

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**TÍTULO DEL PROYECTO**

***“ESTUDIO ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE NEUROSIS Y PSICOSIS ANTE LA APARICIÓN DE UN «EPISODIO PSICÓTICO AGUDO» DURANTE EL ESTADO PUERPERAL”***

**ALUMNA: MARÍA SOLEDAD RATTI - Mat. Nº: 2672/92**

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR O.C.S. 143/89**

**SUPERVISORA: LIC. MARTA INÉS DIMOV**

**CÁTEDRA DE RADICACIÓN: MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA**

**FECHA DE ENTREGA: SEPTIEMBRE DE 2007**

Nº CLASIFICACION :	ADQUISICION :
T-pg R	
	Nº INVENTARIO :
	R-429



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89**

**Apellido y Nombre :** Ratti , María Soledad

**DNI :** 23464196

**Matrícula:** 2672/92

**Cátedra de radicación del proyecto:** Modelos en Psicopatología

**Supervisora:** Lic. Marta Inés Dimov

**El proyecto no forma parte de uno mayor en desarrollo**

**Título del proyecto**

*"Estudio acerca del diagnóstico diferencial entre Neurosis y Psicosis ante la aparición de un «episodio psicótico agudo» durante el estado puerperal "*

**Palabras claves**

Neurosis – Psicosis – Estado puerperal – Episodio psicótico agudo

**Descripción**

El interés por el tema surge de las prácticas realizadas durante la residencia de pre-grado en la guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos Dr. Oscar Alende. En ese contexto, el seguimiento de un caso, en el que luego del parto sobrevino un episodio psicótico agudo, desencadenó los siguientes interrogantes:

- ¿Qué sucede a nivel psíquico en el estado puerperal?



- ¿Cuál es el estatuto teórico de este estado para el psicoanálisis?
- ¿Es posible establecer un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis ante un episodio psicótico agudo sobrevenido durante el puerperio?
- ¿Una manifestación aguda durante dicho estado es necesariamente indicativa de una posición psicótica, o podría conjeturarse que se trata de un episodio aislado dentro de una posición neurótica?

En verdad, suponer que este trabajo de investigación puede dar acabada respuesta a estos interrogantes resultaría excesivamente pretencioso. Se trata, más bien, de poner a trabajar dichas preguntas mediante la aplicación de conceptos psicoanalíticos, reformularlas si fuera necesario, darles rigor teórico, y utilizarlas como punto de partida para identificar las dificultades que presenta la distinción entre una posición subjetiva neurótica o bien una posición subjetiva psicótica en los casos de «episodio psicótico agudo» suscitado durante el estado puerperal.

En función de tal propósito, se adoptarán dos relatos clínicos, pertinentes al tema, en carácter de unidad de análisis, con el fin de poder conocer las dificultades diagnósticas que presenta la aparición de tales episodios, aplicando para ello concepciones teóricas provenientes de autores reconocidos por la comunidad psicoanalítica.

Finalmente, se espera que las conclusiones a las que arribe la indagación a emprender estimulen y alienten la prosecución de la investigación en este campo del conocimiento.

### **Objetivo General**

Realizar una investigación bibliográfica de carácter exploratorio para identificar las dificultades que presenta la formulación diagnóstica entre neurosis y psicosis en los estados psicóticos agudos sobrevenidos durante el estado puerperal.

## Objetivos Particulares

- Precisar el estatuto teórico que confiere el psicoanálisis al estado puerperal.
- Identificar indicios clínicos que permiten:
  - a. suponer que el episodio psicótico puerperal constituye un hecho aislado y que, por lo tanto, no es por sí mismo indicativo del desencadenamiento de psicosis.
  - b. presumir que dicho episodio es revelador del desencadenamiento de psicosis.
- Identificar las dificultades que presenta la mencionada distinción diagnóstica desde el punto de vista clínico y psicopatológico.

## Métodos y técnicas

- Selección y estudio de dos casos clínicos pertinentes al tema de investigación.
- Aplicación de diversas perspectivas teórico-clínicas psicoanalíticas a los casos clínicos estudiados.

## Fuentes

### a) Fuentes primarias

Entrevistas presenciadas en carácter de residente de pre-grado en la guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

### b) Fuentes secundarias

- Material bibliográfico
- Publicaciones psicoanalíticas
- Foros de discusión virtuales en sitios web de Psicología y Psicoanálisis

- Actas de jornadas y congresos de Psicología, Psicoanálisis y Psiquiatría
- Material de circulación interna de asignaturas de la Facultad de Psicología de la UNMDP

Las fuentes secundarias se obtendrán de

- Internet
- Biblioteca Central de la UNMdP
- Biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNMdP
- Biblioteca del Centro Cultural del Partido de General Pueyrredón

### Cronograma de actividades

Actividades	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct
Relevamiento de datos	X					
Elaboración del proyecto	X	X	X			
Supervisiones	X	X	X	X	X	
Presentación del proyecto			X			
Fichaje y clasificación de los datos	X	X				
Análisis de los datos			X	X		
Elaboración de las conclusiones				X	X	
Entrega del Informe Final					X	D



## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE REFERENCIA

- BETTA , J.C. "*Manual de psiquiatría*" , Ed. Universitaria ,1997
- DSM IV: "*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*", American Psychiatric Association, Ed. Masson, Barcelona, 1994.
- CALLIGARIS, CONTARDO "*Introducción a una clínica diferencial de la psicosis*" Ed. Nueva visión , Bs. As
- FERNÁNDEZ, Elida y otros: "*Cuerpo y significante*", Ed. Ricardo Vergara Ediciones, Bs. As 1989.
- FERNÁNDEZ, Elida: "Diagnosticar las psicosis", Ed. Paradiso Bs As. 1993.
- FREUD, Sigmund (1910) "*Acerca del mecanismo paranoico*", O.C., Vol. XII, Amorrortu Editores, Bs. As, 1980.
- (1924) "*Neurosis y Psicosis*", O.C., Vol. XIX, Amorrortu Editores, Bs. As, 1980.
- (1924) "*La pérdida de realidad en Neurosis y Psicosis*", O.C., Vol. XIX, Amorrortu Editores, Bs. As, 1980.
- LACAN, Jacques (1955-1956), El Seminario. Libro 3. "*Las Psicosis*", Paidós, Buenos Aires, 1991.
- MAZZUCA ,R. "*Las psicosis :Fenómeno y estructura*" Ed. Eudeba ,Bs As ,2001 .
- VEGH, Isidoro "*Estructuras y transferencia en las psicosis*", en AA.VV., "*Las Psicosis*", Editorial Homo Sapiens, Rosario.
- VEGH, Isidoro "*Una cita con la Psicosis*" , Editorial Homo Sapiens ,Rosario.

## DOCUMENTOS

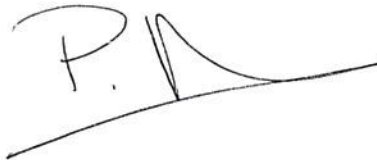
- Cuadernillos de Cátedra incluidos en la bibliografía de la materia "Modelos en Psicopatología", Facultad de Psicología, UNMDP: "*Los debates sobre la esquizofrenia*", "*Alteraciones de las funciones psíquicas*"
- BAFICO, JORGE "*¿Una neurosis demoníaca?*" Acheronta ,Revista de psicoanálisis y Cultura N 9 Julio 1999.
- RAMÍREZ ORTIZ ,MARIO "*El desencadenamiento de una Medea*"  
[www.psiconet.com](http://www.psiconet.com)

- DR. GREGORIO EVANS ,M Y OTROS "Depresión post parto en el sistema público de Atención de salud" Revista Chil Obstet Ginecol 2003;68(6)
- MONCHABLON, A. , PERALTA M.I. "Psicosis puerperales" en Alcmeon 15
- Revista Hospital y psicoanálisis
- Revista Anual de psiquiatría
- VIDAL, D. "Delirios", Revista ALCMEON 23, Año VIII - Vol. 6 - Nº 3 - Noviembre 1997



MARTA INES DIMOV  
PSICOLOGA MAT. 45495

Aprobado sin modificaciones



Patricia Weissmann

Fecha de aprobación : 31/08/06

**“Este informe final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna María Soledad Ratti de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”**

“El que suscribe manifiesta que el siguiente Informe Final ha sido elaborado por la alumna María Soledad Ratti, matrícula N° 2672/92, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los .....<sup>3</sup>.....días del mes de...**SEPTIEMBRE**.....del año 2007”

Firma, aclaración y sello de la Supervisora: .....



MARTA INES DIMOV  
PSICOLOGA MAT. 45495

## INFORME DEL SUPERVISOR

La exploración bibliográfica llevada a cabo por la alumna María Soledad Ratti cumplió con el objetivo de identificar las dificultades que presenta la formulación diagnóstica a los efectos de decidir entre neurosis y psicosis en los estados psicóticos agudos sobrevenidos durante el estado puerperal, tal como fuera previsto en el proyecto de investigación presentado en su oportunidad.

La tarea realizada tiene el mérito, no sólo de brindar una actualización del estado de la cuestión examinada, sino principalmente de haber puesto de relieve algunos de los obstáculos, los impasses y los interrogantes que suscita el intento de precisar y definir la posición subjetiva de un paciente. En el caso puntual del objeto de esta investigación, las dudas diagnósticas se ven incrementadas debido a la particular fenomenología de estas presentaciones clínicas, la que por su espectacularidad suele ocasionar un fuerte impacto aún en los profesionales más avezados.

Por otra parte, es de destacar que a pesar de la acotada literatura existente sobre la temática investigada (así como de la casuística correspondiente) el hecho de haberla seleccionado, y de haber puesto gran empeño y dedicación tanto en el relevamiento y análisis de los datos como en el cuidado de los aspectos metodológicos, ha permitido avanzar en la delimitación de un campo de trabajo poco explorado, aunque probablemente fecundo en cuanto a la posibilidad de investigación y de producción científica.

En ese sentido, se aspira a que la lectura de este informe opere a modo de incentivo para otros alumnos de grado, y también para aquellos graduados interesados en el tópico, de modo de proseguir indagaciones psicopatológicas, diagnósticas y/o clínicas acerca de las dificultades psíquicas que pueden presentarse en la mujer en el transcurso del estado puerperal.

## **INFORME DE LA COMISIÓN ASESORA**

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna María Soledad Ratti, matrícula N° 2672/92”

**Firma y Aclaración del especialista interviniente:**

*P.W.* Patricia Weissmann

**Firma y Aclaración de la Supervisora:**

*Marta Jimov* MARTA JIMOV

**Firma y Aclaración de los miembros del Área de investigación:**

.....

**Fecha de Aprobación:**

17/9/07

## **INDICE**

<b>Introducción</b>	8
<b>Capítulo 1</b>	
1.1 El Estado Puerperal	10
1.2 Manifestaciones psicopatológicas de posible aparición durante el estado puerperal	16
<b>Capítulo 2</b>	
2.1 Diferencias teóricas entre Neurosis y Psicosis	26
2.2 Dificultades nosográficas	33
2.3 Crisis Psicótica y Episodio Psicótico	35
2.4 El delirio en un posicionamiento subjetivo psicótico y en un posicionamiento subjetivo neurótico	45
<b>Capítulo 3</b>	
3.1 Posturas teóricas	52
<b>Capítulo 4</b>	
4.1 Acerca de la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial Neurosis/Psicosis en el estado puerperal en psicoanálisis	58
<b>Capítulo 5</b>	
5.1 Casos Clínicos	65
5.2 Análisis de los casos clínicos	69
<b>Capítulo 6</b>	
6.1 El diagnóstico en transferencia	77
<b>Conclusiones</b>	82
<b>Agradecimientos</b>	85
<b>Anexos</b>	86
<b>Bibliografía</b>	89

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación no procura presentar la temática elegida de manera cerrada y acabada, hecho que por cierto resultaría una vana pretensión. Por el contrario, intenta abrir la cuestión a través del planteo de interrogantes, los cuales han sido tratados con rigurosidad en sus aspectos teóricos.

El interés por el estado puerperal y, en particular, por la dificultad para establecer un diagnóstico de neurosis o psicosis a partir de la aparición de un episodio psicótico agudo durante su curso, surge de las prácticas realizadas durante la residencia de pregrado en la guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende<sup>1</sup>. El seguimiento de un caso en ese contexto -en el que luego del parto sobrevino un episodio psicótico agudo que planteó dificultades al momento de establecer un diagnóstico presuntivo- se constituyó en promotor de esta investigación, cuyo objetivo es interrogar el tema de referencia en el marco de la teoría psicoanalítica. Para ello, se realizó un estudio bibliográfico, de carácter exploratorio, acerca de la dificultad diagnóstica consignada en el título de este informe que procuró examinar los fundamentos conceptuales de las diversas alternativas psicopatológicas y diagnósticas, tanto psiquiátricas como psicoanalíticas, referidas al tema.

Con el fin de acompañar la lectura, se explicitan algunos de los interrogantes que fueron puestos a trabajar para desarrollar la temática investigada:

¿Es posible pensar:

- Que la ecuación simbólica que sobreviene, según nos indica Freud, al cabo de la tramitación edípica en la niña, se actualice en el embarazo, y que ello suscite la angustia propia del posparto?

---

<sup>1</sup> Residencia de Pre-Grado cursada entre Agosto de 2005 y Abril de 2006

- Que la aparición de un episodio psicótico agudo en una neurosis grave y en el marco del estado puerperal sea una manifestación defensiva ante tal actualización?
- Que aparezcan fenómenos elementales en un delirio neurótico?
- Que aquello que se conoce como psicosis puerperal sea, en ocasiones, tan sólo un episodio psicótico agudo que se presenta durante el estado puerperal sin indicar por sí mismo un posicionamiento subjetivo?

## CAPÍTULO 1

### 1.1 El estado puerperal

#### El punto de vista médico

La gestación y el posparto representan dos etapas de importantes cambios en la mujer tanto a nivel biológico como psicosocial. El parto implica un enorme cambio endócrino en el organismo de la mujer y puede ser motivo para la ocurrencia de situaciones vivenciales anómalas. Si bien el embarazo es considerado como un período de “relativo bienestar”, parece demostrado que el puerperio es un período de especial incidencia de aparición de patología psíquica (Simón Lorda D., Gómez-Reino Rodríguez I. 1999).

El estado puerperal o puerperio es el momento posterior al parto, implica la recuperación de la parturienta; en dicho estado se sucede la reparación del canal de nacimiento, la involución del útero y el regreso de todos los sistemas al estado prenatal. El proceso es tanto anabólico (lactancia) como catabólico (involución del útero). Tanto la fatiga ocurrente por el trabajo de parto, como la necesidad de aliviar la incomodidad propia del organismo, sumado a una amplia gama de emociones, son características del período inmediato que sucede al nacimiento (Jensen, Benson, Bobak, 1981). Según la CIE-10<sup>2</sup>, abarca un lapso que va desde las cuarenta y ocho horas a las seis semanas subsiguientes al parto; el DSM IV<sup>3</sup>, en cambio, considera que el estado puerperal se extiende durante las cuatro semanas siguientes al parto. Por su parte, algunos autores han registrado depresiones acaecidas durante el sexto mes posterior al parto, y consideran un período que va desde las cuarenta y ocho horas posteriores hasta seis meses inclusive<sup>4</sup> (Tesone M., 2005).

Durante dicho estado se producen en la parturienta

---

<sup>2</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. Décima edición.

<sup>3</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición.

<sup>4</sup> Lo que hablaría de un estado puerperal que se extiende hasta 6 meses posteriores al parto.

*cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con alteraciones hormonales y emocionales, sensación de pérdida después del parto, fatiga, sobrecarga de estímulos, malestar y privación de estímulos afectivos ... en el caso de las madres primerizas se les suma la adaptación a su nuevo rol (Tesone M., 2005:102)*

### **El punto de vista psicoanalítico**

A nivel psíquico, luego del parto, sucede principalmente un duelo por la pérdida de la condición de embarazadas, por la pérdida de la sensación de completud experimentada por muchas mujeres durante el período de gestación<sup>5</sup>.

La experiencia toda requiere ser procesada a nivel psíquico, y es J. Lacan quien orienta hacia un posible por qué:

*Existe de todos modos una cosa que escapa a la trama simbólica, la procreación en su raíz esencial: que un ser nazca de otro. La procreación está cubierta, en el orden de lo simbólico, por el orden instaurado de esa sucesión entre los seres. Pero nada explica en lo simbólico el hecho de su individuación, el hecho de que un ser sale de un ser. Todo el simbolismo está allí para afirmar que la criatura no engendra a la criatura, que la criatura es impensable sin una fundamental creación. Nada explica en lo simbólico la creación (Lacan J., 1955/1956: 256)<sup>6</sup>*

Hay en el nacimiento una cuestión dialéctica, la cual, señala Lacan, entraña siempre la posibilidad *de que yo sea intimado a anular al otro*<sup>7</sup>, porque el punto de partida de esta dialéctica:

*es mi alienación en el otro, hay un momento en que puedo estar en posición de ser a mi vez anulado porque el otro no está de acuerdo. La dialéctica del inconciente implica siempre como una de sus posibilidades la lucha, la imposibilidad de coexistencia con el otro (Lacan J., 1955/1956: 62).*

---

<sup>5</sup> Se entrevistaron 10 mujeres de entre 25 y 35 años. La muestra fue conformada incluyendo distintos estratos sociales. Básicamente se les solicitó a las embarazadas que caracterizaran su embarazo. En todos los casos refirieron *extrañar la panza, sentirse completas*, y con *mucho bienestar*, una vez atravesados los tres primeros meses. Con excepción de una primigestante que tuvo una gestación complicada agravada por colindancia de otros cuadros como por ej. alergias.

<sup>6</sup> Paradójicamente es esa misma procreación -que escapa a la trama simbólica - según nos indica Freud, el fin al que propenden tanto el niño como la niña al tramitar el complejo de Edipo y el complejo de castración.

<sup>7</sup> El subrayado es propio

ejemplos que sustentan dicha afirmación, entre otras cosas porque el patrón de normalidad definido por la medicina ha estado tradicionalmente asociado a lo masculino, erigiéndose al varón como el baluarte del cuerpo sano. Dice Huertas:

*Las premisas ideológicas de la patología propia de la mujer se fundan en que el sexo y la reproducción son factores claves para la naturaleza de la mujer pero no para la del hombre, de modo que se espera que la pubertad, el parto o la menopausia afecten tanto el cuerpo como la mente de la mujer de formas no vistas en el varón* (Huertas R., 2002: 118)

El mismo autor comenta que en la producción psiquiátrica española de finales del siglo XIX y de comienzos del siglo XX, se encuentran distintas alusiones a los trastornos mentales “*propios*”<sup>9</sup> de las mujeres, llegándose a establecer, al igual que en otros contextos, una íntima relación entre “*política de género y medicina mental*”. Entre esas alusiones se destacan:

\*cierta susceptibilidad de la mujer para enfermar de enajenación mental (esto debido a la atribución de una supuesta relación entre el sistema nervioso y el aparato genital de la mujer)

\*acentuación de la fisiología femenina como causa exclusiva de determinados desórdenes mentales (Huertas R., 2002).

Entre los trastornos asociados a la mujer, Huertas señala que la cuestión de la locura puerperal (*folie puerperale*) revistió singular interés entre los alienistas europeos, llegando a considerarla como una entidad nosográfica específica; no obstante, hacia finales del siglo XIX la locura puerperal fue sometida a una amplia revisión, dado que se la consideraba una entidad distinta a las demás vesanias.

El texto “*De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchée et des nourrices*” de Louis Victor Marcé (1828-1864), publicado en 1858, constituyó una de las obras de referencia fundamentales para toda la segunda mitad del siglo XIX, al punto que actualmente existe la Société Marcé, que nuclea publicaciones y especialistas en el tema:

---

<sup>9</sup> Subrayado en el original



*Es evidente que independientemente de que se aceptara la existencia de una locura específica de las mujeres embarazadas, lo cierto es que nunca se llegó a poner en tela de juicio que los fenómenos fisiológicos de la mujer como la menstruación, la gestación, el puerperio, la lactancia o la menopausia, podrían desencadenar trastornos mentales más o menos graves cuando el temperamento de la mujer estaba predispuesto. Esta revelación es consecuencia, como bien puede observarse, de la asimilación por parte de los alienistas de las teorías médicas que explicaban determinadas patologías femeninas. Las teorías reflexógenas habían establecido una estrecha conexión entre la fisiología y la patología de los órganos genitales y el sistema nervioso femenino, que se estaban empleando en una función social de legitimar las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres (Huertas R., 2002: 119)*

En este estado de cosas, puntualmente en relación a la histeria (una patología que se consideraba excluyentemente femenina)<sup>10</sup>, la irrupción del discurso freudiano establece una ruptura. Por un lado, porque Freud, a su regreso de París -donde estudió con Charcot- publica un artículo sobre un caso de histeria masculina, (artículo recibido con desdén por sus colegas) (Mazzuca R., 2004). Por otro lado, porque reintegra a la ciencia, a través del psicoanálisis, todo un campo objetivable del hombre y muestra su supremacía, campo que no es otro que el campo del sentido (Lacan J., 1955/1956:338).

Este campo del sentido introducido por el psicoanálisis se advierte en lo que concierne a la realización de la posición sexual, la cual como se consignaba anteriormente, mientras para el psicoanálisis siempre ha representado una travesía simbólica, para la medicina ha estado supeditada a diferencias anatómicas, diferencias que a su vez han marcado el destino terapéutico de ciertas patologías psíquicas.

---

<sup>10</sup> *La histeria es una categoría clínica milenaria: contamos con descripciones de síntomas que muestran que ya los egipcios la reconocían. Desde la cultura griega ha conservado su nombre, el cual, como es sabido, proviene de útero, de allí que durante mucho tiempo fue considerada propia de las mujeres. Recién en el siglo XVII, al iniciarse el desarrollo de la anatomía y la investigación del sistema nervioso, se trasladó su localización desde el útero al cerebro. Por primera vez, entonces, se la reconoció como una enfermedad que podía afectar a ambos sexos, pariente de la epilepsia. Pero esta concepción neurológica era tan discordante con las ideas psiquiátricas de la época que fue ignorada por varios siglos (Mazzuca, 2004)*

Dentro de las patologías psíquicas asociadas a la mujer se encuentran aquellas que tienen incidencia de aparición durante el estado puerperal, como las psicosis posparto o puerperales<sup>11</sup>, las cuales, señalan Simón Lorda y Gómez-Reino Rodríguez (1999), se han estudiado desde los tiempos de Hipócrates. La psiquiatría, por ejemplo, reconocía un síndrome puerperal por excelencia denominado *amencia* (vocablo proveniente de la literatura germana) que hacía referencia a confusión y/o perplejidad. Indican los autores que la amencia era considerada el síntoma nuclear de las psicosis puerperales. Según la definición clásica de la psiquiatría, la paciente amencial se encuentra desorientada, llegando a no reconocer a las personas que la rodean ni lo que sucede ante ella. Su conducta es incoherente, confusa y suele presentar alucinaciones principalmente auditivas y visuales así como cenestésicas. Todo ello invade a la paciente, sumiéndola en la perplejidad, el estupor, generándole ansiedad, exaltación, a lo que contribuyen también ciertas ideas delirantes cuyo contenido suele ser de tipo persecutorio, hipocondríaco o místico.

El cuadro de *amencia* fue trabajado por Freud en el "*Complemento metapsicológico a la Doctrina de los sueños*" (1917), puntualmente la denominada *Amencia de Meynert* (conocida en Psiquiatría como *Psicosis Alucinatoria Aguda o Psicosis Breve*)<sup>12</sup>.

Señala Élida Fernández que en ese texto Freud intentaba continuar una aproximación al estudio del delirio, que ya había iniciado en su análisis de la novela "*Gradiva*" de Jensen, donde comparaba sueños y delirio, pero sin precisar diferencias. En cambio aquí marca una diferencia entre el sueño, la psicosis y la *Amencia de Meynert*, emparentada ésta con las locuras histéricas, las cuales consisten en "...la realización a través del delirio de una fantasía optativa..." (Freud S., 1917). Freud indica que el denominador común entre el sueño y la *Amencia de Meynert* es la

---

<sup>11</sup> En el área legal se considera un atenuante, principalmente en relación al infanticidio (Figura derogada en 1994 que aparecía en el inc. 2 del Art. 81 del Código Penal) <Cfr.> Caso Romina Anahí Tejerina, Caso de la joven de Plottier. Véase *Poesía* de Bertolt Brecht "*La infanticida Marie Farrar*"

<sup>12</sup> Para Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset (1996): Psicosis delirantes agudas ó Bouffées délirantes, delirios súbitos (o d'émblée) psicosis alucinatorias o imaginativas agudas.

creencia en la alucinación. Menciona que en ambos hay conservación del aparato psíquico, lo que no ocurre en la esquizofrenia, en la que hay una desorganización del aparato psíquico, debido a la ruptura de la relación entre *representación de palabra* y *representación de cosa*: la palabra es tomada como cosa. En la *Amencia de Meynert* se conserva la comunicación entre proceso primario y proceso secundario, y habría algo de una pérdida no significada o tolerada, cosa que no ocurre, al decir de Freud, en la esquizofrenia.

Actualmente no hay un consenso general respecto a la patología referida a la maternidad (Simón Lorda, Gómez-Reino Rodríguez, 1999), o cuya aparición sucede en eventos relacionados con la maternidad, como son el embarazo, el parto, el aborto y el puerperio; falta de acuerdo que ya es histórica.

Las discusiones en el campo de la psiquiatría se refieren a si se les da a tales entidades un estatuto aparte o se las engloba dentro de una clasificación mayor, como por ejemplo las psicosis o las depresiones. En el DSM IV (1994), por caso, son clasificadas como un grupo aparte, aunque sin demasiado desarrollo.

Por parte del psicoanálisis, el interés, tal como se observará más adelante, no está puesto en establecer una clasificación, sino en interrogar los observables en la propia singularidad del sujeto en el que se presentan.

De todas formas, y no obstante dónde se las sitúe o cómo se las considere, sí está claro que hay ciertas manifestaciones psicopatológicas que sobrevienen en algunas mujeres durante el estado puerperal, las que serán desarrolladas en el punto siguiente.

## **1. 2 Manifestaciones psicopatológicas de posible aparición durante el estado puerperal**

Como se mencionó anteriormente se trata de un estado que posee una especial incidencia de aparición de manifestaciones patológicas<sup>13</sup>.

Según Mónica Tesone (2005) durante el estado puerperal pueden presentarse las siguientes manifestaciones:

Tristeza post parto o Baby Blues: posee una incidencia de entre el 50 a 70 % (Canadian Mental Health Association, 1995). Se presenta en la primera semana de posparto alcanzando una duración de entre dos y tres semanas. Generalmente, tiende a desaparecer de manera espontánea sin dejar secuelas. Como principales signos se encuentran: llanto incontrolable sin motivo aparente, ansiedad, humor depresivo, insomnio, fatiga, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, decepción, irritabilidad, impaciencia, abatimiento y aislamiento. La autora indica que estas madres se presentan desanimadas y apáticas después del parto, pudiendo mostrar indiferencia hacia su hijo. Tienen sentimientos de inseguridad e impotencia ante las responsabilidades que implican las exigencias de un bebé recién nacido y se cuestionan acerca de su instinto materno, considerando a tal instinto como algo innato.

Depresión puerperal mayor: posee una incidencia comprendida entre un 10 y un 40 % de las mujeres puérperas (Kathleen Kendall -Tacket, 2003). Se presenta entre las tres primeras semanas a los seis meses después del nacimiento. Tiene una duración de cuatro a seis semanas e incluso superior al año si no conlleva tratamiento. El curso y el pronóstico suelen ser mejores que en las depresiones que se dan fuera de este período. Actualmente no se sabe lo suficiente sobre por qué las mujeres desarrollan Depresión Puerperal Mayor. Entre los factores de riesgo se cuentan:

*\*Edad de la madre: es más frecuente antes de los 20 y después de los 30*  
*\*Problemas familiares graves en la infancia*  
*\*Antecedentes de depresión o enfermedad mental familiares, especialmente si existen tres generaciones con historial psiquiátrico*  
*\*Antecedentes personales de problemas psiquiátricos*  
*\*Actitud negativa frente al embarazo: dudas sobre la interrupción voluntaria del embarazo, bebé no deseado.*

---

<sup>13</sup> <Cfr.>: S. Rojtenberg, "Depresión, mujer y función reproductiva" en Depresión y antidepresivos Ed. Médica Panamericana, 2001 / S. Romero y otros "Depresión posparto en el área de salud de Toledo" Atención Primaria Vol. 24, Nº 4, 1999.

*Tensiones en la pareja durante el embarazo. Una suma de acontecimientos vitales adversos vividos durante el período del puerperio como problemas económicos, de vivienda, encontrarse en una situación precaria, el fallecimiento de un ser querido. \*Personalidades inmaduras que no se adapten a la sobrecarga física y psíquica que conlleva el embarazo y el nacimiento de un niño. El consumo de drogas y alcohol. Embarazo o parto que haya ocasionado un daño a la madre. Familia disfuncional o abusiva de origen. Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión posparto sin que se aprecie ninguna razón obvia (Tesone M., 2005: 107)*

Los síntomas comprenden: preocupación exagerada por la salud de su hijo o la propia, pensamientos obsesivos centrados en temores que no tienen bases racionales. Falta de interés por su bebé y la vida en general. Abandono de la higiene y apariencia personal. Sentimientos de estar desconectada de su hijo. Temor de lastimar al bebé, sensaciones de incapacidad para cuidarlos, sentimientos aplastantes de impotencia, inutilidad y tristeza. Extrañamente ida o distraída. Pérdida de apetito o repentino aumento de peso. Ataques de pánico, desbordamiento. Dificultad para disfrutar, desesperanza. Trastornos del sueño. Son característicos en estos estados los “gestos hacia abajo”: cabeza caída, hombros vencidos, brazos y manos en el regazo, torso encorvado y ceño fruncido. Su pensamiento es más lento, con un lenguaje pobre, monótono y con pausas prolongadas, cuyo contenido tiene un matiz negativo y pesimista. Su sensación es que las cosas empeoran día tras día: se sienten tristes, desgraciadas, incompetentes, asustadas y, la mayoría de las veces, desinteresadas por su bebé.

Psicosis puerperal: posee una incidencia de 1-2 de cada 1000 nacimientos (Strouse TB, Szuba MP, Baxter Lr, Jr. 1992)<sup>14</sup>. Su aparición sucede de forma violenta entre el tercer y el noveno día del posparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes o a las 48 hs. Subsiguientes. Posee una duración variable, la cual va a depender del diagnóstico y del tratamiento prescrito así como de la historia clínica de cada paciente. Puede dar comienzo a una depresión psicótica, manía, esquizofrenia o síndrome cerebral orgánico (término general que se

---

<sup>14</sup> D. Simón Lorda , I. Gómez - Reino Rodríguez ,1999 /Mónica Tesone, 2005 /Henri Ey et al., 1996

utiliza para categorizar trastornos físicos que pueden producir alteraciones mentales). En general la evolución es buena pero existe un 50% de probabilidades de que se repita en otro embarazo. En algunos casos se puede confundir con una depresión: el rasgo diferencial es la ruptura del contacto con la realidad, con presencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes irrefutables a la argumentación lógica, que suelen incluir temas místicos o eróticos, o de catástrofes inminentes de las que la parturienta se siente responsable, o bien de contenido paranoide: puede estar convencida de que está siendo espiada o vigilada, o que existe un complot en su contra. Los síntomas característicos son: ruptura con la realidad de la condición de su hijo, cambios dramáticos del comportamiento, (de la mudez a la agitación, desde la agitación a una severa lentitud y estupor, desde rápidas y ruidosas asociaciones hasta mutismo). Pérdida de memoria y oscilaciones de humor severas. Depresión. Percepción distorsionada de la realidad. Pensamientos de suicidio u homicidio que la lleven a decidir acabar no sólo con su vida, sino también con la del recién nacido (sus ideas delirantes la podrían hacer sentir que su hijo es el demonio, por lo que tiene que acabar con él). Alucinaciones visuales y olfatorias (olor a putrefacción). Alucinaciones auditivas, sonidos diversos, ruidos, voces imperativas que ponen en peligro su vida y la de otros, voces difamatorias o acusatorias.

Tesone incluye estas tres manifestaciones psicopatológicas dentro de lo que denomina Depresión Puerperal, revistiendo cada manifestación singular gravedad según el momento de aparición.

Para el psicoanalista Mario Elkin Ramírez<sup>15</sup>, la psicosis puerperal es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de obnubilación, inconciencia, alucinaciones de aparición súbita entre el tercer y cuarto día de posparto, y agitación, en el que las parturientas generalmente intentan o logran dar muerte a su hijo. Según el autor, la mayor frecuencia de este cuadro clínico se encuentra entre las primigestantes y

---

<sup>15</sup> “*El desencadenamiento de una Medea*”

no siempre reaparece en partos siguientes. El 98% de estas pacientes tiene antecedentes psiquiátricos, y el cuadro no parece guardar relación con la secreción de hormonas durante el puerperio, no habiéndose encontrado alteración orgánica que explique su aparición.

Desde el punto de vista psiquiátrico, Henry Ey, P. Bernard y Ch. Brisset (1996) definen en qué consiste una psicosis puerperal, aunque no sólo se refieren a la psicosis o a la depresión sino que plantean la existencia de una patología psiquiátrica propia de la maternidad, designando con este nombre todos los accidentes psiquiátricos del embarazo, del puerperio y del aborto, accidentes que revisten los más diversos aspectos que van desde la reacción neurótica ligera hasta la psicosis de largo curso. Según los autores, no sólo se deben considerar los factores genéticos, hormonales y toxiinfecciosos, sino también la situación actual y la personalidad. Plantean que los trastornos psicopuerperales son diversos y relativamente frecuentes. Por otra parte, designan como neuróticos a la mayoría de los accidentes neuropsíquicos acaecidos durante el tiempo de embarazo, mientras que califican de psicóticos a la mayoría de los sucedidos después del parto.

Describen y clasifican a dichos accidentes aislando los siguientes cuadros clínicos:

- (a) Los accidentes gravídicos
- (b) Las psicosis puerperales propiamente dichas
- (c) Otras alteraciones tímicas<sup>16</sup>
- (d) Psicosis de la lactancia.

a) Los accidentes gravídicos son, según los autores, reactivaciones de la angustia de forma neurótica o psicósomática. Dentro de estos

---

<sup>16</sup> *Tímico: relativo al timo o extraído de él / Relativo a la mente. Timo: (del latino Thymus) órgano glandular endócrino transitorio, propio de la infancia, del que sólo quedan vestigios adiposos a los 10 12 años de edad, situado en la parte inferior del cuello y superior del mediastino anterior formado por dos lóbulos alargados, compuestos cada uno de ellos por una serie de lobulillos dispuestos alrededor de un eje o cordón central conjuntivo en folículos formados de una sustancia cortical y otra medular con linfocitos, leucocitos y corpúsculos de Hassall / Mente (Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Ed. Masson 13ª Edición 1995-1996)*

accidentes se hallan *los vómitos*, los cuales son fisiológicos hasta el tercer mes. Su significación psicosomática es ineludible. Se encuentran dentro de los incidentes menores que acompañan el trastorno a la vez biológico y psicosocial que supone el embarazo. Si los vómitos persisten más allá del tercer mes, ya se está ante una perturbación psicosomática que requiere atención. *Las manifestaciones de histeria* pueden aparecer con el polimorfismo característico de estas neurosis. Entre dichas manifestaciones se encuentra la negación histérica del embarazo, y el embarazo nervioso o histérico.

Asimismo, los autores consideran que *las manifestaciones ansiosas* son de aparición muy frecuente.

*se presentan bajo el aspecto de síntomas aislados (algias diversas, angustia, palpitaciones) o bajo el de la neurosis de angustia subaguda (estado depresivo con fuerte carga ansiosa, que puede ir hasta los confines de la melancolía), o incluso, ya sea bajo el aspecto de fobias, forma especializada de la angustia, que se fija sobre un "objeto" maléfico (miedo de la calle, miedo de la soledad etc.) ya sea en forma de obsesiones-impulsiones (obsesión del suicidio o impulsiones de actos absurdos). Sin duda, la angustia que expresan estas manifestaciones es una transformación o una actualización de posiciones anteriores. Pero la actitud de la mujer hacia el embarazo desempeña un papel máximo ... Estos incidentes o accidentes no persisten tras el parto (Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1996: 711).*

Junto a estas reacciones neuróticas, citan los *accidentes psicosomáticos* severos, tales como las úlceras, los espasmos viscerales (cólicos hepáticos, nefríticos), el asma, ciertas hipertensiones o dermatosis. Estos accidentes indicarían, según los autores, la angustia provocada por el estado de gravidez.

Ey et al.(1996) plantean que durante el embarazo, es posible observar lo que denominan *síndromes neuropsíquicos graves*, tales como la psicopolineuritis gravídica que consiste en un síndrome de Korsakoff clásico con parálisis atrófica dolorosa y confusión mental, a menudo asociada a vómitos incoercibles. Otro síndrome neuropsíquico grave es la corea gravídica, la cual aparece por lo general en angustias coreicas y cura con el parto. La epilepsia puede aparecer por primera vez durante el embarazo y, según los autores, no plantea ningún problema particular, salvo su diagnóstico diferencial con las crisis de eclampsia, que aparece

en el acmé de la enfermedad, en medio de signos de nefritis hipertensiva con albuminuria y edema. Cabe recordar que puede asistirse, en el curso del embarazo, a accidentes psicóticos del tipo de los que van a ser descritos a continuación.

b) En cuanto a la *psicosis puerperal* del posparto plantean que la misma tiene lugar en los días que siguen al alumbramiento. Su comienzo es brusco, y la mayor ocurrencia tiene lugar dentro de los diez a quince días posteriores al parto.

La confusión aparece imprevistamente, y no posee un período premonitorio, así como tampoco presencia de cuadro infeccioso. En su presentación, el estado confusional puede ser discreto (simple obnubilación) o grave, cercano al estupor. Generalmente se trata de un estado confuso onírico de tonalidad ansiosa. Según los autores, la paciente vive una serie de escenas no encadenadas que se suceden como secuencias inacabadas; dichas escenas presentan un cariz triste, fúnebre, incluso terrorífico, expresando un estado de ansiedad que, al igual que la confusión son de profundidad variable, yendo de la perplejidad al terror:

*Confusión y onirismo parecen independientes el uno del otro al observador, es decir, existen estados confusionales profundos con una experiencia oniroide, e inversamente, estados oníricos muy ricos, con poca desorientación temporo-espacial .... Este estado realiza una desorganización completa de la experiencia actual en la que la angustia y la confusión se mezclan al onirismo para dar lugar a un cuadro muy polimorfo: puede verse cómo se asocian o se suceden por fases aspectos melancólicos, maníacos, incluso catatónicos ... La riqueza y el polimorfismo de este estado confusional son, por lo demás, bastante característicos de todas las psicosis confusionales puerperales (Ey H. et al., 1996: 712)*

c) Los autores presentan otras formas en las cuales la preponderancia de ciertos *trastornos tímicos* permite establecer diferencias entre ellas: las melancolías puerperales, la forma excitomaníaca, y los estados mixtos en los que aparece una mezcla o una rápida alternancia de síntomas maníacos y melancólicos. Estas alteraciones tímicas suelen emerger de un episodio confusional inicial o consistir en la agravación de un estado psicótico anterior.

d) Por último, presentan las *psicosis de la lactancia*. Designan con este nombre a las psicosis puerperales tardías. Su aparición según los autores es infrecuente; para ellos la psicosis puerperal propiamente dicha es la del posparto inmediato. Las psicosis puerperales tardías pueden apoyarse en características del tipo confuso onírico, se considera que durante este período hay frecuencia de reacciones depresivas. También se puede estar en presencia de una depresión neurótica: se caracteriza por un estado de angustia más o menos profundo, con desinterés por el niño y sentimiento de incapacidad, manifestaciones tras las cuales se descubre una posición neurótica latente que la maternidad revela. Estos estados de inadaptación en la maternidad pueden adoptar todas las formas, agudas o subagudas, de la depresión.

Otros autores que caracterizan las manifestaciones psicopatológicas del puerperio son D. Simón Lorda e I. Gómez-Reino Rodríguez (1999) a partir de diversas definiciones existentes de psicosis puerperal. En primer lugar, toman a Cabaleiro Goás, quien postula que la característica principal de estos casos es:

*la incoherencia de ideas que suele iniciarse con una ligera disgregación del pensamiento, muy próxima en su aspecto a la fuga de ideas, para desembocar en una intensa incoherencia; el estado de ánimo se encuentra en una constante variación, de la ansiedad y perplejidad se pasa a la euforia, a la irritabilidad* (Simón Lorda D., Gómez-Reino Rodríguez I., 1999: 71)

A esta característica de variabilidad de la afectividad la denomina *caleidoscópica*.

Otro autor que toman Simón Lorda y Gómez-Reino Rodríguez en su vasta recopilación es Klompenhower, quien define a la psicosis puerperal como: "... un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto..."; el cuadro clínico consiste en rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales. Implica trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (se puede pasar de asociaciones sonoras rápidas

al mutismo). Presenta también oscilaciones de la afectividad. En este cuadro, según los autores, también pueden aparecer alucinaciones y pseudo alucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas. Hay delirios y elaboraciones deliroides con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, al parto, al bebé, a la muerte, a la destrucción. Por último, señalan que se da una gran variabilidad caleidoscópica y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo.

En su artículo, ambos autores elaboran una síntesis de los factores biológicos comprometidos en la psicosis puerperal, y si bien el presente informe no está sustentado en una hipótesis biológica, resulta pertinente incluir esa síntesis para conocer las conclusiones de los autores al respecto. Comentan que dichos factores biológicos se apoyan en estudios genéticos y se relacionan con un mecanismo hormonal específico del puerperio que consiste en la disminución brusca de hormonas sexuales circulantes tras el parto, lo que provocaría un incremento en la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos cerebrales. Los trastornos endócrinos que aparecen antes, durante y después del parto son de una amplitud y de una rapidez única en su existencia. En efecto, en los días siguientes al parto, las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas cien veces más bajas que aquellas que existen en el parto; en este aspecto se sustentan la mayoría de las hipótesis hormonales; no obstante, debe observarse que según los autores dichas hipótesis aún no han sido confirmadas.

### **Referencias Bibliográficas**

Huertas, Rafael: "Cuerpo visto y cuerpo sentido: De la anatomía a la clínica psiquiátrica" Texto presentado en la Conferencia inaugural de las "II Jornadas Interautonómicas del Norte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría" Diciembre 2002 Págs.: 118 – 119.-

- Lacan, Jaques: *El Seminario. Libro 3. "Las Psicosis"*, Paidós, Buenos Aires, 1991. Págs.: 256 - 62 – 253 – 338.-
- Ey, Henri; Bernard P.; Brisset Ch.: *"Tratado de Psiquiatría"* Ed. Masson 1996 Págs. 711 – 712.-
- Simón Lorda D., Gómez Reino Rodríguez, I.: *"Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales"* Publicación *"Psiquiatría Pública"* Vol. 11 – Nº 3 – Mayo / Junio 1999. Pág.: 71.-
- Tesone, Mónica: *"Depresión Puerperal"* en PRONAP 2005 Módulo Nº 4, Sociedad Argentina de Pediatría, Secretaría de Educación Continua. Pág.: 102 - 107.-

## CAPÍTULO 2

### 2.1 Diferencias teóricas entre Neurosis y Psicosis

Las diferencias entre neurosis y psicosis se pueden hallar en numerosos textos, entre los cuales el artículo de Freud "*La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*" es el que interesa trabajar en el presente capítulo, por la singular manera en que el autor distingue ambas entidades, según cómo se posiciona el sujeto ante la realidad, o ante la pérdida de la misma. Distinción que es planteada por Freud con cautela, abriendo espacio para interrogantes, principalmente al momento de establecer un diagnóstico:

*Hace poco tiempo indiqué como uno de los rasgos diferenciales entre neurosis y psicosis que en la primera el yo, en vasallaje a la realidad, sofoca un fragmento del ello (vida pulsional), mientras que en la psicosis ese mismo yo, al servicio del ello, se retira de un fragmento de la realidad ... Por lo tanto, lo decisivo para la neurosis sería la hiperpotencia del influjo objetivo ... y para la psicosis, la hiperpotencia del ello. La pérdida de realidad {objetividad} estaría dada de antemano en la psicosis; en cambio, se creería que la neurosis la evita (Freud S., 1924: 193)*

Por lo tanto, la gran diferencia en relación a la realidad sería que en tanto el neurótico la evita, huye de ella porque un conflicto con la misma tiene su parte, el psicótico tiene, en palabras de Lacan, *una relación profundamente pervertida con la misma*. En el neurótico, la porción de realidad que se sacrifica es una parte de la realidad psíquica que no obstante escotomizada sigue haciéndose oír simbólicamente, en tanto que en el psicótico no se da tal simbolización: "...es verdaderamente la realidad misma la que está primero provista de un agujero, que luego el mundo fantasmático vendrá a colmar..." (Lacan J., 1955/1956:71). Freud desarrolla lo que sucede en la pérdida y restitución de la realidad tanto en la neurosis como en la psicosis, enunciando dos pasos. En un primer paso o situación inicial de la neurosis, el yo, al servicio de la realidad, emprende la represión de una moción pulsional. Pero, dice Freud, esto no es todavía la neurosis misma. En la neurosis se trata más bien de aquellos procesos que reparan los sectores perjudicados del ello.

Procesos reparatorios que insistirán con fuerza cada vez para que la escena traumática abandonada a la amnesia se haga oír. Un proceso análogo ocurre en la génesis de la psicosis, que también es planteada en dos pasos. En el primero, el yo se verá arrancado de la realidad, mientras que en el segundo paso reparará los daños para poder reestablecer un vínculo con la misma a expensas del ello. En este segundo paso de la psicosis, la compensación de la pérdida de realidad se hará a través de la creación de una realidad nueva que ya no resulta tan escandalosa como la realidad perdida. "*...Neurosis y psicosis se diferencian mucho más en la primera reacción, la introductoria, que en el subsiguiente ensayo de reparación...*" (Freud S., 1924: 195). En tanto en la neurosis el acento recae sobre el segundo paso, en la psicosis recae sobre el primero, el cual es en sí mismo patológico.

Se puede pensar entonces que así como la moción pulsional reprimida se va imponiendo a la vida anímica en la neurosis, el fragmento de realidad rechazado hace lo suyo en la psicosis. Las consecuencias parecen guardar alguna similitud; no obstante, la psicosis exigirá una adecuación de las percepciones ante la nueva realidad construida.

Hacia el final del texto surge tal vez el fragmento que más interesa destacar pues, tal como fuera señalado, el texto deja entrever la prudencia freudiana a la hora de establecer una diferencia diagnóstica entre neurosis y psicosis:

*la neurosis se conforma, por regla general, con evitar el fragmento de realidad correspondiente y protegerse del encuentro con él. Ahora bien, el tajante distingo entre neurosis y psicosis debe amenguarse, pues tampoco en la neurosis faltan intentos de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo. La posibilidad de ello la da la existencia de un mundo de la fantasía* (Freud S., 1924: 196)

Hasta aquí, y tal como lo señala Elida Fernández<sup>17</sup> (1989), se tiene conocimiento por Freud que de la realidad se alejan tanto el neurótico como el psicótico; entonces, en una primera tentativa de orientación diagnóstica se puede plantear el interrogante acerca de con qué la

---

<sup>17</sup> Lic. en Psicología (1969) Psicoanalista argentina. Supervisora y docente en distintas instituciones de la Pcia. de Bs. As. y Capital Federal. Es autora de varios libros y artículos.

reemplaza cada uno. En una segunda orientación, y también siguiendo a Freud, se sabe que en cualquier tipo de posicionamiento subjetivo, ya sea neurótico o psicótico, se trata de un posicionamiento de defensa, por lo cual otro interrogante válido ante el establecimiento de un eventual diagnóstico diferencial sería preguntarse: ¿de qué cosa se está defendiendo?<sup>18</sup>

En tanto Freud diferenciaba psicosis de neurosis a partir de la relación que ambas guardan con la realidad, Contardo Calligaris -psicoanalista contemporáneo- organiza el distingo en torno a la significación. Según este autor, el psicótico sería un sujeto que está en un mundo en el cual existe significación, pero una significación que no es más que eso: significación en sí misma:

*“...se trata de un horizonte de significaciones que no se organiza alrededor de una significación central que organizaría todas las otras. Y, como consecuencia de esta posición el sujeto tiene que errar...”* (Calligaris C., 1991: 13).

Esa significación central sería la metáfora paterna y la operación en la que adviene (o no) la castración; el psicótico no se organiza en torno a la misma, pues en él, a diferencia del neurótico, no hay efecto de \$ (sujeto barrado). Así, el psicótico va tras la falta, mientras el neurótico procura llenarla, y ello a consecuencia de cómo se posicionó cada uno en torno a la castración. El sujeto neurótico se constituye en referencia a la función paterna, en referencia a un saber: *“...habita un mundo orientado, organizado alrededor de un polo central al cual se deben y con el cual se miden todas las significaciones...”* (Calligaris C., 1991: 15). En tanto para el sujeto psicótico no existe ese amarre, por lo tanto su saber y su mundo no se organizan en torno a un polo central, lo que no quita, según indica Calligaris que no halla significaciones: *“...la vida misma del psicótico es una errancia, pero no por ello sin significación...”* (Calligaris C., 1991: 18).

---

<sup>18</sup> Lacan, en el Seminario III (1955 /1956: 116), refiriéndose a la defensa, dice: *El sujeto se defiende, pues bien, ayudémosle a comprender que no hace sino defenderse, mostrémosle contra qué se defiende. Una vez que se colocan en esta perspectiva, enfrentan múltiples peligros y, en primer término, el de marrar el plano en que debe hacerse vuestra intervención. En efecto, deben distinguir siempre severamente el orden en que se manifiesta la defensa.*

En uno de los artículos incluidos en el texto "*Diagnosticar las psicosis*" (Fernández É, comp., 2001), Pablo Mauresco presenta a la psicosis como la pérdida de la *autonomía psíquica*<sup>19</sup>; si bien el autor no amplía que entiende por autonomía psíquica, su afirmación es realizada desde el discurso psiquiátrico, el cual toma a la entidad nosográfica *psicosis* como una enfermedad. No obstante, el hecho que la psicosis es considerada en el presente informe como posicionamiento subjetivo y no como enfermedad, - sin por ello dejar de reconocer sus aspectos psicopatológicos-, dicha afirmación suscita la siguiente pregunta: ¿se puede perder aquello que nunca se tuvo? Un psicótico, inclusive sin haber tenido una crisis psicótica, ¿tiene tal autonomía? Como este interrogante puede generar objeciones, principalmente si se considera el caso Schreber<sup>20</sup> -quien ocupaba un elevado cargo como juez, y quien hasta desencadenarse su crisis psicótica, no hacía dudar de su autonomía- es preciso aclarar esta idea.

Si se toma en cuenta que en la estructura psicótica no se verifica la existencia de un sujeto barrado por efecto del significante, sino que el sujeto queda atrapado como objeto de goce del Otro, parece válido preguntarse si es posible hablar de autonomía psíquica. El interrogante surge a partir de pensar si ese sujeto, en posición de objeto, detenta tal autonomía; es cierto que Schreber llegó a juez, y hay varios casos de psicóticos que llegan a ciertos lugares de logro -si bien son los menos, y eso puede significar todo y nada-. Según se ve aquí, en lo referido a la autonomía psíquica, la cuestión no pasa por el logro alcanzado sino por la existencia o no de la operación de separación del Otro, aquello que no ha sucedido con el psicótico y sí con el neurótico, aunque de manera paradójica, pues para poder separarse se aferra a un significante, (¿no es esa la metáfora?) En cambio en el psicótico no se verifica la separación, y si intenta hacerlo, instigado por hallarse en un mundo organizado en torno a significaciones, sobreviene la crisis; entonces no habría autonomía, pues autonomía existiría si ese sujeto puede devenir

---

<sup>19</sup> El subrayado es propio.

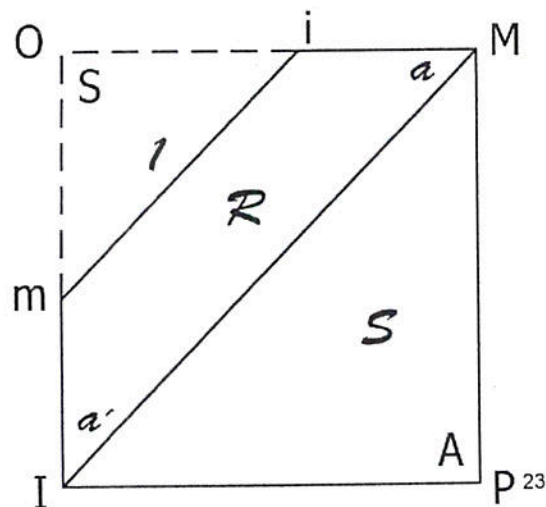
<sup>20</sup> Sigmund Freud (1910[1911]) "*Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("Dementia Paranoides") autobiográficamente descrito. (Caso Schreber)*"



como tal a partir del corte.

Para precisar las mencionadas nociones de separación, objeto, sujeto y poder avanzar en la diferenciación neurosis / psicosis, es de utilidad recurrir a un texto de Horacio Martínez, "Esquemas y gráficos en la obra de J. LACAN"<sup>21</sup>, que parece arrojar luz sobre el tema.

En dicho texto, el autor hace una revisión de los pasos lógicos del Complejo de Edipo que Lacan planteara con el auxilio del Esquema R<sup>22</sup>.



Explica que en una primera etapa se constituye un triángulo imaginario, conformado por el falo imaginario, el deseo de la madre, y el niño. La madre toma al niño como objeto de deseo, que es homologado por ese deseo al falo:

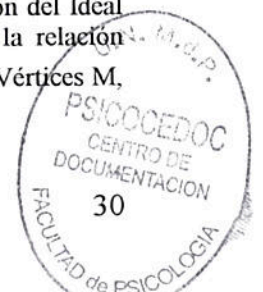
*el falo imaginario...debe entenderse como el significado del deseo de la madre... el segundo [el falo simbólico] como aquello que comanda, en tanto significante, las significaciones futuras a partir de la intervención del significante del Nombre del Padre.*

*Esta primera etapa posibilita, a nivel del niño, la constitución del yo tal como se plantea en El estadio del espejo..., pues finalmente el deseo de*

<sup>21</sup> Material de circulación interna. Cuadernillos de la materia Desarrollos del Psicoanálisis, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2002.

<sup>22</sup> Jacques Lacan: El Seminario Libro I "Los escritos técnicos de Freud", Paidós Madrid, 1984.

<sup>23</sup> Esquema R (Rho) Referencias: O: representa al falo M: representa a la madre I: representa al niño P: representa al padre S: representa al sujeto a': representa al yo m: inicial de la palabra "moi" ("yo" en francés) representa la "versión última" del yo i: representa la función del Ideal del yo a: representa al otro de la relación imaginaria A: representa al Otro de la relación simbólica (Tesoro del significante) S: Vértices M, I, P registro del lo simbólico I: Vértices M, O, I registro de lo imaginario R: Vértices I, m, i M registro de lo Real.



*la madre resultará ser esa matriz simbólica que proyecta sobre la pantalla del espejo una imagen unificada (falo imaginario), con la cual el niño se identifica (Martínez H., 2002: 10-11).*

Hasta aquí se puede pensar que los seres humanos se constituyen como vértice de este triángulo imaginario, no habiendo nada aún que se distinga particularmente. En realidad, no es sino hasta adentrarse en la segunda etapa que se puede empezar a comprender que lo que ocurre en la psicosis es precisamente aquello que *no* ocurre, es decir, la forclusión, entendida como ese momento de un proceso sobre el cual no se puede volver y que es vital para el mismo (Vegh I., 1995).

*“...2da etapa: La intervención del significante Nombre del padre produce una doble operación: priva a la madre del niño entendido como falo y desaloja al niño de su posición fálica respecto de la madre (castración)...” (Martínez H., 2002: *Ibidem*)*

Así, es posible tener una idea de aquello que no ocurre en un psicótico o, mejor dicho, aquello que el psicótico atraviesa de una manera diferente. En la psicosis se forcluye el Nombre del Padre, esto es, su intervención, la operación representada por la metáfora paterna no tiene lugar:

*La metáfora produce una sustitución sobre el significante Deseo de la madre que comandaba la primer etapa. Esta sustitución trae por resultado una significación llamada fálica ... , posible para todo significante perteneciente al tesoro A. Puede entenderse entonces que el niño, por esta operatoria, sobreviene sujeto (\$), dividido en tanto que tal, entre dos significantes: uno cualquiera del tesoro que lo represente, y el resto del conjunto de significantes. Al producirse esa representación entre dos, la significación fálica se pondría en juego cada vez (Martínez H.<sup>24</sup>, 2002: *Ibidem*)*

Al no operar la metáfora paterna no hay sujeto, sólo hay objeto y, por lo tanto, psicosis: objeto de goce atrapado en el triángulo mencionado para la primera etapa.

En este punto es válido retomar el interrogante respecto de si cabe el sayo de la autonomía psíquica para la psicosis. El posicionamiento psíquico de cada individuo es efecto de la operatoria de la castración. Al

---

<sup>24</sup> Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata en las cátedras Desarrollos del Psicoanálisis y Modelos en Psicopatología.

igual que el neurótico, el psicótico adulto ha atravesado el complejo de Edipo; no obstante, se ha posicionado subjetivamente de una manera diferente, posición de la cual tendremos noticias en la clínica por la transferencia, o bien en un servicio de guardia a través de una consulta determinada por la irrupción de la crisis.

Esta manera diferente de conformación del psiquismo guarda relación con la forclusión del significante Nombre del Padre, es decir, forclusión de la castración. *“Cuando decimos Forclusión de la Castración, afirmamos que toda esa operación...en el paciente psicótico no tuvo lugar y no la tendrá .... La psicosis como tal es una estructura psíquica ... es irreductible a otras...”* (Vegh I., 1995: 50)

Ante la operatoria de la castración, según como se ubique el sujeto, devendrá entonces una posición subjetiva psicótica o una posición subjetiva neurótica. Ahora bien, ese posicionamiento subjetivo a su vez será tramitado de diferentes maneras según cómo atraviesa el complejo de castración la niña y cómo lo atraviesa el niño, tal como lo señala Freud en su artículo *“Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica”*<sup>25</sup>:

*En lo que se refiere a la relación entre los complejos de Edipo y de castración, surge un contraste fundamental entre ambos sexos. Mientras el complejo de Edipo del varón se aniquila en el complejo de castración, el de la niña es posibilitado e iniciado por el complejo de castración...La divergencia que en esta fase existe entre el desarrollo sexual masculino y el femenino es una comprensible consecuencia de la diferencia anatómica entre los genitales y de la situación psíquica en ella implícita; equivale a una castración realizada y una mera amenaza de castración* (Freud F., 1925: 2901 - 2902)

Este planteo freudiano es sintetizado por David Nasio<sup>26</sup> de la siguiente forma:

**Esquema del Complejo de castración en el niño**

*(No hay odio preedípico)*

**1er tiempo:** *Universalidad del pene*

**2do tiempo:** *El pene está amenazado verbalmente por el padre*

---

<sup>25</sup> Otros textos de Sigmund Freud que amplían este tema *“La organización genital infantil”*(1923), *“Sobre la sexualidad femenina”*(1931), *“La femineidad”*(1933)

<sup>26</sup> Psicoanalista argentino, residente en Francia. El texto se encuentra en: Material de circulación interna Cuadernillos Desarrollos del Psicoanálisis; 1996 Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata.

**3er tiempo:** El pene está amenazado ante la visión del cuerpo desnudo de la mujer

**4to tiempo:** La madre está castrada. "Yo puedo estar castrado como ella", piensa el niño. Emergencia de la angustia de castración

**Tiempo final:** Separación de la madre. Deseo orientado hacia otras mujeres. Fin del complejo de castración y fin del complejo de Edipo

### **Esquema del Complejo de castración en la niña**

Odio preedípico

**1er tiempo:** Universalidad del pene (clítoris)

No hay amenazas verbales

**2do tiempo:** Comparado visualmente, el clítoris resulta "inferior" al pene

**3er tiempo:** La madre está castrada "Yo fui castrada como ella", piensa la niña. Emergencia de la envidia del pene. Resurgimiento del odio

**Tiempo Final:** Separación de la madre

Deseo orientado hacia el padre y hacia otros hombres

Fin del complejo de castración y nacimiento del Complejo de Edipo.

Señala Freud que en la niña el complejo de Edipo es mucho más unívoco que en el niño<sup>27</sup>, y que muy pocas veces va más allá de la sustitución de la madre y la actitud femenina con respecto al padre. Para compensar la insoportable renuncia al pene, la niña pasa de la idea del pene a la idea del niño. Así, el complejo de Edipo culminará en el deseo, retenido durante mucho tiempo, de recibir del padre, como regalo, un niño, tener de él un hijo. Más tarde, el Complejo de Edipo será abandonado pues, indica Freud, este deseo no llega jamás a cumplirse: "...Los dos deseos el de poseer un pene y el de tener un hijo perduran en lo inconciente intensamente cargados y ayudan a preparar a la criatura femenina para su ulterior papel sexual..." (Freud S., 1925: 2751) Cabe el interrogante acerca de cómo incide esta manera de atravesar el complejo de Edipo en una vivencia posterior como es un embarazo con su consecuente parto y posparto.

## **2.2 Dificultades nosográficas**

Estos posicionamientos subjetivos frente a la operatoria de la castración, devienen entidades acerca de las cuales la nosografía psicoanalítica

---

<sup>27</sup> "...Los desarrollos del complejo en el niño y en la niña son bien diferentes, no son opuestos ni complementarios, de lo cual resulta que para el psicoanálisis, los dos sexos serán heterogéneos e imposibles de complementarse en su deseo y en su goce el uno al otro..." (Héctor López, Psicoanálisis un discurso en movimiento Ed. Biblos 1994 : 108 )

guarda cierto consenso, más allá de algunas diferencias según los lineamientos teóricos que se sigan. Laplanche y Pontalis señalan que:

*actualmente se constata una gran unanimidad respecto de la delimitación clínica del conjunto de síndromes considerados como neuróticos ... puede decirse que el pensamiento psicoanalítico se halla en gran parte de acuerdo con la delimitación clínica adoptada por la inmensa mayoría de escuelas psiquiátricas (Laplanche; Pontalis, 1981: 238).*

Por el contrario, se observa a partir de la lectura del material relevado, que las psicosis son más complejas de delimitar.

En relación a las dificultades que suscitan las distintas concepciones psicopatológicas existentes, el psicoanalista Jorge Bafico<sup>28</sup>, en su artículo titulado "¿Una Neurosis demoníaca?" (1999), plantea que cuando la locura se presenta puntualmente, no del lado de la psicosis, sino más cerca de casos de neurosis y perversión, produce por lo general en él (al igual que en otros profesionales), un efecto de confusión, provocando muchas veces una suerte de embrollo en torno a los diferentes discursos que abordan la cuestión. Señala que la psiquiatría actual ha resuelto el problema haciendo desaparecer, en el caso de la neurosis, a la histeria y a la obsesión como entidades nosográficas, sustituyéndolas por un conjunto de síntomas unificados bajo la denominación de trastornos somatomorfos en el caso de la histeria, y trastornos de ansiedad en el caso de la neurosis obsesiva. A su vez, indica que no sólo la psiquiatría ha tomado postura al respecto, también lo han hecho algunas corrientes psicoanalíticas, abordando el objeto desde una clínica de lo imaginario, quedando atrapados en la "psicotización" del paciente. Según Bafico, actualmente y con excepción de la enseñanza de Lacan, es posible encontrar una cantidad de términos que quieren dar cuenta de tal confusión: borderlines, fronterizos, esquizofrenia pseudoneurótica, trastornos de personalidad, etc.:

---

<sup>28</sup> Psicoanalista uruguayo. Psicólogo forense del Instituto Nacional de Criminología. Miembro de la Escuela Freudiana de Montevideo. Docente del área del psicoanálisis de la Facultad de Psicología de Uruguay.

*Esta lectura basada en la noción post-freudiana de núcleo psicótico hace que la cuestión del diagnóstico pase a un lugar secundario ya que un neurótico puede convertirse en psicótico y viceversa, implicando una serie continua de psicosis a neurosis sin ninguna clase de frontera (Bafico J., 1999)*

De acuerdo a la descripción del estado puerperal y de sus manifestaciones patológicas, se pueden formular los siguientes interrogantes:

¿Es posible pensar a la psicosis puerperal, en ciertos casos, como la manifestación psicopatológica de un posicionamiento subjetivo neurótico, que se presenta con carácter grave, acercándose a las *locuras histéricas*<sup>29</sup>, más que a las psicosis?

¿Son suficientes y congruentes las manifestaciones clínicas que se observan (principalmente en el *episodio psicótico agudo*) para formular este interrogante y más aún para responderlo?

Por último, ¿en todos los casos, una manifestación aguda durante el estado puerperal es necesariamente indicativa de una posición psicótica, o podría aventurarse la hipótesis de que en algunas mujeres podría tratarse de un hecho aislado de características singulares dentro de una posición neurótica?

### **2. 3 Crisis psicótica y episodio psicótico**

A partir de los conceptos de J. Lacan en relación a la psicosis, y de algunas ideas de C. Calligaris (1991) al respecto, en este apartado se tratará de hacer una distinción entre “episodio psicótico” y “crisis psicótica”, dejando en claro que aquello que puede suscitar una dificultad para establecer un diagnóstico durante el estado puerperal es la aparición de un *episodio* con fenomenología psicótica. Calligaris se apoya en las consideraciones lacanianas respecto de no concebir al psiquismo como un continuo en el que se puede pasar fácilmente de una

---

<sup>29</sup> J.Claude Maleval(1996); Élica Fernández(1989;2001). Por su parte Sigmund Freud , no menciona el término locura histérica pero sí delirio histérico, y lo distingue del que ocurre en las parafrenias

entidad neurótica a otra psicótica: en otras palabras, que un sujeto neurótico se vuelva repentinamente psicótico.

### A. Crisis psicótica

*En el desencadenamiento de la crisis existe siempre alguna cosa como una imposición hecha al sujeto psicótico de referirse a un amarre central, paterno. No tiene posibilidad de referirse a este amarre, que no fue simbolizado por él, y a partir de allí comienza una crisis, como los fenómenos que la psiquiatría clásica describió, a saber, estado crepuscular, alucinación auditiva, intento de constitución de un delirio, alucinaciones cenestésicas, no auditivas y así sucesivamente (Calligaris C., 1991: 21 )*

Expresa Lacan<sup>30</sup> (1966) que para que la psicosis se desencadene será necesario que el Nombre del Padre, que ha sido forcluído, sea convocado a presentarse oponiéndose simbólicamente al sujeto. En relación a ello Lacan se interroga cómo es posible que el Nombre del Padre sea convocado por el sujeto a ese lugar sin par de dónde habría podido advenirle pero en el cual, a su vez, nunca ha estado para ese sujeto. Ello es posible, porque se presenta un padre real, Un - Padre, dirá el autor, que acude allí donde antes no ha podido ser llamado. Esto implica un padre que se sitúa en posición tercera en la relación que tiene como zócalo la pareja imaginaria a-a' (madre-niño). Según Lacan este juego que él llama dramático debe buscarse allí en el comienzo de la psicosis, pudiendo ser ejemplo de ello *la figura del esposo para la mujer que acaba de dar a luz*<sup>31</sup>, o la figura del confesor para la penitente.

Calligaris plantea la existencia de la estructura psicótica fuera de crisis, que es la de un sujeto psicótico que nunca enfrentó una crisis, que nunca encontró imposición que lo forzase a referirse a una función paterna y a tratar de construir por lo tanto una metáfora delirante. Un sujeto que ya atravesó por lo menos una crisis -a no ser que esté en

---

<sup>30</sup> Jacques Lacan: "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" Escritos II. Siglo XXI Editores, México, 1975.

<sup>31</sup> El subrayado es propio

crisis o que se halle instalado en la crisis como estado permanente- por regla general ha constituido un delirio para salir de esta crisis.

Pensar de esta manera la psicosis, en relación a la aparición o no de una crisis, es pensar la clínica psicoanalítica en contraposición a la clínica psiquiátrica clásica: "...una clínica en la que, si no hay fenómenos psicóticos, si no aparecen fenómenos elementales de psicosis, no hay psicosis..." (Calligaris C., 1991: 9). Esta es una distinción nodal, que permite avanzar otro tramo hacia la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis frente a un episodio psicótico en el estado puerperal, pues la clínica psicoanalítica al ser una clínica estructural, ni fenomenológica ni descriptiva, al establecer un diagnóstico sólo en transferencia<sup>32</sup>, más allá del episodio o la crisis psicótica, pretende "...en la transferencia que el discurso del paciente organiza concebir un diagnóstico posible..." (Calligaris C., 1991:10).

El autor plantea que interrogar el momento del desencadenamiento de la crisis es ofrecerle al sujeto una oportunidad, permite explicitar públicamente el camino recorrido para llegar a la construcción de una metáfora delirante y, lo que es muy importante en muchos casos para el sujeto psicótico, socializar la metáfora que lo está sustentando.

El desencadenamiento llega a raíz de algo que se impone y que lo convoca a referirse a la función paterna para organizar su saber: cuando el significante Nombre del Padre no acude (porque ha sido forcluído) allí sobreviene la crisis. Calligaris se interroga, dejando su pregunta abierta, ¿qué hace que sea determinada imposición y no otra? A esta pregunta podría agregarse: ¿qué hace que sea en un determinado momento de la vida y no en otro?

La crisis se presenta con un orden secuencial -si bien la sucesión no es temporal- observable en la clínica, y no difiere de los aspectos fenomenológicos observados y detallados por la psiquiatría, a saber:

---

<sup>32</sup> Contardo Calligaris: Introducción a una clínica diferencial de la psicosis Ed. Nueva Visión , 1991

*imposición, crepúsculo*<sup>33</sup>, *alucinación auditiva...*, *intento más o menos logrado de constitución de un delirio* (Calligaris C., 1991: 39)

Para poder entender mejor lo que sucede durante el desencadenamiento de una crisis se seguirá el ordenamiento que propone este autor.

1) *El saber del sujeto psicótico fuera de crisis está organizado de una forma específica, sin un amarre central homólogo a la función paterna en la neurosis.*

2) *Una imposición no negociable golpea al sujeto exigiéndole que se refiera a una función paterna.*

3) *De pronto su saber se crepusculariza y la forma específica de ese saber aparece como falta en lo simbólico de la instancia evocada por la imposición: forclusión de la función paterna.*

4) *Los significantes evocados por la imposición hablan en lo real, porque la función misma que están llamados a ocupar no está simbolizada por el sujeto. "No está simbolizada" significa que su saber no se orientaba alrededor de una función paterna central* (Calligaris C., 1991: 40)

En síntesis, es la función paterna en sí misma la que va a hablar en lo Real. A partir de esta instancia se trata de ver cómo se construye la metáfora delirante, cómo se construye una metáfora análoga a la metáfora neurótica, "...esto es, un amarre central que pueda distribuir todas las significaciones subjetivas, pero que va a ser delirante.....no se la considera delirante por el hecho de ser inverosímil, sino por una razón estructural..." (Calligaris C., 1991: *Ibidem*).

Lacan afirma que allí está puesto en juego algo que no es la realidad. El sujeto consiente, a través de todas las digresiones verbalmente posibles, que esos fenómenos que lo acucian son de un orden distinto a lo real, sabe que su realidad no está garantizada, e incluso, añade Lacan, puede admitir hasta cierto punto su irrealidad. Pero agrega, y aquí radica la gran diferencia con un sujeto *normal*<sup>34</sup>, que el psicótico en crisis tiene una certeza: que aquello que está en juego, desde la alucinación hasta la interpretación, *le concierne*. Como lo señala al referirse al caso

---

<sup>33</sup> *lo que llamamos crepúsculo o estado crepuscular, en el cual generalmente aparece por lo menos una alucinación auditiva, es el hecho de que a partir del momento en el que llega la imposición, lo que era saber del sujeto –porque creo que había un saber propiamente psicótico en el que estaba circulando, errando –entra en estado crepuscular ... los significantes que fueron evocados por la imposición misma de referirse a una función paterna, los significantes de esa función paterna, van a hablar, en lo Real.* (C. Calligaris, 1991:39 )

<sup>34</sup> El subrayado es propio

Schreber: "...El mundo que describe está articulado en conformidad con la concepción alcanzada luego del momento del síntoma inexplicado que perturbó profunda, cruel, y dolorosamente su existencia..." (Lacan J., 1955/1956: 113).

## **B. Episodio psicótico**

La expresión "episodio de características psicóticas" o "episodio psicótico" se refiere fundamentalmente a los aspectos fenomenológicos; de esa manera, la presentación es independiente de la entidad psicopatológica, pues lo que presenta características psicóticas es el episodio *per se*.

Párrafos atrás, se señalaba que en la psicosis el desencadenamiento de la crisis está ligado a la invocación de un significante que no acude.

¿Qué ocurre en la neurosis?:

*En el marco de una estructura sólidamente neurótica, puede ocurrir que algunos significantes del registro paterno amarrados en la metáfora, hayan producido por lo menos una vez en la historia del paciente un efecto traumático. Traumático en el sentido de que producirían un efecto diferente del que se espera de un significante paterno en una neurosis, o sea, producirían otra cosa que un efecto de significación y filiación, un efecto propiamente traumático, por ejemplo corporal. De allí que cuando el sujeto neurótico, en una referencia cualquiera a la función paterna, evoca este significante traumático, sucede que este significante vuelve en lo Real (Calligaris C., 1991: 54 -55)*

Es decir, no hay simbolización, hay rechazo, ello genera una vuelta del significante en lo Real.

Las diferencias no sólo se dan en el modo en que sobreviene una crisis o un episodio, los cuales pueden compartir aspectos fenomenológicos pero no más de allí. Las diferencias también son apreciables -en ocasiones no sin dificultad y requiriendo toda la capacidad clínica del profesional- en la práctica clínica.

Por un lado, la transferencia con un paciente neurótico no es la misma que con un paciente psicótico: con este último, si bien se trata de un

asunto que aún genera debate<sup>35</sup>, se puede llegar a pensar o bien que no hay transferencia, o que la transferencia que se establece es de otro orden. Por otro lado, habiéndose elucidado qué entidad clínica está en juego, el pronóstico es lo que establecerá una diferencia, pues "...si se trata de sujetos neuróticos, un mínimo de elaboración bastará para que rápidamente el significante traumático sea simbolizado, vuelva a producir significación...". (Calligaris C., 1991: *Ibidem*). (A veces esto no ocurre de manera tan rápida, principalmente en aquellos pacientes que han iniciado un camino de hospitalizaciones y psicofármacos bajo un diagnóstico errado, el que paradójicamente los ha sumido en un camino de errancia característico de la psicosis)<sup>36</sup>

Para mayor comprensión de los aspectos fenomenológicos que causan perplejidad en la clínica, es necesario previamente apelar a la noción denominada "*fenómenos elementales*", noción que Lacan tomara del psiquiatra francés De Clérambault, en cuya obra aparece con el nombre de "*fenómenos primordiales*" (Mazzuca R.<sup>37</sup>, 1995). Esta noción permite, por una parte, situar con precisión dichos aspectos fenomenológicos, los que en ocasiones causan distorsión en la apreciación del cuadro clínico y que pueden resultar en errores de diagnóstico, y también permite adentrarse en la cuestión del delirio y de cómo se constituye.

De Clérambault se preguntó por el inicio de la psicosis, por aquello que ocurre antes de la construcción del delirio. Su extensa experiencia clínica así como un agudo poder de observación lo llevaron a situar los "*fenómenos elementales*" en un lugar primigenio alrededor del cual luego se erigirá el delirio. Para De Clérambault, los "*fenómenos elementales*" son neutros, atemáticos y anideicos (no conforme a una sucesión de ideas), pudiendo ser *sutiles* (interferencias que perturban el curso del pensamiento, que no tienen contenido (Henri Ey los llama "interceptaciones"); los clasificó como: 1) *Positivos*: De intrusión: Juegos verbales / estribillos / entonaciones bizarras / falsos reconocimientos /

---

<sup>35</sup> Élida Fernández (2001).

<sup>36</sup> Élida Fernández(2001) ; Contardo Calligaris (1991)

<sup>37</sup> Psicoanalista y docente argentino

sentimientos de extrañeza / emoción sin objeto, como 2) *Negativos*: desaparición del pensamiento / deterioro del pensamiento / perplejidad sin objeto; o *ideo verbales* (ecos del pensamiento también neutros y atemáticos). El automatismo mental, para el autor, es el síndrome nuclear de la psicosis. Consiste en la aparición automática de una actividad involuntaria, perfectamente neutra y atemática.

En el síndrome de automatismo mental el delirio ocupa poco lugar, y casi todo el espacio psíquico se halla ocupado por la alucinación.

Dentro del automatismo mental (luego llamado "síndrome de pasividad"), De Clérembault analiza los fenómenos sutiles y los fenómenos ideo-verbales que ya han sido consignados. Expresa que la tendencia a la verbalización (de palabras raras) va progresando, siendo indiferenciada al principio; el pensamiento deviene auditivo o verbomotriz (la palabra empieza a traducir todo el pensamiento, el sujeto dice todo).

Las voces reúnen cuatro características:

- Verbales
- Objetivas
- Individualizadas
- Temáticas

Se constituye así el "*Gran automatismo*" o "*Triple automatismo*", porque es mental, motor y sensitivo. Todos estos fenómenos son experimentados como fenómenos impuestos (Fernández É., 2001).

El cuadro terminal es un sujeto que no cesa de hablar, en una total desconexión con el otro. Hay una ruptura de la noción de conversación, es decir, no sólo rompe el diálogo interno, sino además con el otro. (Es como una catarata de palabras. Una catarata de significantes, dirá Lacan: salen de algún lado, caen como cascada y no pueden parar).

Un punto fundamental en relación al automatismo, enfatizado por Élide Fernández, es el carácter persecutorio del mismo. Si primeramente el automatismo se presenta como atemático y anideico, al volverse temático a raíz del delirio será peyorativo, irritante e injurioso para el sujeto. Continuando con su explicación, la autora plantea que:

*tenemos un sujeto que de pronto es afectado en su pensamiento, en su acción y/o su sentir, por la intrusión de algo que no reconoce como propio. Algo que está de más, o algo que debería estar y no está, él intenta entonces darle un contenido, una interpretación .... El delirio es la interpretación que hace ese estudio del fenómeno elemental que se le automatizó*<sup>38</sup> (Fernández É., 2001: 27)

Para Lacan el “fenómeno elemental” posee la jerarquía de ser una *característica esencial de la estructura psicótica*. Lo une al delirio, aquello que es estructurante, una falta en el orden del significante, con lo cual da vuelta lo postulado por De Clérembault (Fernández É., 2001). En el Seminario III, Lacan hace la siguiente argumentación sobre la psicosis:

*Poco importa la debilidad de la deducción etiológica o patogénica, frente a lo que valoriza [Clérembault]... a saber, que es preciso vincular el núcleo de la psicosis con una relación del sujeto con el significante en su aspecto más formal, en su aspecto de puro significante, y que todo lo que se construye a su alrededor, no es más que reacciones de afecto al fenómeno primero, la relación con el significante* (Lacan J., 1955/1956:359)

Es decir hay que ligar el nudo de la psicosis a una relación del sujeto con el significante.

Más adelante, y en torno al fenómeno elemental, agrega:

*Lo importante del fenómeno elemental no es entonces que sea un núcleo inicial, un punto parasitario, como decía Clérembault, en el seno de la personalidad, alrededor del cual el sujeto haría una construcción, una reacción fibrosa destinada a enquistarlo, envolviéndolo, e integrarlo al mismo tiempo, es decir explicarlo, como se dice a menudo. El delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es también un fenómeno elemental. Es decir que la noción de elemento no debe ser entendida en este caso de modo distinto que la de estructura, diferenciada, irreductible a todo lo que no sea ella misma* (Lacan J., 1955/1956: 33)

Si los “fenómenos elementales” constituyen un rasgo específico de la psicosis, ¿es adecuado suponer la presencia de dichos “fenómenos elementales” en el marco de una neurosis (grave por cierto)?

---

<sup>38</sup> Esta frase, citada en el texto de Élica Fernández Diagnosticar la psicosis, le pertenece a Paul Bercheric: Los fundamentos de la clínica, Ed. Manantial, 1997

Tal vez sea posible plantear la hipótesis -más cercana al interrogante que a la afirmación- de que dichos “*fenómenos elementales*” podrían presentarse en una estructura neurótica si se los entiende como signos clínicos<sup>39</sup>; o, para decirlo mejor, la pregunta sería: ¿sobre qué se erige aquel delirio que se presenta en una neurosis grave, cuales son sus cimientos?

En la clínica se ha observado que en una neurosis el sujeto también se puede ver afectado en su pensamiento o en su sentir por la intrusión de algo que no reconoce como propio, y también puede intentar darle una interpretación a esa intrusión a través del delirio (allí puede aparecer el episodio psicótico). Hasta aquí no habría diferencia con lo que sucede en una psicosis; pero sin embargo la hay en tanto se pueda establecer una ligazón de sentido en el discurso delirante de un paciente neurótico: ese episodio de fenomenología psicótica se puede ligar a la cadena significativa de ese sujeto, hecho éste que es de difícil, de improbable ocurrencia con el discurso de un paciente psicótico.

Esta es una de las cuatro diferencias que señala Mazzuca (2004) al distinguir el delirio en una neurosis grave o locura histérica<sup>40</sup> (como él la denomina en su artículo, puesto que está hablando de los “*excesos de la histeria*”) y en una psicosis. La primera diferencia la establece en torno a la modalidad del desencadenamiento o, como la llamaba Freud, las ocasiones de la enfermedad:

*Mientras en las psicosis predomina la situación delimitada por Lacan como la presencia de Un padre en lo real, introduciendo una instancia tercera en la relación imaginaria del sujeto con su pareja, en las locuras histéricas actúan condiciones erógenas que movilizan la culpabilidad inconsciente (Mazzuca R., 2004).*

La segunda diferencia la establece en relación a la modalidad del delirio, señalando que en el caso de la esquizofrenia el delirio responde a mecanismos disociativos, automatismos mentales y alteración de la estructura del lenguaje. En tanto que en las locuras histéricas se trata de

---

<sup>39</sup> Élida Fernández en *Cuerpo y significativo* (1989) señala: “...Creo que acá estamos ante dos versiones opuestas, el delirio como fenómeno elemental, arquitectura de la psicosis o como significación, argumentación propia del recubrimiento de una falta...” Op.Cit. Pág.:15

<sup>40</sup> Ver Nota al pie N 25

delirios oniroides, con alteración del registro imaginario y la presencia de significados inconscientes. La tercera diferencia refiere, según el autor, a cómo evoluciona el delirio, ya que en las locuras histéricas no se presentan deterioros. Finalmente, la cuarta diferencia consiste en la respuesta a la transferencia. Las locuras histéricas se comportan en este sentido de igual modo que las otras formas de histeria y son susceptibles del tratamiento analítico o, en general, de mejorías por vías psicoterapéuticas, como quedó señalado desde el momento mismo de su constitución como entidad clínica.

En la clínica, un criterio diagnóstico para la psicosis es la presencia de “*fenómenos elementales*”, pero tal vez sea ése un criterio parcial; la bibliografía psicoanalítica consultada indica que es sólo a través de la transferencia desde dónde se puede observar qué relación hay entre ese fenómeno presentado y el delirio constituido por el paciente como interpretación, qué significante o qué falta de significante está operando; puntualmente, ante un episodio de fenomenología psicótica se trata de no permanecer en lo observable, sino ir más allá, por más que el episodio se erija con incuestionable contundencia <sup>41</sup>

En otras palabras, quedarse sólo con los fenómenos elementales equivaldría a quedarse con la experiencia inmediata, sobre la que Lacan señala:

*La experiencia inmediata no tiene más privilegio que en cualquier otra ciencia para detenernos, cautivarnos. No es para nada la medida de la elaboración a la que a fin de cuentas debemos llegar. La enseñanza freudiana, cabalmente conforme en esto a lo que se produce en el resto del ámbito científico-...- hace intervenir recursos que están más allá de la experiencia inmediata, y que en modo alguno pueden ser captados de manera sensible. Allí, como en física, no es el color lo que retenemos, en su carácter sentido y diferenciado por la experiencia directa, es algo que está detrás, y que lo condiciona (Lacan J., 1955/1956: 18)*

---

<sup>41</sup> Élide Fernández (2001)



## 2. 4 El delirio en un posicionamiento subjetivo psicótico y en un posicionamiento subjetivo neurótico

¿Qué se entiende por Delirio?

En una primera aproximación, y según cierto grado de acuerdo entre distintas escuelas psiquiátricas, el delirio es entendido en términos de alejamiento de la realidad y error de juicio, presuponiendo así una dualidad: por una parte, la existencia de la “realidad por excelencia”, la de los “normales” -los que no deliran- y, por otra, la de los que sí deliran: los “enfermos” (Fernández, 1989). Pero ya se observó con Freud que tanto neuróticos como psicóticos se alejan de la realidad, por lo cual aquí habría un primer escollo teórico en torno al concepto. Otro escollo sería que, tal como da cuenta la clínica, hay sujetos neuróticos que deliran<sup>42</sup>. Al respecto, Lacan -si bien presenta a los *fenómenos elementales* como característica esencial de la psicosis- señala que todos tenemos algo de delirantes.

Una primera diferencia fundamental -ya indicada- es la posibilidad que tiene cada paciente de trabajar ese delirio según su posicionamiento subjetivo ante la castración. Mientras en el discurso delirante en la neurosis hay posibilidad de metáfora y metonimia (Fernández, 1989), en el discurso delirante de la psicosis no la hay, la certeza en el primero cae ante la metaforización del paciente; en cambio, un paciente psicótico al no poder metaforizar al modo neurótico -en referencia a la significación fálica- sigue habitado por la certeza.

Ante la intervención analítica, según se trate de un paciente neurótico o uno psicótico, con presencia de delirio o no, darán respuestas distintas.

Fernández hace observar que Freud, desde sus primeros trabajos, planteó la posibilidad de aparición de delirio en la neurosis<sup>43</sup>. Ejemplos

---

<sup>42</sup> Esta cuestión también halla asidero en la psiquiatría, por ejemplo J.C Betta, en su Manual de psiquiatría en el apartado destinado a Psicopatología de la Sensopercepción (Pág 84-85) da cuenta de alucinaciones como las extracampinas y las cinéticas que pueden presentarse en pacientes neuróticos, puntualmente en histéricos.

<sup>43</sup> La autora da como ejemplo de delirio neurótico a El ingenioso hidalgo Don Quijote de la mancha de Miguel de Cervantes Saavedra (1605)

de ello son el caso del Hombre de las ratas, o el caso del pintor Cristóbal Haitzmann<sup>44</sup>, que realizaba pactos con el diablo.

En el texto denominado "*El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen*" (1907), Freud distingue en el delirio dos características: "...*El delirio pertenece a aquel grupo de estados patológicos sin ingerencia inmediata sobre lo corporal, estados que se expresan sólo mediante unos indicios anímicos...*" (Freud S., 1907: 38). Primera distinción entre delirio y lo deliroide. La segunda característica es que se singulariza por el hecho de que unas cuantas "fantasías" han alcanzado el gobierno supremo, es decir han hallado creencia y han cobrado influjo sobre la acción.

Señala Élide Fernández que lo interesante en Freud, y el punto en el cual se aleja de la psiquiatría, es que pone el delirio del lado de una verdad a descifrar y no del lado de lo erróneo, no del lado de lo que está mal.

Respecto del delirio, Freud afirma que: 1) *Es un intento de cura que hace el propio sujeto* 2) *Su producción obedece a que algo debió ser cancelado/omitido*. Según Fernández, la tarea del psicoanalista reside, precisamente, en pensar si se trata de algo que falta porque nunca estuvo o de algo que sí estuvo y se perdió. Se trata de una distinción fundamental: "...*En el delirio en la psicosis va a haber el intento de reconstruir algo que ha sido NO inscripto. Mientras que el delirio en la neurosis es un efecto de tratar de tapar una pérdida que no se puede tolerar...*" (Fernández É, 1989: 20)

En síntesis, en el discurso del paciente neurótico algo se va a poder puntuar, algo se va a poder historiar; no así en el caso del paciente psicótico. El paciente que es interrogado por un significante va a poder

---

<sup>44</sup> *Ha realizado dos pactos por escrito con el Diablo (luego que éste lo tentara en 9 apariciones sucesivas), uno escrito con tinta y otro escrito con sangre. Fue exorcizado y el Diablo le devolvió el segundo Pacto. Pero no se curó. Rápidamente vuelve a tener estados convulsivos, visiones, parálisis de las piernas, estado del cual se libera cuando consigue que el Diablo le devuelva el primer pacto... plagado de alucinaciones, organiza un delirio sistematizado, coherente, y sin embargo Freud no duda en situarlo en el terreno de la neurosis desde el título de su trabajo* (Fernández, 2001 Pág: 172) La autora, en un texto anterior de 1989 Cuerpo y significante, es enfática respecto a que Freud más que a delirio se refiere a fantasías, luego en el texto citado entiende que en el caso expuesto por Freud del pintor C. Haitzmann sí se trata de un delirio sistematizado.

asociar, va a poder dar cuenta de otros significantes en otros lugares, en otros tiempos; va a poder hacer cadena significativa, algo imposible que suceda con un delirio psicótico, en el cual el significante congelado no remite a ningún otro significante. El sujeto invoca un significante que no acude. "...En el psicótico el delirio viene a estabilizar lo que queda como significante errático. Ancla el decir del psicótico, lo organiza. Quizá por eso el psicótico ama su delirio. El psicótico cuida su delirio" (Fernández É., 1989: 24).

Al respecto, Lacan plantea una distinción a nivel del significante:

*en su carácter material, el delirio se distingue precisamente por esa forma especial de discordancia con el lenguaje común que se llama neologismo. A nivel de la significación, se distingue justamente- hecho que sólo puede surgir si parten de la idea de que la significación remite siempre a otra significación –porque la significación de esas palabras no se agota en la remisión a una significación (Lacan J., 1955/1956: 52).*

En este punto, es interesante la distinción establecida por Jean Claude Maleval<sup>45</sup> entre "delirio histérico" y "delirio disociado" (Maleval J.C., 1996). El autor se pregunta: ¿por qué se produce un delirio en una estructura neurótica? La respuesta, nos indica Fernández, el autor la encuentra siguiendo el camino de la histeria. Maleval parte de señalar que un delirio histérico no está regido por los mismos mecanismos que un delirio psicótico. En una estructura histérica la presencia de alucinaciones visuales pocas veces tiene lugar sin que aparezcan una cierta cantidad de otras perturbaciones: fantasmas de fragmentación del cuerpo, capacidades para la desidentificación y para proyecciones identificatorias con frecuencia correlativas, aptitud para la regresión a demandas infantiles, a veces un vivo apego a un objeto fálico. El delirio histérico puede desencadenarse, si bien no exclusivamente, por el encuentro con un objeto sexual. Su especificidad reside en lo denominado por Janet como "idea fija", en la necesidad de metabolizar un desborde de significaciones, en la presencia u omnipresencia de la significación fálica y de la temática sexual, en el hecho de que es representante de una castración imaginaria. El delirio disociado, por su parte, es excluyente de las psicosis y no posee, como el delirio histérico,

---

<sup>45</sup> Psicoanalista francés

una perturbación en relación a la imagen especular sino en relación a la forclusión del Nombre del Padre.

Para explicar los conceptos señalados, Maleval se vale de un caso clínico (*María*)

*En resumen el delirio, la locura, la internación, si son fuentes de angustia, sirven también para ligarla. En tal sentido, María pronunció una frase asombrosa: -"Era como si a alguien le extirparan los ovarios y cuatro meses después ella tuviera un niño". El delirio histérico aparece allí tal como es: una castración imaginaria y al mismo tiempo una fuente de satisfacción autoerótica, en lo cual no difiere en absoluto de los otros síntomas histéricos (Maleval J.C., 1996: 29).*

Por lo tanto, el autor considera a los delirios histéricos a partir de estos elementos como un caso particular de delirio onírico, tales como los suscitados por el alcohol o las drogas lisérgicas y señala que, además de los temas edípicos, los de castración, los de culpabilidad y los de satisfacción narcisista, los elementos constitutivos del delirio histérico parecen emanar de las significaciones esenciales de la historia del sujeto. Refiriéndose al análisis del caso clínico mencionado, plantea que la capacidad de la paciente para captar el sentido oculto de su delirio fue suficiente para no hablar de psicosis, sumado al desencadenamiento de los trastornos, la omnipresencia de la significación fálica, la riqueza de las metáforas, la ausencia de neologismos y de estribillos, la no disociación de las manifestaciones delirantes, lo cual en la observación del episodio psiquiátrico de la paciente no llevaba a concluir que se trataba de consecuencias devenidas de la forclusión del Nombre del Padre .

La disociación psíquica, es definida por Maleval como la irreductibilidad del sentido del delirio a la conciencia del sujeto:

*me parece que la disociación psicótica es sólo concepto vacío si no se insiste en su diferencia con la Spaltung de los sujetos neuróticos: la primera constituye una ruptura radical e insuperable entre el yo y el otro en el psiquismo del sujeto (Maleval J.C., 1996: 35).*

En la escucha de un delirio psicótico es posible advertir el vacío ocasionado por la forclusión del Nombre del Padre. En cambio, en el discurso de un paciente neurótico ocurre lo contrario, un paciente neurótico no está en presencia de ese vacío generado por la forclusión,

vacío que lleva al psicótico a tratar de colmarlo con el delirio. En el neurótico, falta la falta y, según Lacan, es lo que se encuentra en el fundamento de la angustia de castración: es en el punto donde reside el desencadenamiento del delirio cuando un objeto, generalmente sexual, confronta al sujeto con esa "falta de la falta".

Retomando el texto de Maleval, en el prólogo indica que:

*Cuando la forclusión del Nombre del padre deja de ser concebida como una referencia verbal, y obligada al supuesto saber de Lacan, se advierte que sus manifestaciones clínicas no aparecen en muchos sujetos que son sin embargo delirantes. Entonces ¿cómo aprehender a estos últimos? Confundirlos en el magma de "la psicosis" o de la esquizofrenia ¿no es algo cargado de consecuencias nefastas en cuanto a la actitud de los pacientes? Por ello aparece necesario aislar los delirios oníricos, en los cuales nada está forcluido, y con los cuales el acceso psicoterapéutico obtiene a veces éxitos notables. La rehabilitación del antiguo concepto de locura histérica .... encuentra en ese punto su ubicación (Maleval J.C., 1996:13).*

Respecto de esta distinción diagnóstica, Élida Fernández elabora un cuadro que se ha considerado pertinente transcribir debido a que, por un lado, precisa las diferencias que trabaja Maleval y por otro, porque clarifica qué es lo que caracteriza a los delirios que pueden presentarse en una y en otra entidad.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Es pertinente consignar que si bien la autora trabaja los conceptos planteados por Maleval, en sus textos *Diagnosticar las psicosis*(2001) y *Cuerpo y significativo*(1989) aprecia que aquello desarrollado por el autor parece "una bolsa de gatos", rescata sí la distinción entre los tipos de delirio (histérico vs. psicótico) así como sus conceptualizaciones acerca de las locuras histéricas, observando que no todos los histéricos deliran- si bien considera que es interesante elucidar por qué algunos sí lo hacen; para esta elucidación es que toma a Maleval junto a otros autores como por ej., a Piera Aulagnier-

### Psicosis

Forclusión Nombre del Padre. Desencadenamiento. "Para que la psicosis se desencadene es preciso que el Nombre del Padre forcluido, es decir que jamás apareció en el lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al S." "Un padre llega al lugar donde el S. no pudo llamarlo antes... Cascada delirante: Significantes sin dialéctica posible, ausencia de metáfora. Deriva de sentido por asonancia. No hay historia. Los hechos pasados siguen estando presentes como si no fueran afectados por represión/inhibición. Desde Freud se dice que los esquizofrénicos toman las palabras como cosas. Las hermanas Papin, en su asesinato a las patronas, comenzaron por "arrancarles los ojos" ejecución literal del odio. Neologismos impuestos sin posibilidad de significado. Delirio psicótico: Destrucción de la cadena significativa que se manifiesta en palabras cortadas, asociaciones por asonancia, términos que faltan a la frase, ritmos sintácticos particulares Reticencia de contar el delirio Transferencia: Erotomanía. Paranoización. Relación al otro: "philia" Escritura como búsqueda de sistematización que viene a llenar la carencia de lo simbólico. La evolución sigue un modo cíclico con fases de remisión. Funcionamiento en el vacío en el lenguaje. Nadificación del psicótico. El horror de no ser. Esquizofrenias: Temática caótica, deshilvanada, estereotipada, fragmentada. Incomunicable e inentendible. Alucinaciones de todo tipo. Está seriamente dañada cualquier capacidad de contacto. Tiene evolución demencial. Mayor deterioro

### Locuras histéricas

Forclusión de otro Significante. Represión. Desencadenante: algunos creyeron observar un acontecimiento penoso. Maleval plantea la conexión de una intensa culpa con vivos deseos eróticos. El histérico debe preservar la insatisfacción fundamental de su deseo por temor a que le falte la falta pero también debe ofrecer un sacrificio a la culpabilidad que lo carcome (por la realización de deseos reprimidos). Delirio: Remite a otras significaciones. Asocia. Hay dimensión metafórica. El discurso del \$ histérico (loco) se inscribe en la diacronía, se historiza. Podría encontrarse en la locura histérica pero sin neologismos ni estribillos ni repeticiones estereotipadas. Si hay neologismos son condensaciones de varias significaciones. Son creaciones y de existencia efímera. Delirio histérico: Exhuberancia de lo imaginario, sintaxis respetada, las palabras no se disgregan y los neologismos los hay, no mantienen cerrado el discurso. Es un trastorno de la significación. Capacidad para la transferencia, tendencia a la idealización, el analista es esperado en el lugar del O. En el delirio histérico no falta el significativo fálico con mucha frecuencia encarnado en el hijo. Se producen alucinaciones auditivas pensables como retorno de lo reprimido. Culpabilidad fundamentalmente de origen sexual. El delirio histérico casi siempre expresa un sentimiento de falta o de pecado que el sujeto no sabe precisar. (Fernández É., 2001:177)



## Referencias bibliográficas

- Bafico, Jorge: "¿Una neurosis demoníaca?" Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura N° 9, Julio 1999.-
- Calligaris, Contardo: "Introducción a una clínica diferencial de la psicosis" Ed. Nueva visión, Bs. As, 1991 Pág.: 10 -13 -15 -18 - 21-9-39- 40 - 54 - 55.-
- Fernández, Élida: "Diagnosticar las psicosis", Ed. Paradiso Bs. As. 2001. Pág.: 27 – 177.-
- Fernández, Élida y otros: "Cuerpo y significante", Ed. Ricardo Vergara Ediciones, Bs. As 1989. Pág: 20-24.-
- Freud, Sigmund: (1906) "El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen" Vol. IX Amorrortu Editores, Bs. As, 1980 Pág.:38 (1924) "La pérdida de realidad en la Neurosis y la Psicosis" Vol. XIX, OC. AE. Bs. As, 1980. Traducción de James Strachey Pág.: 193 -195 -196 (1924) "La disolución del complejo de Edipo" Cáp.: CXXIX Tomo: III Ed. Biblioteca Nueva, Madrid ,1973. Traducción de López Ballesteros y De Torre Pág.: 2751. (1925) "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica". Cáp. : CL Tomo: III O.C BN, Madrid 1973. Pág.: 2901- 2902.-
- Lacan, Jacques: (1955-1956) El Seminario. Libro 3. "Las Psicosis", Paidós, Buenos Aires, 1991. Pág.: 71 -113 - 359 - 33 -18 – 52.-
- Laplanche J., Pontalis J.B.: "Diccionario de psicoanálisis" Ed. Labor, 1981, 3º Edición. Pág.: 238.-
- Maleval, Jean Claude: "Locuras histéricas y psicosis disociativas" Ed. Paidós, 1996 Págs.: 29-35-13.-
- Martínez, Horacio G.: Cuadernillos de Cátedra incluidos en la bibliografía de las materias "Modelos en Psicopatología" y "Desarrollos del psicoanálisis", Facultad de Psicología, UNMDP,"Los esquemas gráficos en la obra de Jaques Lacan" Pág.:10 -11.-
- Mazzuca, Roberto: "Los excesos de la histeria" en ALCMEON, Año XIV - Vol. 12 – N° 2 – Abril 2004. -
- Vegh, Isidoro: "Una cita con la Psicosis", Editorial Homo Sapiens, Rosario, 1995 Pág.: 50.-

## CAPITULO 3

### 3.1 Posturas teóricas

Al momento de establecer un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis, respecto de la irrupción de un episodio psicótico agudo durante el estado puerperal, se presentan básicamente dos posturas teóricas: la psiquiátrica y la psicoanalítica; si bien a lo largo de este informe se han ido exponiendo algunos de los planteos que las distinguen, en este apartado se tratará de examinarlos más en detalle.

Como una primera diferenciación fundamental se encuentra que, ante la misma evidencia clínica, ambas posturas pueden arribar a distintos diagnósticos, en tanto manejan nosografías<sup>47</sup> distintas, deteniéndose la psiquiatría en lo fenomenológico en tanto que el psicoanálisis se pone de lleno a interrogarlo.

Freud, en la Conferencia N° 16 "*Psicoanálisis y Psiquiatría*", abre el panorama hacia aquello que constituye esta diferencia. Se pregunta por la actitud que adoptaría el psiquiatra, por ejemplo, frente a un caso de celos obsesivos en el cual él se hallaba trabajando a la sazón. Concluye que el psiquiatra tomaría los dichos de la paciente como una contingencia sin interés psicológico y no les otorgaría importancia. Consigna que si bien la acción sintomática puede resultar algo indiferente, el síntoma se impone como importante, pues está conectado a un intenso sufrimiento subjetivo y es objetivamente amenazante para la paciente y para su entorno, por lo cual debería ser un aspecto de inevitable consideración por parte del psiquiatra.

Freud plantea cómo se posicionaría el psiquiatra y cómo se posiciona él desde el psicoanálisis en relación al caso, y observa que la diferencia consiste en poder traspasar el signo, interrogarlo:

*Existen ideas delirantes del más diverso contenido; ¿Por qué justamente los celos son en nuestro caso el contenido del delirio? Aquí querríamos escucharlo al psiquiatra, pero aquí mismo nos deja en la estacada. Se internará, exclusivamente, en una sola de las cuestiones que hemos*

---

<sup>47</sup> Vg. clasificaciones

*planteado. Investigará en la historia familiar de esta señora y nos aportará quizá esta respuesta: "Ideas delirantes se presentan en aquellas personas en cuyas familias han aparecido repetidas veces estas y otras perturbaciones psíquicas". Con otras palabras, en esta señora se ha desarrollado una idea delirante porque estaba predispuesta a causa de una transmisión hereditaria... ¿Es todo lo que queremos saber? ¿Todo lo que ha cooperado en la causación de este caso patológico? ¿Tendremos que contentarnos con suponer que es indiferente, arbitrario o inexplicable que se haya desarrollado un delirio de celos en vez de cualquier otro delirio? ¿Y es lícito que entendamos también en sentido negativo el aserto que proclama el predominio de la influencia hereditaria, a saber, que son indiferentes las vivencias que sobrevinieron a esta alma pues estaba condenada a producir alguna vez un delirio? (Freud S., 1916-1917: 230)*

El psicoanálisis toma distancia de la psiquiatría en relación a cómo considera al signo clínico. Al respecto, H. Martínez (2007) indicará que tal disímil consideración es fundacional de cada disciplina. Por un lado, la psicopatología tradicional se erigió en la comprensión y la clasificación de los síntomas que los pacientes presentaban, postulando una teoría que permitiera organizar el campo de observación, posibilitando así definir qué ver:

*Esta teoría, construida en íntima conexión con los postulados kantianos acerca de la composición y facultades del alma (...), autoriza a asignar al psiquismo una serie de funciones superiores que, organizadas bajo las rúbricas generales de Voluntad, Sentimiento y Razón dan cuenta de las notas características que distinguen al ser humano de todo otro ser viviente. (Martínez H., 2007: 3).*

Plantea Martínez que, entre las facultades del alma, Kant introdujo entre voluntad y entendimiento al sentimiento, aspecto identificado por Aristóteles e incluido por Descartes dentro de los caracteres maquínicos, caracteres que permitieron pensar un cuerpo humano inteligible, posibilitando de esta forma el surgimiento de la ciencia médica, e imposibilitando desde este modelo la aprehensión del alma. Así, la locura se consideraba como la pérdida de ciertas facultades y con tal consideración el hombre perdía sus rasgos humanos.

Para pensar cómo el psicoanálisis entiende el signo, en oposición al modo en que lo hace la psiquiatría, Martínez toma las ideas de Michel

Foucault<sup>48</sup>, quien señaló que con Freud, Marx y Nietzsche se produce un giro, una ruptura, una instauración de discursividad. Ese giro consiste en que el signo pasa a ser concebido desde la sospecha, la sospecha de que el lenguaje no dice exactamente lo que dice; por otra parte, instala en el centro de la reflexión el "*problema*" del signo o más bien, como señala Martínez, lo construye, en tanto problema a resolver. De esta manera, se cuestiona la relación natural que hasta el momento se pensaba entre el significante y el significado.

*De allí que, para Freud, todo síntoma, entendido como signo de la enfermedad, adquiere primeramente, a los ojos del psicoanalista, la forma de un enigma. Ya no se trata de una forma clara que delata la presencia de la enfermedad ... Freud ... quiere ir más allá de la psiquiatría, al preguntarse por el sentido del síntoma, y al mismo tiempo hace del signo algo opaco, que encierra un sentido pero se resiste a exponerlo (Martínez H., 2007: 11).*

Al respecto, Mario Pujó<sup>49</sup> observa que

*el sujeto del psicoanálisis es refractario a cualquier sujeción yoica, no se confunde con la emergencia de una disfunción sináptica, o la traducción de una configuración neuronal ... Es efecto del significante y afectado por la pérdida que lo instituye deseante, sólo puede ser tenido por responsable... el lazo social que lo hace emerger lo invita a responder de sus actos a nivel de la palabra, lo intima a producir el decir que responde de su síntoma (Pujó M., 1996).*

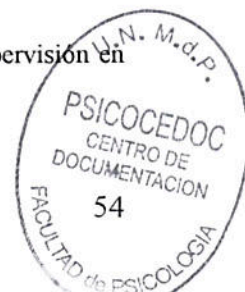
En síntesis, estas dos posturas teóricas tienen distintas concepciones de sujeto, y se sitúan de manera diferente ante el signo. ¿Cómo se evidencian estas cuestiones en la clínica?

Calligaris menciona que la clínica psiquiátrica clásica, la que por decirlo de alguna manera tiene mayor incidencia en la práctica, es una clínica en la que, si no hay fenómenos psicóticos (él se está refiriendo puntualmente a la psicosis), si no aparecen fenómenos elementales de psicosis, no hay psicosis; algo que cuadra en una clínica descriptiva,

---

<sup>48</sup> Michel Foucault, Freud, Nietzsche, Marx

<sup>49</sup> Lic. En Psicología UBA (1975), argentino. Ha realizado tareas de docencia y supervisión en diversas instituciones. Dirige desde 1992 la revista *Psicoanálisis y el Hospital*.



fenomenológica, donde no es posible elaborar una teoría nosográfica sin recurrir a los fenómenos. Por lo cual, dice Calligaris (1996), para la clínica clásica, si no hay fenómenos elementales de crisis, ya sea en lo que respecta a las manifestaciones alucinatorias, o en lo que respecta a la constitución del delirio, no hay categoría nosográfica de psicosis. Pensándolo en el marco de la investigación, si se está en presencia de dichos fenómenos, ocurriría lo inverso, hay psicosis, no quedando mucho lugar para interrogar si puede haber otra cosa. Así, dice Élica Fernández, la clínica psiquiátrica pone un orden a lo que desordena -el síntoma que desborda lo esperado- y nos dice cómo es "el loco". Por su parte, la clínica psicoanalítica intenta darle una lógica, más que un orden a aquello que observa. El psicoanálisis va hacia el decir del "loco", proponiéndose dar cuenta de la verdad operante en ese texto. De este modo, Calligaris plantea que la clínica psicoanalítica no es una clínica descriptiva ni fenomenológica, sino que es una clínica estructural, en la medida en que el diagnóstico se establece en la transferencia, punto en el cual se separa ampliamente de la clínica psiquiátrica, pues los fenómenos por sí mismos no hacen diagnóstico.

### **Diagnósticos posibles**

En lo que respecta a la psiquiatría, y de acuerdo a la clasificación de Henri Ey et al. (1996), ante la aparición de un episodio psicótico agudo durante el estado puerperal se podría establecer un diagnóstico de psicosis puerperal (ya consignada) o de psicosis delirante aguda, la cual se caracteriza:

*por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Constituyen verdaderas experiencias delirantes en el sentido de que el delirio es vivenciado como un dato inmediato de la conciencia modificada como una "experiencia" que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, sentimientos de extrañeza, de misterio, etc.). Para su designación han sido propuestas diversas denominaciones: Bouffées délirantes, delirios súbitos (o d'émblée) psicosis alucinatorias o imaginativas agudas. (Ey H. et al., 1996:267).*

Otros autores dentro de la clínica médica psiquiátrica asocian el episodio psicótico con el desencadenamiento de una esquizofrenia o con la irrupción de una psicosis maníaco depresiva (Jensen et al., 1981).

Para la Psicología existen distintas posibilidades al momento de establecer un diagnóstico presuntivo ante un episodio psicótico agudo durante el estado puerperal. Autores como Mónica Tesone consideran dicho episodio como signo de una psicosis puerperal, la cual a su vez consiste en la forma más grave de depresión puerperal. Otros autores, tales como J. C. Maleval y Élica Fernández si bien no realizan sus desarrollos teóricos en torno al estado puerperal, sí advierten, siguiendo la teoría freudiana, que un episodio psicótico agudo no es definitorio *per se* de un posicionamiento subjetivo psicótico, sino que también se puede presentar en un posicionamiento neurótico, por lo cual el diagnóstico, según el caso, podría indicar tanto psicosis como una neurosis grave.

Esta breve aproximación a los planteos diagnósticos de la psiquiatría y del psicoanálisis, y a las diferencias entre ambas posturas teóricas, converge en palabras de Élica Fernández:

*Lo que hace la psiquiatría es clasificar, y lo hace según su evolución, su estructura, su mecanismo, el tipo de ideas que la constituyen. Una malla de clasificaciones intenta atrapar una materia que se escapa. Cada malla, además es diferente. Por ejemplo las psicosis delirantes agudas... que son ciertos estados oníroides, figuran sólo en la psiquiatría francesa. No tienen lugar en la psiquiatría inglesa o anglo-sajona y la alemana. No existen precisamente porque las psicosis delirantes agudas serían lo que en este momento llamamos "locuras histéricas". Es decir, serían estos delirios de buena evolución, los que desaparecen con un tratamiento, los que a partir de la acción del psicoanálisis es fácil que se integren a la cadena de pensamientos del sujeto (Fernández É., 1989: 12)*

### **Referencias bibliográficas**

Ey, Henri, Bernard P, Brisset Ch.: "*Tratado de Psiquiatría*" Ed. Masson 1996 Pág.: 267.-

Fernández, Élica y otros: "*Cuerpo y significante*", Ed. Ricardo Vergara Ediciones, Bs. As, 1989. Pág.:12.-

Freud, Sigmund: (1916/1917) "*Psicoanálisis y psiquiatría*", Vol. XVI  
Ammorortu Editores, Bs. As, 1980. Pág.: 230.-

Martínez, Horacio G.: Cuadernillos de Cátedra incluidos en la bibliografía  
de la materia "Modelos en Psicopatología", Facultad de Psicología,  
UNMDP: "*Cuadernillo introductorio*". 2007. Pág.:3 -11.-

Pujó, Mario: *Introducción en "Psiquiatría y psicoanálisis"*, Publicación  
Psicoanálisis y El Hospital N 9,1996.-

## CAPITULO 4

### 4.1 Acerca de la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial neurosis / psicosis en el estado puerperal en psicoanálisis

*¿Una crisis psicótica en un paciente neurótico? No. Pero existen episodios con fenomenología psicótica en marcos neuróticos, estados pseudo crepusculares, alucinaciones, particularmente auditivas, pero no sólo auditivas. Esto merecería un seminario: Episodios psicóticos en una estructura neurótica (Calligaris C., 1996: 54).*

Según la bibliografía consultada, la clínica evidencia que el delirio no es una manifestación que se produce sólo en la psicosis. Y aquí es donde se avizoran las dificultades.

Maleval se interroga por el delirio en una estructura neurótica. Al respecto, E. Fernández indica que no obstante tener medianamente clara la distinción entre estructuras, y si bien se puede hablar con cierto rigor de mecanismos distintos, de constituciones psíquicas distintas, el delirio, hasta ahora, continúa apareciendo en la clínica. Es en la clínica desde donde el delirio convoca al analista, no sin causarle perplejidad, por lo menos durante un tiempo. ¿Neurótico o psicótico? Según esta autora, arribar a una presunción diagnóstica puede insumir una larga y minuciosa escucha, que viabilice la clarificación acerca de qué entidad se trata.

J. Kristeva, J.C. Maleval, S. Freud, C. Calligaris, junto a otros autores citados, coinciden en que el delirio no está ausente de la clínica del neurótico. Según Fernández el delirio, en la neurosis, puede volver a insertarse en la cadena significativa, puede hacer metonimia; esta condición del delirio en el marco de una neurosis permite que se lo recupere en el discurso del sujeto, y que de esa manera la clínica se posicione en el campo exclusivo del psicoanálisis, el de la palabra. Por su parte, el delirio psicótico no halla esta posibilidad de hacer metonimia, se presenta pleno de sentido, intransmisible. La neurosis evitará un fragmento de la realidad, mientras que la psicosis construirá una realidad alterna.

Isidoro Vegh plantea el siguiente interrogante: ¿Qué objeto se produce en el retorno alucinatorio en uno y otro caso? Y aventura una respuesta:

*leyendo a F. Doltó proponemos la castración para las distintas especies de objeto, para la neurosis y el campo de las locuras, lo cual nos llevará a pensar e interrogar el punto de las forclusiones parciales ....<sup>50</sup>Ya en el campo de las psicosis, podríamos decir, objeto (no perdido) sólo respuesta a la demanda del Otro, que en su retorno sin cubierta imaginaria, no sustituido, se presentifica en lo simbólico, retornando desde lo Real (Vegh I., 1995: 62)*

Hasta aquí la dificultad se encuentra en la manera que tiene el episodio de presentarse, referida a los aspectos fenomenológicos que desorientan la presunción diagnóstica, pero tal dificultad ha sido considerada desde autores que no especifican su aparición dentro del estado puerperal.

¿Qué ocurre con un episodio psicótico agudo que aparece en el estado puerperal? Tal como se observaba en el primer capítulo de este informe, no revestiría mayor dificultad en tanto el episodio se considera un signo que indica que se está ante una psicosis puerperal.

Pues bien, allí es donde comienza el inconveniente, al naturalizar el signo, en quedarse -como apuntaba Lacan- con la experiencia inmediata y no sobrepasar lo fenomenológico. Algo está claro, si se observa un episodio psicótico agudo dentro del estado puerperal, se está ante una manifestación psicopatológica, eso no se refuta; ahora bien, ¿esa manifestación psicopatológica indica de manera excluyente que se está ante una psicosis?

Élida Fernández (2001) se inclina por la prudencia, la misma prudencia freudiana que se mencionaba en el capítulo 2, porque "...muchas veces nos encontramos con diagnósticos de "algo" porque no es esto otro..." ¿Y si se descartara el diagnóstico de psicosis? La autora realiza otra salvedad, introduciendo al mismo tiempo una dificultad:

---

<sup>50</sup> En el mismo texto, Pág.: 12, Isidoro Vegh se refiere a esta cuestión postulando el desbarranco de las neurosis, especialmente la locura histérica, donde destaca una forclusión producto de un movimiento regresivo al que nombra "regresión forcluyente"

*Creo que es muy habitual cuando descartamos una psicosis apresurar el diagnóstico de locura histérica como si esta fuera por descarte la posibilidad que resta. Pero para diagnosticar una locura histérica es necesario que encontremos y fundamentemos en ella los elementos que estructuran una histeria (Fernández É., 2001: 187)*

La nueva dificultad se puede presentar del siguiente modo. El psicoanálisis ha trascendido lo fenomenológico en la clínica, se encuentra interrogándolo, procura establecer con las herramientas del método analítico -la escucha y la transferencia- ante qué posicionamiento subjetivo se encuentra, de que entidad clínica se trata. Pero aún yendo más allá de lo observable se pueden producir errores diagnósticos, bien porque tales diagnósticos se apresuran o porque en ese ir más allá el analista puede detenerse sólo en lo simbólico, a partir de lo cual la interpretación analítica se demostraría simbólica, en el sentido estructurado del término:

*Pero, cuidado, deja en el mismo plano el campo de las psicosis y el de las neurosis. Si la aplicación del método analítico sólo proporcionara una lectura de orden simbólico, se mostraría incapaz de dar cuenta de la distinción entre ambos campos. Es entonces más allá de esta dimensión donde se plantean los problemas (Lacan J., 1956/1955:22).*

¿Cómo orientar la escucha entonces? En primer término, se trata de entender que:

*ese lenguaje que puede engañarnos en un primer abordaje del sujeto, incluso a veces hasta en el más delirante, nos lleva a superar esa noción y a formular el término de discurso. Porque estos enfermos, no hay duda, hablan nuestro mismo lenguaje. Si no hubiese este elemento nada sabríamos acerca de ello. La economía del discurso, la relación de significación a significación, la relación de su discurso con el ordenamiento común del discurso, es por lo tanto lo que permite distinguir que se trata de un delirio...Comprender por qué se da algo a comprender (Lacan J., 1955/1956: 53 -75).*

Se puede agregar que hay que sospechar inclusive de aquello que comprendemos. Fernández postula esta actitud de sospecha en situaciones clínicas inversas, en las cuales la psicosis se presenta con una fachada neurótica en individuos de estructura psicótica que consultan en un momento anterior al desencadenamiento. Resulta pertinente citar este planteo, pues aclara que la dificultad se puede

empezar a vencer evitando tomar las cosas tal cual se nos presentan. Si se invierte, a modo de ecuación, lo postulado por la autora, refiriéndolo al objeto de esta investigación, se observa que las entidades clínicas, en la práctica, más que claras se presentan turbias:

*No son prepsicosis, como llamaríamos a las estructuras psicóticas que nunca han tenido un desencadenamiento o manifestaciones clínicas claras de psicosis, sino los momentos previos a la ruptura psicótica, donde en la consulta lo que escuchamos podía parecerse a una neurosis obsesiva o histérica, pero falta el conflicto propio de cada neurosis. No todo psicótico se presenta como nos los describe la Psiquiatría ni como lo vemos en las instituciones manicomiales ¿Qué nos lleva a sospechar allí la psicosis a punto de estallar?.... No todo psicótico se presenta de entrada fácil de diagnosticar, no todos vienen recitando las características de cada cuadro pertinente. Muchas veces la fachada es neurótica, obsesiva o histérica, pero es como una fachada que fuera sólo fachada (Fernández É., 2001: 62-63-65).*

En relación a la temática investigada los interrogantes podrían ser, por una parte ¿qué nos hace pensar en una psicosis cuando se observa un estallido momentáneo? Y, por otra, ¿es posible que una neurosis, de carácter grave, se distorsione al punto de mostrarse como aquello que *no es*, es decir, como una psicosis?

Otro punto que desconcierta y puede generar dificultad es la cuestión de la demanda, de cómo llega la paciente a la consulta: ¿por motivo propio, es traída por su familia, por médicos, por la justicia?

Como ya fuera consignado, en la neurosis hay una demanda de saber, en tanto en la psicosis el saber es todo del paciente, y en ese caso es difícil concebir la existencia de una demanda. Generalmente, las parturientas, por su condición, si el episodio sobreviene inmediato al parto, ya se hallan hospitalizadas, por lo cual más que de una demanda de la paciente se trata de la observación de su estado anímico realizada por los profesionales actuantes. En otras ocasiones, tal como se puede apreciar en los casos clínicos que se presentan en el próximo capítulo, la demanda proviene del entorno familiar o del entorno más próximo de la paciente, quienes en ocasiones vuelcan la demanda en la justicia.

Inclusive no habiendo irrupción de un episodio, a las mamás recientes les cuesta articular aquello que les pasa; esto se debe, según Mónica Tesone<sup>51</sup>, a que aún rige una idealización de la maternidad, y a que se considera que la mujer posee capacidades innatas para conllevar todo lo que esta experiencia implica; la existencia de este prejuicio ayuda a comprender por qué suele ser inusual que las parturientas consulten, y que si acuden al servicio de salud ya llegan con alguna manifestación psicopatológica. De hecho, el paciente psicótico suele llegar de esa misma manera al servicio de salud: cuando ya sobrevino la crisis, cuando no hay demanda articulable. (Sí puede ocurrir, como señala Fernández, una consulta previa al advenimiento del delirio, el miedo al derrumbe como lo denomina Winnicott).

En tales situaciones, también se debe ir más allá, pues que la paciente no acuda a guardia expresando una demanda no implica que a través de la escucha analítica la demanda advenga; que eso suceda implica ya observar un criterio de diferenciación diagnóstica, pues atisbar la articulación de una demanda, implica empezar a escuchar si hay ligazón de sentido en el discurso de esa paciente. En el discurso de un psicótico, como ya se observó, esto no ocurre.

Otra dificultad que puede suscitarse para el establecimiento del diagnóstico es que habitualmente es difícil realizar un seguimiento de las pacientes, tal como indicaron profesionales entrevistados de los distintos servicios (HMI, HIGA)<sup>52</sup>, lo cual obstaculiza, por un lado, el tiempo que se requiere para sostener la escucha y a partir de la misma arribar a un diagnóstico diferencial. Por otro lado, al no tener dicho seguimiento no es posible observar como cursa el cuadro, si hay deterioro o no, si hay remisión, recidiva, si hay compensación, si hay recaídas con nuevos episodios, si dichos episodios suceden luego de otros partos o en relación a experiencias vitales etc. Y es que usualmente las consultas se realizan no por consultorio externo sino en la guardia de los servicios de

---

<sup>51</sup> La autora señala que se trata de la transformación “*de la princesa embarazada en la campesina post-partum*” Op.cit. Pág: 108

<sup>52</sup> Hospital Materno Infantil / Hospital Interzonal General de Agudos, ambos sitios en la ciudad de Mar del Plata

salud y allí reside una seria dificultad: en el apremio con el cual se presentan estos casos en la clínica, apremio que suscita que el diagnóstico se establezca prioritariamente desde la psiquiatría<sup>53</sup>, y que el tratamiento obre en esa dirección; por lo que queda poco espacio para que el psicoanálisis precisamente interrogue los fenómenos que irrumpen.

En esta coyuntura cabe hacer una aclaración: que el episodio psicótico agudo se presente en la urgencia no implica que el diagnóstico se formule a su vez de manera urgente. Como señala Vegh, es necesario que el analista esté abierto al entendimiento, a que nada lo ate a la conclusión que intenta poner a prueba: que haya sido propiciatoria no impide anticipar que si encuentra alguna mejor no tendrá vacilación en cambiarla. Teniendo esto presente, los diagnósticos diferenciales en el estado puerperal deben ser prudentemente presuntivos y las indicaciones de tratamiento seriamente evaluadas, teniendo en cuenta que la escucha puede, en el tiempo, producir un giro hacia otro diagnóstico, y más aún considerando que ciertos errores, tal como fuera señalado, pueden sumir a la paciente en una *psicotización*, en una errancia que es característica de las psicosis pero no de los demás posicionamientos subjetivos.

### **Referencias Bibliográficas**

Calligaris, Contardo: *"Introducción a una clínica diferencial de la psicosis"* Ed. Nueva Visión, Bs. As, 1991 Pág.: 54.-

Fernández, Élida: *"Diagnosticar las psicosis"*, Ed. Paradiso Bs. As. 2001. Pág.: 187 – 62 -63 -65.-

Lacan, Jacques: (1955-1956) El Seminario. Libro 3. *"Las Psicosis"*, Paidós, Buenos Aires, 1991. Págs.: 22 - 53 -75.-

---

<sup>53</sup> Generalmente los tratamientos implican medicación, al respecto la clínica psiquiátrica posee amplios debates, principalmente en relación a la lactancia, véase Mónica Tesone, Op. Cit. Y Nota al pie N° 11.

Vegh, Isidoro: "*Una cita con la Psicosis*", Editorial Homo Sapiens, Rosario, 1995. Pág.: 62.-

## CAPÍTULO 5

### 5.1 Casos Clínicos

La transcripción del primer caso es resultado de la observación no participante en carácter de residente de pregrado, en entrevistas con una paciente en la guardia del servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Allende". A continuación se exponen dos casos extraídos de la publicación Alcmeon, los que forman parte de una investigación realizada por el Dr. A. Monchablon y la Dra. M. I. Peralta sobre psicosis puerperales. En ambos se consigna la salvedad de que son presentados en el recorte temporal al cual se accedió. (*1er. Caso: seis meses / 2do. Caso A: si bien no especifica refiere un mes, 2do. Caso B: ídem refiere un año*).

#### Caso Clínico N 1

La presentación y evolución completa del primer caso se encuentra adjuntada en la sección *Anexos* del informe.

En este capítulo, sólo se transcriben de la entrevista que llevó adelante el psiquiatra -en presencia de la psicóloga y la residente de pregrado- aquellos fragmentos que resultan ilustrativos para la investigación; asimismo, se agregó información aportada por una vecina acompañante de la paciente en una segunda entrevista.

S. tiene 33 años, llega al servicio acompañada por un médico del Hospital Materno Infantil de Mar Del Plata quien informa que la paciente cursa un posparto inmediato (se encuentra en las 48 hs. posteriores al parto), que presenta dificultades y desconcierto en torno a su reciente maternidad, que ha tenido su bebé en casa de una amiga.

S. se muestra muy exaltada y confusa, desorientada, vigil. El curso del pensamiento es taquipsíquico<sup>54</sup>, presenta logorrea<sup>55</sup>, se halla

---

<sup>54</sup> Curso acelerado del pensamiento

<sup>55</sup> Verbalización incesante

euproséxica<sup>56</sup>. Su aspecto es cuidado, aunque está acalorada y sudorosa. Se ríe y se frota las piernas constantemente. Al tomar asiento, lo primero que hace es mostrar las manos, que están sudorosas: *“Mirá como estoy, me sube y me baja la presión, no sé por qué. Estoy toda desgarrada, me desgarré toda adentro, es increíble como estoy”*.

*“Sangré mucho, es increíble cómo me duele, fue terrible, yo sentía que el bebé en vez de bajar se me subía a la garganta y sentía gusto a tierra en la boca, sentía que largaba tierra por acá (se señala la zona genital) sentía como un nudo acá” (se señala la garganta).*

Psq: – S. ¿sabe dónde se encuentra?

S. – *Acá, con Uds.*

Psq – ¿Sabe qué lugar es este?

S. – *El médico me dijo que es el Hospital, pero no se muy bien cuál.*

Psq – ¿Sabe qué día es hoy?

S. – *No, pero el año es 2001 (la entrevista se tomó en 2006).*

Psq – ¿Nos puede describir cómo es su vida, con quiénes vive, en dónde, cómo está compuesta su familia?

S. – *Vivo en la calle hace diez años (no impresiona del mismo modo), mirá cómo estoy, yo no lo puedo creer. Tuve un marido y un hijo, hace mucho que no los veo, tengo un papá y una abuela, no vivo con ellos (se toca la zona genital y refiere mucho dolor). (No habla al ser preguntada por su otro hijo. Su manera de responder es vaga y le cuesta expresarse).*

Psq- ¿Nos puede contar que pasó en estos días, por qué está acá?

S. -*tuve un bebé, que se me salió, me dolía la panza mucho, mucho, horrible y fui a lo de mi amiga y se me salió y me desgarré toda adentro.*

Psq - ¿Es nena o nene?

S. - *nena...no nene*

Psq - ¿Qué diferencia hay entre prestar y regalar?

S -(riéndose) *que prestar es prestar y regalar es regalar.*

---

<sup>56</sup> Sin alteración en la atención

La mayoría de los hechos que refiere son pasados, hablar del presente la desconcierta. Reitera mucho sus sensaciones corporales, sus dolores. Su discurso no tiene pausa, es de corrido. Su estado general es confusional, acompañado por una mirada de estupor.

Las indicaciones para una próxima entrevista se le dan al médico acompañante, con quien la paciente se retira.

Acude a una segunda entrevista acompañada de una vecina, la cual actualmente la hospeda y se encarga de ella y de su bebé. Al entrevistarla, el equipo del servicio de salud mental toma conocimiento de que las conductas evidenciadas por la paciente se han presentado con anterioridad sin relación alguna con eventos asociados a la maternidad. La paciente presenta un continuo de desamparo y abandono tanto de su núcleo familiar como de su anterior pareja. Sobre el padre del bebé que la paciente acaba de tener, la vecina refiere que no es una persona presente en la vida de la misma. Refuta el hecho de que viva en la calle, pues ella ya hace tiempo que la cuida sorteando distintas clases de dificultades que la preocupan y la agobian, como la más reciente, cuando la paciente estaba con contracciones y no dio aviso hasta que el *bebé prácticamente se le salió* como ella refiere.

## **Caso Clínico N 2**

**A) Paciente de 27 años. Internada (Monchablon A., Peralta I., 1995)**

*Motivo de Internación: Alucinaciones auditivas. Conducta agresiva.*

*Antecedentes de enfermedad actual: Un mes antes de la internación abandonó a sus hijos y a su marido porque no los reconocía como propios. El esposo, alcohólico, con deterioro importante en el desarrollo social, refiere que notó 30 días después del parto que la paciente comenzaba a desatender a sus hijos, hablaba "en lenguas extrañas", no dormía, se enojaba con facilidad y cantaba a los gritos durante todo el día cánticos religiosos. En la misma época comienzan las huidas del hogar.*

Examen al ingreso: Desconfiada, alucinada, “escucha la voz de un hombre que dice cosas feas”. Refiere sentir dolores de cabeza y de vientre, sensación que vivencia como una agresión de ese mismo hombre. Reticente. Pueril<sup>57</sup>. Con conductas impulsivas de huida. Durante la internación la paciente está excitada, con desorientación y falsos reconocimientos con el personal del Servicio. Por momentos permanece sin ningún contacto con el entorno y al rato está atenta y dispuesta al diálogo, persisten las alucinaciones. Logorreica<sup>58</sup>, con logoclonías, responde a todo estímulo del ambiente, lee láminas de las paredes, toca historias clínicas, quita hojas de las plantas, intensa actividad motora sin objeto. Insomne, canta o grita de día y de noche. La afectividad está polarizada hacia el placer con estados anímicos fluctuantes. Escaso capital ideativo. Ocurrencias delirantes polimorfos, místicas, eróticas y megalómanas. Cree ser la Virgen María.

Antecedentes familiares: No refiere alteraciones psicopatológicas en la familia.

Antecedentes personales: Sin antecedentes psiquiátricos personales. Había tenido cuatro hijos antes de nacer su última niña, que en el momento de la internación tenía 4 meses.

Es dada de alta sin productividad psicótica, estable anímicamente, retomando en un mes el cuidado de su familia.

**B) Paciente de 20 años. Internada (Monchablon A., Peralta I.1995)**

Motivo de internación: Judicial. Agitación. Conducta agresiva. Ideación delirante. Alucinaciones auditivas. Exaltación tímica.

Antecedentes de enfermedad actual: Un mes antes de la internación había tenido un parto normal. La paciente tenía dos hijos anteriores sin haber padecido trastornos psicopatológicos. A los 15 días del parto comenzó con conductas de evitación y actitudes hostiles objetivadas en sus familiares.

Examen al ingreso: La paciente está exaltada, no contesta preguntas ni atiende a su entorno, sólo repite “¡Salí diablo en nombre de Jesús!” con

---

<sup>57</sup> Infantil

<sup>58</sup> Ver Nota al pie N° 49

voz fuerte e impostada y con actitud hostil. Antes había comunicado a su familia que había tenido un encuentro con un ángel del diablo. Antecedentes personales y familiares: Sin antecedentes psicopatológicos.

Al día siguiente: Perpleja, reticente, desorientada, negativista, se niega a alimentarse e hidratarse. Ideas delirantes de posesión demoníaca.

Alucinaciones auditivas y visuales. Conducta impulsivo-agresiva. Es dada de alta, reingresando un año después.

Episodio delirante de características iguales al episodio anterior, sin relación con la maternidad, consecutivo a la muerte de su esposo. Evoluciona favorablemente, es dada de alta, compensada.

## **5.2 Análisis de los casos clínicos**

El objetivo del análisis de los casos expuestos -los que en una primera aproximación, a partir de los signos que evidencian, podrían no producir mucha vacilación respecto de estar ante una psicosis- reside por un lado en que el primer caso suscitó dudas en los profesionales actuantes<sup>59</sup> y, por otro, en que los otros dos casos -si bien no parecen haber ocasionado dudas diagnósticas -son casos evolucionados por la psiquiatría; debido a ello se tratará de realizar una tentativa de interpretación del material disponible aplicando los conceptos psicoanalíticos trabajados a lo largo de este informe.

Las *semejanzas* en los casos clínicos presentados se advierten en los aspectos fenomenológicos que a continuación se detallan:

\*Hay ausencia de demanda efectuada por las parturientas al momento de acudir al servicio -siendo que en el C1<sup>60</sup> la paciente es llevada a

---

<sup>59</sup> Lo que suscitó dudas son las particularidades del puerperio, ya consignadas en el Capítulo 1, puntualmente en relación a las manifestaciones psicopatológicas. Pero principalmente que la paciente no se presentó alucinada, o con la totalidad de los signos clínicos habituales que describe la psiquiatría para estos casos.

<sup>60</sup> Caso Clínico N° 1

guardia por un médico del HMI, y en los C2 (A, B)<sup>61</sup> son llevadas por la familia y por la justicia respectivamente.

\*En ambos casos C1 y C2 las pacientes se presentan agitadas y con exaltación tímica, así como logorreicas.

\* En ambos casos hay desorientación propia del estado confusional

\*Las pacientes refieren dolores corporales, en C1 en la zona genital y en C2 en vientre y cabeza.

Las *diferencias* que se observan son las siguientes:

\*En C1 la presentación excluye alucinaciones, en tanto en C2 (A, B) hay alucinaciones auditivas.

\*La paciente de C1 no presenta conductas agresivas<sup>62</sup>, sí en cambio las pacientes presentadas como C2.

\*La paciente de C1 presenta un episodio inmediato al parto, en tanto en C2A ocurre a los cuatro meses y en C2B al mes.

\*Las pacientes del C2 presentan falsos reconocimientos con el personal de servicio, mientras la paciente del C1 no.

\*La paciente del C1 posee antecedentes psiquiátricos -referidos por la vecina-; en los C2 ninguna de las pacientes posee tales antecedentes, así como tampoco episodios patológicos asociados a la maternidad (no se trata de primigestantes). Debe señalarse que la paciente del C1 no tiene contacto con su primer hijo, en tanto las pacientes del C2, hasta el momento de ser internadas, cuidaban de su familia e hijos, tareas que retoman una vez remitida la sintomatología.

\*En C2 hay ocurrencias delirantes, polimorfos, místicos, eróticos y megalómanos, con ideas de posesión demoníaca; en C1 no se observa presencia de ideas delirantes de estas características.

\*El pronóstico para el C1 difiere de los formulados para los C2, en el hecho de que la paciente depende de su vecina para sobrellevar su maternidad, y también porque en la segunda entrevista -si bien la

---

<sup>61</sup> Caso Clínico N° 2 (A, B)

<sup>62</sup>< Cfr.> José Manuel de Luis Pérez “*Estudio de la agresividad en el puerperio con la escala I para la medida de la agresividad*” Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica Universidad de Salamanca, 1987.-

paciente se encontraba más tranquila a causa de la medicación- se observa que la sintomatología no ha remitido: parece no poder establecer una relación de sentido en lo que refiere, continúa apegada a la literalidad de las palabras. Mientras que en C2A hay remisión de sintomatología y vuelta al hogar, en C2B hay un episodio de similares características no asociado a la maternidad pero sí a un evento vital que implica, al igual que el parto, un duelo, dado que la paciente había perdido a su esposo.

De la anterior confrontación se desprende que los síntomas observados en las pacientes presentadas se caracterizan por su discontinuidad y heterogeneidad. Dato que no es menor si se considera que habitualmente los fenómenos acaecidos durante el estado puerperal se toman como indicativo de psicosis. Los casos C2 resultan un ejemplo de ello, no solo en su evolución sino en su contrastación con el C1. En los C2 se puede entender el episodio como consecuencia de haber vivido el parto como una pérdida<sup>63</sup>, sobre todo en C2B donde sobreviene un episodio de similares características al fallecer el esposo; en cambio, en C1 hay una falta que falta, esa literalidad de la que la paciente no puede salir y que persiste aún habiendo mermado su sintomatología; ello resulta indicativo de la forclusión de ese significante primordial en torno al cual deben ordenarse el resto de los significantes: la paciente del C1 no puede cuidar a su primer hijo, y la llegada del segundo la desconcierta, no sabe cargarlo, amamantarlo, no registra el llanto del bebé –cuestión referida por el médico acompañante-; en cambio, las pacientes del C2 tienen otros hijos de los que se ocupan –hecho consignado en las evoluciones clínicas- , y el episodio se presenta a los cuatro meses y al mes de haber parido respectivamente; es decir, en un primer momento pueden cuidar de sus hijos, vincularse con ellos. Es oportuno pensar aquí en el circuito de la Demanda<sup>64</sup>. La situación del recién nacido consiste en la irrupción de necesidades, que desde el

---

<sup>63</sup> Una puntuación similar en cuanto a la pérdida se puede observar- si bien no en relación al estado puerperal pero sí en pos de establecer una diferencia diagnóstica- en los casos trabajados por Élica Fernández en Cuerpo y significante Op. Cit. <Cfr.> “Ana” / “Daniela” Pág. 8

<sup>64</sup> Ver Horacio G. Martínez “*Esquemas y gráficos en la obra de J. Lacan*” Op. Cit.



cuerpo exigen ser satisfechas. Sucede que el recién nacido como consecuencia de su prematuración no puede autosatisfacer esas necesidades apremiantes. Depende de otro que acuda en su asistencia. Ello da inicio al circuito de la comunicación entre el recién nacido y el lugar del Otro, en tanto que Tesoro del Significante; sólo eso posee el niño, por lo cual la provisión del recién nacido consistirá en permutar sus necesidades dirigidas a objetos por demandas, es decir por pedidos que se transforman en significantes, al ser provistos y sancionados desde el lugar del Otro. En esa entrada en la relación con el Otro, el recién nacido pierde sus necesidades e ingresa al circuito de las demandas constituyéndose en sujeto barrado. A partir de allí sus demandas serán significadas por el Otro, lo cual provoca la entrada del bebé al mundo simbólico. En el caso C1, se puede pensar a la paciente como carente de un Otro que haya significado sus demandas, por lo cual no puede simbolizar su propia maternidad; ella no ha accedido al mundo simbólico. Ahora bien, para el advenimiento de un sujeto barrado no sólo se requiere de tal operatoria, sino que es nodal la intervención de una posición tercera que impide que el recién nacido quede atrapado en el circuito de la pareja imaginaria ( $a, a'$ ) como objeto de goce: esa posición tercera es la metáfora paterna y otorga el significante primordial, el del Nombre del Padre, en torno del cual se ordenarán el resto de los significantes. Por ello Lacan dice que el esposo para la parturienta que entra en crisis es un padre real que la confronta con la ausencia de Un-Padre que no acude en carácter de significante. De esta manera, se puede pensar que mientras en C1 la llegada del bebé en tanto experiencia parece no anudarse, en C2 (al sobrevenir luego del nacimiento de un tercer o cuarto hijo, y luego de haber podido cuidar del recién nacido) parece lo contrario, es decir, que hay posibilidad de simbolización, independientemente de aquello que resulta desestabilizante, desbordante, y que halla su expresión en el episodio psicótico.

En los casos C2 hay un elemento que prevalece y es la ocurrencia de delirios místicos: en C2A la creencia de ser la Virgen María y también la

voz de un *hombre que le dice cosas feas*, con presencia de cánticos religiosos y de palabras proferidas en lenguas extrañas; en C2B aparece un delirio de posesión demoníaca<sup>65</sup> y encuentros con *el ángel del diablo*.<sup>66</sup>

Ante este contenido, y respecto de la dificultad diagnóstica estudiada, autores tales como J.C. Maleval, É. Fernández, y J. Bafico<sup>67</sup> suelen observar que previo a concluir un diagnóstico de psicosis habría que ver si no se trata de una neurosis grave, denominada en ocasiones locura histérica:

*semeja tanto los estallidos, los vericuetos, los avatares de las psicosis, por lo menos en su presentación.... la locura es una posibilidad abierta a toda subjetividad, más allá de las estructuras clínicas en sí.... la locura es vivida íntegramente en el registro del sentido y es aquí donde tenemos una de sus claves en la clínica diferencial* (Fernández É., 2001: 169 - 170 - 171).

Como ejemplo de ello la autora menciona la abundancia de mujeres con locuras histéricas que se encuentran en el Hospital Neuropsiquiátrico Moyano de Bs. As.; no obstante, señala que sólo son advertidas por la oreja entrenada, pues luego de años de internación no es sencillo diferenciarlas en algo respecto a aquellas que padecen esquizofrenia o paranoia. Allí pareciera, en cierta medida, recalar la dificultad, pues debido a esos errores diagnósticos, en el contexto del estado puerperal, donde casi sin discusión -más allá de las dudas que suscite en la presentación su heterogeneidad- prevalece el diagnóstico de psicosis, los cuadros se agravan.

---

<sup>65</sup> “...Sigamos recorriendo el planteo de Maleval...Una de las recurrencias del delirio histérico es la idea de posesión por incubos o súcubos, demonios cuya “voz” expresan los deseos del sujeto que se autonomizan de él...” É. Fernández Op. Cit. 2001:174 “...*íncubo*: ...a las mujeres se les aparecía de noche y las forzaba, las oprimía, se subía encima de ellas...el diablo se ponía encima del soñante y así tenían sentido la opresión en el pecho y la paralización...” É. Fernández, Op. Cit 1989:32 <Cfr.> J.C. Maleval Op. Cit 1996; Véase “La pesadilla”, de Johann Heinrich Fussli 1781, óleo sobre tela, Detroit Institute of Arts., en Historia visual del arte Larousse 2004.-

<sup>66</sup> <Cfr.> S. Freud (1922/23) “Una neurosis demoníaca en el SXVII” Cáp.: CXXII Tomo: III Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

<sup>67</sup> <Cfr.> J. C. Maleval Op. Cit. Caso “*María*”; É. Fernández Op. Cit. Acerca de los desarrollos que realiza la autora del concepto Locura histérica, Caso “*Jazmín*”; Jorge Bafico “Una neurosis demoníaca” Op. Cit.

Otra cuestión que es plausible de análisis y que es preciso desglosar. En capítulos anteriores se observó que si en la psicosis hay forclusión del Significante Primordial, en la neurosis grave también puede haber forclusión, pero no del Significante Primordial sino de un significante que por diferentes motivos devino traumático (Calligaris C., 1991; Vegh I., 1995).

En el caso del pintor Cristóbal Haitzmann, Freud menciona que:

*Cuando el niño dibuja muñecos grotescos y caricaturas, suele lograrse demostrar que se burla con ellos de su padre; y cuando el niño o la niña se muestran temerosos de que entren ladrones en su alcoba, no es tampoco difícil reconocer en tan indeseados visitantes disociaciones de la figura del padre. También los animales que aparecen en las fobias zoológicas de los niños son, por lo general, sustitutivos del padre, como en tiempos primitivos del animal totémico. Pero en ningún caso hallamos tan claramente expresado como en el de nuestro pintor neurótico del SXVII que el diablo sea una copia del padre y pueda figurar como sustituto del mismo (Freud S., 1922/1923: 2685)<sup>68</sup>.*

En el pintor de Freud hay cuestiones de filiación, de pérdida del padre, condiciones de relación negativa con el padre. Esto mismo se observa en la casuística consignada por los autores citados en referencia a locura histérica. Por ejemplo, en el caso "Jazmín" de Élide Fernández *"...padre impotente, ni cura ni esposo..., ella habla por el padre, habla como un marido engañado...los emblemas del padre sostenidos e increpados..."* (Fernández É., 2001: 184), en el caso "Ana" *"... papá es un hombre quedado. No tiene cultura, están llenos de prejuicios. Mamá lo tiene de títere... a papá lo desprecia..."* (Fernández É., 1989: 10) En el caso "María" de Maleval *"...tengo que decirle algo terrible: mi padre era una teoría"...un indicio de la inconsistencia del padre...de la forclusión de su función..."* (Maleval J.C., 1996:17). Si bien aquí no se cuenta con tales dichos de las pacientes, las ideaciones de posesión requerirían cierta interrogación e indagación para saber si no se está ante entidades similares o si no hay similitudes entre los casos.

---

<sup>68</sup> Ver en el texto de Freud Cáp. CXXII Tomo III BN 1973 Op. Cit. los derroteros de Haitzmann en estas sustituciones; aquí se consignan las hipótesis de Freud, pertinentes a esta exposición.

Como se vio anteriormente, el parto confronta a la parturienta con el Padre en lo real; ahora bien, ese Padre puede no acudir, no sólo porque está forcluído en tanto Significante primordial, sino que puede estar forcluído en lo que refiere a su función, en tanto representa un Significante traumático. Pero no sólo se trata de esa confrontación. Obsérvese los dichos de Freud, refiriéndose al pintor poseído:

*Contra lo que Haitzmann se rebela es contra la actitud femenina con respecto al padre, la cual culmina en la fantasía de parirle un hijo(...)Esta resistencia nos es muy conocida por nuestros análisis, en los que adopta formas muy singulares y nos da no poco que hacer al establecer la transferencia. Con el duelo por el padre perdido, con la intensificación de la nostalgia hacia él, es reactivada también en nuestro pintor la fantasía del embarazo, reprimida mucho atrás, y contra la cual tiene que defenderse con la neurosis y con el rebajamiento del padre (Freud S., 1922/1923: 2687) .*

En este caso, se trata de un hombre que se rebela contra la actitud femenina. Pero, ¿qué ocurre en la mujer, quien, en efecto, reedita su Edipo en tales circunstancias? Héctor López arroja luz sobre la cuestión

*un hijo ocupando el lugar de la falta en la madre.... el deseo femenino no se agota en la ecuación falo-niño. Queda un resto que la metáfora paterna no simboliza. Es la posibilidad de un otro goce que no sea el limitado por la significación fálica.... si el goce no está completamente evacuado del cuerpo, implica que en la mujer la operación de separación no se ha cumplido acabadamente, como la suponemos en el hombre...Ella sólo entrará en la dialéctica fálica al modo de la mascarada.... El súper yo arcaico, de origen maternal, es entonces el que impide el desarrollo de la sexualidad normativizante para ambos sexos. Se trata de una madre prohibidora, cuya prohibición es al mismo tiempo un imperativo de goce: el de no arriesgarse a la experiencia de la diferencia de los sexos, es decir la castración, y por tanto quedar atrapada en el goce del objeto primordial (López H., 1994:127 - 128 - 129).*

¿No podría pensarse a la maternidad como un evento desestabilizante, siendo que tiene ese poder de confrontación singular, oponiendo a la parturienta con la castración, con el Nombre del Padre, cuya función en algunos casos puede estar forcluída, o con los imperativos de ese súper yo arcaico?

## Referencias Bibliográficas

- Fernández, Élida y otros: "*Cuerpo y significante*", Ed. Ricardo Vergara Ediciones, Bs. As. 1989. Pág.:10.-
- Fernández, Élida: "*Diagnosticar las psicosis*", Ed. Paradiso Bs. As. 2001. Págs.:169 -170 -171 - 184.-
- Freud, Sigmund: (1922/23) "*Una neurosis demoníaca en el SXVII*" Cáp.: CXXII Tomo: III Ed. Biblioteca Nueva, - Pág.: 2685 - 2687.-
- López, Héctor: "*Psicoanálisis, un discurso en movimiento*" Ed. Biblos, 1994. Págs.: 127 - 128 -129.-
- Maleval, Jean Claude: "*Locuras histéricas y psicosis disociativas*" Ed. Paidós, 1996. Pág.: 17.-
- Monchablon, Alberto, Peralta, María Inés: "*Psicosis puerperales*" en ALCMEON 15.Vol. IV N° Nov. 1995.-

## CAPITULO 6

### 6.1 El diagnóstico en transferencia

Para mayor comprensión del presente capítulo es necesario desglosar el título del mismo y considerar sus componentes por separado.

Así, en primer lugar se revisará el concepto de diagnóstico; luego el de transferencia, partiendo de la definición que proponen Laplanche y Pontalis, y siguiendo desde allí a distintos autores, los cuales permiten pensar por qué sólo en la relación transferencial es concebible una diferencia diagnóstica.

El término diagnóstico deriva del griego "*diagnostikós*" (diagnosis: conocimiento, es la "... *determinación de una enfermedad por los signos propios...que sirve para reconocer...*" (Lexis, 22)

Señala Alberto Farías (1999) que esta definición de uso cotidiano resulta pertinente porque remite, más que a aspectos patológicos, directamente a la etimología: conocer a través, volver a conocer, re-conocer.

Generalmente el diagnóstico conlleva un proceso que se sostiene en un período de tiempo en el cual las hipótesis pueden ser reformuladas, refutadas o confirmadas. Al respecto menciona Freud:

*la iniciación del tratamiento con un periodo de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica...Si el enfermo no padece de histeria ni de neurosis obsesiva, sino de parafrenia, él no podrá mantener su promesa de curación, y por eso tiene unos motivos particularmente serios para evitar el error diagnóstico* (Freud S., 1913: 126).

Razón por la cual el diagnóstico debe pensarse en relación a la cura. Para otro autor, Reyes, se trata de "...*un proceso a través del cual se profundiza en el objeto estudiado, para, con acciones de intervención y en el marco de una etapa del proceso, transformarlo...*" (Reyes, 2006). En la clínica médica se trata de la identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente así como de su localización y naturaleza para una posterior clasificación.

Por su parte, la noción de transferencia<sup>69</sup>

*Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.*

*Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.*

*Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura.*

*La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia” (Laplanche; Pontalis, 1981: 439).*

Esta definición pareciera estar concebida teniendo como referencia la transferencia en la neurosis. Cabe entonces preguntarse junto a Vegh:

*¿Cómo se perfila el analista en la transferencia con el paciente psicótico?: no ocupa el lugar de Sujeto supuesto Saber ni sostiene la presencia del objeto...*

*...El analista como en la amistad, puede situarse ante el discurso del paciente psicótico propiciando que más allá de su cuerpo –no es así en el discurso de la neurosis: si el analista, como dice Lacan, no está dispuesto a tener tetas como Tiresias, no puede ser analista –encuentre en otro espacio, su objeto de goce.” (Vegh I., 1995:14).*

Tal vez una de las mayores diferencias en cuanto a la transferencia con un paciente neurótico y con uno psicótico resida en la demanda. El autor nos dice que el psicótico no acude por una demanda de saber acerca de su delirio o de sus alucinaciones, sino que acude por una afectación que siente en lo real de su cuerpo, por una angustia incesante, o para compartir la *convicción de un saber que su delirio le confirma y del cual se siente mensajero*. Vegh plantea otra diferencia, realizando una analogía con el juego: en la neurosis el analista juega a que juega hasta que muestra el juego en el cual participa y hace presente la cuota de horror, pues el sujeto advierte así lo real que lo habita; en tanto que en la psicosis el analista participa del juego junto al psicótico así como se juega en la amistad.

---

<sup>69</sup> Para ampliar el concepto remitirse al texto de Daniel Lagache. *La teoría de la transferencia* Ediciones Nueva Visión, 1975.



En relación a este aspecto, Calligaris señala ciertas diferencias entre neurosis y psicosis que posibilitan pensar la transferencia y orientar el diagnóstico. Entre las diferencias que apunta, por el lado del neurótico se encuentra lo que él llama la *posibilidad de una gran pasión de ignorancia*. En tanto que por el lado del psicótico esa pasión es ciertamente *una pasión de saber*, pasión y certidumbre de saber y de poder sustentar ese saber. Transferencialmente esto es central, pues el paciente neurótico al acudir con un no saber ubica al analista en el lugar de Otro que posee ese saber que él ignora; en tanto el paciente psicótico acudirá él con el saber, con todo el saber, exigiendo así al analista, según sea el caso, dos posicionamientos absolutamente distintos, dos pedidos distintos: el neurótico puede acudir solicitando la posibilidad de descanso y el psicótico anunciando la imposibilidad de descanso.

*La problemática neurótica no es una problemática de saber, es fundamentalmente una problemática de dominio: la cuestión es cómo poder referirse a "por lo menos uno" que sabría que hacer, que sabría dominar. La problemática psicótica es auténticamente una problemática de saber, es cómo recorrer y construir, aunque fuera con la errancia física, la red de un saber total (Calligaris C., 1996: 27).*

El diagnóstico entonces no es estructural sólo porque halla en la clínica tal o cual categoría nosográfica, es estructural propiamente, dice Calligaris, *porque es un diagnóstico en la estructura, a partir de la transferencia y en la transferencia misma*. El analista no está mirando desde un tercer lugar, sino que él mismo está colocado por el habla del paciente, está incluido en la estructura misma del paciente por la transferencia; entonces, señala el autor

*Para un analista hacer un diagnóstico es lo mismo que reconocer la posición en que él está situado por el habla del paciente.... A partir de la posición en la cual el analista se va a encontrar ubicado por el habla del paciente, a partir de los lugares en los cuales se puede encontrar tomado, es posible un diagnóstico que sea estructural, quiero decir, en la estructura misma (Calligaris C., 1996: 34 - 35 - 36).*

Regresando a la delimitación del término transferencia, Lacan entiende que, para el psicoanalista, se trata de un concepto que es determinado

por su función dentro de la clínica; es el concepto el que conduce el tratamiento de los pacientes y, a la inversa, el tratamiento es el que rige al concepto. Señala de qué modo se instrumenta la técnica de la transferencia:

*Todo está hecho para evitar la relación yo a yo, el espejismo imaginario que podría establecerse con el analista. El sujeto no está cara a cara con el analista. Todo está hecho para borrar todo lo que tenga que ver con una relación dual, de semejante a semejante.*

*Por otra parte, la técnica analítica deriva de la necesidad de una oreja, de otro oyente. El análisis del sujeto sólo puede realizarse con un analista. Esto nos recuerda que el inconsciente es esencialmente palabra, palabra del otro, y sólo puede ser reconocida cuando el otro se la devuelve a uno (Lacan J., 1955/1956: 348).*

¿Ello supondría entonces que ante la imposibilidad de establecer transferencia con una paciente que ha presentado un episodio psicótico durante el estado puerperal, se estaría, de manera excluyente, ante una Psicosis Puerperal?

Fernández piensa que no necesariamente, pues la mayoría de los profesionales que han trabajado con psicóticos coinciden en afirmar que sí hay transferencia en la psicosis. En ocasiones esta afirmación suscita inconvenientes, resultantes de la comparación que se establece entre la transferencia en la psicosis y la transferencia en la neurosis, pues implica un forzamiento que indicaría que la transferencia sólo es a la manera neurótica. La autora, luego de realizar un recorrido teórico, concluye dos cosas: una refiere a que el psicótico no toma al analista por objeto sino por palabra, y que allí donde hay palabra hay transferencia, pero esta transferencia, y aquí está el punto en el cual concluye, es posible sólo en tanto que “amor fuera de la dialéctica de la castración”. Así, su propuesta en torno a la transferencia en la psicosis consiste en “...la posibilidad de un amor de amistad, de una *phillia*, de un «amor de uno o más sujetos en relación a una idea», un primer amor al semejante, salido de la relación al Otro que goza, en las psicosis...” (Fernández É., 2001: 211).

## Referencias bibliográficas

- Calligaris, Contardo: "*Introducción a una clínica diferencial de la psicosis*" Ed. Nueva Visión, Bs. As, 1991. Pág.:27- 34- 35 -36.-
- Farías, Alberto: "*El diagnóstico psicológico como praxis ética*"1999.-
- Fernández, Élida: "*Diagnosticar las psicosis*", Ed. Paradiso, Bs. As. 2001. Pág.: 211.-
- Freud, Sigmund: (1913)"*Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*" Vol. XII, Amorrortu Editores, Bs. As, 1980. Pág.:126.-
- Lacan, Jacques: (1955-1956) El Seminario. Libro 3. "*Las Psicosis*", Paidós, Buenos Aires, 1991. Pág.:348.-
- Laplanche, J., Pontalis J.B.: "*Diccionario de psicoanálisis*" Ed. Labor, 1981, 3º Edición. Pág.:439.-
- Reyes Díaz, Juan Carlos y Col.: "*Un punto de vista acerca del diagnóstico...*" en [www.educar.org](http://www.educar.org) 2006.-
- Vegh, Isidoro: "*Una cita con la Psicosis*", Editorial Homo Sapiens, Rosario, 1995. Pág.:14.-

## CONCLUSIONES

*“Hay una realidad que demuestra la verdad de un hecho. Porque nuestra memoria y nuestros sentidos son demasiado inseguros, demasiado parciales. Incluso podemos afirmar que muchas veces es imposible discernir hasta que punto un hecho que creemos percibir es real y a partir de qué punto sólo creemos que lo es. Así que para preservar la realidad como tal, necesitamos otra realidad-una realidad colindante-que la relativice. Pero a su vez, esta realidad colindante necesita una base para relativizarse a sí misma. Es decir, que hay otra realidad colindante que demuestra a su vez, que ésta es real. Y esta cadena se extiende indefinidamente dentro de nuestra conciencia y, en un cierto sentido, puede afirmarse que es a través de esta sucesión, a través de la conservación de esta cadena, como adquirimos conciencia de nuestra existencia misma. Pero si esta cadena, casualmente, se rompe, quedamos desconcertados ¿La realidad está al otro lado del eslabón roto? ¿Está de este lado?..”<sup>70</sup>*

La indagación realizada arroja las siguientes conclusiones:

- En primer lugar, de acuerdo al trabajo efectuado -y en relación a la cita que encabeza estas conclusiones- se desprende la idea de que no basta con la fenomenología (episodio psicótico agudo) para tomar una decisión diagnóstica. Se debe indagar qué sentido tiene para cada parturienta la vivencia del parto y la consecuente experiencia del posparto. Sólo mediante la escucha, en transferencia, se podrá decidir dónde reside la realidad para esa paciente, qué posición subjetiva se presenta ante el analista, evitando así las generalizaciones forzosas.
- Si bien el psicoanálisis y la psiquiatría ante un episodio psicótico agudo durante el estado puerperal observan fenomenológicamente lo mismo, dados los postulados teóricos operantes detrás de dicha observación, realizarán distintas consideraciones en torno a un diagnóstico presuntivo. El psicoanálisis, ante las diversas manifestaciones de fenomenología psicótica, puede establecer que se está ante un posicionamiento subjetivo psicótico o uno neurótico, según la singularidad del caso presentado.
- Hay autores dentro de la Psicología que consideran el episodio psicótico como signo de psicosis puerperal, la cual representa la forma más grave de depresión puerperal (Tesone, 2005). Dentro de la psiquiatría existen

---

<sup>70</sup> Haruki Murakami Al sur de la frontera al oeste del sol. Ed Tusquets Editores 2005

autores que observarán en ese episodio psicótico agudo signos de una psicosis puerperal, designándola, según los casos, o bien como psicosis propiamente dicha (Ey et al., 1996), o como una bouffée délirante (Ey et al., 1996), o como una psicosis delirante aguda (Ey et al., 1996), o como amencia (Simón Lorda, Gómez-Reino Rodríguez 1999), o como una psicosis maníaco depresiva (Jensen et al., 1981), o inclusive como esquizofrenia (Jensen et al., 1981).

- La presentación del episodio psicótico en el estado puerperal constituye un singular tipo de fenómeno pues impide su aprehensión inmediata. Suscita dificultades diagnósticas, pues aún habiendo trascendido lo fenomenológico, el psicoanalista puede hallarse en la interrogación del signo, barajando distintas hipótesis diagnósticas sin poder arribar con precisión a la posición subjetiva en juego.
- Por esa razón, a partir de la lectura realizada y acorde a lo que plantea el psicoanálisis, se propone rigurosidad a la hora de diagnosticar el episodio psicótico agudo que se presenta en el puerperio. Como señala Élide Fernández es necesario evitar los diagnósticos del estilo de: *es esto porque no es esto otro*.
- El concepto de locura histérica desarrollado por J. C. Maleval puede resultar pertinente para pensar la psicosis puerperal dentro de la línea teórica psicoanalítica, así como también pensar que las manifestaciones fenomenológicamente psicóticas pueden aparecer en el marco de neurosis graves.
- Se desprende de la investigación que la patología asociada a la maternidad, dada su incidencia, es un terreno fértil para la investigación pues dentro del psicoanálisis no se cuenta con abundantes desarrollos en el tema, aún cuando la teoría posibilita pensar cuestiones clínicas en torno a la maternidad, y en particular los conceptos de neurosis y psicosis aplicados al episodio psicótico dentro del estado puerperal.
- El recorrido realizado ha permitido pensar que si bien puede aparecer un episodio de características psicóticas en el estado puerperal no necesariamente indicaría un posicionamiento subjetivo psicótico.



- Para finalizar, a los interrogantes planteados a lo largo de la investigación cabe agregar los que se detallan a continuación:

*\*¿Esta manifestación patológica dentro del estado puerperal puede pensarse fuera de la singular manera en que tramita la niña el complejo de Edipo?*

*\*¿Los fenómenos elementales, si bien son propios de la psicosis, excluyen a la neurosis en lo que refiere a la arquitectura del delirio?*

Se insiste en la necesidad de sostener tales interrogantes en aras de acotar un problema que no admite respuestas definitivas y en aras de indicar que no siempre resulta posible abarcar las múltiples vertientes que se presentan en relación a una temática como la investigada. Es en tal sentido que se propone que los mismos operen *“como sombra herculana que impida la fuga de centauros<sup>71</sup>”*.

---

<sup>71</sup> En relación a un soneto de José María de Heredia (1842-1905): *“Fuga de Centauros”* en: *El libro de los mil y un sonetos* Ed. Claridad Bs As s/f. Ver Anexos

## **Agradecimientos**

A la Lic. Dimov por su paciencia y orientación en esta última instancia para obtener la Licenciatura en Psicología.

A la Lic. Silvia Bernal por su contención y acompañamiento.

A la Lic. Llorente por su atención y entusiasmo, y al personal del Hospital Materno Infantil de M.D.P. por su amabilidad.

Al Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal Gral. De Agudos Dr. Oscar Alende de Mar del Plata, por su generosidad, y por compartir su saber y su espacio con vocación.

A mi familia y a mis amigos.

A la Lic. Domínguez y a María José Álvarez por su interés en el tema y por las conversaciones mantenidas acerca del mismo.

## ANEXOS

### Evolución del caso clínico N° 1

Se reproduce la evolución tal como se realiza en el Servicio de Salud Mental del HIGA; la idea de presentar el caso de dos modos tiene por objetivo mostrar la impregnación del discurso psicológico por el discurso médico psiquiátrico; la bibliografía que se utiliza para evolucionar casos en el ámbito de dicho Servicio es el Manual de Psiquiatría de Betta, consignado en la bibliografía general.

#### 1era Entrevista

Susana: Paciente de 33 años, que llega a la guardia en ambulancia, traída por un médico del Hospital Materno Infantil.

Motivo de consulta: Estado confusional de la paciente

Enfermedad Actual: La paciente comienza la entrevista refiriendo el malestar físico que tiene actualmente: "*estoy toda desagarrada por dentro*". Cursa un posparto inmediato, ha tenido un bebé prematuro en la casa de una amiga. Muestra las manos, que están sudorosas, transpira mucho, refiere que esto es común, que le sube y le baja la presión y que no sabe por qué. Dice haber sangrado mucho, estar muy dolorida, que tenía una sensación de que en vez de bajarle, el bebé le subía. Luego, cuando lo tuvo, sentía que largaba tierra y en la boca sentía gusto a tierra. Refiere estar en la calle desde hace 10 años, aunque no impresiona del mismo modo. No mantiene relación con el padre de su hijo, ni con familiares de él; su familia son su padre y su abuela. Es separada, y de su anterior matrimonio tiene otro hijo acerca del cual no habla al ser preguntada por el niño. En su manera de responder es vaga y le cuesta expresarse; se toca la zona genital y refiere mucho dolor. Cuando se le hace una pregunta de analogía –que explique "la diferencia entre prestar y regalar"- se apega a la literalidad de las palabras: "*prestar es prestar, y regalar es regalar*". No sabe dónde vive, ni si está con alguna persona, ni qué día es, o en qué lugar está. Refiere

hechos pasados, pero cuando es interrogada acerca de eventos recientes se desconcierta.

Estado actual: la paciente se encuentra vigil, desorientada, confusa. El curso del pensamiento es taquipsíquico, presenta logorrea, se halla euproséxica; su timia se presenta exaltada.

Intervención:

Se realiza evaluación psicológica y psiquiátrica de la paciente. Se le administra medicación. Se la cita nuevamente para dos días después; mientras tanto, permanece en observación en el HMI, se retira con el médico y la ambulancia con los cuales arribó al servicio.

## 2da Entrevista

La paciente concurre al servicio acompañada por una vecina que le brindó un lugar donde vivir y que se está encargando de su cuidado y del de su bebé. Ya ha sido dada de alta del HMI.

Motivo de consulta: Acude para control tal como se le había solicitado en entrevista anterior.

Enfermedad Actual: La paciente comienza evocando lo que ya había mencionado en la entrevista anterior: su dolor físico, las sensaciones que tuvo en relación al bebé, al parto; no refiere extrañeza en relación a sus dichos, por el contrario, los ratifica. Presenta mayor orientación, sabe dónde se encuentra; no obstante, aún se halla desorientada temporalmente, no pudiendo situar mes y día; sí puede decir, con alguna dificultad, el año. Aún presenta ciertos desfasajes temporales en cuanto a su historia, que son precisados por la persona que la trae; así, se toma conocimiento acerca de que no ha vivido diez años en la calle como refería en la entrevista anterior, sino que ha alternado entre distintas viviendas y distintos convivientes, entre quienes se encuentran su vecina y una hija de ésta. Se le realiza una serie de preguntas que responde con mucha dificultad y vaguedad.

En relación a su bebé, manifiesta que es chiquito, confunde en dos ocasiones el sexo y no lo nombra. Continúa sin poder hablar de su otro

hijo. Al realizársele nuevamente la pregunta de analogía -explicar "la diferencia entre prestar y regalar"- se apega nuevamente a la literalidad de las palabras: "prestar es prestar, y regalar es regalar". Por momentos la entrevista se vuelve un soliloquio por parte de la paciente.

Estado actual: la paciente se encuentra vigil, se ubica en espacio pero no en tiempo. El curso del pensamiento oscila entre eupsíquico / taquipsíquico; se halla euproséxica; aún hay un remanente de logorrea y su timia continúa algo exaltada. Mejor presentación que en la entrevista anterior.

Intervención: Se continúa con la medicación prescrita, teniendo en cuenta que está amamantando, y se le da turno para que concurra por consultorio externo de Psiquiatría.

*"Fuga de centauros"(José María de Heredia) Op. Cit*

*Van huyendo, beodos de sangre y rebelión,  
Hacia el monte escarpado que guarda su retreta;  
Les precipita el miedo, la sombra les inquieta,  
Y exhalan en la noche un olor de león.*

*Franquean, apretando su hidra y su estelión,  
Malezas y torrentes, y nada les sujeta,  
Y sobre el cielo se alza la cordillera escueta  
del Ossa y el Olimpo y el negro Pelión.*

*Un fugitivo a veces, dejando la manada, se empina bruscamente  
volviendo la mirada,  
Y en seguida, de un salto, va a unirse a su rebaño,*

*Porque ha visto la Luna brillante y soberana,  
Alargar, detrás de ellos, como un supremo engaño,  
El gigantesco horror de la sombra herculana.*

## BIBLIOGRAFÍA

- ALBAJARI, Verónica L. "*La entrevista en el proceso psicodiagnóstico*", Ed. Psicoteca 2007.-
- BERCHERIE, Paul: (1980) "*Los fundamentos de la clínica*", Cáp. 17. Ed. Manantial, 1986.-
- BETTA, J. C.: "*Manual de psiquiatría*", Ed. Universitaria, 1997.-
- CALLIGARIS, Contardo: "*Introducción a una clínica diferencial de la psicosis*". Ed. Nueva visión, Bs. As, 1991.-
- CIE-10: "Clasificación internacional de enfermedades". Organización Mundial de la Salud. Décima edición.-
- "*Diccionario terminológico de ciencias médicas*". Ed. Masson 13º Edición 1995 /1996.-
- DSM IV: "*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*", American Psychiatric Association, Ed. Masson, Barcelona, 1994.-
- EY, Henri; Bernard P.; Brisset Ch.: "*Tratado de Psiquiatría*". Ed. Masson 1996, 8º Edición.-
- FERNÁNDEZ, Élida y otros: "*Cuerpo y significante*", Ed. Ricardo Vergara Ediciones, Bs. As 1989.-
- FERNÁNDEZ, Élida: "*Diagnosticar las psicosis*", Ed. Paradiso. Bs. As. 2001.-
- FERNÁNDEZ, Élida: "*Contratransferencia en temas de la clínica freudiana*". Temas Ediciones.-
- FREUD, Sigmund: (1906) "*El delirio y los sueños en la 'Gradiva' de W. Jensen*" Vol. IX Amorrortu Editores, Bs. As, 1980.  
(1910) "*Acerca del mecanismo paranoico*", OC. A.E. Vol. XII.  
(1913) "*Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*" OC. A.E. Vol. XII. (1916/1917) "*Psicoanálisis y psiquiatría*", OC. A.E. VOL XVI. (1922/23) "*Una neurosis demoníaca en el S. XVII*" Cáp.: CXXII, Tomo III, Ed. Biblioteca Nueva 1973.  
(1924) "*Neurosis y Psicosis*", OC. A.E. Vol. XIX. (1924) "*La pérdida de realidad en la Neurosis y la Psicosis*", OC. A.E. Vol. XIX. (1924) "*La disolución del complejo de Edipo*" OC. BN. Cáp.: CXXIX Tomo III.

- (1925) "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica" OC. BN. Cáp.: CL Tomo: III.-
- JENSEN, BENSON, BOBAK: "Maternity Care" Chapter 27/28 T.H.C.V. Mosby Company 1981, St. Louis, Toronto, London.-
  - JINKIS, Jorge: "Transferencia y alucinación" en "Lo que el psicoanálisis nos enseña", Lugar Editorial.-
  - KRISTEVA, Julia: *Lo Real* en "Loca Verdad", Ed. Fundamentos
  - LACAN, Jacques: (1966) "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", Escritos II .Siglo XXI Editores, México, 1975.
  - (1955-1956) El Seminario. Libro 3. "Las Psicosis", Paidós, Buenos Aires, 1991.-
  - LAPLANCHE, J., PONTALIS J.B.: "Diccionario de psicoanálisis". Ed. Labor, 1981, 3º Edición.-
  - LEFORT, Robert: "Sujeto del inconciente y sujeto de la Psicosis" en "Clínica diferencial de las psicosis". Ed. Manantial.-
  - MALEVAL, Jean Claude: (1981) "Locuras histéricas y psicosis disociativas". Ed. Paidós, 1996.-
  - LÓPEZ, Héctor: "Psicoanálisis, un discurso en movimiento" Ed. Biblos, 1994.-
  - MAZZUCA, Roberto: "Las psicosis: Fenómeno y estructura". Ed. Eudeba, Bs. As, 2001.-
  - VEGH, Isidoro: "Estructuras y transferencia en las psicosis", en "Las Psicosis". Editorial Homo Sapiens, Rosario.-
  - VEGH, Isidoro: "Una cita con la Psicosis". Editorial Homo Sapiens, Rosario, 1995.-

### Documentos

- BAFICO, Jorge: "¿Una neurosis demoníaca?" Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura N° 9, Julio 1999.-
- R. GREGORIO EVANS, M. Y OTROS: "Depresión post parto en el sistema público de Atención de salud". Revista Chile Obstet. Ginecol. 2003.-

- FARIAS, Alberto: *"El diagnóstico psicológico como praxis ética"*. Trabajo Presentado en el X CONGRESO METROPOLITANO DE PSICOLOGÍA BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1999.-
- SIMÓN LORDA, D.; GOMEZ-REINO RODRIGUEZ, I.: *"Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales"*. Publicación *"Psiquiatría Pública"*, Vol. 11 – Nº 3 – Mayo / Junio 1999.-
- MARTINEZ, Horacio G.: Cuadernillos de Cátedra incluidos en la bibliografía de las materias "Modelos en Psicopatología" "Desarrollos del psicoanálisis", Facultad de Psicología, UNMDP, *"Los debates sobre la esquizofrenia"*, *"Alteraciones de las funciones psíquicas"*;"*Los esquemas gráficos en la obra de Jaques Lacan"*; *"Cuadernillo introductorio"*. 2007.-
- MARTINEZ, Horacio G.: *"Psicoanálisis y medicina en la Argentina Actual"* En Revista Psicoanálisis y El Hospital Nº14, 1998.-
- MAZZUCA, Roberto: *"Los excesos de la histeria"* en ALCMEON, Año XIV – Vol. 12 – Nº 2 – Abril 2004.-
- MONCHABLON, Alberto; PERALTA, María Inés.: *"Psicosis puerperales"* en ALCMEON 15.Vol. IV Nº Nov. 1995.-
- PUJÓ, Mario: *"Psiquiatría y psicoanálisis"* En Publicación Psicoanálisis y El Hospital N 9,1996.-
- RAMÍREZ ORTIZ, Mario: *"El desencadenamiento de una Medea"* [www.psiconet.com](http://www.psiconet.com).
- REYES DÍAZ, Juan Carlos y Col.: *"Un punto de vista acerca del diagnóstico..."* en educar.org 2006.-
- TESONE, Mónica: *"Depresión Puerpera"* en PRONAP 2005 Módulo Nº 4, Sociedad Argentina de Pediatría, Secretaría de Educación Continua.-
- VIDAL, D.: *"Delirios"*, Revista ALCMEON 23, Año VIII - Vol. 6 Nº 3 - Noviembre 1997.-