



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el
proceso de gestación como factor desencadenante en
mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica**

AUTORES:

**Flores Silva, Bryan Andrés
López Alvarez, Ariana María**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes

Guayaquil, Ecuador

21 de febrero del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Flores Silva, Bryan Andrés y López Alvarez, Ariana María**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciatura en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____

Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Galarza Colamarco, Alexandra Patricia

Guayaquil, a los 21 del mes de febrero del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Flores Silva, Bryan Andrés

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica** previo a la obtención del Título de **Licenciatura en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 21 del mes de febrero del año 2017

EL AUTOR

f. _____
Flores Silva, Bryan Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **López Alvarez, Ariana María**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica** previo a la obtención del Título de **Licenciatura en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 21 del mes de febrero del año 2017

LA AUTORA

f. _____
López Alvarez, Ariana María



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Flores Silva, Bryan Andrés** y **López Alvarez, Ariana**
María

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 del mes de febrero del año 2017

LOS AUTORES:

f. _____
Flores Silva, Bryan Andrés

f. _____
López Alvarez, Ariana María

URKUND

Documento	Tesis Final - Flores López..docx (D25871258)
Presentado	2017-02-19 01:05 (-05:00)
Recibido	mariana.estacio.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Bryan y Arina Mostrar el mensaje completo

0% de esta aprox. 44 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 0 fuentes.



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO: Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica

ESTUDIANTE: Flores Silva, Bryan Andrés y López Alvarez Ariana María

FECHA: 21 de febrero del 2017

INFORME ELABORADO POR:

Psc. Clin. Mariana Estacio, Mgs

AGRADECIMIENTO

A mis padres. A Josefina por su incansable apoyo, en los fallos y en los aciertos; en las dudas y en las decisiones. A José por su perpetua predisposición para impulsar los muy diversos deseos que me atravesaban. Gracias a ambos por impulsar un sueño y por su sempiterna aspiración a la superación de los suyos.

A la tutora de este proyecto de investigación, la Psc. Clin. Mariana Estacio Campoverde. Gracias por su orientación teórica a lo largo de todo el proceso, por acoger nuestro deseo de trabajo, por comprender nuestros tiempos de estudio, y tolerar nuestras ocurrencias.

A aquel docente que me invitó a considerar que pensando como neuróticos no podemos comprender la psicosis, lo que introdujo una incógnita que se va despejando con ayuda de este proyecto de investigación.

A Ariana López Alvarez, coautora de este trabajo. Mi compañera de investigación, de aula, y de todo este baile. Gracias por introducir a mi urgencia una cuota de pausa, que permitió que este trabajo tenga el nivel de rigurosidad adecuada. Gracias por su compañía desde el primer día de mi carrera universitaria.

A todos aquellos que enriquecieron mi experiencia educativa con sus pequeños aportes de conocimiento y afecto. Ustedes son los verdaderos héroes sin capa.

Bryan Flores Silva.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fortaleza para cumplir cada una de las metas que me propongo.

A mis padres y hermanas, por su amor y por ser un pilar fundamental para mí.

A Rosita, por acompañarme de manera particular, cada fin de semana de estos últimos meses.

A la familia Flores - Silva, por su apoyo incondicional durante estos años de estudio.

A Bryan Flores, por ser mi compañero de tesis y de vida, por su dedicación y más aún por sus palabras que nunca faltaron.

A mis amigos por estar constantemente a mi lado.

Y por último, pero no menos importante, a mi tutora Mariana Estacio, por su guía, entrega, tiempo, dedicación y enseñanzas durante este proceso.

Ariana López Alvarez.

DEDICATORIA

A mis padres. La culminación de este proyecto de investigación y los reconocimientos académicos que lo acompañan son la única forma que encuentra mi corazón obsesivo de decirles que los amo. Los amo.

A los alienados, a los “locos”, a los psicóticos incomprendidos, en especial a las psicóticas embarazadas. Que este trabajo contribuya, aunque sea en pequeña medida, a entenderlos en la medida en que nuestra obtusa estructura lo permita.

A aquellas almas curiosas de saber aquello que no se ha explorado, lo que no ha sido entendido, o no quiere entenderse.

Bryan Flores Silva.

DEDICATORIA

A mis padres, por las ganas de superación que han sembrado en mí y por permitirme soñar.

A Bryan Flores, por su constante apoyo.

Ariana López Alvarez.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
TUTORA

f. _____

ALEXANDRA PATRICIA GALARZA COLAMARCO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

FRANCISCO XAVIER MARTINEZ ZEA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

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

Psicología Clínica

CALIFICACIÓN

**MARIANA ESTACIO
PROFESOR GUÍA O TUTORA**

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	16
TEMA DE INVESTIGACIÓN	16
JUSTIFICACIÓN	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
OBJETIVOS	18
MARCO TEÓRICO	19
ANTECEDENTES	19
CONSTITUCIÓN SUBJETIVA	22
ESTRUCTURACIÓN SUBJETIVA	22
La insondable decisión del ser	22
Alienación - Separación	23
Complejo de Edipo	26
Estadio del Espejo	29
La entrada al lenguaje	31
LA ESTRUCTURA PSICÓTICA	32
Efectos de la forclusión	34
MUJER Y ESTRUCTURA PSICÓTICA	38
EL EDIPO EN LA MUJER	38
Las tres orientaciones edípicas	39
LA FEMINIDAD	40
EL LADO HOMBRE Y EL LADO MUJER	42
EL EMPUJE A LA MUJER	45
¿DESEO MATERNO EN LA PSICOSIS?	46
LO REAL DEL EMBARAZO	48
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	50
FENÓMENOS ELEMENTALES	50
¿LOCURA HISTÉRICA O PSICOSIS?	53
PSICOSIS ENCADENADAS	56
PSICOSIS DESENCADENADAS	57
Desencadenamiento por embarazo	61
METODOLOGÍA	67
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	75

RESUMEN DEL PROYECTO

En este proyecto de investigación se trabajó acerca del desencadenamiento psicótico de mujeres que atraviesan por un embarazo que, debido a los cambios corporales que acompañan al proceso de gestación, pueden atravesar por un desencadenamiento de su estructura. Este trabajo aporta a estudiantes y profesionales del área de la salud mental por su indagación en una temática que no ha sido revisada ampliamente por autores dentro del contexto psicoanalítico, por lo que permitirá una aproximación al tema de desencadenamientos psicóticos. Se realizó la metodología de comentario de texto que atañen a la problemática planteada con la finalidad analizar información acerca de los desencadenamientos psicóticos de pacientes mujeres que atraviesan un proceso de gestación para elaborar teorizaciones de la relación de ambos eventos; examinar los momentos clave de la constitución subjetiva, la formación del cuerpo, las diferencias en la estructuración de una neurosis y una psicosis, y la relación de los cambios corporales que acompañan el embarazo con los factores que desencadenan una psicosis. Así, se pudo concluir que las modificaciones corporales de este proceso pueden producir un desencadenamiento por cuanto adquieren el estatuto de Un-Padre significativo que se opone a la estabilidad imaginaria, dejando sin respuesta al psicótico.

Palabras clave: Psicosis, desencadenamiento, embarazo, Nombre del Padre, forclusión, cuerpo.

ABSTRACT

This investigation project analyzed topics around the psychotic triggering of female patients that were going through pregnancy in which the body changes that come with the gestation process can lead to the triggering of their structure. This study provides both students and professionals of the mental health area with theoretical contributions regarding a topic that has not been exhaustively revised by authors in the psychoanalytic field, which is why this project will aid in the understanding of the psychotic triggering. The investigation project used the methodology of text commenting of books and writings related to the proposed topic with the purpose of analyzing information about psychotic triggering of female patients with an ongoing pregnancy, to produce theorizations in the relation between both events; exploring key moments in the subjective constitution, the body configuration, the differences in the construction of a neurosis and a psychosis, and the interrelationship between the body changes that come with pregnancy and the factors that originate the psychotic triggering. By doing so, it could be established that this body transformations can indeed lead to a triggering as they acquire the nature of A-Father, a symbolic signifier that opposes the imaginary stabilization, leaving the psychotic without an answer.

Key words: Psychosis, triggering, pregnancy, Name Of The Father, foreclosure, body.

INTRODUCCIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN

Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este estudio posibilitará la producción de teorías bases que proporcionen reflexiones sobre la constitución corporal y los desencadenamientos psicóticos, y los relacionará con una etapa relativamente habitual en el transcurso de la vida de una mujer: el embarazo.

Se trata de la exploración de un tema de investigación del cual no se han realizado abundantes estudios o teorías, agregado al hecho de que la información de que se dispone corresponde a estudios de enfoque psiquiátrico que excluyen elementos relevantes de sus análisis. Se posibilitará el estudio de las pacientes psicóticas embarazadas de una manera más adecuada para que sean abordadas de forma eficaz, lo que conllevará a una atención terapéutica para dichas pacientes, tomando en cuenta el estatuto que adquiere el terapeuta o profesional del área de la salud mental cuando sostiene y estabiliza al paciente psicótico con sus intervenciones.

Como resultado de este proyecto de investigación podrán generarse interrogantes que conlleven al inicio de nuevos estudios sobre el tema en cuestión, lo cuales aportarán con mayor profundidad acerca de temas colindantes a la psicosis y el embarazo, considerando aspectos aún más específicos que enriquezcan las producciones teóricas subsecuentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Debido a la limitada cantidad de bibliografía disponible respecto a los desencadenamientos psicóticos alrededor de los procesos gestacionales, y el exiguo estudio de casos clínicos que presenten dichas características, existe dentro del área de la salud mental dificultades en lo que concierne al diagnóstico de casos de pacientes con estas características.

El diagnóstico elaborado a estas pacientes, puede no realizarse oportunamente, o de manera no eficaz. La sintomatología presente en los trastornos psicóticos suele ser similar a aquella de la estructura neurótica que ha atravesado por alguna especie de desencadenamiento, lo que puede generar confusiones a la hora de realizar el diagnóstico de estructura.

Dentro del área de la salud, los cambios físicos y fisiológicos que ocurren a lo largo de las cuarenta semanas de gestación en la mujer embarazada, son considerados como fenómenos normales del proceso, y no son considerados como un factor que pueda generar altas cantidades de angustia o estrés en la paciente. Esto, sumando a las dificultades en el diagnóstico, imposibilita al profesional considerar el cambio corporal del embarazo como un elemento que pueda provocar un desajuste en la estabilidad de la psicosis.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se constituye la estructura psicótica?

¿Qué criterios se toman en cuenta para la elaboración de un diagnóstico?

¿Cuál es la importancia de los fenómenos elementales?

¿Qué aspectos podrían confundir una locura histérica con la psicosis?

¿Qué relación tiene la constitución del cuerpo con los cambios que acompañan el embarazo?

¿Por qué se produciría un desencadenamiento durante el proceso de gestación?

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar información acerca de los desencadenamientos psicóticos de pacientes mujeres que atraviesan un proceso de gestación, para elaborar teorizaciones de la relación de ambos eventos.

Objetivos específicos

- Describir los momentos clave de la constitución subjetiva que producen alteraciones de orden simbólico e imaginario en la estructura psicótica.
- Relacionar la construcción del cuerpo en las pacientes psicóticas, con los cambios corporales que se presentan durante el embarazo.
- Construir un diagnóstico oportuno de psicosis haciendo énfasis en los cambios corporales que se dan en el embarazo, considerándolos como factores que propicien un desencadenamiento.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Como preámbulo al desarrollo del proyecto de investigación, revisaremos elaboraciones académicas relacionadas a los temas a tratar en los capítulos posteriores:

Ollague, María (2012, pp. 86-92) publicó un trabajo que tuvo como objetivo ubicar los efectos en la estructura subjetiva a partir de la forclusión del Nombre del Padre en niños, específicamente en el autismo y la psicosis. A causa de la forclusión del Nombre del Padre se produce como estructura una psicosis, debido a que no se introduce el significante primordial que anudaría significado y significante, anudamiento que permitiría la entrada a la sociedad, la cultura y la ley. A la vez se propone un quehacer para el psicólogo dentro del campo de la institución educativa, de acuerdo al tipo de lazo que estos sujetos establecen con el Otro.

De esta manera, la presente investigación tomará del trabajo de Ollague la relación que existe entre la forclusión del Nombre del Padre y las alteraciones que se presentan en la constitución subjetiva. Debido a que la estructura psicótica se construye a través de un proceso de constitución que va desde los primeros años de vida de un sujeto, sus manifestaciones tanto de orden simbólico como imaginario, se evidencian ya desde esta época.

En un trabajo de Calva y Moncayo (2014, pp. 53-57) se diferenciaron los delirios producidos en una neurosis histérica, de los delirios que se dan en la estructura psicótica, caracterizando ambas estructuras, y aplicando la teoría a casos dentro de una institución hospitalaria. Un delirio en la histeria se presenta como un síntoma, expresa contenidos inconscientes del paciente y a su vez genera angustia; son delirios en los que la disociación con la realidad es momentánea. Por otro lado, los delirios psicóticos serían una forma de defensa ante el Otro que se aproxima para gozar;

relación que no puede ser tramitada de manera simbólica por la forclusión del Nombre del Padre.

De este trabajo de investigación, se rescatará de la elaboración de Calva y Moncayo la importancia de llegar a un diagnóstico oportuno, lo cual permitirá a los psicólogos clínicos intervenir adecuadamente según la estructura del paciente. De esta manera se podría evitar un desencadenamiento en caso de tratarse de una psicosis que podría presentar sintomatología similar a la de una neurosis histérica.

Silvia Salman (2013, pp. 33-34) escribió un texto acerca de las diversas situaciones que atraviesan las mujeres durante su vida, que las aproxima al real de la sexualidad. Ubica la menstruación, el embarazo, el parto, entre otros, como acontecimientos que ocurren en una mujer durante su vida, exponiéndolas a un real que las obliga a inventarse una por una. Por su parte, Alvarado (2016, p. 55) elaboró una sistematización en la que conceptualiza el estrago materno a partir del discurso de las madres adolescentes atendidas en un hospital. Relaciona este tipo de relación madre-hija con los potenciales efectos subjetivos que se puedan desarrollar en las pacientes, tomando en cuenta las posibles salidas edípicas en la mujer, los cambios durante la pubertad para entrar a la adolescencia y el desarrollo sexual femenino.

Ambos trabajos permiten estudiar a las pacientes femeninas considerando sus diferencias anatómicas, sus relaciones con la falta, sus encuentros con lo real de la sexualidad, y sus particulares formas de ubicarse frente al otro sexo. Al hablar de una mujer embarazada, se habla también de todos los cambios físicos y fisiológicos a los que está expuesta. En el presente trabajo, se tomará en cuenta las particularidades de la mujer en cuanto a su sexualidad y los cambios corporales que atraviesa durante el proceso de gestación que podrían ser un factor desencadenante si estas pacientes no son diagnosticadas de una manera pertinente.

Finalmente, De la Rosa (2016, p. 55) presentó un estudio sobre las formas de la suplencia en la estructura psicótica y su presencia en casos clínicos atendidos en una

institución educativa. Abordó la estructura psicótica partiendo desde las concepciones médicas, pasando por las primeras elaboraciones freudianas al respecto, para terminar en las enseñanzas de Lacan en relación a la función del Nombre del Padre y el Deseo de la Madre, pero destacando la insondable decisión del ser.

El estudio elaborado por De la Rosa es pertinente por cuanto el rechazo por parte del sujeto de este significante paterno impide la regulación del vínculo del hijo con la madre, lo cual devendrá en fallas de la inscripción de lo imaginario. La estructura psicótica resultante padecerá de una débil constitución corporal, debilidad que es reforzada por la ausencia de elementos simbólicos que permitan la asimilación de dicho cuerpo. Los capítulos siguientes estarán dedicados al análisis de estos acontecimientos de cara al cumplimiento de los objetivos planteados en este escrito.

CONSTITUCIÓN SUBJETIVA

ESTRUCTURACIÓN SUBJETIVA

Para que un niño, recién nacido, pase de ser un organismo viviente a ser un sujeto, ha de atravesar por diversos momentos lógicos que marcarán su destino y la estructura resultante. Estos momentos lógicos no serán presentados en orden cronológico pues, en el transcurso de la vida del niño, éstos se interpolan, se retrasan, se estancan, o adelantan. A continuación realizaremos una revisión de los mismos.

La insondable decisión del ser

Como algo imposible de sondear, que por más que se intente, nunca se llegará al fondo de aquello que se busca. Así, como insondable, califica Lacan en *Acerca de la causalidad psíquica* al origen de la constitución subjetiva, la estructura del sujeto, y sus variantes psicológicas (1971a, p. 168).

Frente a una causalidad genética propuesta por el discurso psiquiátrico, y Henry Ey a quien Lacan critica en este texto, se propone una causalidad que pone su acento en la libertad del sujeto, libertad porque es éste quien elige la posición que ha de tomar en cuanto a su estructuración.

Esta elección ha sido tomada desde antes de que el sujeto hable, y “antes de que se pueda hablar de sujeto” (Tendlarz, 2013a, p. 48). Parfraseando a Tendlarz, inicialmente nos encontramos frente a un ser vacío de sentido, un *ser viviente*, que para devenir sujeto ha de consentir una falla en su ser. La elección del viviente puede tomar dos caminos: optar por la alienación, es decir consentir aquella falla en ser y alienarse al Otro del lenguaje; o elegir el vacío, y no consentir la alienación al lenguaje y al nacimiento del Otro (pp. 50-51).

Lacan habla de una decisión “forzada” en el sentido de que si el ser viviente quiere devenir sujeto, ha de elegir al Otro y aceptar su alienación al lenguaje. Sin embargo,

en esta elección forzada radica la libertad del sujeto, que ha de consentir o rechazar la injerencia del Otro (Sauval, 1997, p. 5). Es importante notar que esta elección no es voluntaria, “sino inconsciente de un sujeto que, en el momento de producirse, lo determina” (Tendlarz, 2013a, p. 48).

Resultado de esta insondable decisión del ser, se constituirán una u otra estructura subjetiva. Frente a esto se plantea la interrogante: ¿Si hay una elección del ser en cuanto a su disposición para con el Otro, cuánto influyen en su constitución las relaciones edípicas, el Estadio del Espejo, y las funciones materna y paterna?

Sauval (1997, p. 4) en su análisis de *Acerca de la causalidad psíquica* plantea una causalidad doble en la que entran en juego tanto la libertad del sujeto, como el determinismo que recae sobre ciertos aspectos de la subjetividad impuesto por leyes del lenguaje, del inconsciente y de la palabra. Tomando esta causalidad doble planteada por Sauval, podemos rescatar tanto la incidencia de los tiempos de la constitución subjetiva mencionados anteriormente, como la elección del ser que tendrán como efecto en su conjunto, un proceso de estructuración subjetiva.

Alienación - Separación

En la revisión teórica que se hizo de la insondable decisión del ser se mencionaron dos caminos posibles que puede tomar el ser viviente: la elección por el vacío o la elección por la alienación. La elección por el vacío paraliza al viviente en el ser al “no consentir a la ‘elección forzada’, y no quedar del lado del sentido, sino de la petrificación del S1, por lo que ‘no (...) quedaría más que este *ser vacío del sujeto* (...)’ ” (Tendlarz, 2013a, p. 51), que es denominado así en cuanto está desprovisto de los significantes de la cadena S1-S2.

Esta articulación, S1-S2, se produce cuando se da la elección por la alienación a los significantes que provienen del campo del Otro, por ser el Otro del lenguaje quien se los otorga. Este significante lo representa para otro significante y “hace surgir el sujeto

de su significación” (Lacan, 1964, p. 213), pero sólo en la medida en que hace surgir al sujeto al mismo tiempo que lo condiciona a reducirse a dicho significante, en lo que Lacan denomina *fading* o desaparición. En esta operación de alienación “el nacimiento del sujeto es simultáneo con el nacimiento del Otro” (Tendlarz, 2013a, p. 49), a lo que se puede añadir paralelamente el evento del *fading* del sujeto.

Con el surgimiento del sujeto, efecto de la cadena significativa, “pierde su ser, pierde su ‘identidad’ ” (Tendlarz, 2013a, p. 52). Es la pérdida de algo debido a la elección que hace el sujeto. Esta elección conlleva siempre una pérdida y Lacan lo ilustra con el ejemplo que propone de *la bolsa o la vida*. “Si escojo la bolsa, pierdo ambas. Si escojo la vida, tengo la vida sin la bolsa” (1964, p. 218). El sujeto que ha optado por la alienación pierde su condición de ser; entrar al campo del sentido implica también perder una parte de sentido, el inconsciente visto como un sinsentido. Pero si se escoge la bolsa, el ser, pierde ambas partes: el sujeto y el sentido; es lo que vemos en el caso del autismo.

Ahora bien, cuando el sujeto opta por la alienación a los significantes del Otro, tiene en sus manos una nueva elección que corresponde a un segundo paso lógico: quedarse alienado, o separarse del Otro. Lacan habla de *se parere*, engendrarse, ya que en esa separación el sujeto se produce a sí mismo (1964, p. 220). El sujeto surge aquí como un sujeto deseante, deseo que es posible una vez que el sujeto percibe que el Otro no es omnipotente, cuando encuentra una falla a nivel de este (Tendlarz, 2013a, p. 55).

Es en los intervalos, en las fallas del discurso del Otro que el sujeto percibe su falta y la del Otro; en lo que este le dice, cuando en realidad quiere decir otra cosa. Esto constituye el enigma del deseo del adulto. Al percibir esta carencia del Otro, el sujeto se reencuentra con la suya, con su falta, lo cual origina el deseo propio (Lacan, 1964, pp. 220-221).

Esta concepción de la falta se hace presente en el caso de la neurosis, en la que se subjetiviza el agujero y se lo inscribe ya como una falta, como un objeto que se ha perdido, y que hay que buscarlo en el campo del Otro. Este es el objeto *a*, el objeto que desea, en tanto que lo ha perdido. (Tendlarz, 2013a, p. 60). En *psicosis, lo clásico y lo nuevo*, Tendlarz emplea el término freudiano de castración para esta operación de inscripción de la falta (2009, p.118).

Por otro lado, la operación de separación no se presenta en la estructura psicótica, debido a que no se inscribe la falta:

...hay alienación tanto en la neurosis como en la psicosis, pero ese punto de sustracción, de inscripción de una falta que es la operación de separación, no se produce en la psicosis. No hay allí sustracción del objeto *a*, no hay separación, por lo cual ese objeto en lugar de inscribirse como falta, como ausencia, aparece en más. (Tendlarz, 2009, p. 115)

Se habla allí de un objeto que aparece en más, que no se ha negativizado por efecto de la castración. Es por eso que los objetos en la psicosis aparecen de manera manifiesta, no se han extraído, y se vuelven invasores para el sujeto, como en los casos del objeto voz y mirada (Tendlarz, 2009 pp. 115-116).

Existe un planteamiento de Tendlarz, que propone diversas formas de extracción del agujero en las estructuras como parte de la operación de separación; argumenta que tanto en la neurosis como en la psicosis existe el agujero, pero sólo en la neurosis existe una subjetivación de este agujero como falta (2013a, pp. 59-63). Sin embargo, por los fines de este trabajo se ha optado por no profundizar en esta teorización de Tendlarz.

A continuación se propone un cuadro en el que se esquematiza la relación de las estructuras con las operaciones de alienación y separación:

Estructura	Alienación	Separación
Autismo	Se rechaza los significantes.	No se produce, por ser un momento lógico posterior a la alienación.
Neurosis	Se produce una identificación a los significantes otorgados por el Otro.	Se presenta, se da la extracción del objeto, el sujeto percibe una falta propia y del Otro.
Psicosis	Se produce.	Existen dos aproximaciones teóricas: Tendlarz concibe una forma de extracción del objeto, pero sin subjetivarse la falta. Lacan sostiene que la operación de separación no ocurre en absoluto.

Elaborado por Bryan Flores y Ariana López basado en Tendlarz (2009), Tendlarz (2013a) y Lacan (1964).

Complejo de Edipo

El Complejo de Edipo es un periodo de la constitución subjetiva introducido por Freud y trabajado a lo largo de varios textos; describe las relaciones elementales entre las figuras parentales y el niño. Freud ubica la diferencia en el desarrollo de esta etapa entre el niño y la niña: en el caso del niño, éste se identifica al padre, para dirigirse a la madre a quien ha ubicado como su objeto de amor (1923-1925a, pp. 33-34); en cuanto a la niña, inicialmente atraviesa por una fase de ligazón a la madre, fase que culmina debido a la decepción por la castración de la madre, quien debía suplir su falta y, posteriormente, la niña se dirige al padre como su objeto de amor y de quien esperaría un hijo que llene su falta (1923-1925b, p. 186).

La declinación de este complejo va a introducir al niño en el período de latencia en el que se interrumpe su desarrollo sexual, que será retomado en la pubertad en el que

el sujeto hace uso de los emblemas adquiridos de sus identificaciones hacia el padre o la madre, según sea el caso (Freud, 1923-1925b, pp. 181-187).

Lacan releyó el complejo de Edipo y lo formalizó en tres tiempos: El primer tiempo corresponde al momento en el que el niño decide ubicarse en su totalidad como el falo, objeto de deseo de la madre, aquel que la complementa. En este primer tiempo la relación madre-hijo excluye al padre, quien está presente sólo de manera simbólica “en tanto que (...) la primacía del falo está instaurada por la existencia del símbolo del discurso y de la ley” (Lacan, 1958, p. 84). Aquí se juega el “ser o no ser” del niño como el objeto del deseo de la madre; en este sentido se puede hacer una relación con la operación de alienación en la que el niño decide consentir o no los significantes que esta madre le otorga.

En el segundo tiempo del Edipo, el padre instaura la prohibición del incesto y establece su ley privando “ante todo no al niño sino a la madre (...) instaura una negación: «¡No reincorporarás tu producto!»” (Julien, 2002, p. 66). Esta privación por parte del padre, aparta al niño de la posición de objeto de deseo de la madre. La madre pasa de ser Otro absoluto a ser Otro tachado (Tendlarz, 2010, p. 39). Esta privación está en manos del padre en su dimensión imaginaria. El segundo tiempo del Edipo se puede correlacionar con la operación de separación en el sentido de que se da una castración por acción de la inscripción de la metáfora paterna que regula la relación madre – hijo y que pone en evidencia la falta en el Otro materno; la metáfora paterna permite un ordenamiento de los significantes que fueron aceptados por el sujeto en un primer momento.

Finalmente, el tercer tiempo implica la presencia de un padre real, que a diferencia del padre simbólico, en vez de privar, da; que prohíbe pero posibilita. Por ello Lacan argumenta que “un padre sólo tiene derecho al respeto, (...) si hace de una mujer el objeto a minúscula que causa su deseo” (Lacan, citado por Julien, 2002, p. 68). Un padre es aquel que hace de una mujer su causa de deseo, que hace que la mujer se dirija a él en tanto que él tiene aquello que le falta. Este tercer tiempo permite la

declinación del complejo de Edipo, que incluye el declive de las funciones sexuales que habían comenzado a despertarse en el niño, tendrá “en el bolsillo todos los títulos para servirse de ello en el futuro” (Lacan, 1958, p. 85). Prescindir del falo le dará al niño los derechos para ubicarse en posición masculina o femenina en la entrada de la pubertad.

Dependiendo de la modalidad en que el sujeto atraviese por estos tiempos edípicos, éste puede presentar una inclinación hacia una u otra estructura. Cuando los tres tiempos del Edipo se desarrollan de manera conveniente para el niño, éste tiene una predisposición a la neurosis; el significante del Nombre del Padre metaforiza lo que se ha inscrito en los significantes, y con ello se puede inscribir en lo social.

Por otro lado si el niño, en un primer tiempo edípico, se ubica todo él como falo materno y se excluye – por acción de la madre –, al padre de la relación simbiótica madre-hijo, se da la forclusión del Nombre del Padre, que impide que se avance al segundo y tercer tiempo del Edipo; el niño pasa a ser un condensador del goce materno, se convierte en el objeto *a* de su fantasma. En estos casos, el niño está predispuesto a la estructura psicótica.

En cambio, puede darse un primer tiempo en el cual el niño se identifica como falo de la madre y ésta permite tan sólo a medias, de manera incompleta, la inscripción del Nombre del Padre; “Allí, el sujeto hace un ‘sí, pero no’ a la castración” (Ramírez, 2012, p. 47) el padre ejerce su función, pero se desmiente su acción. Como consecuencia el paso al segundo tiempo no se dará de manera adecuada y dejará al niño en la posición de falo materno. Este es el caso de la perversión.

El análisis de los tiempos por los que atraviesa el niño en el Edipo en relación con las diversas estructuras subjetivas responde a los objetivos del proyecto, en tanto que es el Edipo uno de los momentos clave de la constitución subjetiva y que tiene efectos en la estructura del sujeto. Cabe mencionar que en un tiempo posterior, Lacan propone otra clínica, la borromea o discontinua que lleva ese nombre porque los

límites entre una modalidad subjetiva y otra no están completamente marcados, y la elección del sujeto por una u otra de éstas estructuraciones puede incluir elementos de otras.

Estadio del Espejo

Un aspecto importante dentro del complejo de Edipo es que el niño se da cuenta de la diferencia en su imagen corporal como varoncito con respecto al otro sexo. Se percibe poseedor de un órgano que en la mujer no está presente. Esto revela la relación que tiene este complejo con la asunción de una imagen y la entrada o resolución de dicho complejo según sea el caso: en el varón, la angustia de castración precipita la salida del Complejo; mientras que en la mujer, el complejo de castración le hace advertir su falta, y se introduce en el Edipo.

La asunción de una imagen depende fundamentalmente de un proceso denominado por Lacan como *Estadio del Espejo*, que lo define como “una identificación (...), [como] la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen” (1971b, p. 87) y que ocurriría a partir de la edad de seis hasta aproximadamente los dieciocho meses (p. 86), lo que sin embargo puede variar dependiendo de los tiempos lógicos de cada niño y de las particularidades de su historia.

Previo al Estadio del Espejo, el niño se encuentra en un momento cero, que Dessel y Viscasillas (2000, p. 93) nombran como goce de la vida, época que ya hemos denominado como la del ser viviente, previo a la alienación. En este momento cero, la imagen corporal no está constituida, el cuerpo del niño no está unificado, cada parte del cuerpo se encuentra separada del resto.

Lacan (1971b, pp. 86-87) comienza a desarrollar este momento clave de la constitución subjetiva en *El Estadio del Espejo como formador de la función del yo...* en el que señala que existe una deficiencia biológica y neurológica del ser humano a esa edad, que acarrea la vivencia de un cuerpo como fragmentado. El niño percibe su

deficiencia motriz y su dependencia al Otro, por lo que en el momento en que observa su imagen en el espejo produce una reacción jubilosa; ha capturado ese cuerpo como propio, completo, unificado. Esta es una producción imaginaria, engañosa, que vela la fragmentación corporal, es una imagen ortopédica que pone una distancia entre la falta y el niño, permite una sensación de completud al actuar como una vestimenta de lo real; se introduce aquí una función de desconocimiento, se desconoce la falta, lo real del cuerpo (Baudes, 2011, pp. 33-34).

Este proceso es puramente imaginario, “de pureza autónoma, es decir, lo imaginario se constituye en sí mismo” (Dessal, 2000, p. 43). Sin embargo, este no es el único desarrollo que realiza Lacan del Estadio del Espejo. Para el segundo momento, Lacan ha introducido la conceptualización de la alienación, e introduce una alienación simbólica al Estadio del Espejo aparte de la alienación imaginaria correspondiente a la primera elaboración sobre el Espejo (p. 44). Con esto se introduce la acción de lo simbólico en el sujeto, en lo que era puramente imaginario. Dessal rescata:

Por una parte, hay una representación primordial del sujeto que es una marca, pero el sujeto en esa marca no se puede reconocer, necesita de la imagen para reconocerse, pero a su vez, sin la marca no hay posibilidad de estructuración de ese reconocimiento imaginario. (Dessal, 2000, p. 45)

Existiría entonces una forma de codependencia entre lo imaginario y lo simbólico para el sujeto, ambos estarían articulados en pro de la estructuración de esa imagen.

Esta imagen queda constituida como propia para el niño, “...pero al mismo tiempo queda cargada con aquello que para el sujeto nombrará su ser, su ser para el Otro” (Dessal y Viscasillas, 2000, p. 85). Es una imagen que está articulada con los significantes con los que lo nombra el Otro, que lo articulan a una cadena significativa.

Esto implica que en este momento ya se puede observar la operación del Nombre del Padre, con su acción reguladora. El cuerpo como producción imaginaria ya no trataría

de velar la falta física o biológica, sino que intentaría colmar la castración del Otro (Miller, citado por Dessal y Viscasillas, 2000, p. 86).

Podemos en este punto hacer una diferenciación estructural entre la neurosis y la psicosis en cuanto ya se ha especificado el papel que realiza el Nombre del Padre en una neurosis – y de cierta manera en la perversión –, versus lo que ocurre en la psicosis. En la estructura neurótica, la acción de lo simbólico permite “soldar” lo imaginario, le da la propiedad de ser consistente. En cambio, en la estructura psicótica, la forclusión del Nombre del Padre no permitiría articular de manera estable las partes del cuerpo del infante. Tendlarz (2009, p. 126) habla de piezas sueltas, no sólo por el lado de los pedazos del cuerpo, sino que añade que existe la presencia de significantes sueltos, desarticulados de la cadena simbólica.

La entrada al lenguaje

Finalmente, dentro de la estructuración de la subjetividad del niño influye la entrada de éste al lenguaje, al campo del Otro. Este pasaje al territorio de lo simbólico es lo que le permitirá al niño valerse de los significantes que le otorga la madre para surgir como sujeto. Esta incursión en el lenguaje tiene estrecha relación con los momentos lógicos desarrollados previamente:

En el caso de las operaciones de alienación y separación, gracias a la acción del Otro materno durante la operación de alienación que otorga los significantes al niño dependiendo de su decisión de identificarse con ellos o no. Y durante el primer tiempo del Edipo precisamente con este consentimiento de los significantes que le son otorgados. Cabe subrayar que las equivalencias que se proponen entre estos momentos lógicos no tiene la intención de ser exhaustivos ni concluyentes, sino que permiten una equiparación con fines didácticos.

Es importante aquí hacer una puntualización: estar en el lenguaje no implica estar en el discurso, hacer lazo social y dirigirse a los otros. Bardón llama a este lazo “estar en

la palabra” (2004, p. 9), e indica que para estar en ella, o para estar en el discurso es necesario compartir el sentido de las palabras con los otros, apropiarse de las leyes de la gramática, y de las normas discursivas; es necesario apropiarse del lenguaje, para poder estar en el plano del discurso. Este pasaje correspondería a los momentos siguientes a los propuestos como entrada al lenguaje: la entrada a la operación de separación, y a un segundo y tercer tiempo edípico.

Estar en un discurso implica compartir con los otros el sentido de aquello que se dice. En la psicosis este sentido no se comparte, es un sentido único para quien dice el enunciado. Los significantes no están articulados a la cadena simbólica, tienen una significación particular y éstos responderían a una lógica distinta de aquella que está instaurada dentro de lo social.

LA ESTRUCTURA PSICÓTICA

Habiendo revisado los momentos clave de la constitución de un sujeto, podemos pasar a hablar de lo específico de la estructura que nos compete: la psicosis. Se ha explorado de manera sucinta las variaciones de aquellos momentos lógicos en la estructura psicótica en relación a lo que ocurre en una neurosis.

Sin embargo, Freud describió tres operaciones que tendrían efectos importantes en la estructuración del sujeto, a saber, la *Verdrängung* para la neurosis, la *Verleugnung* para la perversión, y la *Verwerfung* para la psicosis. Entender la forma en que la psicosis se estructura, junto con los momentos claves ya revisados, requiere del estudio de estos tres conceptos, sin perder de vista la cuota de responsabilidad con que carga el sujeto, aquella insondable elección.

Tanto *Verdrängung*, como *Verleugnung* y *Verwerfung* son términos que hacen referencia a una negación, pero no a una negación como tal, sino a formas del sujeto de negar un elemento que se interfiere en su relación de simbiosis con la madre. Sin embargo, cada uno de ellos tiene una significación que difiere sustancialmente de las

demás, y ello incide en la estructuración subjetiva. Pasemos a revisar la especificidad de cada término en la teorización de Freud y Lacan.

La *Verdrängung* se traduce como represión; se reprime la operación de castración que actúa sobre el sujeto. En la estructura neurótica la represión se hace evidente con la negación – o *Verneinung*– que es una forma en que lo reprimido aparezca en la conciencia (Schejtman, 2014, pp. 14-16). Schejtman sostiene que para que algo se niegue, es necesario que aquello negado haya sido aceptado en un momento previo a la negación. Lo que el sujeto acepta o rechaza – movido por los principios de placer y de muerte – son principalmente significantes que el Otro le entrega (p. 21).

Cuando la castración sí opera, pero de manera deficiente –como fue sostenido anteriormente, por acción de la madre y carencia del padre– se habla de *Verleugnung*. Este vocablo implica la renegación de la castración introducida por el padre. Aquí sí hay una castración, un intento de mediar la relación de la madre y el niño ubicado como su falo; el niño percibe la castración, pero hace caso omiso de ella, la desestima. Es lo que sucede en la perversión (Manrique y Londoño, 2012, p. 143).

Finalmente, el término *Verwerfung* es retomado por Lacan en el seminario *Las Psicosis* y posteriormente en *De una cuestión preliminar...*, y se referirá a éste como una expulsión (1955-1956, p. 217). Cuando habla de represión en la neurosis Lacan dirá: "...todavía sabe uno algo sobre eso mismo sobre lo que nada quiere, de cierta manera, saber" (1955-1956, p. 216). Por lo tanto en la *Verwerfung* se habla de otro mecanismo, en el que no se puede reprimir siquiera lo que en la neurosis se reprime porque de hecho esto nunca se logra inscribir.

Se trata, en la *Verwerfung*, de un rechazo, un rechazo de la simbolización, pero no de toda simbolización, sino de una parte de ella, algo que es primordial para el sujeto en su devenir como sujeto. Esto primordial es el significante del Nombre del Padre (Schejtman, 2014, p. 22). Destacamos aquí el hecho de que no se rechaza todo lo que forma parte del plano simbólico pues el psicótico sí atraviesa por la operación de

alienación en la que toma significantes del Otro materno. En la psicosis se toman significantes, se hace uso del lenguaje, pero de una manera particular. La *Verwerfung* en la psicosis es del significante del Nombre del Padre.

Lacan intenta traducir la *Verwerfung* haciendo un singular uso de un término tomado del ámbito jurídico: la preclusión. Éste indica la pérdida de un derecho por no haberlo ejercido en el momento en que hubo la posibilidad o en el momento que se estableció como indicado para ejercerlo (García, 2012, p. 123). El término *forclusión* corresponde a la traducción francesa de este término legal. En este sentido, la forclusión alude al rechazo de este significante primordial en un momento específico y que, una vez rechazado, no puede ser incorporado por el sujeto – aunque posteriormente haga uso de otros elementos que puedan suplir la falta de este significante, o se apoye con la prevalencia del registro imaginario–.

La castración efectuada por la intervención del Padre como mediador y la metaforización del deseo materno que descoloca al hijo de la posición de objeto de la madre, o como falo de la misma, ocurre durante el segundo tiempo edípico. En el caso de la psicosis, el estancamiento en un primer tiempo impediría la acción de la castración que tendría como consecuencia la forclusión del Nombre del Padre y un agujero en la significación fálica.

Efectos de la forclusión

El rechazo de la inscripción del significante primordial del Nombre del Padre tendrá efectos en la forma en que el psicótico se introduzca en lo social. Concebimos la idea de que en la psicosis la constitución corporal está afectada, pero no es lo único tocado por la forclusión; son muy comunes también las alteraciones del plano del lenguaje.

Es que todo fenómeno en el psicótico es un trastorno del lenguaje. Esto porque incluso las alteraciones del plano imaginario suponen, en su base, un trastorno simbólico. Porque lo que está de fondo en todos ellos es la falta de un significante que tendría la

función de punto de almohadillado, o punto de capitoné, que permitiría la conexión entre significante y significado; S1-S2. Lacan afirma que en los casos en que falta este punto de almohadillado, el significante y el significado están totalmente divididos (1955-1956, p. 383). Por esta razón señala que “si el neurótico habita el lenguaje, el psicótico es habitado, poseído por el lenguaje” (p. 358).

En el registro de lo imaginario retomamos que en el Estadio del Espejo hay una falla en el armado corporal, pero es un fallo que está secundado por la falta del significante que daría la consistencia a lo que imaginariamente se armó de forma delicada. Si Lacan afirma que “el significante no solo da la envoltura, el recipiente de la significación, [si no que] la polariza, la estructura, la instala en la existencia” (1955-1956, p. 372), podemos suponer las implicaciones de la falta de un significante que no es cualquiera en la estructuración del sujeto; toda significación, incluso la de los significantes que unifican las partes del cuerpo, queda alterada.

Específicamente por el lado de las particularidades de la psicosis a nivel del lenguaje, de sus enunciados, se ha hablado ya acerca de la diferencia del neurótico y el psicótico en cuanto a su posibilidad de sostener un discurso, o estar en el mismo. Pero además se observan fenómenos como la presencia de neologismos, holofrases, glosolalias, entre otros. Maleval distingue entre dos clases de neologismos; están los que llevan el nombre de neologismos lexicales las cuales son palabras nuevas formadas por el psicótico, y los llamados neologismos semánticos que consisten en palabras ya existentes a las cuales se les otorga un sentido distinto (2002, p. 164).

Otra de las alteraciones del lenguaje presente en la psicosis es la glosolalia, que Maleval define como “hablar en lenguas” (2002, p. 176). Corresponde a un lenguaje automático, poco común, no entendible a los oídos de los demás y que tendría una estrecha relación con la lengua materna que contendría “préstamos, deformaciones y empobrecimientos [de estas lenguas]” (Müller, citado por Maleval, 2002, p. 183). Estas aportaciones se pueden relacionar con los significantes adquiridos en la operación de alienación, en la que se instala un primer lenguaje en su estado más primitivo carente,

hasta ese momento, del sentido que sería provisto por la metáfora paterna cuando actúa la castración.

De la misma manera, en la holofrase se da algo similar en el sentido de que ocurre por la falta de la operación de separación que introduciría un intervalo entre el S1 y el S2. La cadena significativa se solidificaría, imposibilitando la multiplicidad de sentidos de los significantes, un S1 ya no puede estar relacionado a los variados significantes que permite la cadena: S2, S3, S4..., sino que responden a una sola significación. Tendlarz lo explica de la siguiente manera:

La holofrase implica que la cadena significativa está solidificada, no hay división, y por lo tanto el Otro no es garante de la verdad: el Otro no sanciona el discurso del sujeto, no funciona como punto de capitón, sino que la verdad está del lado del sujeto, construyendo su certeza. (Tendlarz, 2013a, p. 66)

Es preciso reconocer que los fenómenos de lenguaje aquí descritos pueden asimismo presentarse en una neurosis: los neologismos están presentes en toda lengua durante sus inicios y cada vez que se acuña un término nuevo; la glosolalia es ampliamente aceptada en el ámbito religioso cuando se trata de una posesión espiritual sea ésta benigna o maligna; y la holofrase en la que comúnmente se utilizan palabras que condensan al sujeto que las enuncia y su intención. Sin embargo, estas formaciones del lenguaje no constituyen un trastorno del psicótico por sí sólo.

Lo que distingue estas formaciones lingüísticas en la psicosis es que buscan compensar una falta significativa, expresar algo que es imposible de ser metaforizado por otras vías y que tiene que ser condensado en una palabra o una frase. Ejemplo de ello tenemos el “guatitapark” de Elián que recogen Cárdenas y Estacio con el que logra relacionarse con los otros, al permitirle “ubicarse como el que dirige y establece reglas” (2010, p. 88). Esta creación se puede ubicar como un “índice de [la] forclusión del Nombre del Padre” (Maleval, 2002, p. 166) a la vez que aporta un “tratamiento inédito que [Elián] hace del significante” (Cárdenas y Estacio, 2010, p. 88). Intentan expresar algo que el psicótico no puede expresar empleando los significantes disponibles en su lengua, lo ayudan así a mantenerse en el lenguaje.

Entre otras de las alteraciones que presenta Maleval se encuentran la carencia de una significación fálica y el estar fuera de discurso, las cuales ya han sido elaborados en el presente proyecto.

MUJER Y ESTRUCTURA PSICÓTICA

Para cumplir con los objetivos propuestos en este proyecto de investigación es imprescindible realizar precisiones acerca de lo que ocurre de manera particular en la mujer durante su estructuración subjetiva; la asunción de su posición sexual y la forma en que ésta se vive en la estructura psicótica. De los momentos lógicos revisados previamente, el que supone una diferencia de magnitud considerable entre lo que ocurre en el niño versus lo que ocurre en la niña es el Complejo de Edipo, sobretodo porque además marca una salida para que la mujer subjetive el deseo de un hijo como complemento que obture aquello que le falta, salida que no es posible en la mujer psicótica en cuanto no atraviesa por los caminos del Edipo.

EL EDIPO EN LA MUJER

Desde el comienzo mismo del Edipo, niño y niña se diferencian; esto es porque, al contrario de lo que ocurre en la niña, en el caso del varón la angustia de castración sepulta el complejo de Edipo, éste sale del Edipo por miedo a correr con la misma suerte que su hermana, o su madre, o un semejante femenino. En este aspecto Freud pone especial acento en la presencia o ausencia del órgano al hablar de que el niño consciente por fin la posibilidad de la castración cuando observa los genitales femeninos (1923-1925b, p. 183), y nota la ausencia del pene que él sí tiene. Freud lo plantea de esta manera, aunque al revisar los textos de Lacan advertimos que la dimensión real no es la única de la castración por la que atraviesa el sujeto.

El planteamiento freudiano diferencia lo que ocurre con la castración en el niño y en la niña: como ya se dijo, para el niño, la angustia de perder el pene lo dispara a descatectizar las investiduras libidinales que había puesto sobre la madre para sustituirlas por identificación hacia uno o ambos de los padres (Freud, 1923-1925b, p. 184). Pero en la niña no puede ocurrir lo mismo, por la misma diferencia anatómica de la que se percató el niño, la niña ya no teme a la amenaza de castración; ella está ya castrada.

En un primer momento, la niña se encuentra unida fuertemente a la madre, es una etapa de ligazón-madre, preedípica (Freud, citado por Batla, Criscaut, Favret, Freid, Nematic, Rossi y Valla, 2014, p. 20) de la que la niña ha de zafarse para dirigirse a lo que Freud llama el “puerto seguro”, los brazos del padre. Durante esta primera etapa preedípica, la niña se destaca por sus características masculinas, “en función del predominio del clítoris como zona directiva, la actividad y la presencia de la masturbación” (Schejtman, 2012, p. 43) y, por medio de la castración -aquello que sepultó el Edipo en el niño- ella entrará en el Complejo, dirigiéndose al “buen puerto” del padre, dejando de lado a la madre y su posición masculina.

Si la mujer ha aceptado dejar de lado a la madre, es porque ha captado la castración, de ella y sobretodo de su madre. Y captar la castración la pondrá en una posición característica: envidiar el pene, lo que Freud llamó el *penisneid* (1932-1936, p. 116). La relación de la niña con este *penisneid* la llevará a adoptar diferentes posturas con las que atravesará el Complejo de Edipo, para posteriormente salir de éste lentamente y de manera incompleta (p. 120) por la ausencia de una condición categórica como lo es la angustia de castración en el caso del varón.

Las tres orientaciones edípicas

Como señala Schejtman (2012, p. 45) dirigirse al padre, luego de la etapa de ligación hacia la madre, es tan solo una de las disposiciones de la niña dentro de las tres propuestas por Freud en el camino del Edipo. Las tres orientaciones que parten del Complejo de Edipo son como siguen:

Un camino lleva a la inhibición sexual, o “neurosis”, en la que la niña descontenta por el órgano que posee como homólogo del pene, decide alejarse en su totalidad de la sexualidad en general “aterrorizada por la comparación con el varón” (Freud, citado por Schejtman, 2012, p. 45). Es remarcable que al referirse a esta orientación, Freud emplea el término de neurosis; se trata de una concepción de neurosis como estado patológico, previa a la de la neurosis como estructura clínica de todo sujeto que ha

pasado por la operación lógica de castración. Así, podemos atribuirle la condición de neurosis a todas las orientaciones de la niña dentro del Edipo.

El segundo camino u orientación propuesto por Freud es el de una “alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad” (1932-1936, p. 117). En esta, la niña mantiene hasta épocas tardías de su desarrollo la esperanza de tener un pene, acompañado de “la fantasía de ser a pesar de todo un varón” (Freud, 1927-1931, p. 231). Esta tendencia de mantener la fantasía de poseer un pene en algún momento de su vida puede ser común en niñas pequeñas; el problema está cuando esta fantasía se arraiga en el psiquismo de la niña pues hay una distancia importante entre desear tener el pene y tener la convicción de que se lo tiene. Para Freud en *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* esto correspondería a una desmentida de la castración (1923-1925c, p. 272) y, aunque lo equipare con la psicosis, esta desmentida hace alusión a la operación de renegación de la castración propia de la perversión. Es trabajo del clínico, sin embargo, determinar si se tratase de una renegación de la falta del pene propio de la perversión o de un delirio propio de la psicosis.

Finalmente, la última orientación planteada por Freud corresponde a la salida de la “feminidad normal”, aquella del Edipo positivo mencionado anteriormente, en la que la niña se dirige al padre con el fin de obtener el falo del que carecen la madre y ella (1927-1931, pp. 117-119).

LA FEMINIDAD

Se mencionaron ya las implicaciones que tiene el *penisneid* en la niña que atraviesa sus primeros años de desarrollo, *penisneid* que es producto de la captación de su condición de ser castrada. La niña se da cuenta de su castración, que remite a la castración de su madre, por lo que aparta su mirada de ella, decepcionada, para buscar en el padre aquello que complementa su falta.

La dirección hacia el padre es la tercera orientación dentro del Complejo de Edipo con la que la niña puede tramitar la envidia del pene. Dirigirse al padre constituye un episodio complejo que conlleva un pasaje de una primera etapa preedípica, masculina, de ligazón a la madre, a una segunda etapa edípica, pasiva, de “feminidad normal” (1927-1931, p. 117). Freud resalta este cambio de una posición activa a una pasiva al determinar como condición del despliegue de la feminidad la remoción de la sexualidad clitoridiana hacia la vaginal y la disminución de las prácticas masturbatorias (1923-1925c, p. 273).

Para Freud este es el momento en el que el Complejo de Edipo entra en juego y lo explica por la equivalencia que hace la niña entre el pene y el hijo que ha de engendrar para el padre:

Ahora la libido de la niña se desliza –sólo cabe decir: a lo largo de la ecuación simbólica prefigurada pene = hijo – a una nueva posición. Resigna el deseo del pene para remplazarlo por el deseo de un hijo, y con este propósito toma al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser objeto de los celos, y la niña deviene una pequeña mujer. (Freud, 1923-1925c, p. 274)

Los primeros rasgos de esta asunción de una posición femenina, como es vislumbrada por Freud, se pueden apreciar en el juego de la niña con sus muñecos de bebés, en los que encarna la figura de una madre al cuidado de su hijo. Acerca de esta misma concepción de la feminidad, Lacan rescata “la relevancia del órgano fálico en el cuerpo del hombre amado” (Lacan, citado por Laurent, 1994, p.48).

Pero no será lo único que Lacan dirá al respecto de la posición femenina; sus aportaciones proveen de nuevas luces para el abordaje de esta temática en la mujer neurótica y permiten acercarse a las cuestiones de la psicosis. Acerca de la orientación de la feminidad Lacan dirá:

...la niña encuentra el pene real allí donde está, más allá, en aquel que puede darle un hijo, o sea, nos dice Freud, en el padre. Por no tenerlo como pertenencia, incluso por haber renunciado a él netamente en este terreno, podrá tenerlo como don del padre. He aquí por qué razón, si la niña entra en el Edipo, nos dice Freud, lo hace por su relación con el falo (...) Luego, el falo sólo

tendrá que deslizarse de lo imaginario a lo real por una especie de equivalencia. (Lacan, 1956-1957; pp. 204-205)

Como fue ya mencionado, la castración en Lacan no se restringe a la falta del pene real, sino que corresponde a una falta que ha sido introducida por el padre. Es una “privación, de un elemento simbólico faltante en lo real, en tanto el significante de la femineidad no está inscripto en la estructura” (Batla *et al*, 2014, p. 51). Dichos significantes pueden ser adquiridos posteriormente, pero por estructura son significantes que faltan en la mujer. Esa es la castración a la que se refiere Lacan. Por esta razón menciona que “sólo hay mujer excluida (...) de las palabras” (Lacan, 1972-1973, p. 89), y cuando se pretende hablar de ellas, se falla, hacen falta significantes; cuando se habla de las mujeres desde el lado hombre, se lo hace siempre con una mal-dicción.

EL LADO HOMBRE Y EL LADO MUJER

La salida de la femineidad “normal” propuesta por Freud en la que la mujer renuncia al falo para esperar recibirlo como don del padre es una propuesta desde el lado masculino. Pero ésta y las demás orientaciones edípicas en la mujer corresponden a formas de respuesta al deseo masculino, son caminos de la vía fálica, caminos que “se soportan de la envidia del pene” (Schejtman, 2012, p. 50).

Freud la llama precisamente femineidad “normal”, que es una palabra que adecuadamente retoma Lacan para demostrar cómo esta orientación responde a un planteamiento en el que el falo es la base. Se refiere a una femineidad *norme-mâle*; es una femineidad “norma macho”, en la que lo fálico sirve para regular lo femenino (Schejtman, 2012, p. 50), con ello la femineidad se *normmaliza*.

Pero la mujer no está toda tomada por el falo, no está toda tomada por la norma fálica. Es la propuesta que Lacan agrega al planteamiento de Freud sobre la mujer: existe un goce en la mujer, un goce Otro, que se escapa a la regulación de lo fálico. Pero menciona que, el hecho de que el goce en la mujer no esté todo tomado por las “redes”

fálicas, no quiere decir que no se encuentre ella toda allí. En la mujer – vale decir en una mujer neurótica – el goce está castrado, pero hay un goce Otro, no falicizable (Schejtman, 2012, p. 53).

Pensar en que las orientaciones freudianas del Complejo de Edipo en la mujer son caminos que recorre la niña desde el lado masculino, hace pensar necesariamente en que existe además un lado femenino. Es la teorización de Lacan en su seminario 20 cuando elabora las fórmulas de la sexuación como un planteamiento lógico desde el cual se puede entender la manera en que los sujetos asumen una posición sexual frente al otro sexo. Para Lacan, las fórmulas de la sexuación implican dos posiciones de goce posibles: el lado hombre y el lado mujer (Godoy, 2014a, p. 171), posiciones que nada tienen que ver con las condiciones biológicas del sujeto; haber nacido macho no quiere decir que necesariamente esté ubicado del lado hombre, y viceversa. A continuación presentamos el esquema de las fórmulas de la sexuación como son propuestas por Lacan en *Aun*.

$\exists x$	$\overline{\Phi x}$	$\overline{\exists x}$	$\overline{\Phi x}$
$\forall x$	Φx	$\forall x$	Φx

Tomado del *Seminario 20: Aún* (Lacan, 1972-1973, p. 95).

Del lado izquierdo se encuentra el lado hombre; a la derecha, el lado mujer. El análisis completo de estas fórmulas requiere un estudio extenso, por lo que enfocaremos nuestro interés en la fila inferior del esquema pues es la que sintetiza las posiciones de goce masculina y femenina.

El lado izquierdo se lee: “Para todo x se cumple la función fálica”. Todo aquel que se posicione del lado hombre de las fórmulas de la sexuación queda sujeto a la regulación fálica. De este lado se está “universalmente tomado por el Edipo... por la función fálica” (Schejtman, 2012, pp. 54-55). Hay goce, pero articulado a la castración.

La inhibición sexual, el complejo de masculinidad y la feminidad “normal” son formas masculinas de vivir la sexualidad; en el atravesamiento del Edipo, la niña descubre su castración y por la envidia del pene es motivada a tomar una u otra de estas posiciones, las cuales son posiciones en las que el sujeto ha sido tomado todo por la castración. De este lado se ubica el goce fálico, el goce que ha sido regulado por la castración. Lacan también se refiere a la histérica como *hommosexuada* (1972-1973, p. 102), lo cual hace referencia a que, ubicada desde el lado hombre, dirige su pregunta por la mujer.

Sin embargo, conocemos ya las particularidades del Complejo de Edipo en la mujer. Y sabemos que la ausencia de la condición categórica que de por terminado este complejo introduce una diferencia con el varón. De esto se sirve Schejtman para argumentar que por la incompletud de la disolución del Edipo en la mujer hace que sea no-toda tomada por éste; y continúa: “únicamente con la disolución del Edipo, el goce se inscribe ‘todo’ del lado del falo” (Schejtman, 2012, p. 53). Por supuesto que, como ya mencionamos, no es una cuestión de sexo biológico, sino una cuestión de elección sexuada: bien puede una mujer, a pesar de los enredos que le supone el Edipo, ubicarse del lado masculino y ser toda tomada por la castración; o puede elegir el lado femenino, que ubica su goce más allá de lo regulado por el falo.

Del lado derecho del esquema de Lacan de la sexuación está el lado mujer. Éste se lee: “No-todo x cumple con la función fálica”. Esto no quiere decir que – en cuanto a ser tomados por la regulación fálica – hay algunas que sí y otras que no; se refiere a que son, cada una, no-todas reguladas por lo fálico. Hay algo del goce femenino que se excede a lo que puede ser regulado por el falo, un goce suplementario (Godoy, 2014a, p. 172). Un goce más allá de lo fálico, un goce no regulado por lo instalado en el Edipo; desde aquí podemos pensar en aquello de psicótico que tendría la mujer. Pero, ¡ojo!, no son lo mismo.

EL EMPUJE A LA MUJER

La aclaración de que estar del lado femenino no implica estar en la psicosis es sobremanera pertinente. Pues una cosa es que quien se ubique del lado femenino tenga un goce que sea no-todo regulado; y otra que el goce sea todo desregulado. Ya se mencionó que a pesar de eso que se excede, la mujer está toda allí, en el Edipo, y estar en el Edipo la adhiere a un goce fálico que la aleja de la psicosis. El goce femenino es goce fálico y algo más.

Pero en la psicosis es distinto. El goce no es fálico, pues la castración no ha intervenido en la relación imaginaria del niño con la madre. Y lo imaginario se mantiene y predomina, pero de manera endeble. Hay un goce en la imagen y a partir de éste surge un goce transexualista que de algún modo estabiliza “la relación del sujeto con su imagen” (Godoy, 2014a, p. 169).

El “goce transexualista” es la primera aproximación de Lacan a lo que posteriormente denominará como el “empuje-a-la-mujer” (Lacan, citado por Godoy, 2014a, pp. 167-170), términos con los que se referirá al goce que está presente en la psicosis refiriéndose sobre todo al caso del Presidente Schreber.

Inicialmente, Freud se referirá a las alucinaciones y delirios de Schreber de convertirse en mujer como una homosexualidad, pero no en el sentido vulgar (Freud, citado por Godoy, 2014a, pp. 162-163). Para Godoy, se trata de Freud intentando aclarar – a través de teorizaciones sobre la libido y las pulsiones – que lo que ocurre en Schreber es una “irrupción de un exceso de goce que no puede encauzarse en los modos en que el sujeto (...) se las arregló para canalizar su libido” (p. 163).

Posteriormente, Lacan sostendrá que en la psicosis hay un empuje-a-la-mujer porque la estructura, las condiciones de la psicosis, incitan a que el goce se ubique del lado derecho de las fórmulas de la sexuación. Godoy lo propone de esta manera:

Respecto de la psicosis, no hay lo que opera en relación a la función paterna y a la lógica fálica. Podemos encontrar que hay un goce desregulado, no encausado en la carretera principal del Nombre del Padre, no contenido en los diques edípicos, presto a desbordarse, a salirse del límite. (Godoy, 2014a, p. 173)

Es lo que se observa en Schreber, no tanto por lo fenomenológico de sus delirios: no porque quería ser la *mujer* de Dios; sino porque esos delirios eran manifestaciones de lo *femenino*, de un goce que estaba por fuera de lo que el Edipo controla o puede pacificar.

Otro aspecto característico que diferencia el goce femenino del goce psicótico es que, como ocurrió en Schreber, el goce aparece como una imposición; no se trata de una elección de goce, sino que éste irrumpe de manera forzada (Tendlarz, 2009, pp. 63-64). En la psicosis, lo femenino se impone por estructura. Es el empuje a La mujer, absoluta, que puede ocurrir tanto en varones – como sucedió con Schreber – como en mujeres en las que lo femenino aparece desmesurado, sin regulación.

Teniendo en cuenta que en la psicosis se da un empuje a la mujer, al goce por fuera de la carretera principal del Edipo, y considerando que la maternidad corresponde a una orientación que responde a un deseo masculino, ¿qué destino tendría entonces en una paciente psicótica el deseo materno?

¿DESEO MATERNO EN LA PSICOSIS?

Repasemos brevemente lo que ocurre durante el Edipo en la mujer: En un primer tiempo la madre, a través de los significantes, le otorga un lugar a la niña. Pero este primer tiempo *no* nos encontramos con una madre “suficientemente buena”; es más bien una madre omnipotente que -atravesada por su falta- intenta “devorar” a la niña por cuanto ésta no ha completado dicha falta (Tendlarz, 2013b, pp. 154-155). Si posteriormente el Nombre del Padre ejerce su función, se instaurará la castración que permitirá la instalación del deseo; y si la elección del goce está del lado masculino, la niña podrá acceder a la maternidad como una forma de cubrir su falta. Este es el caso

de la neurosis, una relación entre la madre y la niña “frustrada” por el padre (Lacan, citado por Tendlarz, 2013. p. 154).

Si se da el caso de que esta “frustración” es rechazada por la niña y no se da el segundo tiempo del Edipo, el Nombre del Padre no se logra inscribir; no se instaura la castración y no se introduce la noción de la falta. Así, la psicótica no accede a la maternidad como forma de cubrir una falta, ya que en ella esta falta es inexistente. No hay deseo materno en la paciente psicótica pues la maternidad no cumple la función que cumple en la neurosis.

Pero entonces, ¿por qué encontramos pacientes psicóticas embarazadas? En la psicosis un hijo tiene otra dimensión; éste puede ser producto de las contingencias, o puede cumplir una función de suplencia en la madre. Soler lo expone de la siguiente manera:

Mucho dependerá, entonces, del lugar que el inconsciente materno reserve a este objeto surgido en lo real, en el caso de que le reserve a uno, puesto que también hay madres que no son más que ponedoras de objetos que abandonan, y para quienes, por el hecho de ser un sustituto fálico, el hijo no es más que un pedazo de carne. (...) En la mayoría de los casos, es la solución materna a la falta fálica y es el modo en que el niño está ubicado allí, lo que marcará su destino. (Soler, 2015, pp. 134-135)

Al hablar de sustituto fálico no se refiere aquí a hijo como objeto del deseo de la madre, sino que se trata de un elemento que supla la carencia estructural del Nombre del Padre que introduce la regulación fálica. Lo que trae Soler aquí permite incluso hacer una precisión clínica: cuando - en una paciente psicótica - el hijo ocupa el lugar de objeto, el hijo mismo pareciera estar forcluido de su deseo. Llama la atención en este punto que el vocablo alemán *verwerfung* contiene entre sus significados, una acepción relacionada a la zoología que puede traducirse como “aborto” (PONS, 2016). Precisamente en una paciente psicótica no hay deseo materno, y el hijo cae como un objeto rechazado. No ahondaremos más en la función que cumple este hijo en la paciente psicótica, por cuanto se aleja de los intereses de este proyecto.

LO REAL DEL EMBARAZO

El proceso de gestación está acompañado de gran cantidad de modificaciones hormonales, fisiológicas y anatómicas en el cuerpo de la mujer. Definitivamente, el cambio más significativo y evidente es el aumento voluminoso del abdomen de la embarazada. Pero ésta no es la única modificación que sufre el cuerpo durante este proceso.

La ubicación de los órganos del abdomen y el tórax cambia con el transcurso de las semanas del embarazo. El aparato respiratorio, el corazón y el estómago – entre otras estructuras anatómicas – se disponen hacia la parte superior del tórax para abrir paso al útero, que aumenta ampliamente su tamaño para alojar al feto; en las últimas semanas del embarazo puede alcanzar el extremo inferior del esternón. Órganos como el útero y las mamas aumentan su vascularización; esto se evidencia en la red venosa que aparece superficialmente en la mama de la gestante. Ciertas zonas de la piel sufren cambios en su pigmentación: la línea media del abdomen se pigmenta, aparecen estrías y manchas en la cara, y la areola y pezón se oscurecen (Álvarez, Bonilla, León, Martínez, Meneses, Párraga y Suárez, 2007-2008, pp. 11-20).

Estos son cambios significativos a la imagen corporal y pueden constituir un real para la paciente gestante. Pero, ¿constituyen un real sólo porque el cuerpo cambia? Stevens recopila momentos en la enseñanza de Lacan en los que puntualiza qué es un real para el sujeto. Uno de ellos se establece por la disparidad existente entre lo imaginario y lo simbólico; cuando lo imaginario se modifica y lo que ocurre en el cuerpo se aparta de los significantes disponibles por el sujeto. Posteriormente, ubicará un real relacionado con el surgimiento; algo que emerge, que se impone, y que el sujeto no organizó en su tejido significativo (Lacan, citado por Stevens, 1998, pp. 33-34). Por su parte, Salman menciona que el goce femenino constituye también un real por la imposibilidad de inscripción que soporta (2013, p. 33). Así, lo real se funda a partir de todo aquello que no tiene escritura: caídas identificatorias, modificaciones corporales que carecen de remiendo, la no-relación sexual, entre otros.

Para ceñir lo que podría tener de real un embarazo, hemos de distinguir el órgano del aparato; no cualquier aparato, el aparato que aquí interesa. En su escrito *Psicosis y sexuación*, Godoy menciona que el sujeto tiene un órgano pero que el órgano en tanto tal no sirve de nada sin el aparato simbólico, que determinará el uso que se le dé al órgano (Godoy, 2014a, p. 158). Lo simbólico permite una solución al problema de la función de un órgano, una suerte de acomodación del órgano dentro del cuerpo. Esto es lo que ocurre en la neurosis, donde encontramos un real en su dimensión de irrupción ante lo cual las palabras fallan, pero donde sin embargo el aparato simbólico introducido por el Nombre del Padre permite decir algo del cuerpo. Y ocurre también en aquellos sujetos que se ubican en el lado femenino de la sexuación, en el que hay un exceso, pero también hay Nombre del Padre que recorte el goce.

Podría ubicarse al embarazo como un proceso con tintes de real, pero si lo hacemos, hemos de especificar que sería el embarazo en la psicosis donde la ausencia del significante primordial imposibilita la solución con la que cuenta la neurótica. Lo que irrumpe como un estallido no tiene forma de ser significantizado, y se mantiene como un real. La avalancha de signos que llegan junto con el embarazo – sumado a sensaciones no visibles, pero que son experimentadas por la paciente, como lo movimientos fetales y los mareos por alteraciones de la presión cardíaca – constituirían un real para la psicótica, que experimenta perpleja la transformación de su cuerpo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Habiendo planteado la forma en que se estructura el sujeto, y las diferencias que se presentan en el desarrollo psíquico de la mujer en relación con el varón, revisaremos los elementos que pueden facilitar el diagnóstico de una estructura psicótica, lo que la regula, y lo que la desencadena, para finalmente aterrizar en los desencadenamientos a raíz del embarazo.

FENÓMENOS ELEMENTALES

La noción de fenómenos elementales es tomada de la propuesta del psiquiatra francés Gaëtan Gatian de Clérambault por recoger, de manera descriptiva, los fenómenos que están presentes en ciertas patologías mentales. Esta propuesta es posteriormente elogiada por Lacan por el aporte que hace a sus estudios sobre la psicosis, a pesar de que prescinde del aspecto etiológico de su teoría. Miller sintetiza los fenómenos elementales en tres categorías: los fenómenos de automatismo mental, los fenómenos que conciernen al cuerpo, y los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad (2013, p. 24).

Los fenómenos de automatismo mental tienen la característica primordial de que ocurren de manera automática, mecánica, sin que el paciente lo decida (Mazzuca, 2014, pp. 68-69). No se tiene control sobre ellos, son extraños, pero se imponen como ajenos a la conciencia. En este sentido le introducen un sentimiento de extrañeza al psicótico, que desconoce el origen de los fenómenos automáticos. Estos fenómenos son comunes cuando ya la persona psicótica ha desencadenado. Sin embargo, pueden estar presentes de manera discreta durante la infancia o la adolescencia.

Los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad, pueden ser localizados dentro del discurso del paciente psicótico. Dentro de estos fenómenos están las experiencias inefables, inexpresables o experiencias de certeza absoluta y más aún cuando se trata respecto a la identidad o la apatía con un extraño. Ante el enigma presente en la irrupción de los fenómenos de automatismo, surgen los fenómenos de la interpretación en la que se plantea el sentido que tienen las irrupciones automáticas.

En cuanto a los fenómenos que conciernen al cuerpo, son los que por lo general aparecen en forma de fenómenos de descomposición, despedazamiento, separación y de extrañeza con relación al propio cuerpo. Como ocurre con Mariela, paciente de una institución gineco-obstétrica, quien horas después de haberse sometido a un parto quirúrgico mostró un descomunal despliegue de fuerza contra el personal de la institución hospitalaria, sin evidenciar signo alguno de dolor por la herida de la cesárea. Miller, en *Introducción al método psicoanalítico*, sitúa también dentro de los fenómenos del cuerpo, a la “distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o de dislocamiento espacial” (2013, p. 24).

Estos fenómenos elementales concernientes al cuerpo tienen relación con la falla en el armado corporal que ocurre durante el Estadio del Espejo. El cuerpo, como efecto del significante, se arma de manera frágil en la psicosis, lo cual genera las alteraciones cenestésicas del cuerpo en forma de variaciones en la forma y consistencia de las partes del cuerpo o dolores corporales injustificados. Es lo que ocurre en Julián, de 35 años, que “vino al mundo fallado de entrada, mal armado, inacabado” (Barros, 2014, p. 359), razón por la cual experimenta “desacomodaciones” en su cuerpo y una especie de hipocondría general. Este “fallo de fábrica” remite a la falla de la inscripción del significante del Nombre del Padre por la operación de forclusión. En este caso el discurso del paciente se mantuvo coherente durante el largo tiempo de las sesiones, pero puede estar acompañado también por alteraciones de la palabra.

En general, un fenómeno elemental da cuenta de la estructura al mostrar el retorno de un componente fundamental. En la neurosis, al haber represión, lo reprimido retorna de manera simbólica a través de los fenómenos elementales de la neurosis: chistes, lapsus, sueños, olvidos, etc. En la psicosis, los significantes que no fueron inscritos retornan “sin tramitación simbólica, es decir en lo Real” (Mazzoni, 2016, p. 185).

Los fenómenos elementales del cuerpo en la psicosis corresponderían a manifestaciones del retorno del real en el cuerpo. Un retorno del sujeto al “filo mortal del estadio del espejo” (Tendlarz, 2009, p. 47) momento en el que el cuerpo era puro goce. Leibson menciona que la no-separación del goce y el cuerpo durante los primeros momentos de la estructuración de un sujeto tendría efectos de retorno de goce en el cuerpo y la palabra (2014, p. 181). El psicótico “experimenta una serie de trastornos en la localización del goce del cuerpo” (Goya, 2000, p. 68) por la ausencia del significante fálico que recorte el goce en el cuerpo.

Es imprescindible, sin embargo, guardar cuidado al tomar los fenómenos elementales como signos patognomónicos de una estructura psicótica, ya que estos provienen de una concepción psiquiátrica que ponía su énfasis en la etiología orgánica de estos fenómenos. Es la razón por la que Lacan, a pesar de valerse de la propuesta de Clérambault, se distancia de la misma en aspectos esenciales. Para Lacan es imprescindible que en el fenómeno elemental esté la presencia de la nervadura del significante. Lacan introduce la noción de nervadura del significante relacionándola con la nervadura de una hoja: observando minuciosamente los detalles de la nervadura de la hoja se puede percibir la estructura de la planta; las nervaduras de la hoja sintetizan la estructura completa de la planta (Godoy, 2014b, pp. 51-52).

De la misma manera, al tomar un fenómeno elemental, es necesario estar pendiente del detalle presente en éste para, de esta manera, distinguir la estructura que está en juego (Godoy, 2014b, p. 47). Lo importante es “la presencia del significante que no se encadena, lo que Lacan llama también ‘cadena rota’, y que se impone en lo real” (p. 51). Es decir la manera en que tal o cual fenómeno da cuenta de cómo está afectada la cadena significativa. Por este motivo, Lacan se rehusaba a dar un diagnóstico en paciente que presenten fenómenos en los que “no había ninguno de los trastornos (...) del orden del lenguaje” (Lacan, citado por Godoy, 2014b, p. 52).

Godoy menciona que entre los trastornos del lenguaje se pueden incluir “además de los neologismos, intuiciones y estribillos – las distintas formas en que procede la

interpretación delirante” (Godoy, 2014b, p. 52), sin embargo, mantenemos nuestra postura de que todo trastorno en la psicosis es un trastorno del lenguaje, por lo que asentamos el énfasis sobre la pesquisa de lo que dé cuenta de la ruptura de la cadena significante en el fenómeno elemental. Se trata de la búsqueda de la nervadura del significante, de encontrar los indicios de la falla en la inscripción de la metáfora paterna, en el fenómeno psicótico.

¿LOCURA HISTÉRICA O PSICOSIS?

Los fenómenos elementales, en tanto son alteraciones a nivel significante, comprenden un componente importante a través del cual se podría distinguir cuando nos encontramos frente a un paciente psicótico. No obstante algunos de estos fenómenos son transestructurales y pueden presentarse en una u otra estructura clínica, lo que dificultaría el diagnóstico de neurosis o psicosis.

Es así que los delirios, alucinaciones, fenómenos psicosomáticos, o conversiones aparecen en los cuadros clínicos de pacientes de estructura neurótica como aparecen en los de un paciente con estructura psicótica, por supuesto que con diferencias significativas que permitirían un diagnóstico diferencial de tales estructuras. Por ello Lacan recomendó tener prudencia durante las entrevistas preliminares al tratar con pacientes que presenten fenomenología similar a la de un psicótico; es necesario establecer un diagnóstico preciso (Beneti, 1988, p. 229).

Las dificultades se incrementan fundamentalmente porque tanto los pacientes neuróticos como los psicóticos pueden llegar a desencadenamientos. La modalidad del desencadenamiento en la psicosis será trabajada más adelante, pero por lo pronto podemos mencionar que en ambas estructuras ocurre porque el vínculo con el Otro se modifica significativamente, y las relaciones imaginarias y simbólicas cambian de estatuto. Estas alteraciones generan un “estallido” que Leibson (2012, p. 280) considera determinante en lo que llama “locura”. Leibson continúa y precisa que la “locura” está más del lado de la rigidez en la forma en que se sortean estos estallidos, que el estallido mismo (p. 281).

Adicionalmente en las psicosis, como en la neurosis, pueden existir producciones metafóricas, como ocurre en varios pasajes de las *Memorias* de Schreber. Sin embargo es de vital importancia subrayar que cuando aparecen significantes metafóricos en los pacientes psicóticos, éstos son tales sólo para el oyente o el lector de dichos significantes, mientras para el psicótico no tienen aquella intencionalidad metafórica (Maleval, 1991, p. 39).

Esta diferencia en la intencionalidad de los significantes metafóricos que en la psicosis no son dirigidos al otro, pero en la neurosis sí, se repite en las formaciones delirantes del sujeto. Maleval distingue el delirio histérico al caracterizarlo como una formación rica en “determinaciones latentes [y que funciona] como una medida de defensa contra la angustia de castración” (1991, p. 142). En la histeria al sujeto le sobreviene una angustia de castración producto de la acción del padre imaginario, y para protegerse de esta angustia, el histérico elabora su delirio, delirio que comporta una proyección de elementos que fueron reprimidos en un primer momento. En cambio, en la psicosis no existen elementos reprimidos, y se trata de un intento de respuesta ante la desestructuración de la cadena significativa producto de la forclusión del significante primordial que permite la cadena discursiva; sucede que “...no sólo los significantes no cesan de hacerse oír, sino que, además, no se dirigen al otro, sólo se dirigen a sí mismo” (Dumas-Primbault, 1988, p. 345).

Por su parte, Leibson analiza las formaciones delirantes presentes en el caso *Dora* y asegura que éstas son ideas de persecución que asemejan una certeza, pero que finalmente no constituyen una certeza, por lo que no corresponde a un delirio como tal. En caso de que exista la certeza, ésta constituiría un trastorno del orden de lenguaje – aquello que Lacan pide para el diagnóstico de psicosis – porque “tiene relación con el modo en que el lenguaje se impone” (Leibson, 2012, p. 285).

Cuando mencionamos que el delirio en la histeria es rico en *determinaciones latentes* nos referimos a la riqueza en contenidos inconsciente que tiene un síntoma en la

neurosis. Es una riqueza que tiene que ser encontrada, pues la verdad del sujeto del inconsciente está puesta en el síntoma de manera oculta por los mecanismos de condensación y desplazamiento. En la neurosis encontramos las *formaciones* del inconsciente pues el contenido inconsciente ha sufrido las *transformaciones* de los mecanismos de condensación y desplazamiento. No ocurre lo mismo en la psicosis, donde el inconsciente es “a cielo abierto” (Quackelbeen, Stevens y Zenoni, 1988, p. 62), se presenta tal cual es, sin deformaciones o metáforas. Ello diferencia la alucinación de la psicosis en la que “no es un retorno de alguna cosa del interior que haya sido sometido a la censura y a la represión (...), sino ‘retorno’ en lo percibido, en el exterior, de una representación que no ha sido ‘interior’ ” (p. 60).

Lo que ocurre en los síntomas de conversión de las estructuras histéricas es que existe “un significante, con efecto de equívoco, inscribiéndose en la imagen del cuerpo” (Brousse, 2000, p. 52), aquí el cuerpo sirve de soporte a los significantes reprimidos (Deffieux y Dewambrechies-La Sagna, 2003, pp. 93-94). Lo que ocurre con el cuerpo en la psicosis es que hay un retorno del goce en lo real sin la mediación significante. En ambos casos existe un retorno del significante, pero en la histeria se inscribe un significante equívoco, y en la psicosis es un “significante retornado en lo real” (Leibson, 2012, p. 271).

En cuanto a los fenómenos psicósomáticos, éstos tampoco son exclusivos de alguna estructura en particular y suponen mayor cuidado pues, por sí solos, no comportan un síntoma ni en psicosis ni en neurosis. Son una mostración de lo real, pues el fenómeno psicósomático “muestra, pero no dice” nada acerca de lo real (Lacourt y Bosson, 1988, p. 253). Hay una invasión de goce una parte del cuerpo concentrada en una zona del cuerpo (p. 252). El fenómeno psicósomático podría llegar a constituir un síntoma cuando conlleve elementos del inconsciente, que podrá ocurrir con ayuda de un terapeuta.

Y sobre este último punto ha de recaer nuestra atención. Lacan menciona que “para los neuróticos hay una “dirección de la cura”, y para los psicóticos un “tratamiento

posible”” (Beneti, 1988, p. 229). Y varios de los autores aquí citados, por sus elaboraciones sobre el diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis, apuntan a que los fenómenos elementales que se presentan en los pacientes psicóticos pueden distinguirse de las formaciones sintomáticas de la neurosis por su susceptibilidad al tratamiento. En la mayoría de los casos, un síntoma neurótico, por muy desbordado que éste sea, tendrá un pronóstico positivo con el tratamiento. Un fenómeno elemental, por otro lado, difícilmente variará en transferencia.

Se trata, en todo caso, de no dejarse encantar por la posibilidad de un diagnóstico tomando únicamente los aspectos fenomenológicos de los casos con los que nos encontremos. Es necesario prescindir de las valoraciones puramente descriptivas pues, como vemos, no permiten aprehender la totalidad del fenómeno psicótico.

PSICOSIS ENCADENADAS

Habíamos mencionado que tanto en la neurosis como en la psicosis se producen desencadenamientos estructurales. En ambas estructuras el Otro, en lugar de servir de mediador, se impone bajo la forma de “un significante que altera al sujeto y de un goce que avanza sobre el cuerpo, terminando por convertirse en su perseguidor” (Leibson, 2012, p. 278). A partir de allí, el soporte que mantenía estable al sujeto falla, y se presentan las manifestaciones en forma de alucinaciones, alteraciones del cuerpo, o del sentido.

Es lo que Leibson llama locura: la pérdida del entramado, aparentemente estable, que permitía la relación del sujeto con el Otro (2012, p. 279). Esta locura equivaldría al desencadenamiento, “con la irrupción de lo diferente y la disolución de lo previo” (p. 281). Al mencionar la disolución de lo previo, Leibson se refiere a la ruptura de la estabilidad que - de alguna manera - había alcanzado el psicótico.

Esta estabilización en los sujetos de estructura neurótica proviene del Nombre del Padre, que permitiría una especie de abrochadura entre significante y goce: el punto

de capitón. Pero en la estructura psicótica, debido a la forclusión, existe una elisión, una supresión de lo simbólico, y la estabilización con la que cuenta el psicótico es una estabilización imaginaria. En la psicosis “frente al desastre del derrumbe en lo simbólico y de lo imaginario, estos dos registros pueden hacer una nueva abrochadura que de [sic] lugar a la creación de una metáfora delirante” (Tendlarz, 2009, pp. 54-55).

La estabilización delirante va a permitir que el goce, que está deslocalizado, se fije. Es “el nivel en que significante y significado se estabilizan” (Tendlarz, 2009, p. 54). La metáfora delirante no permite una apropiación del discurso, como sí lo hace el Nombre del Padre, pero sirve como metáfora a esa metáfora paterna que no se inscribió en un momento crucial de la vida del sujeto.

La solución que logra el psicótico con la metáfora delirante es una muy particular; distinta de la que se alcanza gracias al Nombre del Padre en la neurosis. Pueden parecer soluciones confusas o desordenadas, pero como menciona Tendlarz: “la psicosis no es un caos. Su orden particular del mundo se sostiene por un Ideal fuera de la ley” (2009, p. 46).

Se debe tener en cuenta que la diferencia que presenta esta estabilización vía la metáfora delirante es que ésta “no es una metáfora que lleve a múltiples significaciones sino a un significado” (Tendlarz, 2009, p. 55). De allí que no permita mucha flexibilidad ante los embates de lo real, y que por su fragilidad sea más propensa a la desestabilización: es cuando ocurre el desencadenamiento de la psicosis.

PSICOSIS DESENCADENADAS

Puede un psicótico mantener una estabilización durante mucho tiempo en su vida, pero en determinado momento, por contingencias o por eventualidades de su relación con los otros, enfrentarse con una dificultad para responder de la manera que lo había estado haciendo; su equilibrio no le funciona más.

Alrededor de los años 30, Lacan daría el nombre de *momento fecundo* al punto en que se desencadena la psicosis. Posteriormente, en su *Seminario 3* lo denominará propiamente como *desencadenamiento* (Tendlarz, 2009, p. 53). En *Psicosis, lo clásico y lo nuevo* se define este momento como el punto en que se produjo una discontinuidad, una ruptura, un corte en el sentido de la vida (p. 56).

Antes del desencadenamiento, el mundo se sostiene con una identificación imaginaria; cuando esto tambalea, el sujeto entra en una regresión tópica al Estadio del Espejo (Tendlarz, 2009, pp. 48-49). Los “fenómenos elementales que se habían mantenido dispersos en la estructura forman una serie convergente (...) son bruscamente recuperados todos a la vez: forman uno, son amarrados y releídos en un sentido completamente nuevo” (p. 57). Es decir, que a partir del momento de ruptura, los fenómenos adquieren un nuevo orden, un nuevo estatuto, y son entendidos de manera diferente por el psicótico.

Chamorro distingue los fenómenos que se presentan antes y después del desencadenamiento de la psicosis.

La perplejidad es el dato esencial del antes, del pre-desencadenamiento; en cambio la certeza, ya sea del delirio o del fenómeno elemental, es un dato que podemos ubicar luego del desencadenamiento. (Chamorro, 2004, p. 121)

Podemos encontrar, en una psicosis no desencadenada, esta perplejidad manifestada en una serie diversa de modalidades. Desde una total estupefacción o inmovilidad manifiesta, hasta un desconcierto disimulado. Son formas en que el psicótico responde – aunque no se trata realmente de una respuesta –, reacciona frente al enigma que suponen las voces, las palabras impuestas, las alteraciones del cuerpo, o todo fenómeno que se le imponga al psicótico en forma automática, sin que su voluntad esté de por medio.

Planteamos ya la condición enigmática para el sujeto psicótico de estos fenómenos elementales, y dijimos que ante esta incógnita se presentan los fenómenos delirantes como forma de dar un sentido, inclusive una explicación, a lo que lo deja perplejo. Este es el segundo elemento, el que se presenta posterior al desencadenamiento: la certeza.

Este paso de la perplejidad a la certeza lo podemos ubicar en el caso de una paciente psicótica de una institución gineco-obstétrica de la ciudad en la que, ante el real del movimiento fetal en su vientre – movimiento que sin duda era ajeno a su voluntad – que la dejaba perpleja, elaboraba un delirio que le daba la certeza de que lo que tenía en su abdomen eran gases estomacales.

Nos valdremos, en este punto, de la comparación que hace Chamorro del psicótico con una marioneta para ejemplificar el fenómeno de perplejidad que se presenta previo al desencadenamiento. "...en el psicótico, y más precisamente la perplejidad, lo que produce es la experiencia contundente de ser nada más que una marioneta, debido a las fragilidades identificatorias del sujeto psicótico, en un equilibrio siempre inestable de su consistencia" (Chamorro, 2002, p. 126). Cuando el psicótico es enfrentado con una realidad, cuando se le dice que es una marioneta, no puede decir nada sobre eso. La imposibilidad de respuesta aquel dato que lo interroga, esa es la perplejidad. Resulta atractiva la analogía que hace Chamorro del psicótico con una marioneta: con un cuerpo apenas si unido, habitado por el lenguaje, que tira de sus hilos y lo manipula dentro de la escena del mundo.

Pero este paso de la perplejidad a la certeza no es arbitrario, ni ocurre injustificadamente. Algo ocurre entre las vicisitudes del psicótico que promueven este desencadenamiento, y es el encuentro con el Nombre del Padre. En *De una cuestión preliminar...* Lacan cuestiona cómo puede encontrarse el psicótico con el Padre allí donde podía haber aparecido, pero nunca estuvo (Lacan, 1971c, p. 559). Responde en seguida que es gracias a Un-padre.

Acerca de este padre, el Un-padre que propone Lacan, Dumas-Primbault dirá que éste, que es “a menudo buen consejero, mediante un llamado, hará escamotearse bajo sus pies la pasarela, las suplencias que, mantenían en suspenso al llamado sujeto por encima del abismo” (1988, p. 346). Por ello, Mazzuca, en la misma línea, dirá que en el momento del desencadenamiento el paciente se detiene al filo del agujero, se encuentra con la falta, que se hace sentir como tal (2014, p. 138-139). En *El Seminario 3*, Lacan describirá el efecto del encuentro con el Un-padre:

Resulta de ello un proceso cuya primera etapa llamamos cataclismo imaginario, a saber, ya nada de la relación mortal que es en sí misma la relación al otro imaginario puede ser dado en concesión. Luego, despliegue separado y puesta en juego de todo el aparato significativo: disociación, fragmentación, movilización del significativo en tanto palabra, palabra jaculatoria, insignificante o demasiado significativo, plena de insignificancia, descomposición del discurso anterior, que marca toda la estructura de la psicosis. (Lacan, 1955-1956, p. 457)

En el momento de entrada al delirio el Otro ha tomado la iniciativa, y quiere algo del sujeto psicótico, quiere significarlo (Lacan, 1955-1956, p. 275). Al respecto, Tendlarz añade que el Un-padre puede ser encarnado por la figura de un progenitor, de un sacerdote, de un suegro, etc., que haga oposición simbólica a la relación dual de la pareja imaginaria *a-a'* que permite una cierta estabilización en el psicótico (2009, pp. 57-59). Pero el Un-padre puede no estar representado por una persona; basta con que se imponga un significativo que el psicótico no posea en su red significativa (p. 54).

Desde el campo del Otro se impone “un significativo esencial que no puede ser aceptado” (Lacan, citado por Tendlarz, 2009, p. 57). A pesar de ser significativo, el Un-padre se impone como real, pues “lo que así fue objeto de una *Verwerfung* reaparece en lo real” (Lacan, 1955-1956, p. 272), surge un significativo primordial que fue excluido por el sujeto. Así, un llamado a tomar la palabra, un anuncio o un significativo en sí, pueden hacer aparecer la figura de Un-padre que el psicótico no puede abordar. Lacan diferencia este encuentro con el significativo en la neurosis del que ocurre en la psicosis diciendo que “no se trata de la relación del sujeto con un lazo significado en el seno de las estructuras significantes existentes, sino de su encuentro, en

condiciones electivas, con el significante en cuanto tal” (1955-1956, p. 455), y aquello marca la entrada en la psicosis.

En ocasiones, determinar cuál fue la encrucijada dramática – que es el nombre que Lacan da a aquel momento crucial de encuentro del sujeto con lo que no puede responder (Leibson, 2012, p. 277) – permitirá determinar en qué condición se presentó el Otro ante el psicótico, lo cual ayudaría a percibir lo que desencadenó la psicosis que al mismo tiempo podría ayudar a encauzarla nuevamente a una estabilización. Cuando menos, se podrá mantener las consideraciones necesarias para evitar un desencadenamiento posterior, en caso de ser alcanzada una estabilidad.

Cabe mencionar que para los años 70, Lacan propone una teorización alrededor de una clínica borromea que contempla la unión de los registros real, simbólico e imaginario por el Nombre del Padre, que podría ser sustituido por un *sinthome*, síntoma que supla la ausencia o falla del Nombre del Padre. Esta teorización no será analizada en este proyecto de investigación.

Desencadenamiento por embarazo

Hemos visto aquello que origina el desencadenamiento de una psicosis que, hasta el momento de la ruptura, había permitido un orden al psicótico. Con la finalidad de cumplir con los objetivos de este proyecto de investigación, hemos de revisar ahora los factores que podrían provocar dicho desbalance en una paciente psicótica que atraviesa por un proceso de gestación.

En este punto realizaremos una digresión para examinar los diagnósticos propuestos desde la medicina para los trastornos que presentan sintomatología similar a la de los pacientes con estructura psicótica. Se pondrá énfasis en los diagnósticos que describan el inicio de dichos síndromes alrededor de los procesos de gestación y parto. Para ello haremos uso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*

Mentales (DSM) en su cuarta y quinta versión, y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) en su décima versión.

En lo que respecta al DSM, tanto en su cuarta como en su quinta versión, incluyen dentro de sus diagnósticos al *Trastorno psicótico breve* que comprende dentro de sus criterios diagnósticos: la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, y comportamiento muy desorganizado o catatónico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 94); en ambas versiones existen varios especificadores acerca del trastorno, entre los cuales está el especificador “con inicio posparto”. La diferencia más significativa entre ambas versiones del DSM es que en su cuarta versión, la especificación de inicio posparto “se asigna si el inicio de los síntomas psicóticos se produce en las primeras 4 semanas del posparto” (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995, p. 309); en cambio, en la quinta versión se asigna este especificador “si comienza durante el embarazo o durante las primeras 4 semanas del parto” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 94).

Por otra parte, dentro de la décima versión del CIE consta el diagnóstico de *Trastornos psicóticos agudos y transitorios* que tiene síntomas característicos de “delirios, alucinaciones y perturbaciones de la percepción, y por una grave alteración del comportamiento habitual del paciente” (OMS, 1992). Sin embargo, dentro de este diagnóstico no está concebida su aparición alrededor del proceso de gestación. Para ello nos hemos de referir al diagnóstico de *Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte* dentro del que se incluye la psicosis puerperal que ocurriría “en el lapso de las seis semanas posteriores al parto” (OMS, 1992).

Los diagnósticos presentados en ambas clasificaciones serían los que corresponden – desde el punto de vista médico – al tema que aquí nos convoca: la psicosis desencadenada a raíz de los cambios corporales presentados alrededor del proceso de gestación. Si bien en algunas de estas clasificaciones existe la especificidad de que el inicio del trastorno psicótico ocurriría posterior al parto, en la quinta versión del

DSM se precisa que los episodios psicóticos se presentan incluso antes del parto, durante las semanas que dura el proceso gestacional.

Habiendo hecho este paréntesis, podemos presentar algunos casos de desencadenamiento psicótico alrededor de la gestación. Tomamos en primer lugar la elaboración de Lacan acerca del desencadenamiento en torno al encuentro con Un-Padre en *De una cuestión preliminar...* de sus *Escritos*. En él menciona que la coyuntura dramática – que especificamos como el momento en el paciente se encuentra con el Un-padre –, se presenta “para la mujer que acaba de dar a luz en la figura del esposo, para la penitente que confiesa su falta en la persona del confesor, para la muchacha enamorada en el encuentro del ‘padre del muchacho’ ” (Lacan, 1971c, p. 559). Para Tendlarz el primer ejemplo que se propone aquí se trata de lo que se conoce como psicosis puerperal, que plantea como aquella psicosis que surge tras el parto: “Está la mujer con su bebé y aparece el esposo o el médico figurando Un-padre (...) en la relación dual que se establece entre la madre y el niño; se produce entonces el desencadenamiento de la psicosis” (Tendlarz, 2009, p. 55).

Mencionamos ya esta forma de entender el desencadenamiento: suscitada a partir del encuentro con un personaje que ocupe la figura de Un-padre. Sin embargo, como se ha precisado, no es necesario que exista una persona que encarne esta posición. Es lo que ocurre con un segundo caso de desencadenamiento presentado por Lacan en su seminario *Las Psicosis*, en esta ocasión de un paciente psicótico masculino que encuentra su punto de ruptura cuando recibe – por parte de una mujer – el anuncio de que será padre (Lacan, 1955-1956, p. 437). Aquí el encuentro con Un-padre se da a raíz del llamado a la paternidad; no es precisamente la presencia de un personaje que se ubique como Un-padre, sino que a la novela del paciente acude un significante que el psicótico no posee en su red de significantes, que precipita el estallido psicótico.

La diferencia sustancial entre ambos casos no es el la modalidad en que el psicótico se encuentra con Un-padre, ni el sexo biológico de los pacientes involucrados. Lo distinto es que en el primer caso, la madre habría encontrado una estabilidad con el

niño, estabilidad *a-a'* que es desordenada por la presencia del Un-padre. En el segundo caso, el niño no ha nacido, y no constituye con el psicótico una pareja imaginaria que le brinde una posible estabilidad. Veamos ahora una viñeta de otro caso de desencadenamiento psicótico en el que el nacimiento del niño no ofrece un equilibrio en la parturienta.

Este es un caso trabajado por Mario Elkin Ramírez en el que una paciente que presenta con el nombre de Medea, quien desencadena horas después de dar a luz, en tres de sus cinco partos. Sus desencadenamientos la llevaron a intentos de infanticidio, habiendo logrado su cometido con su cuarto hijo. A pesar de que en estos desencadenamientos el hijo nacido no ofrece una estabilización, aquí también nos encontramos con una relación imaginaria *a-a'* entre la madre y su hijo, relación que por el mismo hecho de ser imaginaria presenta características – en este caso – mortíferas (Ramírez, 2014).

Ramírez es afín a las teorizaciones de Lacan respecto del desencadenamiento por el encuentro con Un-padre. Menciona que en este caso, el Un-padre “no es real, su o sus nombres no aparecen en el relato, no es el encuentro con un hombre lo que la desencadena” (Ramírez, 2014). Añade que, de manera general, un psicótico desencadena al tomar la palabra, cuando debe “abordar la palabra verdadera”; éste es el encuentro con el significante primordial que no fue inicialmente aceptado. Del campo del Otro proviene el llamado de un significante esencial que el psicótico no puede recibir. Añade que “la oposición entre esta sujeto y el agujero en el lugar del Nombre del Padre se precipita cuando “ser madre” llama en ella un Nombre del Padre” (Ramírez, 2014).

Lo que podemos cernir del caso en relación a los anteriores es el hecho de que el encuentro con Un-padre puede ser a manera de sujeto-significante, como lo había planteado Lacan. Se trata de la forma en que el psicótico es incapaz de enfrentarse con ese significante que había sido rechazado en un primer momento vía la forclusión. En estos casos, tener un hijo “llama al sujeto en un plano simbólico en el que se ve

enfrentada al agujero” (Ramírez, 2014). Lacan al respecto añade que existe una conexión del “registro de la paternidad con la eclosión de revelaciones” (Lacan, 1955-1956, p. 437); el psicótico no puede responder ante la pregunta por las generaciones, la maternidad o la paternidad. Es algo que el sujeto “literalmente, no puede concebir” (p. 437).

Podemos extraer de las viñetas presentadas que en una psicótica gestante, el desencadenamiento estaría movilizado por el encuentro con un significante que la enfrenta con el agujero de una función que no puede asumir: la maternidad. El ser madre la nombra, la llama a asumir el papel de Nombre del Padre que en ella no ha actuado; es un encuentro con el significante como tal. El Un-padre está presente aquí en forma de los significantes que toman la iniciativa por la embarazada, que la quieren significar como madre.

Finalmente, esto nos lleva a pensar cómo puede llevarse a cabo el desencadenamiento ocurrido a raíz de los cambios corporales que acompañan el proceso gestacional. ¿Qué hace aquí oposición simbólica a la pareja imaginaria? Inicialmente podríamos empatar los cambios corporales a elementos de orden imaginario, aislados del componente simbólico, por lo que podría pensarse que las modificaciones en el cuerpo no corresponden al Un-padre necesario para que el psicótico desencadene.

Sin embargo, a medida que el cuerpo de la paciente embarazada va cambiando, estos cambios demandan una significación nueva que los acompañe. Es necesario que algo se diga sobre el cambio de color en las mamas, sobre el aumento del tamaño del vientre, sobre la pigmentación en la línea alba del mismo; es necesario que se diga algo sobre los mareos y las sensaciones que se sienten en el abdomen. De lo contrario la mujer gestante se encontrará con lo real del cuerpo, con lo que no se inscribe en los significantes.

Pero precisamente esa necesidad de simbolizar los cambios corporales que se dan en un embarazo requiere la emergencia de significantes que no han sido tramitados por el sujeto, significantes que en la psicosis – por las fallas que presenta el recurso simbólico – constituyen por sí mismo un real. Al frágil armado corporal de la psicótica, que había permitido desde lo imaginario una cierta estabilidad, se opone los significantes de la maternidad. Significantes que la psicótica no posee en su entramado simbólico debido a que no fueron aceptados por la forclusión del Nombre del Padre. Así, los cambios corporales son un llamado a la maternidad, que enfrentan a la embarazada psicótica con Un-padre simbólico que desencadena su estructura.

METODOLOGÍA

Se ha optado por que el presente proyecto de investigación sea de alcance exploratorio, que es el tipo de investigación más adecuado para temas o problemáticas que no han sido estudiados previamente con profundidad, o de los que se posee poca bibliografía por tratarse de una temática nueva (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006, pp. 100-101).

Y es que podemos encontrar análisis de bibliografía y casuística en relación a las psicosis alrededor de los procesos de parto desde la perspectiva médica al ser tratada como un *trastorno psicótico agudo y transitorio* relacionado al puerperio. Pero desde el marco psicoanalítico se han realizado apenas aproximaciones sobre el tema de desencadenamientos a partir del parto, y en menor medida durante el proceso de gestación.

Sobre todo por ser un estudio exploratorio, es imperioso mencionar que con este proyecto de investigación no se agota el tema trabajado. Se busca relacionar lo ya estudiado acerca de la psicosis enlazando dos variables – desencadenamiento y cambios corporales del embarazo – que sirvan como punto de partida para futuras investigaciones al respecto, a través del establecimiento de puntos base sobre el tema que generen interrogantes para próximos estudios.

Para el estudio de la temática que nos incumbe se ha empleado un enfoque cualitativo porque el énfasis no recae en la evaluación estadística de casos, sino en la interpretación de la información encontrada a través del análisis del material bibliográfico (Hernández *et al.*, 2006, pp. 8-9).

Teniendo en cuenta este énfasis que se hace sobre la interpretación, desde el enfoque cualitativo, existe el método exegético que busca explicar o descifrar el sentido oculto dentro de un texto. Se intenta explicar las palabras o los párrafos de un escrito, lo cual se logra a través del análisis semántico, lógico o histórico del mismo (Giraldo, 2012,

pp. 146-147). Este método implica que la solución a una interrogante sobre el texto se encuentra dentro del texto mismo, y la función del exégeta es la de encontrar dichas soluciones.

Similar a este método exegético, desde el enfoque cualitativo, tenemos el método de *comentario de texto* que se sirve de la lectura de textos dentro de la investigación en psicoanálisis, como - de manera análoga - en la clínica psicoanalítica se hace una lectura del inconsciente (Bernal, 2007). Por ello tiene su origen en el método freudiano con el que aborda las formaciones del inconsciente; no se trata de elaboraciones fútiles y sin rigor sobre lo que dice un escrito, sino de la lectura de textos a partir de los cuales extraer una verdad inédita, diferente (Bernal, 2007).

El comentario de texto implica una lectura en tres tiempos: el de la lectura intratextual, el de la lectura intertextual y el de la lectura extratextual, los que de alguna cierta forma se relacionan con los tiempos lógicos del análisis planteados por Lacan en *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*, a saber, el instante de la mirada, el tiempo para comprender y el momento de concluir (Lacan, 1971d, pp. 194-196).

La lectura intratextual es “un primer tiempo de lectura que aspira a investigar un texto, para establecer, sólo desde el texto mismo, lo que éste dice” (Pérez, citado por Bernal, 2007). Con la lectura intratextual se busca localizar la lógica de textos principales acerca de la temática trabajada. Obras como *El seminario 3: Las psicosis* y *De una cuestión preliminar para todo tratamiento posible de psicosis* de Jacques Lacan son textos primordiales de los cuales se busca extraer la verdad planteada por el autor, relacionando conceptos y párrafos que se encuentran dentro del texto, con otros párrafos del mismo texto, respetando la intención del autor al redactar cada uno de ellos.

Posteriormente, se realizó una lectura intertextual con la que se pretendió “cotejar y someter a discusión unidades de análisis (párrafos, conceptos, enunciados, etc.) de dos o más textos, de uno o varios autores” (Pérez, citado por Bernal, 2007). De esta

manera, se interpretó los enunciados de los textos principales con teorizaciones desarrolladas en otros textos, del mismo Lacan, o de otros autores que relejeron sus obras.

Así, tras leer los textos prínceps lacanianos, se continuó el análisis con textos que aportaban tesis acerca de la constitución subjetiva y la estructuración de la neurosis y la psicosis, como es el texto freudiano de *El yo y el Ello*, *El cuerpo en psicoanálisis* de Marie Hélène Brousse y *¿Qué es el autismo?* de Silvia Tendlarz. Estos textos, junto con algunos otros, permitieron dar luces acerca de cómo en el sujeto se construye la subjetividad en los primeros años de vida del niño, y los avatares de la elección entre una neurosis o una psicosis.

Luego, para revisar la noción de desencadenamientos y lo que los ocasiona, se revisaron textos tales como *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis* de Fabián Schejtman, junto con *Psicosis. Lo clásico y lo nuevo* de Silvia Tendlarz, entre otros, lo que permitió aproximar el proyecto de investigación a sus objetivos.

Dentro de lo que corresponde a la lectura intertextual, por último se trabajó junto con el texto de Mario Elkin Ramírez: *El desencadenamiento de una Medea*, que trata precisamente de desencadenamientos psicóticos postparto. Haciendo una relación entre este texto, con las tesis planteadas en *El seminario 3*, y *Psicosis. Lo clásico y lo nuevo* se pudo llegar a una elaboración respecto del tema de desencadenamiento de una psicosis relacionada a los cambios corporales que acaecen durante el proceso de gestación.

Finalmente, hemos de señalar que la labor del comentador es la de “hacer hablar” al texto, ubicando dentro de él las respuestas a las interrogantes que de él mismo han surgido. Es parte de la lectura extratextual donde se “pretende ubicar un enunciado, o un conjunto de enunciados como campo referencial explícito en el cual (...) debe inscribirse la lectura del texto base” (Pérez, citado por Bernal, 2007). Como por ejemplo al ubicar la noción de Un-Padre, fundamental para el desencadenamiento

psicótico, pudimos dar un giro a los razonamientos presentados en los textos mediante la relación de lo que – en los cambios corporales – puede hacer aparecer a este Un-Padre en la forma de un llamado simbólico ante el cual la psicótica embarazada no puede responder.

Debido a que nos encontramos frente a una problemática que apenas ha sido explorada en estudios académicos desde el marco de conceptos del psicoanálisis, y por tratarse de un grupo clínico que no es adecuadamente diagnosticado, la casuística disponible es limitada, por lo que se ha realizado el análisis de viñetas clínicas que permiten vislumbrar, en pequeños detalles, lo que se plantea desde la teoría. Con ellos se logró facilitar la relación de los textos con la problemática planteada. El trabajo, sin embargo, no pierde rigurosidad gracias al extensivo análisis teórico de los textos trabajados bajo la metodología anteriormente descrita.

CONCLUSIONES

De conformidad con los objetivos propuestos en este proyecto de investigación acerca de la constitución psicótica y su desencadenamiento a raíz de los cambios corporales en el embarazo, podemos plantear las siguientes conclusiones:

La estructura del sujeto no depende de elementos únicamente de orden biológico. No es adecuado hablar de una causalidad únicamente orgánica de las condiciones o patologías psíquicas del sujeto; existe una causalidad doble en la que incide el determinismo de las contingencias de la vida del sujeto, y su insondable elección inconsciente.

Los momentos lógicos, por los que atraviesa el sujeto en sus primeros años de vida, son fundamentales para su constitución subjetiva. La forma en que se lleven a cabo y se desarrollan estos momentos lógicos incidirá en la forma en que el sujeto establezca – o no – un lazo social, y su posición frente a la falta – o la ausencia de falta – estructural.

El cuerpo del sujeto – inicialmente desarticulado – logra su ensamblaje gracias a la identificación especular que ocurre durante el Estadio del Espejo. Éste es un proceso de orden imaginario que no constituye la totalidad de la formación del cuerpo, que está en gran medida sostenido por los significantes introducidos por el Otro. En consecuencia, en una psicosis, los fenómenos elementales que conciernen al cuerpo son retornos del goce en lo real y tendrán relación tanto con la falla en el armado imaginario como con la carencia de orden simbólico que da soporte a lo especular.

Asimismo, cuando sobreviene un desencadenamiento psicótico a raíz de los cambios corporales que ocurren durante el embarazo, éste no se da únicamente por la fragilidad del endeble armazón imaginario, sino por el retorno en lo real de significantes que no fueron inscritos. La paciente psicótica embarazada no posee estos significantes en su red simbólica, por lo que no tiene forma de responder ante

ellos; emerge Un-padre que se opone a la estabilización imaginaria y se produce el desencadenamiento.

El diagnóstico oportuno de psicosis durante un proceso de gestación no puede ser elaborado únicamente por la presencia de elementos fenomenológicos que, de manera descriptiva, pretenden abordar un trastorno. Sino, ubicando la falta en la estructura del sujeto, falta que no es aquella introducida por la castración, sino la falta de la falta, la falta del significante primordial; se ha de llegar al diagnóstico de psicosis al ubicar lo que en el fenómeno elemental da cuenta de la fractura de la cadena significativa. Además, el diagnóstico adecuado debe tener en consideración la novela familiar del paciente para llegar a una aproximación sobre la forma en que se atravesaron los momentos lógicos mencionados anteriormente.

Se ha podido ubicar que dentro de los manuales diagnósticos empleados en el área médica no se asocia en mayor medida sobre la modificación corporal asociada al embarazo – o incluso el parto mismo – como un factor desencadenante de la psicosis.

Dependiendo del modo de abordaje a una paciente con un diagnóstico no establecido, que presente sintomatología que pudiera corresponder tanto a una estructura neurótica como a una estructura psicótica, se puede propiciar un desencadenamiento de una psicosis que inicialmente se encontraba estabilizada.

Finalmente, tomando en cuenta los elementos trabajados, se pueden tomar los cambios corporales del embarazo como factores de desencadenamiento de una estructura psicótica por cuanto constituyen un llamado a la maternidad, cuestión ante la cual la psicótica no puede responder. Ante todo esto, tomar en cuenta que existen casos en que el embarazo puede no constituir un factor desencadenante y que puede incluso servir de suplencia que estabilice la psicosis, aspecto que no fue trabajado durante este proyecto de investigación.

RECOMENDACIONES

A partir de los objetivos propuestos para el presente proyecto de investigación, y considerando las conclusiones a las que se ha llegado, podemos plantear las siguientes recomendaciones:

Que se dé apertura al trabajo del psicólogo clínico durante el embarazo, de manera que acompañe con su presencia e intervenciones, los procesos de cambio de las pacientes que se encuentran en gestación.

Que, dentro de las instituciones hospitalarias que acogen a las pacientes embarazadas, se preste atención a los síntomas que presenten dichas pacientes; no sólo cuando se trata de manifestaciones extremadamente manifiestas o de agresividad, sino también a las llamados síntomas negativos: mutismo, disminución de la respuesta emocional, abulia, pérdida de atención, entre otros que, por ser síntomas que no irrumpen con la serenidad del área médica, pueden pasar desapercibidos.

Que, en caso de encontrarse en la consulta con pacientes que presenten fenómenos elementales, realizar un seguimiento más minucioso, o en caso de ser necesario derivar el caso para que sea trabajado por un profesional externo que, a través de un análisis más profundo, pueda determinar si se trata de una neurosis grave, o de una psicosis.

Al encontrarse con pacientes que presentan este tipo de fenómenos - y sobre todo si una derivación no es posible por motivos económicos o ideológicos de la paciente o sus familiares - ser cautos en el tipo de intervenciones que se realicen. Cuidarse de no encarnar un Otro muy intrusivo, evitando mostrarse sin tachadura, sin ademanes de querer imponer o controlar a la paciente que podría ser una psicótica.

En especial, si una paciente tiene un diagnóstico de trastornos del espectro esquizofrénico, tener extrema prudencia en el tipo de señalamientos que se hacen a la paciente, cuidando de que éstos no tengan el estatuto de Un-padre que desencadene la psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, M. (2016). *El estrago materno y sus efectos subjetivos en madres adolescente del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Análisis de la experiencia práctica* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5479/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-59.pdf>
- Álvarez, E., Bonilla, Y., León, M., Martínez, B., Meneses, Z., Párraga, J. y Suárez, M. (2007-2008). *Guía de obstetricia* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://www.eduval.es/Medicina/OBSTETRICIA.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - 4ta edición* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - 5ta edición* [Archivo PDF]. Recuperado de http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf
- Bardón, C. (2004). Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia. *L'interrogant*, volumen 6, 8-15.
- Barros, M. (2014). Un cuerpo inacabable. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis* (pp. 357-364). Olivos: Grama Ediciones.
- Batla, E., Criscaut, J., Favret, E., Freid, S., Nemaric, A., Rossi, L. y Valla, D. (2014). *Un estrago la relación madre-hija*. Olivos: Grama Ediciones.
- Baudes, M. (2011). *Real, Simbólico, Imaginario : Una introducción*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Beneti, A. (1998). Verneinung: clínica diferencial entre neurosis y psicosis. En *Clínica diferencial de las psicosis* (pp. 223-230). Buenos Aires: Fundación del Campo Freudiano.

- Bernal, H. (2007). El comentario de texto como método de investigación en el psicoanálisis. *Revista Electrónica Poiesis*, volumen 13. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/367/346>
- Brousse, M.-H. (2000). Cuerpo e histeria. En *El cuerpo en psicoanálisis* (pp. 51-66). Madrid: ELP.
- Calva, Y., y Moncayo, A. (2014). *Diagnóstico diferencial entre los delirios en la estructura histérica y los delirios en la psicosis* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/3317/1611/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-16.pdf>
- Cárdenas, P. y Estacio, M. (2010). *Trastornos de subjetivación en la infancia* (Tesis inédita de maestría. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil.
- Chamorro, J. (2004). *Clínica de las psicosis*. Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires.
- De la Rosa, J. (2016). *LA SUPLENCIA EN LA PSICOSIS: ABORDAJE TEÓRICO DESDE EL MARCO CONCEPTUAL PSICOANALÍTICO Y ANÁLISIS DE CASOS* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5453/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-54.pdf>
- Dessal, G. y Viscasillas, G. (2000). Comentario acerca del Estadio del Espejo y del modelo óptico. En M.-H. Brousse (eds.), *El cuerpo en psicoanálisis* (pp. 83-97). Madrid: ELP.
- Dessal, G. (2000). Sobre el estadio del Estadio del Espejo en diferentes momentos de la enseñanza de Lacan. En M.-H. Brousse (eds.), *El cuerpo en psicoanálisis* (pp. 43-50). Madrid: ELP.
- Dumas-Primbault, E. (1988). El desencadenamiento: momento fecundo o delirio histérico. En *Clínica diferencial de las psicosis* (pp. 342-347). Buenos Aires: Fundación del Campo Freudiano.
- Freud, S. (1923-1925a). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras completas: Sigmund Freud. Volumen 19*. (págs. 13-66). Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1923-1925b). El sepultamiento del complejo de Edipo. En S. Freud, *Obras completas: Sigmund Freud. Volumen 19.* (págs. 177-187). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923-1925c). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En *Obras completas: Sigmund Freud. Volumen 19* (pp. 259-276). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1927-1931). Sobre la sexualidad femenina. En *Obras completas: Sigmund Freud. Volumen 21* (pp. 223-244). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1932-1936). 33a conferencia: La feminidad. En *Obras Completas: Sigmund Freud. Volumen 22* (pp. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, L. (2012). *Teoría general del proceso* [Archivo PDF]. Recuperado de http://www.upg.mx/wp-content/uploads/2015/10/LIBRO-17-Teoria_general_del_proceso.pdf
- Giraldo, J. (2012). *Metodología y técnica de la investigación jurídica*. Ibagué: Universidad de Ibagué.
- Godoy, C. (2014a). Psicosis y sexuación. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis* (pp. 157-178). Olivos: Grama Ediciones.
- Godoy, C. (2014b). La nervadura del significante. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis* (pp. 37-62). Olivos: Grama Ediciones.
- Goya, A. (2000). El cuerpo en la psicosis. En M.-H. Brousse (eds.), *El cuerpo en psicoanálisis* (pp. 67-82). Madrid: ELP.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Julien, P. (2002). *Psicosis, perversión, neurosis : la lectura de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario 3 : Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1956-1957). *El seminario de Jacques Lacan : libro 4 : la relación con el objeto*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (1957-1958). *El seminario 5: las formaciones del inconsciente* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://bibliopsi.org/docs/lacan/07%20Seminario%205.pdf>
- Lacan, J. (1964). *El seminario 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1971a). Acerca de la causalidad psíquica. En *Escritos I* (pp. 142-183). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1971b). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I* (pp. 86-93). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1971c). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II* (pp. 513-564). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1971d). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. En *Escritos I* (pp. 187-203). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1972-1973). *El seminario 20 : Aún* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://bibliopsi.org/docs/lacan/Seminario-20-Aun-Paidos-BN.pdf>
- Lacourt, J. y Bosson, P. (1988). Fenómenos psicossomático y estructura psicótica. En *Clínica diferencial de las psicosis* (pp. 250-255). Buenos Aires: Fundación del Campo Freudiano.
- Laurent, E. (1994). Posiciones femeninas del ser. En G. Brodsky (eds.), *Sexualidad femenina* (pp. 43-54). Buenos Aires.
- Leibson, L. (2012). Desencadenamientos y locuras en la neurosis. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la neurosis* (pp. 269-294). Olivos: Grama Ediciones.
- Leibson, L. (2014). El cuerpo de la psicosis, entre el goce y la escritura. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis* (pp. 179-194). Olivos: Grama Ediciones.
- Maleval, J.-C. (1991). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.

- Maleval, J.-C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre : el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Manrique, D. y Londoño, P. (2012). De la Diferencia en los Mecanismos Estructurales de la Neurosis, la Psicosis y la Perversión. *Revista de Psicología GEPU*, volumen 3 (1), 127-147. Recuperado de <https://dl.dropboxusercontent.com/u/108029680/De%20la%20Diferencia%20en%20los%20Mecanismos%20Estructurales%20de%20la%20Neurosis%2C%20la%20Psicosis%20y%20la%20Perversi%C3%B3n.pdf>
- Mazzoni, Y. (2016). Forclusión del Nombre del Padre y fenómenos elementales. En J. Zuberman (eds.), *Lo que la práctica del psicoanálisis nos enseña* (pp. 184-192). Buenos Aires: Letra Viva.
- Mazucca, R. (2014). Fenómenos elementales. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis* (pp. 63-110). Olivos: Grama Ediciones.
- Miller, J.-A. (2013). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Ollague, M. (2012). *EFFECTOS DE LA ESTRUCTURA SUBJETIVA POR LA FORCLUSIÓN DEL NOMBRE-DEL-PADRE. Estudio de casos clínicos de niños de cuatro a cinco años atendidos en una institución educativa* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/116/1/T-UCSG-POS-PSCO-3.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE - 10*. Disponible en http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F29&index=enf&searchId=1487444865461&historyIndex=5
- PONS. (2016). *Verwerfung | alemán - español | PONS*. Disponible en <http://es.pons.com/traducci%C3%B3n?q=verwerfung&l=dees&in=&lf=de>
- Quackelbeen, J., Stevens, A., & Zenoni, A. (1988). Las formaciones del inconsciente en la psicosis. En *Diagnóstico diferencial de las psicosis* (pp. 60-65). Buenos Aires: Fundación del Campo Freudiano.
- Ramírez, M. (2012). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Ramírez, M. (2014). El desencadenamiento de una Medea. *Mario Elkin Ramírez, psicoanalísta*. Recuperado de <http://marioelkin.com/blog-el-desencadenamiento-de-una-medea/>
- Salman, S. (2013). Un real femenino. *Virtualia*, volumen 27, 33-34. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/027/Virtualia27.pdf>
- Sauval, M. (1997). *Acerca de la causalidad psíquica. Lectura y comentarios* [Archivo PDF]. Recuperado de <http://www.sauval.com/pdf/Causalidad%20psiquica.pdf>
- Schejtman, F. (2012). Histeria y Otro goce. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre la neurosis* (pp. 37-82). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Schejtman, F. (2014). De 'La negación' al Seminario 3. En F. Schejtman (eds.), *Elaboraciones lacanianas sobre las psicosis* (pp. 11-36). Olivos: Grama Ediciones.
- Deffieux, J.-P. y Dewambrechies-La Sagna, C. (2003). Usos del cuerpo y síntomas. En J.-A. Miller (eds.) *La psicosis ordinaria* (pp. 85-102). Buenos Aires: Paidós.
- Soler, C. (2015). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Stevens, A. (1998). La adolescencia, síntoma de la pubertad. En *Actualidad de la clínica psicoanalítica. Psicoanálisis con niños y púberes* (pp. 25-39). Buenos Aires: Ediciones Labrado.
- Tendlarz, S. (2009). *Psicosis, lo clásico y lo nuevo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Tendlarz, S. (2010). *De qué sufren los niños? : la psicosis en la infancia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tendlarz, S. (2013a). *¿Qué es el autismo?* Buenos Aires: Colección Diva.
- Tendlarz, S. (2013b). *Las mujeres y sus goces*. Buenos Aires : Colección Diva.

ANEXOS

Entrevista al Psicólogo César Valcárcel

Bryan Flores: Buenos días, nos encontramos con el Psicólogo César Valcárcel, quien es el psicólogo de una prestigiosa institución hospitalaria de la ciudad que brinda atención gineco-obstétrica. César te voy a realizar un par de preguntas acerca del trabajo que realizas aquí en el hospital y Ariana estará tomando apuntes de tus respuestas.

¿Cuál es la visión institucional acerca de los trastornos de espectro psicótico, tales como la esquizofrenia, trastorno psicótico breve, etc.? ¿Cómo lo tratan? ¿Cómo lo diagnostican?

César: Institucionalmente, es decir desde la medicina, lo ven como una enfermedad, una enfermedad mental. Obviamente, para que sean diagnosticadas como una enfermedad mental, nos regimos a manuales y tiene que haber la presencia de síntomas. Si no existe la presencia de síntomas, lo cual es un arma de doble filo, como lo comentábamos en algún momento, porque por ejemplo en la esquizofrénica al momento de síntomas negativos, no hay sintomatología observable pero por ejemplo para la psicología sí es un síntoma negativo la tendencia al llanto o el mutismo selectivo que puede tener una paciente. Si es que hay presencia de síntomas para el personal, es decir para el equipo médico, entonces hay una enfermedad mental.

Bryan: y ¿qué tan común es este tipo de casos en hospitalización? Porque seguramente se presenten casos en consulta externa, pero ¿qué tanto se ve en hospitalización?

César: Es muy poco común, la verdad. En el 2016, hemos visto unas 5 pacientes durante todo el año, que han tenido brotes psicóticos, no tan agresivos como el de la última paciente, pero sí han tenido un brote psicótico por la reacción a algún tipo de medicación. Tuvimos un brote psicótico en una paciente de 65 años, tras haberse sometido a un descenso de vejiga, de pronto una medicación y ella tuvo un brote psicótico, sin antecedentes. Ella tuvo un brote psicótico de tres días, posteriormente se le medicó Haldol y bajaron sus síntomas y bajó su agresividad.

Bryan: Y cuando los médicos encuentran algún síntoma o detecta algún síntoma, acuden a ti, supongo.

César: Sí, inicialmente se pide la valoración psicológica. Con la valoración psicológica se confirma algún tipo de desorientación global, algún tipo de incoherencia, un proceso de agresividad, la presencia de alucinaciones y en ese momento nosotros procedemos a hacer el informe y procedemos a hacer la llamada al Instituto de Neurociencias. Hay medicación que sí se puede suministrar durante el embarazo sin efectos en la formación del bebé, las medicaciones más fuertes no la podemos dar porque en los estudios actuales, sí presenta complicaciones al bebé. Entonces la medicación que podemos suministrar, es la que damos.

Bryan: Me imagino que una vez que se diagnostica que hay un trastorno psicótico, bueno va a variar de paciente a paciente, pero ¿cuál es el procedimiento de un psicólogo con estas pacientes?

César: Bueno, primero la entrevista, el abordaje con ella, buscar la manera de reducir sus niveles de angustia que es lo más representativo de ellas. La metodología varía, hay pacientes que no toleran que te acerques si tienes un mandil, muy frecuentemente nos sacamos el mandil y vamos como uno más, el diálogo con ella, entrar en su delirio, yo tengo que entrar en su delirio, ser parte de su delirio y apoyar su delirio para que de ahí baje sus estados de angustia. Esta paciente que vimos, yo tuve que sentarme a comer con ella y en el jugo de ella estaban las gotas de Haloperidol, entonces ella me dijo “si tú tomas, yo tomo” yo tomé la mitad del jugo y ella la otra mitad. Después de la entrevista de ella, yo tuve que tomar un digestivo porque esto corta el efecto de una medicina antipsicótica. Entonces tuve que tomar inmediatamente un digestivo para que no tenga el efecto yo. Así al yo estar dentro de su delirio, ella cedió y tomó la medicación. Entonces nosotros tenemos que entrar ahí y desde adentro, trabajar y bajar sus tensiones. Siempre ha funcionado de esta manera, si es que buscamos agarrarla entre los tres y que Ariana la inyecte, el efecto es bueno porque conseguimos darle la medicación y la noqueamos, pero no es la vía.

Bryan: Entonces, principalmente tratar de no mostrarse como alguien que la va a agarrar y querer “tranquilizarla”.

César: Exacto, no ser uno más. Uno más que la va a criticar, uno más que le va a decir que está loca, uno más que la va a señalar, uno más que le va a decir que no sirve. Es decir, el paciente psicótico es un paciente a la defensiva y si yo lo señalo, aumento su delirio. Si yo lo agredo verbalmente o simplemente con mi postura,

aumento su delirio y va a pensar que estoy en contra de él. En el otro contexto, allá al frente, yo puedo trabajar así porque todos son psicóticos, pero aquí yo no puedo trabajar así. Allá yo puedo darle un medicamento al paciente a la fuerza pero aquí no, el entorno es diferente y si yo hago eso las demás pacientes van a ver, entonces no es lo más saludable. Se busca entonces, reducir angustia en la paciente y generar bienestar a las demás pacientes. Ustedes han visto cómo son las camas, hay 5 camas juntas en cada sala. Esta paciente estaba en el medio, la uno, la dos, la cuatro y la cinco, cogieron a su bebé y se mandaron a cambiar con justa razón porque pensaron que ella les iba a hacer daño y no, no les iba a hacer daño a ellas. La paciente nos quería hacer daño a nosotros, a su mamá a quien golpea, le da un golpe de puño cuando le dijo “tranquilízate”, vino el guardia y también le dio un golpe de puño. A todo el que se le acercaba, ella le golpeaba, porque todo el mundo quería “tranquilizarla”, es como un “tranquilízate porque estás loca”. Entonces cuando alguien llega y le dice “¿qué te pasa? ¿Qué quieres?” ¿Sabes qué era lo único que ella quería? Comer. Era lo único que quería, comer. Su baja tolerancia le hizo que haga el brote, porque quería comer, se moría de hambre literalmente, estando embarazada, la primera vez. Entonces le dije “¿qué quieres? ¿Por qué le estas pegando a todo el mundo?” – “Es que nadie me da de comer”. – “Ok, tráiganle la comida”. Se sentó tranquilita, estaba a mi lado y me dijo “pero siéntate a lado mío” y le dije que no había problema. Ella mencionó “Pero si yo voy a comer, come tú de mi plato por si la comida tiene algo”. Me senté a comer, ella comió y ahí ingirió la medicación y ahí se acabó.

Bryan: Ok, entonces nos podrías relatar más, ¿cómo fue este caso, cómo llegó y qué síntomas no más presentó?

César: Ella era de otra ciudad, por lo cual fue derivada a una institución pública mayor de la ciudad, y este, como no era un hospital con especialidad gineco-obstétrica nos la derivó a nosotros. En el momento que hacen la derivación con nosotros, nos llega una paciente sin diagnóstico de esquizofrenia, una paciente con amenaza de parto pretérmino. Cuando hace un abordaje el equipo médico, no aborda a una paciente esquizofrénica, aborda a una mujer con amenaza de parto pretérmino. Pero cuando ella se da cuenta que está encerrada, que no puede salir e ir a su casa porque su hijo de tres años estaba en la Libertad con una hermana de ella y ella quería ver a su hijo porque nadie puede cuidar a su hijo mejor que ella, entonces ahí es que sus niveles de estrés van aumentando. Obviamente el estrés en un esquizofrénico va a generar

el brote. Ahí es que hace el brote, se arranca la vía del suero que le teníamos con una medicación porque tenía una infección en las vías urinarias, la mamá quiere detenerla y ella golpea a la mamá, luego al guardia que se acercó. Yo estaba aquí en consulta externa y me llaman. Inicialmente la Dra. Auz toma contacto con la paciente, pero la doctora simplemente dijo que es una paciente psicótica y que hagan el informe pero la paciente seguía con altos niveles de ansiedad y entonces me llaman a mí. Cuando llego encuentro a una paciente sin ropa, sólo con su interior porque se había sacado la bata que les damos aquí y estaba gritando que se quería ir del hospital. Estaban varias personas que trabajan para el hospital, yo me acerqué y les pedí que me dejen a mí hablar con ella. Ella no quería hablar conmigo, pero me presenté y le pregunté que cómo se llamaba, ella me dijo que “Elena”. Le dije que yo era parte del equipo médico a lo que respondió “tú eres psiquiatra”, le dije que no, que yo era parte del equipo médico. Tras eso, la paciente dijo “en el mandil tienes las inyecciones para tranquilizarme”, le dije que no y procedí a sacarme el mandil y dejar a un lado. Le dije que sólo quería conversar con ella para ver qué era lo que necesitaba y ella respondió que se quería ir de este hospital. Le dije que no podía irse porque está con amenaza de parto pretérmino y ella mencionó “es que yo no estoy embarazada” y comenzó a golpearse el vientre diciendo “no estoy embarazada, son gases” de manera repetitiva. Le expliqué que ese día no podía darle de alta pero que podía hacerlo el día siguiente si es que ella se quedaba tranquila, a lo que respondió “es que no puedo estar tranquila porque tengo hambre y nadie entiende que tengo hambre”. Pedí que le traigan la comida y el jugo, yo ya me había comunicado con el Instituto de Neurociencias y me habían indicado que le de cincuenta gotas, es una de las dosis más fuertes pero permitida, cincuenta gotas de Haloperidol y las pusieron en el jugo. Mientras ella comía me dijo “si tu tomas, yo tomo” refiriéndose al jugo. Yo tomé una mitad y ella la otra mitad, comió las frutas, estuvimos conversando hasta que le dije que me permita ir al baño y yo ya había pedido un digestivo para tomarme e inhibir el efecto de la medicación. Cuando volví con ella, ya estaba más tranquila, le dije que necesitaba que se coloque nuevamente la bata y que le pondría la vía. Ella no quería que le pongan la vía porque decía que ahí estaba la medicación, mira lo genial del esquizofrénico, me dijo “es que ahí está el antipsicótico”, le dije que no había nada y le bajé el suero, le expliqué que el suero tiene el adhesivo con lo que contiene y no había ni un antipsicótico. Luego se quedó dormida y para esto, los padres estaban en la sala de espera, ellos me relatan que ella toda la vida, o sea desde hace muchos

años ha sido así. Ella en la casa los golpeaba, les pegaba, salía con varias personas, con muchos hombres y de hecho de todos esos hombres no sabían de quién era el bebé que estaba esperando. Los padres ya no sabían qué hacer y me pedían que nosotros los ayudemos. Me comuniqué al Neurociencias y ahí me dijeron que no podían recibirla porque estaba embarazada, el Neurociencias no recibe mujeres embarazadas, únicamente para una revisión, las medican y las mandan de nuevo. Durante dos días ella estuvo bien, yo era el que le daba la medicación, me quedaba con ella como hasta las cuatro de la tarde y en la noche pasaba para ver cómo seguía, me pedía que me quede a comer pero yo tenía que ir a dar clases así que le dije que yo el día siguiente iba a desayunar con ella. Fui al día siguiente, desayunamos, ahí nuevamente estaba la medicación pero ya no me pedía que tome el jugo. Logramos que esté estable gineco-obstétricamente por lo cual el Hospital Guayaquil la pide de vuelta, así que la mandamos. Ella vuelve a ingresar dos meses después ya para parir, pare y presenta síntomas negativos porque recibió medicación todo ese tiempo. Entonces, presentó una irritabilidad muy baja, no quería comer, ni hablar con nadie, no quería ver a nadie. Le pregunté si quería ver a su bebe y ella respondía “no yo no tengo ni un bebé”. El reporte del área quirúrgica fue que cuando ella parió, nosotros tenemos un procedimiento que se llama apego precoz, es decir, apenas nace el bebé te lo damos para que lacte y todo eso. Pero la paciente no quiso, de hecho cuando la enfermera se lo puso, ella lo empuja al bebé y lo quiere agredir. No quiso ver al bebé todo el tiempo y la que se dedicó fue su hermana, la hermana que le cuidaba al niño de tres años, vino y ella cuidaba al bebé. Ya en la segunda instancia estuvo mucho más controlada, estuvo con chequeo en el Neurociencias, se le dio una medicación bastante fuerte y afortunadamente no produjo inconvenientes al bebé porque le dimos lo permitido por la OMS y la paciente se fue estable, “estable”, no se fue bien, se fue “estable”.

Bryan: Entonces, ¿puedes ubicar alguna situación que pudo haber motivado el brote?

César: el manejo, el manejo con la paciente. Es decir cuando nosotros no sabemos nada, Ariana viene aquí a dar a luz y viene sola, yo no sé nada de ella. Cuando ella tenga un leve malestar, si yo no manejo bien ese leve malestar, la pierdo. Imagínate, ella lo que quería era comer, como no le dieron comida, obviamente se quería ir del hospital y ponía la excusa, porque racionalizan muy bien, y decía “no es que no hay nadie quien cuide a mi hijo mejor que yo”, pero lo único que ella pedía inicialmente era

comer. Por lo general aquí la comida es a la una de la tarde, no quería otra cosa, no estaba pidiendo una suite. Entonces ese manejo, lo peor que puedes hacer con una persona que tiene un brote histérico o psicótico, es decirle “tranquilízate”, es como querer apagar el fuego echando gasolina porque es líquido. Quizás en los libros dicen muchas cosas, pero ya en la práctica podemos ver que a veces no es como dice los libros. A veces. Hay veces que hay cada caso, como el de ella. Tuvimos otra paciente, esquizofrénica, medicada, pero ella interrumpió la medicación en el embarazo. Mariela, treinta años, una negra de 1.92 de altura y de unas 260 libras. La cogieron dos personas en el HES, a los dos los tumbó, cuando llegué yo, chiquito, me saqué el mandil y conversé con ella. Lo mismo, ¿qué quería ella? Ver a su bebé. Ella sólo quería ver a su bebé, no quería nada más. Obvio tenemos un procedimiento que dice que las visitas son al mediodía, pero nadie le dijo eso, sólo le dijeron que no podía ver a su bebé. Si pensamos un poco, ella sí venía con un diagnóstico de esquizofrenia, la anterior no, entonces si viene con un diagnóstico, yo voy a buscar el manejo, generar el mayor grado de bienestar y que en mi hospital no brote, por último en el peor de los casos, que en mi hospital no brote para que no haga histeria colectiva con la gente. Entonces si yo sólo le digo “no, no puedes”, esa paciente se encausó, y con justa razón y mira, gracias a eso logramos, porque como se hizo todo un problema hicimos un reporte a la inspectoría de dirección técnica e informamos eso, que las mujeres no pueden ver a sus bebés cuando están medio complicados en el transcurso del día lo cual no es justo. Ellas pueden verlos cuando quieran y gracias a eso se hizo un protocolo para que ellas los vean en cualquier momento. Ella y todas las mujeres. Si querían ver a sus bebés a las 10:00 am, lo podían ver. Claro, de 10 a 15 minutos porque hay procedimientos médicos y los doctores tienen que pasar visita. Pero ya vez a tu bebe, ves que está muy bien, que está gordo, está grande, flaco o chiquito y listo, te vas y regresas al medio día. Yo llevé a la paciente a ver a su bebé, ella le cambió de pañal, lo limpió, le dio de lactar, le limpió con un hisopo y agua oxigenada las encías para que no se le queden residuos de la leche, lo acostó en la termocuna. Luego quiso coger a otro para hacer lo mismo y le dije que no se podía hacer a lo que ella sólo respondió “ya, muy bien doctor.” Después ya se fue conmigo, se sentó y le dije que le iba a poner una medicación que es para el dolor. Me preguntó que qué era eso, le dije que era Analgan pero era Haloperidol. Ella me dice “si usted me lo dice, yo confió en usted” y ahí ella ya se quedó tranquila y cada vez que le iban a poner la medicina ella decía “no, sólo si viene César.”, entonces me llamaban y así mismo le

pasaba visitas hasta la noche, “¿Cómo estás Mariela? ¿Cómo te va? Vamos a ponerte la medicación” ella me respondía “ya listo”. Ella mismo se alzaba la bata para que le coloquen la inyección. Cesareada en la noche, 8 am estaba caminando. Esa mujer tenía una fuerza indescriptible. Entonces si podemos identificar bien estas cosas y podemos manejarlas bien, no va a haber problema y no va a haber brote. Por eso yo siempre en emergencias pido que revisen bien los antecedentes de las pacientes, si tienen algún tipo de complicación psicológica, nos avisen y así yo ya hablo con los jefes de sala y doctores, para que la paciente esté bien y no brote. Yo al personal mismo le digo “hasta para que no se te complique tu trabajo, porque si esa mujer brota, se complica mucho tu trabajo, se arranca la vía, se arranca la sonda, empieza a caminar y aquí tenemos ventanas, abre la ventana y se lanza.” No lo va a hacer, pero por si acaso.

Bryan: Entonces cuando ya hay un diagnóstico previo, ¿el manejo es diferente?

César: Claro, el manejo es distinto. El procedimiento sigue siendo el mismo, llamo al Neurociencias, ellos me dicen qué darle.

Bryan: De la paciente que se llama Elena, ¿recuerdas la edad? ¿Ella ya estaba con algún diagnóstico?

César: Sí, déjame revisar, en el sistema tenemos eso. Ella tenía 29 años y desde los 20 hizo debut y con agresividad, delirio de persecución. Ya conmigo tuvo las alucinaciones.

Ariana: ¿Cómo toman los doctores, cuando hay una situación de algún brote? ¿Cómo actúan ante esto?

César: Bueno, ellos me llaman a mí inmediatamente. Afortunadamente ya tenemos esa confianza. Hay el respeto y el aprecio hacia la especialidad y me llaman inmediatamente. Me dicen “ven que tengo una paciente que sólo ustedes la pueden controlar”. Pero ellos lo ven como una loca, lamentablemente. Y para ellos no es un trastorno, es una enfermedad incurable. Entonces “anda mira a esa enferma”. Entonces por ejemplo si ellos ven un esquizotípico, lo ven ahí callado, “mira ese no tiene nada”, pero nosotros sabemos que sí tienen algo.

Bryan: Bueno César, muchísimas gracias. Eso ha sido todo.

César: No, a ustedes. Muchas gracias.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Flores Silva, Bryan Andrés**, con C.C: # **0920184512** autor del trabajo de titulación: **Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica** previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **21 de febrero de 2017**

f. _____

Nombre: **Flores Silva, Bryan Andrés**

C.C: **0920184512**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **López Alvarez, Ariana María**, con C.C: # **0920870060** autora del trabajo de titulación: **Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica** previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **21 de febrero de 2017**

f. _____

Nombre: **López Alvarez, Ariana María**

C.C: **0920870060**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Estudio psicoanalítico de los cambios corporales en el proceso de gestación como factor desencadenante en mujeres de estructura psicótica: Una propuesta diagnóstica		
AUTOR(ES)	Flores Silva, Bryan Andrés; López Alvarez Ariana María		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Carrera de Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciatura en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de febrero de 2017	No. DE PÁGINAS:	90
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología clínica, psicoanálisis, salud mental.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Psicosis, desencadenamiento, embarazo, Nombre del Padre, forclusión, cuerpo.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): En este proyecto de investigación se trabajó acerca del desencadenamiento psicótico de mujeres que atraviesan por un embarazo que, debido a los cambios corporales que acompañan al proceso de gestación, pueden atravesar por un desencadenamiento de su estructura. Este trabajo aporta a estudiantes y profesionales del área de la salud mental por su indagación en una temática que no ha sido revisada ampliamente por autores dentro del contexto psicoanalítico, por lo que permitirá una aproximación al tema de desencadenamientos psicóticos. Se realizó la metodología de comentario de texto que atañen a la problemática planteada con la finalidad analizar información acerca de los desencadenamientos psicóticos de pacientes mujeres que atraviesan un proceso de gestación para elaborar teorizaciones de la relación de ambos eventos; examinar los momentos clave de la constitución subjetiva, la formación del cuerpo, las diferencias en la estructuración de una neurosis y una psicosis, y la relación de los cambios corporales que acompañan el embarazo con los factores que desencadenan una psicosis. Así, se pudo concluir que las modificaciones corporales de este proceso pueden producir un desencadenamiento por cuanto adquieren el estatuto de Un-Padre significativo que se opone a la estabilidad imaginaria, dejando sin respuesta al psicótico.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2491398; +593-4-2627864	E-mail: bryanflores10@hotmail.com ; arianalopez_a30@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Gómez Aguayo Rosa Irene		
	Teléfono: +593-4-2209210 Ext. 1413		
	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			