

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LAS PSICOSIS: LA INTERVENCIÓN
DEL SÍNTOMA AL SINTHOME DESDE LA CLÍNICA DE JACQUES LACAN.**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del programa de Estudios de Posgrado en
Medicina para optar al grado académico de Especialidad en Psiquiatría

SUSTENTANTE: REBECA MURILLO ARIAS

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

Dedicatoria

A mi familia por siempre estar ahí, por darme las herramientas para poder ser todo lo que soy y de lo cual me enorgullezco; a Gabriel por empujarme a romper los límites que yo misma a veces me impongo; y a los y las usuarias de los múltiples servicios médicos y de salud mental por hacerme ver la razón del por qué me hice médica y el por qué sigo escogiendo serlo, todos los días de mi vida.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

PPEM

Programa de Posgrado en
Especialidades Médicas

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado de Psiquiatría

APROBACIÓN

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

La dirección del Comité de Posgrado en Psiquiatría, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo final de Graduación: **“El tratamiento psicoanalítico de la psicosis: La intervención del Síntoma al Sinthome en la Clínica de Jacques Lacan”**, elaborado por la Dra. Rebeca Murillo Arias fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

Dr. Roberto Chavarría Bolaños
Coordinador Nacional

Comité Director Posgrado de Psiquiatría
Médico Especialista en Psiquiatría de Interconsulta y Enlace

Dra. Melissa Molina Campos
Tutora de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría

Dr. Jorge Luis Núñez Arias
Lector de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría

Dr. Roger Andrés Obando Carpio
Lector de Tesis
Médico Especialista en Psiquiatría

Dra. Rebeca Murillo Arias
Sustentante

Tabla de contenidos

Dedicatoria.....	II
Tabla de contenidos	IV
Lista de abreviaturas	VI
Resumen	VII
1. Introducción.....	1
1.1.Justificación	4
1.2. Planteamiento del Problema	5
1.3. Antecedentes.....	6
1.4.Objetivos.....	8
1.4.1.Objetivo general	8
1.4.2.Objetivos específicos.....	8
2. Marco teórico.....	9
3. Desarrollo	21
3.1. Limitantes en el abordaje de la psicosis refractaria desde un enfoque psicofarmacológico.....	21
3.2. Evolución histórica del psicoanálisis: un pasaje estudio de la neurosis a la psicosis....	33
3.3. La clínica de las psicosis de Jacques Lacan: del síntoma al sinthome	44
4. Análisis	54
5. Conclusiones.....	56
6. Bibliografía.....	57

Bibliografía citada	57
Bibliografía de consulta.....	62
7. Anexos.....	64
Anexo 1	64
Anexo 2	65
Anexo 3	66
Anexo 4	67
Anexo 5	68
Anexo 6	69
Anexo 7	70
Anexo 8	71
Anexo 9	72
Anexo 10	73

Lista de abreviaturas

BDCAP: Base de datos clínicos de atención primaria

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

DASECEM: Dispositivo de Atención Especializado en Salud Mental

DDD: Dosis Definida Diaria

NMDA: N-metil-d-aspartato

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

RSI: Real, Simbólico e Imaginario

Resumen

Este trabajo realiza una revisión académica de la teoría de la clínica de las psicosis propuesta por Jacques Lacan como tratamiento coadyuvante con la psicofarmacología para el abordaje integral de los sujetos que padecen de psicosis. Se traza una línea histórica desde la ruptura epistemológica de la metapsicología freudiana para comprender al sujeto de lo inconsciente. Posteriormente se retoman los conceptos centrales propuestos por el psiquiatra y psicoanalista Lacan para comprender su teoría de la clínica de las psicosis. Se abordan los múltiples conceptos lacanianos como lo son los registros de lo imaginario, lo simbólico y lo real. Se analiza la propuesta teórica del gran Otro, la forclusión del nombre del padre, y las suplencias para comprender el trabajo clínico con las psicosis. Se estudian los conceptos de lo inconsciente como una cadena de significantes y su importancia en la estabilidad nodal, bajo la premisa del nudo de borromeo, para luego profundizar sobre la clínica de las suplencias. Se explora sobre la práctica de las suplencias y su efecto terapéutica en la clínica. Se enfatiza en la importancia del uso de antipsicóticos para el tratamiento de la psicosis, comprendiendo la vez las limitantes que presentan desde la multicausalidad neurobiológica para el tratamiento de estos sujetos. La psiquiatría se propone como una disciplina que nos obliga a salirnos de una estructura biologicista e implementar metodologías de abordaje multidisciplinarias para tratar a las personas que sufren de una psicosis de forma digna y humana.

Palabras Clave: Psicosis, Jacques Lacan, Clínica de las psicosis, Teoría psicoanalítica, Psicofarmacología

1. Introducción

En el área de la psiquiatría, ha sido todo un reto delimitar la psicopatología de los múltiples trastornos en salud mental. Debido a esto son amplias las limitantes a nivel del tratamiento psicofarmacológico, en donde, más allá de realizar un manejo terapéutico completo, se realiza un abordaje parcial y sintomático. Leucht et al. (2020) obtiene resultados de un estudio donde evidencian que los antipsicóticos después de cierta dosificación, relacionado con su respuesta parcial, pierden efectividad y que posterior a su estas dosis se obtienen los efectos secundarios deletéreos, pero no el efecto antipsicótico deseado (Leucht et al., 2020).

Se sabe que el funcionamiento de las múltiples redes neuronales es ampliamente complejo y la afectación cerebral que atañe a los trastornos mentales es difuso. Debido a esto todavía no se ha logrado establecer una ruta de alteración específica cerebral, inclusive dentro de los tres grandes espectros nosológicos de los trastornos psiquiátricos mayores como lo son el afecto, los trastornos orgánicos y la psicosis.

La psicosis es un gran síndrome psiquiátrico el cual involucra alteraciones desde el afecto, los trastornos neurodegenerativos y los trastornos psicóticos per se. Esta es una de las entidades con mayor carácter de refractariedad a nivel del manejo psicofarmacológico.

Tiihonen et al. (2017) propone que debido a la baja incidencia de este trastorno a nivel poblacional y a la amplia complejidad sintomática de los sujetos que la padecen, los estudios investigativos han sido limitantes para lograr avanzar en las moléculas que llegarían a aplacar

de manera más expedita el cuadro sintomático tan complejo y tan íntimamente ligado a un deterioro mental como el que llegan a padecer estas personas (Tiihonen et al., 2017).

Según el Ministerio de Sanidad de Madrid, sobre la base de datos clínicos de atención primaria BDCAP (2020), estipula que:

(...) la psicosis en conjunto afecta al 1,2% de la población (1,4% mujeres, 1,1% hombres). La más frecuente es la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2% (9,6% en mujeres y 4,8% en hombres), que crece con la edad hasta llegar a estar presente en el 2% de las mujeres de 65 a 84 años (0,8% en hombres). (p.10)

Dentro de las mayores limitantes observadas en la población que padece sintomatología psicótica se observa un cercenamiento de su contacto con los grupos sociales de su núcleo más cercano y en la extensión comunitaria de forma generalizada.

Este fenómeno se presenta en ambas partes, en el individuo y en la comunidad, en donde no existe una comprensión por parte de la sociedad sobre el sufrimiento del sujeto, y de la misma forma, esto dificulta su aproximamiento hacia el mundo. Por otro lado, hay un amplio temor y falta de motivación por parte del sujeto al momento de la socialización dentro de la idiosincrasia de esta gran entidad psicopatológica.

A lo largo de la historia de la psiquiatría y de la salud mental se han observado a múltiples exponentes, los cuales han tratado de entender y abordar la psicosis, anteriormente

denominada como locura. Algunos profesionales presentan una visión desde la escucha y la inclusión del sujeto en la sociedad y en otros casos las prácticas clínicas se gestan desde la segregación, la sedación y la modificación de la conducta.

En épocas previas se apartaba al sujeto psicótico ad- portas ante su aparente discurso incoherente, posteriormente ante la institucionalización de la enfermedad mental se toma ese discurso como prueba clínica para decidir sobre la reclusión del sujeto. Michel Foucault (1970) propone en su tesis sobre “El Orden del Discurso” que:

Desde luego, si uno se sitúa en el nivel de una proposición, en el interior de un discurso, la separación entre lo verdadero y lo falso no es ni arbitraria, ni modificable, ni institucional, ni violenta. Pero si uno se sitúa en otra escala, si se plantea la cuestión de saber cuál ha sido y es constantemente a través de nuestros discursos, esa voluntad de verdad que ha atravesado tantos siglos de nuestra historia, o cuál es en su forma general el tipo de separación que rige nuestra voluntad de saber, es entonces, quizá, cuando se ve dibujarse un sistema de exclusión (sistema histórico, modificable, institucionalmente coactivo) Separación históricamente constituida, sin duda alguna.
(p.19)

Es debido a esto que se observa un fenómeno en donde previamente se le excluía al sujeto, desechándolo debido a la forma de verbalización de sus ideas, y luego se toma esa misma evocación de ideas como prueba clínica para recluirlo e institucionalizarlo.

La propuesta del psicoanálisis como modelo de intervención clínica llega a evolucionar a lo largo del tiempo como un tratamiento ante múltiples malestares

intrapésicos. El psicoanálisis reivindica el actuar clínico posicionando al sujeto como el principal actor dentro de su proceso terapéutico, bajo el acompañamiento del analista en este proceso complejo e íntimamente personal.

Sigmund Freud, a partir de siglo XIX, llega a estudiar y teorizar a cabalidad sobre la neurosis y concretamente la histeria, proponiendo un nuevo método que aborda los conflictos inconscientes. Ante una reformulación de esta corriente psicoterapéutica por parte de Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista, teoriza acerca de la psicosis desde su propia práctica clínica, y propone un acompañamiento por parte del terapeuta al sujeto doliente, abordando clínicamente el sufrimiento psíquico que se intenta aliviar bajo la clínica de las psicosis. El discurso de la psicopatología no solo es de carácter de enfermedad, sino que también es vía de sanación.

La práctica clínica a nivel de la psiquiatría continúa evolucionando y se sabe que no se puede desligar de la responsabilidad de brindar respuestas más certeras a nivel psicofarmacológico. Sin embargo, mientras estos avances médicos y sociales se logran establecer es necesario dar una respuesta de acompañamiento, escucha y de construir un espacio seguro que le devuelva la dignidad al paciente a modo de rédito mientras emprende este viaje clínico en donde el precio a pagar es muy elevado.

1.1. Justificación

Esta revisión bibliográfica busca ahondar en la propuesta de abordaje terapéutico en pacientes con diagnóstico del espectro de la psicosis desde la clínica psicoanalítica de Jacques Lacan. Los actuales avances a nivel de las neurociencias no han logrado establecer un

tratamiento farmacológico que logre remitir los síntomas en su totalidad ante los pacientes portadores de psicosis. Clásicamente desde la propuesta del dualismo mente-cuerpo con René Descartes como su principal exponente, hay una ruptura entre estas dos esferas y se separa en dos instancias la terapéutica psíquica y el abordaje físico, en lugar de abordarlos a nivel clínico de forma complementaria. Esto ha generado una limitación en la implementación de opciones de abordaje a los y las usuarias de afecciones pertinentes a la sintomatología de la psicosis.

La responsabilidad en la atención de la persona portadora de psicosis no desaparece ante la limitante de los alcances científicos demostrables desde una visión clásica del método científico; sino es una situación que obliga al clínico a determinar otras rutas de abordaje ante la persona usuaria y se debe de tornar en un acompañamiento en donde se observa un caminar en conjunto entre el sujeto doliente y el terapeuta, desde un lugar de humildad en donde la palabra transforma a ambos individuos y que de esta forma se propicie un espacio para cambio en donde previamente solo existía reclusión.

La verdad se encuentra desperdigada en muchos lugares y es nuestro deber como clínicos encontrarla e hilar la ruta para darle una respuesta a aquellos que la necesitan.

1.2. Planteamiento del Problema

En las últimas décadas, la práctica de la psiquiatría ha ido orientada hacia un reduccionismo biológico y a desarrollar investigaciones clínicas específicamente cuantitativas. El objeto de trabajo de la psiquiatría no sólo posiciona a un individuo social y a un sujeto de la racionalidad, sino que da lugar a la subjetividad desde un sujeto de deseo, y

que su pensar y actuar también es regido por lo inconsciente, como lo propone S. Freud (1893) en sus textos iniciales sobre la comprensión de la histeria. Freud (1907) intentó realizar una comprensión psicoanalítica de la psicosis, pero no logra construir, desde la clínica, una teoría para el tratamiento de esta. Es Jacques Lacan (1932) quien, desde su experiencia clínica con pacientes con padecimientos mentales y emocionales, propone un diálogo con otros saberes, un tratamiento posible desde el psicoanálisis para el tratamiento de las psicosis.

En la actualidad, se evidencian las limitaciones psicofarmacológicas para tratar la psicosis, y es necesario ahondar desde la investigación en tratamientos de la psiquiatría coadyuvantes que incorporen el sufrimiento psíquico de los pacientes dentro de las problemáticas sociales donde el sujeto se desarrolla.

Ante un panorama incierto de la etiología psicopatológica de la psicosis y la necesidad de trascender el reduccionismo biológico del tratamiento del sujeto que padece de psicosis, surge la pregunta de esta revisión bibliográfica: ¿Es la terapia analítica de la clínica de las psicosis, propuesta por Jacques Lacan, una forma de abordaje terapéutico que se pueda brindar a los sujetos que sufren de psicosis?

1.3. Antecedentes

A nivel nacional, se encontraron las siguientes investigaciones relacionadas al tema de la clínica de las psicosis de Jacques Lacan.

Chacón Echeverría e Hidalgo Xirinach (1993) publican “Cuando la feminidad se trastoca en el espejo de la maternidad: un análisis casuístico de las madres penalizadas por cometer infanticidio” donde analizan los procesos judiciales de mujeres que cometen infanticidio, las relaciones entre el autoritarismo y la violencia que sobrellevan, al igual que exploran el vínculo entre las mujeres y sus hijos; Molina Campos y Núñez Arias (2013) realizan su tesis de psiquiatría con el título: “Sexualidad femenina y psicosis: un acercamiento desde una propuesta psicoanalítica” donde realizan un análisis bibliográfico sobre la sexuación femenina en la psicosis. Además, publican en el presente año el artículo “Sufrimiento psíquico y salud pública en Costa Rica. Hacia una historia institucional y un pasaje a la lectura de la experiencia clínica del hospital, sanatorio y centro diurno para la salud mental del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, de la Caja Costarricense del Seguro Social (1949-2021)”, donde describen la historia y el funcionamiento comunitario del Dispositivo de Atención Especializado en Salud Mental (DASECEM) donde abordan la psicosis desde una propuesta multidisciplinaria e integral desde una epistemología psicoanalítica.

De igual manera a nivel internacional se encuentran como referentes al autor Ramírez Escobar (2007) el cual publica “Hacia una ética de la escucha, la apuesta del psicoanálisis en la educación especial”. Este autor también publica en el año 2008 “Hacia una clínica de las suplencias en la psicosis” donde enmarca desde una visión psicoanalítica la importancia del abordaje integral del usuario con una aproximación desde un enfoque lacaniano.

Natividad Marón (2021) publica “Cadenas de significación, sujeto y orden simbólico: una lectura psicoanalítica de los Khipus” en donde postula desde una visión lacaniana que la

comunidad indígena andina de los Khipus son sujetos atravesados por el lenguaje y explica su correlación con las cadenas de significación. Dentro de las limitantes de ambas investigaciones no se trabajan abordajes psicoterapéuticos con las poblaciones descritas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Estudiar al abordaje psicoanalítico desde la clínica de la psicosis de Jacques Lacan como una opción de manejo psicoterapéutico coadyuvante al tratamiento farmacológico en relación con el tratamiento integral de la psicosis desde la práctica clínica de la psiquiatría

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar los aportes por parte del psicoanálisis al manejo de la Psicosis desde la clínica de Jacques Lacan.
2. Puntualizar los conceptos psicoanalíticos de Jacques Lacan para la psicoterapia psicoanalítica desde la clínica de Jacques Lacan.
3. Analizar los eventos históricos sobre el surgimiento de la clínica psicoanalítica de la psicosis por Jacques Lacan.
4. Delimitar las limitantes a nivel de la psicofarmacología en el abordaje de la psicosis.

2. Marco teórico

Para entender la premisa lacaniana de la clínica de las psicosis, es necesario comprender el funcionamiento psíquico del sujeto doliente dentro de la sociedad circundante. El individuo portador de la psicosis se encuentra alejado del ámbito social. El sujeto psicótico se distancia del lazo social debido a fallas dentro del registro de lo simbólico. El mundo es comprendido a través de las normas sociales y nuestra participación en esta, está dialécticamente relacionada con lo psíquico.

Es un llamado inherente al ser humano el ser sujetos sociales. Lo anterior no solamente se expone dentro del psicoanálisis sino también desde múltiples estudios neurobioquímicos, en donde es ampliamente sabida la injerencia de diversos neurotransmisores como lo es la secreción de oxitocina ante la interacción social entre la madre y el infante, o la secreción aumentada de oxitocina a nivel hipotalámico del padre para generar un mayor apego al infante y a la madre para salvaguardar al círculo familiar inmediato ante amenazas externas. También la secreción dopaminérgica en la fase de enamoramiento, la secreción serotoninérgica y los niveles aumentados de oxitocina ante la interacción entre individuos, es parte de la vía de recompensa mesolímbica que impulsa al individuo a accionar ante estos impulsos primarios y de sobrevivencia en donde el éxito biológico de la especie humana radica en la unificación de este en grupos sociales (Childe Farias et al., 2017).

El ser humano está permeado y atravesado por la sociedad, con efectos bioquímicos, evolutivos que se expresan a nivel sociológico. Friedrich Engels (1884) en el libro “El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado” elabora sobre los estudios sociológicos de L.

Morgan (1877), establece diferentes periodos de evolución humana para comprender el desarrollo de la sociedad. Y posteriormente, Engels presenta la necesidad inherente de las relaciones sociales a nivel micro y macro, como el establecimiento del Estado. En su obra, Engels (1884) afirma que, “Los apelativos de padre, hijo, hermano, hermana, no son simples títulos honoríficos, sino que, por el contrario, traen consigo serios deberes recíprocos perfectamente definidos y cuyo conjunto forma una parte esencial del régimen social de esos pueblos.” (Engels, 1884, p. 37).

Donde, según la cita previa se puede observar que cada título otorgado a los miembros de la familia conlleva no solo una forma de llamarles verbalmente, sino también deberes otorgados, un tono emocional y una expectativa inherente de enlace interpersonal, según la idiosincrasia de cada uno de ellos.

Luego de tener presente esta inherencia en la participación del individuo a nivel social, se aclara el denominado lazo social. Lacan, dentro de su formación como lingüista, aporta una importancia tangible sobre el lenguaje y el individuo, conceptualizando a lo inconsciente como una estructura de lenguaje. Pedroza et al. (2014) indica:

El lenguaje es de suma importancia para el psicoanálisis por el sólo hecho de que considera al inconsciente estructurado como un lenguaje y es la inconsciente pieza angular para todo el constructo psicoanalítico. En la palabra se esconde el deseo y es alrededor de esto que se constituye la subjetividad. Tan es así, que el psicoanálisis se dedica a la escucha de la palabra y de su contraparte que es lo no dicho, para que por medio de la palabra misma se produzca la cura. (Pedroza et al., 2014, p.72)

Adentrándose en el aporte de Jacques Lacan, se explicarán los tres registros del funcionamiento psíquico: el real, el simbólico y el imaginario. Estos registros se encuentran esquematizados en el Anexo 1, y a continuación, se abordará cada uno de ellos. En relación con el concepto de lo imaginario, según Ramírez (2008), basado en la obra de Lacan, indica:

La base del orden imaginario es la formación del yo y de la imagen corporal, derivados de la relación especular de la identificación que procede de la falsa imagen de completitud que el espejo devuelve. Imagen que precisa de la mirada del Otro para sostener al niño, certificándole que él mismo es esa imagen que le cautiva, reenviada por medio de otra mirada (la del Otro materno), quién le devuelve sólo un rasgo de lo que es, a costa de pagar el precio de una alienación esencial constitutiva. (Ramírez, 2008, p.3)

Lacan emplea un ejemplo en el que el infante, en el momento que rompe con esta noción de unidad con su madre, no se visualiza a sí mismo vinculado a ella como una entidad única. Es a través del espejo donde la imagen corporal del propio individuo se observa completa y separada de esta figura materna. Se muestra cautivado por verse a sí mismo y ante la mirada de deseo que le dirige la madre.

Lacan introduce dos figuras lingüísticas, designados en francés como “*Autre*” o “*le grand autre*” y “*autre*” o “*petit autre*”. Hace la diferencia entre ambas utilizando la simbología de la “A” mayúscula o la “a” minúscula. En el Seminario 2, impartido entre los años 1954-1955 y publicado en 1983 con el título “Introducción del Gran Otro”, Lacan

(1983) explica que utiliza “el gran Otro” para codificar en un término la representación de lo externo, es decir, el mundo, el universo en el cual se encuentra el sujeto.

Este simboliza la figura más cercana al sujeto, en algunos casos, la figura materna, aquella que lo resguarda de la destrucción y que lo introduce a este universo. Aquí se introduce al lenguaje, trasciende lo imaginario y se inscribe en el orden simbólico (Lacan, 1983). La segunda figura lingüística es “el pequeño otro” una imagen basada en un reflejo, una proyección del elemento intrapsíquico “yo”. Según indica Lacan, esta representación del sujeto se inscribe en el orden imaginario, ya que esa representación de sí mismo del sujeto, es decir, es un constructo de él. Este puede verse escindido o resquebrajado en el sujeto psicótico, puesto que se encuentra en constante conflicto. Es la visión del “gran Otro” en lo que basa su realidad y su estabilidad psíquica (Lacan, 1983).

Lacan propone al registro “simbólico”, según Ramírez (2008) basado en Lacan indica:

(...) es la red de palabras que alberga y que construye el entramado social y cultural, red de palabras presente antes incluso del nacimiento del sujeto, predeterminándolo. Dicho sujeto se une a la imagen por nombres y palabras, esto es, por representaciones lingüísticas con un peso decisivo para su historia...Lo simbólico es, en definitiva, lo que permite la comunicación pese al equívoco determinado por la estructura (Ramírez, 2008, p.3).

Se comprende por lo simbólico el uso de los símbolos de la escritura y a su vez el establecimiento de las palabras y del lenguaje como la forma en la cual el universo representa

su realidad. Ramírez (2008) propone que se trata de la vía en la cual se crea en la mente del individuo esta certeza de la realidad a través del lenguaje y se le da forma a lo abstracto del pensamiento a nivel de los múltiples conceptos de las palabras y la realidad que imprimen en la psique de los individuos.

Yadira Calvo (1990) en su ensayo “La palabra crea objetos”, donde elabora sobre la incansable lucha de la población femenina a lo largo de la historia, presenta la relación inherente del vocablo con la realidad, el poder de la palabra para dar existencia a las cosas. Ella lo aborda desde la analogía que presenta entre la invisibilización de la mujer en el lenguaje donde los vocablos masculinos otorgan una visión de lo masculino como la única y real representación de la humanidad. Es la necesidad de cambiar el lenguaje para que a nivel poblacional se observe a la mujer como participe activa y presente de igual manera como su contraparte masculina. (Calvo, 1990). Es importante comprender a Lacan en el momento en el que realiza el paralelismo entre lo simbólico y la realidad que crea el sujeto dentro de sí mismo a través del lenguaje.

Lacan, a inicios del año 1950, lo denomina “lo real”, según lo menciona Ramírez (2008) como:

(...) sería lo que es imposible de ser simbolizado, es decir, lo que no puede ser atrapado en las redes del lenguaje; es lo excluido de la realidad psíquica, el margen que carece de sentido y que no se logra explorar o situar, eso que en la psicosis retorna en la forma de delirios y alucinaciones. (p.3)

Es la realidad en la cual el sujeto se encuentra sumido, la certeza de su propia existencia y su contexto, lo cual elude una representación. Es la vivencia innegable e ineludible en la cual se encuentra sumido. En el caso del sujeto psicótico, es la certeza psicótica. Es su propia realidad, y no puede llegar a razonar una premisa que es ajena a su realidad, ya que esa vivencia se construye desde su propia experiencia y subjetividad.

Este es el punto de inflexión en donde, a nivel histórico se ha tratado terapéuticamente de disuadir al sujeto doliente de esta certeza psicótica que se presenta como su propia realidad. Esto es realmente imposible, ya que un factor externo como lo es el terapeuta no puede modificar la vivencia de la realidad del sujeto. La respuesta ante el dolor y la inestabilidad intrapsíquica debe de venir del propio sujeto. La dolencia es inherentemente individual y atravesada íntimamente por la singularidad de cada sujeto.

De esta forma, se entrelazan los tres registros propuestos por Jacques Lacan, en donde expone la premisa del nudo de borromeo y la cadena borromea en la cual se ahondará a lo largo de este trabajo. Sin embargo, también es importante abordar dos conceptos complementarios a los conceptos de los registros de Lacan los cuales son las figuras que él denomina como “El nombre del Padre” y la “Forclusión del nombre del padre”.

Es importante aquí retomar la obra de Sigmund Freud (1913) “tótem y tabú”, donde traza dos conceptos complementarios para poder entender “El nombre del padre” lacaniano. En el texto, Freud (1913) intenta ahondar en el origen del totemismo y la exogamia desde una visión antropológica. Diserta sobre el hecho de que un individuo no llega a consumar un acto de incesto, sin importar que sus impulsos primarios lo quieran empujar ante el evento sexual y meramente carnal, ya que en él se instaura el tabú. Es decir, la prohibición del deseo.

Freud (1913) indica que esto se presenta en los miembros de una tribu ante la figura del tótem, el cual es un símbolo de los lazos que comparten un grupo de personas de una misma tribu. El tótem conlleva características místicas y supersticiosas que, de romper esta consigna y caer ante el deseo del incesto, podrían sobrellevar diferentes tipos de castigos sobrenaturales. Así se constituyen los clanes, donde la figura masculina dominante o la figura paterna instaura en el tótem la ley, la autoridad, y un paralelismo con la instancia psíquica del “super yo” freudiano. Esta es una forma en la cual el padre reclama al hijo como parte de su clan, como extensión suya, y lo convierte en un ser social. Freud lo lleva más allá, la salida de resolución se lleva a cabo ante la destrucción del padre, como salida al complejo de Edipo e internaliza al padre dentro de sí mismo para continuar liderando este clan y seguir imponiendo la ley que el padre instaura en el sujeto (Freud, 1913).

La figura propuesta por Lacan denominada “el nombre del padre” es, según Ramírez (2008):

El significante Nombre-del-Padre ordena el lenguaje, y con él al mundo y a las cuestiones cruciales sobre la existencia, como son el sexo, la vida y la muerte (...)
Dicho significante inscribe al sujeto en la ley simbólica, a la vez que nombra el deseo de la madre, otorgándole significación fálica (p.4).

En este mismo trabajo de Ramírez cita textualmente a Lacan, 1984 en donde indica que “El orden que impide la colisión y el estallido de la situación en su conjunto está fundado en la existencia de ese Nombre del padre.”(Ramírez, 2008, p. 4).

Al tratar de enlazar el concepto de “el nombre del padre” con la psicopatología de la psicosis, lo que se puede delimitar es la forma en la cual el sujeto se ve introducido a la realidad y a la sociedad al momento que esta figura paterna lo reclama como propio, como parte de su clan. Le otorga un espacio dentro de la realidad interpretada por lo simbólico y le genera una identidad. Plasma su nombre y a través del vocablo familiar reclama una pertenencia y una estabilidad donde se ve a sí mismo como objeto de deseo de su madre y como parte de este lazo social.

El otro elemento importante al cual referirse es la forclusión del nombre del padre. Ramírez (2008) retomando a Lacan (1984) indica que:

Si en la neurosis el mecanismo de defensa que opera es la represión, en la psicosis será pues la forclusión, hecho que obstaculiza el transcurso de simbolización, logrando que los significantes atravesados por dicho proceso retornen en lo real a manera de delirios y alucinaciones (...) Además, la forclusión determinará una regresión tópica al estadio del espejo, la cual es posible observar en la clínica en forma de desestructuración imaginaria que conlleva el correlato del surgimiento, en lo simbólico, de un significante recortado de la cadena, constituyendo así un fenómeno elemental: “Lo que fue rechazado de lo simbólico reaparece en lo real” (p.4).

De igual manera, según Ramírez (2008) refiriéndose a la siguiente cita textual de Lacan (1984) menciona que “Es una significación que fundamentalmente no remite más que a sí misma, que permanece irreductible” (p.4). En otras palabras, En otras palabras, la

forclusión es un retornar a la metáfora del espejo en donde el individuo más allá de conformarse estable en su estructura yoica se desestructura en el imaginario. Esto lleva a una ruptura en la cadena del lenguaje o de lo simbólico y retorna en el registro de lo real en la forma de alucinaciones y delirios. A esta cadena también nombra como “cadena de significantes” (Anexo 3). El individuo cambia la interpretación de su realidad ya que se ve excluido del lenguaje la figura de “el nombre del padre” la cual es un significante primordial en la cadena lo simbólico y se mantiene de esta forma el sujeto alienado del goce, de la sociedad, y utiliza al delirio para sustituir al goce (Ramírez, 2008).

Esta premisa dentro de la teoría de la clínica de la psicosis de Lacan otorga una inherencia de que el sujeto psicótico es un sujeto doliente, posee de forma ineludible un sufrimiento psíquico donde ya no logra alcanzar nuevamente el goce porque en su lugar solamente habita el delirio. Esto es a lo que Lacan se refiere cuando indica que la forclusión es irreductible (Ramírez, 2008).

Una vez que se han abarcado los conceptos previos como lo es la forclusión y “el nombre del padre” donde es expulsado de esta cadena de significantes. El sujeto psicótico previo a esta fase en la cual intercambia el goce por el delirio nunca había tenido la metáfora de “el nombre del padre” impresa o presente en sí mismo, sin embargo, es en un momento de su historia en el cual busca esta pertenencia, o como indica Lacan “convoca” a “el nombre del padre” y no obtiene respuesta, y en su lugar solamente obtiene un vacío: “lo que le responde es un puro agujero, dado que no puede responder lo que nunca ha estado”. (Ramírez, 2008, p.5)

El sujeto convoca a esta metáfora paterna y es necesario que pase por un evento que lo desencadene, que llegue a detonar a lo que Ramírez se refiere como descalabro subjetivo, lo cual se evidencia con el evento o episodio psicótico (Ramírez, 2008).

Para tratar de representar este evento desencadenante en donde se convoca a la metáfora paterna y se obtiene solamente un vacío y se desliga en un descalabro subjetivo, me doy la libertad de referirme al caso que analiza Freud (1911) a través de las memorias del jurista Daniel Paul Schreber, caso que posteriormente retoma Lacan en el estudio de las psicosis.

Schreber se dedica a la carrera de derecho, era un reconocido juez alemán el cual luego de ser nombrado presidente de la Corte de Apelaciones en Dresde Alemania a finales de 1800 llega a presentar un episodio psicótico. Se le recluye luego en un sanatorio y años después él mismo conduce su propia defensa en un juicio donde posteriormente se le otorga la libertad de este hospital psiquiátrico. Daniel Schreber publica su propio libro de “Memorias de un enfermo nervioso” (1903).

Durante su tiempo de reclusión psiquiátrica, elabora una compilación de su sintomatología psiquiátrica, y estos escritos se estudian y analizan. Ramón Alcalde (1999) en el análisis inicial del libro “Memorias de un enfermo nervioso” citando a Schreber, (1903) menciona que:

El texto Schreber ha sido tempranamente examinado desde dos curiosidades: 1) la histórica, que ve en las memorias, como un título lo solicita, un fragmento

autobiográfico y un documento sobre las condiciones científicas, jurídicas, administrativas, hospitalarias, imperantes a fin de siglo en Alemania y Europa; 2) la psiquiátrica (con acento en lo nosográfico), psicoanalítica o no, para la cual la obra, como también lo reclama el título es el historial de una enfermedad (Freud, específicamente, la califica de Krankheitsgeschichte), relatada por el protagonista y diagnosticada por su clínico, el doctor Weber. (s.p)

Este texto agrega un esquema de la línea del tiempo de los eventos que sobrelleva Daniel Paul Schreber desde el inicio de la compilación de sus memorias hasta el momento en el cual se le da de alta del nosocomio Sonnestein en 1902. (Ver Anexo 2 (Schreber, 1903).

Estas memorias de Daniel Schreber como bien lo dice R. Alcalde (1999) son importantes en estos dos aspectos previamente mencionados, sin embargo dentro del presente apartado de esta revisión bibliográfica se tomará como un ejemplo clínico de como un sujeto llega a expresar la clínica de las psicosis. En el momento que Daniel Schreber adquiere el puesto laboral por el cual había luchado y llega a cumplir las expectativas sociales y familiares, es cuando aparece el delirio (Schreber, 1903)

Lacan propone al desencadenante en el momento en que el sujeto convoca a la metáfora paterna o lo ya denominado el nombre del padre. Es en ese momento cuando se devuelve un vacío como respuesta ante la ausencia de esta figura. La carga emocional que puede soportar un sujeto ante un momento determinante en su vida, correspondiente a un evento trascendental, es algo que podría considerarse como algo deseado o esperado, o por el contrario, una eventualidad no deseada que le otorga una vivencia de dolor o sufrimiento inmediato. Indiferentemente de cuál de estas dos situaciones o eventos de vida puedan

presentarse, hay que tener en cuenta que el sujeto sobrelleva una experiencia que le genera un carácter de conflicto emocional que lo traspasa.

Schreber (1903) indica en un extracto de sus memorias lo siguiente: “maldito el día en el que nací [...] maldito el hombre que dio nuevas a mi padre diciendo: Hijo varón te ha nacido [...] porque no me mató en el vientre y mi madre hubiera sido mi sepultura” (Schreber, 1903)

La metáfora paterna llega a ser forcluida de la cadena de significantes ante una convocatoria de esta y una respuesta ausente.

El concepto de suplencia es importante para la práctica de la clínica de las psicosis. La clínica de las suplencias se propone, desde la clínica de Lacan, como parte de la dirección de la cura de las psicosis. Lacan propone “una compensación imaginaria del Edipo ausente como suplencia de ese Nombre del Padre forcluido”. (Lacan, 1984).

En otras palabras, la suplencia es una figura sustituta de la metáfora paterna que si bien es cierto no es un significante primordial como lo es “El nombre del padre”, le otorga un carácter de estabilidad yoica. Logra llegar a suplir en la cadena de significantes ese espacio vacío ante la ausencia de ese significante primordial y evita el descalabro o la desestructuración imaginaria del sujeto. Este concepto es importante para la dirección de la cura desde la clínica de las psicosis de Lacan ya que es a través de la búsqueda de la suplencia para que el sujeto sufriente logra hilar nuevamente esta estabilidad yoica y nuevamente generar ese lazo social para encontrar su estabilización construyendo un lazo social.

3. Desarrollo

3.1. Limitantes en el abordaje de la psicosis refractaria desde un enfoque psicofarmacológico

Tiihonen et al. (2017), en el estudio denominado “Real-world effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29823 Patients with Schizophrenia” realiza una recopilación de bases de datos prospectiva en donde estudian el riesgo de rehospitalización y fallo terapéutico en un lapso de julio del 2006 a diciembre del 2013, en pacientes suecos con diagnóstico de esquizofrenia que rondaban entre los 16 y los 64 años de edad. Lo anterior, para hacer un análisis comparativo con cada paciente respecto a su evolución clínica individual (Tiihonen et al., 2017).

En dicho estudio, que la clozapina y los antipsicóticos inyectables de efecto prolongado fueron los fármacos con las tasas más altas de prevención de recaídas en la esquizofrenia. El riesgo de rehospitalización llegaba a disminuir entre un 20 a un 30% en comparación a equivalentes orales.

Según Tiihonen et al. (2017), los resultados de estudios clínicos randomizados sugieren que la clozapina, olanzapina y el amisulpiride son superiores a otro tipo de antipsicóticos en términos de eficacia. Sin embargo, los fármacos más eficaces como la clozapina y la olanzapina frecuentemente inducen a efectos adversos como aumento de peso, dislipidemia, lo cual puede resultar en deterioro severo de la salud luego de un tiempo largo de uso.

Los estudios farmacológicos para determinar los efectos adversos de los antipsicóticos, la necesidad de abordaje intrahospitalario, o inclusive la muerte de los pacientes requieren miles personas con diagnóstico de psicosis anuentes a participar de las investigaciones, y de muchos años de seguimiento en cada uno de los casos individuales para lograr el valor significativo. Esto constituye un reto en este tipo de estudios debido a la idiosincrasia de los pacientes portadores de psicosis. Lo anterior se asocia a que una gran parte de la población portadora de psicosis y psicosis refractaria se encuentran dentro de grupos de vulnerabilidad social, con redes de apoyo debilitadas, antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, y tienden a encontrarse en estado de no formalidad laboral asociado a falta de acceso a seguros médicos e inclusive a una falta de seguimiento o control clínico. También en muchos de los casos no desean mantenerse en dichos programas de estudio a largo plazo.

Debido a esta problemática se trata de utilizar la adherencia al tratamiento como un indicador indirecto sobre las tasas de rehospitalización y deterioro a largo plazo de los pacientes. En este estudio se realiza una comparación de los antipsicóticos orales vrs los antipsicóticos de depósito inyectables. Esto arrojó una problemática ya que los pacientes seleccionados en los estudios randomizados fueron aquellos que voluntariamente acceden a dichos estudios y los pacientes en su gran mayoría por sus características clínicas no iban a acceder voluntariamente. Debido a esto es que se incluye la variable de rehospitalizaciones y como esta variable se asocia al uso de antipsicóticos orales o de depósito.

Se demuestra que la clozapina, olanzapina y otros inyectables de depósito están asociados a mejores resultados (Anexo 4). La quetiapina se asocia a resultados subóptimos,

y el uso de antipsicóticos se asocia a una menor mortalidad que el no uso. (Tiihonen et al., 2017)

Otro de los retos que barajan los investigadores es el hecho de que al momento de evaluar el progreso clínico de las y los pacientes portadores de psicosis se tiende a recaer en lo que ellos llaman un sesgo asociado a la escogencia de los pacientes en donde cada paciente es su propio referente con respecto a su evolución clínica.

Lo anterior es algo que necesitamos llegar a abordar como una necesidad de cambio de paradigma ya que, dentro de la singularidad de la presentación clínica de cada uno de los individuos, cada uno de ellos tiene una vivencia diferente con respecto a su enfermedad, y solamente en ellos recae la posibilidad de ser el principal referente para asociar avance clínico o no. No se puede pretender encajonar a los sujetos portadores de psicosis como un gran grupo de signos clínicos ya que la psicosis es ampliamente heterogénea y solamente el sujeto puede llegar a establecer una lista de objetivos claros con respecto a su mejoría. Desgraciadamente desde una visión positivista de los estudios clínicos en donde se busca estandarizar los hallazgos, al no contar con estos requisitos de homologación de datos, este tipo de poblaciones quedan excluidas de estudios clínicos que permiten realizar avances reales con respecto a una terapéutica farmacológica más beneficiosa para las y los pacientes.

Tiihonen et al. (2017) intentan abordar esta problemática y comparan la exposición a los antipsicóticos y su efectividad con respecto al tiempo que se ha recibido una monoterapia y al tiempo en el que se ha utilizado cualquier manejo oral. También llegan a comparar el uso de dos antipsicóticos utilizados al mismo tiempo y la falta de uso de antipsicóticos. Para el fallo terapéutico se utilizó como referencia a la olanzapina oral ya que fue el fármaco más

usado en la población de estudio como molécula que suple otro antipsicótico previo sin real respuesta o respuesta parcial asociada.

El riesgo más bajo de rehospitalización se observa en el uso mensual de la paliperidona. En orden de efectividad se evidencia al decanoato de flufenazina como última opción efectiva; sin embargo, los peores resultados son el uso a nivel oral del fluopentixol y la quetiapina los que asocian un riesgo mayor de rehospitalizaciones (Tiihonen et al., 2017).

La clozapina se compara con los antipsicóticos de depósito y se mantiene en 3er lugar de efectividad con respecto al global y es el antipsicótico oral más efectivo para evitar la rehospitalización y el apego medicamentoso. Cuando se utiliza el uso concomitante de antidepresivos y benzodiacepinas, se encuentra que los resultados permanecen prácticamente idénticos, lo cual refleja que no tienen efectividad asociada en disminuir las rehospitalizaciones (Tiihonen et al., 2017).

Dentro de las conclusiones de este estudio se propone que el riesgo de hospitalización disminuye con el uso de antipsicóticos orales como la olanzapina, clozapina y el zuclopentixol como inyectable y aumenta el riesgo de rehospitalización con el uso de fluopentixol, quetiapina y haloperidol luego de implementar la corrección de Bonferroni.

Las hospitalizaciones disminuyen en el 22 % durante el uso de antipsicóticos inyectables de depósito comparados con el uso de las mismas moléculas en su presentación oral. Y se evidencia que existe un riesgo menor de fallo terapéutico con el uso de clozapina y en segundo lugar de los antipsicóticos inyectables de depósito (Tiihonen et al., 2017).

En el artículo titulado “Glutamate hypothesis in schizophrenia” Uno & Coyle, (2019) se presentan hipótesis psicopatológicas relacionadas a la psicosis, en donde se transita desde la hipótesis de disfunción a nivel del sistema nervioso central ligado a los receptores dopaminérgicos, hasta llegar a la hipótesis de una alteración a nivel de las vías glutamatérgicas.

El primer antipsicótico, la clorpromazina, fue desarrollado como un antihistamínico, que encuentra respuesta para el manejo de conducta y alteración del pensamiento de los pacientes portadores de enfermedad mental, los cuales para ese momento estaban siendo abordados bajo un modelo de atención manicomial, con intervenciones físicas y químicas, más allá que con reales respuestas a nivel farmacológico. Fue hasta este momento que con el uso de la clorpromazina, y luego con la reserpina, que se demuestran estos esfuerzos efectivos para el manejo de la psicosis a inicios de los años 50 (Uno & Coyle, 2019).

Posteriormente, se llegan a desarrollar mayor cantidad de moléculas pertenecientes a las fenotiazinas con una mayor potencia farmacológica, al igual que las butirofenonas, y se logra abordar clínicamente aquellos síntomas positivos de la esquizofrenia. Sin embargo, se observa que dichos medicamentos eran pronos a producir síntomas extrapiramidales. Se llega a observar que la reserpina causaba depleción de las monoaminas, como lo era la dopamina en las vesículas sinápticas a modo de inhibidor de los transportadores de las vesículas monoaminérgicas. Se logra determinar que la alfa-metil-para-tirosina es un inhibidor específico de la tirosina hidroxilasa, enzima inicial en la vía de síntesis de las catecolaminas y un agente farmacológico que reduce los síntomas de la esquizofrenia (Uno & Coyle, 2019).

Arvid Carlsson, (2000) hace una síntesis de estas observaciones y propone que la vía de acción de los antipsicóticos se realiza a través del bloqueo de los receptores de dopamina. Los estimulantes como la anfetamina llegan a inhibir los transportadores de las vesículas presinápticas monoaminérgicas y al transportador de la dopamina, aumentando las concentraciones de dopamina en la hendidura sináptica, lo que ocasiona que altas dosis de estimulantes inducen a una psicosis que clínicamente se asemeja a la fase aguda paranoide de la esquizofrenia. Kurt Snyder (1942) propone la hipótesis de la dopamina que explica que la esquizofrenia se debe a una sobreestimulación de los receptores dopaminérgicos (Uno & Coyle, 2019).

La hipótesis de la dopamina si bien es cierto llega a responder muchas incógnitas relacionadas con algunos fármacos que llegaban a mejorar múltiples aspectos de la esquizofrenia y también de la psicosis, no logra explicar ciertas interrogantes de la psicopatología de la esquizofrenia. Explica en parte la presentación de los síntomas positivos. Sin embargo, a excepción de la clozapina, los antipsicóticos tienen efectos muy limitados sobre los síntomas negativos y sobre los síntomas cognitivos. Los síntomas cognitivos son los predictores más robustos del deterioro a nivel de la esquizofrenia. La atrofia cortical se correlaciona con los síntomas negativos y cognitivos en la esquizofrenia crónica pero no se relaciona con la severidad de la psicosis. Debido a esto, el deterioro de la esquizofrenia y de la psicosis depende del grado de discapacidad cognitiva del paciente y se ligan a la patología cortical incisiva, sin embargo, probablemente, no se encuentran ligados solamente a la disfunción dopaminérgico (Uno & Coyle, 2019).

Debido a lo anterior, en el contexto de la seguridad social costarricense y en un plano mundial no se ha tenido una incidencia tan dramática a nivel de una mejoría con respecto a

los síntomas negativos, ya que la mayoría de las moléculas disponibles en el mercado se relacionan con el bloqueo dopaminérgico. Es debido a esto que uno de los fármacos con los que se cuenta para el abordaje de la psicosis refractaria y el manejo de los síntomas negativos es la clozapina, la que a pesar de haber sido lanzada en el mercado a finales de los años 50 ha sido difícil de suplantar con respecto a su nivel de efectividad posiblemente porque su efecto de acción farmacológico se remite a un bloqueo débil de receptores dopaminérgicos D1, D2, D3 y D5; efecto aumentado sobre el receptor D4, efecto anti-alfa-adrenérgico, anticolinérgico y antihistamínico.

Es en esta falta de selectividad de acción farmacológica que se piensa que recae la mejoría con respecto a ciertos casos de psicosis refractaria (Stroup et al., 2016). En el Anexo 10 de este trabajo se observa en la tabla adjunta un cuadro comparativo entre el inicio de clozapina versus el inicio de otro tipo de antipsicóticos. En dicha comparación los investigadores constatan que pueden haber llegado a un tipo de sesgo, como un tipo de complicación del estudio, ya que el número de médicos que inician el uso de clozapina en el paciente tienden a ser más experimentados que aquellos que no, ya que este es un medicamento de último recurso en el manejo de la psicosis refractaria. Sin embargo, la primera curva comparativa de dicha tabla anexada indica que con respecto al tiempo de hospitalización tienden a tener una mejor sobrevivencia los y las usuarias que llegan a utilizar clozapina. Esto se presenta como un fenómeno interesante ya que los investigadores proponen el hecho que hay un mayor nivel de monitorización en el uso de dicha molécula (Stroup et al., 2016).

En el Anexo 10 de este estudio, se observa en la tabla comparativa entre el inicio de clozapina versus el inicio de otro tipo de antipsicóticos. En dicha comparación los

investigadores reconocen la posibilidad de sesgo, como un tipo de complicación del estudio, dado que el número de médicos que inician el uso de clozapina en el paciente tienden a ser más experimentados que aquellos que no, ya que este es un medicamento de último recurso en el manejo de la psicosis refractaria. Sin embargo, la primera curva comparativa de la tabla sugiere que, en cuanto al tiempo de hospitalización, los usuarios que recurren a la clozapina tienden a tener una mejor sobrevivencia. Este fenómeno se presenta como un aspecto interesante, y los investigadores proponen que puede estar relacionado con un mayor nivel de monitorización en el uso de dicha molécula (Stroup et al., 2016).

Otros fármacos estudiados, como la ketamina y fenilciclidina, también conocida como PCP, se desarrollan como anestésicos con propiedades disociativas en la década de los 70. Estos han sido conocidos como inductores de síntomas similares a la esquizofrenia, incluyendo no solo síntomas psicóticos, y alteraciones en el pensamiento, sino también síntomas negativos y cognitivos en personas saludables. Mas allá de eso cuando los pacientes presentan cuadros de psicosis inducida por la ketamina o el PCP es difícil de discriminar la diferencia con una psicosis primaria por esquizofrenia. La existencia de sitios de enlace para la ketamina y el PCP fueron descritos en 1979, donde se les denomina antagonistas no competitivos del receptor NMDA (subtipo de receptor de glutamato). Basado en la observación de pacientes intoxicados con PCP y ketamina se comienza a barajar la posibilidad de que propone la psicosis resulta de una hipofunción del receptor NMDA (N-metil-d-aspartato) (Uno & Coyle, 2019).

En el estudio de cohorte finlandés publicado en el año 2009 por Tiihonen et al., se realiza un seguimiento de un período de 11 años sobre la mortalidad reportada en pacientes portadores de esquizofrenia. Los resultados del estudio mostraron que la expectativa de vida

de la población de Finlandia había incrementado a la edad de 20 años en 2.4 años de vida y en aquellos pacientes con esquizofrenia había aumentado en 4.9 años de vida, ya que la proporción de uso de antipsicóticos atípicos había aumentado de un 13% a un 64% durante los años entre 1996 a 2006 (Tiihonen et al., 2009). La diferencia en la expectativa de vida fue mayor a la edad de 20 años que a la edad de 40 años, implicando que la incidencia de muerte era mayor en edades más tempranas. Se logra demostrar también que el uso prolongado de antipsicóticos estaba asociado a una mortalidad más baja que cuando estos fármacos no se estaban utilizando. Este último dato también implica las tasas de suicidio asociadas (Tiihonen et al., 2009).

Existe una relación inversa entre la mortalidad y la duración de uso de antipsicóticos, inclusive con una monoterapia asociada. Los pacientes que usan antipsicóticos por menos de 6 meses tienen tasas de mortalidad bajas, posiblemente debido a síntomas leves y a una recuperación de un episodio agudo. Inclusive se compara el uso de antipsicóticos específicos versus el uso de perfenazina y muestran que el uso concomitante de quetiapina, haloperidol y risperidona se asocia a un aumento de la mortalidad (41, 37%, and 34%) y el uso de clozapina con una mortalidad reducida (-26%). (Tiihonen et al., 2009).

Estos resultados sugieren que el uso aumentado de antipsicóticos de 2da generación en lugar de usar aquellos de 1era generación no tuvo un efecto deletéreo en la expectativa de vida del paciente con esquizofrenia, a excepción del uso de quetiapina y risperidona. La media de la dosis definida diaria (DDD) para los antipsicóticos de 1era generación no cambió mucho entre los años 1996 y 2006, sugiriendo que este factor no ha jugado un rol importante en la reducción de la mortalidad. Los resultados sugieren que el intervalo Q-T corregido no es un predictor tan relevante para el riesgo de muerte aguda durante el uso de antipsicóticos

porque durante el uso de la tioridazina no se asocia con aumento de la mortalidad de forma generalizada. Estos pacientes que la utilizaron se les practicaba monitoreos estrictos, lo que podría haber contribuido a una tasa de mortalidad menor en esta población en específica (Tiihonen et al., 2009).

La diferencia en la mortalidad entre la clozapina y otros medicamentos antipsicóticos puede ser atribuible a un mayor monitoreo intensivo, aumentando la efectividad de la clozapina, disminuyendo la seguridad para otros medicamentos o todos los anteriores. Todas las causas de muerte se registraron como efectos adversos. El efecto anti suicida de la clozapina es equiparable al de la olanzapina por el nivel de monitoreo que estos pacientes reciben. La clozapina y la olanzapina no parecen tener un riesgo aumentado de muerte por isquemia cardíaca en comparación con otros antipsicóticos, e inclusive estos medicamentos se asocian con una mortalidad total menor debido a este tipo de muertes por isquemia que otros antipsicóticos en un intervalo de 7-11 años de exposición acumulada (Tiihonen et al., 2009).

Leucht et al. (2020) realizan un metaanálisis relacionando la respuesta clínica de los diferentes antipsicóticos con la dosis utilizada para identificar el máximo de la dosis efectiva de los 20 antipsicóticos que se exploraron, ya sea asociados a las dosis de licencia de los medicamentos en límites superiores o inferiores y la máxima dosis efectiva y si vale la pena explorar dosis mayores para algunos fármacos. Dentro de los ejemplos expuestos la risperidona a una dosis de 2 mg al día se asocia con un efecto de 0.25 amplificado de abordaje sintomático, mientras que una dosis de 6mg al día lleva a un efecto de 0.6, más del doble de alto. Para algunos medicamentos, los límites superiores recomendados eran mayores que las máximas dosis efectivas. El uso máximo según la licencia del aripiprazol (30 mg/día) y la

risperidona (16 mg/día), excedían por mucho el efecto terapéutico los cuales se situaban respectivamente en 11.5 mg al día para el aripiprazol y 6.3 mg al día para la risperidona. Con respecto al haloperidol, para el paciente promedio se evidenció que dosis mayores a 6.5 mg/día no provocan aumento en la efectividad del medicamento (Leucht et al., 2020).

A pesar de que la efectividad de los antipsicóticos a altas dosis llega a estancarse, los síntomas extrapiramidales aumentan. Estos síntomas extrapiramidales simulan síntomas negativos los cuales contribuyen también a puntuaciones aumentadas de la escala PANSS. Los síntomas extrapiramidales también llevan a tasas mayores y más tempranas de discontinuación del medicamento, lo cual hace que el antipsicótico tenga menos tiempo de acción a nivel de los síntomas (Leucht et al., 2020).

La olanzapina a 40 mg al día fue más eficaz que la dosis de 10 o 20 mg al día, pero esto se evidenció únicamente en el grupo de pacientes con severidad aumentada. Uno de los estudios recopilados en este metaanálisis compara el aripiprazol con dosis de 30, 45, 60, 75, y 90 mg/día en pacientes con síntomas estables y no encuentra diferencias a nivel de la eficacia (Leucht et al., 2020).

Dos estudios no muestran aumento de la efectividad para la quetiapina comparando dosis de 1200 mg al día con respecto a dosis de 600 mg al día. Tampoco se encuentra diferencia entre la ziprasidona 320 mg día y 160 mg al día en pacientes que no habían respondido a una dosis de 160 mg por día (Leucht et al., 2020).

Los descubrimientos de toxicidad en estudios animales pueden limitar incursionar en dosis más altas al igual que los múltiples efectos secundarios de los antipsicóticos como los síntomas extrapiramidales, aumento de peso, hiperprolactinemia, prolongación del QTc, en

las decisiones clínicas se deben de tener en cuenta estos efectos secundarios y no hay que dejar de lado que los efectos secundarios metabólicos son importantes para las comorbilidades físicas a desarrollar (Leucht et al., 2020).

Es necesario tener en cuenta que el mecanismo psicopatológico de la psicosis va mucho más allá que los niveles de dopamina, y concomitantemente la necesidad de tratamientos diversos que no únicamente aborden los receptores D2 con agentes antagonistas. Esto se demuestra de forma indirecta con un medicamento llamado Pimavanserin, utilizado para la enfermedad de Parkinson y en el abordaje de la psicosis, con agentes serotoninérgicos 2a antagonistas, pero sin ninguna propiedad de antagonismo para receptores D2 (Stahl, 2018).

En resumen, teóricamente hay tres nivel cerebral interconectadas nivel cerebral interconectadas que se ligan a los síntomas positivos de la psicosis (alucinaciones y delirio): una hiperactividad dopaminérgica de los receptores D2 en la vía mesolímbica la cual se extiende a la vía del núcleo estriado a nivel ventral; una hipoactividad del receptor NMDA en las interneuronas gabaérgicas a nivel de la corteza prefrontal y una hiperactividad serotoninérgica en los receptores 5-HT2A en las neuronas glutamatérgicas a nivel de corteza. Las tres vías neuronales y los neurotransmisores se ligan entre sí y ambos, los receptores 5HT2A y los receptores NMDA y sus acciones, pueden resultar en una hiperactividad del circuito a nivel mesolímbico en la vía dopaminérgica (Stahl, 2018); (Anexos VI-IX).

E Esta evidencia ha venido a demostrar sobre la vasta limitación que existe en el abordaje de la psicosis desde un tratamiento únicamente de antagonistas dopaminérgicos. Inclusive, estamos en este momento atados de manos ante la falta de disponibilidad de

psicofármacos que traten a cabalidad la psicosis. Pero es importante destacar que se demuestra que la ausencia del uso de los antipsicóticos de los pacientes con padecimientos psicóticos produce una morbi-mortalidad aumentada y un deterioro cognitivo certero.

3.2. Evolución histórica del psicoanálisis: un pasaje del estudio de la neurosis a la psicosis

Se destaca en la obra de Francisco de Asís Blas Aritio (1981) “Hacia una historia del psicoanálisis” se postula que el psicoanálisis es no solo un método de investigación psicológica, una teoría y un método terapéutico. Se considera que también es un fenómeno cultural, que ha cambiado la cosmovisión popular desde el siglo XX en adelante, en tanto:

(...) su dimensión heurística ha sido aprovechada por la psicología, por la sociología, por la antropología, por el arte, por la literatura, y hasta por la publicidad. La vulgarización de algunos de sus conceptos forman ya parte del patrimonio lingüístico de la cultura occidental. (De Asís, 1981, p.127)

Eduard Von Hartmann (1869) fue uno de los primeros autores alemanes que aporta a la filosofía el concepto de lo inconsciente. En su obra "La Filosofía de lo inconsciente" el autor propone lo inconsciente como principio metafísico desde una teoría ligada al balance entre el microcosmos y el macrocosmos. La noción de inconsciente psicológico la retoma Freud para establecerlo como un concepto psicológico y uno de sus pilares del modelo psicoanalítico.

Von Hartmann trata de recopilar dos teorías diametralmente distantes. La filosofía de Schopenhauer que propone un pensamiento pesimista en el que la voluntad es irracional, carente de propósito y nunca aproximable a la saciedad; y por otro lado la razón hegeliana, en donde argumenta que el mundo es un lugar racional que nos lleva a etapas de crecimiento y un desenvolvimiento progresivo, otorgándole una razón y un propósito. A la recopilación de estas dos posturas Von Hartmann le llama el "Inconsciente" (Moya, s.f.)

Freud evoluciona y profundiza en el concepto de lo inconsciente, y desde la metapsicología, aleja este concepto de Von Hartmann del plano metafísico y le caracteriza desde una materialidad con sus hipótesis del funcionamiento del aparato psíquico.

La metapsicología freudiana plantea que lo inconsciente es constitutivo del sujeto, y problematiza al sujeto cartesiano, racional y consciente de la modernidad, estableciendo que existen experiencias emocionales que van más allá del plano cognoscente, y que esta contradicción es inherente en la vida humana

La metapsicología freudiana plantea que lo inconsciente es constitutivo del sujeto, y problematiza al sujeto cartesiano, racional y consciente de la modernidad, estableciendo que existen experiencias emocionales que van más allá del plano cognoscente, y que esta contradicción es inherente en la vida humana.

La represión¹ es uno de los conceptos centrales de la metapsicología freudiana. Este mecanismo funciona como una defensa del sujeto ante vivencias que psíquicamente se tornan

¹ La represión según Laplanche y Pontalis (1993) es una "operación" por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión. (Laplanche & Pontalis, 1993 p. 375)

irreconciliables. Freud también propone el concepto de pulsión, y lo conceptualiza como límite entre lo somático y lo psíquico. Caracteriza inicialmente a las pulsiones como pulsiones de auto conservación y pulsiones sexuales, y posteriormente como una amalgama del eros y el tánatos, replanteando su teoría pulsional posterior a la publicación del texto “Más allá del principio del placer” (1920), en donde incorpora el concepto de pulsión de muerte² con íntima relación con la pulsión de vida³.

Lopera Echavarría (2019) basándose en citas de Freud y citando su obra “Pulsiones y destinos de pulsión” indica:

Por ejemplo, una pulsión puede ser rechazada y, en consecuencia, reprimida o restringida; puede ser sublimada, vuelta en lo contrario, mudada su actividad en pasividad (...) Frente a esta descripción cabe preguntarse, ¿todo esto puede darse con las pulsiones de autoconservación, por ejemplo con el hambre y la sed? Por supuesto que no, con lo que queda claro que esta caracterización se queda corta; solo se refiere

² La pulsión de muerte según Laplanche y Pontalis (1993) “dentro de la última teoría freudiana dentro de las pulsiones, designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva(Laplanche & Pontalis, 1993” p.336)

³ La pulsión de vida según Laplanche y Pontalis (1993) “gran categoría de pulsiones que Freud contrapone, en su última teoría a las pulsiones de muerte (...) las pulsiones de vida, que se designan con el término Eros abarcan no solo las pulsiones sexuales propiamente dichas, sino también las pulsiones de autoconservación” (Laplanche & Pontalis, 1993 p.342).

a las pulsiones sexuales. Freud fue consciente de esta contradicción, de ahí que afirmó: "Tendremos que circunscribir a las pulsiones sexuales, mejor conocidas por nosotros, la indagación que los destinos de las pulsiones pueden experimentar en el curso de su desarrollo"(Freud, 1915. pp. 121-122) Asimismo, se observa esta complicación con el estudio del narcisismo. (Lopera, 2019, s.p)

Sobre el extracto anterior, se observa que la diferencia entre las pulsiones de autoconservación y las pulsiones sexuales, según Lopera Echavarría (2019) refiriéndose a cómo las pulsiones sexuales se pueden reprimir, se pueden transformar, sublimar, etc. Sin embargo, las primeras no pueden eludirse; en otras palabras, el concepto de autoconservación les otorga este carácter de inevitabilidad (Lopera, 2019).

Freud posiciona el concepto de eros como pulsión de vida, una especie de motor o tendencia a la activación y excitación como una forma de auto preservación. El eros se relaciona con el principio de placer, con la búsqueda de la gratificación, como una necesidad básica y primaria. Barquín (2010) elabora al respecto:

En la teoría psicoanalista, Thánatos es la pulsión de muerte (para Freud era el deseo de abandonar la lucha por la vida) que se opone a Eros, la pulsión de vida; amor, creación y erotismo. El medio que vincula estos personajes es el cuerpo; un cuerpo erotizado aspira a la vida, a la creación; mientras que un cuerpo deserotizado, en sufrimiento procura su muerte; de esta forma las sensaciones de dicha o sufrimiento

son estados psíquicos que nuestro aparato anímico permite. (Barquín et al., 2010, p.328)

Estas premisas anteriores son bases fundamentales para la teoría psicoanalítica freudiana, las cuales son importantes de ahondar para comprender como también esta búsqueda de la satisfacción por parte del sujeto lo arroja a generar enlaces sociales con otros individuos.

Jacques Lacan quien fue médico psiquiatra y psicoanalista francés, reinterpreta la metapsicología freudiana, y trasciende el límite de Freud para el tratamiento de la psicosis. Lacan llega a ser influenciado por múltiples filósofos, e inclusive incursiona en la lingüística. Desarrolla una nueva propuesta ante la teoría freudiana de lo inconsciente, considerándose a si mismo como freudiano; y hace una relectura del psicoanálisis clásico, siendo uno de sus principales aportes la clínica de la psicosis.

Matilla Díez (2011) menciona en su disertación sobre los aportes clínicos de Gaetan Gatian de Clerambault, médico psiquiatra francés, el cual se constituye como una influencia profesional en la vida de Jacques Lacan. Indica como Clerambault prestaba servicios en la enfermería especial de la Prefectura de Policía de Paris en donde llega a ser jefe de dicha instancia hasta su muerte en 1921 (Matilla Díez, 2011).

Chiesa (2015) describe dentro del actuar médico de Clerambault (1905) que:

Su cometido: recibir a unos dos mil quinientos sujetos anualmente que habían sido arrestados por la policía por perturbar el orden público, separar a los alienados de los delincuentes, prostitutas, vagabundos, etc. y decidir en un máximo de 4 días sobre su

destino: si debían ser puestos en libertad o ingresados en un sanatorio. Desarrolló una taxonomía completa de los síntomas psicóticos sobre la base de rasgos sutiles y matices. (p.1)

Clerambault (1905) realiza dentro de sus principales aportes una metodología para la clasificación de los pacientes, con el objetivo de decidir en un lapso de tiempo corto si necesitaban un abordaje judicial o a nivel de la institución psiquiátrica. Desarrolla así una propuesta clínica que conceptualiza como automatismo o síndrome del automatismo mental, tratando de hilar y de simplificar un patrón de presentación clínica asociado a la psicosis. El síndrome de Clerambault, la erotomanía, se constituye como uno de los principales aportes de la psiquiatría clásica. Sorribes Molina et al. (2013) basados en las propuesta clínicas de Clerambault ante el estudio de un caso clínico, explican como la erotomanía hace referencia a que una persona se encuentra profundamente atraída románticamente hacia otra persona y se considera ampliamente correspondida sin esto ser cierto, generando que esta premisa se encuentre desligada de la realidad; y elaboran como este aporte se lo debe la historia a este médico psiquiatra (Sorribes et al., 2013).

Históricamente, la psiquiatría clásica plantea la necesidad desde la nosología descriptiva, de un sistema para clasificación de las patologías psiquiátricas. Esto no implica desligarnos del hecho que la vivencia del individuo con respecto a su propia circunstancia clínica es única e irrepetible, una de las premisas básicas en las cuales se basa el trabajo de Philippe Pinel.

Philippe Pinel fue un médico francés el cual a finales 1700 fue nombrado como el médico del Manicomio de Bicêtre, nosocomio actualmente conocido como Centro

Hospitalario Universitario Pitié-Salpêtrière, en donde llega a conocer a Jean-Baptiste Pussin, quien era un trabajador de enfermería en dicho establecimiento. Pussin tenía un trato diferente hacia los enfermos mentales en dicho manicomio, brindaba un trato humanizado y distaba del manejo tosco, denigrante y violento que recibían dentro de su normalidad diaria los pacientes. Pinel llega a observar este tipo de trato y junto con Pussin denominan este abordaje clínico “el tratamiento moral”. Es importante resaltar que Vincenzo Chiarugi había introducido reformas similares en Italia varios años antes que este abordaje descrito por Pinel (Stucchi-Portocarrero, 2015).

El tratamiento moral se basa en la ética de una visión del sujeto con afecciones mentales como un ser humano digno, con derechos, distanciando la locura como despojo, y proponiendo la curación como la liberación del malestar psíquico a través del discurso. Es bajo esta premisa que se inicia una trayectoria con respecto al abordaje psicoterapéutico.

Paradójicamente, contextualizando el momento socio-histórico, Stucchi-Portocarrero (2015) menciona que en Pinel se evidencia esta visión absolutamente vertical bajo un sentido de dominancia por parte de la institucionalidad y la figura médica ejercida sobre el paciente, y cita de forma textual a Pinel:

Una de las ventajas que tienen los hospitales bien ordenados, es hacer que conozcan los locos (si son capaces de conocerlo) que están sujetos a una fuerza superior destinada a dominarlos, y contrariar sus voluntades y caprichos. (...) Si se anticipa su salida enviándolos demasiado pronto a su casa, el conocimiento de su independencia, y la libertad que tienen de entregarse a sus caprichos los hace

cometer excesos, y esto da lugar a extravíos en el régimen, o a afecciones vivas que fomentan sus gustos primitivos” cita textual de Philippe Pinel. (Stucchi-Portocarrero, 2015, p.152)

En contraposición a esta visión dominante y vertical de los inicios de la clínica, que también interpelan a la medicina, en la cual el clínico toma una postura vertical y ejerce de forma unidireccional la ruta de acción para aplacar las diversas dolencias del paciente; el psicoanálisis hace una ruptura epistemológica y clínica, invierte la relación médico-paciente, el saber es del propio paciente. Este posicionamiento metodológico de la práctica clínica anula la verticalidad que inicialmente había establecido el proceso psicoterapéutico.

Michel Foucault fue un fuerte crítico de la psiquiatría y el psicoanálisis. En su obra “El orden del Discurso” (1970) expone:

(...) supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad. En una sociedad como la nuestra son bien conocidos los procedimientos de exclusión. El más evidente, y el más familiar también es lo prohibido. Uno sabe que no tiene derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, que cualquiera, en fin, no puede hablar de cualquier cosa. Tabú del objeto, ritual de la circunstancia, derecho exclusivo o privilegiado del sujeto que habla. (Foucault, 1970, p.14)

En este sentido, Foucault problematiza la función de campo, planteando que las reglas sociales que no se hablan de forma explícita pero que se sobreentienden, implican una real restricción del discurso que a nivel social se nos impone una retención de la palabra, del deseo y del sentimiento. Estas situaciones que el sujeto doliente que padece de psicosis pareciera no honrar, este tipo de estatuto implícito, plasmado en nuestra realidad desde el momento en el cual llegamos a introducirnos en la cultura mediante el lenguaje, y esto nos aleja de esa infancia en donde dichas reglas no se nos muestran tan evidentes. He aquí un fenómeno interesante, en donde la locura termina siendo un acto subversivo. El sujeto reta al estatus quo de la realidad social que le ata, sin importar su espacio geográfico o cronológico, no se llega a regir por las mismas reglas simbólicas, bajo un castigo personal de humillación, repudio o reclusión social. A lo largo de la historia esta forma de retar a la autoridad y al orden social ha sido una necesidad o condición sin la cual no haya un acto inversamente aplastante por parte de aquellos que ejercen el poder y determinan las normas sociales.

Actualmente sabemos que la psicosis o los trastornos mentales en donde el pensamiento se altera, corresponde no solo a una alteración de la homeostasis en el funcionamiento cognitivo, sino que también es la apertura a la posibilidad de un proceso neurodegenerativo inminente, en donde no utilizar antipsicóticos impacta directamente en la mortalidad del sujeto, su calidad de vida y su integración social, tal y como será abordado a lo largo de esta revisión bibliográfica. Además, se elaborará acerca de las limitantes de la psicofarmacología y la imposibilidad de incidir de la forma tan incisiva, como las neurociencias quisieran poder actuar, para lograr llegar a la curación de los sujetos portadores de psicosis. Sabemos que en la actualidad ese grado de remisión sintomática es bajo y la

tónica de este tipo de afecciones cognitivas es la reincidencia a lo largo de la vida del sujeto, e inclusive en un porcentaje no despreciable existe la refractariedad clínica, donde la persona convive con una gran parte de estos elementos sintomáticos de la psicosis, principalmente con los síntomas negativos que limitan la cotidianidad y el lazo social, concepto importante que se ahonda a lo largo de esta revisión bibliográfica.

Existe mucha esperanza en el futuro de la psicofarmacología, los avances en esta área son reales e inclusive inminentes, sin embargo, dentro de nuestro contexto actual, no podemos desligarnos del hecho que el sujeto doliente y las personas que le rodean acuden a nuestros servicios de salud en aras de una respuesta clínica de alivio a su sintomatología, la cual es multifactorial y se asocia con la particularidad y la singularidad de cada sujeto.

El psicoanálisis se constituye no solo como una respuesta de abordaje complementario, sino como una ruptura institucional de la verticalidad del abordaje psicoterapéutico, y enlaza al individuo con sus necesidades, validando cada sufrimiento subjetivo y permitiendo que los mismos sujetos puedan aliviar su propio malestar bajos sus propios términos y condiciones personales.

Retomando lo mencionado sobre la constitución del psicoanálisis bajo una nueva metodología clínica e investigativa, la libre asociación de palabras, se puede plantear la práctica clínica como una potencial dinámica liberadora de este tabú del objeto o de la restricción de la oralidad ante el carácter de la materialización de lo verbal, de lo cual habla Foucault. Se le insta al sujeto doliente a expresarse, sin restricciones, sin prejuicios, sin necesidad de estructura ni de censura ante su discurso, se le conduce al hecho que a través de la palabra exprese estos temores que se han movilizad desde lo profundo y ahora se

manifiestan en su cotidianidad como un eco que resuena y le impide obviarlos, y es en este momento en el cual se le reitera que su discurso no llevará de la mano la persecución social por evocar un carácter subversivo.

Luego de realizar esta articulación entre la necesidad de escucha, y de proporcionar un espacio de verbalización activa por parte del sujeto psicótico, Jacques Lacan propone también como un rumbo terapéutico o la meta final del análisis la conformación de un lazo social en la psicosis. En el trabajo del psicoanalista Jesús Ramírez (2008) titulado "Hacia una clínica de las Suplencias en la Psicosis", se ahonda en la necesidad de este tipo de enlace entre el sujeto y lo social según lo propuesto por Lacan, hasta lograr llegar a la noción de la suplencia. El autor comenta sobre el hecho que la psicosis es un evento que atraviesa el sujeto que lo margina del entorno, no logra realizar un lazo social, se muestra excluido debido a la idiosincrasia de su malestar psíquico, en donde al momento de brindarle un espacio de escucha y acompañamiento dentro de su reclusión social se le insta a la reparación de esta ruptura, direccionándolo hacia una curación de su malestar intrapsíquico (Ramírez, 2008).

Este planteamiento mencionado, se aborda a lo largo de esta revisión bibliográfica, para evidenciar la necesidad del lazo social que se menciona en la clínica de las psicosis desde un enfoque psicoanalítico, y como esta práctica clínica impacta positivamente en el tratamiento como una respuesta psicoterapéutica al sufrimiento del sujeto que padece psicosis, esto como una coadyuvancia al uso de psicofármacos.

3.3. La clínica de las psicosis de Jacques Lacan: del síntoma al sinthome

La estructura nodal hace referencia al nudo borromeo, topología que toma Jacques Lacan, en la década de 1950, con la que propone el funcionamiento psíquico a partir de los 3 registros: real, simbólico e imaginario (Anexo 1).

Esta estructura nodal puede verse comprometida ante la forclusión o como la llama Lacan “Verwerfung”. En ella se genera una ruptura de la cadena de significantes. Lacan puntualiza que los sujetos tienen un enlace íntimo entre los 3 registros. Estas 3 entidades engloban nuestro ser y nuestra vivencia personal y la forma en que estos registros se enlazan nos permiten, a través del goce, un lazo social comunitario.

La suplencia se presenta en la práctica clínica como la posibilidad de mantener unida a esta cadena de significantes.

La cadena de significantes según las palabras de Natividad Marón (2021) desde el conocimiento psicoanalítico basado en la teoría lacaniana, trata de investigar sobre múltiples interrogantes que conciernen a la población Khipu, originaria de las tierras Andinas, indica de esta forma:

Como sujetos atravesados por el lenguaje, los seres humanos tenemos la capacidad de significar, de crear medios y producciones que portan significados que son de valor en el contexto en el que nos vemos inmersos desde antes de nacer. Estos significados siempre remiten a algo más, a algo indecible e inabarcable que está por fuera de nosotros y que baña de sentido lo que decimos y cómo lo decimos. (Marón, 202, p.1)

Por lo tanto, la cadena de significantes no es nada más que los conceptos que vamos hilando en una constante retroalimentación entre nuestras vivencias y este mundo, donde previo a nuestro nacimiento marca de forma indeleble nuestra psique, y nos determinan en la forma en que nos expresamos y logramos comprender nuestro entorno. Es como lo delimita Lacan “un signo de ausencia” ya que cada significante lleva a otro previo donde ante la caída de un significante existe otro mayor que lo sostiene detrás de este. Son experiencias subjetivas que se hilan una detrás de la otra y son resultado de la producción del sujeto (Lacan, 1984).

Los significantes primordiales son eventos trascendentales que instauran una marca en el sujeto. Uno de estos es la metáfora paterna, llamada “el nombre del padre” la cual es la representación de como el padre simbólico reclama ante el universo a este sujeto como suyo. Lo hace parte de su clan y le brinda un lugar en lo social, ligándolo a lo simbólico. Le imprime un nombre en lo familiar y lo estructura como sujeto alienado.

Esta metáfora hace imposible no recordar a la teoría del apego propuesta por John Bowlby (1969), donde el infante busca a su figura formadora en respuesta de apego. Es en este momento que el amor genera un rescate ante la angustia (Moneta, 2014).

Maria Eugenia Moneta (2014) indica:

Bowlby estudió 44 niños institucionalizados por robo. En todos los casos había evidencias de experiencias previas de abuso y maltrato por parte de los progenitores. También estudió niños separados de sus madres tempranamente y por períodos prolongados, constatando los efectos en su salud mental posterior. En 1988, el Dr. Bowlby afirmaba que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes

que ocurren en el niño es influida por el patrón de apego o el vínculo que los individuos desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador. (Moneta, 2014, párr.1)

Donald Winnicott (1945) trabajó durante la segunda guerra mundial con niños pequeños que fueron acogidos en hospicios debido a la separación entre ellos y sus padres por diversas razones durante dicho conflicto armado. Este médico el cual se había especializado en ambas ramas de la pediatría y psiquiatría observó los síntomas que llegan a expresar estos niños ante la falta de una figura de apego. Describe que a pesar de que estos niños recibieron necesidades básicas de alimentación, limpieza y otras, tienen una predisposición a la muerte. Mena et al (2013) se refiere al aporte que realiza D. Winnicott con respecto al uso de la palabra “deprivación”, un término revolucionario para la época y que se refleja en el trabajo de otros psicoanalistas contemporáneos como lo fueron John Bowlby, Melanie Klein, y Jacques Lacan (Mena & Fleischer, 2013).

Retomando el tema de la suplencia, ésta es un tipo de sustitución de un significante primordial, como Lacan menciona: “una compensación imaginaria del Edipo ausente como suplencia de ese Nombre del Padre forcluido”(Lacan, 1981. p.275). La suplencia es práctica singular de cada sujeto, lo cual se ejemplifica en el caso Schreber:

En cuanto a la expresión escrita de mis pensamientos [...] me creo aún ahora capaz de satisfacer todas las exigencias que mi antigua función de juez me plantearía [...]
En efecto, frente a la expresión escrita de mi pensamiento, todos los milagros resultan impotentes: la parálisis de los dedos que de vez en cuando se intenta provocar, de ninguna manera lo imposibilita, y el intento de perturbar el curso de mis pensamientos

es fácilmente superado en la expresión escrita de los pensamientos, en la cual uno tiene tiempo suficiente para concentrar la mente (Schreber, 1903)

Schreber en el curso de su enfermedad mental del año 1895 al año 1899, realiza la escritura de sus memorias, constatando en la palabra escrita sus experiencias psicóticas. Luego egresó del nosocomio Sonnestein en el año 1902. Durante ese tiempo escribe una carta le dirige a su médico psiquiatra tratante, el Dr Flechsig. Los síntomas psicóticos, ideas delirantes nihilistas y místicas, tienden a controlarse parcialmente durante el tiempo que se encuentra activo con su escritura (Schreber, 1903)

Schreber, una persona con una alta capacidad intelectual, quien tenía un funcionamiento académico y laboral mayor al del promedio poblacional de su época, desencadena un cuadro de psicosis en un momento del tiempo en donde no se había descubierto el uso de antipsicóticos. Lacan plantea que el sujeto logra construir un lazo social mediante la palabra escrita, una sustitución de lo fragmentado.

No es objetivo de este estudio debatir sobre el uso o no de los antipsicóticos, ya que el advenimiento de los psicofármacos han incidido directamente en la mejoría de la expectativa de vida y en la calidad de la misma de los miles de millones de usuarios. El fin de este estudio es la revisión de la literatura científica psicoanalítica, la psicodinámica, y psicofarmacológica para indagar en la necesidad y beneficio que ofrece la clínica de las suplencias desde el trabajo de las suplencias y potencie un lazo social comunitario. A nivel histórico el caso Schreber nos señala a la suplencia como un evento fortuito y el caso describe a su psiquiatra tratante, el Dr. Flechsig, como una persona persecutoria con quien no quería seguir el tratamiento (Rubiol, 2020). Esto demuestra la importancia de este trabajo

terapéutico, de constituir ese espacio de escucha activa y de acompañar al autodescubrimiento de la suplencia.

Es importante aclarar que el trabajo con la suplencia es más complejo que como surge en el caso de Schreber. En este caso la utilización de la palabra escrita para establecer este lazo es la resignificación del sujeto sobre la certeza que se construye a partir de la forclusión paterna que se suple mediante una metáfora delirante. Como menciona Ramírez Escobar (2008) citando a Lacan, (1984,):

Esta clínica supone condiciones de desencadenamiento y posibilidades de estabilización por medio de una nueva creación, efectuada para sostenerse tras cada descalabro subjetivo que supone cada episodio psicótico. El delirio, al que el psicótico ama tanto como a sí mismo, es el punto en donde el psicótico “hace algo” con lo que le retorna de lo real. De ahí que, Lacan plantee, en términos de la clínica de la psicosis, como un momento posible de estabilización la constitución de una Metáfora Delirante que supla a la Metáfora Paterna fallida: “Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante.(p.5)

La cadena de significantes cae en un descalabro subjetivo, una ruptura de esta ante la constitución de una ausencia de la metáfora paterna. Solamente a través de la búsqueda que el sujeto realiza que se logra estructurar una metáfora delirante que llegue a suplir.

Para elaborar sobre este tema a continuación se abordará nuevamente el caso Schreber. Daniel Schreber fue hijo del Dr. Daniel Gottlieb Moritz Schreber, quien fue un médico influyente de su época. Era un educador y referente académico que fue ampliamente conocido por su nivel de rigidez y abordaje metodológico punitivo con los infantes. Implementa el castigo físico correctivo como un tipo de herramienta conductual. El Dr. Schreber llega a procrear varias hijas, sin embargo, llega a tener dos hijos varones a los cuales les otorga su mismo nombre de pila. Su hijo mayor Daniel Gustav Schreber llega a cometer suicidio y su otro hijo varón, Daniel Paul Schreber, es el paciente que llega a exponer una sintomatología psicótica florida (Rubiol Stegman, 2020).

El delirio que presentaba Daniel Paul Schreber consistía en la interacción con la figura de un sol que simbolizaba una deidad, y que, al comunicarse con él, le da indicaciones y le dice insultos y regaños. Esto le genera un amplio sufrimiento psíquico, el cual logra resolver ante la noción de la emasculación para así convertirse en una figura femenina que logre procrear hombres con un espíritu distinto.

Raquel Kleimann (2011) habla sobre la estructura delirante de Schreber y menciona que:

Para Schreber, Dios es engullidor de muertos y enemigo del hombre vivo. Existen una rivalidad y una lucha de poder entre el hombre y Dios ya que éste es un déspota que acaba incorporando a los hombres. Aquí Schreber proyecta sus propias intenciones en un Dios concebido a su imagen y semejanza. La atracción y la rivalidad que siente Dios por los hombres que ha creado nos remiten a las relaciones entre padre e hijo. (p.2)

La caída de la metáfora paterna llega cuando el sujeto convoca a la figura de “El nombre del padre” y su padre real es solamente un espejismo ya que no encuentra ese significante primordial. A pesar de tener una figura paterna presente, ante la privación del rol paterno desde la represión, la sumisión y la censura, predispone al sujeto a una escisión yoica.

Esta suplencia del significante primordial, donde el Shreber aborda el conflicto paterno como la resignificación de sí mismo por medio de la emasculación, utiliza la escritura como un medio para establecer una línea de pensamiento y una elaboración sobre sus propios conflictos psíquicos, es aquí donde se establece la suplencia. Es en este punto donde se establece la suplencia.

Basado en ello, Ramírez (2008) indica:

De esta manera, la clínica de la suplencia en el caso de la psicosis indica que es posible compensar, suplir, los efectos de la forclusión del Nombre del Padre, aunque bajo un mismo registro en déficit [...] Si la psicosis es una catástrofe subjetiva a la que el sujeto intenta poner remedio, la actitud del clínico será la del respeto a una creación con la que el psicótico intenta hacer del mundo un lugar habitable, construyéndose para eso un Nombre del Padre de reemplazo, lo cual no quiere decir que eso lo saque de la forclusión, sino que allí donde había vacío algo pueda advenir para taponar y suavizar los efectos de dicha falla primordial.

(p.6)

A partir de esta premisa, es necesario hacer énfasis en el hecho que el clínico debe de ser respetuoso del pasaje singular de cada sujeto mientras encuentra las salidas subjetivas a su malestar.

Ramírez Escobar (2008) expone en relación con el sinthome como clínica del cuarto nudo lo siguiente:

El término suplencia marcará en el Lacan de los setenta una ruta hacia la clínica de los nudos, porque es a partir de un nudo como Lacan ejemplifica la relación entre los tres registros que conforman al parlêtre (abandonando el término sujeto que poseía un lugar estrictamente simbólico), de allí en adelante cada registro tendrá una consistencia propia. (p.6)

Una evolución de la teoría lacaniana presenta el concepto del cuarto nudo, o la reparación de la estructura nodal como sinthome, donde incorpora la posibilidad de una reestructuración de la cadena de significantes que habita en lo simbólico para incidir en la estabilidad nodal y volver a hilar un lazo social a través de un cuarto nudo que Lacan propone como Sinthome. Un lazo social presente evitando así el descalabro subjetivo del sujeto, atenuando el sufrimiento psíquico y posibilitando un lugar en la vida.

Ramírez (2008) retoma a Lacan y continúa abordando el tema del sinthome y de la representación del cuarto nudo de la siguiente forma:

La clínica de los nudos estudiará, entonces, el modo en que cada ser hablante anuda los tres registros que lo conforman (RSI), los cuales por estructura estarían sueltos, tanto para la neurosis como para la psicosis, y cuya sutura ambos realizan de manera diferente a través de un cuarto nudo, siempre presente, que Lacan nombrará en el Seminario XXIII: El Sinthome. (p.9)

El pasaje a través de la teoría lacaniana sobre la clínica de las psicosis, evidencia como el concepto de “el sinthome” se presenta como una forma de reparación por medio de un cuarto nudo que podría presentarse como un síntoma, una práctica, una idea, una cosa, que sule al sujeto ante la ruptura de la cadena de significantes. Esta se propone como la dirección de cura de los sujetos psicóticos desde la clínica psicoanalítica para poder llegar a establecer una vía donde se logre suplir, mediante una metáfora delirante, buscando la estabilidad psíquica por medio del acto creativo.

Es importante señalar que la investigación científica indica que el abordaje actual, desde la psiquiatría, del paciente portador de psicosis, incorpora la utilización de los antipsicóticos como tratamiento central; pero el mismo estaría incompleto sino se incorporan tratamientos con metodologías de escucha y acompañamiento al sufrimiento psíquico de estos sujetos. De ninguna forma este estudio intenta desligar al psicoanálisis y la psicofarmacología, sino por el contrario, trata de señalar la necesidad de brindar ambos tratamientos en busca de un manejo integral de la persona portadora de psicosis para el beneficio sintomático y de la calidad de vida. Este tratamiento integral de la psicosis, guiado

desde una ética clínica y profesional, buscar un alivio psíquico incorporando diversas epistemologías y metodologías para comprender y tratar el sufrimiento que produce esta psicopatología.

4. Análisis

La psicosis es un gran síndrome psiquiátrico que desde la instauración de sus múltiples entidades psicopatológicas permanece siendo una condición clínica enigmática con respecto a los mecanismos fisiopatológicos de la persona que lo llega a sufrir.

Amplias han sido las propuestas teóricas a lo largo del tiempo desde posturas positivistas hasta posturas psicoanalíticas. Sin embargo, se han logrado objetivar respuestas clínicas parciales sobre el abordaje efectivo de dicha patología.

Se evidencia a lo largo de la historia una congruencia entre las diversas teorías psicoanalíticas, psicodinámicas y psicoterapéutica, que bajo el establecimiento de un abordaje coadyuvante con la psicofarmacología se evidencia un rescate de la dignidad humana y beneficio de calidad de vida de la persona.

Existe efectividad de este tipo de propuesta de abordaje psicoterapéutico con un enfoque psicoanalítico lacaniano donde el acompañamiento del sujeto busca el establecimiento de un lazo social sin abandonar la realidad de la necesidad del uso de antipsicóticos. Sin embargo, en nuestra realidad actual, las personas con padecimientos psicóticos tienen una respuesta clínica parcial a antipsicóticos. Esto debido a que la afectación a nivel neuroquímica trasciende una alteración dopaminérgica, serotoninérgica e inclusive glutamatérgica; y las vías que se afectan, a nivel de los tractos nerviosos, es compleja y sumamente diversa con respecto a la clínica que afloran los usuarios portadores de psicosis refractaria. Es de vital importancia realizar abordajes interdisciplinarios para

brindarle la persona un tratamiento integral que posibilite una mejoría en la calidad de vida mediante el alivio sintomático y el sostén de vida mediante la constitución de la suplencia.

A lo largo de la historia la psiquiatría ha instaurado múltiples prácticas violentas, lacerantes, revictimizantes, y de exclusión a las personas que padecen de psicosis. Es necesario un cambio en el paradigma del tratamiento del sufrimiento profundo que vivencian estas personas desde una ética de dignidad humana.

5. Conclusiones

- El psicoanálisis es una práctica clínica que ha influido a muchas disciplinas y saberes, y que mantiene una efectividad clínica en la actualidad.
- El psicoanálisis como teoría y práctica presenta una causalidad de la psicosis. El psicoanálisis lacaniano se presenta como una teoría contemporánea que genera una evolución de la práctica psicoterapéutica de la psicosis
- Jacques Lacan propone un manejo de las psicosis desde una visión psicoanalítica y establece la teoría de la clínica de las psicosis y su abordaje a través de la instauración de la suplencia bajo la premisa de la estabilidad nodal (el sinthome).
- Los avances de las neurociencias evidencian que la psicopatología de la psicosis es multicausal, altamente compleja e involucra diversas redes neurobioquímicas de afectación, superando la visión clásica de una alteración dopaminérgica. Las vías serotoninérgicas, glutamatérgicas y otros factores neurobioquímicos demuestran la limitante de tratar la psicosis desde una única vía farmacológica, y evidencia la necesidad de un abordaje terapéutico multidisciplinario.
- No se ha descubierto una molécula farmacológica que produzca una remisión sintomática en las personas portadoras de psicosis refractaria.

6. Bibliografía

Bibliografía citada

Barquín, C. S., Sánchez, F. S., & Barquín, H. S. (2010). Eros, Thánatos y Psique: una complicidad triádica. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 17(3), 327-332.

<https://www.redalyc.org/pdf/104/10415212013.pdf>

Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. (2020).

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Calvo, Y. (1990). *La palabra crea objetos*.

Chiesa, F. (2015). *el síndrome del automatismo mental de clerambault*.

Childe Farías, R., Correa Pereira, M., Fontes Pruenice, S., Francia Olmedo, V., Silva Pirez, R., & Terán Cayetano, S. (2017). *Bases neuroendocrinas de la unión romántica en humanos: rol de la oxitocina*.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33087/1/MCII_2017_G91.pdf

de Asís Blas Aritio, F. (1981). Hacia una historia del psicoanálisis. *Estudios de Psicología*, 2(8), 115-133.

Engels, F. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*.

Foucault, M. (1970). *El orden del Discurso*.

- Freud, S. (1913). *Totem y tabú y otras obras*.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Amorrortu Editores.
- Kleinmann Bernath, R. (2011). *El caso Schreber*.
- Lacan, J. (1994). El seminario de Jacques Lacan: libro 3: las psicosis. In *El seminario de Jacques Lacan: libro 3: las psicosis* (pp. 460-p).
- Lacan, J. (1981). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis* (10th ed.). Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1983). *Introducción del Gran Otro, seminario 2, clase XIX*.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (1998). Diccionario de psicoanálisis. In *Diccionario de psicoanálisis* (pp. 535-p).
- Leucht, S., Crippa, A., Sifakis, S., Patel, M. X., Orsini, N., & Davis, J. M. (2020). Dose-response meta-analysis of antipsychotic drugs for acute schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 342-353. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010034>
- Lopera, J. D. L. (2019). The drive in Freud, a concept surpassed. *Revista CES Psicología*, 12(3), 133–149. <https://doi.org/10.21615/CESP.12.3.10>
- Marón, N. (2021). Cadenas de significación, sujeto y orden simbólico: una lectura psicoanalítica de los Khipus andinos. *Revista Lindes*.

- Matilla Díez, K. (2011). *Gaëtan Gatian De Clérambault: Clérambault y la atomización de la alucinación.*
- Mena, M. I., & Fleischer, D. (2013). *El aporte del término “Deprivación” acuñado por D. W. Winnicott, en la época que transitamos.*
- Moneta, M. E. (2014). *Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby.*
- Moya Arriagada, I. (n.d.). *Las tres ilusiones de Eduard von Hartmann the three illusions in Eduard von Hartmann.*
- Pedroza, H., Ortega, M., & Rubí, J. M. (2014). *El lenguaje y el psicoanálisis.*
- Ramírez, J. M. (2008). Hacia una clínica de las suplencias en la psicosis. *Revista AffectioSocietatis*, (9). <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5030017.pdf>
- Rubiol Stegman, P. (2020). *El discurso de un (a)mo. Dr. Paul Emily Flechsig.*
<https://www.aacademica.org>.
- Schreber, D. P. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso* (Issue 1999).
- Sorribes, M., Roselló, A., Barberán, M., & Martínez P. (2013). Delirio de Clerambault: entre un deseo de amor irreductible y la atenuación de un delirio erotomaníaco: respuesta clínica con neuroléptico de liberación prolongada. A propósito de un caso. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 779-786.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352013000400009&script=sci_arttext

Stahl, S. M. (2018). Beyond the dopamine hypothesis of schizophrenia to three neural networks of psychosis: dopamine, serotonin, and glutamate. *CNS spectrums*, 23(3), 187-191.

<https://scholar.archive.org/work/oww5pw45xvnlcama3m7po3jhm/access/wayback/https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3E9E50ED717219011DD1B570365010E8/S1092852918001013a.pdf/div-class-title-beyond-the-dopamine-hypothesis-of-schizophrenia-to-three-neural-networks-of-psychosis-dopamine-serotonin-and-glutamate-div.pdf>

Stroup, T. S., Gerhard, T., Crystal, S., Huang, C., & Olfson, M. (2016). Comparative effectiveness of clozapine and standard antipsychotic treatment in adults with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 166–173.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030332>

Stucchi-Portocarrero, S. (2015). *El tratamiento moral y los inicios del manicomio en Perú*.

Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A., & Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *The Lancet*, 374(9690), 620-627. <https://doi.org/10.1016/S0140>

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., ... y Taipale, H. (2017). Efectividad en el mundo real de los tratamientos antipsicóticos en una cohorte nacional de 29 823 pacientes con

esquizofrenia. *Psiquiatría JAMA* ,74 (7), 686-693.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710250/>

Uno, Y., & Coyle, J. T. (2019). Glutamate hypothesis in schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(5), 204-215.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/pcn.12823>

Bibliografía de consulta

Freud, S. (1893-95). *Sigmund Freud Obras Completas, Estudios sobre la histeria, sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud)*. Tomo II. Amorrortu Editores. Argentina.

Freud, S. (1910). *Sigmund Freud Obras completas Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud*. Amorrortu Editores. Argentina.

Freud, S. (1915). *Sigmund Freud Obras Completas, La represión. Tomo XIV*. Amorrortu Editores. Argentina.

Freud, S. (1915). *Sigmund Freud Obras Completas, Lo inconsciente. Tomo XIV*. Amorrortu Editores. Argentina.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer y otras obras. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923). *Sigmund Freud Obras Completas, El yo y el ello. Tomo XIX*. Amorrortu Editores. Argentina.

Freud, S. (1924). *Sigmund Freud Obras Completas, La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. Tomo XIX*. Amorrortu Editores. Argentina.

Freud, S. (1986). Sobre el psicoanálisis" silvestre"(1910). *Sigmund Freud Obras completas Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud*.

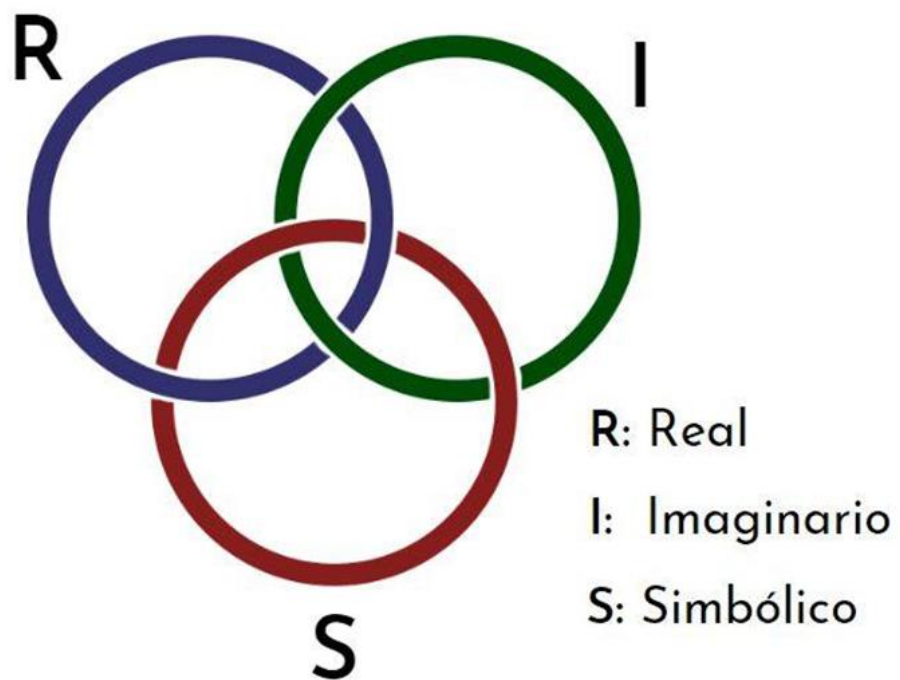
Freud, S. (1924[1923]). *Sigmund Freud Obras Completas, Neurosis y psicosis. Tomo XIX.*

Amorrortu Editores. Argentina.

7. Anexos

Anexo 1

Nudo de Borromeo, Teoría Lacaniana



Anexo 2

Línea del tiempo sobre los eventos ligados al caso Schreber y creación del manuscrito de sus memorias.

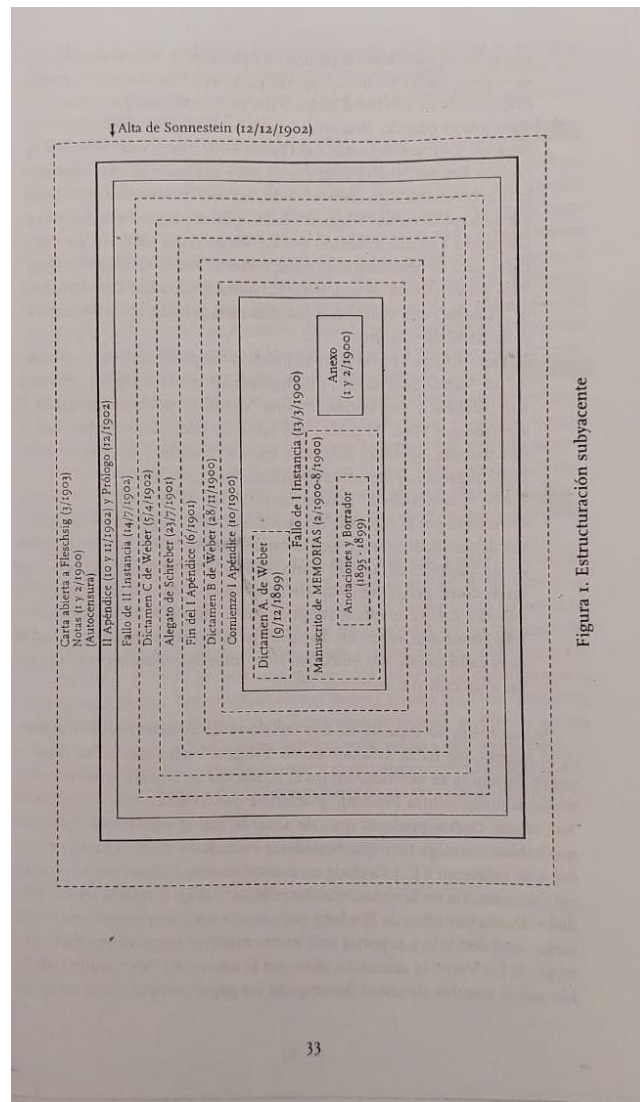
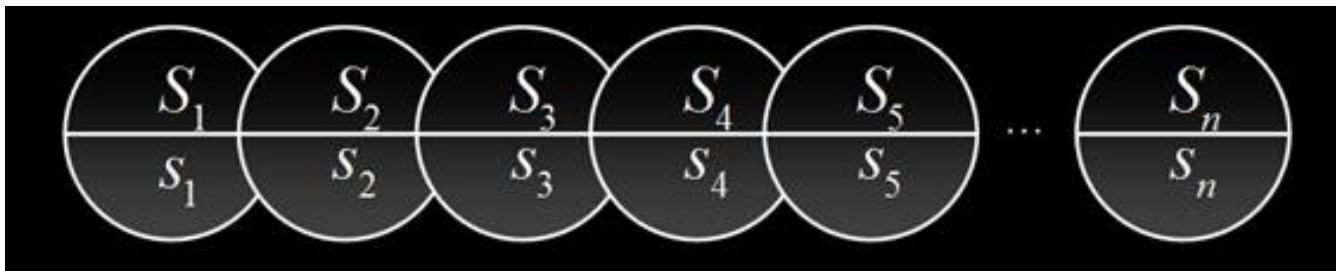


Figura 1. Estructuración subyacente

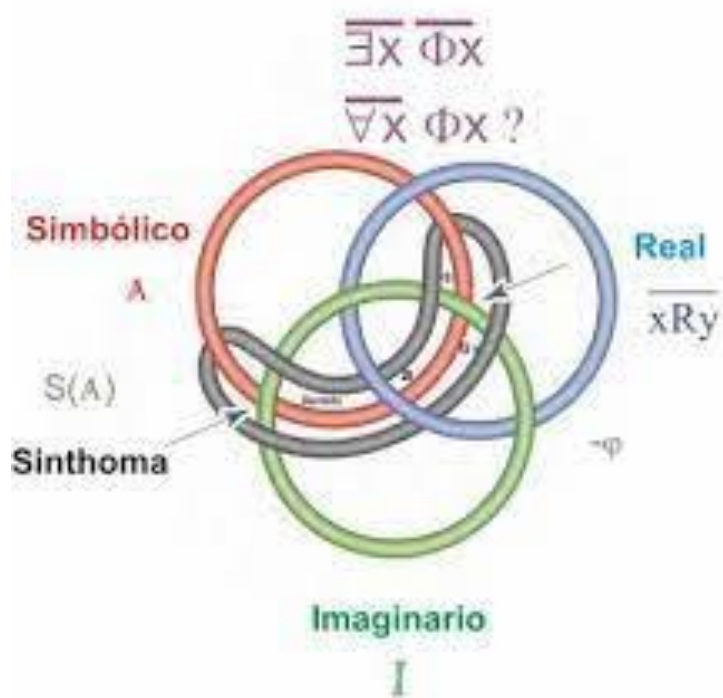
Anexo 3

Cadena de significantes, Teoría Lacaniana



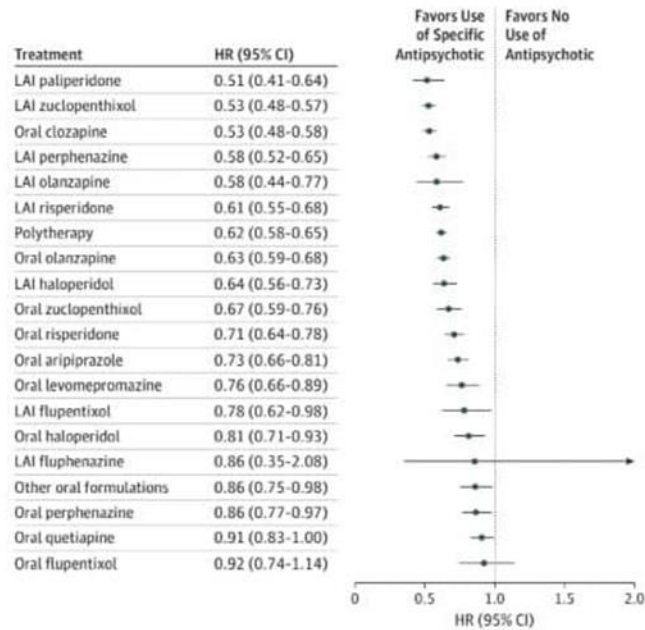
Anexo 4

4to Nudo, Teoría Lacaniana



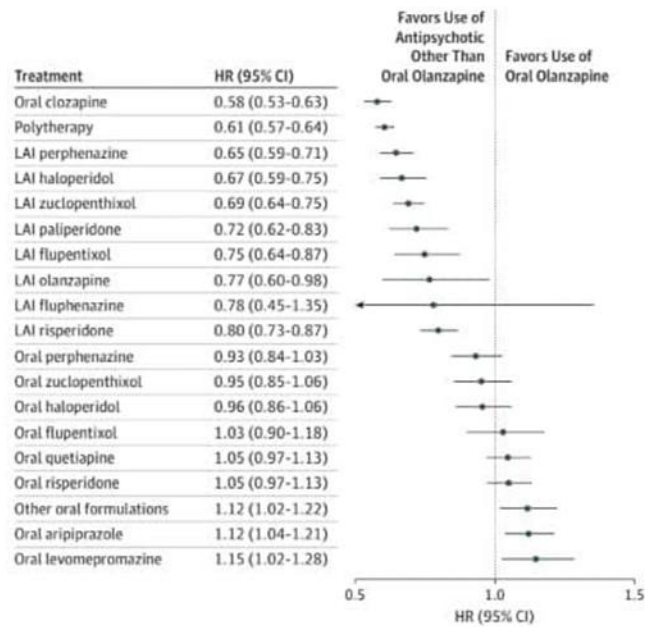
Anexo 5

2. Adjusted Hazard Ratios (HRs) and 95% CIs for Psychiatric Rehospitalization During Monotherapy red With No Use of Antipsychotic in Within-Individual Analyses in the Prevalent Population



Paliperidone long-acting injectable (LAI) is a once-monthly injection. The vertical dashed line shows the reference value (no use of antipsychotic). The arrow indicates that the higher end of the 95% CI (2.08) is beyond the scale (up to 2.00).

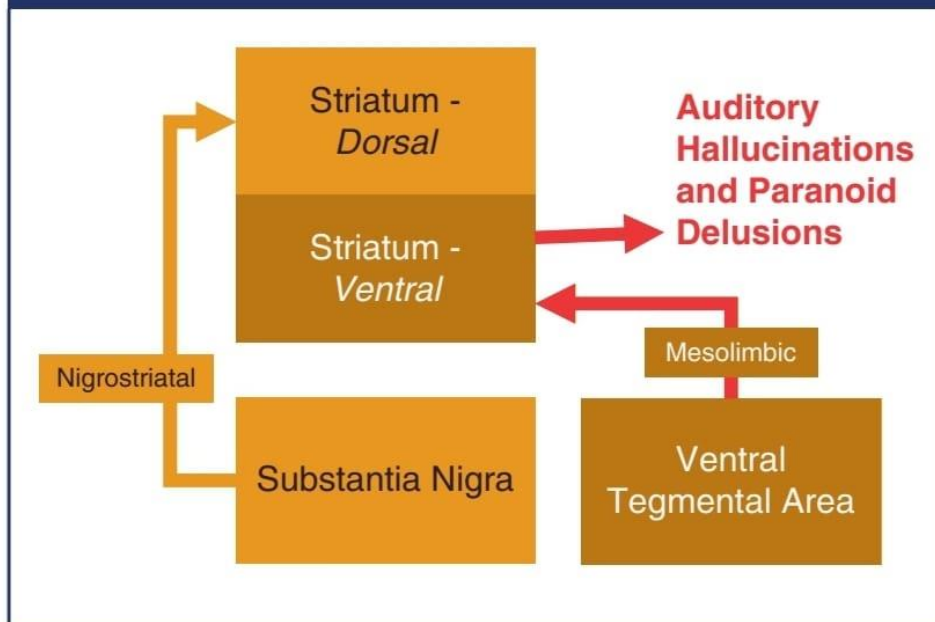
3. Adjusted Hazard Ratios (HRs) and 95% CIs for Treatment Failure During Each Monotherapy red With Oral Olanzapine Use



Clozapine ($P < .001$), long-acting injectable (LAI) perphenazine ($P < .001$), LAI haloperidol ($P < .001$), LAI zuclopendthixol ($P < .001$), LAI paliperidone ($P < .001$), LAI flupentixol ($P < .001$), and LAI risperidone ($P < .001$) differed significantly from oral olanzapine after Bonferroni correction. The vertical dashed line shows the reference value (oral olanzapine use). The arrow indicates that the lower end of the 95% CI (0.45) is beyond the scale (to 0.50).

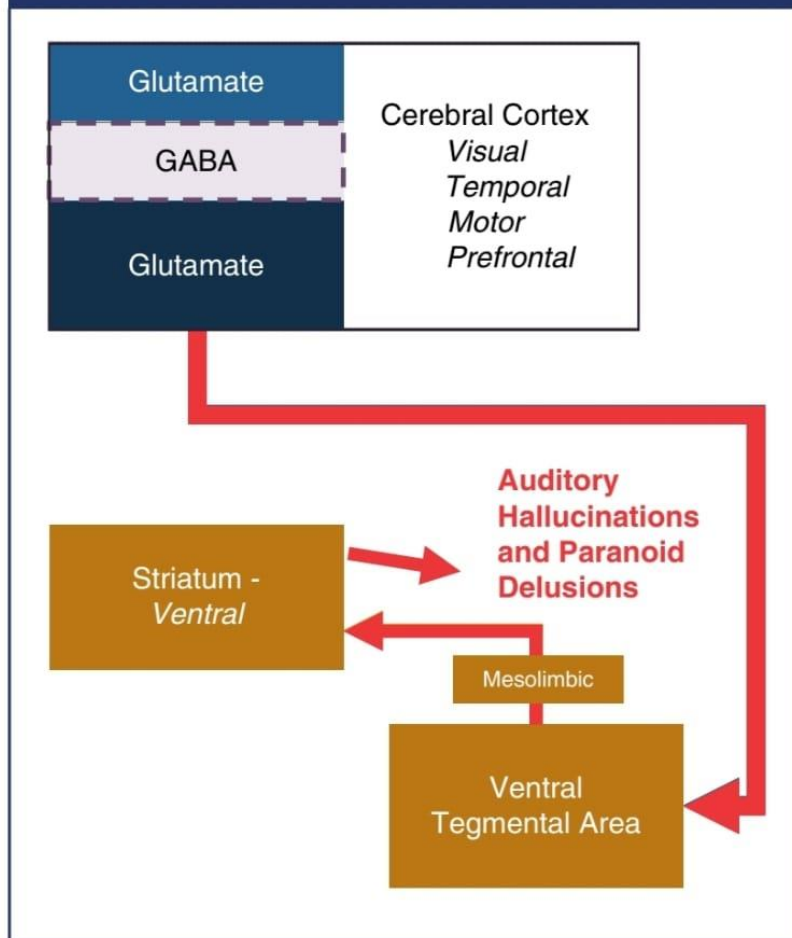
Anexo 6

Figure 1. The dopamine hypothesis of psychosis. For half a century, psychosis, particularly auditory hallucinations and paranoid delusions, have been thought to be the result of **hyperactivation of the dopaminergic mesolimbic pathway**. The mesolimbic pathway projects from the **ventral tegmental area (VTA)** to the **ventral striatum**. The dorsal striatum is not thought to be affected by this hyperactivity because it is innervated via the nigrostriatal pathway from the substantia nigra and controls motor movements.



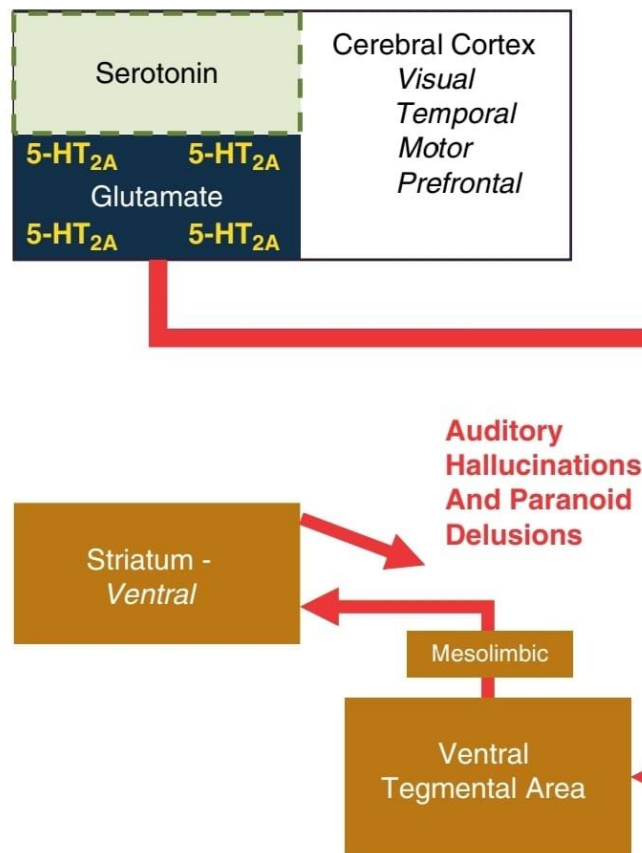
Anexo 7

Figure 2. A recent theory suggests that psychosis in schizophrenia may be the result of **hypofunctional NMDA receptors on GABA interneurons in the cerebral cortex**. This hypofunction may lead to **overactivation of downstream glutamate signaling to the ventral tegmental area**. Overactivation of this pathway may result in turn in **excess dopamine in the ventral striatum via the mesolimbic pathway**.



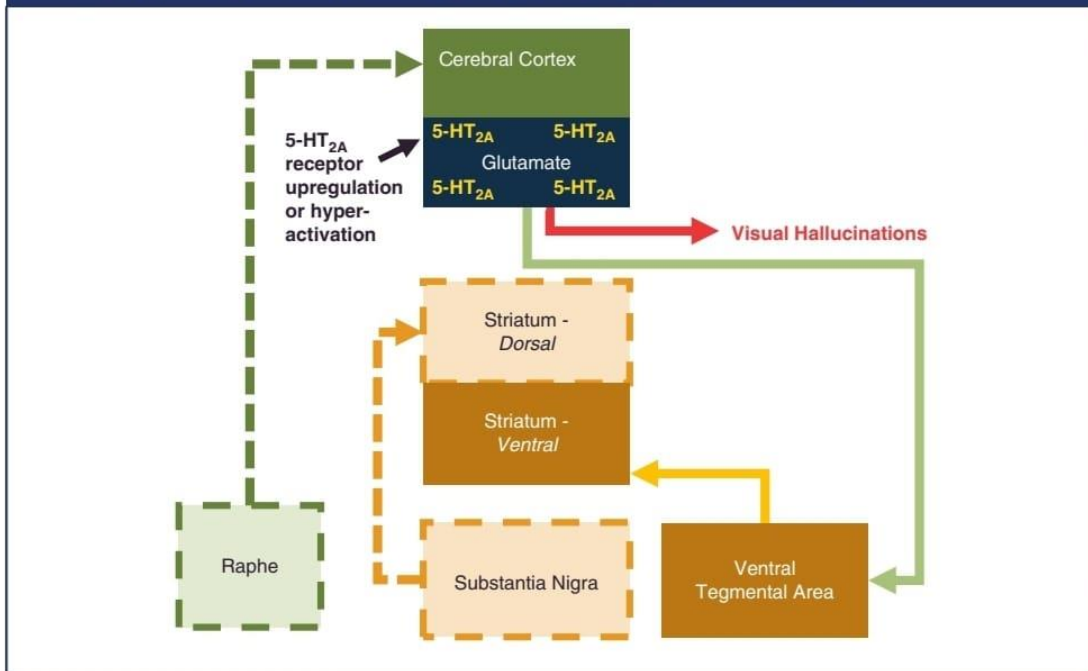
Anexo 8

Figure 3. Psychosis can be the result of hyperactivation of 5-HT_{2A} receptors on glutamate neurons. This hyperactivation may be due to excess serotonin, upregulated 5-HT_{2A} receptors, or a psychedelic hallucinogenic 5-HT_{2A} agonist, all of which could lead to downstream release of glutamate. Glutamate release in the VTA may activate the mesolimbic pathway, resulting in excess dopamine in the ventral striatum.



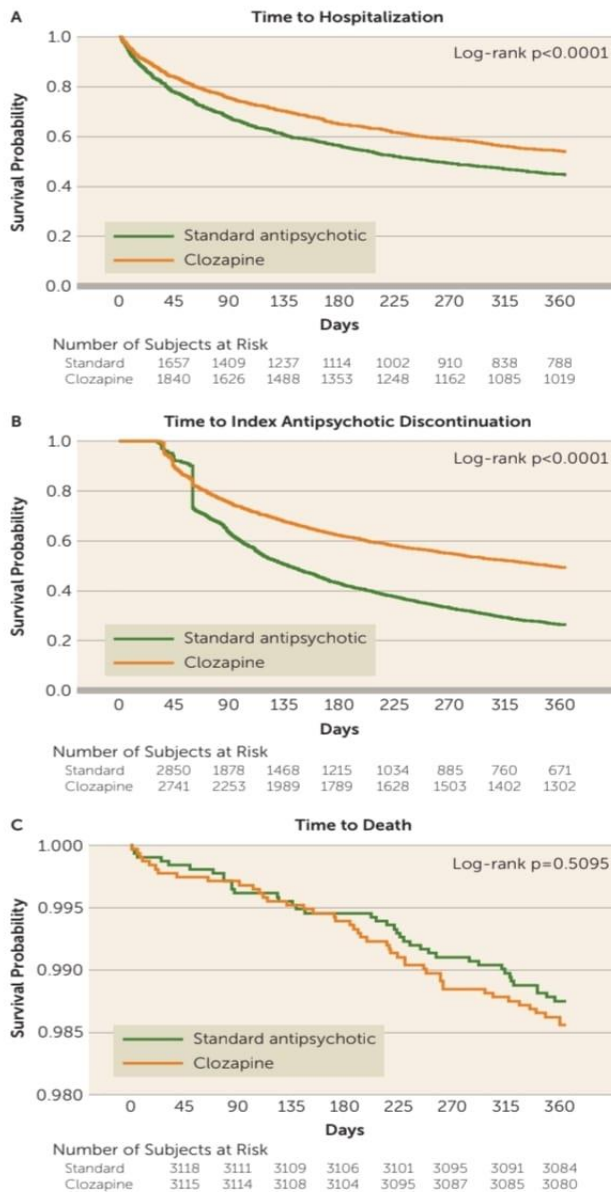
Anexo 9

Figure 4. Excess glutamate signaling in the cerebral cortex, particularly the visual cortex, is thought to be associated with visual hallucinations. Upregulated 5-HT_{2A} receptors on glutamate neurons, excessive serotonin release, or a psychedelic hallucinogenic 5HT1A agonist could all increase signaling to visual cortex and cause visual hallucinations.



Anexo 10

FIGURE 2. Kaplan-Meier Time to Event Curves for Initiators of Clozapine Compared With Initiators of Standard Antipsychotics^a



^a For the time to hospitalization and the time to index antipsychotic discontinuation, follow-up ended at loss of eligibility, death, outcome, end of study, or day 365, whichever occurred first. For the time to death, follow-up ended at day 365 without regard to Medicaid eligibility or the end of the study period.