

Castellano Troya: Claudia Lorena

LA PSICOSIS EN UN HOSPITAL

La Psicosis en el Hospital Psiquiátrico

ÍNDICE TEMÁTICO

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación del tema	3
1.2 Objetivos.....	4
1.3 Metodología.....	4

2. DESARROLLO

2.1 PRIMERA PARTE.....	5
2.1.1 Características del lugar.....	5
2.1.2 Breve reseña histórica del hospital.....	6
2.1.3 Actividades realizadas.....	7
2.2 SEGUNDA PARTE	
2.2.1 Marco teórico.....	8
2.2.1.1 Los comienzos del Hospital Psiquiátrico.....	9
2.2.1.2 La función de la institución en la época clásica	13
2.2.1.3 En lo contemporáneo.....	13
2.3 La psicosis.....	16
2.3.1 Caso clínico “J”	19
2.3.2 La función de la institución con respecto a la psicosis desde el psicoanálisis lacaniano	23
2.3.3 Entrevistas a familiares de internas.....	25
2.3.4 El lugar para el psicólogo en la psicosis.....	27
2.3.5 Contraindicaciones en el trabajo terapéutico con psicóticos.....	30

2.3.6 La importancia de la plabra en la psicosis	31
3) CONCLUSIÓN.....	37
4) BIBLIOGRAFÍA.....	38

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es desarrollado a partir de la residencia llevada a cabo en el servicio de admisión de un hospital psiquiátrico, en donde se asiste a mujeres, recibiendo derivaciones de las diferentes instituciones. Es requisito de la Universidad de Palermo cumplir con 320 horas presenciales que corresponden a la Práctica y habilitación profesional.

Una vez terminada la residencia es necesario realizar un trabajo escrito llamado Trabajo final de integración, cuyo objetivo es incluir los conceptos obtenidos durante los cuatro años de carrera con la experiencia llevada a cabo en el lugar, posteriormente la defensa del mismo tiene como finalidad obtener la licenciatura en psicología.

La elección del lugar para realizar la práctica se debió a varios motivos, a saber, en primer lugar guardó relación con los miedos y prejuicios socialmente contruidos, pero también, y en segunda instancia, estuvo íntimamente ligado con una pregunta personal, acerca de ¿cuál es el lugar que ocupa el psicólogo en una institución psiquiátrica de esa magnitud?.

Esta inquietud surgió en virtud de la posibilidad que se tuvo durante el transcurso de la carrera de asistir a diferentes instituciones, fue a raíz de ello que al momento de la elección del espacio en el cual se quería llevar a cabo la residencia, esta institución surgió entonces como una posibilidad cierta de dar respuesta a dicho interrogante.

Con respecto a los miedos y prejuicios se cree fundamental tomar contacto con aquellos aspectos que socialmente han generado creencias y estereotipos que podrían obstaculizar la futura labor del profesional de la salud mental.

1.1 Presentación del tema

El tema a desarrollar en las siguientes páginas estará en relación con la psicosis en el hospital psiquiátrico.

Si bien en dicha institución se presta servicio a una gama de patologías psiquiátricas, aquí sólo se dará cuenta de la psicosis.

El trabajo será realizado desde la lectura del modelo psicoanalítico.

Se proponen los siguientes objetivos:

1.2 Objetivos:

- ◆ **Objetivo general:**

Describir la función de la institución psiquiátrica en el tratamiento de pacientes psicóticos.

◆ **Objetivos específicos:**

- 1) Describir dicha función en su perspectiva histórica y también actual.
- 2) Observar los efectos que el trabajo institucional podría tener sobre los pacientes en sus vínculos familiares y sociales.
- 3) Conocer el rol del psicólogo en un Hospital Neuropsiquiátrico y su función en el tratamiento del paciente psicótico, desde una perspectiva situada en el psicoanálisis lacaniano.

1.3 Metodología

Este trabajo propone una revisión bibliográfica que implique incluir la perspectiva histórica de la institución psiquiátrica para el tratamiento de pacientes psicóticos.

Se trata de un estudio descriptivo que intenta articular esta revisión con recortes de casos clínicos que han podido observarse en consultorio y en los que también se ha participado.

Por lo tanto la técnica utilizada para la recolección de datos ha sido la observación participante.

Durante el tiempo que duró la práctica en el hospital se ha llevado un registro detallado de las entrevistas a pacientes, posteriormente se seleccionaron los datos en función de los objetivos del presente trabajo.

La práctica pre-profesional realizada en el servicio de admisión contempló que la autora de este trabajo pudiera presenciar todas las tareas que allí se realizan, pudiendo además intervenir en todos los casos.

2. DESARROLLO

2.1 PRIMERA PARTE

Seguidamente se pasará a describir las características del lugar donde se llevó a cabo la residencia a fin de contextualizar al lector para arribar así a una mejor comprensión del tema a desarrollar. También se hará una breve reseña histórica del lugar y las actividades allí realizadas durante el transcurso de la práctica.

2.1.1 Características del lugar

A continuación se pasará a describir de forma breve las características que posee el establecimiento.

El hospital brinda servicios a la población de sexo femenino con patologías mentales.

Al ingresar una paciente es asistida desde el servicio de guardia, diferentes profesionales darán cuenta de un diagnóstico presuntivo y administrarán la medicación que corresponda según la sintomatología presente. Luego de unos días la paciente podrá ser dada de alta, o bien ser derivada al servicio de admisión del nosocomio como también a diferentes instituciones.

El servicio de admisión actúa como receptáculo de todas las internaciones derivadas por el Servicio de Guardia, su accionar está condicionado por un tiempo de estadía de 15 días.

En él se realiza una adecuada evaluación de la patología de cada paciente en:

- ◆ Diagnóstico, tratamiento y evolución
- ◆ Revisión y actualización de historias clínicas en los casos de reingreso
- ◆ Psico-diagnóstico
- ◆ Asistencia social, para los casos de traslado a clínicas privadas, traslados a geriátricos, cita a familiares, comunicación con distintos juzgados según sea la causa, en caso de tenerla.
- ◆ Entrevistas con familiares y amigos que aportan datos sobre la historia de la paciente, como así también el contexto socioeconómico y cultural.

El equipo de profesionales que integra el servicio de admisión, trabaja de forma interdisciplinaria, está conformado por: médicos psiquiatras, psicólogos y una asistente social, a la vez que se solicitan todas las interconsultas necesarias para lograr el bienestar y salud de las pacientes, tanto en el área clínica, como odontológica o ginecológica.

Anualmente ingresan 1200 pacientes a este servicio, alrededor de un 10% es dado de alta directamente en el servicio de guardia y el resto es derivado a otras unidades de internación.

2.1.2 Breve reseña histórica del Hospital

Para realizar esto, se hace necesario tomar contacto con las afirmaciones de Marchant (2000) quién aporta datos acerca de los comienzos de la institución.

Sus inicios se remontan al año 1852 creado por decreto de la sociedad de Beneficencia que toma a su cargo la organización y administración de los distintos nosocomios existentes en la época, siendo la Sra. Tomasa Vélez Sarfield la principal gestora de esta creación. Pero fue necesaria la visión científica que le dio el Dr. Ventura Bosch quién elaboró un proyecto para un gran hospital tomando en cuenta el modelo francés, donde los pacientes dejaban de estar recluidos y aislados en grandes pabellones para compartir un parque que les permitiera manejarse con total libertad ya que, según él, esto provocaba disminución de la ansiedad.

En 1880 pasó a depender del Gobierno Nacional y desde 1992 del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires. El nombre del hospital fue colocado en homenaje a un doctor, que se desempeñó profesionalmente en el mencionado lugar como: neuropatólogo y neuroanatomista, dedicando su vida a la investigación y al trabajo dentro de las paredes de esta institución.

Por otro lado, en tanto y en cuanto la locura siempre ha estado asociada a la marginalidad y la indigencia, los diferentes momentos económicos del país han ido cambiando las características del perfil de los pacientes, incrementándose los problemas sociales como motivo de internación.

Las diferentes modalidades de atención se llevan a cabo a través de:

- ◆ Servicio de Guardia
- ◆ Servicio de Admisión
- ◆ Servicio de Emergencia
- ◆ Terapia de Corto Plazo
- ◆ Hospital de día
- ◆ Hospital de noche

- ◆ Consultorios externos
- ◆ Servicio de mediano plazo
- ◆ Servicio a largo plazo en internación.

2.1.3 Actividades realizadas

- ◆ Observación de toma y evaluación de test. La finalidad de su utilización se debe a la información que a través de su análisis enriquece al diagnóstico del interno.
- ◆ Entrevistas con pacientes, dirigida por una psicóloga.
- ◆ Entrevistas con pacientes llevadas a cabo por médicos psiquiatras.
- ◆ Entrevistas con familiares. En tales oportunidades la entrevista era dirigida por la asistente social acompañada por el resto del equipo, dichas entrevistas giraban en torno a la problemática del paciente, como así también a la posibilidad de adquirir mayor información acerca de la vida cotidiana que llevaba la persona previamente a la internación, aspectos que redundaban en beneficio de un mejor diagnóstico. En este espacio, se evalúa el poseer, para los casos de externalización, una familia contenedora que tome conciencia de la enfermedad y cumpla con los requerimientos necesarios para el tratamiento fuera de la vida hospitalaria.
- ◆ Supervisión de casos. Realizado por todo el equipo de profesionales, puntualizando los objetivos y evolución de cada paciente en particular.
- ◆ Curso sobre diagnóstico diferencial de la psicosis.

Con respecto a este último la temática se hallaba en relación con la presentación de un caso clínico propuesto por alguno de los profesionales que asistían al dictado del curso. La finalidad del mismo era obtener un mayor aprendizaje sobre las diferentes patologías presentadas en el hospital. Se realizaba aquí una discusión a los fines de obtener un correcto diagnóstico.

En tales oportunidades se pudo observar que dicho espacio funcionaba asimismo como un lugar de supervisión ya que se realizaron sugerencias a los profesionales tratantes sobre la continuidad de cada caso, vinculado al cambio de medicación, ajuste de la misma, toma de test, cita a familiares y diferentes lugares de derivación para los casos de externación.

2.2 SEGUNDA PARTE

2.2.1 Marco teórico

El hecho de elegir una institución como esta y por ser éste un lugar que trata patologías de índole psiquiátrica, se hace indispensable remontarse en la historia de la locura en el intento de demarcar el verdadero valor subjetivo que patologías como éstas representan para la sociedad, porque es en dicha trama que la psicosis se recrea, y porque es en esta componenda y no en otra donde queda atrapada.

Por otro lado se tendrá en cuenta, al hablar de locura, la importancia que la familia tiene en el desarrollo de determinadas patologías, como así también en la recuperación de éstas.

Como sostiene Foucault (1982), la historia que debe buscarse es la historia de la locura en la propia cultura, en la herencia cultural, ya que ella ha condicionado la percepción y justificación del hecho psicológico. Es necesario preguntarse por lo que se recibe, por todo aquello que se enseña a pensar sobre las ahora llamadas enfermedades mentales.

Continuando con el mismo autor, el hilo conductor que plantea es la ruptura de un vínculo entre el loco y el no loco el que llevó a la separación estricta y necesaria en la institución entre los vigilantes y los vigilados, con un régimen de tratamiento basado en recompensas y castigos, mientras el papel médico se encontraba cargado de mando y poderío.

Tal escisión significó la pura exclusión, que implica la ruptura de una comunicación, ruptura de un diálogo que conduce a un obligado monólogo, donde ya no habría lugar ni sentido para la escucha.

En la Edad Media quién se vio afectado por la exclusión social fue el leproso. Para todo aquel que padeciera la enfermedad de lepra habría una forma de trato y sanción que se creía necesario implementar ya que contraer dicha enfermedad era entendida como un castigo de Dios. El modelo con el que se evaluaba la locura era el modelo de la peste, como anteriormente se dijo, los leprosos eran los excluidos del lugar físico que habitaban.

La modalidad que se implementaba como forma de castigo moral era alejar al leproso del lugar físico que habitaba, desterrándolo por completo de su contexto, obligándolo a vivir con personas que padecían su misma enfermedad.

En oportunidades el alejamiento físico que suponía la recuperación, se extendía por décadas. El lugar elegido como depósito del leproso, eran espacios alejados, que dificultaban el contacto entre los enfermos y la sociedad.

Por esto se cree que el retorno a la vida en la sociedad era casi imposible, ya que guardaría para toda persona en algún momento afectada, el estigma del castigo moral que fue necesario implementar. A medida que desaparece esta enfermedad, la lepra, se ubica en este margen vacío y estigmatizado a la locura.

Desde el arte, “la locura” y también “los locos”, han tenido su lugar como así lo muestra la película “La Nave de los Locos”, en ella se puede observar como toda persona que no puede responder a la razón es expulsada de su

tierra y confiada a marineros que en grandes barcos recorren el mundo en sus interminables viajes, siendo entonces la purificación del alma: el agua.

El modelo de cura es la purificación por el castigo moral, se infiere entonces que la distancia física, la purificación a través del agua y el viaje son dimensiones imaginarias que en el siglo XIX y aún en nuestro tiempo conservan cierta vigencia en prácticas tales como: la ducha, viajes curativos o la sola tranquilidad que brinda la observación del mar o el río.

2.2.1.1 Los comienzos del Hospital Psiquiátrico

Siguiendo a Foucault (1982) es a través de la aparición en Francia del Hospital General, en los siglos XVI-XVII, que el enfermo mental pasa a poseer una nueva patria. Los muros de un manicomio donde deberá convivir con vagabundos, pobres y delincuentes, se alzarán, entonces, como una posibilidad de ingresar a la sociedad mediante la modificación de la conducta que, hasta ese momento, era entendida como disfuncional.

En un principio la internación no respondía a la atención médica, sino a albergar a sujetos con problemas económicos y sociales de la época. La función moral era la disciplina de las costumbres relajadas, comenzando a aparecer el castigo físico como una necesidad moral de tipo social, para tal fin se acudía a postes de azotes, argollas de tormento, asfixia y pequeñas jaulas de depósito.

El estar loco como algo ajeno al ser humano era reducido a la animalidad, pasando a ser objeto de observación y perdiendo la significación que todo sujeto lleva en sus palabras. A toda persona fuera de sí, se la distinguía mediante el escándalo, frente a esto la sociedad respondía con la vergüenza y era entonces, en el nombre de la vergüenza social, que se lo excluía.

La locura venía a ocupar entonces el espacio de lo excomulgado, ahora vigilado, ya no se depositaba al loco en una nave para perderse en altamar, porque de esta forma la sociedad perdía el control sobre el mal.

Se infiere que cuando la locura ocupa un espacio físico dentro de la sociedad es porque ésta quiere vigilarla y tenerla controlada, de esta manera evitar el fantasma permanente que venía con cada barco que arribaba a un pueblo, porque ella podría ser una nave desterrada de otra sociedad, y es con la finalidad de evitar este temor, temor siniestro de la vuelta del mal conocido y desterrado, que nuevamente incluye al loco en el único lugar entonces posible, el del margen.

Según Kaplan y Sadock (2001), es a fines del siglo XIX cuando nace la psiquiatría moderna, entre otros, con Krapelin y Bleuler, cuya labor se extendió al siglo XX. Krapelin acuñó el término demencia precoz para describir a pacientes cuyo proceso cognoscitivo evolucionaba hacia la demencia desde temprana edad, estos enfermos fueron descriptos con un curso deteriorante a largo plazo.

Para este autor los síntomas principales se referían a las alucinaciones y el delirio; posteriormente diferenció a estos pacientes de los afectados de psicosis maníaco depresiva y de paranoia. Los primeros padecían episodios de la enfermedad alternados con períodos de normalidad, mientras que en la paranoia el síntoma predominante lo encontraba en el delirio persecutorio sin deterioro del proceso cognitivo, como en la demencia precoz y sin los síntomas intermitentes de la psicosis maníaco depresiva.

Posteriormente, Bleuler denominó esquizofrenia a la llamada demencia precoz, a diferencia de Krapelin, la esquizofrenia no tendría necesariamente un curso deteriorante, para él la característica fundamental que presentaban estos enfermos se basaba en la escisión entre pensamiento, conductas y emociones.

Para desarrollar su teoría acerca de la escisión mental, diferencia los síntomas fundamentales o primarios, tales como las alteraciones en la capacidad de asociación, las alteraciones de la afectividad, el autismo y la ambivalencia. Siendo los síntomas secundarios las alucinaciones y el delirio.

Se infiere por lo dicho anteriormente que ya a fines del siglo XIX, la psiquiatría comenzaba a diferenciar a los enfermos según sus patologías y que esto le daba a los afectados determinado lugar dentro de las patologías existentes, ya que la observación de los enfermos, a diferencia de la época clásica, era una necesidad para determinar qué tipo de patología padecían y no pensándolos como necesitados de un castigo divino. El poder de la psiquiatría entonces se trasladaba a la observación de los pacientes y a la diferenciación de sus síntomas.

En 1900 se publicó la Interpretación de los Sueños, obra en que Freud sentó las bases del método psicoanalítico y de su doctrina. Dicho autor concibió una estructura dinámica de la mente humana, dada por las esferas del yo (consciente y preconsciente), del ello (inconsciente e ilógico, dotado de los impulsos primitivos por sobre todos los de la libido, de lo innato y de lo reprimido) y del superyó (el inconsciente moral, represor: la censura). El dinamismo se ponía en juego, no sólo, por la represión (el mecanismo fundamental), sino además por la sublimación, la simbolización, el desplazamiento y la condensación, entre otros (Kaplan y Sadock, 2001)

El psicoanálisis, renovado, ha seguido en mayor o menor grado vigente y las ideas centrales han desbordado la psiquiatría con alcances en el arte, la religión y la antropología, pasando a ser patrimonio de la cultura general.

A través de la obra de Jaspers, *Psicopatología General*, aparecida en 1913, la psiquiatría recibió la influencia de dos corrientes filosóficas: la fenomenología y el existencialismo. La primera hace hincapié en la importancia de captar las significaciones de los actos psíquicos en la conciencia del sujeto, es decir las vivencias. Su método fundamental consiste en la descripción depurada de las vivencias, hecha sin ningún supuesto acerca de una realidad fuera de la conciencia. En la psiquiatría, el enfoque estrictamente fenomenológico condujo al estudio de las estructuras anómalas de las vivencias.

Siguiendo la perspectiva histórica que realizan los mismos autores, el existencialismo de Jaspers afirma la imposibilidad de una explicación científico natural de todo el mundo, el del espíritu es, eventualmente, sólo comprensible. Los conceptos utilizados por esta corriente filosófica existencialista (comprensible, incomprensible y explicable) pasaron a ser la base de una clasificación de los trastornos psíquicos.

De entre las diversas escuelas surgidas en el siglo XX, entre ellas, el conductismo de Watson a manera de extensión de la doctrina pavloviana, la constitucionalista de Kretschmer y la medicina psicosomática, relacionada con el psicoanálisis, cabe finalmente referirse a la psiquiatría biológica, de vigencia actual.

La misma comenzó a desarrollarse a mediados del siglo XX con el hallazgo empírico y casual de fármacos eficaces en ciertos cuadros psiquiátricos.

En las últimas tres décadas se desarrolló una base racional de la psicofarmacología partiendo del supuesto de que el mecanismo de acción de los psicofármacos eficaces revelaba a su vez el mecanismo fisiopatológico subyacente del trastorno psíquico. Surgió así, entre otras, la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia. Es a raíz de estos hallazgos que la psiquiatría se acercó a la neurofisiología.

Según Kaplan y Sadock (2001) posteriormente el psicoanálisis comenzó a desarrollarse en múltiples escuelas, siendo los primeros en diferenciarse de Freud: Ana Freud, Carl Jung y Melanie Klein.

En plena expansión del psicoanálisis, Pavlov en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida, da origen al conductismo o psicología del comportamiento, tras él se destacan en esta área Watson y Skinner.

Se desarrollan también otro tipo de psicoterapias, como es la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, donde responsabiliza al paciente por sus

sentimientos y evolución terapéutica, asimismo surge de la mano de Fritz Perls la terapia gestáltica, la cual busca el alivio terapéutico de una experiencia dolorosa para el tratamiento de la neurosis. Otra escuela psicoterapéutica que surge, contemporáneamente con las citadas anteriormente, es la denominada análisis transaccional de Eric Berne, que postula que los padres crean un libreto de vida en la primera infancia que conforma e inhibe la vida del sujeto, por lo que la terapia busca descifrar ese guión.

En la década de los 60, surge en Inglaterra la llamada antipsiquiatría como movimiento social, teniendo como iniciadores a Ronald Laing, con su obra “el yo dividido” publicado en 1960, Cooper, autor de “psiquiatría y antipsiquiatría” en el año 1967 y “la muerte de la familia” en 1971. Este movimiento cuestionó a la familia y al Estado, convirtiendo a la enfermedad mental en un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo. Con estas ideas los antipsiquiatras fundaron la institución Kingsley Hall, en donde los supuestos enfermos podían realizar sus “viajes” regresivos.

Según los autores antes mencionados en 1924, en Italia, Basaglia, influyó en la promulgación de la ley 180, que cerró los hospitales psiquiátricos. Como todo movimiento de contracultura la antipsiquiatría tuvo una existencia efímera.

Otros tratamientos utilizados a lo largo del siglo XX han sido la inducción de malaria en pacientes con paresias generales, el coma insulínico, el electrochoque y la psicocirugía.

En el ámbito de la psicofarmacología, en 1952, los psiquiatras franceses Daley y Deniker demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina que significó el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia, por lo que es considerado el año en que se produce la cuarta revolución psiquiátrica, posteriormente se conoció la clozapina, que fue el primer antipsicótico atípico. En 1957 se demuestran los efectos antidepresivos de la imipramina y de la fenelzina, posteriormente se introdujo la fluoxetina (Kaplan y Sadock, 2001).

La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse, en parte, imprescindibles para el tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad.

Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez más eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales.

2.2.1.2 La función de la institución en la época clásica

Se infiere que, en la época clásica, la función que desarrollaba la institución psiquiátrica es el control, la vigilancia y la posterior reparación de la conducta. Pero esta forma de custodia y guardia significaba para el paciente perpetuar un lugar ya conocido, que mediante el trato, la observación y el castigo, dejaba igual de ajeno al sujeto de toda reparación social.

Como lo plantea Yaria (1982), al ingresar como interno, se sucedían varios fenómenos como ser la desculturización, implicando la ruptura de vínculos que el sujeto tenía en su mundo de relaciones significativas como lo eran el trabajo, la familia, el contexto, los amigos y las costumbres. Frente a esto, la institución presentaba nuevas normas donde no se tomaba en cuenta que el interno era un sujeto con historia cultural y simbólica que determinó y/o ayudó a su padecer actual. Se infiere entonces que la institución sería el lugar donde el paciente modificaría sus conductas, para así reintegrarse a la sociedad.

2.2.1.3 La función de la institución en lo contemporáneo

Por lo expresado anteriormente, al hablar del desempeño de la psiquiatría durante el siglo XX, se cree que el sujeto siguió siendo controlado y vigilado pero con la finalidad de observar si sus conductas y síntomas eran modificados por los fármacos que se comenzaron a implementar.

Por otro lado, el hecho de distinguir entre una patología y otra permitió esperar en los internos distintas evoluciones, y era a través de este hecho que se infería el progreso psiquiátrico. Aún así el enfermo siguió siendo para el ámbito psiquiátrico un ser enajenado de su discurso.

Es a partir de partir de la lectura que hace el psicoanálisis del enfermo mental, que éste es pensado desde una perspectiva tanto cultural como familiar.

Mientras que la clínica psicoanalítica, como lo sostiene Fernández, descubre la cultura en la dimensión del diálogo, ahí mismo, en la sin escucha de la sin razón clásica, descubre la dimensión del intercambio del ser humano, donde se deberá rescatar en la lectura sintomal la historicidad en un marco de relaciones intersubjetivas que incluye a la familia.

Si pensamos la enfermedad mental de un sujeto, específicamente la psicosis, es importante ubicar a éste en el plano donde se desarrolla la enfermedad, es decir en el plano familiar.

Siguiendo a Yaria (1982), es importante destacar a la hora de hablar de psicosis, la peculiar sujeción de un sujeto a un discurso concreto y efectivo, el discurso familiar. Discurso familiar donde intervienen varias generaciones, donde la influencia de las ideas y creencias de los antepasados estarán presentes en la cotideaneidad de cualquier familia.

Se trata de la historia simbólica que precede, es esta la que marca cada momento, recordando la historicidad de los sujetos, engendrados desde un más allá de lo biológico. Este más allá de lo biológico se encuentra en relación con la arqueología familiar, es decir la historia de lo antiguo, pero relevante, para dar sentido al presente.

Desde lo arqueológico se encuentra un acontecer temporal, la historia de los ancestros, la anamnesis, la historia clínica, esos lugares donde diferentes sujetos se influyeron entre sí y siguen influyendo en la actualidad.

Para Yaria (1982), el psicótico es el representante elegido de la locura familiar, su lugar es el que podría denominarse como hipotecado, se trataría de una vida hipotecada en función de otra persona. Como el enfermo vive en función de otra persona, la posibilidad de autonomía queda sancionada ya que él está sometido al deseo de los otros, con una vida que le es ajena.

¿Porqué su vida le es ajena?, porque es anónimo entre los otros, sin una subjetividad diferenciada, un no lugar que a la vez se convierte en el lugar donde los otros se podrían ver sin poder verse. Siguiendo al citado autor, lo que estaría puesto en el enfermo psicótico es lo repudiado familiarmente, que se corporaliza en el sujeto, de la misma manera que este último se estructuró a través del repudio.

Dicho repudio lo hace vivir en un afuera continuo como si le fuera propio, pero que él desconoce, siendo a través de su crisis psicótica donde intenta romper y también describir su contexto intersubjetivo.

Coincidiendo con Berenstein (1998) el aislamiento del enfermo mental sólo provoca la perpetuidad de su conducta y su padecer, tal como sucedió en la época clásica.

Tampoco deberá pensarse que es la familia quién determina la enfermedad de uno de sus integrantes, ni que este último determina a través de su enfermedad la organización familiar, ya que al pensarlo de este modo se estaría hablando en términos de causalidad lineal, en vez de tomar en cuenta el concepto de relación.

Según este autor, cuando una familia tiene un integrante con una enfermedad mental puede considerarse éste como un mensaje, este mensaje

lleva información acerca de la relación donde no es posible entender las peculiaridades de uno de los términos sin ponerlo en relación con el otro.

Frecuentemente cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de un sujeto, su grupo familiar se define como sano, opuesto al integrante definido como enfermo. Las normas sociales, las cuales son adaptadas según el criterio vigente, son el parámetro con el cual evaluar la conducta normal o anormal, ser sano o enfermo, adaptado o inadaptado al medio.

2.3 La Psicosis

Para Lacan (1955), al hablar de psicosis se está dando cuenta de un sujeto que se encuentra inmerso en el mundo de las cosas sin poder separarse de ellas por defecto en el aparato simbólico.

El mismo autor sostiene que es el padre quién introduce el orden en el que el sujeto queda incluido en una nueva dialéctica, que va desde el narcisismo especular a la castración, de ser el falo materno al mundo de la falta.

¿A qué llevaría estar incluido en el mundo de la falta?, el hecho de pertenecer y estar incluido en dicho mundo le permite al sujeto la aceptación del orden paterno y el comienzo del deseo. Deseo sólo posible porque ya no es el todo, sino alguien que carece de la totalidad, hecho que provoca el comienzo de la subjetividad.

Por otra parte, la palabra del padre es la que prohíbe el incesto introduciendo al sujeto en un orden distinto, del orden natural al significante, de la necesidad a la cultura, del placer pulsional puro a la renuncia significada por el deseo. Es entonces el significante quién comienza a delatar la ausencia de una presencia ya nunca más poseída y que sólo fue posesión en el plano imaginario, quién enuncia para siempre la muerte de la cosa, que pasa a ser un símbolo y marca la constitución de un objeto. Este objeto se constituye sobre el telón de la falta y por lo tanto será siempre su condición la insatisfacción.

Con la falta de aceptación de la castración se padece de una abolición simbólica, esto implica que lo que debe simbolizarse aparece desde lo real alucinatoriamente.

En el caso de la neurosis, es a través del inconsciente que toda palabra lleva a la escucha de otra realidad psíquica, ella posee otra dimensión, simboliza otra realidad, siendo esto imposible en el caso de la psicosis.

Según Freud (1924), la pérdida de realidad estaría dada de antemano en la psicosis, en cambio, la neurosis la evita. En la neurosis hay perturbación del nexo con la realidad y, en sus formas más graves, una huida directa con un fragmento de la vida real.

Continuará diciendo el mismo autor que, tanto neurosis como psicosis expresan la rebelión del ello contra el mundo exterior, expresan su displacer, su incapacidad para adaptarse a las exigencias de la realidad. En la psicosis se crea una realidad nueva, a la huida inicial le sigue una fase de reconstrucción, una sustitución de ella, mientras que en la neurosis se evita un fragmento de esa realidad, pero no se la desmiente, también aquí hay una sustitución pero más acorde al deseo, esta posibilidad la da la vía de la fantasía. El psicótico procura que sus percepciones correspondan a la nueva realidad y esto lo logra a través de las alucinaciones.

Continuando con la teoría de Lacan (1955), en la psicosis se halla un sujeto que repudia el significante fálico por rechazo al complejo de castración. La posibilidad de rechazar una ausencia imaginaria (la del falo en la mujer) deriva en un trastorno manifiesto en las relaciones con la realidad. Como consecuencia del repudio hacia esta ausencia imaginaria, lo real es como es, no le falta nada.

Será a través de la castración, que imprime un orden de deslizamiento incesante en el proceso primario que posibilita incorporar un mandato simbólico, lo que le permitirá al sujeto introducirse en la significación, de esta forma accede a la palabra que brinda el paso de lo inmediato a lo mediato, obteniendo así una nueva realidad.

Lo anteriormente expuesto se encuentra íntimamente relacionado con la estructura edípica, en donde, el sujeto debe sustituir el imperativo de ser el falo materno por el nombre del padre. La ausencia de dicha sustitución conlleva a la abolición simbólica, perdiendo la entrada a la simbolización, ya que ella sólo es posible mediante el nombre del padre que a través de su ley ordenadora marca para siempre la ausencia del objeto de placer.

De acuerdo al presente trabajo, y continuando con la teoría de Lacan (1955), se entiende que al padecer el sujeto de una abolición simbólica que le impide el paso a la simbolización con las correspondientes consecuencias que esto tenga en la realidad, será necesario que el mismo sea introducido en el mundo de la falta.

En este sentido, la institución Psiquiátrica, podría cumplir la función paterna respondiendo de forma tal que no deje al sujeto al margen de la sociedad, siendo su objetivo el ingreso a la misma. Para poder realizar esta función es que se acude a las reglas que el establecimiento impone y que tanto la familia del enfermo como este deben cumplir.

Siguiendo a Lacan, la necesidad de sanción que necesita todo paciente loco, se debe a que en la locura el lenguaje se encuentra por fuera del lazo social, ya que pareciera incomunicable por el hecho que nada del discurso parece entendible.

Sería interesante, entonces, resguardar ese lugar de no entender, ya que en oportunidades la medicación y los efectos adversos de éstas, silencian el delirio y no pueden escucharse los fenómenos elementales con los cuáles se podría trabajar.

Para Pommier (1987) hablar de mejoría en un paciente es hablar del pasaje de la locura a la psicosis, este pasaje es posibilitado por el delirio donde se encontrará mucho más acotado, porque la sanción de la institución podría funcionar allí reduciendo el goce desmedido que permite, ya no el todo, ni los todos propio de la locura, sino, una persona, rasgo o cosa en particular, con la cual se podrá trabajar.

Es por esta mejoría de la que habla el autor, que se infiere la importancia de conocer las similitudes y diferencias que hay entre la psicosis y otras patologías. Por esto, como anteriormente se dijo, la medicación, si bien es muy necesaria a la hora de estabilizar a los sujetos, podría impedir un correcto diagnóstico y si ello ocurriera se corre el riesgo de un inadecuado tratamiento que sólo tomaría en cuenta el efecto farmacológico.

A continuación y con la finalidad de comprender las similitudes y diferencias que existen a la hora del diagnóstico entre locura y psicosis, se presenta la diferenciación que Elida Fernández (2000) establece entre ambas patologías:

Psicosis	Locura histérica
Forclusión del nombre del padre	Forclusión de otro significante
Desencadenamiento	Represión
Para que la psicosis se desencadene será necesario que el N D P, jamás haya aparecido en el lugar de Otro	El desencadenante podrían ser hechos penosos de la propia historia o hechos sociales.
Ausencia de metáfora	Presencia de metáfora
Los hechos pasados parecieran no ser afectada por represión- inhibición	El discurso se inscribe en la diacronía de la propia historia
La palabra es tomada en su literalidad	Hay asociación
Neologismos impuestos sin posibilidad de significado, funcionamiento en el vacío del lenguaje	Si hay neologismos son condensaciones de varias significaciones.

Reticencia de contar el delirio	Exuberancia de lo imaginario
La evolución sigue un modo cíclico con fases de remisión y deterioro	Sin deterioro
Transferencia: erotomaniaca, paranoización	Transferencia: tendencia hacia la idealización, el analista es esperado en el lugar de Otro.

En cuanto a la formación del delirio para Pommier (1985) debe entenderse como un corte que el sujeto hace, el cual le permite salirse de lugar de falo materno, donde identificarse con el falo es similar a decir que se llenará toda demanda que la madre dirija:

(...) dicho falo no es el pene, el cual es solo uno de sus avatares. Falo es ante todo el término genérico que designa al objeto desconocido de la demanda del otro: lo que constituye su límite. Identificarse con el falo adquiere entonces el sentido de satisfacer el deseo de la madre. El incesto sólo se cumple bajo esta modalidad, no en la de una relación sexual. (Pommier, 1985, pág. 8)

2.3.1 caso clínico “J”

Para ejemplificar la patología expuesta (psicosis) y con la finalidad de articular algunos aspectos del recorrido teórico realizado hasta aquí con casos clínicos, a continuación se presentará un recorte del caso de J, quién ingresa al hospital por violencia y desobediencia a la autoridad. Posteriormente se presentarán viñetas de otros casos en función de los objetivos del presente trabajo.

J, había sido internada años antes, como se trataba de un reingreso se acudió en primera instancia a los datos que brindaba su historia clínica, de ello se desprende la siguiente información:

- ◆ Edad: 43 años
- ◆ Estado civil: soltera
- ◆ Estudios: secundarios incompletos
- ◆ Trabaja de forma independiente vendiendo ropa en negocios del barrio de San Miguel, lugar en el que vive.
- ◆ Hija única
- ◆ Sin hijos
- ◆ Diagnóstico: delirio místico.

En la historia clínica se observa que cuando J estuvo internada en enero del año 2000, había sido su madre quién pidió ayuda médica porque escuchaba que su hija hablaba sola durante la noche y su comportamiento no era el habitual, pero, una vez internada J solo fue visitada por su madre en dos oportunidades, una vez cedido el cuadro vuelve al hogar materno.

Como anteriormente se dijo J reingresa a la institución por violencia y desobediencia a la autoridad. Su ingreso es por medio del servicio de guardia, en tal oportunidad los datos recabados fueron los siguientes:

La paciente tenía plena certeza de que era la persona más adinerada del mundo, y que en todas las entidades bancarias del país y del exterior poseía dinero. Por tal razón, y por sostener esa creencia, trata de ingresar a una caja de seguridad de determinado banco, cuando no se le es permitido presenta resistencia a la autoridad, posteriormente fue detenida y, luego de la indagatoria, es llevada al hospital.

En el servicio de guardia se le administró: contención física, ansiolíticos y antipsicóticos, posteriormente se la derivó al servicio de admisión con el fin de lograr su diagnóstico y observar los efectos de la medicación administrada. Asimismo, y por prescripción médica, se le realizaron los exámenes de rutina para descartar enfermedades médicas, consumo de alcohol y trastornos de índole afectiva; siendo el resultado negativo en todos los casos.

El contacto con la paciente se veía dificultado ya que la misma no podía cumplir con ninguno de los dispositivos institucionales: levantarse a determinado horario, compartir con el resto de las internas las cuatro comidas diarias en comedor, concurrir a las entrevistas con psicólogos y psiquiatras en consultorio, cuidado de su higiene personal y recibir visitas, siendo casi imposible el acercamiento a ella en los primeros días.

Por indicación psiquiátrica se cambia el antipsicótico (Halopidol por Queteamina), es a partir de los seis días posteriores a su administración que la paciente comienza a desplazarse por el servicio, pudiéndose observar signos de ensimismamiento (dando a sospechar posibles alucinaciones), dificultades motrices y mínima interacción.

En la primer entrevista en consultorio, la paciente es ayudada para poder desplazarse ya que refirió no poder hacerlo sola debido a varias carencias físicas, pero una vez que llegó manifestó espontáneamente no querer atravesar la puerta, en dicha situación se optó, de todas formas, por realizarle las preguntas rutinarias con el fin de indagar sobre:

1. La posibilidad de alucinaciones y delirios,

2. Alimentación,
3. Sueño y descanso,
4. Saber si conoce el verdadero motivo que la condujo a la internación

Las respuestas obtenidas de J fueron:

1. "Me han extraído una nalga porque en ella guardo información",
2. "Me sacaron un pulmón porque guardaba números de cuentas bancarias",
3. "Me tienen encerrada para robarme mi dinero",
4. "Mucha gente del exterior sabe que yo tengo eso".
5. "Las caracatuas son las que me roban".
6. "A muchos les conviene tenerme encerrada".

Observaciones durante la entrevista a la paciente:

1. Ansiedad ante cada pregunta, que demostraba en la velocidad de respuestas.
2. Desconfianza, ya que no quiso pasar de la puerta del consultorio.
3. Aspecto desaliñado y efectos adversos propios de la medicación administrada (segregación salivar y somnolencia diurna).
4. Neologismo manifiesto en la palabra "caracatuas".
5. Lenguaje incoherente, pérdida de asociación y disgregación del pensamiento.

Dos días más tarde se recibe la visita del esposo de la misma, al cual se había convocado para realizar una entrevista con el objetivo de obtener mayor información, sobre todo datos que tuvieran que ver con la historia de y su vida cotidiana, el objetivo, también fue conocer a partir de cuando ella comienza con determinados síntomas, sobre todo los referidos a su delirio.

El esposo de la paciente comenta que convive con su mujer desde hace tres años, la misma vendía ropa interior en los negocios de su barrio, jamás habiendo tenido problemas con nadie, y mucho menos con personal policial.

Posteriormente define a su esposa como una persona muy tranquila, pero reconoce que desde hacía dos semanas anteriores a la internación, ésta había comenzado a decirle que sentía fuertes dolores físicos en una de sus piernas, no permitiéndole esto descansar ni desplazarse normalmente. También comunica haber notado que su mujer ya no salía tanto a trabajar como acostumbraba, pero que él no le dio importancia ya que creyó que se trataba de dolores físicos.

Cabe destacar que la mencionada paciente es la segunda vez que ha necesitado estar internada. La primera internación fue en junio del 2000, donde había desarrollado un delirio de tipo místico, pero, una vez cedido el cuadro regresó a su hogar sin inconvenientes, continuando con el tratamiento mediante consultorio externo por un año y medio, al que dejó de asistir voluntariamente y por esto se cree que habría dejado de tomar la medicación correspondiente.

En esta segunda internación el diagnóstico fue realizado por el Dr. Monchablon, siendo el mismo "psicosis cicloide" también llamada "Bouffé Delirante", por ser ésta una patología recurrente, aconseja al equipo psiquiátrico cambiar la medicación por clozapina.

Esta patología según Henry Ey (1996), se caracteriza por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus manifestaciones y temas.

Son verdaderas experiencias delirantes dado que el delirio es vivido como un dato inmediato de la conciencia modificada como experiencias que se imponen al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, sentimientos de extrañeza y misterio). Se sitúa en un nivel de desestructuración de la conciencia, intermediario entre la crisis maníaco depresiva y los estados más profundos confusooníricos. El pronóstico de una psicosis delirante aguda viene influido por el riesgo de una evolución hacia la esquizofrenia o delirio crónico.

Llevando ya la interna 9 días desde el reingreso al nosocomio, comienza a tener algunos cambios que se entienden como mejoría, los cuales se desprenden de sus dichos, tales cambios observados fueron los siguientes:

- 1) Ya no todos le robaban, ahora sólo lo hacía una persona.
- 2) Puede entrar al consultorio y sentarse mientras se le realizaban las preguntas habituales.

Los cambios que muestra la paciente se conjetura que se producen por tres vías, a saber:

- 1) Por el corte que se realiza al ser internarla, donde hay una decisión que la separa del ambiente patógeno.
- 2) Por la transferencia institucional, el sentirse contenida en un servicio.
- 3) Por la transferencia con la psicóloga y el psiquiatra que la atendieron

Ha de tenerse en cuenta que en esta primera instancia de la internación el operador fundamental es la institución que ordena y separa, lo que le permite a J reducir el delirio a un delirio fundamental de paranoia de persecución. Al principio el delirio se presentaba fragmentado, con ideas delirantes hipocondríacas y persecutorias, con el transcurso de los días se va

especificando en un delirio de persecución con un solo perseguidor. Como lo describe Freud en Schreber “él me persigue porque me ama”, que es una alteración del fantasma fundamental de “pegan a un niño”, que denota la falta de marca paterna, entonces el delirio restituye una función faltante “él me pega” es restituido por “ él me persigue” como signo de amor” (Freud, 2004).

Por la escasez del material no se puede determinar cuál es la coordenada simbólica que la lleva a desanudarse y ser una persona plausible de internación psiquiátrica. Si bien los neologismos, el lenguaje incoherente y disgregado se mantienen presentes, se la observa menos desconfiada del entorno.

Se utilizaron para su posterior articulación con la teoría los datos aquí volcados, si bien se considera que una permanencia más prolongada en el servicio de admisión hubiese sido lo más esperable, el contacto con J se perdió ya que fue derivada rápidamente a un servicio de crónicos y al preguntar por la paciente, la única respuesta que se obtuvo fue que en uno de los mencionados servicios había una cama disponible.

2.3.2 La función de la institución con respecto a la psicosis desde el psicoanálisis Lacaniano

Desde el comienzo de toda internación psiquiátrica la función de la institución será tratar de acotar el padecimiento desmedido del sujeto, sancionando la existencia de la enfermedad. Los pasos a seguir producen un corte con la afección, ya sea a través de medicación y dispositivos institucionales que son también el soporte clínico para el trabajo terapéutico, y marcan el primer momento de sanción y reconocimiento de la enfermedad.

Para Kaes (1998), en la institución el fin de los distintos dispositivos y vigilancia moviliza funciones y procesos psíquicos en sus sujetos, estas movilizaciones cumplen un efecto organizador de la realidad psíquica, poniendo límite al goce desmedido que es autodestructivo, en los casos posibles que emerja la comprensión de todo aquello que deberá conocer el sujeto de su propio comportamiento. El sentido de vigilancia y rigidez en sus dispositivos institucionales cobra importancia para trazar la dialéctica necesaria entre lo simbólico, imaginario y real.

En la psicosis el tránsito hacia la simbolización es tarea compleja ya que pareciera no existir, donde las palabras hablan por sí mismas sin referirse a las cosas, como dice Lacan (1954) se trata de mensajes difíciles de comprender, ya que es el significante mismo y no aquello que significa lo que es objeto de comunicación.

El significante es rechazado de su dimensión simbólica hacia lo real imaginario, si el paciente no posee un aparato simbólico por todas sus vicisitudes históricas que vivió en relación con la superación y elaboración de los complejos estructurales de su personalidad, es la institución la que presta ese soporte, permitiendo a través de toda su estructura el inicio de una trama de simbolización.

Para el inicio de dicha trama será necesario en el proceso de la cura la transferencia. Se entiende en este trabajo que el inicio de la cura se manifiesta mediante el soporte que posibilita el Hospital mismo, siendo este el primer sujeto transferencial y no los profesionales a cargo, al menos en dicha instancia.

De acuerdo con Lacan (1955) la tarea institucional podría funcionar como la gran y nueva sociedad que intentará reparar lo dañado en la vieja sociedad, a la cual se hace referencia al principio del presente trabajo. La reparación es un proceso inminentemente cultural, que mediante la inserción del paciente en lo social lo ordena cultural y simbólicamente.

Según este autor, para el logro de un orden cultural y simbólico es necesario el pasaje a la subjetividad, y esto no significa diferentes cambios en la conducta, o sea adoptar nuevos roles, sino que desde lo social debe incluirse en el mundo de los signos, significarse como sujeto y reconocer cómo fue significado por los juegos de los significantes edípicos.

Para que lo anteriormente expuesto pueda trabajarse, la palabra es el primer y gran momento que lleva a la conducta a ser el último término en un proceso de significación, ya que cualquiera de éstas pueden ser meros vehículos imaginarios, donde el sujeto se vacía de sentido, se aliena en lo que el otro quiere de él, o lo que él desea del otro, todo nuevo rol puede estar vacío de contenido si no está abarcado por la palabra o sea una red significante que amplía la subjetividad y le da sentido.

Las palabras del paciente comienzan a tener una nueva dimensión cuando son entendidas y comprendidas desde un entorno simbólico que las medie, es aquí cuando se descubre un nuevo mundo, una nueva realidad y sentido junto al comienzo de la subjetividad.

Siguiendo Lacan (1955) es funcional que la institución actúe sobre la estructura del paciente, ya que el establecimiento viene a ubicarse entonces como un parche de ese padre imaginario que debió obturar en lo real de la estructura una falta, actúa como un tercero que viene a acotar.

El tipo de encuadre y la delimitación que recibe todo paciente y su familia al ingresar como interno más el conjunto de reglas y normas de convivencia cotidiana operan como articuladores necesarios para la inclusión en un código

supraindividual que es el que va a estar presente durante todo el proceso curativo.

Durante los meses que duró la práctica en el hospital en cuestión, pudo observarse en algunos casos la discusión en cuanto al diagnóstico y posibilidad de externalización de las pacientes internadas. Pero en otros casos, como el de J, quien recibe el diagnóstico de “psicosis cicloide”, que según Henry Ey (1996) debe entenderse esta enfermedad como una psicosis aguda que podría no tener remisión ni deterioro y que cede el cuadro en el transcurso de algunos días, se ha observado que la paciente fue derivada a un servicio de crónicos sin mediar dicha discusión.

Este caso en particular llamó la atención a la hora de realizar el presente trabajo ya que en el mismo se tiene en cuenta la participación de la familia en la propia enfermedad y en la recuperación de ésta. En el análisis institucional del caso “J”, como aquí se ha denominado, no se observó que se tuviera en cuenta la existencia de otros familiares aparte de su esposo, quizás continentes o no, pero que en definitiva hicieran a la historia de la interna, tampoco se indagó sobre la posibilidad que ella fuera significativa para otros sujetos, y estos para la misma.

Por otro lado si la función de la institución es en parte la de alojar, incluir y posibilitar un lazo, ¿porqué J, que según su diagnóstico, no es una enferma crónica, es derivada a un servicio para sujetos que si lo son?, se puede inferir entonces, que así como en la época clásica los sujetos ocupaban un lugar de exclusión social, el hospital psiquiátrico se convierte hoy en el siglo XX, nuevamente como un lugar de pura marginalidad y exclusión.

Actualmente se sabe que cuando alguien necesita de un nosocomio de índole psiquiátrica, no se está dando cuenta de un individuo de forma aislada que ingresa al hospital, no es él sin una historia que incluya a varias personas, es él con todo un bagaje cultural y una historia familiar, se entiende, entonces, que es un sujeto con una historicidad que lo constituye en tanto tal.

Como bien se señaló antes, el ser humano es un ser complejo, constituido por los aspectos tanto personales, como sociales y familiares, a fin de conectar al lector con la importancia de dichos aspectos es que se incluyen en el presente trabajo fragmentos de entrevistas a familiares de pacientes.

La finalidad de ello será demostrar como el paciente residía en una institución familiar sin ser tenido en cuenta de forma singular ni en relación con el resto, y como la institución debería operar, ahora, como ámbito donde son controlados y evaluados sus comportamientos con el objetivo de lograr la compensación y la posterior cura.

2.3.3 Entrevistas a familiares de internas

- 1) Entrevista al padre de una paciente. La misma es llevada a cabo por la licenciada D y la finalidad de este encuentro fue obtener datos biográficos y de relaciones interpersonales acerca de la historia de la interna. Para comenzar se le preguntó al padre de la paciente como describiría a su hija, el mismo sólo dice “como a una chica muy inteligente”, sin más comentarios comienza a hablar de él, la continuidad de la entrevista no logró alcanzar los objetivos deseados debido a que el señor no respondía a lo solicitado, remitiéndose todo el tiempo a su propia historia.

Es importante señalar que se trataba de encontrar información respecto a una joven de 21 años diagnosticada según DSMIV, con trastorno de personalidad límite, con varios intentos de suicidio y años de adicciones a la cocaína y marihuana.

- 2) Entrevista al hermano de una interna. (aquí denominada N) esta entrevista fue llevada a cabo por la misma Licenciada que se nombró anteriormente. Los objetivos eran los mismos que en el caso anterior. En esta oportunidad el hermano se refiere a la paciente como “una persona muy tranquila, que siempre llevo a cabo una vida muy normal”. Más adelante comentó que su hermana no tenía amigos, miraba toda la tarde programas de televisión, había dejado de trabajar aproximadamente hacía cinco años y que como era la única hija soltera vivía con su madre, esta última viuda desde hacía siete años. Durante el transcurso de la entrevista cuestionó, en reiteradas oportunidades, el tratamiento y tiempo estimado de internación ya que era necesario el regreso de ésta a la casa materna.

La paciente N, con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, tenía desde hace dos años alucinaciones auditivas de tipo imperativas, motivo por el cual la misma refirió no querer salir de su casa, sintiéndose más segura en compañía de su madre, quien nunca se enteró del padecimiento de su hija.

- 3) Entrevista a la hermana de una paciente. (aquí denominada S), se conserva el formato y objetivos de las anteriores entrevista como así también la entrevistadora. La paciente en cuestión tenía diagnóstico de esquizofrenia de tipo cicloide, la misma al momento de la internación presentaba gran sobrevaloración por poseer delirios de tipo místico; al presentarse su hermana, se indagó sobre este tipo de creencias y sobre la forma en que S vivía. Las respuestas fueron sorprendentes ya que se encontró que su hermana compartía las mismas creencias, compartían el mismo delirio y en ambos casos no había conciencia de enfermedad. La diferencia entre las hermanas era la posibilidad que sólo una de ellas tenía: la internación.

Se hace necesario en este caso en particular volcar algunos datos de la paciente por considerar a los mismos pertinentes en relación con una dinámica familiar patológica, dichos datos fueron extraídos de su historia clínica.

La paciente había reingresado en tres oportunidades al hospital, su historia clínica mostraba los picos agudos de la enfermedad y con ellos el regreso a la institución, en todos los casos con intervención judicial. Lo que se hacía notable era que una vez que S, llevaba varios días en el servicio de admisión, su sobrevaloración comenzaba a disminuir y la sintomatología que acompañaba al diagnóstico de esquizofrenia de tipo cicloide cedía, permitiendo que S, pudiera dudar, y pensar sobre los motivos que hicieron a su internación.

A partir del análisis de las entrevistas familiares se puede inferir que el lugar del enfermo es el del que porta la angustia, razón por la cual los familiares se niegan a admitir la enfermedad, ya que admitiéndola se verían implicados y tal vez ellos mismos experimentarían angustia.

Así, en el ejemplo de N, su hermano “necesita que ella vuelva a la casa” porque de lo contrario es él, quien se supone, tendrá que hacerse cargo de su madre. Hasta entonces había sido su hermana quien, como pudo y sin ser registrada como enferma, brindó la compañía necesaria a su madre.

Los familiares se niegan a que el enfermo deje de estar en el lugar de objeto, porque el lugar de objeto sirve para obturar la falta en el otro, sosteniendo así la funcionalidad del síntoma, aspectos que se desprenden del análisis de las entrevistas aquí descritas, fundamentalmente del caso de la paciente N.

Tanto en las entrevistas realizada a familiares como en los casos clínicos se encontraron algunas similitudes, tales como, que la familia no admite la enfermedad, como así tampoco la mejora del ahora paciente que al poco tiempo de internación permite un primer acercamiento.

En cuanto a las nombradas entrevistas se dejaba ver, por los relatos de las familias, que el paciente psiquiátrico no tenía historia, no había aparentemente recuerdos que los hicieran singulares ante los otros, aún así y pese a ello se ha podido verificar que al poco tiempo de internación los pacientes mejoraban, por esto se cree que la institución provoca alivio a la sintomatología de las diferentes patologías que le permiten al sujeto ordenarse de forma tal para ser tratados.

En virtud del análisis de las entrevistas se desprende la necesidad de pensar a la psicosis y a la función que la institución psiquiátrica ejerce con respecto a ella. Es en este marco en el cual se dará cuenta de la función del psicólogo en tales aspectos. Es, por lo anteriormente expuesto, que a continuación se describirá por distintos autores el trabajo con pacientes psicóticos desde el área de la psicología.

2.3.4 El lugar para el psicólogo en la psicosis

A continuación se expresarán las ideas del Marchan (2000) en cuanto al lugar que ocupa el psicólogo en el nosocomio:

El lugar que ocupa el psicólogo

- ◆ la búsqueda activa de los recuerdos, siendo esto fundamental en la tarea terapéutica,
- ◆ la historia como base para entender lo actual, siendo lo actual repetición histórica o sea síntoma,
- ◆ aceptación explícita o implícita en el proceso de admisión por parte del paciente, y en caso de que no suceda proponerlo como tarea para el equipo de profesionales
- ◆ la palabra como mediadora esencial en todo el proceso ya que el deseo se expresa a través de esta y por lo tanto no debe ser silenciada,
- ◆ se reconoce al sujeto como sujeto deseante y no reducido a objeto válido sólo para la observación,
- ◆ en los casos de externación el trabajo se centrará sobre la reinserción social.

Lo expuesto anteriormente no corresponde con lo observado durante los meses que duró la práctica en el hospital, esto se dice porque en pocas oportunidades se observó que esta tarea se realizara por psicólogos, en la mayoría de las entrevistas los psicólogos trabajaban de igual manera que los psiquiatras, realizando el mismo tipo de preguntas, y no buscando en las palabras del paciente algo más que podría dar cuenta del padecer del enfermo.

Coincidiendo con Fernández (2001), al hablar de tratamientos con psicóticos, debe pensarse en una propuesta de trabajo distinta y particular para cada caso. Una forma de trabajo que diferencie a cada caso en particular hará que marque y distinga el lugar del trabajo psicoanalítico en la psicosis pero que a su vez necesitará en algunos momentos de la psiquiatría.

Lo que la autora propone para la tarea en la psicosis, es, en primer lugar escuchar la verdad en el delirio. En segundo término ayudar a acotar el delirio, y es aquí donde a veces se necesitará que el paciente se encuentre medicado.

La labor del analista será, según la misma autora:

- 1) Entretejer un imaginario posible que acote el agujero en lo simbólico. Este agujero en lo simbólico se debe a que el significante del nombre del padre se encuentra abolido, lo que produce que ningún nombre nombra. La función de poseer el significante "nombre del padre" lleva a un punto de almohadillado en el orden simbólico, provocando sentido y comprensión

sobre los hechos y las cosas, mientras que encontrarse sin él produce que un significante cualquiera haga signo deteniendo arbitrariamente la significación.

- 2) Orientar al paciente a posibilitar una palabra entre él y la alucinación. En caso de padecer alucinaciones.

Para Soler (2002) la falta de significante del Nombre del padre se traduce en un exceso de goce en lo real o sea, lo contrario de una falta. La dejadez, inacción, falta de motivación y desidia son consecuencias que hablan de ese goce desmedido que, según la autora, muchas de estas conductas pueden confundirse en un primer momento con un estado depresivo.

El analista será llamado, entonces, a auxiliar el vacío que provoca la falta de significante primordial, lo que se demanda es que el analista haga de guía y legisle para el paciente. Para evitar que el paciente quede en un lugar de objeto será necesario realizar alguna operación como por ejemplo no operar con la interpretación, ya que esta no tiene cabida cuando se está frente a un goce no reprimido.

Teniendo en cuenta lo recientemente expuesto, el sitio donde es ubicado el analista, pertenece al del saber y al que goza, mientras que el espacio que deja para el analizado es el de objeto que es gozado por otro. Como el goce no se encuentra reprimido sólo se puede elaborar, pero no interpretar, como sí es posible en los casos de neurosis.

Un modo posible de intervención será mediante el silencio, y esto será necesario ponerlo en práctica cada vez que el analista sea llamado como el Otro primordial del oráculo, o sea, el que sabe, el que guía y el que goza. Los efectos de intervenir por medio del silencio darán cuenta de una negativa por parte del analista que lo dejará en lugar de testigo y ya no de quien ejerce sobre el paciente el poder, o sea como en el delirio, el poder de perseguir o ser el que persigue.

Otra forma de intervención es la denominada orientación del goce, o sea, una forma de restringir el goce, que intentará hacer de prótesis al significante primordial, esta intervención consiste en decir “no” cuando el paciente se encuentre cautivado por alguna idea autodestructiva (Soler, 2002)

Otro aspecto a tener cuenta son las connotaciones positivas para todo aquel proyecto que coloque al paciente ante la posibilidad de ser sujeto deseante de alguna cosa.

Para Silvestre (2003), admitir que hay psicóticos en análisis se debe a la enseñanza de Lacan en no retroceder frente a la psicosis. Este no retroceder significa, que toda demanda de análisis es digna de ser tomada en serio, ofreciéndose el analista a ser su agente. Para esto la única y gran condición es que el profesional conozca las limitaciones y cuidados que hay que tener con la que deberá tratar, para entonces poder ajustar sus respuestas, no habiendo otra condición para la cura que la del compromiso del paciente en ella.

Continuando con la idea de Silvestre, la demanda de un paciente psicótico proviene de la “forclusión del nombre del padre”, también llamado por otros autores “forclusión del significante primordial”.

El punto de partida en la demanda de análisis es lo que el autor denomina una significación en suspenso, es lo mismo que decir que se trata de una significación que amenaza, y que por tal motivo se convierte en amenazante. Es entonces, que si un paciente psicótico concurre a un analista será con el fin de llegar a término con esta significación que con la falta del significante privilegiado no puede ocurrir.

El analista no tiene el poder de suministrar el significante que falta, pero con este supuesto de parte del analizado se abre el camino hacia un supuesto saber, siendo fundamental para la labor terapéutica (Silvestre, 2003). La labor terapéutica se fundamentará en la mediación, ya que el enfermo se encuentra con fenómenos que trata de darles sentido y significación, es aquí, en este tratar de darle sentido que el analista puede mediar con su saber.

Para poder mediar y marcar la presencia del analista la primer forma de intervención será con su silencio, para que con su silencio lleve al analizado a dirigirse más precisamente a sus propias asociaciones, mientras, que el analista se ubicará en un lugar vacío y despejado de todo goce. Este lugar trata sobre un espacio donde el goce está prohibido con la finalidad de que el sujeto del significante se aloje en él.

Como el trabajo con pacientes psicóticos difiere del trabajo con pacientes neuróticos, es relevante por ello tomar contacto con las dificultades y cuidados que hay que tener en cuenta a la hora de abordar un paciente de estas características.

Por lo anteriormente expuesto a continuación se hablará sobre las contraindicaciones, que distintos autores sostienen, con respecto al abordaje de pacientes psicóticos, como así también la importancia de la palabra en dicha enfermedad.

2.3.5 Contraindicaciones en el trabajo terapéutico con Psicóticos

Para Rúpolo (2000), al igual que para muchos otros psicoanalistas, el análisis que debe realizarse con un paciente psicótico difiere del paciente neurótico, como bien se señaló anteriormente.

En primer lugar, dirá el autor, la intervención del analista es diferente, ya que resultan contraproducentes las intervenciones que son habituales en pacientes neuróticos las cuales se hacen posibles gracias a los actos fallidos, los sueños, los olvidos y los síntomas, que una vez que se ponen en palabras, el trabajo del analista será hacer asociar libremente al paciente y sobre esto realizar una interpretación.

Pero el hecho mismo de tener en tratamiento a un psicótico hace que esto no pueda ser posible y la recomendación será no realizar ningún juego de palabras; ¿Por qué? La operación de la castración no se realizó en estos sujetos, ni está reprimida como en el caso de la neurosis. De modo que, cualquier tipo de intervención conduciría directamente a ese agujero en lo simbólico que llevaría a la imposibilidad de responder en el terreno del significante, de la palabra que lo represente como sujeto.

La respuesta del sujeto será desde el campo de lo real o de lo imaginario, si dicha respuesta viene desde el campo real puede correr el riesgo de hacer un pasaje al acto, que se observará en accidentes, violencia ante los demás, mutilaciones, resistencia a la autoridad. Lo expuesto anteriormente remite al caso "J" descrito en el presente trabajo. Allí se pudo observar el pasaje al acto, quién ingresa al Hospital por presentar violencia y resistencia a la autoridad al momento de querer ingresar a las cajas de seguridad de un Banco.

En los casos en que el sujeto responda desde el campo imaginario correrá el peligro de tener alucinaciones y delirios. Aquí también se halla una relación directa con el mencionado caso.

Para evitar lo anteriormente expuesto, la regla fundamental es que todo aquello que deriva de la castración no es comunicado al paciente como en el caso del neurótico.

En cuanto a la transferencia, el analista no deberá sostener para sí un lugar de sujeto supuesto saber, y esto es, porque en la psicosis el saber del Otro reduce al sujeto a objeto de goce del Otro. Ser objeto del goce del otro es algo que tendría que impedirse para que el paciente no aparezca ubicado en dicho lugar y es sólo a través del análisis de cada caso en particular que el analista escucha la forma en que el sujeto se ubica como objeto de goce del Otro.

2.3.6 La importancia de la palabra en la psicosis

¿De qué habla el psicótico?. Siguiendo a Rúpolo (2000), el psicótico habla de estar muy cerca de una verdad, hasta llegar a ser absorbido por ella y perder todo espacio propio en el plano social, sólo le queda el de la marginación.

Como afirma Lacan en el Seminario 3 (1955), “es la verdad la que habla” (pág. 63), pero también podría hablar para engañar, ya que mediante el “hablar” es que se dicen mentiras. Así para el psicoanálisis no hay verdad sin mentiras, una limita a la otra. Esto no significa que todo cuanto dice el loco es verdad, sino, que para él, la verdad es el todo, no la dice a medias como el neurótico, recibiendo a cambio de transmitir su verdad absoluta, la discriminación en el plano social.

Para Rúpolo (2000), el aporte que hace el psicoanálisis al tratamiento de las psicosis, reside, en que al enfermo se le permite hablar, con lo que supone que existe una escucha. El tipo de escucha que requieren las psicosis marca la diferencia con la escucha de las neurosis, ya que, la regla fundamental no es que el paciente diga todo lo que se le va ocurriendo, o sea la asociación libre. Esta es remplazada por el hecho de comunicarle al paciente que su palabra vale, que para el análisis es muy importante todo lo que él diga y sobre todas las cosas que se espera que logre someterse a esta regla.

La especificidad de la transferencia no consiste en que el analista se sitúe como objeto causa del deseo del analizado, porque el psicótico no puede desear al analista como objeto, ya que no se encuentra capacitado para ubicarse como sujeto deseante, su ubicación es y ha sido, a través de su historia, la de objeto de deseo del Otro.

Ante esta imposibilidad, se hace necesario para el mencionado autor, encontrar otra forma para los fines terapéuticos, la manera sugerida es a través de igualar a los sujetos, o sea, al par paciente-analista. Se trata, como dice Aristóteles, citado por Rúpolo, de una especie de “amistad”, porque es mediante la igualdad que nace de la amistad donde cada uno de los integrantes quiere lo mejor para el otro. Siguiendo esta idea, se requerirá de tiempo donde las muestras de afecto y confianza se funden en una aceptación mutua que supone fidelidad.

La finalidad de todo tratamiento, también en el caso de la psicosis, es habilitar la palabra del paciente, sostener la escucha analítica y apelar a la prohibición del incesto.

El gran problema es que la palabra del psicótico no lo representa y por esto la llamada “amistad” funcionaría como intermediario para comenzar a hacer valer su palabra.

Como ya se mencionó anteriormente, el psicótico tratará, por todos los medios de ubicarse en el lugar de objeto, porque esto, justamente, es lo que ha marcado su vida, se trata de que no ha podido dejar de ser un objeto para el Otro.

¿Cómo comenzar a dejar de ser un objeto para ese Otro? A medida que el paciente se da cuenta que su palabra tiene valor, comenzará paulatinamente a representarlo, es aquí donde Rúpolo (2000) recomienda, a estos fines, proponer alguna actividad que haga al orden del deseo para que haya objetos que sitúen al enfermo en posición de sujeto deseante de determinadas cosas y ya no como objeto de Otro.

3. CONCLUSIÓN

A modo de conclusión se tratará de responder a los objetivos expuestos en la introducción.

En cuanto a la función psiquiátrica que cumple la institución con respecto a la psicosis, se entiende que la función que se desarrolla en la época clásica descrita en el marco teórico del trabajo, supone al nosocomio como un espacio para albergar a sujetos que son excluidos de la sociedad y que este lugar no cumpliría otra función que el control sobre el loco.

De esta manera no habría posibilidad de ingresar a la sociedad porque ella le teme y se cree que le sigue temiendo al descontrol que pueden provocar las minorías descontroladas. De esto se desprende que en la Institución Psiquiátrica de la época clásica responde de una forma similar a la sociedad de esa época.

Aún así, se entiende que el hecho de estar internado, beneficia al sujeto, en tanto condiciona muchas de sus conductas, marcando las diferencias entre el afuera y el adentro de la institución. Mientras afuera se era libre para delirar, para sufrir, cometer transgresiones y autodestrucción, se entiende que los muros del Psiquiátrico son levantados para obligar al paciente a dejar en parte su padecimiento, ya que aquí eran castigados si continuaban de forma similar. Mientras que en el siglo XX el énfasis se centró en la administración de fármacos y diferenciación de patologías.

En cuanto a la función psiquiátrica de nuestros días, sólo se dará cuenta del nosocomio en el que se llevó a cabo la práctica y habilitación profesional.

Se reconoce que en el servicio de admisión, el paciente es abordado de forma interdisciplinaria, pero no se acuerda en la necesidad de la terapia biológica para todos los casos. Se considera que la psicología puede hacer mucho más en un lugar con estas características, sobre todo si se tiene en cuenta un momento tan fundamental como es el ingreso al hospital. Sería fundamental la implicancia de dichos profesionales en relación con el padecimiento del paciente, una implicancia que tenga que ver con el “hacer” del enfermo con esto que le sucede.

Es necesario reconocer que la tarea y el abordaje de estos pacientes no es simple y, sería negligente prescindir de la psiquiatría, sin embargo a la hora de la intervención ambas, tanto la psiquiatría como la psicología, son importantes sobre todo en determinados momentos, no basta con el acuerdo,

el trabajo interdisciplinario supone también la confluencia de distintos saberes a la hora de trabajar.

Si es el admisor el que debe recaudar datos de la vida del enfermo, si es el profesional en psicología el que escucha y está capacitado para diferenciar la estructura del paciente, se entiende que cuando esto no es realizado se debe a que en el acercamiento a la psicosis, el contacto continuo con sujetos que lo padecen va dejando huellas en el profesional tratante, por esto se piensa que desplazarse hacia la psiquiatría no ayuda al enfermo mental ni tampoco al profesional en psicología, de allí la importancia de la contención de los profesionales que asisten a este tipo de población.

En cuanto al objetivo principal del Hospital, la externalización del interno, no se observó que se pensara desde lo que podría denominarse un trabajo en red, como así era propuesto. Dicho trabajo en red, se considera, debería de incluir a la familia, con la finalidad de que pueda albergar a un sujeto que psicótico o no, quedó por fuera de ella y necesitó un espacio diferente con otras gentes, normas y pautas.

No se cree que esta tarea sea sencilla ni tampoco que pueda lograrse en poco tiempo, sino pensarse en el "caso por caso", y que este sea un objetivo más a la hora de las diferentes derivaciones, ya que es en este momento donde se pierde en el servicio el contacto con el paciente.

Si es la institución donde el interno comienza a tener diferentes formas de comunicación, si es en ella donde desciende su delirio, y donde trata de comunicar lo que le pasa, sería importante que desde aquí se tuviera en cuenta que para que la externalización sea el objetivo es necesario un trabajo integrativo.

Se piensa entonces, que el abordaje no debería acotarse al paciente psiquiátrico, sino extenderse e incluir a la familia, de esta forma la institución sería el lazo que uniría funcionando como puente entre la familia del psicótico y él; si se cree que la institución puede hacer lazo entre el enfermo psiquiátrico y su familia, entonces la tarea de los profesionales psicólogos será ver si hay para este sujeto psicótico lugar en esa familia.

Asimismo se tiene en cuenta que el servicio de admisión es un servicio de agudos, donde los tiempos son muy cortos y la prioridad es el correcto diagnóstico, pero aún así, se considera que es en este tiempo donde, a partir de la internación, se necesitará de la participación y implicancia de todo aquellas personas significativas en la vida del sujeto.

Por lo anteriormente expuesto, será necesario aclarar que no se está pensando en una propuesta de tratamiento en sí para el grupo familiar, sino en que a la hora de la intervención, como así se sostuvo durante todo el trabajo,

es fundamental un conocimiento tanto del paciente como de su núcleo familiar con el fin de brindarle un ámbito de contención en el proceso de externalización, que puede comenzar en el servicio y continuar en el lugar correspondiente a la derivación.

Es, desde esta idea que se cree que será desde la psicología, donde pueden proponerse espacios donde:

- ◆ Brindar correcta información a los familiares de pacientes psicóticos sobre la forma en que se está trabajando y evaluar la forma en que esta información es recepcionada.
- ◆ Abrir un espacio de escucha para la familia.
- ◆ Conocer los aspectos que han tenido que ser modificados en la interacción familiar a partir de la internación.
- ◆ Destacar la importancia que para el paciente tiene la colaboración de todas las partes.

Se entiende que de esta manera se involucra al grupo en sí, donde cada uno de los participantes puede verse comprometido en la recuperación del paciente. De esta forma la tarea para abordar la psicosis, se extendería a la familia, porque es difícil pensar en la enfermedad sin tener en cuenta aquellos factores y personas que posibilitaron o permitieron el desarrollo de la patología.

Es en el seno de la familia donde todo sujeto se desarrolla, adquiere ideas y creencias, es en esta primera sociedad donde se comienzan a dar los primeros pasos para luego involucrarse con el exterior, la que podría denominarse la gran sociedad. Esta gran sociedad debe saber involucrarse con lo que le es ajeno, con lo que le pasa al otro, con lo que nos pasa con ese otro al cuál rechazamos, rechazo que sólo es entendible si se piensa a la locura como algo que escapa a nuestro control.

4 Bibliografía

1. Berenstein, I. (1998). *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires: Paidós.
2. Broca, R., Clastres, G., Gorog, F., Gorog, J. J., Laurent, E., Léguil, F., y cols. (1993). *Psicosis y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manataiales.
3. Evans, D. (2003). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
4. Ey, H; Brisset, CM y Bernard, P. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson
5. Fernández, E. (2001). *Diagnosticar las psicosis*. Buenos Aires: Letra viva
6. Freud, S. (2003). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis, *Obras Completas (193-197) (2ª ed.)*. Buenos Aires: Amorrortu .
7. Freud, S. (2004). Sobre un caso de paranoia, *Obras completas (13-76) (1ªed)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
8. Kaes, R. (1998). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Buenos Aires: Paidós
9. Kaplan, H. y Sadock, B. (2001) *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
10. Lacan, J. (2004). El seminario 3, *Las psicosis (1ªed)*. Buenos Aires: Paidós
11. Marchant, N. (2000). *Experiencias comunitarias en el Hospital Moyano*. Buenos Aires: Ananké.
12. Pierre, P. (1998). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson
13. Pommier, G. (1985). *Una Lógica de la Psicosis*. Buenos Aires: Paradiso.
14. Pommier, G. (1997). *La transferencia en la Psicosis*. Buenos Aires: Kliné.

15. Rúpulo, H. (2000). *Contraindicaciones para la práctica psicoanalítica de la psicosis*. Buenos Aires: Lugar.
16. Soler, C. (2002). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
17. Yaria, J. (1982). *Abordaje psicoterapéutico de la psicosis*. Buenos Aires: Paidós.