



La sexualidad en la Psicosis

Trabajo final de Grado. Monografía

Estudiante: Yurema da Luz Rodríguez

C.I: 4.648.608-2

Tutora: Lic. Mag. Laura de los Santos Balcells

Noviembre, 2016

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
ANTECEDENTES DEL TERMINO PSICOSIS.....	7
La Edad Media y el Renacimiento (Siglo V a XV).....	8
Del siglo XVII al XIX.....	9
El siglo XX y los manuales de clasificación.....	10
PSICOSIS.....	11
Definiciones y síntomas de las psicosis.....	11
Tratamientos.....	18
SEXUALIDAD.....	21
Conceptos.....	22
PSICOSIS Y SEXUALIDAD.....	30
Mitos-Creencias.....	30
Actuación de los psicofármacos en la sexualidad.....	31
“Al amor en la psicosis”.....	33
CONSIDERACIONES FINALES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42

RESUMEN.

El abordaje de la sexualidad en la psicosis no está hondamente investigado, sí podemos encontrar diversos estudios o investigaciones sobre el tema de la psicosis o de la sexualidad por separados. No así en un abordaje conjunto desde la psicología.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano y presente a lo largo de la vida que abarca varias dimensiones y se encuentra influida por varios factores, y que si bien se vincula a lo genital, la reproducción y al tener hijos es un concepto más profundo que es el comunicar con el cuerpo del otro y el propio, y la expresión del placer.

La sexualidad en la persona con psicosis es vivida desde las posibilidades del paciente y las expresiones de ella se ven desfiguradas por la enfermedad y por la conflictiva de las relaciones interpersonales. Planteándose desde Lozano, Barberis, Colina y Miller como se reinventa esta sexualidad desde la psicosis y la vivencia desde el amor referenciado en casos clínicos. El paciente establece una demanda de amor al el analista, Relación Transferencial que es un pilar técnico del psicoanálisis, le permite al analista tomar esa demanda del paciente, y con ello enriquecer la comprensión del caso.

Palabras Claves: Psicosis, Sexualidad, Psicosis y sexualidad.

INTRODUCCION.

En el presente trabajo final de grado se pretende abordar dos conceptos teóricos y realizar una integración de los mismos. Estos temas han sido abordados en varias investigaciones de forma separada pero se encuentra muy poca investigación en conjunto.

Mi interés comienza al ingresar a la carrera de Licenciatura en Psicología en la salud mental y tuve la oportunidad desde mis comienzos de poder visitar el Hospital Vilardebó, centro de salud mental en el que se trabaja, entre otras entidades clínicas con psicopáticos. Poco a poco mis elecciones fueron tomando otro rumbo y la sexología, apoyada en lecturas desde la psicología, muestra un ámbito de trabajo prolífico. Esto provocó que uniera los dos temas, psicosis y sexualidad a este trabajo.

Dos temas complejos que han estado históricamente atravesados por miedos, censuras y prohibiciones sociales, que han hecho de ellos temas tabúes

Debemos tener en cuenta que para el psicoanálisis la psicosis tiene su origen y explicación en el tránsito que realiza el ser humano por lo que Freud (1905) denominó desarrollo psicosexual, mismo de que deviene el proceso de sexuación.

Hace así del origen psicosexual y la causa del psiquismo, de la identidad sexual, y de la patología.

Desde la antigüedad “la locura” es estigmatizante, se creía eran enfermedades del alma, o que eran provocadas por efectos de la luna y por lo cual se los denominaba lunáticos, en torno a ellos se podrían generar hasta cacerías de brujas. Pasando en la historia por varias etapas muchas de ellas de encierros para llegar hoy a lo que son las enfermedades mentales y más precisamente la psicosis la que por lo que conlleva asociada a gravedad sigue siendo generadora de prejuicios o preconceptos. Es muy habitual utilizar la palabra psicótico para referirnos a las personas que tienen “comportamientos extraños”, que llevan al rechazo y que la sociedad tienda a alejarse de las personas que la padecen.

También al hablar de la etiología de la psicosis nos encontramos con que no hay un solo posicionamiento al respecto, sino que esta es multicausal, porque si bien existen varias teorías aun hasta el día de hoy se desconocen las causas de la

psicosis. Una de las teorías es desde el punto de vista biológico y esta teoría muestra que se encuentra mayor cantidad de dopamina y serotonina en la persona con psicosis y para ello es que se utilizan los antipsicóticos los cuales inhiben a los neurotransmisores. La otra teoría sería la del psicoanálisis la cual cree que son factores exógenos. La importancia de algunos factores es mayor o menor según el caso, el sujeto. (Sparrow, s/f).

El factor ambiental puede ser un desencadenante o que pueden incidir, el consumo de drogas y el estrés, los cuales en conjunto con los genéticos pueden ayudar a que un sujeto desarrolle psicosis o sufra alguna recaída (Llovera, García, Ballesteros, 2015) Todas estas causas aún se siguen investigando y al día de hoy no hay un tratamiento que con certeza nos ayude a realizar una prevención precoz de la psicosis y el diagnóstico es totalmente clínico lo que ayuda es conocer en profundidad la sintomatología que presenta el sujeto.

La psicosis crónica en la actualidad está catalogada como un trastorno mental severo y persistente, al hablar de cronicidad se entiende que es duradera en el tiempo y se debe tener en cuenta que un 1% aproximadamente de la población mundial se encuentra diagnosticada con esquizofrenia.

Inhabilitación que puede ser psíquica y social, y afecta todas las áreas en las que se desempeña el ser humano, sociales, laborales, familiares, educativas, sexuales.

Teniendo en cuenta estos factores y viendo la baja información a nivel científico que se encuentra sobre la sexualidad en las personas con enfermedades mentales, se considera pertinente investigar en el tema, enfatizando en el relacionamiento de estos pacientes con la enfermedad y la sociedad en la cual se encuentran insertos.

Se debe tener en cuenta que las vivencias fantasías y conductas sexuales son únicas y exclusivas de cada sujeto influidas por el momento histórico, económico, social y cultural en el cual se desarrolle dicha sexualidad.

Tomando como referencia a Freud, que en su época revoluciono con su planteo de una sexualidad infantil y como estos la vivían, es importante definir qué se entiende por sexualidad humana, la que también se encuentra influida por la cultura imperante y si bien hoy en día nos encontramos con una sociedad más abierta a los cambios donde las leyes acompañan a las personas que muestran una sexualidad diferente de la heterosexualidad, aún estamos bajo la estigmatización,

discriminación y poco entendimiento de la personas con enfermedades mentales, no pudiéndose concebir en ellos, la vida en pareja, el sexo y su derecho al ejercicio de la sexualidad.

¿Qué posición toman la psicología y los psicólogos que se hallan trabajando con pacientes psicóticos? (También los psiquiatras y médicos) ante este tema; aspectos tales como la sexualidad, el autoerotismo ¿son tenidos en cuenta en los tratamientos? ¿Cómo se sienten?, ¿qué sienten?, uno de los aspectos determinantes en los tratamientos es la medicación, pacientes que toman medicación en altas dosis, las que muchas veces produce síntomas secundarios de los cuales no se les informó, los efectos secundarios tienen impacto a nivel biológico y psicológico, entre ellos, se produce un descenso en la libido, que puede llegar a la inhibición total de la energía sexual.

A todos estos planteos se suman hoy los cambios psico- sociales y culturales que se han venido produciendo desde la posmodernidad, cambios que también influyen en los modos de expresión del conflicto psíquico, así como en el ejercicio de la sexualidad.

Estos efectos, unidos a las características de vivir en un mundo propio marcado por el delirio llevan a cuestionarse, ¿existe la sexualidad en la psicosis?; ¿Es diferente?

ANTECEDENTES DEL TERMINO PSICOSIS.

Al igual que hoy, la “locura” ha sido tema de análisis y cuestionamientos. Es aún hoy una entidad clínica de la que no existen criterios unívocos, la psiquiatría y la psicología no han encontrado un modelo explicativo que dé cuenta de los distintos aspectos que conforman el cuadro.

Para Jaspers (1913) la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanto totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana. (Psicosis, 2001, p.1).

Históricamente la definición de estos cuadros ha sufrido varias transformaciones y la psicosis como concepto no existía como tal. Hacia el siglo I Areteo sugería a la melancolía como una forma fundamental de locura y de ella derivaban las demás. (León; H; 2005).

Las enfermedades mentales se veían en las culturas primitivas como algo sobrenatural, asociada a una pérdida del alma. En la Antigüedad se trataba a las personas con enfermedades mentales con métodos mágico-religiosos ya que creían que estas eran posesiones demoniacas (León, H., 2005).

En Grecia fue donde se comenzó a ver la locura o las enfermedades mentales como algo humano, basándose en criterios científicos. Fueron los griegos quienes introdujeron y utilizaron tratamientos psicológicos, que persisten hasta nuestros días como lo son: “La inducción del sueño, la interpretación de los sueños y el dialogo psicoterapéutico con el paciente” (León, H; 2005, p.37). Así Hipócrates plantea “la teoría de los humores” (Arévalo, 2007, p.8) y realizaba una división en biliosos y sanguíneos. Aparecen en sus escritos la epilepsia, la psicosis y la melancolía.

Asclepiades en el siglo I D.C fue el primero en diferenciar las alucinaciones de las ilusiones. En tanto Galeno tomo las ideas de Hipócrates (teoría de los

humores) y plantea que el exceso de ansiedad se relacionaba con la abstinencia sexual (León, 2005).

Las ideas griegas son tomadas por los romanos, algo a destacar de ellos es el Código Civil que crearon los romanos, el cual establecía derechos a las personas que padecían una enfermedad mental (matrimonio, mantener sus bienes, etc). Celso hizo una clasificación de las enfermedades mentales y postulo tratamiento cuyos fines eran excesivos para poder controlar la violencia del enfermo mental o loco. Estos tratamientos eran el encierro, el hambre, esposas y cadenas, estos se llegaron a usar hasta finales del siglo XIX en muchos hospitales.

La Edad Media y el Renacimiento (siglo V a XV)

En la Edad Media vuelven a asociarse los pensamientos mágicos o de espíritus maléficos con la figura del loco, encontrándose también la idea del lunatismo. Esta idea hacía referencia a que las personas con enfermedades mentales se descompensaban en las noches de luna llena (León, 2005).

Si bien existían estos postulados, hubo intentos por cambiar hacia un mejor trato para los pacientes, aun cuando surgieron también diferentes opiniones contrarias en torno al tema. En la Edad Media “los locos eran perseguidos, acusados de brujería y se los enjuiciaba en los tribunales de la inquisición” (Arévalo, 2007, p.8). Se utilizaban técnicas para devolverle al alma la pureza, y estas técnicas utilizadas podían ser matar o prender fuego al cuerpo. El martillo de las brujas pretendía ser un tipo de manual donde se mostraban las conductas de las personas con enfermedades mentales a lo que hoy llamamos patologías mentales (Arévalo, 2007). Santo Tomas de Aquino decía que eran enfermedades orgánicas por que el alma no podía enfermar. Los filósofos escolásticos fueron quienes hicieron esta diferenciación que al decir de Foucault (1969), se fue dando paso a un modelo militar dejando de ser un modelo religioso. Este modelo sirvió como base a la historia de la psiquiatría occidental por “la clasificación y el control” (Arévalo, 2007, p.9).

En el siglo XV (año 1409) fue creado el primer hospital psiquiátrico en España en la ciudad de Valencia. También durante este siglo se fundaron en Francia, Suiza y Alemania hospitales que tenían una sección psiquiátrica (León, 2005). De a poco se

comienzan a ver cambios sociales y culturales que irán impactando en la historia manicomial, y de los tratamientos terapéuticos.

Del siglo XVII al XIX

Se fueron dando transformaciones a lo largo de la historia y ya llegados los siglos XVIII y XIX la situación de los llamados enfermos mentales o locos también se transformó. Se pasa de ser asesinados en la hoguera al encierro en hospitales que eran dirigidos por religiosos o abandonados a su suerte, expuestos al escarnio público o maltratos sociales (León, 2005).

Luis XIV proclamó un edicto en 1656, en Francia, que establecía que las personas insanas debían estar encerradas. Se los encerraba junto a “indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos de tipo orgánico” (León, 2005, p.39). Estas detenciones se podían hacer indefinidamente, sin tiempo determinado.

Foucault (1969) expresa que el encierro se vivió en la creación del Hospital General de Francia en el cual se albergaba al 1 % de la población de París, (aproximadamente 6000 personas). Este encierro servía para poder albergar a la “escoria” de París y así limpiar la ciudad, se exilia así a la locura en condiciones de aislamiento y brutalidad.

Años más tarde, se consigue cambiar la actitud de la sociedad gracias a la contribución de Philippe Pinel (1801) médico francés. Hizo comprender que las personas con enfermedades mentales debían tener un tratamiento estándar al igual que el resto de la sociedad. Y fue quien liberó, en 1793, estando en el hospital Bicêtre a los enfermos de las cadenas (y lo haría luego en Salpêtrière). (León, 2005) Pinel tomando en cuenta los síntomas más manifiestos agrupa a las enfermedades. Clasificó en cuatro a las enfermedades mentales en su libro *Tratado de la insania* (1801) siendo estas: idiocia, demencia, manía y melancolía pudiendo ser su origen las influencias ambientales o la herencia. “Las causas de la alienación mental son para Pinel: causas físicas, causas simpáticas, causas hereditarias y causas morales”. (Arévalo, 2007, p10). .

Siguiendo los pasos de Pinel, su discípulo Esquirol (1805) médico francés, juntos formaban parte del grupo de pensadores de la clínica médica como observación, de lo actual, en el momento en el que el síntoma aparece. Su trabajo tuvo mucha influencia en la preparación de la Ley sobre Alienados de 1838 siendo

este uno de los primeros documentos que regula la asistencia psiquiátrica pública. (Huertas, R, 1999).

Bercherie divide a la historia de la psiquiatría en dos periodos el primero es en la primera mitad del siglo XIX que pertenece a la clínica sincrónica antes mencionada. Y un segundo periodo que será el de la clínica diacrónica desde la segunda mitad del siglo XIX hasta 1930 aproximadamente.

En este segundo periodo Falret (discípulo de Esquirol) será el representante de esta clínica “planteando: primero que la clínica psiquiátrica debe estudiar la evolución, el pasado y el presente del paciente. Y por otro lado buscar una etiopatogenia específica para cada enfermedad” (Arévalo, 2007, p.10).

A Falret le sigue Morel quien en 1860 habla de la degeneración de los trastornos mentales, estudiándose a la familia desde las generaciones anteriores y no desde el nacimiento del paciente. Ya que la enfermedad se obtendría por una transmisión vertical de generación en generación.

A lo largo de esta evolución y con el pasar de los siglos ha habido cambios, pero ninguno de estos planteos menciona la vida sexual de los pacientes, como un aspecto a estudiar, analizar o incluir en sus teorizaciones.

El siglo XX y los Manuales de clasificación

Ya entrando en el siglo XX se llega a una concepción bio-psico-social de la enfermedad luego de las peleas generadas entre biologists y psicogenetistas. “Se desarrollaron los criterios clínicos de diagnóstico, las clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y la psicofarmacología” (León, 2005, p.40).

Siglo que tiene grandes representantes quienes aportaron a la psiquiatría y al concepto de locura. Emil Kraepelin, (1883) psiquiatra alemán, introdujo los términos de demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva y creía que la clínica era la herramienta diagnóstica y terapéutica superior. Eugen Bleuler (1916), psiquiatra suizo, introduce el término de autismo y el de esquizofrenia, el cual suple al de demencia precoz de Kraepelin. Karl Jaspers (1913) psiquiatra y filósofo alemán padre de la psicopatología moderna produce una gran influencia en la concepción de la psiquiatría que vendría a posteriori. Y Adolf Meyer (1957), psiquiatra suizo, “desarrolla un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales” (León, 2005, p.40).

La llegada de los psicofármacos (a fines de los años 50) contribuyó a que los hospitales psiquiátricos redujeran su tamaño y la cantidad de pacientes, siendo una gran revolución para la psiquiatría. No solo por este suceso de reducción hospitalaria es importante, sino que viene a tratar enfermedades como lo son el TOC, los trastornos afectivos mayores, la esquizofrenia y las afecciones psicóticas. El Haloperidol, la resperidona, las benzodiacepinas y los antidepresivos son los fármacos o algunos de ellos que tienen una fuerte influencia en el modelo psiquiátrico. De esta manera el tratamiento se basaba en la búsqueda del fármaco correcto o de la combinación de fármacos para cada paciente. (López-Muñoz et al, 2002).

La clorpromazina fue el primer hito en la evolución de los antipsicóticos y que marcara un salto importante en la historia del tratamiento de la esquizofrenia ya que permitió el descubrimiento de otros fármacos. Creyendo que se llegaba ahora a una liberación farmacológica de los pacientes psiquiátricos con este nuevo fármaco. (López-Muñoz et al 2002).

Estos antecedentes marcan la necesidad de una búsqueda de las clasificaciones, realizándose un cambio del DSM I (el cual tenía una influencia ambientalista) al DSM II. El mayor cambio fue el pasaje del DSMIII al DSMIV el que marcó una transformación en la psiquiatría, ya que a partir de este se pretendía llegar a un lenguaje universal de los trastornos. (Del Barrio, 2009) que recientemente fue sustituido por el DSMV el cual hizo varias transformaciones aparecen, polémicas, dado que una lectura detenida del manual nos pone a todos en una posición en la que es difícil quedar afuera de algún síndrome, trastorno o psicopatología.

A lo largo de esta evolución podemos ver que por un lado, se consolida la idea de que la psicosis es una patología mental grave, que alteran la vida de quien la padece.

PSICOSIS.

Definiciones y síntomas de las psicosis.

En la psicosis hay una pérdida o una ruptura con la realidad por parte del sujeto, un debilitamiento del Yo. Esto causa que la persona sienta una fragmentación como si se rompiera a pedazos. Habitualmente la persona no tiene conciencia de estar enferma (Ey, 1994).

Henry Ey (1994) psiquiatra y médico francés intento hacer un acercamiento entre la psiquiatría y el psicoanálisis, habla de las psicosis delirantes crónicas y las define: "...por "ideas delirantes" permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico." (p.448).

Los Delirios crónicos son en cierto modo más completos..., puesto que el Delirio no es tan solo pasivo y accidental..., sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el Delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los Delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Estos enfermos delirantes son, en efecto, los "alienados" en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes. (p. 448).

En el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) encontramos la definición de psicosis en el capítulo Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Aquí nos explica que el término históricamente no tiene un consenso universalmente aceptado. Se presenta el término psicótico como la presencia de síntomas, los cuales varían según las distintas caracterizaciones diagnósticas. La psicosis principalmente se caracteriza por ideas delirantes y el delirio es lo que una a la persona con el mundo externo.

El último manual publicado en 2014 el DSM-5 R lo encontramos divididos en secciones y en la sección II en el capítulo Espectro de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos nos expone la siguiente definición: "Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos". (p.87)

Glen Gabbard (2002) nos plantea una división en tres grupos de los síntomas separándolos en positivos, negativos y los desórdenes en las relaciones personales. Los síntomas positivos son aquellos que se adquieren con la psicosis, lo que aparece nuevo, estos serían las alucinaciones, los delirios, los trastornos en el pensamiento, los trastornos del movimiento y las manifestaciones conductuales como pueden ser la labilidad emocional o agitación.

Los síntomas negativos son aquellos aspectos que el paciente pierde durante el transcurso de la psicosis y se vinculan a una detención de los comportamientos normales del paciente y de las emociones. Se ve en estos pacientes afecto plano o restringido, apatía, anhedonia, apatía, pobreza en el pensamiento, esto trae aparejado también anomalías de la estructura cerebral, bajo rendimiento en la escuela, inconvenientes al momento de tener y mantener un empleo. Estos síntomas toman importancia en la duración que se mantengan en el tiempo ya que en la fase temprana es de normal aparición y si sería un problema si pasaran esa etapa pudiéndose pronosticar un resultado más pobre. (Gabbard, 2002).

Los desórdenes en las relaciones personales configuran un aspecto que se visualiza en los pacientes con esquizofrenia, siendo estos unos de los que tienen un conflicto más importante en el funcionamiento del esquizofrénico.

Las manifestaciones principales de los desórdenes en las relaciones interpersonales incluyen retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, pérdida de la percepción de las necesidades de los otros, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas (Gabbard, 2002, p.185)

Expresiones inapropiadas de la sexualidad, es una descripción muy amplia, la que además necesitaría de un marco teórico que estableciera que es lo apropiado.

Por otro lado, si bien el psicótico tiene dificultades vinculares no pudiendo decodificar las necesidades del otro, esto no excluiría la posibilidad del ejercicio de una sexualidad autoerótica.

El siglo XX nos sorprende con categorizaciones y etiquetas según Luis Hornstein (2008) quien cuestiona y analiza la llegada de los manuales a la psiquiatría como una forma de tener en cuenta síndromes y no personas y que se hace un inventario de síntomas. Se debe cuidar de no caer en el encasillamiento y el prejuicio a partir del uso de los manuales ya que para llegar a los manuales hubo un consenso entre los psiquiatras, para facilitar el diagnóstico y hacerlo compartible y comprensible para todo aquel que lo use

Lo que señala Hornstein aquí es importante ya que en el trabajo día a día con las personas con enfermedades mentales se puede correr el riesgo de dejar de lado la dimensión humana en tanto la persona es única, y al plantear el trabajo desde y con la patología, los aspectos más adaptativos y creativos podrían quedar de lado.

En este sentido, centrar el análisis del caso en la complejidad de los entramados psíquicos es uno de los pilares que propone el psicoanálisis. Si bien

Freud comienza trabajando con histéricas, existía en él una profunda preocupación por desentrañar el conflicto psíquico. Ya en sus primeros escritos plantea que tanto neurosis como psicosis remiten a un conflicto psíquico.

Una vez la representación obsesiva se ha reconducido a una perturbación afectiva, y se ha demostrado que debe su intensidad a un conflicto, es forzoso que la representación delirante caiga bajo la misma concepción, por tanto, también ella es la consecuencia de unas perturbaciones afectivas y debe su intensidad a un proceso psicológico (Freud, 1895, p 246).

Él no trabajó con los pacientes psicóticos, ya que creía que no se establecería con ellos una transferencia terapeuta-paciente y sin ella no habría posibilidad de tratamiento psicoanalítico. En sus textos no se encuentran referencias a la psicosis lo que habría principalmente es una exposición para diferenciarla de la neurosis. (Bafico, 2005).

Los impulsos hostiles hacia los padres (deseo de que mueran) son, de igual modo, un elemento integrante de la neurosis. Afloran conscientemente como representación obsesiva. En la paranoia les corresponde lo más insidioso del delirio de persecución (desconfianza patológica de los gobernantes y monarcas). (Freud, 1895, p.296).

En sus escritos no habla de esquizofrenia, sino de demencia precoz (1914), incluyendo la noción de parafrenia la que según él se relacionaba más claramente con la paranoia.

También en 1914 plantea que en la psicosis se daría un retiro de las investiduras libidinales de los objetos, las que vuelven al yo, no pudiendo ser nuevamente dirigidas a otros objetos.

En sus publicaciones de 1924 encontramos que la psicosis corresponde al conflicto entre el yo y el mundo exterior. Expresa que el no cumplimiento o la frustración de los deseos de la infancia es la causa común para que se dé el estallido de la psicosis. Y dicha frustración es externa, igualmente lo patógeno va a depender de como el Yo pueda enfrentar la situación conflictiva.

Se puede situar en el siglo XIX la conceptualización de psicosis desde la clínica, la ruptura epistémica de Freud consistió desde la psiquiatría médica en “posicionar al inconsciente como determinante de la clínica”, sin olvidar que aunque se tuvo esta postura desde el psicoanálisis freudiano se plantea inviabilidad de un tratamiento de la psicosis. Es Lacan quien intenta plantear un tratamiento analítico

posible de la psicosis, retomando ideas de Freud y de psiquiatras clásicos. (Báez, 2007)

En la línea de los planteos de Freud, Lacan:

“(...) una etiología psicogénica definida por un desarrollo anormal de la personalidad y, más precisamente, una detención evolutiva más o menos precoz, una fijación de narcisismo que será calificada entonces como una anomalía afectiva personal que afecta a la personalidad (...) las psicosis paranoicas, dirá están ligadas a la personalidad del sujeto, a su historia, a su concepción de él mismo y a sus “conflictos vitales” especialmente” (Velosa, J., 2010, P., 49)

En este sentido, y a partir del análisis del caso Aimée, el autor encuentra en el delirio de la paciente una regresión libidinal con fijaciones libidinales tempranas, proponiendo además, “(...) unas anomalías del comportamiento sexual, del papel electivo de algunos conflictos y de su lazo con la historia infantil, (...)” reconociendo así mismo los aportes del psicoanálisis sobre (...) el papel primordial en psicopatología de la sexualidad y la historia infantil” (Velosa, J., 2010, p., 53)

Lacan asegura que la psicosis no se cura; si bien es cierto que el psicoanálisis da el estatus de discurso del inconsciente a lo dicho por el psicótico, con posibilidad de ser descifrado, esto no invita a decir que el análisis le aporta la cura. (Báez, 2007, p105).

Lacan citado por Báez (2007) desecha la posibilidad de que la realidad del psicótico y la del neurótico se comporten de la misma manera. Ya que el psicótico queda prisionero en:

(...) una relación de alienación con el otro (...) significando que todo lo que le sucede a ese otro es lo que le sucede a él. El neurótico puede tener la facultad de reprimir lo simbolizado el psicótico “(...) rechaza aquello que debió simbolizar. (...).En la psicosis, no es simplemente una identificación con el otro lo que está en juego, es la creación de todo un sistema que hace el sujeto alienado en identificación con el otro. (p., 105).

Su primer contacto con ella fue en su conocido análisis de un caso de paranoia (Aimée 1932). Se pueden encontrar dos grandes momentos en la obra de Lacan, en referencia a las psicosis. Por un lado habla de la primaria del significante Fallo y la metáfora del Nombre del Padre como representante de la ley. A partir de allí, plantea la forclusión del Nombre del Padre como origen de la psicosis. (1957)

Más adelante el autor incluye su topología del mundo borromeo, y los tres registros- real- simbólico – imaginario, con el desanudamiento del nudo.

(...) Lacan se ve llevado a reconsiderar periódicamente la forclusion del Nombre del Padre a medida que va analizando en su concepción del descubrimiento freudiano. El pegamiento al espejo de “Acerca de la causalidad psíquica” la intrusión psicológica del significante de los años

cincuenta y el desanudamiento de la cadena borrona de las últimas elaboraciones constituyen los tres grandes modelos para la consideración de la psicosis” (Maleval, 2002, p., 26)

Soler (2004) cita a Lacan para orientarnos en lo que él planteaba sobre la psicosis en los últimos diez años:

Partamos de la doctrina de la *forclusión*: es la piedra angular del edificio. (...), Lacan incluye la psicosis en lo que llamó la “Función y el campo de la palabra y el lenguaje”. Plantea allí que la relación con el significante, el hecho de lenguaje, es lo que hace la unidad de la neurosis y de la psicosis. Lo que hace su unidad, y también su diferencia. (...) sitúa esta inclusión de la psicosis en el campo de los hechos del lenguaje como formando parte del “aspecto del fenómeno”, o sea de lo que aparece, mientras que en la neurosis, a la inversa, le estructura de lenguaje [“lenguajera”] del síntoma solo aparece por el sesgo del desciframiento. (p.10).

Remarca la autora además que es importante recordar que Lacan definía a la forclusión “como un defecto, como una ausencia a nivel del Otro: ausencia de un significante, “el Nombre-del-Padre”, y de su efecto metafórico.” (p10). Y que la psicosis no se diagnostica por la forclusión ya que esta no forma parte del fenómeno. Y de esta lo que se identifica son sus efectos y no la forclusión. “(...) la psicosis, (...), no es un caos, no es un desorden, es lo que llama “un orden del sujeto”” (Soler, 2004, p.11).

El término forclusión traído del orden jurídico es releído por Lacan quien lo integra a su teoría para graficar su idea de un significante que no entra en el entramado del Inconsciente del sujeto...

En la psicosis «lo interiormente rechazado (Verwerfung) retorna desde el exterior». Lacan traduce esta Verwerfung (rechazo, exclusión, repudio) por forclusión, que en francés equivale a «el vencimiento de una facultad o derecho legislativo no ejercitado en los plazos prescritos». La forclusión es un defecto que da a la psicosis su condición estructural esencial que la diferencia de la neurosis, y que implica que aquello que ha sido repudiado ya no puede volver al lugar mismo del que ha sido excluido: Un accidente en el registro del Otro en cuanto ámbito del inconsciente, cumplido en la forclusión del Nombre-del-Padre, fracaso de la metáfora paterna, y queda estructurado el germen de la condición psicótica, donde el Ello habla. (Sparrow, s/f, p.157).

Los fenómenos psíquicos inconscientes, para Lacan (1956) “Las psicosis son, si quieren lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continua llamando así, las locuras”.

Ale, M., analiza esta distinción que realiza Lacan quien presenta una diferenciación entre los términos locura y psicosis si bien en algunas oportunidades los tomo como homólogos, fue quien realizó una fuerte distinción. Este análisis

permite argumentar que puede haber locura en la psicosis como puede no haber locura. El concepto de psicosis es tomado desde las concepciones de la psiquiatría clásica de fines del siglo XIX y el de locura desde el concepto de Hegel postulando como ejemplo el personaje presentado por Moliere en *El Misántropo*, *Alceste*. (Muñoz, 2008), quien presenta características que Hegel asigna a su “formula general de la locura”.

Según esta fórmula la locura puede presentarse en cualquier estructura porque “(...) es un fenómeno montado en la relación con el otro” (Ale, M; s/f), la locura queda aquí diferenciada de la psicosis la que sería una estructura “particular en función de la presencia del mecanismo de la forclusión (idem).

En los seminarios de los años setenta retoma estos conceptos: locura y de psicosis tomando como soporte la teoría de los nudos, y toma a la segunda como un anudamiento (no borromeo) particular de los registros (lo real, lo imaginario y lo simbólico), distinguiéndola de la neurosis; en el caso de la locura sería el desanudamiento (borromeo).

Al ligar el concepto de locura con la normalidad se podría llegar a la confusión de que Lacan planteo que la normalidad es la psicosis, esto nos permite visualizar la complejidad que tiene el concepto de locura en su obra. Ligando la locura a lo general y en el caso de la psicosis a lo particular.

Esta dificultad teórica es analizada y cuestionada por Muñoz (2008); “En conclusión, la locura para Lacan es un fenómeno inherente al ser humano, propio del imaginario humano en tanto hasta aquí, podríamos decir, se trata de un fenómeno yoico” (p.92) y en este sentido plantea que, Lacan presenta una locura normal pero no queda claro en sus escritos si es la misma locura la de 1946 y la de los escritos de 1970, no llegando a una total diferenciación o equivalencia. Lo mismo sucede entre la concepción de locura y psicosis.

Las denominaciones, así como las explicaciones psicoanalíticas sobre la psicosis remiten, unas y otras a los procesos de constitución del aparato psíquico, el que se irá produciendo a lo largo de la vida del sujeto con asiento en el pasaje por las etapas psicosexuales, y el Edipo.

Como vemos, desde la evolución de la humanidad las concepciones referentes a la psicosis, han ido cambiando, desde las diferentes posiciones que toman la medicina, la cultura y también la religión. Incluso luego de su creación y a lo largo del siglo XX en el psicoanálisis, tal es el caso de L. Zolty (2001)

psicoanalista francesa, que nos plantea que: “(...) en los próximos años, la categoría “psicosis” será objeto de una revisión radical (...) según la cual la psicosis, entidad única, no existe y que en realidad debemos hablar de “las psicosis” (p.40). De “las psicosis” porque se debe tener en cuenta al sujeto que la padece y partiendo de la idea que cada sujeto la vive de forma diferente, concepto que sirve para personalizar el encuentro y ayudar al sujeto en su sufrimiento.

También al hablar de la etiología de la psicosis nos encontramos con que no hay un solo posicionamiento al respecto, porque si bien existen varias teorías aun hasta el día de hoy se desconocen las causas de la psicosis. Uno de los modelos explicativos se enclava desde el punto de vista biológico planteando que se encuentra mayor cantidad de dopamina y serotonina en la persona con psicosis y es para ello que se utilizan los antipsicóticos los cuales tienen como función inhibir los neurotransmisores. Por otro lado enclavado en el funcionamiento psíquico, poniendo énfasis en los fenómenos inconscientes está el psicoanálisis que son factores exógenos, factores estructurales al psicótico. La importancia de algunos factores es mayor o menor según el caso, el sujeto. (Sparrow, s/f).

Estos factores a tener en cuenta también se suman al ambiental, al consumo de drogas y al estrés, los cuales en conjunto con los genéticos pueden ayudar a que un sujeto manifieste psicosis o sufra alguna recaída (LLovera et al, 2015) Todas estas causas aún se siguen investigando y al día de hoy no hay algo que con certeza nos ayude a prevenir la psicosis y el diagnóstico es totalmente clínico y lo que ayuda es conocer en profundidad los síntomas que presenta el sujeto.

Tratamientos.

Si bien se cataloga a la psicosis como una enfermedad severa, la integración de una variedad de tratamientos biológicos, medicamentosos, unidos a los de tipo psicosociales, en la actualidad hacen posible que estos se puedan realizar de forma ambulatoria (Casarotti, et al, 2003).

Los tratamientos se pueden separar por un lado en medicamentosos, los cuales se subdividen en los antipsicóticos de depósito o de larga duración (administración quincenal o mensual) las que se usan en aquellos casos en que el paciente no puede administrársela en forma diaria; los que se suministran de forma diaria (convencionales o atípicos) y otros tipos de

medicación (antidepresivos, litio, etc que no son antipsicóticos y se usan de forma complementaria). (Casarotti, et al, 2003)

Por otro lado se hallan los tratamientos psicoterapéuticos, considerados también de rehabilitación psicosocial; las psicoterapias psicodinámicas individuales o grupales y la terapia cognitiva-conductual. Dentro de estas terapias existen otras que incluyen terapias a familiares y/o con el paciente y la familia eso dependerá del objetivo que promueva la institución a la cual concurra el paciente al igual que las necesidades individuales de este (Vallina, 2001)

Entre los antipsicóticos convencionales, los cuales inciden más sobre los síntomas positivos, se encuentran los de baja potencia y los de alta potencia teniendo diferentes efectos secundarios en los pacientes

Los efectos secundarios presentados en los antipsicóticos de baja potencia (clorpromazina, tioridazina) se pueden observar sequedad en la boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación, sedación, aumento de peso, bloqueo de receptores alfa (se encuentra en la membrana de algunas células), hipotensión ortostática (caída de presión arterial sanguínea), entre otros.

Los antipsicóticos de alta potencia (butirofenosas, haloperidol) presentan efectos secundarios más a nivel neurológico como lo son la distonia aguda, acatisia, parkinsonismo, síndrome neuroléptico maligno, entre otros.

Los antipsicóticos atípicos se ha indica tiene mayor espectro en la acción terapéutica y menores síntomas extra-piramidal en comparación con los convencionales.

Uno de los efectos secundarios más importantes es el descenso en la intensidad de la libido, o energía sexual que puede llegar incluso a la ausencia total del deseo sexual en el paciente.

Se deben mantener controles regulares cuando se toman antipsicóticos por largo plazo para cuidar también el colesterol, triglicéridos y un control del peso. (Casarotti et al, 2003)

En la mayor parte de los casos, y luego de que la medicación logra que la compleja presentación semiológica del paciente ceda, con la persona “compensada” se recomienda el inicio de psicoterapias de rehabilitación

psicosocial en las que al igual que en todas las opciones de tratamiento se debe tener presente la individualidad de cada paciente tomando en cuenta sus fortalezas pensando en un tratamiento abarcativo que posibilite mantener al sujeto sin actividad delirante.

Nos podemos remitir a un consenso de la OMS (1996) en conjunto con la WAPR donde se conceptualiza a la rehabilitación psicosocial como un proceso que permite a la persona afectada, lograr una mejor independencia en relación a la comunidad, una mejor competencia individual y de esta forma , una mejor calidad de vida.

La rehabilitación psicosocial se puede dar tanto individual como grupal eso dependerá de cada institución y siempre se deberá visualizar las individualidades de cada paciente.

En Uruguay existen varios centros de rehabilitación psicosocial y se debe tener en cuenta que cada uno de ellos presenta sus objetivos específicos y formas de trabajo diferentes sin perder de vista que lo más importante es el bienestar del paciente.

También aparece como estrategia terapéutica el tratamiento cognitivo-conductual el cual ha surgido en los últimos años por la eficacia que estos tratamientos han presentado en otras enfermedades como la depresión y la ansiedad (Vallina, 2001).

Vallina (2001) citando a: Yusupoff, Haddock, Sellwood, & Tarrier, (1996) plantea que; “(...) la terapia cognitiva aporta técnicas de ayuda a los pacientes para manejar sus experiencias psicóticas...”, (p.352), dando sentido a los síntomas que se presentan a causa de la psicosis y ayudan a la modificación de las creencias que estos pacientes presentan de la enfermedad y ante el delirio y las alucinaciones.

Jorge García Badaracco (1983) hace un cuestionamiento a la propuesta de trabajo psicoanalítica, ya que no todos los pacientes con psicosis se han podido curar con el psicoanálisis. Los abordajes se fueron haciendo cada vez más extensos y no se daban los resultados esperados siendo estos pacientes inanalizables. Que más allá de la técnica que se realice con el paciente

siempre es importante la vinculación que se produce paciente-terapeuta y esta relación fue estudiada en sus principios por el psicoanálisis.

Agrega que Freud admitió que síntomas como las alucinaciones y los delirios “son procesos psíquicos movidos por fuerzas transferenciales” (p.8) y que él no ha dicho que es inanalizable que al realizar una exhaustiva búsqueda en su obra denota que intento el análisis con estos pacientes.

Tomando en cuenta los aportes de autores contemporáneos, Gabbard (2002) plantea que en la esquizofrenia el uso de los antipsicóticos es eficiente y estos producen una mejoría en los síntomas positivos, en relación a los síntomas negativos estos requieren tratamientos psicosociales ya que los antipsicóticos no son tan eficaces en ellos. Pero si se requiere un cumplimiento de la toma de los antipsicóticos para poder realizar el trabajo terapéutico y poder continuarlo.

Nos continúa diciendo que un tratamiento farmacológico, junto con terapia individual, terapia grupal, educación familiar y el entrenamiento de habilidades que posibilite una mejor conducción de la enfermedad, permite que el paciente se beneficie de los distintos abordajes. Considerando que no existe “el tratamiento” sino que se deben manejar las necesidades personales de cada individuo en cada uno de los tratamientos.

SEXUALIDAD.

Ámbito fundamental en la vida del ser humano, puede ser entendida y analizada desde variados puntos de vista, biológicos, culturales, sociales, religiosos, históricos.

En lo que se refiere al vínculo sexualidad- psicosis podemos ver una lectura que desde la sexología plantea que no habría razón para que el psicótico no pueda acceder al ejercicio de ella.

Desde el psicoanálisis la sexualidad es definida de manera diferente, convirtiéndose en gestora del aparato psíquico, y con ello de las diferentes estructuras, neurosis, psicosis, perversiones. En su base encontramos la explicación de la psicosis.

Conceptos.

En la necesidad de definirla y al realizar una búsqueda de la concepción de sexualidad se puede verificar puntos disímiles y que en muchas ocasiones se confunde con el concepto de sexo o se cree que es lo mismo, por lo que es importante distinguirlos,

(...) no hay que confundir el sexo, la sexualidad y la sexuación. El sexo va a designar el órgano con el que el individuo adviene al mundo, los caracteres sexuales que vienen con el germen, lo transmitidor vía ADN; la sexualidad (...) refiere a las pulsiones que hacen del encuentro con el Otro, con la libidinización del sujeto, con las zonas erógenas y el autoerotismo. Por último, la sexuación (en principio para Freud) es la operación de ubicación de los sexos, va a determinar la posición o identidad sexual que un sujeto elija (...) (Pujana, 2013, p., 559)

Sexo se utiliza para poder distinguir entre hombre y mujer ya que viene del latín etimológicamente “sexus”: secare, cortar o separar; creándose la masculinidad y la femineidad que es lo que marca los sexos. Esto marca una diferencia personal y corporal marcando la sexualidad.

Según la OMS (2006) “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual”. Aquí algo a remarcar es que lo presenta como un “aspecto central” y que introduce que uno de sus aspectos es la reproducción pero también el placer. Concepto de placer que durante mucho tiempo estuvo “oculto” detrás del de reproducción. Esta definición agrega:

(...) se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2006).

Torres y Guzmán (2002) expresan lo difícil que es definir a la sexualidad y como para cada individuo tiene un significado diferente, y en conjunto con aquello también que siempre se vincula a lo genital y a la reproducción, al tener hijos. La sexualidad va más allá de estos aspectos, se expresa a través de ella el placer o gusto por uno mismo y por los demás y que es el comunicar con el cuerpo del otro y el propio lo que se siente y piensa. “También incluye pensamientos, sentimientos, acciones, emociones, afectos y actitudes con relación al cuerpo,

independientemente del género, la edad, el estado civil, y de la existencia o no de discapacidad". (p.47).

Como venimos viendo, es un concepto complejo, abarcativo y en el que pueden distinguirse varios planos, se pueden plantear por un lado el plano de lo biológico, diferente del psicológico y se abarca también el plano social- cultural.

El plano biológico comprende toda la expresión sexual, en la que los órganos de los sentidos son una parte esencial de ella, junto con la piel constituyendo ésta en el mayor órgano sensorial sexual al igual que las mucosas, conformándose como un órgano erógeno. En el plano estrictamente biológico, se conjugan en la sexualidad distintos órganos regulados por el sistema nervioso (central y autónomo), el que recibe información desde un órgano de los sentidos y la piel.

En este sentido los trabajos de Master y Johnson (1966) y posteriormente de la Dra. Kaplan (1979) describen las distintas fases por las que transita el cuerpo biológico con erección del pene, aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, aumento de la tensión muscular, erección de pezones entre otras.

Si bien los órganos genitales son los que han sido marcados como de mayor importancia en el placer sexual, detrimento a la piel, esta característica se puede ver mayormente en el hombre y no tanto así en la mujer que si posee una mayor sensibilidad en otras zonas generando que sea más sensible a los estímulos táctiles. Agente erógeno de capital importancia lo constituye la piel, que es el mayor órgano sensorial sexual en su totalidad, siendo de capital importancia en la búsqueda del placer.

El sexo y la sexualidad se unen en la construcción de un cuerpo- sexuado, esta constitución implica un conjunto interrelacionado de características físicas, tanto como psíquicas propias de cada sexo, las que van unidas a una gama de conductas relacionadas, según las diferentes épocas y culturas a la reproducción de la especie y al placer.

En los escritos de Freud podemos encontrar entre 1905 y 1924 el tema de la sexualidad una sexualidad esencial en la vida de los seres humanos y que se encuentra presente desde nuestro nacimiento en todas las etapas de la vida. No habla de la sexualidad desde el plano estrictamente genital, sino desde el punto de vista de los registros erógenos del placer y que esta influye en nuestra personalidad. Las primeras impresiones sexuales (1905) dejan huellas profundas en la vida

anímica y son fundamentales en el desarrollo sexual posterior. La constitución sexual es la interacción con el otro a lo largo de su historia de vida.

En sus primeras teorizaciones Freud (1905), plantea que el inconsciente tiene un lugar central para comprender la sexualidad, y dado que para formar parte de la sociedad renunciamos en algunas circunstancias a los deseos sexuales más primitivos este esfuerzo produce que el deseo sexual sea uno de los conflictos psíquicos más comunes visto en los hombres y las mujeres. Este conflicto de los deseos sexuales, con la represión se puede ver luego traducido en síntomas.

Él no cree que la sexualidad sea algo netamente de los adultos sino que esta también se puede visualizar tempranamente en la infancia. Esta visión más amplia de la sexualidad le permite separarla de la genitalidad e introduce como novedad la existencia de los instintos sexuales en la infancia. Esta visión más amplia de la sexualidad le permite separarla de la genitalidad e introduce como novedad la existencia de los instintos sexuales en la infancia, planteando una separación en fases o etapas del desarrollo a las cuales las divide en pre-genital y genital.

Puede verse así un modelo de desarrollo psicosexual dinámico donde la noción de fases habla de cierta plasticidad

“Implica esta la presencia de un trabajo que, lejos de estar inscripto y prescrito en el desarrollo biológico, es efecto de las relaciones con los otros (identificaciones y relaciones de objeto, interjuego de demandas etc.) que, encontrando su determinación en estos aspectos de historia, abren las puertas a las diferentes formas de asumir la existencia sexuada de los seres humanos”
(Saal, F., 2005, p., 253)

Este complejo proceso de identificaciones tiene como pilar la relación madre-bebe a través de la cual el organismo biológico que es el niño en su inicio se unifica y organiza en torno a la necesidad de lograr una diferenciación y discriminación del otro, separarse de ese otro es fundamental para el logro de la identidad.

Esta identidad incluye la noción de mismidad constitutiva del yo y la de identidad sexual, ser hombre o mujer, ésta se establece no en función del cuerpo biológico, ni de los órganos genitales, sino de la idea freudiana de que el objeto de la pulsión es concomitante con la historia del individuo (Freud, 1915) noción fundamental que muestra como este cuerpo sexuado se construye a partir de los vínculos primarios.

El objeto (objekt) de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina solo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. No necesariamente es un objeto ajeno, también puede ser una parte del propio cuerpo. (p., 118)

En este proceso de construcción teórica, la aparición del concepto de narcisismo ha sido fundamental, profundizando en su teoría de la libido Freud (1914) habla de una sobreestimación hacia el niño.

(...) marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección del objeto, gobierna, como todos saben, este vínculo afectivo. Así parecen una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones (...). (p., 87)

En esta posición del niño con su madre debe buscarse la clave del narcisismo primario, allí donde la imagen ideal está determinada en la relación con el otro, donde la madre inviste al hijo con los atributos de esa perfección absoluta a lo que Freud alude con la fórmula "His majesty the Baby".

Esta imagen del yo ideal está cargada por el deseo de la madre, el niño se identifica con una imagen que viene desde afuera.

También a partir del análisis del narcisismo es que el autor plantea que, en este proceso de construcción teórica, la aparición del concepto de narcisismo ha sido fundamental, profundizando en su teoría de la libido (Freud, 1914)

La psicosis se vincula con la necesidad del Yo de retirar las investiduras libidinales de los objetos externos y de las personas sin luego sustituirlas por otras en el registro de la fantasía. Surge esta pregunta:

¿cuál es el destino de la libido sustraída de los objetos en la esquizofrenia? El delirio de grandeza propio de estos estados nos indica aquí el camino. Sin dudas nació a expensas de la libido de objeto. La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al Yo y sí surgió una conducta que podemos llamar narcisismo (p., 72)

Estas fases o etapas se dan progresivamente constituyendo el llamado desarrollo psicosexual y se debe tener presente que coexisten una con la otra conformándose así el psiquismo del sujeto.

La meta sexual infantil y adulta es la sustitución de la zona erógena por un estímulo externo que brinde la satisfacción deseada, cualquier mucosa o sector de la piel puede dar los servicios de zona erógena ya que es más importante la sensación del estímulo que la zona del cuerpo elegida para ello.

Estas fases descritas por Freud si bien se pueden ver en los individuos se debe tener presente que se transitan y tramitan influidas por la

sociedad, lo histórico, la cultura en la cual se encuentra por que no se debe perder de vista que cada cultura tiene una forma diferente de “vivir la sexualidad”

Freud fue el pionero en hablar de sexualidad en la infancia y como esta repercutía luego en la vida adulta. En el artículo sobre las teorías sexuales infantiles de 1905 nos presenta aquellas teorías que elaboran los niños influidos por su curiosidad y necesidad de saber. La primera de ellas es “...*todos los seres humanos poseen idéntico genital (masculino)*...” (p.177). En la segunda teoría, el niño al creer que todos tienen pene, creen que “los hijos se conciben por haber comido algo determinado (como en los cuentos tradicionales) y se los da a luz por el intestino, como a la materia fecal” (p.178). Y la última de estas teorías es la “*concepción sádica del comercio sexual*” (p.178) esto se debe a si el niño presencio en algún momento a los adultos manteniendo relaciones y a esa corta edad no lo concibe como algo amoroso, sino desde una visión violenta. Estos esfuerzos explicativos del niño muestran la importancia, que según el autor tiene, la sexualidad desde muy temprano, en la vida y el psiquismo del sujeto.

Otto Fenichel (1966) nos expresa que la sexualidad infantil tiene diferencias con la sexualidad adulta y que esto se debe principalmente a que la sexualidad infantil no se enfoca a los genitales y que estos tienen un papel “*primus inter pares*” (p.81) haciendo referencia con esto a que es el primero entre iguales dentro de las otras varias zonas erógenas. El fin también es diferente tendiendo a actividades que le causan placer, y también toma como objeto de placer a su propio cuerpo o partes de él. “Toda clase de excitación, en el niño, puede convertirse en fuente de excitación sexual: los estímulos mecánicos y musculares, los afectos, la actividad intelectual e incluso el dolor.”(p81)

En el niño no existe una clara distinción entre “excitación y satisfacción”, los genitales pasan con el tiempo a ser un aparato de descarga y sin importar la zona erógena rectora concentran la excitación sexual.

Esto nos permite ver que la configuración de la sexualidad se constituye sobre la “base de ligazones entre sistemas de representaciones preexistentes”, y este juego con la madre es lo que permite brindar el apoyo para la estimulación de las “raíces sexuales del bebe”. (Ruiz, 2011, parr.8)

El fin del deseo sexual no es únicamente conservar la especie humana a través de la reproducción sexual, esto se puede constatar en las exteriorizaciones en la sexualidad infantil, como ejemplo de ello el chupeteo, donde el placer no se

relaciona únicamente con el placer de alimentarse, sino con la necesidad de reeditar registros de satisfacción asociadas a la función alimenticia, existe una necesidad de “repetir la satisfacción sexual”, descargándose la pulsión en el propio cuerpo. La pulsión es “un proceso dinámico consistente en un impulso [...] que hace tender al organismo hacia un fin. [...] tiene su origen en una excitación corporal; su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional;[...]. (Laplanche, Pontalis, 1971, p.336).

“La meta sexual infantil y adulta consiste entonces en sustituir la sensación proyectada sobre la zona erógena, por aquel estímulo externo que la cancele al provocar la sensación de satisfacción” (Ruiz, 2011, parr.16). Cualquier sector de piel o mucosa puede brindar el servicio de zona erógena, si bien tenemos algunas ya predestinadas como lo son la boca, genitales o ano. Para la elaboración de una sensación placentera es más significativo la naturaleza y la cualidad del estímulo, que la parte del cuerpo utilizada.

La activación de estas da lugar a tres momentos del desarrollo de la sexualidad, lactancia, cuarto año de vida y onanismo en la pubertad. El segundo momento que es hacia el cuarto año de vida con el surgimiento de la actividad sexual el niño asume que las niñas han sido castradas, y surge el complejo de castración; el miedo a la castración moviliza al niño y la envidia del pene a la niña. Se comienza a desarrollar el Complejo de Edipo y se coloca a los padres del sexo opuesto como objeto de deseo (a la madre en el caso del varón y al padre en el caso de la niña) y como rival al del mismo sexo.

Es en este momento del desarrollo de la organización sexual, donde se fundan las bases del género, las identidades de género y la orientación sexual de ese niño o niña. La inclinación sexual, se deriva de procesos identificatorios que se generan entre el niño y el padre, y la niña y la madre. De este modo, se determina el objeto de deseo erótico y/o amoroso que brindará gratificación sexual. Así, dependiendo de cómo haya sido resuelto el conflicto edípico, el objeto de deseo será del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos. (Ruiz, 2011, parr 19).

Lacan expone que de la teoría de Freud lo que causa el gran escándalo no es la centralización en la sexualidad “sino que pretendiera que la vida sexual del hombre no es más que un proceso naturalmente diseñado hacia la unificación armoniosa de dos cuerpos” (S/autor, párr8). A este respecto debemos tener presente que si bien Freud planteo un “mundo” nuevo en la sexualidad infantil y revoluciono con sus ideas para la época en la que se encontraba, él igual tenía

presente a la sexualidad desde un punto de vista reproductivo y heterosexual desde el punto de vista de la “normalidad”.

En la obra de Lacan se alude al deseo, este deseo inconsciente al que se refiere el psicoanálisis, es el que constituye el interés medular del universo psicoanalítico, siendo íntegramente sexual.

Lacan lo nombra con mayúscula, Deseo, para diferenciar al Deseo inconsciente de los deseos conscientes, y al primero es posible registrarlo si se lo articula con la palabra. “Solamente una vez formulado, nombrado, en presencia del otro, ese Deseo, sea cual fuere, es reconocido en el pleno sentido del término” (Soler, 2004). En la actualidad se sustenta sin lugar a dudas que el Deseo es el deseo del Otro.

Un Otro que se refiere a el Otro como un lugar, una localidad psíquica, y no como a otras personas, se refiere al lugar donde se encuentra constituida la palabra, y se encuentra inscripto en el orden simbólico. Lo designa con la letra A mayúscula.

Este Otro (Antre) para el niño es su madre, su primer Otro, porque es receptora de sus primeros mensajes a través del llanto. “el Otro, es “el Otro sexo”, que es siempre la “Mujer”, para sujetos femeninos y masculinos por igual” (Soler, 2004)

Explica que amar es desear ser amado ya que el amor incluye una reciprocidad la cual es imaginaria, y que esta es una situación imaginaria es de engaño por que lleva a entregar algo que uno no posee que es el falo.

Dada la naturaleza imaginaria del amor y la reciprocidad entre “amar” y “ser amado”, Colette Soler afirma con Lacan, que eso conforma la ilusión del amor, y lo distingue de las pulsiones, en el cual no hay reciprocidad sino solo pura acción. (p 10).

A esta fusión que se tiene con su amado que es un fantasma se le llama amor, y este fantasma es el que reemplaza la falta de la “relación sexual”. Lacan dice: “No hay relación sexual” pero no se refiere a que no halla sexo o acto sexual, él va más allá de la copulación sino que habla de las posiciones sexuales tanto la masculina como la femenina.

Lacan habla de un goce del Otro, en francés JOUISSANCE, que tiene una connotación sexual, orgasmo, realizando una oposición entre goce y placer. El goce expresa la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma, el sufrimiento que deriva de su propia insatisfacción y que el goce es esencialmente fálico,

igualmente a esto admite que hay un goce que es femenino un goce suplementario y este está más allá del falo, un goce del Otro. Este goce las mujeres lo experimentan pero no saben nada sobre él. (Soler, 2004, p.34).

La dimensión de la sexualidad en lo social funciona como una forma para poder comunicarnos o expresarnos, estas expresiones pueden ser disimiles, ya que demuestran el amor y el odio y diferentes emociones o sentimientos y también sensaciones (Ortiz, s/f).

La forma de expresión de la sexualidad en una comunidad viene signada con representaciones socio-históricas a la cual pertenecemos y también del aprendizaje familiar obtenido desde el nacimiento. (Ortiz, s/f).

Los comportamientos que influyen nuestro rol, de hombre o mujer, están vivenciados dentro de la sociedad a la cual pertenecemos y estos son producto de la cultura en la que vivimos. (idem).

La cultura se refiere a la forma total de vida de una sociedad o grupo, incluye las costumbres, tradiciones, creencias, valores y productos físicos desde las herramientas hasta las obras de arte e incluso algunas conductas transmitidas de padres a hijos (Ortiz, s/f, p.7.)

Las personas se manifiestan y demuestran aspectos de su vida a través de la cultura y la sexualidad no se exime a este postulado, ocasionando que “cualquier cambio que se vea en el sistema social en general, tendrá sus efectos de manera notoria en el sistema de valores del grupo” (idem, p.8).

En el proceso de socialización la sexualidad actual se ve influenciada por varios factores la familia, la escuela, el grupo de pares, la religión a la cual se pertenece, los medios de comunicación y otros factores (como lo son empleo, características en la personalidad, políticas gubernamentales, situación socioeconómica etc).(Monroy, 1994).

Se puede notar que la sexualidad está influida por factores externos y estos ayudan también a su moldeamiento lo que permite que estos puedan ser cambiados e influidos según los diferentes cambios sociales permitiendo vivir la sexualidad de manera más natural. Ya que desde los mandatos sociales se vive con presión la expresión de la sexualidad y este fenómeno “trasciende el centro de la persona, se difunde y proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo del individuo” (Monroy, 1994, p.347).

Cabe remarcar que tanto la sexualidad como función biológica (genital), como la noción de sexualidad freudiana han sido objeto de censuras sociales, religiosas y

hasta teóricas, confirmando así la dificultad que sigue existiendo para abordar el tema.

PSICOSIS Y SEXUALIDAD

La sexualidad aun hoy en el siglo XXI sigue teniendo tabúes, mitos y conflictos en la población en general, en la población con trastornos mentales graves y severo como lo es la psicosis este tema se vuelve aún más conflictivo. Esto se debe a las creencias que se encuentran en la sociedad sobre la relación de la sexualidad con las personas con psicosis y sobre el hecho de que el psicótico, al igual que todo ser humano pueda acceder al pleno ejercicio de su sexualidad, llegando en algunas oportunidades a plantearse que éstos no tienen apetito sexual. (Lozano, s/.f).

Un apetito que puede no aparecer como hemos visto, debido fundamentalmente a efectos secundarios de la medicación antipsicótica, la que produce un descenso del deseo sexual. Efecto secundario inhibitorio, que no confirma que el deseo sexual no exista.

Mitos – Creencias

La sexualidad ha estado tan rodeada de complejidades en el correr de la historia que esto también ha producido que estos mitos que no escapan a la población no psicotizada también se hallan trasladado a la población con psicosis. (Manyeco, Mironovich, la Calle, 2014).

Mito pensado como una creencia sin pruebas fundadas en él, es algo que se va instalando como un saber que no se cuestiona y que se reproduce de generación en generación. (Manyeco, et al, 2014).

Estos mitos que han circulado de generación en generación no se han demostrado, ni cuestionado muchos de ellos igual se siguen teniendo como creencia. A estos fenómenos no ha escapado la sexualidad, aun cuando han ido apareciendo investigaciones que intentan que muchos de los mitos fueran desapareciendo, todavía no se ha logrado cambiar aquellos que pesan sobre los pacientes con psicosis. (Manyeco, et al, 2014).

Los autores, realizaron un estudio con los pacientes con trastorno mental grave en un centro de España para poder “descubrir” los mitos que existían entre ellos. Durante este estudio que se realizó a través de un cuestionario de 18 preguntas, se verificó que accedieron más los hombres (80%) que las mujeres (20%) a realizarlo y que en su gran mayoría se encontraban institucionalizados y el nivel académico era medio. En este se tuvo como conclusión que los mitos dependen según el sexo y el nivel de estudio (igual a otros estudios con pacientes no psicóticos).

Se verificó que los mitos son en su mayoría referidos a la sexualidad femenina debidos a los tabúes y los años de “represión” sexual que han pesado sobre la mujer. También demuestra que las mujeres tienen mitos que los hombres no comparten y esto también se ha visto en la población “normal”.

En el ámbito de la psicosis se verificó que los mitos sobre la masturbación en estos pacientes no eran fuertes dado por una sexualidad autoerótica, expresión también de la dificultad vincular característica del psicótico. Ellos lo viven como una fuente de placer en tanto no enfrentan el dilema de la alteridad.

De estos resultados se concluyó que los pacientes con trastorno mental grave tienen problemas o dificultades sexuales como cualquier otro individuo en una población normal, si bien las causas pueden ser diferentes.

Actuación de los psicofármacos en la sexualidad.

Junto a los mitos que trae aparejado la sexualidad también hay otro con los psicofármacos desde su aparición.

También coincide que es un gran debe la sexualidad y el interrogatorio para poder tener una visión más amplia de la sexualidad del paciente con psicosis, y esto

ayudaría a tener una visión del antes y el después de la toma de psicofármacos. (Montejo González, 2003).

Una ayuda ha sido los conocimientos que se han adquirido de la neuroquímica sobre el funcionamiento sexual y lo que ha producido que se puedan conocer los efectos secundarios de algunos psicofármacos. (Salvador-Carulla et al, s/f).

Algunos de los efectos secundarios más comunes son la disminución de la libido, las disfunciones eréctiles, disminución en la lubricación vaginal, priapismo (erección prolongada o dolorosa, que en alguna ocasión se puede llegar a una intervención quirúrgica), la aneyaculación y eyaculación retrograda (Sapetti, s/f).

En su mayoría los antipsicóticos pueden producir algún tipo de disfunción sexual y esto se debe a un aumento de la prolactina con asociación de otros factores. (Lozano, s/f).

“Por otra parte, no todos los antipsicóticos producen por igual este efecto de aumento de prolactina y estas diferencias son suficientes para que sea elegido el antipsicótico adecuado a cada tipo de paciente (Lozano s/f. p.63, citado en: Martín Navarro y Vega 2003)”. Lo que puede ocasionar alteraciones en el ciclo menstrual, galactorrea (secreción de las glándulas mamarias fuera del periodo de lactancia, se puede dar en mujeres pero también hay casos de hombres), o ginecomastia que es el estiramiento del seno en el hombre.

“Se sospecha que los agentes antipsicóticos probablemente no posean efecto directo sobre el centro sexual del cerebro [...] Estos fármacos pueden afectar indirectamente a la sexualidad debido a sus efectos favorables sobre el estado psíquico. Por otra parte, de algunos agentes se informa que causan con escasa frecuencia dificultades erectivas y eyaculatorias, debido probablemente a sus efectos antiadrenérgicos y/o anticolinérgicos o antidopaminérgicos”. (Salvador-Carulla et al, s/f, p.374)

Se debe tener presente estas sintomatologías para que el paciente no abandone el tratamiento y siempre ir buscando otras alternativas como pueden ser bajar la dosis, suspender y cambiar por otro antipsicótico, breves terapias sexuales y suministrar información al paciente. Las hospitalizaciones y la institucionalización de los pacientes con psicosis aumentan y potencializan que los trastornos sexuales se agraven. (Salvador-Carulla et al, s/f).

Todo lo que refiere a la persona con psicosis también incide en su núcleo más cercano (familiares, amigos, compañeros de trabajo) los cuales se encuentran bajo

los mismos tabúes e intentan proteger al paciente con psicosis. En algunas ocasiones se puede llegar a vivir como una problemática en que la persona con psicosis intente expresar su sexualidad.

Ámbito éste de la sexualidad de la persona con psicosis que no es muy conocido, pero que si como todo ser sexuado lo trae desde su nacimiento y tal vez si sea diferente al de la población en general que al decir de Lozano (s/f) "... no es ni mejor ni peor, mayor o menor(...)," (p.53) pero al ser parte de la personalidad se debe tener en consideración y trabajar con y desde ella para un beneficio del paciente.

(...) las personas tenemos un abanico de emociones que nos permite expresar todos los sentimientos de mil formas. Sentimos la necesidad de tocar y ser tocados, estimular y ser estimulados, etc (...). La necesidad de contacto corporal la resolvemos con los padres, durante la infancia, y con los amigos y la pareja durante la vida adulta y la vejez (Insa, 2005, p. 328).

Esto es hablar de sexualidad en su más amplio espectro, no es el vínculo de pareja o la concepción o la satisfacción o estimulación de los órganos genitales, sino la intimidad que vive cada uno como individuo, como ser sexuado, la capacidad de amar y ser amado y la posibilidad de estimular y promover la comunicación con uno mismo y con otro, comunicación con el cuerpo, los gestos, la palabra o el silencio. (Lozano s/f).

Desde esta perspectiva la persona con psicosis se ve relegada de la expresión de su sexualidad, porque la sexualidad es una expresión verbal y corporal y en algunas ocasiones puede tener una de esas expresiones (verbal o corporal) disminuida o ambas (Lozano s/f).

Esto ocasiona que se le dé importancia a otras dimensiones de la patología y que la dimensión sexual se encuentre apagada o nula en las consultas con los profesionales de la salud (Lozano, s/f), ahora bien una dimensión a tomar en cuenta dentro de la sexualidad es el amor y como los pacientes con psicosis lo viven. El amor punto central en la vida de los individuos. El psicoanálisis habla del amor y lo remite también al desarrollo psicosexual.

“El amor en la psicosis”

Rithée Cevasco, (2005) nos plantea que “Freud reconoce en 1911, en las reuniones mantenidas con los primeros psicoanalistas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, que, frecuentemente, ha utilizado los términos de amor, erotismo y sexualidad de manera intercambiable.” (p.3), y si el de amor y sexualidad no es intercambiable si son términos que se pueden unir porque el amor trae unido sensaciones y sentimientos que son muy difíciles de explicar.

Jacques-Alain Miller (2006) presenta a través de su libro “*El amor en las psicosis*” diferentes relatos de pacientes que cuentan a sus analistas los pasajes por los infortunios del amor y como lo viven según su diagnóstico. Este título nos permite pensar desde otro ángulo la sexualidad del paciente con psicosis, no desde lo sexual puramente carnal, sino desde el amor en sus diferentes versiones y como lo pueden vivir.

El primero de ellos es “Las sorpresas del amor” de Thierry Vigneron presenta a Charles quien antes de las primeras entrevistas tuvo varias y prolongadas internaciones.

El desencadenamiento se produce al momento de declararse ante una muchacha que había elegido entre otras dos partenaires, en el momento tiene un episodio maniaco y Charles cree ser el elegido, el amado y luego desemboca en una erotomanía y eso hace que deba dejar sus estudios por las internaciones, igualmente consigue un empleo administrativo.

A partir de este momento, para Charles cada encuentro con una mujer “suscitara un momento fecundo” (p.268) y esto según él le produce excitación, que en sus palabras “... excitación que no puede detener; gozo con esa excitación” (p.268).

Esto hace que pueda contar momentos en los cuales según su analista siente dicha excitación sin sentir vergüenza o pudor. Llegando a producir una novela en la cual se plasma un alto nivel pornográfico.

El sentirse el Elegido le ocurre en el momento que gana un concurso, (esto hace que se aleje de su casa parental por un tiempo) y esta sensación aparece cuando comparte con otra persona que él cree está en sus mismas circunstancias.

El silencio de las mujeres lo hace pensar que es el ser amado para ellas y esto le ocasiona momentos de delirios y manía, y hace notar a que Charles deberá evitar encuentros con mujeres, pero, él piensa en su posición de hombre ante estos intentos de evitación.

Pasa varios años en tratamiento con una psiquiatra la cual lo ayuda a regularizar su medicación y esto lo ha impulsado a no vivir con sus padres y poder mantener un empleo, sus internaciones han disminuido en tiempo y frecuencia

Con todo esto a favor poco a poco trae la queja al analista de su soledad y “a una falta de vida sexual que tiene un profundo efecto sobre su ser existente: ¿De qué vale la vida si debo resignarme a no conocer jamás mujeres?” (Vigneron, 2006, p.270) son sus palabras.

Todo este planteo que se realiza en sesión, él intenta concretarlo y por su trabajo conoce mujeres y tiene en vista a tres (como en su primer episodio) que en el momento acaparan su atención. Dos de ellas son casadas, pero bonitas y la otra la cual no es casada es Justine que no es tan bonita y que se encuentra realizando un tratamiento (depresiva) y que él cree es el mismo que realiza el.

Todo este movimiento de las tres mujeres en vista comienzan a preocupar a Charles, por lo que han ocasionado anteriormente, así como también a su analista, pero igualmente el comienza un “amor cortes” (p.271) con ellas sabiendo en algún punto que le son inaccesibles.

Vigneron (2006) utiliza los términos de Lacan de amor muerto y amor desventurado para referirse a Justine en el primero de los casos y a las mujeres casadas en el segundo caso. Ya sabiendo que estas circunstancias no eran apropiadas Charles recurre a los clasificados para conocer a una mujer y lo logra.

Irène aparece y el la presenta diciendo: “... como el, es gorda y no muy linda, y está bajo el mismo tratamiento” (p.274). Su relación va en aumento y el cree es una buena compañera de salidas y de charlas, la presenta a su familia y amigos. Por primera vez comienza una práctica sexual activa que en algunos momentos lo frustra y corta esta práctica por una impotencia por parte de Charles. Lo atribuye a su medicación (antidepresivos) y esto hace que diga que “no ha conocido el goce” (p.274).

La relación avanza e Irène quiere tener un hijo, Charles se cuestiona al respecto y descarta la idea por la estructura que el presenta, la relación se rompe por un tiempo, pero se mantiene una inestabilidad que hace que vuelvan con el tiempo por la afición a la palabra que presenta Irène y esto produce que Charles crea no se debe perder el vínculo así sea manteniendo una amistad. Todo esto provoca que Irène le exija que deje el amor cortes con las demás mujeres (las casadas y Justine) que seguía manteniendo durante la relación y el analista apoya

este pedido. Y esto hace que el analista se pregunte por el goce que tiene Charles en estos episodios:

¿Se trata de una localización del goce? Sin duda. Y como resultado, su relación con las mujeres y, por lo tanto, con su vida profesional, se libera de un gran peso.

La práctica de la sexualidad no carece de dificultades: el goce sexual siempre es disminuido o provoca algunos síntomas discretos, un malestar difuso; aparecen quejas somáticas que lo interpelan sobre su aptitud e incluso su gusto por esas relaciones. (p.275).

Charles logra mejoras en lo laboral, ámbito al que no había podido enfrentar anteriormente y esto también se debe a Irène la que tiene un comportamiento maternal, lo baña y le cuida su apariencia, aspecto éste que no le gusta a la madre de él.

Pero esta relación que Charles sabe tendrá un fin en algún momento habilita a que él pudiera verse como ese hombre que le reclamaba al analista cuando no podía estar con mujeres, instalando la experiencia de tener una partenaire. El analista logra visualizar que lo que remarca de Irène es su charla y su afición por la palabra y que esto puede deberse a que la relación es una creación o reproducción del tratamiento analítico.

Para culminar con el caso Vigneron expone:

Regularmente, el paciente construye una teoría del amor que rodea el encuentro sexual con un aparato de semblantes.... Cuando él constata que, pese a la demanda imperiosa de su compañera, no está quizá demasiado seguro de que la satisfacción de una mujer no esté más allá de lo que ella pide. El hecho de hablar de amor permite un tratamiento del goce que termina por ser ya apenas evocado, relegado a los márgenes de la palabra. (p.276)

Charles nos muestra por un lado la complejidad del vínculo tanto con las mujeres como con el analista marcado por la demanda de amor, también nos muestra que la relación amorosa, tanto como la sexual pueden ser posibles, marcadas por los avatares del delirio, como de las características de los partenaires.

Néstor Yellati (2006) nos habla de “Un amor posible”. En este caso se presenta a Marcela que tiene 47 años y su desencadenante fue a los 20 años, de cuestión paranoica, a ella le interesaba la política y en una época de “gran agitación política” (p.284) ella comenzó a suponer que su vida corría peligro y que la “Comunidad Europea” (p.285) la quería matar.

Yellati atiende a Marcela desde hace dieciséis años, ella es maestra y él asegura que esta profesión fue la que en muchas oportunidades permitió que ella se

estabilizara debido a la relación que mantenía con sus alumnos y con los jefes de la institución. Su madre solicitó en alguna oportunidad que se le diera un papel para una pensión por invalidez y Yellati se opuso por el mal que le podría causar a su paciente el estar todo el día en su casa con una madre absorbente.

Los episodios que sufrió la paciente fueron todos de las mismas características, se encontraba en estado de confusión y sentía que las luces de los automóviles le indicaban que diera vuelta en una esquina u otra. Los semáforos tenían según el color de la luz un mensaje diferente y ella sufría mucha angustia ante estos episodios. Siempre la conclusión que sacaba de estos episodios era que la querían matar y que “los asesinos eran hombres, por lo común amigos de su juventud con los cuales, observaba, había tenido relaciones sexuales” (p.285).

Ella tuvo una relación con un hombre mayor que ella (luego de su desencadenamiento de la psicosis) el cual era militar y viajó con él a Alemania, en esa época encerrada en una habitación de hotel él le enseñaba tácticas militares y según Marcela era muy dominante e intentaba imponerle ideas.

A sus 18 años conoció a un muchacho que tenía una posición en un partido político y del cual se enamoró, Marcela cuenta que si bien tenía un trato especial con ella este tenía muchas amantes y ella también.

Mantiene, con dos hombres más jóvenes que ella, un encuentro sexual el cual le provoca una gran angustia y su analista le hace esta señalización, esto ocasiona que suspenda toda actividad sexual exceptuando algún encuentro puntual que tendrá con su amor de los 18 años y que no le ocasiona ninguna perturbación.

Marcela que al comienzo no se sentía amada por él ahora si tenía todas las certezas de ese amor.

Dice que era un hombre sin ningún “olor”, sumamente limpio, que nunca se quitaba toda la ropa y con quien el contacto era puro, “oral” y no “vaginal”. El hecho de frecuentarlo significaba limpiarse de toda la suciedad de las relaciones mantenidas con los otros, la escuela, la villa miseria, el abuso infantil, la pobreza. De allí en más hubo para ella un punto de inflexión en el lazo que la unía a él: ya no era sólo un trato preferencial por parte del hombre, vínculo imaginario que perduraba; la cuestión era ahora el amor que se revelaba en su manera de tratarla sexualmente. (Yellati, 2006, p.287)

Este lazo se rompió después de cinco años de encuentros pero se mantenía por parte de Marcela de una manera particular ya que interpretaba según como se encontraran las ventanas de su oficina los mensajes que él le enviaba. Desde su

apartamento se veían las ventanas de la oficina del muchacho y esto ocasiono que durante algunos años ella creyera siempre que estaban en contacto por esa vía.

Yellati (2006) dice que:

Marcela distingue con claridad entre lo que llama las “persecuciones” que la acosan, la angustian y hacen necesario aumentar las dosis de los medicamentos, y los mensajes que recibe de él, mensajes amorosos. Hoy tiene la certeza de que él la ama. Está segura de que la protege y sabe todo lo que le sucede, pues ella se lo trasmite. El hombre sabe que está casada con él y alimenta en ella la posibilidad de tener un hijo. Ella jamás se sintió rechazada y nunca hubo odio entre ambos. Tampoco conductas contradictorias que exigieran un esfuerzo de interpretación en el sentido positivo. El amor entre ellos parece puro y eterno. (p.289).

Marcela vive este amor posible por lo menos para ella el que le permite sentirse amada a pesar del sufrimiento de su psicosis y de las persecuciones. Uno de los aspectos más significativos es que el ejercicio de su sexualidad produce conflictos con intensas vivencias de angustia y culpa, las que imposibilitan que pueda seguir ejerciéndola aquí también, el amor y la sexualidad son centrales y se va dando una evolución donde pasa de la posibilidad de acceder al vínculo, al contacto y el disfrute sexual, a un disfrute marcado por el delirio, vivido en soledad, y a través de la producción fantaseada.

Fernando Colina (2000) presentando las diferentes versiones del amor y la amistad desde la paranoia y la esquizofrenia y otras psicosis, nos habla de las expresiones del amor en estos pacientes:

Pero la esquizofrenia y el amor, aunque ansiosos de unión, viven sometidos al desorden, a la disgregación, y al arrebató pasional. En este sentido el carácter disociativo o no disociativo -desordenado u ordenado-, que distingue clínicamente las psicosis observadas desde su vértice, se corresponde simétricamente con el amor y la amistad. (p.233).

Y con esto hace alusión a que el amor también es eso desordenado o disociativo de la presentación de las psicosis y la forma en como la vive el paciente. Y que en tanto este amor viene se presenta para poder llegar a la cura del delirar psicótico citando a Freud en su referencia a que “no debemos menospreciar el amor como poder curativo de los delirios” (p.234).

Plantea que se establece una diferencia entre distintos amores (pasional, placentero, físico, vanidad) y que en la esquizofrenia los ingredientes están del amor pero que estos se encuentran carentes de “su objetivo natural, desplazado de su desenvolvimiento normal, sustraídos de toda posibilidad de intercambio y correspondencia” (p.235).

El autor plantea también que la esquizofrenia “es una pasión particular, una pasión de ser tan intensa que concluye en la pasión abstracta de la soledad” (p.235), de una soledad como de preponderancia por que el amor lo vive sin el otro en lo carnal o ideal.

El paranoico elige a su enemigo y le declara la guerra y el esquizofrénico vive en secreto su amor ya que no es capaz de realizar la declaración de amor, declaración que debe realizar a través de la palabra las que se encuentran en sus pensamientos. El esquizofrénico no tiene la capacidad para dejar su mente en blanco y le cuesta expresar en palabras lo que siente, ocasionando que no pueda decir nada al momento del encuentro con ese otro, su amado. Y que esto ocasiona “la impotencia amorosa de la palabra, ajada y sabotada en el núcleo exacto de la candente pasión del psicótico” (Colina, 2000, p.239). Pasión que ocasiona el delirar del psicótico y que solo él sabe a quién se dirige ese delirio y que es lo que quiere expresar.

Miller nos muestra en su libro la presencia del amor en la psicosis el que se realiza a través de viñetas clínicas y de pacientes que lo viven desde diferentes dimensiones, habla de distintos amores y cómo influyen en el tratamiento y en el vínculo con el analista.

Plantea inferido por Lacan que éste pensaba que el amor en la psicosis existía, pero que este amor era un “amor muerto”, habla de amor muerto para referirse a que la persona se ama a sí mismo, es un querer ser amado. En palabras de Vanessa Baur (2012) “Esta denominación podría coincidir con la postulación de un amor no “vivificado” por el falo, con el “desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida del sujeto” (p. 78, citado a: Lacan, 1957, p.540).

“El amor en las psicosis nos enseña sobre el amor en general” (p.11) frase que mostraría no solo lo complejo del tema, sino también lo difícil de ser abarcado por el pensamiento y el lenguaje, ámbitos de los que se nutre el psicoanálisis. Los pacientes le hablan al analista de amor, de miedos, y de sus fantasías y delirios, ¿cómo dimensionar esos dichos?

Tal vez la mejor manera es a través de la transferencia, en lo que el paciente establece una demanda de amor al analista, Relación Transferencial que es un pilar técnico del psicoanálisis, le permite al analista tomar esa demanda del paciente, y con ello enriquecer la comprensión del caso.

¿Cómo pensar el vínculo del paciente con la medicina, o con la sexología, disciplinas donde el vínculo transferencial no es teorizado?

CONSIDERACIONES FINALES.

En el presente Trabajo Final de Grado se realizó una investigación de las implicancias del desarrollo psicosexual en las psicosis. El recorrido y la búsqueda bibliográfica realizada demuestran la no abundancia del tema presentado y que en su gran mayoría no son del Río de la Plata.

El recorrido histórico demuestra que la psicosis es un tema que desde la antigüedad ha preocupado a la sociedad desde aquella imagen del “loco” hasta llegar a nuestros días con una nueva ley de salud mental.

Tomando en cuenta que la sexualidad contribuye un aspecto central del ser humano como lo expresa la OMS pero este se ve plagado de la sintomatología que presenta el paciente con psicosis y enfrentar estas dificultades, primero desde una conciencia de enfermedad y luego desde el tratamiento correcto, es lo que se pretende mostrar desde este TFG.

Más allá de lo cultural sigue habiendo un manto de creencias en torno a la sexualidad, al igual que dificultades en torno de lo psicológico de la vivencia de esta, desde ¿cómo se debe vivir? y si es correcto o no.

No hay a nivel del psicoanálisis un desarrollo del uso de la sexualidad y si algo más a nivel del desarrollo psicosexual, no encontrando una respuesta o acercamiento desde esta teoría a: ¿Qué ejercicio tiene el psicótico de su sexualidad?

Desde la dimensión biológica encontramos el desarrollo psicosexual que nos plantea la distinción de lo masculino y femenino desde el sexo y que la sexualidad es la libidinización del sujeto, el placer, las zonas erógenas y el encuentro con el Otro y aquí también se incluye el autoerotismo.

La organización psíquica o el ejercicio de la genitalidad, esta estimulación en la piel, búsqueda de placer corporal va a estar influida por las características del psicótico por su personalidad. Ya que no es ni más ni menos válida porque no se de ese encuentro con el Otro o porque sea autoerótica.

Autores como Díaz-Morfa nos expresa que la vida sexual de los pacientes esquizofrénicos ha sido difícil de evaluar, se ha puesto énfasis y preocupación en la sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las psicosis y se ha olvidado que la vida sexual es una parte del paciente y que también mejora su calidad de vida, tener algún tipo de alteración en su sexualidad lo aleja de tener una mejor calidad y puede causar baja autoestima y alejamiento de poder formar relaciones interpersonales

También pone de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia tiene una vida sexual activa y que si bien los efectos secundarios que pueden causar los psicofármacos existen y están presentes, estos se pueden mejorar con una buena "evaluación y tratamiento psiquiátrico (psicofarmacológico-psicoterapéutico-terapia sexual) adecuado, así se favorece el cumplimiento del tratamiento con neuroleptidos a largo plazo y, por tanto, la funcionalidad de estos" (p.22).

De todo lo que se ha expuesto en el trabajo me voy a quedar con una última reflexión que expresa Pablo Lozano diciéndonos que si bien hay un gran desconocimiento de la realidad sexual de los pacientes psicóticos y que el trato con estos pacientes nos puede llegar a generar ideas erróneas por el comportamiento que ellos presentan. Debemos tener presente que tienen su sexualidad y que esta forma una parte de su personalidad y no debemos juzgar si es buena o mala o si está más o menos capacitada que la población en general para vivirla.

Desde mi tarea de futura psicóloga y ya sabiendo que me enfrente a la dificultad de la poca abundancia bibliográfica de la psicosis y la sexualidad es algo a explorar sin perder de vista el juego de las relaciones interpersonales en un paciente con psicosis. Señalando a Gabbard que las añade como una de sus sintomatologías al retraimiento, las expresiones inapropiadas de agresión y de la sexualidad, pérdida de la percepción de las necesidades de los otros entre otros hacen dificultoso el acercamiento hacia Otro a un partenaire. Lo que ha generado que se encuentre abierto un campo de oportunidades para continuar trabajando en esta temática que si bien me resulto dificultosa fue gratificante el poder llegar a conocer un aspecto más dentro de la psicosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ❖ .Ale, Marcelo (s/f) Clínica diferencial: locuras y psicosis. Asociación de psicoanálisis de la Plata. Recuperado de <http://www.aplp.org.ar/index.php/e-textos-10/249-clinica-diferencialocuras-y-psicosis>
- ❖ Arévalo, Carlos (2007) Las patologías en el siglo XXI En: *III Jornadas de Psicopatología: Las patologías en el siglo XXI*. Uruguay-Montevideo Impresiones Don Bosco.
- ❖ Argüelles Miret, E (s/f) Apuntes para un análisis del erotismo en la regla de Ocha. Recuperado en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ApuntesParaUnAnalisisDelErotismoEnLaReglaDeOcha-2230501.pdf>
- ❖ Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1ª. Edición). Barcelona, España: Masson
- ❖ Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1ª. Edición).Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- ❖ Aspectos sociales de la sexualidad (s/f). Recuperado en: <http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/p-sico2/pscll/MD2/MD2-L/ASPS/dimension.pdf>
- ❖ Báez, J (2007) Intervención en la psicosis desde el psicoanálisis. *Revista de la Facultad de Psicología. Fundación universitaria los Libertadores*. Nº 2- noviembre p-101-107. Bogotá-Colombia (redalyc)
- ❖ Bafico, Jorge (com) (1997) *Manifestaciones de las psicosis*. Editorial: Roca Viva.
- ❖ Bafico, Jorge; Giorgi, Mariela; González, Marcelo; Ojeda, Alejandro (2005) *El entramado en la locura: Una perspectiva psicoanalítica*. Psicolibros-Waslala. .
- ❖ Balbuena Rivera, Francisco (2011) R.D.Laing: un “rebelde” que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 679-691 doi:10.4321/50211-57352011000400006
- ❖ Barberis, Osmar (2011) La sexualidad en la psicosis. Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis. Brasilia-Brasil, septiembre. Recuperado de

<http://www.osmarbarberis.com.ar/textos/La%20sexualidad%20en%20la%20psicosis.pdf>

- ❖ Baur, Vanessa (2012) El amor extático. Una figura posible del amor en las psicosis. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología- XIX Jornadas de Investigación -VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-072/721.pdf>
- ❖ Bielli, Andrea (2012) *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000): Transformaciones de los saberes psicológicos*. Bibliotecaplural
- ❖ Casarotti, H; Pardo,V; Labarthe,A; Labraga,P ; Valiño,G ; Fernández ; Ruiz, A; Caetano,C; Pazos,M; Martínez, A. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*,67(1),76-110.Recuperado de http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/ago2003/06_pautas.pdf
- ❖ Casarotti, Humberto (2007).Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2) ,153-163.
- ❖ Cevasco, Rithée (2005) La sexualidad y el falo. Recuperado de <http://www.psicoanalisysociedad.org/Textos/LA%20%20SEXUALIDAD%20Y%20EL%20%20FALO%20R.Cavasco.pdf>
- ❖ Colina, F (2000) Esquizofrenia amorosa. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría XX*,(74) p. 231-247. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15694/15553>
- ❖ Consumer, Eroski (s/f) Sexo y Salud. Guía práctica sobre sexualidad. Recuperado de <http://sexoysalud.consumer.es/sexualidad-general/las-dimensiones-de-la-sexualidad>
- ❖ del Barrio, Victoria. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*. Vol.30, Nº2-3 junio-septiembre, 81-90.
- ❖ Díaz-Morfa, J (2006) El paciente esquizofrénico y su sexualidad: conductas y trastornos sexuales. 13(1)- Enero. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-paciente-esquizofrenico-su-sexualidad-13085382>

- ❖ Duffau, Nicolás (2013) La historia de la locura en Uruguay: Una reflexión historiográfica en torno a la obra de José Pedro Barrán. *Revista de la Biblioteca Nacional* N° 8, "Barrán". ISSN 0797-9061, pp.205-215
- ❖ Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1994). *Tratado de Psiquiatría* (8a edición). Barcelona, España: Masson.
- ❖ Fenichel, Otto (1964) B- El Desarrollo mental. Los comienzos del desarrollo mental (continuación): desarrollo de los instintos. Sexualidad infantil. En: Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed: Paidós, Bs-As, p.73-124
- ❖ Foucault, Michael (1969) Capítulo II: El Gran Encierro. En: *Historia de la locura en la época clásica I. pp.*
- ❖ Foucault, Michael (1999). *Historia de la sexualidad.1- la voluntad de saber*. Ed: Siglo Veintiuno 27ªed.
- ❖ Freud, S., (1895) *Manuscrito H. Paranoia*. Tomo I. Obras completas. Amorrortu Bs. As- Argentina.
- ❖ Freud, S., (1895) *Manuscrito N*. Tomo I. Obras completas Amorrortu Bs.As- Argentina.
- ❖ Freud (1905) Tres ensayos de teoría sexual. Tomo VII. Obras completas. Amorrortu Bs.As- Argentina.
- ❖ Freud (1908) Sobre las teorías sexuales infantiles. Tomo VII. Obras completas. Amorrortu Bs.As- Argentina.
- ❖ Freud, S (1924) Neurosis y Psicosis. Tomo XIX. Obras completas. Amorrortu Bs.As- Argentina.
- ❖ Freud, S (1924) La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. Tomo XIX. Obras completas. Amorrortu Bs. As- Argentina
- ❖ Gabbard, G (2002) Capítulo 7. Esquizofrenia En: *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ra ed. Ed: Medica Panamericana p.186-216
- ❖ García Badaracco, J (Mayo-1983) *Psicoterapia de la psicosis*. Conferencia dictada en AUDEPP.
- ❖ Hornstein, Luis (2008) *Hacia una Clínica del narcisismo*. Recuperado de <http://www.luishornstein.com/textos/clinicadelnarcisismo.pdf>
- ❖ Huertas Rafael (1999) *Entre la doctrina y la clínica. La nosografía de J.E.D Esquirol (1772-1840)*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2280679>

- ❖ Imbriano, A (s.f). La intervención analítica en las psicosis. Recuperado en: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=701>
- ❖ Insa Ballester, Elena (2005) El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 19(3)- Diciembre- 327-343 Zaragoza- España
- ❖ Intercentros. Rehabilitación psicosocial. (2011). Guía de centros de rehabilitación psicosocial. Recuperado en: http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf
- ❖ Laplanche Jean-Pontalis Jean-Baptiste (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor Barcelona.
- ❖ León Castro, Héctor (2005) Estigma y Enfermedad Mental: Un Punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6 (1) – Enero-Junio, 33-42.
- ❖ López-Muñoz, F; Álamo, C.; Cuenca, E., (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*. Vol. II-1, 77-107.
- ❖ Lozano Rueda, Pablo (s.f) Sexo y sexualidad en la psicosis. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/f8/fdo6996/05sexualidad.pdf>
- ❖ LLovera, F; García Ramos, PR; Ballesteros, A (2015) Psicosis. 11(85)- Septiembre, 5086-5097. <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S0304541215002152>
- ❖ Maleval J.C., (2002), *La forclusion del Nombre del Padre*, Paidós, Bs. As- Argentina
- ❖ Manyeco Cano, J; Mironovich, E; la Calle Marcos, P (2014) Rompiendo mitos: la sexualidad de los pacientes con trastorno mental grave a través de los mitos. Comunidad Terapéutica de Salud Mental- Unidad de gestión clínica de salud mental de Almería. Recuperado en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/09/Investigacion-accesit-II-2013.pdf>
- ❖ Miller Jacques-Alain (2006) *El amor en la psicosis*. Paidós, Bs-As-Argentina
- ❖ Monroy, A., (1994) Sexualidad y adolescencia En: *Antología de la sexualidad humana*. CONAPO- Mexico p.333-370. Recuperado en:

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_333-370.pdf

- ❖ Montejo, González A. (2003) Capitulo 1. Disfunción sexual provocada por antipsicóticos. Impacto clínico y propuesta de actuación. En: *Sexualidad y salud mental*. Ed: Glosa. Barcelona-España.p.15-36
- ❖ Muñoz, Pablo (2008) El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan. *Revista Anuario de Investigaciones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.15-Enero-Diciembre ,87-98.ISSN 1851-1686
- ❖ OMS-WAPR (1996) Rehabilitación psicosocial: Declaración de consenso WAPR-WHO. Recuperado en:
http://www.wapr.org/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- ❖ OMS (2006) Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Política, planes y programas de salud mental. Versión revisada. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43526/1/8495076799_spa.pdf?ua=1
- ❖ Ortiz, H (s/f). La dimensión social de la sexualidad. Recuperado de http://www.geosalud.com/sexologia/profesionales_articulos/anexo_dimension_social.html
- ❖ Psicosis (2001). Recopilación bibliográfica y elaboración temática realizada para la pasantía “Clínica de los cuadros Fronterizos y de las Psicosis”, dictada en la Facultad de Psicología de la UBA y en el Hospital Braulio Moyano de Buenos Aires. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/psicosis.pdf
- ❖ Pujana, Mariano (2013). Sexuación y psicosis. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-054/803.pdf>
- ❖ Ramírez, Miguel(s/f) Educación Sexual: Perspectivas de la sexualidad humana. Recuperado de <http://educacionsexualsexualidad.blogspot.com.uy/p/perspectivas-de-la-sexualidad-humana.html>

- ❖ Red Nacional de Salud Mental de ASSE (2013). Identidad y Convivencia. Experiencias presentadas en la Jornada 2012. Montevideo: Editorial Psicolibros Universitarios.
- ❖ Rodríguez de Molina, M; Salvador, L, Fora, F (1994) Sexualidad y esquizofrenia. Acta psíquica 40(3) 195-206.
- ❖ Ruiz Nelson (2011) Psicoanálisis y sexualidad: los avatares de Freud y sus huellas sobre los Queerpos sexuados. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoanalisis-y-sexualidad-avatares-freud-y-sus-huellas-queerpos-sexuados>
- ❖ Saal, Frida (2005) El amor y la sexualidad: de Lacan a Freud. En: Néstor Braunstein (ed) *La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. Siglo XXI s.a- Bs-As- Argentina p.251- 275.
- ❖ Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., Salas, D., Magallanes, T. Sexualidad y enfermedad mental crónica. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/28_sexualidad.pdf
- ❖ Sapetti, A. (s/f). Psicosis y sexualidad. Recuperado de http://www.sexovida.com/psiquiatria/psicosis_sexualidad.htm
- ❖ Slachevsky, A; Fuentes, P. (Octubre, 2005) síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica. En: *Revista Médica Chile*, 133(10), Santiago de Chile- Chile. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001000015
- ❖ Soler, Colette (2004) *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Ed: JVE. Bs. As- Argentina (1ª ed).
- ❖ Sparrow, Cesar (s.f) Explicaciones etiológicas de la psicosis. *Revista de investigación en psicología* Año II N° II. Instituto de investigaciones psicológicas (UNMSM) Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v02_n2/pdf/a07v2n2.pdf
- ❖ Teorizando la comedia de los sexos: Lacan sobre la sexualidad (2011) Recuperado de <https://introalaclinicadinamica.files.wordpress.com/2011/10/teorizando-la-comedia-de-los-sexos-lacan-sobre-la-sexualidad.pdf>
<http://www.who.int/reproductivehealth/es/>

- ❖ Torres, I; Guzmán, F (2002) Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. Educación XX 1(5) p 35-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600504>
- ❖ Vallina, O; Lemos, S (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema 13(3) p.345-364 Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>
- ❖ Velosa Forero, J (2010) Consideraciones sobre las psicosis paranoides y su relación con la personalidad. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ConsideracionesSobreLasPsicosisParanoicasYSuRelaci-3865704%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ConsideracionesSobreLasPsicosisParanoicasYSuRelaci-3865704%20(1).pdf)
- ❖ Yoldi, M (s.f). Antipsicóticos de depósito. ¿Qué son y qué ventajas tienen? Recuperado en: <http://psiquiatria-mexico.com/data/documents/ANTIPsic=C3=93TICOS=20DE=20DEP=C3=93SITO.pdf>
- ❖ Zolty, L (2001) Observaciones psicoanalíticas sobre las psicosis. En: Juan David Nasio (comp) Los más famosos casos de psicosis. Ed: Paidós, Bs-As, p. 39-71.