalías en otros neurotransmisores determinen el mismo síndrome conductual. Como ejemplo están las sustancias alucinógenas que afectan a la serotonina, como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y altas dosis de sustancias que afectan a la dopamina, como las anfetaminas, cuyos efectos pueden causar síntomas psicóticos difíciles de distinguir de la esquizofrenia. Por otra parte, las últimas investigaciones en neurociencias han determinado que una única neurona puede contener varios neurotransmisores y tener receptores para seis más de los mismos. Por lo tanto, diferentes neurotransmisores del cerebro establecen interacciones muy complejas y su mal funcionamiento sería el resultado de cambios en uno sólo de ellos.

### **2.1.1 Criterios Diagnósticos**

Para el diagnóstico Kaplan, Sadock (1999) señalan que el DSM IV tiene los criterios oficiales de la esquizofrenia. Estos criterios diagnósticos, describen especificadores de curso que le ofrecen al clínico diversas opciones, al mismo tiempo que describen situaciones clínicas reales. La presencia de alucinaciones e ideas delirantes no son imprescindibles para el diagnóstico de esquizofrenia ya que un paciente puede cumplir los criterios si presenta dos de los síntomas enumerados en el criterio A.

Los subtipos de esquizofrenia que clasifica el DSM IV son: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. Para esto se basa especialmente en la presentación clínica.

Por el contrario, la clasificación CIE 10, utiliza nueve subtipos de este trastorno: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indeferenciada, depresión post esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otra esquizofrenia y esquizofrenia sin especificación, asimismo admite ocho posibilidades para clasificar el curso del trastorno, en un rango que va desde continua hasta remisión completa.

#### Criterios diagnósticos DSM IV para la esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si a sido tratado con éxito):

- 1) Ideas delirantes
- 2) Alucinaciones
- 3) Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Solo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social /laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten los signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de seis meses debe tener al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos

o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presente de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de la alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve, en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se manifiestan durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito)

Clasificación del curso longitudinal:

Episodio con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de los síntomas psicóticos destacados); especificar también si con síntomas negativos acusados.

Episodio sin síntomas residuales interepisódicos:

Continuo: (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si hay síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial; especificar también si hay síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión total.

Otro patrón o no especificado:

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.



El C.I.E. 10, Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades relacionadas con la salud, establece criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.

Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10 para la esquizofrenia

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado (1) (eco, inserción, robo y difusión del pensamiento) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en el apartado (2) (ideas delirantes de control, influencia o pasividad) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración ( o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

(1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión de pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre si acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo: ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo)

(2) Al menos dos de las siguientes:

- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.

- f) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- g) Conducta catatónica tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- h) Síntomas negativos tales como, marcada apatía, empobrecimiento de la expresividad verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

G2 Criterios de exclusión más frecuentes usados:

- (1) Si se satisfacen también los criterios para un episodio maníaco depresivo, los criterios listados más arriba en G1 (1) y G1 (2), deben satisfacerse antes de haber aparecido el trastorno del humor.
- (2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en que se especifica) o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionadas con alcohol u otras drogas.

Comentario: Al evaluar la presencia de este tipo de experiencias subjetivas y de conductas anómalas, se debe tener especial cuidado para falsos positivos, especialmente donde están implicadas formas de expresión cultural o subculturalmente influenciadas o en presencia de un nivel de inteligencia por debajo de la media.

Formas de evolución: Teniendo en cuenta la considerable variación del curso de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente (en especial para investigación) especificar la forma evolutiva utilizando un quinto dígito. La evolución no deberá codificarse, al menos que haya habido un período de observación de al menos un año.

### 2.1.2 Semiología Psiquiátrica

Signos y síntomas que se han consignado en la Historia Clínica de la paciente internada en el Hospital Neuropsiquiátrico :

Conceptos pertenecientes a la Semiología de la Actividad

Agitación psicomotriz: (Comportamiento Motor). Actividad motora excesiva, habitualmente no productiva y como respuesta a una tensión interior.

Hiperactividad: (hipercinesia) Actividad ininterrumpida, destructiva y agresiva, que suele asociarse a patología cerebral subyacente.

Conceptos pertenecientes a la Semiología del Pensamiento

Fuga de Ideas: Verbalización rápida y continua de palabras que produce un saltar constante de una idea a otra. Las ideas suelen estar relacionadas y es posible seguir el hilo si no se trata de una forma muy grave del trastorno.

Curso acelerado: Aceleración, se observa en la taquipsiquia (aceleración del ritmo psíquico), también en la manía (verborragia, fuga de ideas, etc.)

Contenido delirante: (Se ubica como: Trastorno formal del pensamiento):

Alteración en la forma del pensamiento más que en su contenido. El pensamiento se caracteriza por asociaciones laxas, neologismos y construcciones ilógicas. El curso del pensamiento es desordenado y la persona es definida como psicótica.

Ideación delirante de perjuicio: Idea falsa, dotada de convicción, irreductible y con un tono afectivo que suele orientar la conducta. Una persona normal puede tener una idea falsa en la cual cree firmemente (convicción), pero no ser irreductible ( puede

reconocer su error si se le presentan argumentos). Ejemplo: psicosis delirantes crónicas (paranoia, parafrenia, esquizofrenia)

Neologismo: Palabra nueva creada por el paciente, a menudo combinando sílabas de otras palabras, por razones psicológicas inherentes a la forma de ser del sujeto.

Incoherencia: Pensamiento que en general, resulta incomprensible; coexistencia de pensamientos y palabras sin ninguna conexión lógica o gramatical, que produce un lenguaje desorganizado.

-Juicio: Actividad psíquica mediante la cual el espíritu realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión entre las ideas o conocimientos. Capacidad para evaluar una situación correctamente y para actuar en forma apropiada en dicha situación. En este caso se consigna: Juicio desviado.

Conceptos pertenecientes a la Semiología del Lenguaje

Logorrea: (volubilidad) Discurso copioso, coherente y lógico.

Conceptos pertenecientes a la Semiología de la Orientación

Desorientación autopsíquica: Desconocimiento de la persona respecto de si misma. Ejemplo: no sabe quién es, o cree ser algo diferente, no reconoce familiares, etc. Desconocimiento o confusión respecto del nombre y apellido, edad, estado civil, etc. En el caso clínico que nos ocupa, la paciente está orientada autopsíquicamente.

Desorientación alopsíquica: Desconocimiento de la persona respecto de su ubicación en el tiempo y en el espacio. Ejemplo: no sabe en que día, año o mes está, o cree estar en otra época (desorientación temporal) Además puede no saber en que lugar

está (desorientación espacial). En el caso clínico que nos ocupa, la paciente está orientada alopsíquicamente.

#### Conceptos pertenecientes a la Semiología de la Afectividad

Labilidad: Cambios rápidos y bruscos en el tono emocional, no relacionados con estímulos externos.

Hipertimia: Exaltación de la afectividad (Ejemplos: manía, hipomanía, depresión).

Ánimo disfórico: El ánimo es una emoción mantenida y persistente que se manifiesta subjetivamente y puede ser observada por los demás; como ejemplo podemos mencionar la depresión, la euforia o la ira. El ánimo disfórico es un estado de ánimo desagradable.

#### Conceptos pertenecientes a la Semiología de la Atención

Paraprosexia: Aumento de la atención espontánea y disminución de la atención voluntaria. Típico de los estados de excitación como la manía.

#### Conceptos pertenecientes a la Semiología de la Memoria

Hiperpnnesia de evocación: Aumento o hiperactividad de la memoria por una mayor facilidad en la fase de evocación. Es patológica cuando perturba el curso del pensamiento (maníacos y algunos delirantes).

### Conceptos Varios

-Insomnio de Conciliación: Dificultad para conciliar el sueño.

-Distimia (displacerera): Es una forma crónica de depresión, que se caracteriza por estados de ánimo permanenteente bajos, pero no tan extremos como otros tipos de depresión.

-Hiperbulia: Aumento notable de la energía y de la voluntad de actuar.

-Hipobulia: Disminución notable de la voluntad, apatía. Disminución del interés por las cosas que antes producían satisfacción.

-Megalomanía (polimorfa): Sobreestimación delirante de las propias capacidades. Delirio de grandeza. Convicción irracional de la propia riqueza, fama o poder. No es una enfermedad en si misma mientras no alcanza el nivel de delirio, de obsesión o de carácter claramente patológico.

### 2.1.3 Medicamentos

(suministrados durante la internación de la paciente en el Servicio de Admisión del Hospital Neuropsiquiátrico ).

Haloperidol: Neuroléptico o antipsicótico, (también definidos como tranquilizantes mayores) típico, convencional o de primera generación y de alta potencia. (1)

Levomepromazina: Neuroléptico típico o convencional de baja potencia. (1)

Prometazina: Neuroléptico típico o convencional de baja potencia. (1)

Risperidona: Neuroléptico atípico o de segunda generación. (1)

Lorazepan: Benzodiazepina no hipnótica. (2)

Diazepan: Benzodiazepina no hipnótica. (2)

Biperideno: Preparado anticolinérgico y antiparkinsoniano. (3)

(1) Los neurolépticos o antipsicóticos actúan bloqueando (antagonizando) los receptores D dopaminérgicos fundamentalmente, aunque tienen un amplio espectro terapéutico al modular muchos tipos de receptores, (serotoninérgicos, histamínicos, muscarínicos, adrenérgicos, etc.). Que el neuroléptico sea atípico, hace que sea más efectivo para los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, que no se produzcan síntomas extrapiramidales, que no aumente la prolactina, etc. Generalmente se suministran una vez por día.

(2) Las Benzodiazepinas son agentes depresores del sistema nervioso, son más selectivos que drogas como los barbitúricos. Actúan en particular, sobre el sistema límbico. Las BZD comportan una estructura química similar y tienen gran afinidad con el complejo de receptores benzodiazepínicos del sistema nervioso central.

(3) El Biperideno está indicado para la prevención y tratamiento de los síntomas extrapiramidales inducidos por los neurolépticos. Es un fármaco que actúa bloqueando los receptores de acetilcolina (transmisor químico del impulso nervioso).

#### **2.1.4 Identificación de indicadores clínicos**

DSM IV: Ideas delirantes (de perjuicio).

Alucinaciones (sólo en una oportunidad refiere haber visto a la Virgen de Fátima, que le dice que no se tire del balcón, en las siguientes oportunidades lo refiere como un sueño).

Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración.

CIE 10: Ideas delirantes (de perjuicio), presentes la mayor parte del tiempo durante más de 1 mes.

Ideas delirantes de perjuicio referidas a su cuerpo.

Percepciones delirantes (dice: me siento una elegida, veo como el anexo de la persona).

Ideas sobrevaloradas persistentes.

Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento que dan lugar a incoherencias y a lenguaje circunstancial.

#### **2.1.5 Autores**

Bleuler (1993) plantea dar un nuevo nombre a la enfermedad, menos apto para ser malentendido. Llama entonces esquizofrenia a la demencia precoz por el desdoblamiento de las distintas funciones psíquicas, advirtiendo que es casi imposible encontrar un nombre perfecto para un concepto que aún se está desarrollando y alterando.

Luego realiza una pormenorizada descripción de síntomas que ubica en:



## A). Las Funciones simples:

## 1) Las funciones simples alteradas

- a) asociación \*
- b) afectividad \*
- c) ambivalencia \*

## 2) Las funciones simples intactas

- a) sensación y percepción
- b) orientación
- c) memoria
- d) conciencia
- e) movilidad

## B) Las funciones compuestas:

- a) relación con la realidad (autismo) \*
- b) atención
- c) voluntad
- d) la persona
- e) actividad y comportamiento

\* “Estos síntomas eran las alteraciones en la capacidad de asociación, especialmente pérdida de las asociaciones, las alteraciones de la afectividad, el autismo y la ambivalencia, sintetizadas como las cuatro Aes”. (Kaplan, Harold, Sadock 1999, p. 320)

Ey (1978) dice que no se trata de una opinión clásica, tampoco admitida, pero define la esquizofrenia como “una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas” (Ey, H. 1978, p. 473). Esta especie se distingue por una alteración profunda e incrementada de la persona que deja de elaborar su vida en relación con los demás, para sumirse en un pensamiento autístico, es decir en un desconcierto imaginario.

Ey (1978) cita a Bleuler, cuando dice que el proceso esquizofrénico se caracteriza por un síndrome anómalo y negativo de disociación y por un síndrome secundario positivo de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante.

Las distintas opiniones sobre el trastorno esquizofrénico, no impide a los clínicos, ponerse de acuerdo en la práctica de su diagnóstico, que generalmente coinciden en señalar que se trata de un conjunto de trastornos en los que predominan la discordancia, la ambivalencia, la incoherencia ideo-verbal, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas, además de perturbaciones afectivas profundas. Todos estos signos tienden a evolucionar hacia el quebranto y la disociación de la personalidad.

Este autor, otorga a los factores psicosocioculturales, igual valor etiológico en la constitución del trastorno esquizofrénico que a los factores orgánicos. De lo que se trata, no es de que dichos factores por si solos sean la causa de la esquizofrenia, sino de la participación de estos, influenciándose recíprocamente en circunstancias particularmente significativas para el sujeto.

Leonhard (1999), realiza una pormenorizada descripción de los distintos tipos de esquizofrenias, haciendo una distinción fundamental entre esquizofrenias asistemáticas y sistemáticas. Esta distinción consiste en que las esquizofrenias asistemáticas cursan de manera remitente y claramente periódicas en tanto que las sistemáticas transcurren de manera crónica y progresiva.

Entre las esquizofrenias asistemáticas se cuentan la parafrenia afectiva, la catafasia o esquizofasia y la catatonía periódica.

En tanto que dentro de las esquizofrenias sistemáticas están las esquizofrenias sistemáticas simples, dentro de estas, las formas catatónicas, hebefrénicas y paranoides; y las esquizofrenias sistemáticas combinadas, dentro de estas, las catatonías, las hebefrenias y las parafrenias sistemáticas combinadas.

Monchablon Espinoza (2002), plantea que las esquizofrenias son trastornos de la personalidad, en los que las personas que las sufren, rompen con su continuidad histórico espiritual, se alienan, temporal o definitivamente, no pueden entender la

realidad, realizan un juicio equívoco de la misma, no teniendo conocimiento de lo que sucede a su alrededor ni consigo mismo. Se trata de uno de los trastornos mentales más graves ya que “ataca la esencia misma de la personalidad” (Monchablón Espinoza, 2002, p. 10). Esto implica, no poder apropiarse adecuadamente de los rendimientos cognitivos, afectivos, volitivos y conductuales para si mismo y para el mundo. Por lo tanto con la esquizofrenia se pierde la posibilidad de valorar adecuadamente los contextos y quizá sea esta la alteración más grave. Por esto Minkowski la define como una pérdida del contacto vital con la realidad. Pero también se puede definir como una demencia pragmática, por la imposibilidad de poder valorar los cambios contextuales del mundo que los rodea y poder adaptarse a ellos en forma conveniente.

Monchablón Espinoza (2002) plantea que el defecto esquizofrénico es un conjunto de síntomas duraderos, de presencia inestable, que subsisten como trasfondo del proceso esquizofrénico, al que se le agregan síntomas crónicos de las distintas formas de la enfermedad. Luego se le agregarán los síntomas adquiridos durante la hospitalización conocidos como hospitalismo. En tanto, los procesos agudos de la enfermedad aparecen y desaparecen, los procesos crónicos se perpetúan, conformando el defecto esquizofrénico de la personalidad.

En las formas crónicas de la enfermedad, es decir las más graves, siempre se destacan los trastornos cognitivos. El deterioro cognitivo producido en el trastorno esquizofrénico, se agrava con la medicación neuroléptica administrada repetidamente y es más grave aun, si el paciente es abandonado sin estímulos sociales ni psicológicos.

Este autor, plantea que la preponderancia de la psiquiatría anglo-americana después de la Segunda Guerra Mundial, elaboró un sistema de doble diagnóstico muy simplificado, que tuvo amplia aceptación, en detrimento del ordenamiento nosológico altamente diferenciado de Karl Leonhard.

Indica como promisorias las constantes modificaciones del DSM y el CIE, porque evidencian el camino del progreso en el acuerdo entre clínicos e investigadores, aunque lamenta el alejamiento del diagnóstico transversal – longitudinal, que propicia desde su Cátedra de Psicopatología.

Plantea la importancia de la clasificación y organización de las psicosis endógenas, realizada por Leonhard (1999) de la cual destacaremos, los “cuadros esquizofrénicos de defecto” (sistemáticos) y las “esquizofrenias no sistemáticas”.

Las primeras tienen un comienzo progresivo y pronóstico desfavorable, en el comienzo se entremezclan con síntomas accesorios, tales como alucinaciones, percepciones delirantes, angustia paranoide, etc., estabilizándose luego de algunos años.

Las segundas (esquizofrenias no sistemáticas), a diferencia de las primeras, tienen por lo general un comienzo agudo pero su curso es solapado y el defecto suele ser más o menos acentuado. Sus síntomas se suelen reducir visiblemente con neurolépticos. “De todos modos las verdaderas curaciones apenas son posibles” (Monchablon Espinoza, 2002, p.18).

Estas enfermedades perduran con síntomas pobres de defecto, como: catatonía periódica, embotamiento, parafrenia afectiva, desconfianza, suspicacia, confusión, indiferencia, etc.

Leonhard (1999) puntualiza que, la parafrenia afectiva, se cumple en forma remitente y crónica, siendo predominantemente, un síndrome de referencia. También se detectan en el principio y a veces en la evolución posterior, alternancias afectivas que van desde la angustia al éxtasis. La afectividad está siempre acompañada por ideación patológica. La angustia, muchas veces es autorreferencial, algunas veces hay alucinaciones y en el éxtasis también hay percepciones erróneas, pero sobre todo ideas de felicidad.

Las fluctuaciones afectivas, se combinan frecuentemente con irritabilidad, que se desarrolla gradualmente a partir de la angustia. Consecuentemente se forma un síndrome de referencia irritante, con más elementos de angustia que de hostilidad.

La parafrenia afectiva se puede mantener de esta manera y también que las alteraciones extásicas leves permanezcan en el tiempo produciendo un delirio de grandeza crónico. Sin embargo, es muy probable que la afectividad, se modifique patológicamente en ambas direcciones, determinando simultáneamente, ideas de

persecución y de grandeza. Si se sistematizan las ideas delirantes, a menudo se produce el cuadro de una paranoia en el sentido de Kraepelin.

Es frecuente que la parafrenia afectiva, no se detenga en el estado descrito hasta el momento, sino que lo ilógico, pasa a formar parte en forma creciente del delirio, hasta producir las típicas *formaciones fantásticas*, con ideas de grandeza, recuerdos erróneos, desconocimiento de personas, ideas absurdas, percepciones erróneas en todos los campos sensoriales. En la parafrenia afectiva siempre hay un anclaje afectivo de las ideas delirantes.

Asimismo, describe la parafrenia expansiva (perteneciente al grupo de las esquizofrenias sistemáticas), señalando que en el comienzo puede haber alucinaciones que luego desaparecerán, para dejar lugar al cuadro clínico puramente delirante. El delirio es expansivo con ideas de grandeza y su contenido se conserva dentro de límites moderados. Los parafrénicos expansivos buscan permanentemente demostrar que son superiores, por lo que su personalidad está afectada por el delirio de grandeza. Tienen distintas formas de expresarlo, por ejemplo en los movimientos, en el trato con las demás personas, en su forma de vestir, con escritos misteriosos, etc. Su actividad expansiva suele ser monótona, lo que señala su pobreza de ideas. Cuando hablan guiados por su delirio de grandeza, protestan, se quejan de los demás, son verborrágicos. En el resto de las cosas muestran poco interés y poca iniciativa. Las fallas gramaticales y la formación de palabras dan cuenta de un pensamiento perturbado y aunque estén acertados básicamente en sus conceptos, suelen ser muy imprecisos.

### **2.1.6 Diagnóstico**

A pesar de la precocidad que resulta de realizar un diagnóstico, sin contar con la evolución del cuadro de la paciente, por las similitudes que presenta la descripción que realiza Leonhard, de la parafrenia afectiva y la parafrenia expansiva, con las particularidades que se detectan en la Historia Clínica, a los efectos de la realización de este T.F.I., detallaremos los elementos de la H.C. que coincidan con ambos diagnósticos:

Parafrenia afectiva asistemática: es un síndrome de referencia; las fluctuaciones afectivas que van desde la angustia al éxtasis (ejemplo: cuando habla de su novio); la afectividad acompañada por ideación patológica; las fluctuaciones afectivas se combinan con irritabilidad (síndrome de referencia irritante), de la angustia se produce paulatinamente una irritación, las ideas de referencia se transforman en tergiversaciones hostiles e irritadas de los acontecimientos del entorno, se podría hablar de un síndrome de referencia irritante; simultaneidad de ideas de persecución y de grandeza; anclaje afectivo de las ideas delirantes.

Parafrenia expansiva sistemática: alucinaciones que luego desaparecen (la Virgen de Fátima que le dice que no se tire del balcón, habla de ello como sucedido en una oportunidad); delirio expansivo con ideas de grandeza que expresa en su discurso, (dice que de chica leyó a Freud y a Lacan); actividad expansiva que deja al descubierto su pobreza de ideas (dice que es casi abogada y no sabe que quiere decir inimputable); se queja y protesta en todas las oportunidades; formación de palabras, (neologismos en cantidad).

## **2.2 Marco Teórico Psicoanalítico**

Producto de una larga elaboración y de su empeño por encontrar hipótesis que expliquen las causas, origen y mecanismos de las diferentes entidades clínicas y no reducirlas meramente a una etiología orgánica, Freud (1923/2006) realiza una importante distinción entre neurosis y psicosis que expresa de la siguiente manera:

...en conexión con una ilación de pensamiento inspirada desde otro lado, y cuyo asunto era la génesis y prevención de las psicosis, me acudió una fórmula simple sobre lo que quizás es la diferencia genética más importante entre neurosis y psicosis: La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior. (p. 155)

Para arribar a la formulación precedente fue necesario introducir una nueva teoría en el psicoanálisis, la teoría del narcisismo, en la que Freud (1914/2006) explica el delirio por una regresión narcisista de la libido, diciendo que en las parafrenias la libido que se libera por frustración no queda inscrita en los objetos de la fantasía sino que se retira sobre el yo e intenta mediante el delirio de grandeza dominar ese volumen de libido. De la frustración nace la hipocondría, que luego en un intento de restitución produce manifestaciones patológicas muy llamativas. Se trata de una operación similar a la dada en las neurosis de transferencia. En estas, de la frustración nace la angustia, que se sustituye mediante una posterior elaboración psíquica en conversión, formación reactiva, formación protectora (fobias).

El interés de Lacan, su saber y su práctica en las psicosis, es anterior a su interés por el psicoanálisis. Cuenta en su formación psiquiátrica con las enseñanzas, fundamentalmente de Clérambault, aunque también estudió y utilizó las contribuciones de la psiquiatría alemana. En la preparación de su tesis doctoral sobre la psicosis, fue conducido a leer lo escrito por Freud sobre el tema y en especial el Historial de Schreber, lectura que le resulta deslumbrante.

### **2.2.1 Metáfora paterna y Complejo de Edipo**

Como es sabido Lacan ha realizado durante toda su obra una larga elaboración sobre las psicosis, pero la que interesa a los efectos de este T.F.I., es la que se caracteriza por la forclusión del significante del nombre del padre con la consecuente exclusión de la metáfora paterna, la significación fálica y la ausencia del Edipo.

Cuando Lacan (2001), habla de la metáfora paterna, se trata de la función del padre y de la lectura que realiza del Edipo freudiano.

Dice que la función del padre tiene su centro en el complejo de Edipo, ya que Freud la introduce desde el principio en La interpretación de los sueños, revelando que el inconsciente es antes que nada el complejo de Edipo, porque lo que se lee del inconsciente es la amnesia infantil que encubre los deseos infantiles por la madre y su represión, aun en la adultez.

Distingue Lacan (2001) tres polos históricos en relación al complejo de Edipo. En el primero ubica la pregunta ¿Hay neurosis sin Edipo? puntualizando que en algunas observaciones el Edipo no siempre desempeña su principal papel, sino que lo que se ubica allí es la relación exclusiva del niño con la madre, siendo esta cuestión, contemporánea a lo que se llamó el superyó materno. Pero Freud ya había planteado que el superyó era de origen paterno, por lo que surgió la pregunta -¿en verdad el superyó es únicamente de origen paterno? ¿ No hay en las neurosis, detrás del superyó paterno, un superyó materno todavía más exigente, más opresivo, más devastador, más insistente? (Lacan, 2001, p.166)

En el segundo polo, plantea la cuestión del campo preedípico, considerando el Edipo como una fase que aparece en cierto momento de la evolución del sujeto. Esto, dice Lacan, ya lo había teorizado Freud bastante temprano en su obra, sosteniendo que lo que ocurría antes del Edipo también tenía su importancia. Pero solo puede hablarse de lo preedípico retroactivamente a partir del Complejo de Edipo. Ubica en esta etapa de la historia a Melanie Klein:

...- esta analista, que por fuerza aborda en esos niños una serie de temas en términos a veces pre-verbales, casi cuando aparece la palabra- pues bien, cuanto más se remonta hacia el tiempo de la historia presuntamente pre-edípica y cuantas más cosas ve allí, ve siempre y en todo momento, permanente, la interrogación edípica. (p.168)



Siguiendo con el análisis de lo escrito por M. Klein sobre el Edipo, esta describe una etapa muy precoz del desarrollo de los niños, que llama de la formación de los malos objetos, incluso anterior a la fase paranoide-depresiva, que está relacionada con la percepción del cuerpo de la madre en su totalidad, a través de los dichos de los niños, sus dibujos y la reconstrucción que hace de su psicología, encuentra entre los malos objetos, todos los rivales presentes en el cuerpo de la madre, hermanas hermanos y precisamente al padre, representado en forma de pene.

Es decir que desde las primeras fases imaginarias del sujeto, se constata la precocidad en la aparición del tercer término paterno.

En el tercer polo histórico, Lacan (2001) ubica la relación del complejo de Edipo con la genitalización. De lo que aquí se trata es que el mismo, tiene una función normativa, no solo en cuanto a lo moral de la estructura del sujeto y en su relación con la realidad, sino en la asunción de su sexo. De este modo vemos que la cuestión de la genitalización tiene dos vertientes: el crecimiento, que implica una evolución, una maduración y la asunción del sujeto de su propio sexo. Es decir, el hombre va a asumir el tipo viril y la mujer el tipo femenino, se va a reconocer como mujer e identificar con sus funciones de mujer. En este nivel es donde el complejo de Edipo se vincula directamente con la función del Ideal del Yo.

Hasta acá se han reconocido tres polos en la historia del complejo de Edipo, su relación con el superyó, con la realidad y con el Ideal del yo.

Luego, Lacan (2001) interviene en la elucidación de la función del complejo de castración y lo formula a partir de lo que él llama ambientalismo. ¿Estaba o no estaba el padre?, era muy severo o demasiado amable. Es cierto que un Edipo puede constituirse cuando el padre no está presente, por lo que desde el punto de vista ambientalista, nunca se sabe de que carece el padre. Reubica que la investigación no es deficiente por sus aciertos sino, por lo que investiga. Hay allí una confusión entre el padre como persona normal y el padre como normativo, en el seno de la familia puede tener muchas carencias, pero no se trata de lo mismo sus carencias en el complejo.

En el inicio del complejo de Edipo está el padre horroroso que interviene en distintos aspectos pero que fundamentalmente prohíbe a la madre “ahí es donde el padre está vinculado con la ley primordial de la interdicción del incesto” (Lacan, 2001, p. 173), a veces lo manifiesta en forma directa cuando el niño se deja llevar por sus tendencias, pero es por su presencia y sus efectos en el inconsciente como lleva a cabo la interdicción de la madre, bajo amenaza de castración. Y esto se manifiesta clínicamente como una represalia dentro de una relación agresiva, agresión que parte del niño porque su madre le está prohibida y la dirige hacia el padre, luego vuelve hacia él, dado que se trata de una relación dual. Imaginariamente proyecta en el padre intenciones agresivas, parecidas a las suyas, pero originadas en sus propias tendencias agresivas. Es decir, que el temor experimentado por el niño ante el padre es claramente centrífugo, esto quiere decir que tiene su médula en el sujeto. Entonces, la forma en que la neurosis muestra el complejo de castración está vinculada con la agresión imaginaria.

Plantea la relación del complejo de Edipo con el Ideal del Yo en tres niveles: castración, frustración y privación. En la primera instancia, el padre aparece en una posición de importancia porque prohíbe. Y se hace algunas preguntas en relación a esto: “¿Qué prohíbe precisamente? ¿Hemos de hacer entrar en juego la aparición de la pulsión genital y decir que prohíbe en primer lugar su satisfacción real?” (Lacan, 2001, p. 176) Podemos decir que se trata de la denegación del padre con respecto a la satisfacción de la pulsión real, pero la experiencia demuestra que la madre también puede hacerlo. Recurre al análisis hecho por Freud del caso Juanito, en el que es la madre quien dice: eso no se toca, guárdatelo, etc. Entonces, en el nivel de la amenaza de castración no se trata de la persona que ha de llevarla a cabo, se trata de una amenaza imaginaria. Por lo tanto la castración es un acto simbólico, en el que el agente es alguien real, el padre o la madre que le dice: no te toques, etc., cuyo objeto es imaginario porque si el niño siente que está cortado es que se lo imagina.

En el nivel de la frustración sigue vigente la pregunta ¿Qué prohíbe el padre? prohíbe a la madre y frustra al niño en su relación con ella. La prohíbe en cuanto objeto porque es suya, no es del niño. El padre no interviene como personaje real, sino como poseedor de un derecho, es el padre en tanto simbólico que interviene

prohibiendo a la madre, en un acto imaginario pero tratándose de un objeto real, pues el niño tiene necesidad de ella.

En el nivel de la privación, en que definitivamente se articula el complejo de Edipo. Dice Lacan (2001)

Se trata, entonces, del padre en tanto que se hace preferir a la madre.

..... En la medida en que el padre se convierte, de la forma que sea, por su fuerza o por su debilidad, en un objeto preferible a la madre, puede establecerse la identificación terminal. (p. 177)

Esta operación, en la niña se cumple sin dificultades porque el padre no tiene inconvenientes para ser preferido a la madre ya que es el portador del falo. Pero para el niño la cuestión es distinta, ¿cómo puede hacerse preferir el padre a la madre teniendo en cuenta que la virilidad es asumida mediante la identificación con el padre? En la salida normativa del Edipo, el niño varón reconoce no tener lo que tiene y en el caso de la niña no tener lo que no tiene. Aun falta algo en la explicación, el punto es saber que es el padre en el complejo de Edipo. Aunque deba intervenir como objeto real para materializar la castración, no es el padre real, es el padre simbólico. Pero va un poco mas allá de la noción de padre simbólico y dice: es una *metáfora*. Es el mecanismo central de la actuación del padre en el complejo de Edipo, es un significante, el significante del Nombre del Padre que sustituye al primer significante que se ha introducido en la simbolización, el significante materno. Lo explica de la siguiente manera: parte de la observación del juego del *Fort-da*, introducido por Freud y dice es la madre que va y viene, si puede decir que va y que viene, es que ya se trata de un pequeño ser capturado en lo simbólico que puede preguntarse ¿qué es lo que quiere esa? “Me encantaría ser yo lo que quiere, pero está claro que no solo me quiere a mí. Le da vueltas a alguna otra cosa”. (Lacan, 2001, p. 179) Quiere saber el motivo y el motivo de las idas y venidas de la madre es el falo. Ahora bien ¿donde se sitúa esta metáfora? La metáfora paterna se sitúa en el inconsciente, que es donde se ubica la articulación significante como perteneciente al complejo de Edipo.

Todas las posibilidades de enlazar el complejo de Edipo y su mecanismo conocido como complejo de castración, es en la estructura de la metáfora paterna. En este

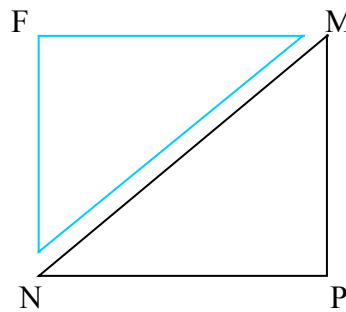
sentido, lo primero que ubica es el concepto de sujeto como distinto al de individuo y se podría decir, como opuesto al Yo. Cuando escasamente hay sujeto hablante, cuando comienza a relacionarse en tanto que habla, esas relaciones no se pueden reducir simplemente a un otro, el sujeto siempre se dirige a un tercero pero ese tercero es el Otro con mayúscula, que constituye la posición del sujeto como hablante y también como analizante.

Entonces la metáfora paterna se trata de aquello que se ha constituido a partir de una simbolización primordial entre el niño y la madre poniendo al padre en cuanto símbolo o significante en el lugar de la madre.

Lacan (2001) ubica entonces, el triángulo edípico constituido por niño- padre-madre. Los primeros contactos con el medio, las primeras realidades, son entre la madre y el niño, el padre está de entrada por eso se lo ubica en el triángulo, pero para el niño aun no ha entrado. El padre es real, pero para la gente en general no alcanza con que el padre sea el verdadero agente de la procreación, el padre es real en tanto las instituciones le confieran su nombre de padre. La posición del Nombre del Padre, la valoración del padre como fecundador, está situada en un nivel simbólico, no depende estrictamente de la forma cultural. “es una necesidad de la cadena significativa”. (Lacan, (2001), p.187) En cualquier orden simbólico, siempre hay algo que corresponde o no a la función del Nombre del Padre y dentro de esta función se introducen significaciones que pueden ser distintas según las culturas, pero siempre van a responder a las necesidades de la función del padre, a la que le corresponde el Nombre del Padre en la cadena significativa. El triángulo edípico, es entonces un triángulo simbólico porque se instituye en lo real a partir de que comienza a haber articulación de palabra, a partir de que hay cadena significativa.

Luego introduce la idea de ternario simbólico y ternario imaginario, este último para representar la relación del niño con la madre. Ya que el niño depende del deseo de la madre, desea que la madre lo desee. Pero en esta primera simbolización que hace de la madre, el niño dice: hay en ella el deseo de otra cosa distinta que satisfacer mi propio deseo (Fort-da). “Mediante esta simbolización, el niño desprende su dependencia efectiva respecto del deseo de la madre, de la pura y simple vivencia de dicha dependencia, y se instituye algo que se subjetiva en un nivel primordial o

primitivo". (Lacan, 2001, p. 187) Con esta subjetivación el niño sitúa a la madre como un ser primordial que puede estar o no estar, pero que para su deseo es esencial. No se trata solamente de la presencia de la madre, o de sus cuidados, o del contacto con ella, se trata de la apetencia de su deseo. Lacan ubicará este objeto del deseo de la madre, como un objeto imaginario, definido como aquello que la madre desea más allá del niño.



Triángulo Simbólico y Triángulo Imaginario

Esta simbolización que el niño hace de la madre se inscribe en un nivel primero y principal. Pero esta primera simbolización de la madre que va y viene, se efectúa porque detrás de ella existe todo el orden simbólico, en el cual también ella fue constituida y que permite de alguna manera el acceso, no siempre ideal, al objeto de su deseo, este objeto es una entidad prevalente singularizada por la necesidad establecida en el sistema simbólico. A este objeto se lo nombrará falo.

En el gráfico, existe una proporción entre el vértice del triángulo imaginario donde está el falo y el vértice del triángulo simbólico donde está el padre, que más que proporción, es un vínculo de orden metafórico que nos introduce en la dialéctica del complejo de Edipo.

Si ubicamos el deseo de la madre como deseo del Otro, que tiene un más allá que es el sistema simbólico, para alcanzar ese más allá es necesaria una mediación que sólo puede ser proporcionada por la posición del padre en el orden simbólico. Entonces la relación establecida del niño con el falo es porque éste es el objeto del deseo de la madre y la experiencia demuestra que en las relaciones del niño con la pareja parental, éste es un elemento primordial. Asimismo se verá que el sujeto en cierto momento de su infancia tomará determinada posición respecto del papel jugado por

el padre sobre el hecho de que la madre no tenga falo. Sin embargo, de lo que se trata, es del nivel de la privación. “Ahí el padre priva a alguien de lo que a fin de cuentas no tiene”(Lacan, 2001, p. 190) pero tiene existencia en tanto ha sido proyectado como símbolo en el plano simbólico. Es decir que, de todas maneras se trata de una privación, porque para que la privación sea real requiere previamente una simbolización.

En las experiencias analíticas se observa que el padre al privar a la madre del objeto de su deseo, desempeña un papel principal en todas las neurosis aunque todo el curso del Complejo de Edipo sea simple y normal.

En determinado momento del complejo de Edipo, se plantea para el sujeto el tema de aceptar, simbolizar y convertir en significativo esa privación de que la madre es objeto. Privación que el sujeto puede aceptar o rechazar, este punto es nodal, se trata del momento en que el padre entra en función como privador de la madre, “es decir, se perfila detrás de la relación de la madre con el objeto de su deseo como *el que castra*” (Lacan, 2001, p. 191) ¿a quien? no al niño sino a la madre. Nuevamente está la experiencia indicando, que si el niño no atraviesa este punto esencial, aceptando la privación del falo en la madre ejercida por el padre, va a mantener generalmente una forma determinada de identificación con el objeto de la madre, aunque se trate de una neurosis. Se encuentra allí, la identificación del niño al falo materno, la identificación a aquel objeto que cifra su deseo; teniendo en cuenta que si el falo se constituyó como signo del deseo materno, es porque el padre ya operó allí. En este punto la cuestión que se plantea en el plano imaginario, es ser o no ser el falo, siendo esta elección complicada para el sujeto, ya que el papel que juega es tanto activo como pasivo, pasivo porque no es de él de quien depende lo simbólico, hay allí una posición de los padres respecto de esta cuestión. No depende de él pero tiene en neutro una alternativa entre ser o no ser el falo.

Ahora, se va a plantear otro dilema que se va a expresar en otro momento posterior a la lógica del Edipo, es decir a la salida, que es la de tener o no tener el pene, en tanto que allí está en juego el complejo de castración, muy difícil de registrar, pero “que de él dependen estos dos hechos – por una parte, que el niño se convierta en un hombre, por otra parte, que la niña se convierta en una mujer.” (Lacan, 2001, p. 192)

Esta alternativa se soluciona incluso para el niño, que es finalmente quien tiene derecho a tenerlo, mediante el complejo de castración, poniendo en primer plano el hecho de que para tenerlo hubo un momento en el que no se lo podía tener, es decir haber considerado la posibilidad de estar castrado.

Podemos concluir que el sujeto puede aceptar o no aceptar, pero si no acepta, esto lo conduce hombre o mujer a ser el falo.

Para lo que sigue es esencial la efectiva intervención del padre. En primer término, es preciso que esté fuera del sujeto conformado como símbolo, dado que nadie podrá intervenir realmente en tanto no esté revestido de ese símbolo.

¿Pero como puede el padre real instaurar una prohibición? Para sofocar la actividad autoerótica no hay necesidad del padre, basta con la madre.

Se sabe que la función del Nombre del Padre, es decir el padre en su función, está ligada con la interdicción del incesto, pero no porque sea el padre real, en la complejidad de la castración, quien efectivamente promulgue esa ley. Obstaculiza la relación del niño con la madre; el padre en tanto significante es por derecho el portador de la ley, pero de hecho interviene de otra forma. Esta es la lógica de la articulación simbólica, la definición del padre es aquel significante que en lo simbólico, representa la ley.

El deseo del sujeto cuando ya ha pasado al estado de demanda, encuentra el objeto al que se dirige, el objeto primordial, la madre. El deseo se articula, porque el mundo en el que vive, es un mundo en el que impera la palabra, sometiendo el deseo de cada quien a la ley del deseo del Otro. El sujeto con su demanda atraviesan la línea de la cadena significante, en el sentido estructurante. Por eso el primer testimonio que el sujeto tiene de su relación con ese primer Otro, lo tiene con la madre, en tanto ya la ha simbolizado a través de las primeras articulaciones (Fort-da), si estas las puede hacer valer ante el objeto materno es que ya ha traspuesto la cadena significante. Por anticipación el sujeto se encuentra sometido a la ley, porque en tanto la madre es un ser hablante, basta para legitimarla como la ley de la madre. Pero esta es una ley imposible de controlar, porque al menos para el sujeto, algo de su deseo, depende únicamente de que esta ley está totalmente en el sujeto que la sustenta, en la madre, en tanto está dispuesta a satisfacer, o no, algo de ese deseo.

Previo a describir los tres tiempos del Complejo de Edipo Lacan (2001) advierte nuevamente sobre el peligro de caer en el análisis ambientalista, al decir que no se trata tanto de las relaciones entre la persona del padre y la persona de la madre, sino de la madre en relación con la palabra del padre – “con el padre en tanto que lo que dice no es del todo equivalente a nada.” (Lacan, 2001, p. 196)

Hay un primer tiempo en que lo que el niño busca, es ser él quien satisfaga el deseo de la madre, es decir ser él, el objeto de deseo de la madre. Es en una primitiva etapa fálica cuando el niño se identifica con el falo (identificación imaginaria) en tanto es éste el objeto de deseo de la madre. También es la etapa en que la metáfora paterna actúa en si misma, al estar ya establecida en el mundo la primacía del falo por la presencia del símbolo, de la ley y del discurso.

En el segundo tiempo, en un plano imaginario, el padre interviene realmente como el que priva al niño de la madre. El objeto de deseo de la madre (el falo), es ahora un objeto que el otro tiene o no tiene. La madre, hasta ahora el Otro primordial, que sometía al sujeto a la ley de su propio capricho, muestra en ella al Otro del Otro, es ahora una madre sometida también a la ley del Otro, a la ley del significante. En este punto, como sujeto barrado se desprende de la identificación al falo, ubicando al padre como el que la priva de este objeto. La madre se dirige a una ley, que no es su ley sino la del Otro, se vincula estrechamente con el hecho de que el objeto de su deseo es poseído en la realidad por el mismo Otro a cuya ley ella también remite, poniendo de relieve la importancia de la relación edípica. Lo constituyente del carácter decisivo del complejo de Edipo no se aísla como la relación de la madre con el padre, sino con la palabra del padre.

El tercer tiempo es tan importante como el segundo porque de él depende la salida del Edipo. El padre, en tanto es soporte de la ley, ha demostrado que puede otorgar el falo, de él depende que la madre lo posea o no lo posea, puede darlo o negarlo, pero de esto debe dar una prueba porque va a intervenir en este tercer tiempo como el que posee el falo, para poder producir el cambio que reinstale el falo como el objeto deseado por la madre y no únicamente como el objeto que él puede prohibir.

En esto consiste el tercer tiempo del complejo de Edipo, el padre puede darle a la madre lo que esta anhela porque lo tiene. Por lo tanto, va a mediar la “potencia en el



sentido genital de la palabra – digamos que el padre es un padre potente. Por eso la relación de la madre con el padre vuelve al plano real.” (Lacan, 2001, p. 200).

Hemos realizado un recorrido por los conceptos de metáfora paterna, significación fálica y complejo de Edipo, en relación con la teorización que Lacan realiza de la forclusión del Nombre del Padre y la consecuente ausencia de estos tres elementos en la estructura psicótica. Decimos ausencia, ya que la relación del niño con la madre va a quedar a merced del capricho materno, el padre no se hará preferir a la madre, no se constituirá el falo como signo del deseo materno, transcurriendo fuera de la estructura edípica, al no estar el padre revestido por el símbolo, es decir por el significante del Nombre del Padre.

### **2.2.2 Las Psicosis**

La distinción que realiza Freud entre neurosis y psicosis resulta fundamental.

Lacan (2004) dice al respecto:

Cuando Freud explica el delirio por una regresión narcisista de la libido, cuyo retiro de los objetos culmina en una desobjetalización, esto quiere decir, en el punto al que ha llegado, que el deseo que ha de ser reconocido en el delirio se sitúa en un plano muy distinto al del deseo que ha de hacerse reconocer en la neurosis.(p.152)

Tras la anterior afirmación, dice que el delirio efectivamente se puede leer, pero se encuentra en otro registro distinto del simbólico que es donde encontramos el discurso neurótico, siempre entre el significado y el significante. Lo que está reprimido en la neurosis aparece siempre en el inconsciente, donde están los símbolos, el neurótico toma parte de él como actor y como representante.

Lacan (2004) recurre a unos comentarios hechos por Jean Hyppolite sobre la Verneinung (negación) sobre los que destaca:

...en lo inconsciente, todo no está tan solo reprimido, es decir desconocido por el sujeto luego de haber sido verbalizado, sino que hay que admitir, detrás del proceso de verbalización, una Bejahung primordial (afirmación

primordial), una admisión en el sentido de lo simbólico, que puede a su vez faltar”( p. 23).

Hace referencia a lo dicho por Hippolite dado que este alude a La Negación, texto de Freud (1925/2006), donde hace una interesante observación sobre el trabajo analítico de los pacientes, en los que por ejemplo, aflora un sueño y el analista pregunta ¿Quién puede ser la persona del sueño? y el paciente contesta “Mi madre no es”, el analista dice: “Entonces es su madre”. Puntualiza, que el contenido de un pensamiento o una representación reprimidos aparece bruscamente en la conciencia, a condición de poder negarlo y este sería un modo de tomar noticia de lo reprimido. De alguna manera podría ser una cancelación de la represión pero no una aceptación de lo reprimido.

Lacan dice que este punto antes expuesto, se relaciona con otros textos en los que Freud se refiere a un fenómeno de exclusión que denomina Verwerfung (rechazo) y que se distingue de la Verneinung (negación).

Si ahora vemos lo que dice Freud (1918/1993) en El Hombre de los lobos, a saber:

“La posición inicial de nuestro paciente ante el problema de la castración nos es ya conocida. La rechazó y permaneció en el punto de vista del comercio anal. Al decir que la rechazó nos referimos a que no quiso saber nada de ella en el sentido de la represión” ( p. 1987).

Podemos deducir que para que un sujeto de lugar en su análisis a una Verneinung (negación), antes ha de haber tenido lugar una Bejahung primordial (afirmación), es decir la admisión en lo simbólico de un significante. Puede suceder que un sujeto rechace la entrada a su mundo simbólico de una vivencia que en algún momento experimentó: la amenaza de castración. “Toda la continuación del desarrollo del sujeto muestra que nada quiere saber de ella, Freud lo dice textualmente, en el sentido reprimido” (Lacan, 2004, p. 24).

Lo que es reprimido siempre está expresándose en síntomas y variedad de otros fenómenos, está incluido en una cadena significativa porque hubo una Bejahung (afirmación primordial) antes de ser reprimido. En la neurosis, el síntoma, cumple el papel de un idioma que expresa la represión, da cuenta de que la represión y el retorno de lo reprimido son la misma cosa, el derecho y el revés de un único

desarrollo.

Pero lo que recae bajo el efecto de la Verwerfung (rechazo, forclusión) tiene otro destino que se traduce de esta forma: “lo que es rehusado en el orden simbólico, vuelve a surgir en lo real” (Lacan, 2004, p. 25).

Vuelve en lo real del dedo cortado en El hombre de los lobos y vuelve en lo real de la Virgen de Fátima aconsejándole a nuestra paciente que no se tire del balcón.

Las psicosis demuestran que puede suceder que parte de la simbolización no se lleve a cabo, que algo primordial no lo introduzca en su simbolización y que exista la posibilidad de una Verwerfung primitiva que luego se manifestará en lo real. Lo real, en tanto da la idea de un campo distinto al simbólico.

¿Qué es el fenómeno psicótico? Se trata del surgimiento en la realidad, de una gran significación que no se la puede vincular a nada, porque nunca entró en el proceso de simbolización. En condiciones especiales, lo que se encuentra es algo que aparece en el mundo exterior, que en una etapa primitiva no fue simbolizado y que deja al sujeto totalmente incapaz, a diferencia de las neurosis, de poder producir la Verneinung (el retorno de lo reprimido). No se encuentra en la psicosis, el compromiso simbolizante de la neurosis. Aparece en el registro imaginario una verdadera reacción en cadena, una proliferación imaginaria, deformada y a-simbólica.

Para el sujeto normal la realidad está bien ubicada, en tanto que el psicótico sabe que su realidad no es segura y hasta puede admitir cierto viso de irrealidad, de lo que está seguro es que la alucinación y la interpretación que hace de ella, le conciernen. Para él lo que está en juego no es la realidad sino la certeza. La relación del sujeto normal con su yo, es ambigua, mientras que en el sujeto psicótico, la alucinación y otros fenómenos elementales, muestran al sujeto totalmente identificado a su yo con el que habla. En el momento en que la alucinación aparece en lo real, acompañada por un característico sentimiento de realidad, “el sujeto literalmente habla con su yo y es como si un tercero, su doble, hablase y comentase su actividad” (Lacan, 2004, p. 27)

Los fenómenos elementales, son tan elementales como lo que está en el trasfondo de la construcción del delirio. Realizando una comparación con la hoja de una planta, en ésta, se dejan ver detalles de cómo se superponen ciertos elementos en las nervaduras que dan cuenta de la estructura de la planta, el pequeño elemento es la

estructura misma. Es decir que el fenómeno elemental debe ser entendido del mismo modo que se entiende el concepto de estructura, no pudiéndola reducir a nada que no sea ella misma.

Lacan, (2004) destaca de una presentación de enfermos, a una paciente, que no duda en diagnosticar como “psicótica muy evidente”. Le cuesta un arduo trabajo obtener el indicio de que se trata de una delirante.

En el lenguaje particular, muchas veces asombroso del psicótico, en este caso la paciente, se destaca casi al final de la hora y media de entrevista el término “galopinar”, que le pone la rúbrica a todo lo dicho hasta el momento.

Quien suscribe en calidad de pasante, ha tenido oportunidad de tomar nota de lo dicho por la paciente que nos ocupa, en las entrevistas clínicas realizadas durante el período de su internación. Refiere malos tratos de sus familias de guarda cuando era niña, cuenta que los policías abusan de ella en el momento en que es detenida, que los médicos en la guardia la trataron muy mal, discute y pelea con sus vecinos (hecho que motiva su internación). Al igual que la paciente que refiere Lacan (2004) de la presentación de enfermos, se destaca su mal humor y su discurso querellante. También tuvieron lugar varias horas de entrevistas clínicas, hasta que surgió la palabra “insolepto”. En las entrevistas subsiguientes van a surgir varios neologismos más.

Los elementos de la lingüística son el significante y el significado; el significante es el material del lenguaje, pero los objetos, las cosas, no son el significado, el significado envía siempre a la significación, es decir a otra significación; porque el lenguaje jamás se dirige hacia un punto determinado de la realidad, nunca se puede saber exactamente que es lo que se está designando, o, si existe un acuerdo sobre lo que se está designando, restará saber, que de ese objeto se está designando.

En el nivel del significante, en su registro material, el delirio se diferencia por esa forma tan especial de oponerse al lenguaje común, llamado neologismo. En el nivel de la significación, esas palabras que los interrumpen, tienen la particularidad de remitir básicamente a la significación en cuanto tal. Es una significación que no tiene

otro destino, más que remitir a si misma, es irreductible. No puede ser reducida a otra significación, porque en si misma significa algo inefable. Dice Lacan en relación a estas palabras “. . . detienen la significación, son una especie de plomada en la red del discurso del sujeto. Característica estructural que, en el abordaje clínico, permite reconocer la rúbrica del delirio.” (Lacan, 2004, p. 53)

### **2.2.3 Diagnóstico**

Dado el diagnóstico de esquizofrenia y teniendo en cuenta los elementos paranoides en el discurso hostil y delirante de la paciente, recurrimos a Freud (1911 / 2004), en tanto acuerda con Kraepelin cuando fusiona, en una nueva entidad clínica, muchas de las formas clínicas que antes se las nombraba como paranoias, aunque no acuerda con la denominación de demencia precoz. Tampoco con la propuesta por Bleuler, quien propone designar a esta última como esquizofrenia, dado que alude a un desdoblamiento de las funciones psíquicas que no sería exclusivo de esta entidad clínica. Por lo tanto, propone conservar la paranoia como un tipo clínico independiente, aunque esta a menudo, se complique con rasgos esquizofrénicos. Se diferencia por una localización diferente de las fijaciones de la libido y un mecanismo distinto del retorno en la formación de síntoma, aunque conserva en común con la demencia precoz el carácter básico de la represión, es decir el dasasimiento libidinal con regresión al yo. Por lo que propone para la demencia precoz (esquizofrenia), el nombre de *parafrenia*, ya que se conservan sus vínculos con la paranoia al retener parte de su nombre y además recuerda el nombre de hebefrenia, incluida en las esquizofrenias.

### 3. CONCLUSIÓN

Se ha realizado en este T.F.I. la síntesis de dos lecturas, una psiquiátrica y otra psicoanalítica de la psicosis esquizofrénica.

La psiquiatría propone un método minuciosamente empírico de observación y descripción de los signos y síntomas asociados al trastorno esquizofrénico, además de la promoción y publicación de diferentes estudios científicos, epidemiológicos, sobre la etiología, la genética, ambientales, de comorbilidad, psicosocioculturales, fisiopatológicos, etc.

La riqueza de la Semiología Psiquiátrica permite la valoración de los síntomas y signos que reenvían a una clasificación de los trastornos mentales que los clínicos han aprendido a reconocer.

La psiquiatría no sólo aporta desde el modelo médico, sino que aporta desde lo psicosociocultural, adoptando para el tratamiento de las enfermedades mentales (en este caso, la esquizofrenia), no solo el tratamiento con psicofármacos, sino las variadas formas de psicoterapia, que no han constituido el alcance de este T.F.I.

Se han establecido criterios diagnósticos, DSM IV y CIE 10, que posibilitan el acuerdo entre clínicos e investigadores, delimitando a su vez, las enfermedades médicas que afectan las condiciones psíquicas de los enfermos. Aunque estos sean sólo un acuerdo y la complejidad del trastorno, dificulte su diagnóstico; por que como se le comunicaba a quien realiza este T.F.I. en la práctica profesional, la esquizofrenia se ve únicamente en su evolución; la posibilidad de comunicación entre clínicos e investigadores, ha mejorado la fiabilidad en el diagnóstico de este trastorno.

Es posible concluir a través de la lectura de los autores que hemos propuesto en el marco teórico psiquiátrico, en la gravedad de este trastorno, que determina una transformación profunda de la personalidad, agregándosele a esta alteración, los síntomas crónicos del defecto esquizofrénico además de los del hospitalismo. En este mismo sentido, señalamos que el tratamiento psicoterapéutico de estos enfermos, se

ha visto facilitada por la eficacia de los antipsicóticos, cuestión que ha favorecido las relaciones del enfermo con el equipo médico psicológico.

Ha sido de enorme importancia para el aprendizaje de quien realiza este T.F.I., a riesgo de equivocarse, ubicar a modo de diagnóstico, dentro de la clasificación de Leonhard (1999), los dos tipos de esquizofrenia que pueden coincidir con las características que presenta la paciente.

En relación al enfoque teórico psicoanalítico, la lectura que se ha realizado contempla los puntos fundamentales del trabajo de Freud en relación a las psicosis, aunque éstas no hayan constituido el centro de su teoría y su práctica.

Asimismo y en relación a la lectura hecha de la teoría lacaniana sobre las psicosis, se advierte en Lacan el saber que ya poseía sobre la teoría y la práctica de las mismas, proponiendo, aunque proveniente de la psiquiatría, un retorno a Freud, orientándose siempre por sus textos y su práctica.

El retorno a Freud que plantea Lacan, Mazzuca (2005), tiene en cuenta las objeciones planteadas por Freud, respecto de la interpretación y la transferencia en las psicosis. Estas cuestiones constituyen a su vez, lo que Lacan llama, la cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (título de uno de sus principales escritos sobre el tema), que sin desconocer estos límites, sienta las bases del trabajo con los pacientes psicóticos. Rescata estos principios alentando a los psicoanalistas a inventar procedimientos, en los que no se sostenga el sujeto supuesto saber, base de la transferencia neurótica, no haciendo interpretaciones que den lugar a una nueva significación. Lacan define mecanismos imaginarios que pueden compensar el Edipo ausente en el momento de una posible estabilización, en una metáfora delirante que supla la metáfora paterna ausente.

En este sentido, dice Fernández (2001), "... La Psiquiatría nos dice como es el loco, el Psicoanálisis se propone dar cuenta de la verdad en juego en el texto psicótico" (Fernández, 2001, p. 26).

Esta autora cita la conclusión de una encuesta norteamericana en la que se dice, que el psicótico recibe los efectos del tratamiento por vía de la palabra. Ese efecto de la palabra (opina), hace que deban renovarse el camino de la lectura y la escucha de las

distintas alternativas en los tratamientos y renovar lo que hace al principio de la función del analista: “acotar el padecimiento” (Fernández, 2001, p. 16).

No se encuentra, en el recorrido que hemos hecho de la elaboración lacaniana de la psicosis, al menos en el momento correspondiente al Seminario III, una partición entre paranoias y esquizofrenias. En este momento histórico de su elaboración sobre las psicosis, es la paranoia, la única forma que predomina en su enseñanza. Esto no quiere decir que no reconozca diferencias entre una paranoia y una esquizofrenia, en tanto dice “...mientras que en los esquizofrénicos, el desorden estrictamente psicótico, va en principio mucho más allá que en la paranoia” (Lacan, 2004, p.211).

Podemos concluir entonces, que para Lacan, las psicosis, Paranoias o esquizofrenias son, en tanto hay forclusión del significante del Nombre del Padre, con la consecuente exclusión de la metáfora paterna y la significación fálica, con el proceso transcurrido por fuera de la estructura del complejo de Edipo

En este sentido y a raíz de lo elaborado por Freud en relación a las memorias de Schreber sobre la paranoia, la esquizofrenia y la parafrenia, expuesto en el desarrollo de la lectura psicoanalítica, se ve cómo, por distintos caminos, psiquiatría y psicoanálisis, llegan a coincidir en el diagnóstico de “parafrenia”.

En el tratamiento psicoanalítico de las psicosis, puede suceder muchas veces, que se acuda a la necesidad de que el paciente esté medicado, pero el trabajo con el analista es “entretelar un imaginario posible que acote el agujero y dirigir al paciente a posibilitar una palabra entre él y las voces” (Fernández, 2001, p. 65).



#### 4. Historia Clínica

De la paciente G.M.

Interviene el Juzgado

24 años

Soltera

Agitación psicomotriz

Diagnóstico presuntivo: Episodio maniaco

La paciente es traída por personal del SAAME y policial con orden judicial de internación e informe pericial. Acompañada por su padre. Ingresar con síndrome de excitación psicomotriz. Paciente de 24 años de edad. Se encontraba en tratamiento psiquiátrico ambulatorio. Desde hace una semana se encuentra logorreica, hiperactiva, incoherente. En el día de la fecha protagoniza una riña con un vecino. El mismo efectuó la demanda y es detenida .

La paciente explica este incidente con las siguientes palabras: “los ruidos molestan, me impiden estudiar, he realizado múltiples denuncias”. Modos litigantes, querellantes y sobrevalorados. Antecedentes de maltrato físico y abuso sexual de niña. Presenta una internación de pocos días de duración, a los veinte años por episodio depresivo e intento de suicidio. Desde ese momento se encuentra realizando tratamiento psiquiátrico ambulatorio con psiquiatra particular. Medicada con Soloft.

SEMIOLOGÍA:

Prototipo: Atlético

Deambulacion: Normal

Presentación: Desaseada, desaliñada.

Conciencia: vigil.

Aspecto Psíquico: excitado.

Orientación autopsíquica: si.

Conciencia de enfermedad: no.

Orientación alopsíquica: tiempo si, espacio si.

Actitud psíquica: reticente.

Facies: expresiva.

Lenguaje: logorrea.

Atención: disprosexia.

Pensamiento: fuga de ideas, curso acelerado, contenido delirante.

Memoria: hipermnnesia.

Sueño: insomnio de conciliación.

Sensopercepción: sin alteraciones.

Afectividad: Hipertimia displacentera, labilidad.

Juicio: desviado.

Actividad: hiperactividad.

Voluntad: hiperbulia.

Ingreso Judicial: La paciente es traída por personal del S.A.M.E. y policial, acompañada por su padre con orden judicial de internación e informe pericial.

Ingreso por Síndrome de excitación psicomotriz. (Descompensación psicótica).

La paciente se encontraba realizando tratamiento psiquiátrico particular ambulatorio, medicada con Zoloft por episodio depresivo. En el último tiempo, refiere su padre, se mostró logorreica, hipertímica, incoherente, irritable y hostil. En el día de la fecha la paciente arremete verbal y físicamente a dos vecinos, quienes efectúan la denuncia, procediéndose a su detención. Durante la entrevista se encuentra excitada, en pobres condiciones de aseo y arreglo, poco colaboradora, reticente hostil, irritable, agresiva verbalmente. Sus modos son sobrevalorados. Su discurso es querellante, orientada globalmente. Sin conciencia de enfermedad con parcial conciencia de situación, paraproséxica con hipermnnesia de evocación. No se registran alteraciones sensoperceptivas. Pensamiento de curso acelerado con fuga de ideas y contenido delirante.

Ideación delirante paranoide de perjuicio y megalomanía polimorfa y de pronóstico efectivo. Disfórica, labilidad emocional, hiperactiva, hiperbulia, insomne.

Ingresa sin objetos de valor, con escoriaciones en región pectoral de pocos días de evolución.

Se indica Haloperidol (I.M.) 5 mg., Levomepromazina 25 mg. y Lorazepan 4 mg.

Diagnóstico sindromático: Síndrome de excitación psicomotriz.

Diagnóstico D.S.M. IV: Episodio maníaco.

Trastorno Bipolar I.

Pasa al Servicio de Admisión.

Servicio de Admisión:

Paciente muy somnolienta por medicación indicada en el día de ayer durante su ingreso. Se muestra un tanto hostil al intentar despertarla. Alcanza a pronunciar alguna frase suelta. Imposible efectuar una entrevista adecuada. Queda en evaluación, en el Servicio de Guardia. Se indica control de signos vitales por turno. Control estricto de conducta. No se indica medicación psiquiátrica momentáneamente.

Se conversa con su Sra. madre y su pareja, quienes se muestran muy preocupados por la situación. Nos informan que la paciente posee una prótesis ocular, la cual requiere la aplicación de solución oftálmica estéril.

1 Guardia 21,40 hs. Concorre su psiquiatra, quien refiere que trata a la paciente desde que estuvo internada por depresión e ideación suicida. En ese momento fue medicada con Zoloft, un comprimido por día. Se le explica la situación de la paciente.

Evaluación y Tratamiento:

Paciente logorreica. Pensamiento de curso acelerado. Ideación delirante. Megalómana y paranoide. Dice ser abogada. Se objetiva en sus vecinos de quienes dice quieren perjudicarla haciendo ruidos molestos. El pensamiento tiene divagación temática, logorreica biográfica. El humor es lábil entre la angustia y la irritabilidad.

Diagnóstico presuntivo: Podría tratarse de un episodio agudo de Psicosis Confusional.

Paciente somnolienta, habla con dificultad por efecto de la medicación. Ideación delirante, megalómana y paranoide refiere haber sido abusada siempre, por hombres y mujeres, al momento sus vecinos quieren perjudicarla, agrega que la denunciaron y

que en la comisaría volvieron a abusarla y a golpearla entre nueve policías. Dice que ella es “casi doctora”, “tengo un montón de cosas por resolver y me encerraron acá”. También refiere maltrato por los médicos de la Guardia. Agrega que convive con su pareja y que es probable que por la situación presente haya perdido un embarazo “... en la comisaría me bajaron la bombacha y me vi una hemorragia”. Se torna irritable por momentos, sobre todo cuando se refiere a las “injusticias” que está atravesando, afirma que hará “justicia” (cuando salga de acá) con sus tres abogados que la ayudan.

Antecedente de intento de suicidio, a los 20 años intentó arrojarse de un 6° piso. Refiere que ahora piensa diferente y que la gente que hace esas cosas es “mediocre”. Sigue igual tratamiento.

Paciente sumamente hostil y querellante. Queda con Halopidol 2 mg.

Diagnóstico presuntivo: Parafrenia afectiva, Psicosis de angustia paranoide.

Se aguarda la cama del Servicio de Admisión: queda con Halopidol.

Se concreta el pase al Servicio de Admisión.

Psicología: La paciente se presenta aseada, algo ansiosa, logorreica con conciencia de situación, sin conciencia del hecho que motivó su internación. Por momentos su discurso se disgrega, se la observa sobrevalorada, dice ser promotora, faltándole pocas materias para recibirse de abogada, utiliza términos legales pero desconoce temas de su futura profesión. Es hija adoptiva, fue adoptada a los diez años por sus padres actuales, rechaza a su madre biológica que según ella la entregó en adopción, pasó por varias amas externas y familias sustitutas, una de ellas le pegó en el ojo izquierdo por eso lleva una prótesis. Dice ser secretaria, modelo, promotora . A los 21 años se fue a vivir sola a un departamento que le regalaron sus padres tres pisos arriba de donde viven ellos. Hace tres años coincidiendo con la mudanza, comienza con depresión, ataques de pánico, revoleó a uno de sus conejos (dice la madre: “pobrecito el finadito”). Fue diagnosticada por estrés postraumático y tratada hasta la actualidad con Zoloft. Manifiesta que sufrió “ultrajes” que son diferentes a las violaciones, relata que “las distintas familias sustitutas con las que vivió, sobre todo

una, el Sr. le metía el dedo en la vagina y también muñequitos” Manifiesta que cuando estaba deprimida e intentó suicidarse se puso en la baranda del balcón para saltar, pero vio la imagen de la virgen y a sus padres adoptivos que le pedían que no lo hiciera.

Cuando se le preguntó si alguna vez escuchó voces, contesta “no soy esquizofrénica” y cuando se la interroga acerca de alguna idea de perjuicio o daño responde “no soy maniaco depresiva” “Yo desde los diez años que leo a Freud y a Lacan”. En el año 1999 hizo el C.B.C. pero “tuve que rendir varias veces Pensamiento Científico” que según refiere es una materia de “pura lógica, viste?”. Luego ya en carrera, refiere un período de embotamiento y falta de concentración que junto con la depresión y demás ítems ya consignados “tuve que consultar con un psiquiatra”.

Luego se entrevista a la madre adoptiva de la paciente que justifica lo hecho por su hija. los vecinos ponían música fuerte a cualquier hora del día, ella le sugería a su hija que no se metiera pero “vio como son las adolescentes, no?”. La describe como muy nerviosa pero siempre fue muy estudiosa, aplicada, por un golpe tiene parálisis en un ojo. Está tratada por el Dr. A por estrés postraumático, está medicada con Zoloft. Actualmente ella (la madre) cuida de los conejos de su hija, dice que tiene el departamento desordenado pero “ella siempre fue desordenada”. Refiere que nunca trabajó, que fue y es sostenida económicamente por sus padres, esto contradice lo dicho por la paciente en la entrevista inicial. Comenta que intentó trabajar pero no tuvo continuidad, “además no lo necesitaba”. Quiere que sea trasladada a un Hospital por estar más cerca de su casa. Dice que fue internada por que los vecinos la denunciaron primero.

Se muestra dispuesta a colaborar en la recuperación de la paciente. Hace tres años que está en pareja. Se le pregunta acerca de la depresión que manifiesta la paciente y responde que no quería salir de casa, que revoleó al conejo “pobrecito”, que varios profesionales le decían que no tenía nada hasta que comienza a atenderla el Dr. A y la diagnostica por estrés postraumático por todo lo vivido en su infancia.

La madre no consigna el intento de suicidio que refiere la paciente.

Entrevista Psicodiagnóstico Bender. H.T.P.

Paciente que accede a realizar las técnicas. Refiere haberlo realizado muchas veces, comprende las consignas, comenta que se agregaron elementos. Pensamiento concreto, pueril, empleo de neologismos. Megalómana. Dificultades para conceptualizar las relaciones con el entorno, las mismas son inadecuadas. Alteraciones en el esquema corporal, tendencias esquizoides y paranoicas, tendencia a la aislamiento, dificultades para aceptar los límites. Un Yo en franco deterioro que intenta reforzar con defensas psicopáticas. Se sugiere E.E.G.

Diagnóstico Presuntivo: Hebefrenia con elementos paranoides.

Se administra el cuestionario de evaluación de la personalidad M.M.P.I. II. El puntaje obtenido en la escala F es muy elevado, esto suele darse en personas difíciles de tratar, dificultades en las relaciones interpersonales y en la comunicación, tendencia al aislamiento y poca capacidad de juicio. Suele distorsionar la importancia de los hechos, tendencia a exagerar los hechos.

Paciente que concurre al consultorio por sus medios, habla espontáneamente, verborragia, tiene dificultades para sintetizar una idea. Megalómana, refiere dominar siete idiomas, ideación paranoide objetivada en sus vecinos, su relato es desinhibido, comenta que tuvo una infancia muy difícil y haber sido abusada tanto por hombres como por mujeres, su discurso presenta algunos neologismos.

Paciente demandante, pide ser atendida, llorosa, refiere que no quiere estar más acá. Se le explican las razones por las cuáles permanece internada pero parece no comprender debido a su estado, utiliza palabras que no tienen conexión con lo que expresa, neologismos, paranoide respecto al psicodiagnóstico, manipuladora y victimizada. Se trata de tranquilizarla pero no se logra del todo.

Paciente lúcida, colaboradora en la entrevista, tranquila, globalmente orientada. De buen ánimo, risas inmotivadas, sin conciencia de enfermedad. Ideación paranoide, megalómana y sobrevalorada, “me siento una elegida, veo como el anexo de la persona” sic. Refiere adicción al alcohol pero no a otras drogas, su pareja es adicta. Logorreica, disgregada. Refiere haber soñado “con la Virgen de Fátima” “con

colores brillantes y con olor a rosas”. . . (sic). Sin conciencia de enfermedad. Dice estudiar abogacía. Cierta manipulación. Sin alteración en el sueño ni en la alimentación. Sigue con igual medicación.

Paciente vigil lúcida. Globalmente orientada. Se presenta aseada y arreglada, con el cabello sobre su cara para taparse el ojo ya que no está utilizando su prótesis ocular. Divagación temática, ideas sobrevaloradas y megalómanas. Dice hablar en Inglés y también italiano y que concurrió a un colegio alemán. Refiere deseos de irse de alta para poder seguir estudiando. Dice que trabajó para la O.N.U. por los derechos del niño y por el Pacto de San José de Costa Rica (sic). De ánimo estable, sin conciencia de enfermedad. Sigue con igual medicación.

Musicoterapia: Concorre a sesión. Participa activamente. Refiere ser hija adoptiva y pertenecer a la raza Toba.

Paciente que en la consulta se muestra agresiva desde lo verbal, refiere estar enojada por que no puede salir. Demanda constantemente por su alta. Sin conciencia de enfermedad. Su discurso esta plagado de neologismos. Ideas megalómanas, comenta que se contiene para no estallar. Refiere tener dificultad en el sueño por tener pesadillas.

Paciente somnolienta. Al ser interrogada, se explaya ampliamente sobre las circunstancias que la habían traído a este Hospital, abundando en detalles sobre presuntos maltratos por parte de la policía y los médicos. Cuenta también, la historia de su vida plagada presuntamente de maltratos, torturas y abusos sexuales por parte de sus familias adoptivas. Megafónica, rompe en llanto al contar que en un “sueño” la Virgen de Fátima le advirtió que sufriría mucho en su vida. Relata que de adolescente tuvo una “crisis” con ideas “autolíticas” que no intentó llevar a la práctica, pero niega haber escuchado voces o haber tenido otros síntomas psicóticos. Afirma que hace cuatro años estuvo internada en una clínica por intento de suicidio, aparentemente por toda la angustia que le provocaba el haber vivido los maltratos

infantiles. Refiere sentirse angustiada por no recibir el alta. Afirma seguir con las pesadillas. Se alimenta poco. Igual tratamiento.

se transcribe cédula judicial donde se la declara inimputable.

Paciente en actitud tranquila. Refiere que ya está cansada de seguir internada “aquí” que le resulta “insufrible” el encierro y que está privada de su libertad injustamente. Sin conciencia de enfermedad. Niega alucinaciones sensorceptivas al momento de la entrevista. Refiere seguir con pesadillas. Se alimenta correctamente. Igual plan.

Paciente tranquila, levemente somnolienta, con buena predisposición para la entrevista. Orientada globalmente, sin conciencia de enfermedad. Niega alteraciones de la sensorcepción al momento del examen. Leves ideas de perjuicio objetivadas en algunos vecinos. Decrecen las ideas megalómanas de días anteriores. Se alimenta y duerme correctamente, continua con igual medicación.

Musicoterapia: Concorre a sesión acompañada de su madre quien apoya las afirmaciones de la paciente acerca de la falta de responsabilidad en los hechos que provocaron su internación. Se conduce en forma adecuada durante la sesión.

Se efectúa E.E.G. y mapeo cerebral.

Paciente que acude a la entrevista aseada, tranquila, no se observa productividad psicótica durante la evolución. Refiere que le hace mal recordar momentos de su pasado respecto del ojo izquierdo donde tiene una prótesis. Dice que fue a raíz de un golpe que sufrió a manos de una niñera, dando su cara contra un tronco, para luego decir que tenía en ese ojo una catarata congénita y que por estética tiene la prótesis. Manifiesta “soy una chica normal”. No tiene conciencia de enfermedad e intenta defenderse de lo ocurrido expresando “solo lo agredí porque me perturbaba”



Paciente tranquila, ánimo estable, sin conciencia de enfermedad, reiterativa con los temas sobre las pesadillas y el querer irse. Relata que está escribiendo una canción y que también dibuja (muestra un dibujo de Marilyn Monroe). Tendencia a estar sola.

Paciente tranquila, sin conciencia de enfermedad, desanimada en relación a sus proyectos, reitera su dificultad en el sueño, la interrupción del mismo por las pesadillas y en la alimentación por no agradarle demasiado la comida. Expresa sentirse débil física y psíquicamente. Continúa utilizando palabras que no coinciden con el sentido de la frase.

Paciente vigil, lúcida, tranquila, colaboradora en la entrevista. Refiere deseos de irse de alta para estudiar y trabajar.

Recibe visita de su padre y de su pareja. Sobrevalorada, sin conciencia de enfermedad. Dice que escribe canciones y poemas y lee historia argentina, pero no acá en el servicio porque no puedo concentrarme. Neologismos. Pensamiento de curso normal. Discurso coherente. Se alimenta y descansa correctamente. Sigue con igual medicación.

Paciente vigil, tranquila, lúcida. Se encuentra con ropa de cama, algo desaliñada y somnolienta. Refiere tener pesadillas y otras veces soñar “cosas lindas”. Manifiesta tener que adoptar posiciones de la cultura “Zen” para poder dormir. Insomnio de conciliación de tres días de evolución . Recibe visitas. Afecto estable. Hipobúlica. Se alimenta correctamente.

Diagnóstico Diferencial: Trastorno Bipolar. Hebefrenia Delirante.

Paciente en cama, se levanta para la entrevista, somnolienta, dice que comenzó a menstruar y no se siente bien, está tranquila, colaboradora, sin conciencia de enfermedad mental, refiere estar cansada de estar acá “pero el tratamiento es engorroso”, se refiere al legal. Recibe la visita de sus padres y de su novio. Ante mi pregunta sobre como va a reaccionar cuando vea al vecino con el que tuvo el

altercado responde “lo voy a ignorar”. Continuará tratamiento según manifiesta con el Dr. A “es mi médico tratante”.

Paciente somnolienta, tranquila. No se detecta productividad psicótica durante la evaluación. Se modifica medicación.

Halopidol 5 mg.	½	½	1
Lorazepan		¼	1
Levomepromazina			1

Paciente lúcida, tranquila, menos somnolienta que en días anteriores. De buen ánimo. Recibió la visita de los padres el día de ayer. Deseos de irse de alta. Sueño y alimentación sin problemas. Sigue con igual medicación.

Se la deriva a la Guardia.

Paciente con problemas motores, insomne. Se le agrega medicación Valium, Akinetón, Lorazepan. Ante cualquier eventualidad avisar a la guardia.

Se entrevista a la paciente que se encuentra inquieta motrizmente, siente pinchazos en el cuerpo y camina o salta, son efectos extrapiramidales del neuroléptico, pueril, sin productividad psicótica durante la evaluación, preocupada por si va a poder dormir esta noche y por su situación legal.

Guardia: 20,15 hs. Paciente ansiosa, refiere inquietud. Paciente con insomnio. Refiere preocupación por su situación legal.  
Se le indica Levomepromazina.

Paciente tranquila, colaboradora con la entrevista, levemente somnolienta por efecto de la medicación. Euproséxica, Hipobúlica, actualmente tiene inquietud motora. Se modifica plan farmacológico.

Haloperidol 5mg.	-	-	1
Risperidol 3 mg. ½			
Lorazepan 2,5 mg.		1	
Prometazona		1	
Biperideno	-	1	-

Se recibe resultado de E.E.G. y Mapeo Cerebral que se transcribe a la Historia Clínica. Paciente con leve inquietud motora, colaboradora en la entrevista, atención conservada, tranquila. Se alimenta y duerme correctamente. Recibe visitas de familiares. Tuvo permiso de salida al parque.

Risperidona 3 mg.	½	-	1
Lorazepan 2,5 mg	-	-	1
Prometazina 2,5 mg.	-	-	1
Biperideno	1	1	-

Guardia. Paciente insomne, refiere dificultad en conciliar el sueño. Se le indica Zopiclona U.D. por única vez, ante cualquier eventualidad dar aviso a la guardia.

Se toma conocimiento de lo actuado por Guardia. Paciente vigil, lúcida, tranquila, colaboradora en la entrevista. Pregunta por la medicación que le dieron para poder dormir y pregunta si los medicamentos que le dieron “son adictivos” (sic). Menor inquietud motora que en el día de ayer. Parcialmente aseada y arreglada. Nos muestra una rosa que le regaló su padre, hipobúlica, afecto estable. Se alimenta correctamente. Refiere insomnio de conciliación. Sigue con igual medicación, en caso de no poder conciliar el sueño se le indica un comprimido de Zopiclona U.D. por única vez.

Musicoterapia: Manifiesta sufrir “arañitas” (hormigueo) e inquietud motora, entra y sale del lugar donde se lleva a cabo la sesión. Atribuye estos malestares a la disminución de la medicación, pero teme contarle a su médico por que según ella podría dar marcha atrás su alta.

Paciente levemente ansiosa por su posible alta, hace preguntas por su situación legal, que debería saber, si como dijo a su ingreso está por recibirse de abogada. Niega el insomnio de conciliación y el hormigueo. Seguramente por que teme, si lo dice, permanecer más tiempo internada.

Paciente que demanda ser atendida, persiste su ansiedad por su situación legal, dice que le desapareció el hormigueo y que duerme bien. Quiere continuar tratamiento con el Dr. A pero sus padres se oponen por que le perdieron la confianza.

Se solicita turno para Resonancia magnética de cerebro en un Hospital .

Paciente tranquila, colaboradora en la entrevista. Globalmente orientada. Preocupada por su situación legal. Psiquiátricamente estable. Duerme y se alimenta correctamente. Sigue con igual medicación.

Paciente ansiosa e inquieta, luego de la visita del médico forense, sus demandas están basadas en su situación legal, como estudiante avanzada de abogacía, según refirió al comienzo de su internación, no sabe que significa “inimputable” y no sabe tampoco como va a pasar de una fiscalía a un juzgado civil. Sin conciencia de enfermedad mental, levemente querellante, dice que le hará juicio a la policía por haberla agredido físicamente cuando fue detenida, se trata de disuadirla de su intención.

Paciente que se encuentra levemente exaltada. Medicación.

Paciente tranquila, sin productividad psicótica, no ha presentado insomnio y dice que estuvo ansiosa por la situación judicial..

Paciente de aspecto desaliñado, colaboradora, menos ansiosa por que se resuelva su situación legal, no se observa productividad psicótica durante la evaluación. Se hace

notar la puerilidad que presenta, no está acorde a su nivel de instrucción universitaria.

Concurre la futura suegra de la paciente, abogada laboral (teléfonos), quien se está ocupando de la parte legal y de la continuidad del tratamiento de la paciente. Se tendrá una nueva entrevista para que ajuste datos sobre la paciente.

Paciente colaboradora con la entrevista “dice estar con mucha ansiedad desde el día de ayer, no sabe muy bien por que siente un temblor en el cuerpo y una opresión en el pecho. Presenta un aspecto desaliñado con falta de higiene. Refiere que tuvo dificultades la noche anterior para conciliar el sueño.

Paciente que hoy se muestra tranquila y colaboradora. Anoche durmió bien y no refiere seguir teniendo dolores en el cuerpo. En su relato refiere que previo al episodio con sus vecinos había tenido una discusión con su novio, que ella se ocupa de minimizar, “no me acuerdo por que me peleé, fue por una estupidez”. Cuenta que antes del episodio trabajaba vendiendo ropa por internet, ropa de marca junto a una socia, con la que se peleó por que su socia no le dejaba comprar la ropa para ella ya que según su socia “la ropa es solo para la venta” lo que la llevó a la pelea. Cuenta que la enoja la falta de honestidad y las injusticias, refiere que el hecho de que ella esté acá es una injusticia, también la forma en que la trataron en la comisaría. Se la ve menos ansiosa y más participativa.

Servicio social. Se entrevista a la paciente, tranquila, parcialmente aseada y arreglada. Dice que tiene estudios universitarios , que trabaja en forma independiente vendiendo ropa. Estuvo conviviendo con su pareja (dice el nombre de su novio) de 29 años, en la casa de éste. Comenta que es hija adoptiva y que fue adoptada a los diez años. Que fue abusada cuando estaba con dos amas cuidadoras ( el esposo de una de las cuidadoras y malos tratos por parte de la otra cuidadora)

Al relatar los hechos que produjeron la internación, refirió que fue a denunciar a sus vecinos que no la dejaban dormir, relata situaciones de violencia, de abuso en la comisaría cuando fue a denunciar.

Estaba en tratamiento psiquiátrico, lo inició hace unos años por depresión. Se observa pueril, no coinciden sus conocimientos legales con la situación.

Paciente lúcida, tranquila, concurre a un Club a realizar actividades, en regulares condiciones de aseo. Sin cambios en su cuadro psiquiátrico. Sueño y alimentación sin problemas. Sigue con igual medicación.

Se entrevista a la paciente que se presenta desaliñada, con falta de higiene personal, tranquila, colaboradora a la espera de su resolución legal, se le pregunta sobre su vida antes de ser adoptada. Refiere que la primera familia sustituta no la recuerda por que era muy chica. De la segunda dice que “me quemaban con cigarrillos” y que “ya se me fueron las marcas”. Además le hacían “comer las vomitadas cuando vomitaba”. En la tercera familia sustituta una de las hijas “era lesbiana y quería tener relaciones conmigo” y “el marido abusaba sexualmente de mi, poniéndome su miembro en mi boca”, manifiesta que ella lo decía pero nadie le creía, a los maestros no se lo diría por vergüenza, hasta que es adoptada por sus padres actuales. Sobre el ojo dice que cuando estaba en la segunda familia, la señora la golpea contra una puerta pero no perdió el conocimiento “vi todo negro” dice que el golpe le detuvo el crecimiento del ojo, además de la catarata congénita que tenía. Su relato parece una fabulación.

Paciente desaseada desarreglada. Se presta de buen grado a la entrevista. Recibió la visita de su novio y familiares este fin de semana, con los cuales dice haberlo pasado muy bien. Confirma todo lo que ha relatado hasta ahora respecto de los presuntos abusos de sus anteriores familias. Reafirma que su sueño con la virgen de Fátima a los seis años fue una premonición (¿falso recuerdo?). Se muestra muy conforme con su actual familia. Pensamiento de curso normal. No presenta alteraciones

sensorceptivas al momento del examen. Se alimenta y duerme correctamente. Igual tratamiento.

Concurren la madre y la suegra de la paciente. Se le otorga permiso de paseo .

Medicación:

Risperidona 3 mg.	1	-	1
Lorazepan 2,5 mg.	-	-	1
Prometazona	-	-	1
Biperideno	1	1	-

Concorre al Hospital. Se le da alta . Debe volver con el resultado de la Resonancia magnética. Continúa con igual medicación. Continuará tratamiento psiquiátrico y psicológico en forma particular.

Resultado de Resonancia Magnética: normal.

## 5. BIBLIOGRAFIA

Bellock, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995) “Las Esquizofrenias: Hipótesis psicobiológicas” En: Jiménez M.P. Ramos, F. *Manual de Psicopatología* Buenos Aires: Mc Graw-Hill.

Bernardi, R. (2001) “Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo” En: Kernberg, O. et. al. *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*. Montevideo: Psicolibros.

Bleuler, E. (1993) *Escritos Psicopatológicos* Introducción General Buenos Aires: Horne S.A.E.

Bleuler, E. (1993) *Escritos Psicopatológicos* Los Síntomas Fundamentales Buenos Aires: Horne S.A.E.

Deguisa, M. (2005) Comunicación personal del 4 de Mayo.

Ey, H. (1978) *Tratado de Psiquiatría* Barcelona: Masson S.A.

Fernández E. E. (2001) *Diagnosticar las Psicosis* Buenos Aires: Letra Viva.

Freud, S. (1911/2004) *Obras Completas* Puntualizaciones Psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914/2006) *Obras Completas* Introducción del Narcisismo Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1918/1993) *Obras Completas* Una neurosis infantil Buenos Aires: Hispamérica S.A.

Freud, S. (1923/2006) *Obras Completas* Neurosis y Psicosis Buenos Aires: Amorrortu.



Freud, S. (1925/2006) *Obras Completas La Negación* Buenos Aires: Amorrortu.

Kaplan, H. I. ; Sadock, B. J.(1999) *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica*. Madrid: Médica Panamericana.

Lacan, J. (2001) *El Seminario 5 Las Formaciones del Inconsciente La metáfora paterna* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2001) *El Seminario 5 Las Formaciones del Inconsciente Los tres tiempos del Edipo* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2004) *El Seminario 3 Las Psicosis De un Dios que engaña y uno que no engaña* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2004) *El Seminario 3 Las Psicosis El Fenómeno Psicótico y su mecanismo* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2004) *El Seminario 3 Las Psicosis El Otro y la Psicosis* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2004) *El Seminario 3 Las Psicosis Introducción a la cuestión de las psicosis* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2004) *El Seminario 3 Las Psicosis La frase simbólica*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2004) *El Seminario 3 Las Psicosis Del rechazo de un significante primordial* Buenos Aires Paidós

Leonhard, K. (1999) *Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada* Buenos Aires: Polemos.

Mazzuca, R. (2005) et. al. *Las Psicosis Fenómeno y Estructura* La Elaboración lacaniana de la Psicosis Buenos Aires. Bregase 19.

Monchablón Espinoza, A. (2002) *Actualización del diagnóstico y tratamiento en psiquiatría* Las Esquizofrenias. 5 (5) , 6-36.

Psicofármacos: Benzodiazepinas Recuperado el 15 de Diciembre del 2007, de <http://www.google.com.ar/search?q=benzodiazepina&ie=utf-8&oe=utf-8>

Psicofármacos: Biperideno Recuperado el 15 de Diciembre del 2007, de [http://www.google.com.ar/search?q=biperideno&ie=utf-8&oe=utf-](http://www.google.com.ar/search?q=biperideno&ie=utf-8&oe=utf-8)

Psicofármacos: Neurolépticos Recuperado el 15 de Diciembre del 2007, de [http://www.google.com.ar/search?q=neurolepticos&ie=utf-8&oe](http://www.google.com.ar/search?q=neurolepticos&ie=utf-8&oe=utf-8)

Semiología Psiquiátrica: Abulia Recuperado el 15 de Diciembre del 2007, de <http://www.google.com.ar/search?q=abulia&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=>

Semiología Psiquiátrica: Distimia Recuperado el 15 de Diciembre del 2007, de <http://www.google.com.ar/search?q=distimia&ie=utf-8&oe=utf-8>

Semiología Psiquiátrica: Megalomanía Recuperado el 15 de Diciembre del 2007, de <http://www.google.com.ar/search?q=megalomania&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=>