

Facultad de Psicología

Universidad de la República

Esquizofrenia y Heteroagresividad

Autora: Valentina Antelo

Tutora: Prof .Ad. Gabriela Prieto

Octubre de 2015

Montevideo

Resumen

El presente trabajo discute la relación existente entre los conceptos de agresividad y esquizofrenia, con énfasis en la agresividad en relación con un otro y con el medio, y cómo el concepto de psicosis ha sido asociado al de criminal, violento y peligroso. El recorrido teórico muestra la tendencia al encierro de esta población, la cual es excluida socialmente y percibida como peligrosa. Las referencias bibliográficas muestran que, si bien los esquizofrénicos pueden tener mayor predisposición a conductas violentas —no solo por los procesos patológicos de la enfermedad, sino también, por las características sociales de vulnerabilidad a las que se encuentran expuestos hoy en día—, la casi totalidad de estas conductas no corresponde a esta población. El presente texto tiene por objetivo generar insumos para pensar la relación existente entre este tipo particular de psicosis y la agresividad heterodirigida, cuestionando si la agresividad es general a otros procesos psicopatológicos y, aún más, si la agresividad no se encuentra en realidad en relación a todos los seres humanos. Con este fin, se realiza una indagación bibliográfica del tema que integra diversas miradas teóricas, utilizando como insumos autores clásicos, tesis, artículos académicos, manuales vigentes y datos de investigaciones.

Palabras clave: agresividad, esquizofrenia, peligrosidad, psicosis, pulsión de muerte, violencia.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	3
Las transformaciones de la esquizofrenia	5
Reflexión sobre las patologías mentales	5
Historia del concepto de esquizofrenia.....	6
Definición y características diagnósticas	8
Las psicosis esquizofrénicas a través del psicoanálisis.....	11
Historia individual y estructura.....	11
El rechazo (<i>Verwerfung</i>).....	12
Vínculos y relaciones objetales primarias.....	13
Construcción del pensamiento y lenguaje.....	15
Violencia y agresividad	17
Violencia: un desafío social	17
Violencia y psicosis.....	18
Agresividad y psicoanálisis	22
Pulsión de muerte.....	22
Agresividad constitutiva del individuo	24
Consideraciones finales.....	29
Bibliografía	32

Introducción

La presente monografía se inscribe en el proceso de graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El trabajo académico enfrenta al estudiante a la profundización bibliográfica sobre la temática elegida. En este caso, siendo el tema elegido la esquizofrenia y su relación con la agresividad heterodirigida, se persiguió como objetivo la búsqueda bibliográfica desde distintas conceptualizaciones teóricas que posibilitaran la reflexión y complejización de los conceptos planteados. Es por tanto que se utilizan como móviles ciertas interrogantes personales que guiaron la búsqueda y la senda bibliográfica recorrida. Es claro que no todas las interrogantes son pasibles de ser resueltas y por tanto a lo largo del trabajo académico se intenta problematizar sobre estas.

Se optó por realizar una aproximación histórica sobre los conceptos de esquizofrenia con la convicción de que solo a través de los procesos históricos, tanto de los sujetos como de los conceptos, se puede desembarcar en el impacto significativo que cada proceso reviste. Esta aproximación asiste en el proceso de re-pensar y descubrir el porqué de los acontecimientos actuales. Los conceptos científicos y las manifestaciones clínicas de las enfermedades poseen directa relación con el contexto cultural y científico. Es decir, la expresión de la esquizofrenia es singular en relación a cada paciente, si bien, esta engloba determinado tipo particular de síntomas, síndromes y estructuras. Es imperativa, para una enfoque globalizador, la comprensión de los procesos que llevaron a la construcción de lo que es hoy en día la salud mental y particularmente la relación entre esquizofrenia y agresividad.

No se pretende con este trabajo dar cuenta de la totalidad temática ni arribar a conclusiones cerradas, ya que ninguna construcción o revisión teórica agota el conocimiento y saber sobre una materia. En el proceso de construcción y reconstrucción de la presente monografía, se emplearon artículos académicos, tesis, autores clásicos y revisiones contemporáneas de las mismas para considerar un abordaje más profundo. Se describen de este modo, en la primera sección del trabajo, los aportes y modificaciones realizados por distintos autores al concepto de esquizofrenia, desde las visualizaciones clásicas, desde concepciones psicoanalíticas y desde los manuales de psicopatología vigentes. Considerando que la esquizofrenia es un tipo particular de psicosis, con una prevalencia del 1 % en la población general que conlleva implicancias severas para la vida del sujeto. Por otra parte, en el segundo tramo de la monografía se presenta el fenómeno de la violencia en

el ámbito social, como problemática cultural en general y en relación directa con los procesos psicopatológicos. El esquizofrénico es en ocasiones pensado y percibido como potencialmente peligroso per se, situación que motiva la problematización en este trabajo a través del recorrido teórico. Con el fin de complejizar la relación entre el sujeto y la agresividad se consideran asimismo conceptualizaciones posfreudianas sobre dicha relación, visualizando como inherente a la constitución del psiquismo la agresividad. Del mismo modo, se indaga sobre las teorizaciones de la pulsión de muerte, concepto controversial dentro del psicoanálisis.

Las transformaciones de la esquizofrenia

«Si alguien realmente piensa que puede definir la esquizofrenia o conocer su origen es que ha perdido la razón. Solo los esquizofrénicos poseen el suficiente conocimiento de su dolencia.»

(Álvarez y Colina, 2011, pág. 17)

Reflexión sobre las patologías mentales

El análisis de la historia de las formaciones de los procesos patológicos, las enfermedades y los trastornos faculta el conocimiento de estos procesos desde un punto de vista completamente nuevo. El cuestionamiento acerca de la historia de los conceptos da pautas de cómo fueron sus primeras apariciones y cómo, a lo largo de distintas épocas, se fueron priorizando diferentes aspectos de las enfermedades, aunque siempre se tratara de la misma entidad nosológica. Al repasarse el recorrido histórico de la esquizofrenia, se pone de manifiesto la intensidad y preponderancia que adquieren algunos síntomas sobre otros, dependiendo de los intereses del autor que los postule y los discursos particulares de las disciplinas que definen esta enfermedad en cada contexto.

Las enfermedades, así como la construcción del conocimiento que se produce sobre estas, no escapan a los avatares del desarrollo social y cultural. Álvarez y Colina (2011) destacan que no son las manifestaciones de las enfermedades o trastornos las únicas que varían según las potencialidades de cada momento histórico, sino que también influye la capacidad de los conocimientos científicos presentes en esa época, los descubrimientos y procesos científicos contemporáneos a las descripciones.

Los autores Álvarez y Colina (2007, 2011) hacen especial énfasis en que la esquizofrenia como entidad particular haya surgido en la época Moderna. No es cuestión de azar que las primeras transcripciones sintomatológicas sobre la enfermedad se remonten a la Modernidad, ya que es en esta época donde se presentan características de simbolización que favorecen a la expresión de la esquizofrenia y su particular sintomatología.

La historia de las enfermedades, de la locura, o la esquizofrenia en particular, no es pasible de ser pensada aislada y ajena a los modos de sufrimiento de los sujetos situados en su momento histórico. Es decir que cada momento y lugar en el que se presente la enfermedad es exclusivo, así como también lo es en cada individuo y su singularidad; si bien la estructura de la enfermedad puede mantenerse similar entre sujetos de la misma comunidad, varía su expresión y alcance dentro de la personalidad y circunstancias de cada enfermo (Álvarez y Colina, 2011).

Historia del concepto de esquizofrenia

El camino que ha recorrido el concepto de esquizofrenia ha sido sin duda sinuoso y se ha visto dotado de distintos énfasis dependiendo de la descripción que hace cada autor. Masa Moreno (2012) indica que la primera designación o referencia a la esquizofrenia se remonta al pasaje del siglo XIX al XX, donde aparecen los primeros indicios de enfermedades con esta descripción que presentan los trabajos de Bleuler y Kraepelin. Fue Morel el primero en introducir la nosología que luego es tomada y ampliada por Kraepelin, quien utilizó un criterio evolutivo y reunió a un grupo heterogéneo de pacientes para continuar su trabajo.

Novella y Huertas (2010) revisan el recorrido histórico del término moreliano, el cual basa su origen en el estudio de casos de jóvenes alienados a los que denominó en una primera instancia como *démence stupide*. Bajo esta descripción se presentaban las estereotipias marcadas de actitudes, gestos, lenguaje y expresiones de negativismo. En 1960, Morel introduce la denominación «demencia precoz», que alude a la descripción clínica de esos casos.

Kraepelin (citado por Novella y Huertas, 2010), si bien retoma el término moreliano manteniendo puntos en común, funda una entidad nosológica distinta y original. Introduce y describe dos grupos de psicosis endógenas: las maniaco-depresivas y la demencia precoz, la cual podía evolucionar progresivamente o por medio de brotes. El concepto kraepeliniano incluye como síntomas de la *dementia praecox*: la apatía, la indiferencia, la desorganización del pensamiento, la disgregación psíquica y el deterioro afectivo; los cuales se encontraban coligados con ideas delirantes, alucinaciones y trastornos psicomotores.

En 1911 Bleuler (Novella y Huertas, 2010) introduce el neologismo *esquizofrenia* para denominar y extender el concepto de demencia precoz. La descripción teórica ya no se centra en su evolución, sino que el énfasis se sitúa en el rasgo patológico, aspecto

fundamental para este autor. Bleuler se interesó por el análisis estructural, destacando como capital la escisión y ruptura del yo en la patología esquizofrénica. Esta ruptura con el yo plantea un empobrecimiento de la actividad mental que establece una organización estructural deficitaria que se introduce en la vida del sujeto.

Para Henri Ey (1980), el término esquizofrenia no responde a un simple cambio de nomenclatura, sino que corresponde a que esta enfermedad crónica posee la particularidad de realizar en el sujeto una transformación profunda. Transformación que se da en forma progresiva, modificando el modo de comunicación y relacionamiento que el individuo mantiene con el entorno, quedando así el sujeto náufrago en el pensamiento autístico, acompañado de la abstracción de su mente en un caos imaginario.

En este sentido, Masa Moreno (2012) subraya que Bleuler crea una nueva nomenclatura que hace énfasis en la disgregación del yo, motivo por el cual propone llamarla «mente partida». Al decir de Eduardo Leiderman (2011), se pasó de un modelo neurodegenerativo kraepeliniano al modelo psicodinámico más amplio de Bleuler.

En la década de 1930, Eugéne Minkowski (Novella y Huertas, 2010) —en la misma línea de inquietudes que Bleuler— toma como síntoma primordial el autismo y asegura que el enfermo se encuentra ante un deterioro intelectual que implica un debilitamiento del instinto vital. Siguiendo con un correlato cronológico sobre la evolución del concepto de esquizofrenia, estos dos autores (2010) destacan a Kurt Schneider, quien en 1946 desde la cátedra de Heidelberg introduce una caracterización de los síntomas esquizofrénicos invirtiendo el orden planteado por Bleuler, priorizando la observación clínica para establecer el diagnóstico de la enfermedad. Schneider distinguió síntomas de primer rango por su importancia para detectar la esquizofrenia, los cuales incluían: audición de voces que opinan e interpelan al sujeto, experiencias corporales de influencia, robo de pensamientos, percepción delirante y la influencia de sentimientos. Estos síntomas comparten un rasgo fenomenológico que consiste en la pérdida de límites del yo. Luego de las postulaciones de Schneider se intentó agrupar a los pacientes según las descripciones de su sintomatología.

Timothy Crow (citado por Masa Moreno, 2012), tras una serie de investigaciones en el tema, retomó y dio forma a la distinción entre síntomas negativos y positivos, formulando así la primera tipología determinada para este padecimiento. La esquizofrenia de tipo I agrupaba la sintomatología positiva, que incluía delirios y alucinaciones. La esquizofrenia de tipo II se caracterizaba por poseer las alteraciones cognoscitivas y alteraciones cerebrales como proceso patológico.

Definición y características diagnósticas

La esquizofrenia es una enfermedad mental, como plantea Alanen (2003), que se caracteriza por la desorganización de la personalidad y cuyo inicio es esperable en la adolescencia. Esta enfermedad manifiesta acentuados repliegues hacia el mundo interno acompañados de frecuentes alucinaciones y/o delirios.

Henri Ey (1980) la describe como un tipo particular de psicosis crónica, siendo la esquizofrenia la más común dentro de ellas. Se presenta de formas extrañas, graves y posee una evolución desfavorable que produce el deterioro del individuo, lo que le genera embotamiento y empobrecimiento de sus funciones, la personalidad se disocia constituyendo un déficit global y una regresión autística.

Por otra parte, en la actualidad el CIE y el DSM, manuales aprobados y utilizados a nivel mundial que guían el diagnóstico de la esquizofrenia, caracterizan los trastornos mentales basados en una serie de signos y síntomas particulares (Ministerio de Sanidad y Consumo: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Fòrum da Salut Mental, 2009).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de generar un registro sistematizado internacional que permitiera promover la comparación internacional y la recolección de estadísticas sobre las enfermedades. Para dicha clasificación, la esquizofrenia se encuentra ubicada en el F20 y se la considera un trastorno en el cual se ven distorsionados la percepción, el pensamiento y las emociones. La afectividad en este trastorno se presenta como fría e incongruente, con falta de adecuación a lo real. El comienzo puede ser agudo a través de trastornos graves del comportamiento o insidioso por medio de un desarrollo gradual de ideas y conductas extravagantes (OMS, 2000). Así mismo, el CIE10, para formular un diagnóstico, realiza la división en síntomas evidentes —de los cuales debe existir por lo menos uno— y los menos evidentes —de los cuales deben presentarse dos o más para poder ser diagnosticado. Los síntomas evidentes consisten en el eco, robo del pensamiento o sensación de que estos son espiados, ideas de tipo delirante de ser controlado, voces que comentan su proceder, ideas delirantes persistentes que no son adecuadas a la cultura, o creerse poseedor de una identidad política o religiosa conocida (Ministerio de Sanidad y Consumo: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Fòrum da Salut Mental, 2009).

Por otra parte, las alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, la interpolación o bloqueos en el pensamiento, manifestaciones catatónicas, o síntomas negativos, forman parte de los síntomas menos evidentes (OMS, 2000).

La American Psychiatric Association (APA) elabora en 1952 el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) con el fin de proporcionar descripciones diagnósticas claras y consensuadas para clínicos e investigadores de distintas disciplinas. El DSM (APA, 2002) propone una descripción fraccionada en cinco ejes con el fin de analizar los diferentes ámbitos del funcionamiento del paciente. En dicha clasificación se agrupan los síntomas en positivos y negativos, se cuantifican los síntomas necesarios y suficientes para su clasificación diagnóstica. El ítem del tiempo, al igual que en el CIE10, es un factor transversal y determinante.

Los síntomas positivos que plantea el DSM son los que se presentan en la fase activa del trastorno y los que generan mayor malestar, incomodidad y llaman la atención del paciente y su entorno. Estos reflejan una demasía o un extrañamiento de las funciones normales, escoltadas por las ideas delirantes y las distorsiones en la percepción, las cuales muestran también una dimensión de desorganización manifiesta por la desorganización en el comportamiento, lenguaje y pensamiento (Ministerio de Sanidad y Consumo: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Fòrum da Salut Mental, 2009).

En relación con la categorización en síntomas positivos y negativos, Masa Moreno (2012) indica que los síntomas negativos no generan gran distorsión en el ámbito familiar y cotidiano del paciente, ya que usualmente se los interpreta como desgano o falta de voluntad. Estos síntomas negativos comprenden las restricciones con el ambiente y el monto o intensidad de las expresiones. Al igual que lo planteado por el CIE10, en el DSM se visualiza a través de estos síntomas el aplanamiento afectivo que puede acompañarse de abulia o alogias (APA, 2002).

A propósito de su presentación clínica, Masa Moreno (2012) indica que la esquizofrenia — como se planteó anteriormente en este trabajo— se desarrolla y manifiesta en la juventud de los pacientes, siendo su edad de aparición entre los 15 y 45 años. No obstante, su comienzo puede ubicarse en edades más tempranas o luego de los 45 años, pero no es lo esperable. La autora agrega que su presentación se da en igual medida en ambos sexos y posee una heredabilidad de más de un 81 %. Si bien esta cifra es alta, no puede afirmarse

que sea heredada de forma lineal por un único patrón, un factor por sí solo no asegura su transmisión, ni el ambiente, ni los factores genéticos, ni la vulnerabilidad estructural.

Con respecto al modo de manifestación, Soraya Masa Moreno (2012) plantea la posibilidad de distinguir tres etapas o fases por las que transita usualmente la esquizofrenia. La primera en presentarse es la fase prodrómica, que se encuentra antes de que se produzcan los estados de crisis, momento en el cual pueden observarse una serie de síntomas que revelan el inicio de la enfermedad o de la proximidad de brotes. Estos indicadores pueden constituir: tensión, pérdida de apetito, desorganización en las comidas, dificultad de concentración, dificultad para dormir, pérdida de interés, pensamientos equivocados de que se ríen o hablan mal de él, agitación, entre otros.

En la segunda fase se producen síntomas positivos que suelen ser bastante llamativos e irrumpen en la cotidianidad de los sujetos y su entorno. Pueden encontrarse en esta fase características y manifestaciones típicas de la esquizofrenia. Igualmente, en cada caso y cada paciente se presenta la sintomatología de forma particular y es vivida de forma singular por cada sujeto. Estas manifestaciones son denominadas brotes, crisis o momentos agudos. Puede tratarse también del inicio de la enfermedad por comienzo abrupto.

En esta misma línea, Ey (1980) agrega que las manifestaciones presentes en los individuos dan cuenta de las formas de funcionamiento que es capaz de lograr un sujeto. Este autor describe el síndrome de período de estado característico de los cuadros generales de la esquizofrenia, en el cual considera que los elementos descriptivos pueden agruparse en dos grandes entidades: por un lado el síndrome de disociación y por otro el delirio autístico o autismo. Así mismo, se incluye dentro del síndrome de disociación lo referente a la disgregación de la vida psíquica, a los rasgos negativos de desestructuración de conciencia y personalidad.

Por su parte, el vacío que producen los rasgos negativos y la disociación tienden a transformarse en producción delirante creativa que conlleva la particularidad del delirio autístico, encerrado en su propio mundo de creaciones. Estos polos constituyentes del síndrome de período de estado comparten caracteres comunes, a saber: la ambivalencia, la impenetrabilidad, la extravagancia y el desapego; rasgos característicos de las presentaciones clínicas de la esquizofrenia.

Las psicosis esquizofrénicas a través del psicoanálisis

Historia individual y estructura

La visión de la enfermedad y descripción propuesta desde el psicoanálisis, si bien utiliza nomenclaturas y diagnósticos similares a los mencionados anteriormente en este trabajo, presenta diferencias sustantivas a la hora de abordar y pensar la psicosis.

A diferencia de los manuales diagnósticos, donde los síntomas determinan la adscripción a las distintas patologías, Báez (2007) puntualiza que para el psicoanálisis estructural un individuo es psicótico más allá de que los síntomas se hayan desencadenado o no. En este sentido, Castaño y Salazar (2012) indican que es la estructura la responsable de dar forma a los síntomas y no a la inversa. En concordancia González Jiménez y Báez (2010) añaden siguiendo a Freud, que el síntoma solo tiene sentido en relación con la vida psíquica del sujeto.

Londoño (2015) propone pensar en las diferencias significativas existentes entre los postulados diagnósticos clínicos del DSM y el CIE en oposición a la intervención de tipo psicoanalítica. Estas clínicas psiquiátricas no consideran formas alternas de entender la psicosis si no es mediante la reducción caracterial de signos patognómicos. Por otra parte, Cotrino Nieto (2012) agrega que la psiquiatría actual privilegia los signos del comportamiento por sobre la escucha de la historia individual del sujeto. No es capital la dedicación de tiempo a establecer un diagnóstico diferencial basado en las subjetividades individuales, sino que la psiquiatría actual prioriza las lógicas actuales teñidas por afanes de productividad que rigen los modelos de atención en salud.

Desde la escuela psicoanalítica, Freud (1894/1991) postuló tres estructuras de organización psíquica dentro de las cuales se podrían encontrar distintos matices y patologías. Si bien a partir de una misma estructura podrían verse distintas presentaciones clínicas, no existiría movilidad de una estructura a otra. Es decir, una personalidad neurótica, por más que comparta manifestaciones similares con la estructura perversa o utilice defensas de tipo perversas, siempre se mantendrá dentro de la esfera de la neurosis.

Castaño y Salazar (2012) explican los mecanismos esenciales que Freud describió como fundamentales para la constitución de cada estructura psíquica: la represión (*Verdrängung*) en la neurosis, la renegación (*Verleugnung*) y el rechazo (*Verwerfung*) en la psicosis. Si bien

no es el objetivo de este trabajo profundizar en los mecanismos utilizados por las estructuras neuróticas o perversas, igualmente es menester puntualizar que estos tres mecanismos pueden presentarse en el sujeto a partir del advenimiento de un conflicto vital común a todos estos.

García Navas (2015) postula que el niño pequeño se enfrenta a la diferencia sexual como un hecho traumático que modifica su modo de percibir el mundo, más precisamente, debe afrontar la falta de pene en su madre. Esta situación lo enfrenta a la confirmación de la amenaza de castración, ante la cual el niño deberá encontrar un mecanismo para defenderse de la angustia que presenta este nuevo conocimiento y amenaza hostil. En la misma línea de este planteo, Báez (2007) indica que la base de la estructura se encuentra cimentada en el complejo de Edipo y la elaboración de la angustia de castración.

De este modo, García Navas (2015) advierte que dependiendo del tipo de defensa al que pueda adscribir el sujeto, el tipo de estructuración que le será posible. En adición, describe las tres posibles defensas que se le presentan al infante para soportar aquello que le genera angustia. Puede reprimir las pulsiones y permitir el paso de las representaciones, las cuales quedarán ocultas, pero podrán retornar y ser resignificadas con posterioridad –defensa neurótica–. Puede renegar la castración, haciendo caso omiso a esta –defensa perversa– (Castaño y Salazar, 2012). O por otra parte, puede rechazarla y por tanto inscribirse en la estructura psicótica. Esta última significa una defensa tan extrema que no permite la entrada de la representación (García Navas, 2015), es una exclusión del saber (Castaño y Salazar, 2012).

El rechazo (*Verwerfung*)

El vocablo alemán *Verwerfung* es traducido al español de diferentes modos: rechazo, repulsa, repudio o exclusión (García Navas, 2015), pero representa en todos los casos un mecanismo de defensa específico de la psicosis (Laplanche y Pontalis, 2004). Si bien es un término que marca un camino importante en la forma de concebir las psicosis, García Navas (2015) plantea que no ha sido muy utilizado ni desarrollado por Freud, pero de igual manera este último mantiene presentes estas postulaciones en formulaciones posteriores.

En el presente trabajo se adscribirá a la traducción y noción propuesta por los autores Castaño y Salazar (2012), quienes la transcriben como *rechazo*, postulando que es utilizada por primera vez en 1894 por Freud, donde es descripta como una forma de defensa con

gran carga energética que rechaza a la representación que se le presenta como intolerable. Es rechazado también el afecto correspondiente a esta representación, dejándola excluida como si nunca hubiera existido (Freud, 1894/1991). A través de este mecanismo, Castaño y Salazar (2012) plantean que el Yo procura un nuevo mundo edificado por las tendencias del ello, evitando la realidad intolerable el psicótico niega el mundo externo y se somete a su instinto.

En postulaciones posteriores, Jaques Lacan (León y Reyes, 2012) retoma el concepto planteado por Freud, esbozándolo como la expulsión de un significante primordial que inaugura el campo de lo simbólico, sin el cual el individuo quedará excluido de este plano. Introduce una variante a la descripción propuesta por Freud (1894) y plantea la utilización de un nuevo vocablo: forclusión. García Navas (2015) puntualiza que el vocablo forclusión es tomado del ámbito jurídico, donde hace mención a un derecho que puede ser tomado en determinado momento, en ese momento preciso y no después. Una vez concluido este momento, la posibilidad de hacer uso o adscribir a ese derecho caduca. A partir de este término se introducen en Lacan una explicación y causalidad de la psicosis en relación al complejo de Edipo y al significante del Nombre de Padre, el cual será para este autor la introducción al mundo simbólico.

Vínculos y relaciones objetales primarias

En lo referente a los vínculos objetales, Cláudia de Paiva (2014) destaca la preponderancia de los objetos internos, ya que el sujeto se constituirá a partir de las fantasías obtenidas por medio de estos. Las relaciones objetales son imprescindibles para el desarrollo psíquico del infante, debido a que consisten en una interrelación permanente con el ambiente. El primer objeto para el bebé es su madre, y la relación con esta figura es fundamental para la teoría kleiniana, dado que a partir de estas primeras experiencias se conformará el carácter relacional futuro con todos los objetos.

Melanie Klein (1946) en su teoría da gran importancia a la existencia de las relaciones objetales desde las primeras instancias vitales, siendo el primer objeto el pecho materno. Patricio León e Ivonne Reyes (2012) plantean que para comprender las relaciones objetales es importante considerar que las posiciones planteadas por Klein son modos en los que se revelan estas relaciones y, si bien remiten a cierta cronología, estas posiciones actúan durante toda la vida del sujeto y se manifiestan ante diversas situaciones. Las posiciones

articulan, para estos autores «el conjunto de ansiedad, defensas y fantasías inconscientes presentes desde el nacimiento» (León y Reyes, 2012, pág. 78).

En los estadios tempranos del desarrollo, el lactante atraviesa lo que Klein (1952) denomina posición «esquizo-paranoide», la cual se caracteriza por la incapacidad de percibir a los objetos como una totalidad dotada de atributos positivos/gratificantes y negativos/frustradores como una unidad. Del mismo modo, León y Reyes (2012) añaden que en esta posición el lactante no logra introyectar la completud de los objetos, estos son parciales para él. En el momento en que el bebé comienza a relacionarse con los objetos de modo parcial, sus vínculos e intercambios con el exterior se realizan a través del amamantamiento. El lactante disociará lo gratificante y lo frustrador en pecho bueno y pecho malo ante la incapacidad de percibir a su objeto de amor como objeto odiado.

Por otra parte, la relación del pequeño con los objetos comienza a buscar una mayor integración y, de este modo, se instaura en lo que Klein (1946) designó como posición depresiva. Esta implica que los aspectos amados y odiados de la madre ya no se encuentran tan separados, lo que implica un cambio en la relación con los objetos. León y Reyes (2012) puntualizan que es en este momento en que el lactante logra una mayor madurez emocional que le permite integrar las percepciones fragmentadas. Del mismo modo, de Paiva (2014) añade que esta integración del yo comienza alrededor de los seis meses. Como consecuencia emocional y psíquica el pequeño percibe «un fuerte sentimiento de culpa y estados análogos al duelo, porque siente que los impulsos agresivos se dirigen contra el objeto amado» (Klein, 1946). Sin embargo, esta naciente relación objetal permite una mayor comprensión de la realidad psíquica, así como también una mayor capacidad de percepción del mundo externo. Por consiguiente, las ansiedades presentes en las posiciones esquizoparanoide y depresiva se van modificando, reformulando la vida psíquica del sujeto a través del paso del tiempo y en directa relación con el ambiente que lo rodea.

Con intención de esclarecer la relación entre las primeras instancias de la vida del sujeto y la constitución de la psicosis, León y Reyes (2012) plantean que esas mismas ansiedades —esperables para los primeros momentos vitales del individuo— pueden fijarse por una falla en la elaboración de las posiciones y producir una dilación en el desarrollo normal. Para esta concepción los inicios de la psicosis se encuentran en los primeros meses de vida. Los autores destacan la posibilidad de que los psicóticos no alcancen nunca la posición depresiva. Sostienen, por tanto, que los psicóticos cuentan con una posición esquizoparanoide con gran presencia y preponderancia de impulsos sádicos que impedirían

el pasaje a una fase más integrada de relación objetal. También podría ocurrir que logren iniciar en la posición depresiva y, ante la imposibilidad de superar la angustia que se presenta por la integración de objetos malos en el objeto idealizado, se repliegan hacia la posición anterior.

Silvestre, Ingelmo y García-Ordás (2013) enfatizan la importancia de los mecanismos defensivos para la construcción de la psicosis. Postulan dentro de la obra kleiniana la utilización de la renegación/desmentida como un mecanismo que utiliza el sujeto para no tomar en consideración aquello que le genera angustia, es decir, lo que existe en la realidad interior pero que resulta insoportable para él. Los autores añaden que es fundante de igual modo para la concepción kleiniana la identificación proyectiva como mecanismo defensivo en la psicosis.

En esta misma línea, Álvarez Arboleda (2007) cita a León Grinberg, quien describe la identificación proyectiva como agente que determina la relación de empatía con el objeto. Este mecanismo, común a todos los individuos, interviene en las patologías como modo de proyección de aquello de lo cual debe protegerse. En otras palabras, las fantasías omnipotentes de las partes no deseables de la personalidad son disociadas y proyectadas hacia el exterior. Al respecto, de Paiva (2014) agrega que la proyección de estos objetos persecutorios posibilita un alivio al psiquismo, ya que brinda la posibilidad de tratar los estímulos internos indeseables como si fuesen externos y separados de su self. Se utilizan en la psicosis, por tanto, los mecanismos que Klein (1946) describe para los primeros momentos de vida. Las relaciones de objeto se encuentran marcadas por la relación entre la introyección y proyección de los objetos y sus atributos. Los objetos gratificantes tienden a introyectarse y los destructivos son proyectados en parte hacia el exterior como un desvío de la pulsión de muerte. La negación omnipotente se presenta como mecanismo típico de las primeras etapas infantiles que permite negar las situaciones dolorosas.

Construcción del pensamiento y lenguaje.

Resulta de gran valor para este trabajo la contribución de W. Bion, quien no solo toma en consideración y reformula aspectos de la teoría freudiana y kleiniana, sino que también, como puntualiza Spector (2004), elabora a partir de su trabajo con la esquizofrenia un *modelo de la mente* y genera novedosos aportes sobre el desarrollo primitivo del bebé.

Angaritas (2010) describe que, para Bion, coexisten una parte psicótica de la personalidad y otra no psicótica, tanto en pacientes neuróticos como psicóticos. La parte psicótica de la realidad (PPP) consta de cuatro rasgos fundamentales: *i*) el predominio de los impulsos destructivos, expresados a través de su propio sadismo; *ii*) un odio a la realidad interna y externa; *iii*) un miedo continuo a la aniquilación permanente; *iv*) formación prematura de relaciones de objeto, lo que genera por consecuencia una transferencia prematura, frágil y dependiente debido a la presión de la pulsión de vida y de muerte. Bion (1985) destaca que estas «características extrañas» son las responsables de que el esquizofrénico progrese de la posición esquizoparanoide a la depresiva de manera particular.

En este mismo sentido, Angaritas (2010) señala que existe para Bion la forma particular de relacionarse con el objeto dentro de la PPP, la cual se encuentra mediada por la identificación proyectiva patológica, que es activada por un impulso dominante de la pulsión de vida o de muerte. Es, como plantea el autor, hiperactivada y, por tanto, asociada a estados dolorosos y confusos, lo cual conlleva el fracaso en la capacidad de percepción e introyección a causa de esta identificación proyectiva patológica. En la personalidad psicótica no existe represión, y el pensamiento verbal se encuentra gravemente perturbado, no permitiendo la síntesis ni articulación de las impresiones.

Bion, en sus trabajos sobre la esquizofrenia (1985), plantea que el lenguaje del esquizofrénico es usado en tres modos diferentes: como modo de actuar, como método de comunicación y como modelo de pensamiento. El autor encuentra una estrecha relación entre el funcionamiento mental del esquizofrénico y el lenguaje. La forma que tiene este de acceder al lenguaje se vincula directamente con los procesos mentales particulares que se presentan en la esquizofrenia. Siguiendo lo planteado por Klein, Bion destaca el hecho de que el pensamiento verbal se encuentra ligado a la posición depresiva, es decir, los pensamientos verbales «agudizan la conciencia de realidad psíquica y por tanto de la depresión que va unida a la destrucción y a la pérdida de objetos buenos» (Bion, 1985, pág. 43).

El autor puntualiza que la escisión existente en el esquizofrénico genera dificultades en el uso de los símbolos, lo que trae aparejado la dificultad en el uso de sustantivos y verbos, volviendo el lenguaje del esquizofrénico muy particular y de difícil comprensión. Bion describe que la capacidad de formar símbolos depende de la habilidad de lograr adquirir objetos totales, del abandono de la posición esquizoparanoide y de la integración de las partes escindidas, permitiendo el ingreso a la posición depresiva.

Violencia y agresividad

Violencia: un desafío social

A lo largo de la historia de la humanidad se reconocen y se encuentran distintas manifestaciones de la violencia. En este sentido, Vicens (2006) la vislumbra como un fenómeno taxativo de la especie humana: no existe sociedad o país exento de esta.

Así mismo, Amarista (2008) señala que se destinan recursos y capacidad técnica, se crean nuevas tecnologías, al servicio de la violencia. La sociedad genera y reproduce fuerzas destructivas que atentan directamente contra los propios individuos y el medio.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) puntualizan que cada año mueren de forma violenta más de 1,6 millones de personas en todo el mundo, siendo esta una de las principales causas de muerte en la población joven, comprendida entre los 15 y 44 años. No obstante, las cifras de muertes por sí solas no son suficientes para comprender la real dimensión de lo expansivo del fenómeno; a los indicadores de los devastadores efectos de la violencia debe sumársele gran número de personas que resultan heridas y con daños o problemas físicos, sexuales y/o mentales como consecuencia de actos violentos.

No existen acuerdos unánimes sobre el significado explícito de la violencia ni una única respuesta que englobe la solución total a este fenómeno —si es que lo consideramos solucionable, finito y agotable como lo plantea la OMS en su informe (2002)—, por lo que el abordaje global y masivo es un gran desafío.

Desde otro punto de vista, Vicens (2006) describe a la violencia como un fenómeno social multicausal, que se encuentra intervenido por distintos intereses y saberes, los cuales a su vez son jerarquizados dependiendo de la comunidad y medio cultural. La violencia puede juzgarse también desde el punto de vista subjetivo de los individuos. Cabe señalar el planteo de Stingo y Zazzi (2005) que conceptualizan la violencia como inherente al hombre como especie, consustanciada con la estructura psicobiológica de su organismo y enraizada en el inconsciente.

A su vez, Casarotti (2010) trata este fenómeno como parte del proceso natural del cual el hombre debe valerse para posibilitar su existencia, reconociendo de esta manera que el hombre vive de forma violenta. Los seres humanos se encuentran sujetos a leyes que regulan la vida de la comunidad, la virtualizan creando códigos y normas que prohíben y penan el uso de ciertas clases de violencia, las que no son introducidas en estos códigos son de hecho permitidas —independientemente de cuestiones morales.

Violencia y psicosis

En lo que refiere a la relación particular existente entre locura y criminalidad o, más específicamente, en lo referido a la correlación existente entre el término violencia y el término psicosis, Rafael Huertas (2006 b) plantea que los pacientes psiquiátricos a lo largo de la historia han sido apartados y excluidos intencionalmente por el miedo y/o desconfianza que generaban en el resto de la comunidad en la que habitaban. Las personas con trastornos mentales eran percibidas con temor y se los distinguía como portadores de una enfermedad contagiosa, como una plaga, lo que llevaba a tomar medidas de cuarentena, a aislarlos.

Las personas con trastornos mentales no eran comprendidas ni deseadas. Foucault (2006) describe cómo a lo largo de la historia de las sociedades se los fue ilustrando en distintas posiciones, pero en cada una de ellas siempre preponderó la visión despectiva. Desde la nave de los locos, pasando por la concepción demoníaca, llegando a los procesos actuales de exclusión. Así mismo, Robert Pérez (2013) añade que las personas con patologías mentales cargan con un estigma social visible y palpable que perpetúa un círculo de exclusión social y genera argumentos para que no pueda generarse una real inclusión a la comunidad.

Andrés Techera e Ismael Apud (2013) sostienen una postura similar sobre la existencia en la sociedad de una clara tendencia a excluir y encerrar la locura, a castigarla casi de igual forma que al criminal o al violento. Los autores proponen pensar distintos aspectos que actúan sobre el círculo de la exclusión, «lo enigmático de las enfermedades mentales, el miedo que provoca el estigma de peligroso» (Techera y Apud, 2013, pág. 26).

En consonancia, se percibe que los actos violentos cometidos por estas poblaciones son acogidos con gran alarma. González Parra, Molina, Huertas, et al. (2008) añaden otro aspecto a considerar, plantean que las conductas y acciones de los pacientes psiquiátricos

son incomprendidas e inesperadas, por lo tanto, no son fáciles de profetizar y generan aun mayor desconfianza social.

Estas observaciones se relacionan con lo descrito por Díaz (2013), quien agrega que los pacientes psiquiátricos son interpretados, juzgados y cuestionados desde distintos puntos de vista, pero rara vez se pone el foco central en el individuo que convive con la enfermedad mental y las condiciones generadoras de su actuar y hasta de su enfermedad. Por otra parte, Rafael Huertas (2006 b) describe la mirada puesta sobre esta población como una mirada negativa, que se retroalimenta y perpetúa en cercanía a la figura del criminal, el violento y el loco, como se ha sostenido a lo largo de la historia. El autor afirma que se han asociado estas figuras de modo casi natural la una con la otra, capturando así la noción del loco como peligroso o criminal en potencia.

Se ha estudiado e investigado en diferentes partes del mundo la relación e incidencia existente entre la agresividad y las patologías mentales. Si bien, como señalan Páez, Lincon, et al. (2002), los resultados de los estudios se presentan en ocasiones como contradictorios, esto se debe a que no existe una clara definición de la conducta agresiva ni de qué forma esta debe ser evaluada. Los autores presentan los datos de una investigación sobre la aplicación de una escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. Postulan que la agresividad en personas con trastornos mentales es frecuente, hecho que se ha documentado asociado a diversos factores de riesgo como pueden ser la edad, el género, los rasgos de la personalidad, el abuso de sustancias, las alucinaciones y los delirios persecutorios. La Escala de Agresividad Explícita (EAE) es destacada como un instrumento específico y que reviste alta sensibilidad. Para esta escala, la agresividad es considerada como un fenómeno complejo y definida como conductas dirigidas a infligir daño a otras personas, a uno mismo o a propiedades. La agresividad incluye amenazas, ofensas, provocaciones, es decir, una serie de actitudes ajenas a lo socialmente acordado y establecido.

En la misma línea de lo planteado anteriormente, González Parra, et al. (2008) destacan el hecho de que la mayor parte de la violencia no se encuentra asociada con enfermedades mentales y la mayoría de los diagnosticados como esquizofrénicos no son violentos. Los autores proponen pensar que los pacientes esquizofrénicos suelen presentar factores sociales que pueden predisponer a la agresividad, ya que es un colectivo que posee gran fragilidad psicosocial. Sin embargo, se estima que entre un 10 % y un 50 % de los pacientes esquizofrénicos serán violentos en algún momento de su enfermedad y que estos tienen estadísticamente cuatro veces más posibilidades de cometer un acto violento no homicida si

se los compara con la población general. Existen igualmente características particulares de la esquizofrenia que denotan la relación entre el funcionamiento psíquico particular del paciente, su sintomatología y la agresividad. Los autores destacan la existencia de dos tipos principales de violencia en pacientes con esquizofrenia: una transitoria y la otra crónica. La primera reviste mayor gravedad, es dirigida y asociada con lo psicopatológico de la enfermedad, vinculándose a la esquizofrenia paranoide. Es la que genera mayor repercusión social, ya que se presenta de modo incomprensible y se expresa con mayor intensidad. En cambio, la violencia crónica es repetitiva y menos grave, con menor influencia del ambiente, se encuentra asociada con alteraciones neurobiológicas y aparece en pacientes con alta cronicidad, con varias internaciones previas o que padecen una esquizofrenia desorganizada. Existe una asociación entre los tipos de enfermedad esquizofrénica y la gravedad de la conducta agresiva., los factores clínicos implicados se relacionan con la alta puntuación en la escala PANSS en los síntomas positivos, síntomas de ideación delirante paranoide, con menor grado de insight, comienzo temprano de la enfermedad y tiempo sin tratamiento.

Casarotti (2010) continúa en esta línea de observaciones considerando que, si bien las patologías mentales se presentan como más agresivas que la población «psíquicamente normal», los crímenes más brutales y la gran mayoría de conductas agresivas no corresponden a personas con patologías mentales. Más precisamente, Casarotti retoma estudios de Ey con la finalidad de especificar la relación entre conductas violentas y patologías mentales, destacando que no todas las patologías tienen igual relación. En correlación a la esquizofrenia en particular, cuando las conductas violentas se manifiestan en momentos agudos lo hacen de forma dramática, generan gran sensibilidad en la comunidad y son tomadas como prototipo de violencia en enfermedad mental. Su gran alteración de conciencia, característica de este estado, impide que sus ataques se lleven a cabo de modo resolutivo, es decir, no generan usualmente graves daños su *partener*. Casarotti considera que «los actos peligrosos durante los trastornos mentales que al ir evolucionando determinan un déficit progresivo, corresponden en su mayor parte a deterioros demenciales o al déficit propio de los trastornos esquizofrénicos».

Se plantea por tanto que, si bien la esquizofrenia en sus diferentes fases puede tener presentaciones violentas, estas no revisten gran peligrosidad, ya que son acompañadas en la mayoría de los casos de una desorganización de la estructura que no les permite meditar sobre los actos a realizar. Igualmente, Casarotti puntualiza que los tipos de delirio y las presentaciones clínicas influyen directamente en la agresividad. Puede presentarse sorpresivamente una esquizoheberocatatónia con graves conductas agresivas, pero el autor

señala como peligroso cuando su manifestación patológica no se presenta claramente y no tienen insight, como puede suceder en neurosis graves y trastornos de la personalidad, ya que son pacientes lúcidos y con mayor adaptación social. El deliro en la esquizofrenia se presenta como más peligroso cuanto más organizado sea. El deliro megalomaniaco se presenta con menor agresividad que los delirios persecutorios, son más peligrosos los pacientes con delirios sistematizados.

Agresividad y psicoanálisis

Pulsión de muerte

En los inicios del psicoanálisis freudiano, el término agresividad no se utilizaba con frecuencia, como describe Flechner (2003), y las alusiones a la pulsión de muerte no se hacen presentes hasta entablar la segunda teoría pulsional. En los primeros momentos de la teoría, los conflictos psíquicos eran producidos, en su mayoría, por derivación de las pulsiones sexuales; la agresividad, destructividad y muerte no formaban parte de los síntomas considerados en las instancias iniciales del psicoanálisis.

Los primeros acercamientos de Freud (1905/1992) al término *pulsión de muerte* se relacionan con la pulsión de apoderamiento asociada con el componente agresivo de la libido, en la cual no existe intención por parte del sujeto de generar sufrimiento, simplemente no se tiene en cuenta al otro. Casas de Pereda (2003) destaca que esta inicial pulsión de apoderamiento acompaña las incursiones en los cambios conceptuales realizados en la teoría freudiana y pasará a ser asociada a la pulsión de destrucción y finalmente a la pulsión de muerte.

Al modificar el psicoanálisis su base teórica sobre las relaciones pulsionales, se introduce la noción de pulsión de muerte, asociada con y contrapuesta a la pulsión de vida. Flechner (2003) enfatiza el concepto de ligazón en relación con la pulsión de muerte. La ligazón y su contrapartida, la desligazón, nutren y afianzan los conceptos de pulsión de vida y muerte (Eros y Thanatos). La pulsión de muerte se encuentra en concordancia con la desligazón que llevaría al individuo hacia la ruptura, hacia lo inorgánico. Casas de Pereda (2003) añade que es una función de corte y separación.

A partir estas teorizaciones de la pulsión de muerte, Ruiz (2011) establece que se comienza a vislumbrar un lugar preponderante de la agresividad en la obra de Freud. Es en el contexto de la Primera Guerra Mundial donde las claras evidencias de violencia y horrores cometidos entre los seres humanos llevan a Freud a constatar la existencia de la destructividad humana como parte pulsional inherente del hombre.

Hanna Segal (2008) cita la concepción freudiana de la pulsión de muerte y la describe como una pulsión biológica que incita el retorno a lo inorgánico, cuyas manifestaciones no pueden verse fácilmente, ya que opera de forma silenciosa y asociada a la libido. Del mismo modo,

Rechardt (2008) la conceptualiza como una lucha activa y permanente que tiene lugar en la psiquis del individuo con el objetivo de recuperar la paz del estado inicial. El autor la explica proponiendo que el Eros genera movimientos para intensificar la vida, ya que busca la tensión energética, la carga. En cambio, la pulsión de muerte intentará eliminar toda tendencia al aumento de tensión y no encuentra satisfacción en objeto ni estado particular que no sea en el que se encuentre libre de perturbación. Cabe añadir la visión de Laplanche (2008), quien destaca la asociación de la pulsión de muerte con el principio del nirvana. El autor lo visualiza como la búsqueda de un estado utópico en el que no existan tensiones o en que estas se mantengan en estado de constancia.

En este sentido, Ruiz (2011) añade que lo reprimido, y por tanto lo inconsciente, ya no estará solo conformado por lo sexual, sino que ahora también lo integrará la pulsión de muerte. Rechardt (2008) plantea que la negación aparece ahora también como representante de esta pulsión, la negación hace posible a la vez el pensamiento y la reflexión.

La pulsión de muerte no puede conceptualizarse separadamente, sino solo en relación con las instancias psíquicas y la libido. En concordancia con lo anterior, Rechardt e Ikonen (2008) consideran que toda libido en exceso, o no ligada, es desorganizante y es tratada por medio de la ligazón o eliminación. Cuando un objeto o fuente exterior provoca desorganización en el psiquismo del sujeto, esta puede resolverse a través de la destrucción. La muerte y la destrucción son, por tanto, medios extremos para poner fin a la desorganización, aunque no son los únicos. En las primeras fases del desarrollo, la libido se encuentra desorganizada, sin meta y no ligada, lo que provoca desorden y agitación en la vida anímica, desorganización proveniente del Eros.

En relación con las consideraciones sobre la pulsión de muerte es imperativo mencionar los planteos de André Green (2014), quien esboza una visión particular y compleja de la pulsión de muerte. Realiza un recorrido conceptual desde sus orígenes en Freud para formular sus teorizaciones y, si bien destaca la importancia y originalidad de la segunda teoría pulsional, el autor considera endeble la concepción biologizante y teleológica que enmarca la pulsión de muerte en la teoría freudiana. Para Green es menester la diferenciación entre muerte y pulsión de muerte, considerando que la primera puede ser constatada de manera sencilla y es verificable científicamente. En cambio, la pulsión de muerte no es constatable a simple vista, tampoco es sencillo aceptar su existencia. El autor se auxilia en el término «destruibilidad», el cual considera que se adapta y describe mejor a la pulsión, haciendo más fácil su modo de pensarla. La destrucción planteada es destrucción contra sí mismo y

contra otros. Cuando las experiencias destructivas y dolorosas invaden el psiquismo, impidiendo el desenvolvimiento del principio de placer, se da lugar a experiencias destructivas devastadoras que se presentan como irrepresentables. Lo fundamental en el sistema pulsional no es la supremacía de una pulsión sobre la otra, sino su dualidad, la ligazón-desligazón.

Por último, para pensar el alcance de la pulsión de muerte, se propone pensar lo planteado por Segal (2008), quien destaca que todo dolor y desorganización da cuenta del hecho de estar vivo, da cuenta de la vida, el malestar de las instancias psíquicas es concluyente de vida. La autora considera a la muerte como estado inorgánico en el que no se siente, no hay tensión ni conflicto, para Freud la pulsión de muerte es la fuerza biológica que incita a volver a ese estado primero.

Agresividad constitutiva del individuo

Para Klein la agresividad se presenta desde las primeras instancias de vida del lactante y se manifiesta y desarrolla a través de las vinculaciones posibles con los objetos. En las posiciones esquizoparanoide y depresiva se genera un intercambio objetal particular a cada posición que se presenta de forma inherente con la agresividad. Brun de Bagnulo (2003) destaca el hecho de que para Klein, la pulsión de muerte posee gran importancia para la construcción del psiquismo desde los primeros momentos de vida.

En esta línea, es importante retomar lo planteado anteriormente en el presente trabajo sobre la posición esquizoparanoide, lo cual permite ejemplificar la estrecha relación entre la construcción del psiquismo y los impulsos agresivos. En esta posición, el pecho odiado —representante de las partes negativas de su madre— adquiere cualidades oral-destructivas (Klein, 1952). El infante ataca los objetos malos a través de sus pulsiones sádico-orales y sádico-anales, siendo por medio de estas que devora, envenena y destruye a su objeto. Como contrapartida, se genera un sentimiento persecutorio, por temor a que el objeto destruido se convierta en objeto de destrucción y haga con él lo mismo que las fantasías de su propio sadismo. En este sentido, Flechner (2003) destaca la jerarquía que otorga Klein en su obra a la agresividad como parte normal y necesaria en la constitución del psiquismo del infante. El niño vivencia y reactiva sus propios miedos de agresión y represalias por parte de sus progenitores, a los que dota también de pulsiones sádicas y cuya respuesta ahora teme. En otras palabras, Bergeret (1990) explica que el niño teme a la representación de sus propios impulsos sádicos, de su propia agresión proyectada a sus progenitores, y las

represalias que estos podrían tomar. Los impulsos destructivos inherentes a la pulsión de muerte son gran causal de ansiedades, más aún, cuanto más preponderancia encuentra la pulsión de vida y los objetos buenos sobre los malos, mayor será la capacidad de aceptar e incorporar el pecho bueno y la libido de mejor forma.

En consonancia con lo planteado, Bleichmar (1997) especifica que la envidia —concepto controversial en la obra kleiniana— es un proceso endógeno, el cual tiene como propósito atacar lo bueno y valioso que los objetos posean. La envidia se categoriza como primaria, ya que se encuentra dirigida al primer objeto de vínculo: el pecho materno, siendo de esta forma un impulso agresivo, un sentimiento de odio que el bebé siente desde los primeros momentos de vida. En *Envidia y gratitud* (1957), Klein propone destacar la importancia de la voracidad y sus diferencias con la envidia desde las primeras instancias de vida. A nivel inconsciente, la voracidad busca vaciar por completo al objeto, devorar el pecho, es decir, tiene por finalidad la introyección destructiva. La voracidad excede lo que él necesita, los deseos son impetuosos e insaciables para el bebé. Por su parte, la envidia seguirá un camino distinto pero igualmente importante para las manifestaciones agresivas del sujeto. La envidia buscará colocar en el pecho y en su madre excrementos, partes malas de sí mismo para dañar y destruir. La envidia sería planteada por tanto como la proyección de los objetos malos en el exterior, con el propósito de destruir aquello que se ha idealizado y a lo que se ama.

Por otra parte, y en consonancia con los planteos kleinianos, resulta significativo retomar algunos aspectos puestos en consideración por Donald Winnicott sobre la agresividad y su relación con el desarrollo psíquico individual. Si bien Winnicott se encuentra dentro de la denominada escuela inglesa, el autor da un giro interesante y enriquecedor a los postulados kleinianos. En este sentido, Casas de Pereda (2003) señala que Winnicott transforma las concepciones atribuidas por su época a la pulsión de muerte y agresividad, dotándolas de cualidades positivas, desviándolas así de la connotación negativa atribuida en la teoría kleiniana.

Winnicott (1964) posiciona a la agresión como una de las principales fuentes de energía del individuo y base para la creación, pero también será la reacción ante la frustración. Postula que la agresión primaria por parte del niño no es intencional. Son reconocibles en el desarrollo del niño desde sus primeros momentos actitudes agresivas, que pueden ser en ocasiones malinterpretadas por los cuidadores del infante. Así, por ejemplo, cuando el bebé se mueve y patea a su madre puede interpretarse como una conducta agresiva. No obstante, en un primer momento, los movimientos del niño pequeño no están dotados de

intención, sino que responden a simples descargas motoras. Winnicott (1964) describe por tanto que el lactante comienza a descubrir el mundo por medio del movimiento, de esta forma produce sus primeras experiencias con el mundo exterior y comienza a relacionarse con este, sin intención de daño o agresión hacia el progenitor. El movimiento podrá convertirse en conducta negativa cuando esté dotado de intención.

Dorrey (2012) señala que la agresividad es parte fundante en la lucha primitiva dada para lograr el reconocimiento de un mundo externo separado, la destructividad crea realidad. La autora, siguiendo a Winnicott, considera la existencia de un segundo tipo de agresividad que se manifiesta cuando el infante no puede expresar su agresividad por no contar con un ambiente facilitador. El mismo sería propiciado por una madre suficientemente buena que pueda sostener los impulsos agresivos-destructivos. Esta agresividad, llamada también agresividad reactiva, puede emerger de manera similar cuando el niño debe defenderse de ataques provocados desde el exterior. Este tipo particular de agresión se encuentra cuando el infante no puede expresar su agresividad o tiene que defenderse de ataques del ambiente, aparejando como consecuencia la privación de sentir experiencias como propias. Por tanto, no es recomendable restringirla, sino dejarla fluir y manifestarse de formas apropiadas.

El siguiente aspecto se refiere a lo planteado por Piera Castoriadis-Aulagnier (1988) sobre la violencia. Su teorización es particular, ya que propone un giro a las conceptualizaciones que se han considerado en este trabajo. El énfasis no se encuentra solo en la agresión que el individuo posea como inherente a su constitución psíquica y el monto o grado que pueda volcar a la misma, sino que esta autora propone pensar de qué modo pueden ser violentos los discursos en los cuales se inscribe el lactante.

El planteo de Piera Castoriadis-Aulagnier (1988), por tanto, vislumbra el entramado de la violencia en la conformación del psiquismo del sujeto y avista un monto de violencia como necesaria para la introducción del infante en el medio, siendo este un sujeto parte de lo social. El aparato psíquico del sujeto y el mundo se encuentran y nacen en conjunto, en relación. La violencia inevitable que el discurso impone a la psiquis es resultante de la necesidad de dar cuenta de este encuentro y esta relación entre el medio y el sujeto. Este fenómeno remite a ese primer lugar, a la diferencia que separa a un espacio psíquico de la madre y la organización psíquica del infante.

La cría humana debe aprender a desglosar, asimilar las señales presentes en el exterior, expresar sus motivaciones y crecer en conjunto con estas. El psiquismo debe por tanto

metabolizar los elementos de la información provenientes de un espacio tan heterogéneo y cambiante como el que plantea el medio exterior. Castoriadis-Aulagnier (1988) afirma que la psiquis intentará representar lo que ella misma tiene deseo de reencontrar, buscará revivir experiencias placenteras. La representación es una puesta necesaria en la vida psíquica, un encuentro entre la actividad originaria y un producto. No es posible que el sujeto pueda apropiarse de algo psíquicamente si esto no ha sido metabolizado previamente. Así, la autora (1988) suscribe que esta violencia implícita en la relación de los individuos que es en un primer momento procurada entre el infante y su madre, es vivida como una imposición desde el exterior. El infante es violentado por un discurso que le es anticipado, es una primera violación de su espacio; su madre o quien oficie en su lugar será un agente para acceder a un nuevo modo de organización. Es por tanto denominada como violencia primaria esta preliminar acción en la cual se le impone a la psique desde el afuera una elección, un pensamiento o movimiento, acarreados en el deseo del agente que los impone, deseo sentido como correspondiente en la categoría de lo necesario.

Como se ha planteado, el infante es introducido al mundo del discurso por medio de la violencia, es violentado e invadido en su espacio. La madre anticipa el discurso e infiere las necesidades del lactante; es violencia primaria necesaria para la introducción al mundo. El sujeto es movido por una contradicción, el deseo de catextizar al objeto a través de la metabolización de las representaciones de su propio cuerpo y el deseo de autoaniquilación que convierte a la representación en instancia de displacer. Este displacer que conlleva el deseo de autodestrucción es, por tanto, una primera representación que tiende a la quietud y a lo inmutable de un primer estado de representación. La pulsión de muerte es un deseo de no deseo.

A partir de estas conceptualizaciones planteadas en relación a la agresividad y la violencia es posible pensar el doble juego presente entre ambos fenómenos en el individuo. Es decir, el individuo es violentado, es empujado, inducido, se ejerce una fuerza sobre él desde el exterior, que al mismo tiempo que sostiene, habilita e impone un código de simbolizaciones a las cuales se debe entrar desde los primeros momentos. No obstante, puede percibirse al niño como violento al descubrir sus primeras descargas motrices y dotarlas de intencionalidad, por más que sean simplemente para conocer el mundo y, de este modo, el individuo es movido, impulsado de la misma forma, por pulsiones de vida y de muerte que entran en conflicto dentro de su ser. La pulsión de muerte tiende a volver a ese estado inorgánico (nirvana), a ese primer estado utópico que es anterior a todo estímulo, apunta a la descarga, a la no perturbación por los estímulos, no tolerando grandes montos de

angustia o frustraciones, por lo que debe buscar el modo de poner fin las tensiones generadas.

Consideraciones finales

Los enfermos mentales se presentan desde el punto de vista de la violencia bajo dos imágenes contradictorias. Por un lado, los pacientes psiquiátricos «dan miedo» porque se los vivencia como fuerzas liberadas (intenciones), que a veces se presentan en forma de agresiones irracionales, sin motivo compartible o esperable. Por otro, al percibirlos como sujetos poseídos pasivamente por fuerzas inconscientes, «generan piedad», ya que se los vivencia como habiendo perdido, en grado variable, el poder ser sujetos-agentes (involuntariedad) de los actos agresivos.

(Casarotti, 2010, pág. 3)

La esquizofrenia, al igual que la agresividad, es un fenómeno complejo que atraviesa tanto el plano individual, psíquico, como el social y conlleva una problemática en sí misma. Si bien, como hemos puntualizado anteriormente en este texto, la esquizofrenia es una entidad nosológica claramente descrita posee presentaciones clínicas singulares y manifestaciones que se relacionan directamente con la personalidad del individuo. La patología puede ser pensada desde diferentes disciplinas, cada una de las cuales puede problematizarla desde su punto de vista. Así mismo, aunque la esquizofrenia posee alta prevalencia dentro de las psicosis, continúa sin ser comprendida globalmente por la población en general, siendo aún hoy en día víctima de exclusión y poseedora de una fantasmática negativa que la envuelve. Siguiendo lo considerado por Baroni, Jiménez, Itza y Giordano (2013), la situación de las personas con patologías mentales es de una doble exclusión social «generada por la condición de “loco”, de “enfermo mental” y la de “pobre”. Ser loco y pobre es sinónimo de abandono y olvido» (Baroni, et al., 2012, pág. 172).

El sujeto con esquizofrenia se encuentra expuesto a una vulnerabilidad con respecto al entorno, pero también puede pensarse que se encuentra ante una vulnerabilidad igualmente en el plano interno, por una constitución psíquica frágil o vulnerable. Retomando lo planteado por Klein (1946), puede comprenderse que el psiquismo del esquizofrénico no ha logrado alcanzar la posición depresiva o lo ha logrado de modo particular, lo que no le permite una relación real con los objetos totales. Silvestre, et al. (2013) destacan que la agresividad puede influir el destino psíquico, siguiendo a Bion (1985), que plantea que debido a grandes montos de agresividad intolerables o desorganizantes, dirigidas hacia su propio psiquismo, el sujeto se vuelve incapaz de dotar de sentido las experiencias, alterando así su capacidad de pensar.

Como se ha expuesto a lo largo del trabajo, la agresividad es un proceso inherente a todos los humanos, somos constituidos como sujetos en base al conflicto psíquico existente entre los avatares pulsionales de vida y muerte, o destructividad, retomando la conceptualización brindada por Green (2014). Por lo tanto, puede entenderse que cualquier ser humano es potencialmente agresivo y puede ejercer potencialmente violencia contra otros. Sin embargo, no es temida la totalidad de la humanidad, no son todos percibidos con temor per se como la historia de las patologías mentales ha confirmado que son percibidos.

Casarotti (2010) distingue los sujetos psíquicamente normales de los que posee patologías mentales con el fin de denotar la diferencia entre las conductas agresivas de cada uno. La normalidad psíquica no es planteada como un ideal, sino que el concepto destaca la capacidad del individuo de normativizar su vida, se lo plantea en relación a la autonomía de sus decisiones. Por otro lado se considera que los sujetos poseedores de patologías mentales encuentran, por los avatares propios de la patología, alterada su libertad de acción, sus actos no son voluntarios porque para serlo deben poder hacerse consientes primero. En relación a esto, el autor considera que los actos cometidos por los enfermos mentales no son voluntarios y no deben confundirse —como suele hacerse en la comunidad— con maldad. Es un error común confundir la agresividad en las distintas patologías mentales con la maldad, y comparar lo patológico con la gran intensidad agresiva. Se visualiza con Casarotti la importancia no abordar al sujeto por sus ataques agresivos, sino que debe hacerse desde sus características personales y psicopatológicas.

Los esquizofrénicos no poseen las mismas herramientas que los neuróticos a la hora de enfrentar los impulsos agresivos, a los hora de tolerar frustraciones o hacer frente a miedos desbordantes, si bien se tiene en cuenta que los delirios, angustias y persecuciones psicóticas son de una carga energética mucho mayor que en las neurosis. Como plantea

Bion (1985), el esquizofrénico no posee capacidad de represión y su pensamiento se encuentra bajo el predominio de impulsos destructivos.

El interés magno de este trabajo es la reflexión sobre el estrecho vínculo entre los dos conceptos centrales trabajados a lo largo del texto y la incitación a generar insumos para poder re-pensar a través de la utilización de las herramientas que brindan los teóricos. El recorrido realizado no abarca la totalidad de concepciones, no se aproxima a desembarcar en conclusiones cerradas sobre el tema, sino que por el contrario, sostiene e invita nuevos cuestionamientos que problematizan la temática, haciendo eco de la complejidad real que se presenta en los casos específicos en los que debe enfrentarse desde la clínica, instituciones o como actores sociales, la heteroagresividad en la esquizofrenia, situación que nos cuestiona no solo teóricamente, sino como individuos, que nos enfrenta muchas veces a la incomprensión, impotencia y desasosiego, moneda casi corriente al convivir con situaciones violentas en instituciones psiquiátricas en la actualidad.

Bibliografía

- Alanen, Y. O. (2003). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Janssen-Cilag, S.A.
- Álvarez Arboleda, A. (2007). *Las psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia*. Trabajo presentado en las Jornadas Académicas de la Clínica Monserrat. Recuperado de <http://www.clinicamonserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen1-1/PSIMONART%201%20Cap01.pdf>.
- Álvarez, J. M. y Colina, F. (2007). Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia. *Átopos*, 6, 4-12.
- Álvarez, J. M. y Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*, 7-26.
- Amarista, F. J. (2008). La violencia. *Gaceta Médica de Caracas*, 116 (4), 273-279. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622008000400002&script=sci_arttext.
- American Psychiatric Association, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4^{ta} Ed. Tr.). Barcelona: Masson S.A.
- Angaritas Rojas, E. (2010). De Freud a Bion: de la Neurosis la Psicosis. *Revista de la Asociación Psiconalítica Colombiana*. 21(2), 59-70. Recueprado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3644003>.
- Báez, J. (2007). Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis. *Tesis Psicológica*, (2) 101-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139012670011>.
- Bergeret, J. (1990) Violencia fundamental: El apuntalamiento instintivo de la pulsión libidinal. En *La Violencia Fundamental: El Inagotable Edipo*. Fondo de Cultura Económica.
- Bion, W. (1985). *Volviendo a pensar*. (3^{ra} ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bleger, J. (2013). Concepto de psicosis. *Área 3*, 17,1-17.
- Bleichmar, N., Leiberman de Bleichmar, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud: Teoría y clínica*. México: Paidós.

- Brun de Bagnulo, S. (2003). Agresividad y transferencia negativa. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (97), 50-59.
- Casarotti, H. (2010). Actos violentos en patologías mentales. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 74(1),11-21.
- Casarotti, H. (2002). ¿Esquizofrenia aguda? *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 107-117.
- Casas de Pereda, M. (2003). La destrucción organizante. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (98), 117-136.
- Castaño, D. M. y Salazar, P. L. (2012). De la Diferencia en los Mecanismos Estructurales de la Neurosis, la Psicosis y la Perversión. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 127-147. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982369>.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1988). *Violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Conde Díaz, C. (2013). El olor de la esquizofrenia. *Átopos*, (14), 15-23.
- Cotrino Nieto, M. E. (2012). Del síntoma a la estructura. *Desde el Jardín de Freud-Revista de Psicoanálisis*, (12), 221-232.
- de Paiva Caltabiano, C. (2014). *Psiquismo y libertad: Un estudio en Psicoanálisis*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10366/124139>.
- Díaz, A. R. (2013). Salud mental: la pata renga en los medios de comunicación masiva. En *Salud Mental en Debate: los resultados alcanzados en la temática Pasado, Presente y Futuro de las políticas de Salud Mental*. Nelsón de León (coord.), 201-206. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.
- Dorrey, R. C. (2012). La teoría de la agresividad en Winnicott. *Perfiles educativos*, 34 (138), 29-37.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1980). *Tratado de psiquiatría* (8^{va} ed.) Barcelona, España: Masson, S.A.
- Flechner, S. (2003). De agresividad y violencia en la adolescencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (98), 163-183.

- Foucault, M. (1979). *Historia de la locura en la época clásica*. (Vol. I). (1ª reimpresión) Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S (1991). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. Trabajo original publicado en 1894.
- Freud, S. (1992). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*, Tomo VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. Trabajo original publicado en 1905.
- Fulco, M. C. (2002). Duelo de la propia muerte: ¿Duelo posible? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (96), 92-100.
- García Navas, J. E. (2015). *Estudio de la psicosis a partir de la relación entre el caso Schreber y otros casos de psicosis trabajados en el Instituto de Neurociencias y en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil*. Disertación doctoral. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/3539>.
- Gil, D. (2007). *Escrito sobre locura y cultura*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- González Jiménez, A. M. y Báez, J. (2010). *Descripción de una experiencia de investigación en psicoanálisis con las psicosis esquizofrénicas*. Recuperado de <http://oaji.net/articles/2015/1787-1438300695.pdf>.
- González Parra, S., Molina, J., Huertas, D., Blasco-Fontecilla, H., Mora-Mínguez, F. y Pascual-Pinazo, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría*, 109-127. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3146107.pdf>.
- Green, A. (2014). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Huertas, R. (2006 a). Foucault, 30 años después. A propósito del poder psiquiátrico. *Historia de la medicina y la ciencia*, 267-276.
- Huertas, R. (2006 b). Locos, criminales y psiquiatras: la construcción de un modelo (médico) de la delincuencia. *Átopos*, 14-21.
- Klein, M. (1927). Tendencias criminales en niños normales. En *Melanie Klein: Obras Completas*. Tomo II. Buenos Aires, Argentina: Paidós Horne.

- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Melanie Klein: Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires, Argentina: Paidós Horne.
- Klein, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Melanie Klein: Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires, Argentina: Paidós Horne.
- Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. En *Melanie Klein: Obras Completas*. Tomo VI. Buenos Aires, Argentina: Paidós Horne.
- Laplanche, J. (2008). La pulsión de muerte en la teoría de la pulsión sexual. En *La pulsión de muerte*. A. Green, P. Ikonen, J. Laplanche, E. Rechartt, H. Segal, D. Widlöcher y C. Yorke, 15-34. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. (6ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Leiderman, E. (2011). Últimos avances en la comprensión y entendimiento de la esquizofrenia. *Revista V Xerte*, 22(100), 430-434. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex100.pdf#page=31>.
- León, P. y Reyes, I. (2012). *(Des)encuentros en torno a la psicosis: Un estudio aproximativo a las teorías psicoanalíticas de Jacques Lacan & Melanie Klein*. (Tesis de grado). Universidad Académica de Humanismo Cristiano: Carrera de Psicología. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2562>.
- Londoño Paredes, D. E. (2015). ¿Cuáles elementos para la psicosis?: El caso de Andrés Breivik. *Affectio Societatis*, 12(23, Jul-Dic), 156-172.
- Masa Moreno, S. (2012). *Esquizofrenia y teoría de la mente*. (Tesis de doctorado). Universidad de Extremadura, España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Fòrum de Salut Mental. (2009). *Guía Práctica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Barcelona: Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf.
- Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y*

Salud, 21(3), 205-219. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300002&script=sci_arttext.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.

Páez, F., Lincon, E., Fresán, A., Apiquian, R., Herrera-Estrella, M., García-Anaya, M., Robles-García, R. y Pinto, T. (2002). Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 25(6), 21-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262503.pdf>.

Pérez Fernández, R. (2013). Demencia, salud mental y exclusión social. *Salud mental en debate. Pasado presente y futuro de las políticas de Salud Mental*. Nelson de León (coord), 151-166. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Rechardt, E. (2008). Los destinos de la pulsión de muerte. En *La pulsión de muerte*. A. Green, P. Ikonen, J. Laplanche, E. Rechardt, H. Segal, D. Widlöcher y C. Yorke, 51-64. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Rechardt, E. y Ikonen, P. (2008). A propósito de la interpretación de la pulsión de muerte. En *La pulsión de muerte*. A. Green, P. Ikonen, J. Laplanche, E. Rechardt, H. Segal, D. Widlöcher y C. Yorke, 79-96. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Ruiz, A. P. (2011). Sobre el concepto de agresividad. Una mirada psicoanalítica. *Coloquio internacional de ciencias cognitivas*. México: <http://www.centrolombardo.edu.mx/ColoquioCC.html>.

Samper, P., Aparici, G., y Metre, V. (2006). La agresividad auto y heteroevaluada: variables implicadas. *Acción Psicológica*, 4(2), 155-168.

Segal, H. (2008). De la utilidad clínica del concepto de Pulsión de Muerte. En *La pulsión de muerte*. A. Green, P. Ikonen, J. Laplanche, E. Rechardt, H. Segal, D. Widlöcher y C. Yorke, 35-50. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- Silvestre García, M., Ingelmo Fernández, J., García-Ordás Álvarez, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 289-300. doi: 10.4321/S0211-57352013000200005.
- Spector, R. (2004). W. Bion y su contribución al debate Natura vs Nurtura: Desarrollo temprano y psicosis. *Vertex: Revista argentina de psiquiatría*. (15), 136-139.
- Stingo, N. R. y Zazzi, M. C. (2005). Evaluación de factores dinámicos de riesgo de violencia. *Vertex*, 16(61), 188-195.
- Techera, A. y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En *Salud mental en debate. Pasado presente y futuro de las políticas de Salud Mental*. Nelson de León (coord.), 25-36. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española Sain Penit*, 8(3), 95-99.
- Winnicott, D. (1964). *Las raíces de la agresividad*. Publicado en *The Child, the Family and the Outside World*.
- Winnicott, D. (2014). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. (7ª reimp.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.