

3/5011



**UNIVERSIDAD SALESIANA, A.C.**

---

---

INCORPORADA A LA UNAM  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DE LA LOCURA, UNA APROXIMACION DESDE DIFERENTES TEORIAS Y SU  
CORRELATO CARACTEROLOGICO A TRAVES DEL DIBUJO DE LA FIGURA  
HUMANA VERSIONES KAREN MACHOVER Y JUAN PORTUONDO  
APLICADO A PACIENTES EXTERNOS DE UNA INSTITUCION PSIQUIATRICA  
INCLUIDOS EN UN TALLER DE TEATRO Y EXPRESION CORPORAL.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

GLORIA MARGARITA ALVAREZ GONZALEZ  
MARIA LUISA MORALES GARCIA

ASESORA DE TESIS  
LIC. MARIA ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO D.F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Dios:*

Por el pasado, presente y futuro

*A mi Madre:*

Por su entereza, su amor y apoyo incondicional.

*A mi Padre:*

Por su fuerza y firmeza de carácter.

*A Rubén:*

Por el encuentro, la magia y la pasión.

Por recordarme que "lo que se hace por Amor siempre se hace más allá del bien y del mal"

*A Emilio:*

Por enseñarme día a día,  
la gran sorpresa del vivir

*A Humberto o Miranda:*

Por el milagro de la nueva luz que pronto a mi lado estará.

*A mis hermanos Fernando, Mario, Armando, Jesús y Magdalena por enseñarme el valor de la constancia, del esfuerzo, la tenacidad y la entrega.*

*A mi familia y amigos:*

Por las grandes diferencias y por haber querido que ciertas cosas nos sucedieran juntos en esta vida.

*A Jaime:*

Por la presencia y la palabra, porque como los poetas no tiene pudor ante las aventuras, las explotan.

*A María Luisa:*

Por haber sido cómplice por años, en esta travesía que supero al ideal.

Gracias a todos aquellos que de manera intencional o no ayudaron a que este encuentro fuera posible.

***Gloria***

*A Dios:*  
Por la vida

*A mi Padre:*  
Por su amor, apoyo y fuerza que me dio,  
para llegar a ser quien soy.

*A mi Madre:*  
Por acompañarme y apoyarme  
en cada paso que he dado.

*A mi esposo, David:*  
Por enseñarme el camino del amor, a través  
del apoyo, la comprensión y el servicio.

*A mis hijos Mariana, Fernanda y Abraham:*  
Por enseñarme que la vida y la felicidad  
se construyen día a día con los pequeños  
detalles.

*A mis hermanos Rosy y Mauro:*  
Por todos los logros, por los momentos felices  
y tristes que hemos compartido.  
Por su amistad y compañía.

*A mi familia y amigos:*  
Que me han acompañado, ayudado,  
Inspirado y apoyado.

*A mis profesores:*  
Que fueron sembrando en mi algún  
conocimiento, alguna duda o algún interés.

*A Jaime:*  
Por tu amistad, tu trabajo e interés.

*A Gloria:*  
Por acompañarme en esta gran aventura.

**María Luisa**

**DE LA LOCURA, UNA APROXIMACION DESDE  
DIFERENTES TEORIAS Y SU CORRELATO  
CARACTEROLOGICO A TRAVES DEL DIBUJO DE  
LA FIGURA HUMANA VERSIONES KAREN  
MACHOVER Y JUAN PORTUONDO APLICADO A  
PACIENTES EXTERNOS DE UNA INSTITUCION  
PSIQUIATRICA INCLUIDOS EN UN TALLER DE  
TEATRO Y EXPRESION CORPORAL.**

# **INTRODUCCION**

## **CAPITULO I**

LA LOCURA, DESDE EL CONFINAMIENTO HASTA LA INSTITUCIÓN PSIQUIATRICA

## **CAPITULO II**

CONSIDERACIONES TEORICAS ACERCA DE LA PSICOSIS

## **CAPITULO III**

EL CUERPO EN EL TEATRO

## **CAPITULO IV**

CASO

## **CAPITULO V**

EL METODO PSICOANALITICO

## **CAPITULO VI**

INSTRUMENTO DE MEDICION

## **CAPITULO VII**

METODOLOGIA

# **CONCLUSIONES**

## INTRODUCCIÓN

En el transcurrir del tiempo... el panorama que se va recreando corresponde a una combinación de imágenes sobre las que se deposita un conjunto de emotividades. Hemos podido continuar en una secuencia de intencionalidades, en las cuales se ha dado retención a vivencias clínicas, en cuyas circunstancias nos hemos construido un "caso" que puede ser descriptivo o clínico o ser tan sólo aquel constructo que hemos podido formar a partir de aquellos casos que han sido escritos y que pertenecen a los paradigmas clínicos.

Escribir la introducción, significa esclarecer algunos aspectos, ir al origen y a la historia que nos condujo a tratar de dar coherencia a los hallazgos, eso se constituyó en la tarea que se muestra en cada uno de los escritos, en la temática y en los enfoques que de inicio pueden ser heterogéneos, pero que van marcando los distintos momentos elaborativos, es por ello que nuestro texto ofrece diferentes enfoques a partir de un conjunto de ideas fecundadas para el análisis de la locura, el teatro y la literatura, el cuerpo y lo pulsional, las instituciones psiquiátricas, el escenario cotidiano y la historia misma de la locura.

Estos textos no sólo se constituyeron bajo un esquema conceptual, sino que también bordaron sobre nuestras propias motivaciones y experiencias, algunas de ellas vividas en el ámbito institucional, a través de ellas ir enhebrando, hilando y conformando esta investigación que por ende esta habitada de personas, lugares y vínculos que articulándose con un tiempo propio, en un proceso creador configuran la estrategia del descubrimiento, del encuentro.

Nuestra posición ante el saber de la locura y por ende de la psicosis no estuvo poseída por la actitud reverencial del discípulo practicante ni por el rechazo de aquel que solo admite una manera unívoca de comprender e interpretar la realidad o sus reflejos. Nuestra postura, algunas veces cuestionadora e indagadora, otras de admisión ante lo que parecía evidente, muestra, las

señales de una actitud de búsqueda, indagando, cuestionando y admitiendo, pero siempre evitando caer en la tentación del fácil eclecticismo o del pretencioso sincretismo.

Una breve crónica señala los diferentes momentos desde nuestra inclusión como prestadoras de servicio social. Para tratar de entender a la locura desde el ámbito de nuestra formación psicológica, nuestra inserción en un taller de teatro de objetivos terapéuticos nos llevo a preguntarnos en sentido psicológico, si el diagnóstico, nos permitiría "asegurarnos" ante el grupo, para ello recurrimos al test de la figura humana buscando que a partir de sus indicadores nos permitiera conocer e identificar aquellos elementos de desbordamiento "mental".

El análisis posterior abrió más interrogantes y no sabemos si antes o después a cuestionarnos y a cuestionar la terapéutica misma, el panorama se abrió por momentos con verdadera angustia buscamos amparo en la teoría; en el ámbito sociológico, psicológico, cognitivo y psicoanalítico.

Los capítulos que dedicamos al estudio de la teoría ahora no pretenden aclarar sino mostrar a través de que formas los especialistas se han acercado a la locura como desde los que la depositan en su origen en lo social o lo biológico hasta los que la colocan en la "falla" relacional; desde lo lesional hasta lo simbólico (su falta).

El campo terapéutico también aparece afecto a un distanciamiento ambivalente; sobre todo, ante la práctica de abordajes correctivos o educativos de la locura.

Sugerimos a nuestros lectores no tomar cada capítulo como secuencia o complemento del anterior sino como la construcción cosmogónica del autor o autores referidos a cada campo teórico.

Se encontrara en la primera parte de esta tesis apartados teóricos en torno a la locura, su institucionalización, la enfermedad mental y la psicosis. En un segundo apartado se habla de la experiencia y el procedimiento que se llevo acabo.



El proceso de elaboración secundaria de hechos nos lleva a textos donde se habla del cuerpo, el teatro, la relación terapéutica y el psicoanálisis.

Este orden no fueron los pasos que se siguieron en la muestra, pero sí la forma en que se fue dando la elaboración por lo que se da énfasis en los diferentes puntos de interés, sobre todo, el que se siente por una construcción teórica que permite acercarse a la locura, para comprender al sujeto.

El acercamiento a los textos permitirá al lector situar algunas de las referencias que irá encontrando en su recorrido. Recorrido que nos hemos permitido organizar a partir de una propuesta que tiene el valor de una indagación.

## *CAPITULO I*

# **LA LOCURA DESDE EL CONFINAMIENTO HASTA LA INSTITUCIÓN PSIQUIATRICA**

*¡un salto!..... un silencio profundo....*

*un vacío inmenso y sin embargo*

*¡cuánto saben -siempre han sabido-,*

*y no obstante*

*nunca supieron realmente!*

*Seng Tsan, 606 D.C. 1*

El confinamiento es una creación institucional propia del S.XVII se establece el encierro como una forma de deshacerse de los pobres, mendigos y "otros", a los locos es cuando se les comienza a "internar" mezclándolos con una población con la cual se les reconoce cierta afinidad. Es el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo. Desde entonces se discrimina a éstos, incluso se les expulsa de las ciudades, se les marca y se les aparta, comienza a asimilarse a los problemas de la sociedad. 2

A fines del siglo XVIII, la población no distinguía los efectos del pecado y del peligro real, confundiendo ambas en una locura temida y rechazada. La población temía verse contaminada por las emanaciones de la locura y del vicio. Este siglo (1786) dio nacimiento a una medicina nacionalizada y organizada de acuerdo al modelo del clero y el de una sociedad sin enfermedades, sin violencia, sin conflictos. Surgieron medidas administrativas de internación y una

"clasificación natural de las enfermedades mentales. La misión del médico debía ser política, y su tarea consistía en liberar al hombre condenando a los malos gobiernos. El objetivo del médico era el de la felicidad: había que volver a llevar al corazón de los ciudadanos la paz, la salud del espíritu y del cuerpo. 3

El manicomio es un lugar donde florece, se desarrolla y se alimenta la enfermedad, según la imagen que de ella ha creado la psiquiatría. Es el lugar en que se crea y se cultiva el contagio que desborda al exterior produciendo un modo de expresarse el sufrimiento psíquico correspondiendo a la imagen y a la realidad que el mismo ha creado. 4

Es el lugar donde se funde la alianza entre una medicina deteriorada y la justicia, en tutela y en defensa del orden público y de sus reglas que no deben ser alteradas ni por la obscenidad de una miseria que no teme exponerse, ni por la angustia de un sufrimiento descubierto que se puede encontrar por la calle. A esta miseria y a estos sufrimientos, el manicomio ha respondido siempre imponiendo solamente otras miserias y otros sufrimientos. El manicomio no ha sido nunca la respuesta al sufrimiento, a la miseria de estas personas, sino más bien un modo de ocultarlas. 5

Único lugar donde la locura es permitida, permitida en el seno de estructuras que la fijan, la locura se metamorfosea allí en un monumento para la psiquiatría. Esta idea demarca al médico su práctica y al loco su conducta." 6

Al rechazar la sociedad al "enfermo mental" lo integrará en un nuevo nivel o estatus. "La sociedad si no ha creado su "enfermedad mental", ha actuado para que se conserve en el hospital psiquiátrico".7

Este contribuye a modelarlo, a fijarlo en una especie de anonimato. 8 Al acto psiquiátrico se le experimenta dolorosamente, como una forma de coerción educativa parecida a las sanciones de la infancia, los permisos de salida, se asimilan al levantamiento de la pena como en las prisiones, todo a criterio de la "buena conducta " que tenga el enfermo. 9 El paciente vive a veces la hospitalización como una sanción merecida, en donde el psiquiatra es su guardián.

"El decir y el hacer que se "desvían" de lo normal son castigados mediante los medicamentos o las duchas".<sup>10</sup> La hospitalización imprime a la enfermedad del sujeto, una figura diferente de la que reviste la enfermedad fuera del asilo. <sup>11</sup>

Cuando al individuo se le reconoce como "loco", la sociedad, por medio del psiquiatra lo ubica como "enfermo mental" para apartarlo, en este caso el loco se halla en peligro de verse "recuperado" por instituciones caritativas, compartido como objeto de ciencia y de cura por una multitud de especialistas o puede correr el peligro de verse definitivamente como "invalidado", como consecuencia del mito de la norma (nivel intelectual, conciencia de enfermedad, áreas libres de conflicto, etc.) y el peso de los prejuicios científicos, que desempeñan el papel de factores de alienación social para el enfermo mental, para quienes lo curan y para sus familiares. <sup>12</sup>

La sociedad ha previsto siempre de encontrar lugares donde colocar a sus locos les ha propuesto modelos de locura con los que puedan identificarse para satisfacerla, instituciones mediante las cuales la sociedad se protege contra su inconsciente, una actitud que forma parte de su lucha contra la locura.<sup>13</sup>

La pregunta muy fácil de plantear... ¿por qué de la enfermedad mental?. Introduce a la primera gran dificultad, la de la etiología o causalidad de las enfermedades mentales. Y no existe una respuesta sino una gran variedad de ellas. ¿Lo harán desde la perspectiva científica o bien incluyendo expresiones de su propia ideología, tendientes a la defensa de sus propios intereses, lo que significa entender por "normalidad" todo aquello que no atenté contra tales intereses?. <sup>14</sup>

En otros términos: ¿ser "normal" es solo estar adaptado y formar parte de la mayoría de una sociedad?.

Y si "normalidad" no es eso, ¿qué es y qué significa, así como quién lo determina?. <sup>15</sup>

¿Acaso no se los define como "profesionales de la salud mental" y existen múltiples "institutos de salud mental?" y a la vez su definición o conceptualización resulta tan compleja y polivalente que no pocos la consideran imposible.

El concepto de *salud mental* es igualmente complicado que el de *locura* o de *enfermedad mental*, al punto que puede existir coincidencias mayores o menores, respecto a estos términos, sin poderlos definir de manera más o menos precisa.

Dos han sido y son los criterios dominantes en sus intentos de conceptualización: el llamado *normativo*, que establece como parámetros a determinados valores o normas, fuera de los cuales se encontraría lo no-sano o patológico, y el conocido como *estadístico*, que surge por influencia de la antropología cultural y por tanto rompe con la idea de un modelo de "salud mental", para remplazarlo por la comprensión de que cada pueblo (y cada época del mismo) tiene características diferentes como consecuencia de formas diversas de adecuación a su realidad concreta: lo "sano" se definiría en función de la concordancia con los comportamientos de la mayoría de la población, por lo que no es equivocado definirlo también como *adaptativo* o uniendo ambos conceptos, como *estadístico-adaptativo*. 16

El criterio normativo sostiene que ser sano es ser como el modelo, pero, ¿cómo se dibuja este modelo?, y el criterio estadístico se basa en la pertenencia a un término medio, pero, ¿cómo se tomo la muestra?". 17

Un criterio opuesto es aquel que sostiene la organicidad de tales perturbaciones, es decir que atribuye a defectos, lesiones, etc.; de los centros nerviosos las distintas génesis de las enfermedades psíquicas. Si bien nadie niega la verdad de esto para el caso de notorias evidencias, no queda tan claro para aquellas anomalías como las neurosis o incluso algunas psicosis. Es que la relación que se establece entre factores psíquicos y somáticos es tan grande, que la sola presencia de alteraciones orgánicas no es seguro índice de que ésta sea la causa del mal. 18

Es indiscutible que cualquier perturbación de naturaleza psíquica de tipo crónico tarde o temprano puede producir alteraciones somáticas, pero de allí a atribuir la causalidad a éstas últimas remite a una unilateralidad no comprobada (de idéntica manera a que sería igualmente falso creer en la unilateralidad de la causa psicógena).

Por último -aunque no en último lugar -un tercer criterio buscaría las causas de las perturbaciones en la propia historia personal, sólo atribuibles a la estructura de personalidad del "enfermo". Aquí la causalidad sería sólo de tipo psicológico, descartando los factores orgánicos o sociales.

Lo que se pretende destacar en estos esquemas es que -a diferencia del caso de las enfermedades de tipo físico- en lo que respecta a la etiología de las perturbaciones mentales no existen normas fijas y universales, sino distintos enfoques, a veces absolutamente contrapuestos entre sí.

Una segunda pregunta también ofrece similares dificultades y remite a las *definiciones de salud y enfermedad mental*. ¿Ocurre lo mismo en todos los casos de personalidades presuntamente enfermas o sanas?, ¿debe entenderse como "enfermos" sólo a los casos absolutamente patológicos que no pueden funcionar por sí mismos o con anomalías notorias, o también debe incluirse a todos aquellos que se adaptan acriticamente a una estructura social alienante?. 19 En la historia de la psiquiatría no se ha reconocido a la locura más que para desconocerla mejor. Fue necesario esperar hasta Freud para que se planteara la pregunta (siempre abierta) ¿cómo en medio de una situación determinada, tornar desalienante la alienación?. En la pareja médico-enfermo, la pregunta sobre el sujeto de la alienación se plantea en el médico, y en la relación que se instituye van a anudarse y desanudarse todas las alienaciones. 20 De este modo, en la perspectiva freudiana, al delirio se le considera como un proceso restaurador de curación. El médico no se preocupa tanto por "cortar" prematuramente una evolución delirante, sino más bien por constituirse en su apoyo. 21

Al curar "psiquiátricamente" un delirio, ¿no se corre el riesgo de fijar al enfermo en una carrera de "enfermo mental?". Esta es la pregunta que a veces se siente uno tentado a plantear.

El lenguaje de los internados, su vestimenta, la solidaridad de los terapeutas, la complicidad que reina a través de las disputas, todo esto forma parte de un "sistema" que evoca cualquier otro

sistema de concentración en el cual los individuos se encuentran unidos por los vínculos de una servidumbre. 22

Si en el mundo exterior al loco se le declara irresponsable en el interior del hospital se le hace una especie de proceso moral; quienes lo curan, aunque lo nieguen tienen tendencia a apreciar la mejoría del paciente en función de criterios esencialmente normativos. 23

El esfuerzo psiquiátrico tiene por propósito el de hacer que la institución sea visible, tratar de hacer de su funcionamiento el instrumento principal de curación. Los psiquiatras esperan encontrar en los efectos institucionales: como lo son las reglas, las relaciones con el personal que cura, con los enfermos etc.; un acto que permitiría que se opere en el paciente una estructuración a partir de mal entendidos imaginarios. 24

"Todas las prácticas y creencias que guardan relación con el hospital psiquiátrico giran en torno de la búsqueda de un "aval" médico. El psiquiatra impone reglas a los "pacientes", premia la obediencia y castiga la desobediencia y llama "tratamiento" a estas actividades, se enseña a los "pacientes" a pensar, sentir y actuar "apropiadamente", y a esto le llaman "terapéutica". 25

La laborterapia ha estado ligada, expresamente o no, al deseo del que cura, de ver "rehabilitarse" al paciente. Asimilan "la cura" al "tratamiento" con medicamentos y cuidados humanitarios dentro de un régimen en ocasiones penitenciarias. 26

Es imprescindible recordar aquí que el discurso sobre el saber psiquiátrico no es un discurso científico; se trata de un conjunto de hipótesis trabajo y de instrumentos de trabajo. Nada más peligroso, entonces, que asignarles a las condiciones médicas el carácter inapelable de una sentencia. La palabra médica se encuentra por lo general utilizada, deformada, transformada, por las creencias míticas de cada uno. El médico mismo no se halla inmune a estas creencias comunes es por ello que cae tan a menudo en la trampa que se le tiende bajo el pretexto de la "cura", con lo que corre el riesgo de asumir bajo la cobertura médica, el papel "policíaco" que la sociedad trata de hacerle desempeñar, para protegerse de su temor a la locura. Todo esto hace que el desorden de la palabra sea "curado" con procedimientos médicos, es decir que se reprime

aquello que busca afirmarse en un decir provocador. 27 Ahora bien, desde el momento en que se le da un aval médico (psiquiátrico) al malestar de vivir, se entra en un malentendido que corre el riesgo de fijar la perturbación, sin haber desmontado los resortes que la provocan. Cuando la medicina toma a su cargo sistemáticamente a la población en reclamo de lo que se llama "higiene mental" se hace presente un peligro: el de aumentar la descolocación del "enfermo" y de su familia, el de pervertir el acto terapéutico mismo (desvirtuado en sus propósitos, desde el momento en que se somete a imperativos sociales). 28

La aplicación de medidas intempestivas de "cura", en nombre de un saber instituido, lo que logra es aplastar aquello que demanda hablar en el lenguaje de la locura, y al mismo tiempo, lo fija en un delirio, con lo que aliena aún más al sujeto. 29

El "resignado-curado" ya no es más un asistente. Es un condenado a vivir, ha fijado su libertad de una vez por todas, en los límites mismos del asilo. No tiene más deseos. Busca el estado de no-deseo.

La locura nos interpela en aquello que en nuestro ser se nos escapa. Esta mirada que se nos ofrece es también reflejo de lo que en aquel ser mantenemos en suspenso, miseria que captamos, mirada que nos hace ver, y ahí está el otro que huye, se vacía o se rebela ante lo que siente como un goce del cual se halla excluido. En ese vacío de palabras, bajo la mirada que lo envuelve, se siente objeto manipulado. Nosotros le "robamos" su ser, y denuncia la violación que lo asecha.

El loco "curado" que hace carrera en el asilo se asemeja mucho a un prisionero que hubiera renunciado a la fuga, pero que reclamara un centinela para poder vivir y morir como pura negación. 30 El resignado-curado, fijado detrás de una máscara de indiferencia parece, efectivamente, interrogar al psiquiatra sobre lo que la medicina ha hecho de su ser. ¿Este estado de no-deseo que caracteriza a cierta forma de "remisión", no es, acaso, una respuesta que se da, en la forma más absurda, a nuestra angustia?

Al sustraer a este resignado-curado de toda perspectiva conflictiva, ¿no le quitamos al mismo tiempo toda posibilidad de ser para otro?. Y su "bienestar", ¿no aparece entonces hecho a



la medida de nuestro rechazo de la verdad?. 31 "Todo ocurre como si la función de un establecimiento de cura psiquiátrica fuese la de mantener el desorden mental "en reposo" en el seno de un orden de cura. Aquí, ella se despliega como en el escenario de un teatro. En él se representan el miedo, la angustia, el rechazo. Unos tiran los hilos del poder que buscan ejercer; a los terapeutas les asignan una locura permitida. Los otros se han convertido en elementos de un espectáculo. Son la miseria, el horror, la decadencia, etc. en su silencio o en sus gritos".

# BIBLIOGRAFÍA LA LOCURA DESDE EL CONFINAMIENTO HASTA LA INSTITUCIÓN PSIQUIATRICA

1. SENG Tsan, 606 D.C. en *El objeto del arte*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.
2. FOUCAULT, Michel; *El nacimiento de la clínica*, Ed. Siglo XXI, México 1966.
3. MANONNI, Maud; *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, Ed. Siglo XXI, tercera edición en español, México 1980.
4. Op. cit. 3.
5. BASAGLIA, Franco; *La institución negada*, Ed. Barral, Barcelona 1970.
6. Op. cit. 3.
7. Op. cit. 3.
8. BATESON, Gregory; *Perceval's Narrative*, Stanford University Press, 1961 en Op. cit. 3.
9. Op. cit. 3.
10. Op. cit. 8.
11. Op. cit. 2.
12. Op. cit. 3.
13. Op. cit. 3.
14. GUINSBERG, Enrique; *Normalidad, Conflicto psíquico, Control social*, Ed. Plaza Valdés, 1a. edición, México 1990.
15. Op. cit. 14.
16. Op. cit. 14.
17. BONDHI, Oswaldo; *El analista, su identidad y el entorno* en varios autores, "Argentina, Psicoanálisis, Represión Política", Ed. Kargieman, Buenos Aires, Argentina, 1986.
18. Op. cit. 14.
19. Op. cit. 14.

20. Op. cit. 2.

21. Op. cit. 3.

22. GOFFMAN, E ; Asiles, prefacio, de Robert Castel, Minuit, 1968 en op. cit.3 .

23. LAING, Ronald; Esquizofrenia y presión social, Tusquets Editores, Barcelona, 4a. edición, 1981 en  
Op. cit. 14.

24. Op. cit. 22.

25. Op. cit. 3.

26. Op. cit. 24.

27. Op. cit. 3.

28. Op. cit. 3.

29. Op. cit. 3.

30. Op. Cit. 3.

31. Op. cit. 3.

## CAPITULO II

### CONSIDERACIONES TEORICAS ACERCA DE LA PSICOSIS

#### FREUD

La psicosis no fue nunca el tema principal de los escritos de Freud; sin embargo, está presente a lo largo de toda su obra. Tanto en los dos artículos dedicados a las neurosis de defensa, en los años 1894 y 1896, como en el texto inconcluso que pone fin a su obra *Compendio del psicoanálisis*, redactado 40 años después, descubrimos la misma preocupación, el mismo intento por descubrir que mecanismo psíquico se halla en el origen de la psicosis y en que se diferencia de la represión que caracteriza la neurosis. En otras ocasiones, el tema aparece considerado a través del estudio de diversos síntomas o manifestaciones psicóticas (así por ejemplo, la alucinación, el delirio paranoico o las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia) o desde el punto de vista de la teoría de la libido y el narcisismo, a través del análisis de las relaciones que el sujeto establece con la realidad circundante y de la aparente ruptura de esa relación en el caso de la psicosis.<sup>1</sup>

Un recorrido, incluso superficial, de sus escritos, muestra así claramente que Freud dedica buena parte de sus esfuerzos al problema de definir un mecanismo de defensa propio de la psicosis; lo plantea, bajo distintas formas, en numerosos textos: los dos artículos ya citados, los escritos de los años 1912-15 y los textos tardíos posteriores a la elaboración de la "segunda tópica". Quizás sea este el punto más importante de los tratados por Freud en la relación con la psicosis, pues lleva implícito el problema de diferenciación entre neurosis y psicosis y apunta hacia una distinción estructural de ambas. La represión, como es sabido, no es sólo un mecanismo de defensa que como tal influye en la organización de las relaciones del individuo con el mundo tanto interno como externo, sino también aquello que se halla en el origen mismo de la división

entre la conciencia y el inconsciente y que determina la articular estructuración de lo psíquico en el ser humano. 2

Una de las primeras alusiones de Freud a la necesidad de distinguir la represión de lo que ocurre en la psicosis, se encuentra en el comentario sobre un caso de paranoia crónica ("Nuevas consideraciones sobre las neuropsicosis de defensa", 1896). "Peculiar a la paranoia debe ser una vía o mecanismo especial de la represión..." vía que Freud cree encontrar en la *proyección*.

Poco después descubrirá que la proyección es insuficiente para caracterizar la psicosis, pero aquí ya está presente el elemento fundamental de los desarrollos ulteriores: la solución del enigma que representan los reproches, las alucinaciones y las voces, se halla en el *retorno del fragmento, hasta entonces olvidado, de la vida infantil*. 3

El papel que la proyección juega en la paranoia vuelve a ser discutido en el estudio sobre el caso de Schreber. Como punto de partida, Freud retoma su definición de la proyección, mecanismo que debía explicar la formación de los síntomas paranoicos: una percepción interior, previo proceso de deformación llega a la conciencia como percepción proveniente del exterior. A través del examen de la idea delirante de fin de mundo del Presidente Schreber, Freud llegará a la conclusión de que no se trata de una proyección de una percepción interior (en este caso, el deseo homosexual que constituye una representación insoportable para el yo), sino de algo de mucho mayor alcance: la representación insoportable internamente percibida, surge una *abolición (das aufgehobene)* y vuelve desde afuera, en el seno de una construcción delirante que corresponde a un intento de recuperación, a un esfuerzo por restablecer los lazos con el mundo externo, lazos bruscamente rotos al haber sido retirada la libido de todos los objetos. De este modo había sido "destruido" el mundo de Schreber, habiendo quedado privado de toda significación; la proyección de esta *catástrofe interna* tuvo por resultado la idea delirante del fin del mundo. 4

Otras referencias al problema aparecen en textos posteriores, en relación con el estudio de la formación de síntomas en la esquizofrenia, por ejemplo. Finalmente, Freud lo formula con todas

sus letras: “preguntémonos cuál puede ser el mecanismo análogo a una represión por el cual el yo se separa del mundo exterior”. La respuesta a la pregunta así planteada en 1924 (“Neurosis y psicosis”) pero insistentemente presente, como hemos visto, desde mucho antes, se encuentra en cierto modo dispersa en diversos escritos de Freud, bajo los dos términos siguientes: rechazo (*Verwerfung*) y renegación (*Verleugnung*). Su uso, como veremos, no siempre es inequívoco; la dificultad obedece en parte a que la distinción de los campos de la neurosis y la psicosis; será necesario añadir el de la perversión. 5

La primera aparición del término *Verwerfung* (rechazo) es incluso anterior al nacimiento del concepto de represión, que tiene lugar a partir de los *Estudios sobre la Histeria*. Anteriormente, Freud hablaba siempre de (defensa) entendiendo por ella la tendencia normal del aparato psíquico a evitar toda catexis que pueda ser fuente de displacer; a partir de una separación entre la idea y el afecto al que va unida, se puede mantener alejada de la conciencia a la idea que está en el origen del conflicto neurótico. Para la psicosis Freud concibe entonces un modo de defensa “más enérgico y eficaz”: “el yo *rechaza* la representación insoportable a la vez que su efecto” y puede así comportarse como si nunca la hubiese recibido. El precio pagado por esta defensa tan bien lograda es el estallido de una psicosis; en el caso que aquí sirve de ejemplo, un estado de confusión alucinatoria. En los dos ejemplos propuestos queda claro que lo *rechazado* es un hecho real o un estado de cosas de la realidad externa; en un caso se trata de la madre cuyo hijo ha muerto y que mece incansablemente en sus brazos un trozo de madera; en el otro, de la joven que cree tener a su amado al amado que nunca vino. 6

Este mismo tipo de defensa ante un hecho afirmado por la realidad es analizado años más tarde en el breve ensayo que Freud dedica al problema de *la perdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis*. Para poner de manifiesto la diferencia entre los mecanismos utilizados en una y otra afección, Freud presenta el ejemplo de una paciente histérica: enamorada de su cuñado, en el momento de la muerte de su hermana la estremece la idea de que él está ahora libre para casarse con ella. El acceso de esta representación a la conciencia provoca un conflicto que la

paciente elude olvidando la escena y reprimiendo el amor que siente por su cuñado; la reacción psicótica, en cambio, hubiese consistido en la renegación (el termino aquí utilizado por Freud es *Verleugnung* y no *Verwerfung*) de la muerte de la hermana, es decir -retomando los términos del ejemplo anterior cuyo sentido nos parece ser el mismo-, en lugar del alejamiento de la conciencia de un elemento perteneciente a la realidad psíquica el rechazo de un fragmento de la realidad externa. 7

El concepto de *renegación* reaparece nuevo en repetidas ocasiones referido a un problema totalmente distinto, el complejo de castración. El peso adquirido por esta nueva noción de la terminología psicoanalítica sólo se entiende al recordar que surge dentro del marco de una reconsideración de la sexualidad infantil que lleva a Freud a descubrir que el período correspondiente a la llamada "organización genital infantil" esta marcado por una primacía del *falo* (y no de los órganos genitales). Es el órgano sexual masculino el que constituye el centro de interés tanto del niño como de la niña, y alrededor suyo irá adquiriendo significación la castración, a partir del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos. Las repercusiones psíquicas de esta experiencia son considerables: el niño, dice Freud, en un principio "no ve nada, o, por medio de una *renegación*, atenúa el efecto de su percepción". Nos encontramos, pues, de nuevo con una reacción de rechazo ante un hecho que se impone desde el mundo externo, en este caso, el ver que el pene esta ausente del cuerpo femenino. Sin embargo, la observación no queda por ello sin efecto y el niño, buscando una salida al conflicto, llega "a esta conclusión de un gran alcance afectivo: antes, en todo caso, (el pene) si estaba allí, la niña ha debido ser despojada de él posteriormente.... conclusión que enfrenta al niño a la relación de la castración con su propia persona". 8

Comienza a perfilarse una definición de la *Verleugnung* (renegación) como mecanismo por el cual el sujeto *rehúsa a rechazar un hecho*, definición que adquiere su forma acabada poco después, a partir de un estudio sobre fetichismo: el niño *rehúsa a reconocer la percepción* (de la ausencia de pene en la mujer) porque reconocerla lo llevaría a aceptar la posibilidad de su propia

castración. Freud añade aquí algo importante con lo cual precisa la naturaleza del mecanismo en cuestión; el proceso defensivo no implica en este caso una anulación de la percepción (cosa que parece resultar del *rechazo* psicótico, como se ve en los ejemplos antes citados), sino más bien (una acción sumamente enérgica) para mantener renegada una percepción que sigue presente. En el caso del fetichismo, el fetiche (que representa el sustituto del falo materno en cuya existencia el niño no pudo dejar de creer) permite la creación de un compromiso por el cual la *creencia* en que la mujer si tiene pene es, a la vez, abandonada y conservada. Nos encontramos así ante una paradójica coexistencia de la antigua *creencia* con el *saber* que ha venido a desmentirla. 9

El fetichista establece, un compromiso entre el reconocimiento del peligro de la castración que la realidad afirma, y la renegación de la castración con que satisface su deseo. Esta posibilidad de tomar simultáneamente dos vías opuestas de resolución de un mismo conflicto, exige la introducción de una nueva noción en la teoría, la de una *escisión del yo*, proceso que se presenta como corolario lógico del mecanismo de renegación. Pero sería un error creer que se trata de categorías que sólo son aplicables en el estrecho marco del fetichismo; de hecho Freud las pone inmediatamente a prueba para explicar el caso de dos niños uno de dos y uno de diez años, que habían (rehusado reconocer) la muerte de su padre. ¿Cómo explicar que tan grande negativa pudiera darse sin desembocar en ninguno de los dos casos en una psicosis?. Sólo suponiendo que existe una *escisión*: en la vida psíquica de estos sujetos "dos corrientes" subsisten una al lado de la otra, una permanece ligado a la realidad externa, la otra toma en cuenta las exigencias pulsionales y se separa de ella. 10

Conviene quizás recordar aquí de que la idea de que varias corrientes psíquicas separadas e incluso contradictorias coexisten, había sido ya presentada en el caso *del Hombre de los lobos* -en el que Freud había introducido también una distinción entre *represión* y *rechazo* (*Verwerfung*), distinción sobre la cual se apoyara luego Lacan para introducir el concepto de *forclusión*.

El tema de la *escisión* vuelve a aparecer en los escritos posteriores al *Ensayo sobre el fetichismo*, prolongando una línea de pensamiento, presente en Freud desde el comienzo, que



bajo diversas formas introduce siempre un elemento de ruptura, de división, como inherente a la estructura misma de la subjetividad humana. Aludimos a ella, a propósito de la represión originaria, otro ejemplo lo ofrece la comparación hecha en la Conferencia XXIII (titulada justamente, "La división de la personalidad psíquica") entre el enfermo mental y el cristal que al romperse lo hace siguiendo las líneas de fractura que, invisibles, preexistían en su estructura. La posibilidad de una fragmentación semejante era fácilmente inferible -mucho antes de la elaboración del esquema de la segunda tópica- a partir de observaciones clínicas que ponían de manifiesto la oposición entre el yo y una instancia crítica interna, por ejemplo. Finalmente, es coherente también con la concepción freudiana de un aparato psíquico que se forma como por estratificación, por diferenciación progresiva de sus partes. 11

Volviendo a la *renegación*, es evidente que en la medida en que concierne a un elemento de la realidad externa y que por ello provoca siempre en cierto modo, una ruptura con la realidad, se trata de un mecanismo "psicótico". Para entender que aún siendo así, no nos hayamos en el terreno de la psicosis, es quizás necesario insistir en el hecho de que la *renegación* es una "defensa" que no logra sino a medias su objetivo: lo *renegado* nunca permanece del todo inactivo. Aunque el fetichista no reconozca haber percibido la ausencia de pene en la mujer, tampoco afirma haberlo visto. Y no sólo no afirma haberlo visto, sino que crea un "sustituto" aceptando así, que esta al tanto de esa falta (a lo cual se agrega el que, en la mayoría de los casos no se ve libre de la angustia de castración). Retomando el ejemplo del niño que recurre a la creación de un fetiche para resolver un conflicto que la amenaza de castración le plantea, Freud indica luego ( en "Escisión del yo en el proceso de defensa") en que se diferencia esta *renegación* de la realidad, de lo que hubiese podido ocurrir en una psicosis: "el niño, no contradijo sus percepciones y creó la alucinación de un pene donde no lo había; sólo realizó un desplazamiento de valores: transfirió la importancia del pene a otra parte del cuerpo (femenino), procedimiento en el que fue ayudado por el mecanismo de la regresión".

No basta con tomar en cuenta el mecanismo en sí sino que es necesario considerar también lo que le sigue. En *Compendio de Psicoanálisis*, Freud apuntará hacia una diferenciación de la psicosis a partir de lo tópico y lo económico. 12

En primer lugar, señala que la escisión y la oposición que en la neurosis tiene lugar entre una y otra instancia, ocurren en la psicosis en el seno de una de ellas, el yo. El valor de esta hipótesis explicativa se haya sin embargo moderado inmediatamente: "No siempre es fácil decidir ante cuál de ambas posibilidades nos encontramos en un caso determinado", nos dice, previniéndonos así contra una concepción demasiado simplista y esquemática de la segunda tópica. En segundo lugar, dado el carácter general de la *escisión* en varias *corrientes* psíquicas, hay que pensar "que el resultado dependerá de su fuerza relativa"; las precondiciones para una psicosis estarán dadas cuando prevalezca la "corriente" que, bajo la influencia de la pulsión se aleja de la realidad externa. 13

Partiendo de la idea de que uno de los puntos importantes tratados por Freud en relación con la psicosis es la elaboración en términos teóricos de lo que la diferencia de la neurosis, hemos visto que esta búsqueda está centrada en el esfuerzo por definir un mecanismo análogo al de la represión. Convertido el concepto de *represión* en la piedra angular de la teoría de la neurosis, y por ende de la teoría psicoanalítica, resulta lógico y necesario preguntarse que concepto podría ocupar este lugar en el campo de la psicosis. Así fueron surgiendo *proyección*, *abolición*, *rechazo* y *renegación*; de ellos sólo los dos últimos fueron retomados por Freud en ocasiones sucesivas. 14

La *renegación*, utilizada primero para designar un mecanismo psicótico -en el mismo sentido en que había aparecido anteriormente *rechazo*- adquiere luego la definición precisa a la que nos hemos referido en relación con el problema de la castración. El término *rechazo*, por su parte, también aparece ligado a la castración en un momento dado (en el caso del *Hombre de los Lobos*), con lo cual nos topamos con una especie de entrecruzamiento o superposición de ambos términos. Surgen así varias preguntas: ¿Significa esto que son intercambiables y que se les puede reducir a uno solo?. Los dos contextos a los cuales aparecen referidos, castración y psicosis,

¿tienen alguna relación entre sí o se trata de dos cuestiones sin conexión alguna?. Finalmente, ¿ofrecen o no los textos de Freud el perfil de un mecanismo radicalmente distinto de la represión y capaz de dar cuenta de la psicosis?. 15

Se puede decir sin temor a aventurarse demasiado que la pregunta planteada en “neurosis y psicosis” queda abierta. Freud indica varias vías, propone varias respuestas, sin que ninguna de ellas sea verdaderamente concluyente.

Este lugar aún vacío de la teoría psicoanalítica vino a ocuparlo el concepto de *forclusión*, elaborado por Lacan a partir de las semillas que Freud dejó. 16

Aunque la distinción entre *Verwerfung* y *Verleugnung* no sea tan nítida como podamos desearlo, a través de lo que Freud planteó tanto lo *rechazado* como lo *renegado* poseen un rasgo esencial que los opone a lo *reprimido*: se refiere, para decirlo en términos freudianos, a la realidad externa y por consiguiente su *retorno* es radicalmente distinto del *retorno de lo reprimido*. Si el retorno de lo reprimido provoca el síntoma o los síntomas neuróticos, el retorno de lo rechazado o lo renegado parece darse bajo formas totalmente distintas: el delirio, la alucinación. Para lograr concebir cuál es el “lugar” del retorno en cada caso, la oposición entre realidad psíquica y realidad externa parece pues insuficiente. “Los tres míos no son los tuyos”, dijo Lacan en Caracas refiriéndose a la segunda tópica freudiana y a las nociones de lo real, lo simbólico y lo imaginario, por él introducidas. 17

En lo que respecta a lo que opone al *rechazo* y a la *renegación*, este término designa el mecanismo descrito en el *Ensayo sobre el fetichismo* y rechazo corresponde más bien a lo dicho a propósito de la psicosis alucinatoria y la paranoia, resulta que la *creencia* que en el primer caso aparece mitigada por el saber recientemente adquirido, no acepta, en el segundo caso, contradicción alguna; no se puede hablar en este caso de *compromiso* entre lo consciente y lo inconsciente. Por otra parte, tomando en cuenta que el complejo de castración desempeña en la disolución del complejo de Edipo y la íntima relación existente entre éste y la particular

organización de lo psíquico en cada sujeto, se ve que el tema del Edipo y la castración y el de la distinción, desde un punto de vista estructural de neurosis y psicosis, no son sino el has y el revés de un mismo problema. El hecho de que *Verwerfung* y *Verleugnung* parezcan confundirse en los textos de Freud, más que ser causa de sorpresa, indica entonces la necesidad de proseguir de llevar adelante aquello que está implícito en la investigación freudiana sobre los diversos mecanismos que operan en la neurosis o en la psicosis: la discusión sobre cómo se constituye un sujeto neurótico o psicótico. 18

## **MELANIE KLEIN**

Melanie Klein asume totalmente la concepción de Freud sobre la pulsión de muerte y, por lógica consecuencia, desde el comienzo mismo esta se enfrenta a la pulsión de vida, determinando una dinámica no sistematizada hasta la aparición de este marco teórico. Junto a ello esta escuela observa una aparición más temprana del super yo y del complejo de Edipo y formula su noción básica de posición -esquizo-paranoide y depresiva-, fase del desarrollo que se superpone sobre la etapa oral, y la segunda el resto del primer año, tales aportes determinarán las concepciones kleinianas de la "enfermedad" mental. 19

Según esta escuela hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, siendo esta la respuesta de tal yo a la actividad del instinto de muerte. Tal yo surge muy desorganizado aunque con tendencia a la integración, no percibiendo en un comienzo objetos totales sino parciales, de manera, que, enfrentado con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, se escinde y proyecta la parte que contiene tal instinto sobre el pecho de la madre; este pecho es entonces percibido como malo y amenazador para el yo, originando sentimientos de persecución: el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor, contra el que se dirige, como agresión, parte del instinto de muerte que queda en el yo. 20

Paralelamente se establece una relación con el objeto ideal, proyectando la libido para crear un objeto satisfactorio al impulso instintivo del yo a conservar la vida. "De este modo, muy pronto el yo tiene relación con dos objetos: el objeto primario, el pecho, en esta etapa esta disociado en dos partes, el pecho ideal y el persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamantado por la madre externa real, que a su vez confirma dicha fantasía. En forma similar la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios. Así, la gratificación, no sólo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición; también se la necesita para mantener a raya la aterradora persecución. A su vez, la privación se convierte no sólo en falta de gratificación, sino también en amenaza de ser aniquilado por los perseguidores. El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, e identificarse con este, que es para él quien le da vida y lo protege, y mantener fuera al objeto malo en las partes del yo que contienen el instinto de muerte. La ansiedad predominante de la posición esquizo-paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al yo. Estas características durante esta fase del desarrollo llevaron a Melanie Klein a denominarla posición esquizo-paranoide, ya que la ansiedad predominante es paranoide y el estado del yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión que es esquizoide". 21

El individuo normal sale de la posición esquizo-paranoide cuando las experiencias nuevas predominan sobre las malas, es decir, "el yo llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios, y que su propio instinto de vida predomina sobre su propio instinto de muerte". De esta manera se produce una identificación con el objeto ideal y adquiere mayor capacidad para enfrentar las ansiedades sin recurrir a violentos mecanismos de defensa: "disminuye el miedo a los perseguidores y disminuye también la escisión entre objetos persecutorios e ideales; se permite a ambos que se aproximen más y esto los prepara para la integración". 22

"Sabemos que los primeros meses de infancia yacen los puntos de fijación de la psicosis (y) sabemos, además, que en la enfermedad psíquica se produce una regresión, no a una fase del

desarrollo que fue en sí normal, sino, a una fase en la que ya estaban presentes perturbaciones patológicas, que crearon bloqueos de desarrollo y constituyeron puntos de fijación; por consiguiente, tenemos derecho a suponer que, en la medida en que el psicótico hace una regresión a los primeros meses de la infancia, regresa a una fase del desarrollo que ya entonces poseía rasgos patológicos". 23

La posición depresiva es la fase del desarrollo en la que el bebé ya reconoce a un objeto total y se relaciona con el mismo: ya no percibe objetos diferenciados de la madre sino a una persona total, que a veces es buena y otras es mala y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo. En esta posición "las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado, de quién depende totalmente". 24

"El punto de fijación de las enfermedades psicóticas yace en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva. Cuando se produce una regresión a estos puntos tempranos se psicotiza. Pero si se alcanzó la posición depresiva y se la elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior no son de carácter psicótico, sino neurótico". 25

"Ninguna experiencia del desarrollo humano se borra o desaparece jamás; debemos recordar que hasta en el individuo más normal ciertas situaciones removerán las ansiedades tempranas y pondrán en funcionamiento los tempranos mecanismos de defensa. Además, en una personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna está escindida y apartada o rechazada; y ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son realmente muy importantes para el desarrollo posterior, del que sientan las bases". 26

La posición depresiva nunca se elabora completamente. Siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Cuando la posición depresiva no se ha elaborado suficientemente, y no se ha

afianzado la creencia en el amor y la creatividad del yo y en su capacidad de recuperar interna y externamente objetos buenos, el desarrollo posterior es mucho menos favorable. El yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas, esta empobrecido y debilitado, su relación con la realidad es frágil, y hay un perpetuo temor y a veces una verdadera amenaza de hacer una verdadera regresión a la psicosis. 27

## **LACAN**

Lacan subraya la urgencia de una teorización del sujeto a fin de garantizar la autonomía, con respecto a la psicología de los "Cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis": la repetición, la transferencia, la pulsión y el inconsciente. 28

De este modo se conjugan para él varias fuentes pertenecientes al dominio del saber:

1. La filosofía con el cogito cartesiano.
2. Freud reinterpretado gracias a la teoría del significante.
3. El modelo estructuralista, que permite definir un nuevo sujeto que ya no es sustancia o síntesis sino efecto de una combinatoria significativa.
4. Y, por último, un sujeto del fantasma relativo al objeto del deseo. 29

Lacan realiza una hazaña que consiste; por un lado, en referir al inconsciente freudiano a su estructura de lenguaje, por el otro, en preservar la categoría de sujeto, apartado por el "estructuralismo". 30

El propio método de Lacan conduce a una relectura de Freud capaz de poner de manifiesto el lugar del sujeto en el conflicto.

Gracias a la interpretación de Lacan se hace evidente que los diferentes "polos de la personalidad", como se dice (el *yo*, el *ello* y el *super-yo*) no son aparatos constituidos, "datos psíquicos" que dependerían de leyes diferentes de organización, y que tampoco se debe interpretar esta división sobre la base psicogenética que la mayoría de los psicoanalistas anglosajones quisieron imponer a partir de 1925. En estos, efectivamente, la "escisión del yo" era equivalente a la superposición de los estadios esenciales de la libido, a su coexistencia en la vida psíquica como otros tantos residuos no superados de supervivencias arcaicas. Por ejemplo, la fase depresiva de Melanie Klein que sucedía a la fase paranoide, estaba constituida sobre una base de la escisión de objeto; bueno/malo, parcial/global. 31

Las concepciones psicogenéticas de la división del sujeto incluyendo en ellas las del propio Freud, poseen un valor explicativo. El punto en el que interviene Lacan consiste en poner de relieve el fundamento estructural de esta división y no su base histórica o estadal.

Es aquí donde resulta situable la castración. La razón, tanto cronológica como psicológica, de la división del sujeto se reduce a nada si no se advierte su fundamento en el complejo de castración, es decir, en la prohibición del "goce" a todo ser hablante.

Lacan releyó a Freud utilizando a la vez el hilo conductor de la castración y el del lenguaje. De ahí la correlación entre dos formas de pérdida o de amputación del goce. La misma opacidad del significante pone un escollo a la posibilidad de un goce no castrado. Aquí reside el fundamento freudiano de la alienación del sujeto al significante. 32

Comprendemos la importancia que revistió para Lacan deslindar lo imaginario, tanto para efectuar el despejamiento evocado más arriba como para definir "la reunión de lo simbólico y lo imaginario", con la perspectiva de deslindar lo real en juego en el análisis. 33

Esta división del sujeto es "constituyente" del deseo mismo, y no es una división constituida si por ello se entiende un desdoblamiento que el sujeto tendría que padecer en la búsqueda de una imposible armonía de las tendencias. 34



Lacan demostró que tampoco puede ser hipostaseado el conflicto de dos instancias psíquicas el yo y el ello. Demostró que estas dos instancias no podían articularse sin el tercero simbólico que constituye el Otro, se trate de las identificaciones imaginarias del yo o se trate del ello. En Lacan hay un doble origen de la división del sujeto: división debida al lenguaje, a la incidencia del significante en el deseo; y división debida a la pulsión sexual, que constituye el aporte propiamente freudiano. El lenguaje tiene esencialmente por función identificar al sujeto; solo este efecto de identificación le permitirá contarse en "el orden simbólico" situándose como mortal y sexuado. 35

Lacan afirma la anterioridad y preeminencia del Otro sobre el sujeto. Incluso antes de que un niño nazca, las relaciones entre sus genitores están organizadas por la palabra: se sitúan dentro del marco de las "leyes del lenguaje". Las circunstancias que precedieron al encuentro de su padre y su madre, la historia de estos, forman ya una constelación que antecede a su misma concepción. El niño es esperado con esperanza o con temor, se impone o es demandado. 36 En este ámbito, que es cualquier cosa menos indiferenciado, va a ser sumida la cría del hombre y en él tendrá que "sujetivar". Es decir, hacer suya su historia para encontrarse en ella, para ubicarse en ella. Este lugar donde se inscribe el "tesoro de la lengua" que se dirige al sujeto, es el que Lacan denomina *lugar del Otro*, el lenguaje tiene esencialmente por función identificar al sujeto. 37

La primera forma organizada en el proceso de constitución subjetiva propuesta por Lacan es el estadio del espejo. El niño infans prematuro en lo que atañe a la apercepción de su unidad, va a aprehenderse en una imagen totalizada de sí mismo, que él intercepta. Se presenta una figura como una imagen ideal de él mismo, que lo arrebató en el júbilo de una culminación, al mismo tiempo que esta imagen no puede sino sustraerse a su captura, presa inasible con la que él no puede sino identificarse, sin llegar a alcanzarla jamás. 38

El estadio responde a la declinación del destete: se trata del reconocimiento por el niño entre los seis y los dieciocho meses de su imagen en el espejo. Este momento es localizable, se

observa, en el júbilo que el niño manifiesta en ese instante decisivo. Lacan hará el momento fundador de la "función del yo (je)". 39

Para Lacan de 1938, el fenómeno del espejo es significativo por una doble razón:

1) Su estudio revela de manera demostrativa las tendencias que constituyen entonces la realidad del niño.

2) La imagen especular ofrece un buen símbolo (término tomado de Henry Wallon) de esa realidad, de su valor afectivo, ilusorio como la imagen misma, y por otra parte de su estructura, reflejo de la forma humana. 40

Si la búsqueda de su unidad afectiva promueve en el niño las formas en que representa su identidad, la forma más intuitiva de ellas es dada entonces por la imagen especular en la que el niño con el júbilo que hemos apuntado encuentra su unidad mental reconociendo "el ideal de la imago del doble". Mientras la imagen del semejante permanezca limitada a su función de expresividad, desencadenará en el niño emociones y posturas similares según una modalidad habitual en los animales. Pero mientras padece esta sugestión emocional o motriz, el niño no se distingue de la imagen misma; más aún ésta no hace más que añadir una dimensión "xenopática" (de "xenopatía": dolencia causada por un cuerpo extraño), que determina la estructura narcisista del yo (moi). Antes de poder afirmar su identidad, el niño se confunde enteramente con esa imagen que lo forma al tiempo que lo aliena primordialmente. 41

Podemos hablar, por lo tanto, de tendencia intrusiva, lo que evoca el mecanismo de proyección del yo descrito por Freud en 1896 y que reaparece en cierto número de fenómenos como el transivismo de aire mitomaniaco del niño -"no soy yo, es el otro"- o del paranoíco -"no soy yo que lo ama, es él que me odia"- . 42

Para que el estadio del espejo opere, es preciso que a ese espejo el Otro le de un marco, marco que no puede ser de imágenes que se remitirían la una a la otra al infinito, sino que es de

orden simbólico. Es la arquitectura en el Otro la que ordena, organiza el mundo imaginario en el que el sujeto se aliena como Yo, dando sus reglas y sus límites a sus juegos, ya sean de prestancia, rivalidad o pavoneo amoroso. 43 Este Otro tiene sus leyes propias, como las leyes mismas del significante. 44

De este modo, el estadio del espejo aclara las reflexiones efectuadas por Freud en *Introducción al narcisismo*, de 1914 (texto escrito en gran medida para refutar las tesis Jungianas sobre la libido y la esquizofrenia), a propósito del delirio de observación: "Los enfermos se quejan entonces de que se conocen todos sus pensamientos, de que se observan y vigilan sus acciones; son advertidos del funcionamiento *soberano* de esa instancia por voces que les hablan de una manera característica, en tercera persona (‘ahora ella piensa otra vez en eso’, ‘ahora él se va’) esta queja esta justificada, describe la verdad, existe efectivamente, y esto en todos nosotros en la vida normal, un poder que observa, conoce, critica todas nuestras intenciones....". 45

En este artículo Freud señala que en el psicótico (parafrenico) la libido no permanece "apegada a objetos en el fantasma, sino que se retira sobre el yo". Lacan volverá sobre la cuestión del "despego del objeto", enriqueciéndola con el aporte metapsicológico de Melanie Klein, en particular con la noción de "objeto interno malo", en el origen de la fragmentación de la imagen del cuerpo humano.

Aquí el término de objeto no coincide absolutamente con el uso que le da Freud, quien en 1914 todavía se halla en vías de elaborar una teoría de las pulsiones se trata de objetos parciales, "inclusiones imaginarias de objetos reales o inversamente (...) tomadas de objetos imaginarios en el interior de un recinto real". El recinto primordial es, para el niño pequeño, el cuerpo materno. Los objetos van a definirse por una serie de movimientos "de proyecciones, de introyecciones, de expulsiones, de reintroyecciones", según la forma de la incorporación y del rechazo que van a permitir al pequeño construir su realidad, su *Umwelt*, que para Melanie Klein tendrá necesariamente la consistencia de una *unreal reality*, por no poder distinguir lo imaginario de lo

real. Sin embargo, la noción de continente y contenido, a través del análisis que hará Lacan del sistema "paranoide" del niño según Melanie Klein, le permitirá ilustrar las relaciones entre lo especular y las funciones del yo y abordar el problema "de la reunión de lo simbólico y lo imaginario en la constitución de lo real", pues no hay introyección que no sea del significante. 46

El humano es el único ser animal que no alcanza su madurez fisiológica hasta después de más de diez años de existencia, y que varios meses después de su nacimiento conserva reflejos secuelas de su vida intrauterina, testigos de la inmaduración de su sistema nervioso central. Se concibe así que el estadio del espejo puede ser ese "drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación", como lo escribe Lacan, sabiendo que incluye de golpe al niño de una aprehensión imaginaria fragmentada a una imagen totalitaria: "complemento ortopédico de esta insuficiencia nativa, de este desconcierto o desacuerdo constitutivo, ligado a su prematuración al nacer".

Lacan irá más allá de esta concepción de la discordancia psicomotriz sobre la constitución del yo y de la superioridad humana ligada a la inmaduración neurológica. En efecto, si la experiencia del espejo revela, por actitudes de prestancia o de intimidación comunes a otras especies animales, la ilusión de la totalidad, ella introduce al individuo en el "espejismo del dominio de sus funciones" y, antes que conducir a una síntesis yoica, desemboca en una alienación definitiva del tipo a la que liga al amo con el esclavo: Lacan, alumno de Kojève, lector de Hegel (referencia manifiesta a partir de *Acerca de la causalidad psíquica de 1946*), considera la prematuración del nacimiento específica del hombre, como "la enfermedad fecunda, el defecto feliz de la vida donde el hombre, al distinguirse de su esencia descubre su existencia". *Por lo demás, Lacan definirá lo real sobre la noción misma de la existencia.* 47

El nacimiento da al hombre ese "toque de la muerte" que asoma en lo imaginario bajo la forma de la agresividad: el hombre se distingue de los otros animales por el hecho de que, al contemplar su imagen, lee su significación mortífera, puesto que ella le es fundamentalmente

“arrebatada”. Lo cual moverá a Lacan enunciar que “el yo nunca es sino la *mitad* del sujeto”; lo cual permite entender mejor porque le importa tanto al sujeto este yo que es el doble que lo posee y porque, en toda relación humana esta atadura que Lacan califica de sello está presente, huella de cada una de las “experiencias de impotencia donde esta forma se ha modelado en el sujeto”: señorío del yo, servidumbre del sujeto. 48

Hay una cierta tendencia a considerar el narcisismo como una noción que nace por su peso. Al proponerse como lector de Freud, Lacan se interroga sobre el proceso que en el nivel de lo imaginario, conduce al psicótico al punto de culminación de retiro de la libido del objeto exterior, punto que corresponde al espejo. Se comprende que el niño, en el origen, antes de volverse hacia objetos exteriores y de investirlos como carga erótica, “toma su propio cuerpo como objeto”, pero ¿qué decir del movimiento regrediente que clasificaría a la psicosis?. Y ante todo ¿esta ligado a una modificación en la estructura misma del objeto?.

Esto nos induce a considerar nuevamente la cuestión de la psicosis, toda vez que Lacan despejo en la intrusión la dimensión de lo real: es incluso la operación que desencadena la psicosis, la intervención de un “padre real” allí donde la función paterna como simbólica (Nombre del padre) no se ha producido en el lugar del Otro. De ello resulta la imposibilidad para el sujeto de hallar un lugar fijo en el Otro. 49

A ese Otro rechazado al infinito vienen a sustituirse una multiplicidad de pequeños otros, imagen especular en abismo donde se alienan tanto los rivales mortíferos como las criaturas paródicas del ideal del yo (megalomanía), cuando no son, en el proceso de descomposición que esto implica, sombras efímeras e incontables (c. f. las Memorias del presidente Schreber y su lectura por Freud y luego por Lacan).

“Es la falta del Nombre del padre en ese lugar (simbólico) la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de las reorganizaciones del significante de donde procede el

desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante”.

Como puede verse, Lacan retoma aquí el aforismo freudiano que hace del delirio un intento de curación. Pero que hay por precisar -y es ésta la cuestión preliminar planteada por Lacan- qué es lo que da sostén a esa estabilización de lo imaginario y con ello mismo de lo real, del que en los últimos años de su enseñanza afirma que forma para el paranoico, con lo simbólico y lo imaginario, una consistencia en continuidad, a la manera de tres anillos de un nido de trébol. 50

La psicosis es paradigmática por mostrarnos al inconsciente como a cielo abierto, según una expresión de Lacan. Pero la psicosis no es la única estructura que presenta perturbaciones de lo imaginario, a lo que convendría, añadir que también la hay fuera de los fenómenos estructurales, como por ejemplo en la demencia, sea precoz o senil. 51

Si, como dice Lacan siempre que se hable durante bastante tiempo es posible hacer significar cualquier cosa, a cualquier palabra, ¿qué puede entonces detener la significación?. Si debido a la lengua siempre hay una palabra que falta para cerrar la cadena sobre sí misma, lo que detiene no es entonces un significante último que se igualaría a su significación sino una función que Lacan, siguiendo a Freud, denomina “función paterna”. Es el Nombre del padre el que, por su operación, elide lo que él llama el Deseo de la madre, como figurando al Otro previo, para detener un orden de significación que es la significación fálica. 52

Que el Nombre- del padre haga alusión del Deseo de la madre muestra la particularidad respectiva de ambos.

La madre “lacaniana”, ese Otro previo, es un personaje profundamente inquietante. Para ella y el niño, ningún sueño de completud en el interior de una vacuola que los engloba, separados del mundo en una efusión bienaventurada. Sus idas y venidas, sus esperas, sus reprimendas, sus incitaciones, todas las manifestaciones de su presencia no tienen en si misma otro sentido que el de su capricho. A este mundo hecho de cualquier modo, imprevisible y

enloquecedor, le hace falta un principio organizador, ese principio es la función paterna. Ella es *la clave de la significación a partir de la cual el mundo incoherente cobra sentido*. 53

No se puede hablar de pulsiones, si no se piensa con la estructura del deseo. Se vuelve a encontrar con la castración, la prohibición del incesto, necesario para el goce, la pérdida de la inmortalidad.

El objeto de la castración es un objeto imaginario. Importa distinguir la castración de la frustración (el objeto es real) y la privación (el objeto es simbólico). El psicótico saca la castración del dominio simbólico y ella reaparece en lo real bajo la forma de la alucinación. Aspirar, como lo proponen algunos a una educación que haya eliminado el problema de la castración, es emitir una aspiración que no tiene en cuenta la exigencia estructural en la que se haya preso el individuo. Del mismo modo a partir del simbolismo de la castración en el complejo de Edipo, el deseo se introduce en un orden humano. Lo que se introduce es una estructura en la cual se abandona la situación dual (imaginaria: una relación yo-tu no mediatizada) por una estructura ternaria (simbólica) que introduce una referencia a un tercero, y con ello una referencia a un pasado con todo lo que implica como tradición que se anula a través del pacto simbólico la deuda y la falta. 54

La alucinación es un regreso a estas primeras percepciones. Solo después de que se ha instalado el yo (ego) especular se torna posible en la carga erótica y se debilita en las cargas libidinales de la etapa presente. El movimiento de identificación del estadio del espejo debe ligarse al narcisismo secundario. Entre las etapas del autoerotismo y del narcisismo se sitúa lo que Lacan ha descrito bajo el nombre de fase del espejo, "la ocurrencia de la imagen especular significa para el niño la recuperación de una imagen del cuerpo en su totalidad. En ese momento existe en el sujeto una tendencia a encerrarse en si mismo que facilita la intrusión de los otros". La captura especular de su imagen, imagen con la cual se identifica, va al mismo tiempo a arrebatarlo a su ser y a mantenerlo en un equilibrio de rechazo y de amor, equilibrio que esta en el

origen de la alienación fundamental del yo imaginario. Volvemos a encontrar esta forma de oscilación en ciertas psicosis.

Cuando el sujeto, en la etapa de la imagen especular, va a ser llevado a identificarse con su otro imaginario, solo podrá hacerlo al precio de una reorganización estructural, reorganización que señala al mismo tiempo el fin de una fase depresiva. 55

En la etapa de la imagen especular, el sujeto, en su búsqueda del objeto, no encuentra ya la imagen del objeto sino "sombras de objetos" que ocultan su propia imagen. Estas sombras se aparecen allí como una pantalla en la búsqueda del sujeto por el camino del deseo. La estructura imaginaria es la única que permite dar cuenta de las tensiones agresivas que rigen las relaciones del yo con el otro. Lacan muestra como la imago del semejante esta ligada a la estructura del cuerpo propio, muestra al mismo tiempo como la instauración del otro se hace en tanto que depositario de representaciones de objetos parciales. El camino del deseo pasara, durante esta etapa, por el otro yo, y si el sujeto no permanece ya perdido en una pura relación de fascinación con otro (un otro que le hurtaría su imagen) ello se debe a que de entrada funciona un tercer elemento las marcas significantes de las oposiciones fonemáticas que, desde un comienzo, están presentes entre el niño y la madre, y que son las únicas que le permiten al niño "la buena" identificación especular. El jubilo que señala (en el enfrentamiento con su imagen en el espejo) la victoria del niño sobre el riesgo de su desaparición (de ser tragado) como sujeto, ese jubilo, no esta causado por lo que ve en el espejo (su imagen) sino por el hecho de que lo ve su madre ( a la que percibe como no peligrosa) y esto es lo que le permite el nacimiento del yo (ego) especular. En un segundo tiempo, ese dominio se instala como efecto del significante (señales significantes que provienen del un otro que proporciona la materia sonora). Las representaciones en esta etapa en la que funciona el proceso primario, son imágenes fundamentales, y es con estas imagos que el sujeto se ubica en la circulación significativa. 56



La madre inscribe en un doble registro el llanto mediante el cual el bebé pide que se lo alimente; responde a él mediante un objeto que lo satisface y mediante una escansión sonora. Las primeras jaculatorias del bebé responden como un eco a las oposiciones fonemáticas que constituyen para él la respuesta al otro, lo que Lacan describe como identificación significativa unaria. Allí se elabora en torno a la escansión de una pérdida y de un reencuentro, bajo una forma metafórica, un significante, todo rastro del objeto se ha perdido en el significante.

Esta primera marca significativa constituye para el sujeto un dominio de la imagen que señala el nivel de una represión primitiva. 57

El sujeto recibe siempre sus señales significantes en tanto que sujeto fragmentado. El esquizofrénico, en su búsqueda de curación, se aferra a voces desesperadamente a vocablos que no están mediatizados por ningún sentido, sino que aparecen como tentativas de carga sonora de su mundo objetal. Se trata, en suma, de un intento por reencontrar a la vez que una señal significativa, el objeto perdido. Al esquizofrénico le falta la dimensión imaginaria, no puede conducir del mismo modo que el neurótico su búsqueda del objeto perdido, como no ha podido dominar la imagen especular (cosa que le habría permitido poseer la imagen del otro), busca reencontrarse a nivel de imágenes de cuerpos despedazados y de sonoridades vocales que aparecen como señales significantes unarias al nivel más elemental, pero que hacen que emita su palabra, no ya el nombre de su yo (ego) especular sino en nombre de los otros. Todo análisis está marcado por el modo en que, con una cierta repetición significativa, el sujeto llegara a poder o no sostenerse (más allá de la demanda) en el campo del deseo. Y se transforma en deseante al proceso de abolirse como sujeto, de ser "el exponente de una función, que lo sublima aún antes que la ejerza". 58

Este es el origen del cual surge el drama existencial del deseo, con los efectos que en él se anudan al nivel del lenguaje. (Lacan)

El drama humano (del deseo vinculado a la ley y a la castración), cuando no puede representarse a nivel simbólico, se produce en lo real al nivel de las amenazas o de las órdenes de muerte o de asesinato. Esto es lo que aparece abierto en el discurso psicótico. 59

En la psicosis, la posición conflictiva del hombre en relación con el deseo se traduce en los efectos de horror y prohibición con que se enfrenta el paciente si asume el riesgo de ser deseante. El incesto y los "desbordes sexuales" forman parte integrante del cortejo mítico que traen los pacientes. Dicen haber roto una prohibición o haber sido obligados a violarla, y el horror que viven lo traducen en un espectáculo cuyo objetivo es afectarnos. Su angustia se evidencia en su postura, en las palabras que transmiten, palabras desprovistas de toda emoción y que no se inscriben en ningún movimiento de significación. 60

En el psicótico, la situación es totalmente diferente: "lo que el espejo le devuelve indefinidamente, es él en cuanto que "lugar de la castración", y esta imagen no puede ser otra cosa que huirle de modo indefinido. Lo que se refleja en el espejo en cuanto ego especular (convirtiéndose el otro en agente de castración) le cierra para siempre al psicótico toda posibilidad y toda vía de identificación (...) . Toda relación imaginaria con el otro, por más que se apoye en el ego especular, se torna imposible". 61

La pulsión es un resto de una estructura, la del deseo, marcada por una LEY, la castración. En los cuatro conceptos fundamentales, cuando aparece "el montaje de la pulsión es un montaje que desde el comienzo se presenta como no teniendo pies ni cabeza, en el sentido en que uno habla de montaje en un collage surrealista", y un collage surrealista de sin sentido tiene bastante poco, lo mismo que la pulsión, que tiene su propia estructuración, pero además es un principio de organización en tanto introduce el placer en la constitución del sujeto. Es decir, que el amamantado, además de recibir leche, recibe muchas cosas más y lo que al sujeto le queda es una brusca disminución de tensión, que por ahora la llamaremos placer, necesario para la

constitución del sujeto y para introducir el modelo con el primer objeto perdido y nunca más encontrado. 62

Con la implantación de la LEY que nos prohíbe gozar con nuestro primer objeto amoroso; no nos encontramos con ese límite que más que límite es la posibilidad o unión de reencuentro, que nos permite justamente el goce pero que se constituye en un pacto goce-muerte y que, tenemos que pensarlo como castración, que nos abre el camino engañoso del goce que nos hace creer que encontramos lo perdido, pero que nunca deja de ser un reencuentro. 63

En los "Tres Ensayos" (1905) en el capítulo sobre "El hallazgo de objeto", aparece esta definición freudiana: "Puede afirmarse que el Complejo de Edipo es el complejo nodular de las neurosis y constituye el elemento esencial del contenido de estas enfermedades".

El primer análisis teórico intentado por Freud lo hallamos en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920). En este texto interpreta el Edipo desde dos conceptos fundamentales: la identificación y la elección de objeto. 64

Penetrar con Freud en el análisis del complejo de Edipo significa revelar algunos problemas centrales

- 1) La Función del Falo y la Función del Padre o del Nombre- del- Padre.
- 2) El Papel del Complejo de Castración.
- 3) La Articulación del Deseo en la Estructura Edípica.

Es posible hablar de una prehistoria del Complejo de Edipo, ésta debe ser ubicada en el desarrollo sexual de la madre.

El Complejo de Edipo del niño exige no sólo tres protagonistas, sino también tres escenas. 65

En el *Primer Tiempo* hay una primacía del Falo. La madre cumplirá con su deseo de poseer el Falo al tener un niño, al mismo tiempo, para el niño existirá un solo órgano genital: el masculino. Hablar de la primacía del falo no significa hablar de la primacía del pene en tanto que, el falo no es igual al pene.

Freud en "La Organización Genital Infantil": (El niño) atribuye a todos los demás seres animados, hombres y animales, órganos genitales análogos a los suyos y llega hasta buscar en los objetos inanimados un miembro igual al que posee".

El niño, es para la madre el objeto de su deseo infantil inconsciente, el falo; por otra parte, el niño que desea ser deseado por la madre, que desea ser reconocido por ella, se identifica imaginariamente con el falo para satisfacer el deseo de la madre. 66

Las Identificaciones que constituyen el Ideal del Yo como resultado final del Complejo de Edipo, están orientadas a dar al sujeto un papel tipificante, un destino sexuado que le permitan asumir la masculinidad. Esta masculinidad no deja de ser una mascarada, un disfraz, pues ningún hombre puede sostener por sí mismo el peso del más alto de los significantes, los emblemas de la Ley. *El no es el falo, es simplemente un hombre que tiene pene.* A manera de síntesis se puede decir que el Complejo de Edipo consiste en una dialéctica en donde las alternativas mayores son: ser o no ser el falo, tenerlo o no tenerlo y en donde los tres tiempos están centrados sobre el lugar que ocupa el falo en el deseo de los tres protagonistas: la madre, el Padre y el Niño. 67

El sujeto desarrolla su síntoma porque no puede situarse en relación con ellos. En la relación madre-hijo, todo lo que guarda relación con las nociones de dependencia y frustración, solo es, en realidad, la manifestación de la relación fundamental del sujeto con la cosa, y Freud nos muestra que lo que para el principio del placer constituye el soberano bien, el único, esto es, la madre, es igualmente un bien prohibido. Recuerda como el incesto madre-hijo desempeña en cuanto prohibición, un papel central en las neurosis y en las psicosis. El incesto está vinculado a un orden, el que va a permitir la aparición de la cultura (y por ende del lenguaje). Freud, al insistir sobre el

Edipo, nos muestra que no puede articularse nada sobre la sexualidad en el hombre, si esta no pasa por una ley de simbolización. Si, en el neurótico, el conflicto del orden produce la represión y el compromiso, en el psicótico lo que se produce es un repudio. Lo que se repudia de lo simbólico, reaparece en el mundo exterior (lo real) bajo forma de alucinación. De ello se deriva una especie de disgregación en cadena denominada el delirio. 68

En lo que se falsea a nivel simbólico reencontraremos todo el drama del ser que habla drama de un ser que no podrá asumir en su nombre el decir y el lograr, sea porque se ha perdido totalmente como sujeto en la palabra del otro, sea porque ha renunciado a una palabra personal al resultar vanos sus esfuerzos por modificar lo que lo rodea mediante su decir. 69

Hacemos notar que esta tesis de la preeminencia de lo simbólico que hace del Nombre-del-padre el significante de la Ley y del otro, un Otro del deseo, sería una concepción idealizante si no subsistiera la imposibilidad lógica de denominar esa falta en el Otro. El Nombre-del-padre, en efecto, es el garante simbólico de esa falta, pero no sutura por ello lo que falta en ese Otro, falta decir, que tiene por nombre: *el goce*. 70

El Nombre-del padre separa, al sujeto y el Otro del goce, hace del Otro significante como del cuerpo del sujeto *un desierto de goce* salvo el goce fálico, único permitido por el significante, pero este goce fálico no es todo el goce. Es lo que del goce está metaforizado, significantizado.

Así pues, la causa del goce, por estar fuera del significante, no es causa sexual y es por este a-sexual por lo que funda lo sexual. Esta falta en decir la causa del goce es el defecto del Nombre-del-padre que el neurótico imaginiza a propósito de su padre en su queja: "*¿Por qué nos ha hecho tan mal?*"

La "curación" de la psicosis no funda, como en la neurosis, una fantasma que hace de tapón para la falta y que sostiene el deseo. No negativiza el goce sino que reconcilia al sujeto con él, a falta de reconciliarlo con sus semejantes. Lo reconcilia bajo las especies de la megalomanía, cuando ese goce se inscribe del lado del significante, y bajo las de la manía cuando el cuerpo

participa en él. Al menos no deja al sujeto en la estacada, como decía Schreber, abandonado por un Otro que se retira totalmente dejándolo en su siniestra encarnación de ser real, desecho putrefacto de un mundo donde no tiene su lugar. 71

Queda por examinar otras formas de suplencia distintas de las del trabajo delirante por la significación. Por ejemplo en relación con James Joyce, Lacan llegó a hablar de *suplencia por la escritura*. También se plantea la cuestión del niño psicótico, es decir el que ni siquiera pudo suplir por un tiempo la forclusión mediante la identificación imaginaria. De entrada está librado al goce caprichoso del otro. Se observa en él los mismos fenómenos de intrusión asoladora alternándose con los momentos de inercia, del dejar en la estacada. Cuando es su cuerpo lo que se ofrece a la mortificación por el Otro, no es raro que recurra a la automutilación, para localizarlo.

Si Lacan llegó a decir que el psicoanálisis no debía retroceder ante la psicosis, no es sólo porque enseña la preeminencia de lo simbólico en la constitución de la realidad de un sujeto, sino también porque el psicoanalista puede, frente al sujeto psicótico, sostener un lugar esencial. En efecto, el psicoanalista no es ni el representante habilitado del orden en la sociedad ni aquel que, sobre la base de su saber, ejerce un poder que somete al otro a una norma.

Reconocer la particularidad del psicótico por la operación de la transferencia, la cual, aunque teniendo otras coordenadas que en la neurosis, existe, puede permitir a ese sujeto la pacificación de un goce costoso, por los estragos que produce en su vida íntima y social. 72

## BIBLIOGRAFIA PSICOSIS

1. APARICIO, Sol; *De la Verdrangung a la forclusión*, en Cap. II Síntomas y Estructuras, de Escansión Tomo I Ornicar?, Publicación Psicoanalítica, Ed. Paidos, Buenos Aires-Barcelona, 1984.

2. Op. cit. 1.

3. Op. cit. 1.

4. Op. cit. 1.

5. Op. cit. 1.

6. Op. cit. 1.

7. Op. cit. 1.

8. Op. cit. 1.

9. Op. cit. 1.

10. Op. cit. 1.

11. Op. cit. 1.

12. Op. cit. 1.

13. Op. cit. 1.

14. Op. cit. 1.

15. Op. cit. 1.

16. Op. cit. 1.

17. Op. cit. 1.

18. Op. cit. 1.

19. SEGAL, Hanna; *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1970.

20. Op. cit. 19

21. Op. cit. 19

22. Op. cit. 19

23. Op. cit. 19

24. Op. cit. 19

25. Op. cit. 19

26. Op. cit. 19

27. Op. cit. 19

28.-COTTET, Serge *Pienso donde no soy, soy donde no pienso* en "Presentaciones de Lacan" dirigido por Gerard Miller, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1993.

29. Op. cit. 28.

30. Op. cit. 28.

31. Op. cit. 28.

32. Op. cit. 28.

33. Op. cit. 28.

34. Op. cit. 28.

35. Op. cit. 28.

36. STRAUSS, Marc; *La verdadera función del padre en unir un deseo a la ley* en "Presentaciones de Lacan" dirigido por Gerard Miller, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1993.

37.LÉGER, Claude; *¿Quién es pues ese otro al que estoy más apegado que a mi mismo?* En "Presentaciones de Lacan" dirigido por Gerard Miller, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1993.

38. Op. cit. 37.



39. Op. cit. 37.

40. Op. cit. 37.

41. Op. cit. 37.

42. Op. cit. 37.

43. Op. cit. 36.

44. Op. cit. 36.

45. Op. cit. 37.

46. Op. cit. 37.

47. Op. cit. 37.

48. Op. cit. 37.

49. Op. cit. 37.

50. Op. cit. 37.

51. Op. cit. 37.

52. Op. cit. 36.

53. Op. cit. 36.

54. LACAN, Jacques; *Escritos*; Ed. Siglo XXI, 2 volúmenes, México, 1971 y 1976 en MANNONI, Maud;

*El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, Ed. Siglo XXI, México, 1980.

55. Op. cit. 54.

56. Op. cit. 54.

57. Op. cit. 54.

58. Op. cit. 54.

59. Op. cit. 54.

60. Op. cit. 54.

61. Op. cit. 54.

62. BASZ, Samuel; BERENSTEIN, Adolfo; CHAMORRO, Jorge; GLASMAN, Sara; MAESO, Gerardo; NEPOMIACHI, Ricardo; SAWICKE, Oscar; Las pulsiones y sus destinos en "El Edipo y la clínica Freudiana, Conceptos de J. Lacan"; Ed. Helguero Editores, Argentina, 1978.

63. Op. cit. 62.

64. Op. cit. 62.

65. BASZ, Samuel; BERENSTEIN, Adolfo; CHAMORRO, Jorge; GLASMAN, Sara; MAESO, Gerardo; NEPOMIACHI, Ricardo; SAWICKE, Oscar; Complejo de Edipo en El Edipo y la clínica Freudiana, Conceptos de J. Lacan; Ed. Helguero Editores, Argentina, 1978.

66. Op. cit. 65.

67. Op. cit. 65.

68. Op. cit. 54.

69. Op. cit. 54.

70. Op. cit. 36.

71. Op. cit. 36.

72. Op. cit. 36.

## CAPITULO III

### EL CUERPO EN EL TEATRO

Los estados emocionales que toda educación racionalista enseña a reprimir, en nombre de un pretendido dominio de la emoción, parece por el contrario, tener una función fantasmática importante. Permite la (re-humanización) de las relaciones consigo mismo y con los demás. En esta oscilación conflictiva permanente entre identidad y fusionalidad, entre autonomía y necesidad de los otros, no se puede suprimir impunemente uno de los polos. La hiperidentidad que es ruptura total de cualquier relación con el otro, y la "hiperfusionalidad" conducen ambas a la psicosis. La "normalidad" por paradójico que pueda parecer reside en la no resolución del conflicto, en su permanencia y aceptación. 1

La emoción tiene pues, un doble efecto unificador a nivel de la persona y a nivel de la relación. En el seno de esta globalidad no hay necesidad de mediador de comunicación y, en particular, necesidad de lenguaje

"¿Qué es lo que hay que comunicar?".... toda vez que efectivamente no hay nada que comunicar, nada conceptualizable ni verbalizable. Aunque es precisamente *'en ese nada' donde reside la fusión con un 'más acá' o un 'más allá' de lo comunicable'* 2

Existen diferentes alternativas para comunicarnos, una de ellas el cuerpo y el teatro que en ocasiones se utiliza como alternativa terapéutica dentro de diferentes campos.

De acuerdo con Aristóteles, el teatro es la imitación de una acción. El término mismo "imitación" de una acción significa que lo que el público ve nunca puede ser la cosa real en el sentido literal. Tiene que producirse un cambio, y en esta alteración o cambio va implícita la diferencia entre el teatro y la vida. Así, en la antigua cultura helénica se utilizaba el drama para evocar una catarsis de grupo; fue el drama el que utilizó totalmente el elemento colectivo para

objetivar los dilemas de la condición humana. El drama en este sentido es catártico, ya que permite la expresión de experiencias emocionales, ayudando al individuo a aceptar las diferentes facetas de la personalidad. Las emociones de la vida y aquellas que se sienten en el teatro son las mismas, sin embargo los métodos empleados para provocarlas, expresarlas y los efectos que dichas emociones ejercen en el artista como público, son distintas. Así pues, el actor es único, indivisible, porque es su propio instrumento, sus recursos son el mismo, su propia y fugaz cualidad personal.

Nicolás Nuñez (1982) en su concepto de la teatralidad menciona que la función primordial de los sistemas de actuaciones, es capacitar al ser humano para que domine su instrumento, que en este caso resulta ser su propio organismo, con todos sus estados: externos e internos. 3

El teatro como representación de los conflictos humanos ha sido utilizado como instrumento terapéutico, didáctico y de socialización; abarcando prácticamente todas las esferas del conocimiento humano tales como: la educación, la psicoterapia, las relaciones industriales, entre otras. Siendo su utilización mas frecuente en el campo de la salud mental, de tal suerte que en hospitales, clínicas, centros de atención externos, unidades de crisis, programas antialcoholismo y antidrogadicción, comunidades terapéuticas y en otros ámbitos similares; los profesionales han encontrado un papel para la aplicación de los métodos psicodramáticos en su armamento terapéutico.

A semejanza de muchas actividades lúdicas, descansa el teatro sobre un sistema de convenciones que no es forzoso detallar, tales convenciones no funcionan en estado puro, como sucede con el juego de ajedrez o el juego de la rayuela.

Que no suceda nada real en el escenario no es secreto para nadie. La introducción de algún elemento real destruye el espectáculo. Es evidente que nadie tiene intención de engañar al espectador, sin embargo, al parecer nos encanta - cosa por demás significativa- contar historias donde el espectáculo engaña al espectador. 4

Por otra parte y desde siempre, se habla del teatro como de un lugar de ilusión, de efectos especiales, engañoso; y es evidente que, si bien no les cabe a los actores el propósito de embaucarnos, dentro de las convenciones se manejan como si su meta esencial fuese la de hacernos trampa.<sup>5</sup>

En el teatro, lo que, por lo regular, se nos oculta; lo que nos gustaría poder decir que se trata de *otro* o que, de tratarse de nosotros mismos, sólo podría serlo en nuestros momentos de debilidad o abstracción- sería ese "yo (moi)" del ensueño, Freud lo llama la *agencia del ensueño*.  
6

La naturaleza de la ilusión teatral no puede, de ningún modo, entenderse con referencia a un problema de *creencia*. La expresión "creer en las máscaras" no tendría sentido alguno si quisiera significar que creemos en las máscaras como en algo verdadero, en algo real. Que, por ejemplo, tomásemos las máscaras por rostros verdaderos. ¿Cuál sería el resultado? Ya habría desaparecido del todo el efecto de máscara. No pretende ser la máscara otra cosa que lo que es, pero sí, tiene el poder de evocar las imágenes de la fantasía. Una máscara de lobo no nos asusta como si fuera un lobo, sino en cuanto qué imagen del lobo tenemos nosotros. Entonces, decir que, en otros tiempos, "se creía en las máscaras" significa que en otros tiempos, en cierto momento (en la infancia) reinó el imaginario de otro modo que en el adulto.

En el adulto, los efectos de máscara y los de teatro se hacen posibles a merced, en parte, a la presencia de procesos que se emparentan con los de la negación: es preciso que la cosa no sea verdad, que sepamos que no es verdad, para que las imágenes del inconsciente gocen de tal libertad. Claro que, en ese momento, el teatro desempeñaría un rol propiamente simbólico. Sería, en su totalidad, como la gran negación, el símbolo de negación que hace posible el retorno de lo reprimido bajo su forma negada. Claro que algo arriesgado es querer afanarnos por buscar precisiones en esas regiones, pero puede verse cuán lejos estaríamos de una ilusión que consistiría en la presentación de una falsía real. En el teatro, tal ilusión nunca es nuestra sino siempre -cosa curiosa- la de otro espectador...que tampoco sabemos situar. 7

Pero ¿qué sucede cuando el paciente es aquejado por una enfermedad? De alguna manera (y por más que el sujeto se defiende contra eso) la ilusión se rompe. Hubo algo que no se pudo controlar. La enfermedad es un objetivo (¿extraño?) que aparece en algún lado (indiferenciable) del espacio real y que provoca una ruptura en el juego de imágenes infinitas. 8

El médico, puede tal vez, hacer el ensayo de guiar la actividad voluntaria y atención del enfermo, y en diversos estados patológicos no le faltan buenas ocasiones para ello. Cuando se obstina que el enfermo que se cree paralizado ejecute los movimientos que supuestamente no puede hacer o cuando se rehúsa a examinar al angustiado que reclama su asistencia por una enfermedad sin duda inexistente habrá adoptado el tratamiento correcto. Pero estas raras oportunidades apenas dan derecho a instaurar el tratamiento anímico como un procedimiento terapéutico particular. No obstante, por un camino singular e impredecible se ha ofrecido al médico la posibilidad de ejercer una influencia profunda, si bien transitoria, sobre la vida anímica de sus enfermos, y aprovecharla con fines terapéuticos. 9

Toda una serie de medios anímicos muy eficaces necesariamente quedan fuera del alcance del médico. No tiene el poder ni puede arrogarse el derecho de emplearlos. Esto vale para la suscitación de efectos intensos - que es uno de los más importantes medios con que lo anímico influye sobre lo corporal-. El destino suele curar enfermedades mediante grandes júbilos, la satisfacción de necesidades y el cumplimiento de deseos; y el médico, que fuera de su arte suele ser un hombre sin poder alguno, no puede rivalizar con el destino. 10

¿Qué queda cuando una persona se ve intimada a despojarse de todos sus personajes posibles, y singularmente de aquel que la historia le hace asumir? (Todos tenemos una historia). Y bien, como hace el hijo del rey, es posible despedir a Falstaff para tratar de coincidir en paz con el propio rol y creer en él; o bien, al igual que Hamlet, puede uno morir por la propia duda, porque en última instancia se trata de ser o no ser. Porque ser "un hombre sin cualidades", como el Ulrich de Musil, es extenuarse hasta el límite del ser.

Falstaff sabe no ser, sin drama, es decir que sabe identificarse *al mismo tiempo* con el rey, con el hijo del rey y con su propio personaje de Falstaff. No se vuelve hipótesis en ninguno de los tres. Su total ausencia de seriedad o bien su ironía se lo permiten. Falstaff desconstruye, todo el edificio identificatorio de la persona.

Sin embargo, la persona no es más que un precipitado de identificaciones. Al desconstruirlas, se desafía a la muerte. El corte entre libido y representación tiene que ver con este límite. 11

Nada más fácil, demostrar que el espectador teatral está inmerso en la ilusión; nada más fácil también, demostrar que se identifica con los personajes. Lo difícil, es demostrar cómo, precisamente, no se trata de una ilusión como otra cualquiera, que no se trata de que lo engañen a uno o no y difícil también será demostrar cómo, en teatro, la identificación no guarda relación alguna, absoluta, con la identificación histórica. De modo muy enigmático, Henry James, en su comentario sobre *Otra vuelta de tuerca*, opone a una "credulidad sin arte ni medida" una "credulidad conscientemente cultivada" que es la que, justo, cultiva el artista (*Otra vuelta de tuerca* es una historia donde se plantea la creencia en los aparecidos). Esto que dice James hace pensar que, al reflexionar sobre su arte, se habrá topado con un problema bastante similar al que nos enfrentamos en teatro. Pero esa credulidad conscientemente cultivada, no es ninguna credulidad: es, por obra y gracia de las convenciones, de lo simbólico, una suerte de recuperación del imaginario. El imaginario, si se pretende recuperarlo y organizarlo, primero hay que ir en su busca ahí donde se encuentra, en las vecindades de la agencia del ensueño y tal cometido tan sólo se logrará si se recrea, artificio mediante, la confusión (que se supone original) entre lo real y el imaginario; cosa que puede ser, merced a un proceso de negación. 12

Esta frustración inevitable debe, sin embargo, ser aceptada y sólo puede hacerse a través de suplencias y sustituciones simbólicas; el descubrimiento la aceptación y la búsqueda de otro lugar de placer, de un lugar de encuentro de los deseos que no sea ya el cuerpo del otro. En este sentido es necesario situar como se conforma el cuerpo. 13

Las sensaciones iniciales que registra el feto a partir de la formación de su sistema nervioso son sensaciones de tipo fusional.

Inmerso en el líquido amniótico, que está a la misma temperatura que su cuerpo, atravesado permanentemente por el flujo sanguíneo y hormonal de la madre, el niño vive en un estado de indiferenciación total; es una parte no separada del cuerpo de la madre.

La textura del medio líquido y placentario que lo rodea constituye un medio invariable que envuelve sin discontinuidad la totalidad, la globalidad de su cuerpo. Se trata pues de la "vivencia" de una sensación de globalidad fusional difusa e ilimitada.

En esas condiciones el yo corporal no puede existir como espacio separado; no se pueden percibir límites entre el interior y el exterior, entre el yo y el no yo.

Por otra parte, al estar sus necesidades fisiológicas automáticamente satisfechas, el niño no tiene necesidades, deseos ni frustraciones. No espera nada del exterior. Se halla pues en un estado de bienestar difuso, de completud. *No es nada y lo es todo.*

El trauma del nacimiento va a arrancarlo brutalmente de ese estado de globalidad fusional. Se verá arrastrado bruscamente por una multitud de sensaciones diversas que le vienen del exterior y penetran en su cuerpo por diversos puntos, tales como la luz, el frío, el aire, los olores, los múltiples contactos con otros cuerpos y luego las sensaciones orales, anales y uretrales.

Todo ello constituye un desprendimiento del medio uniforme, invariante y por tanto seguro de la vida intrauterina. El recién nacido es amputado de cuanto rodeaba y protegía a su cuerpo, formando parte integrante de su totalidad, de su globalidad fusional. Se crea así un "vacío", una ausencia profunda y difusa de "pérdida", de "carencia", de "incompletud".

Esto hace del lactante un cuerpo sufriente, en su premadurez orgánica y que sobrevive sólo gracias al cuerpo del otro.

Si el bebé no puede tener una imagen global de su cuerpo, tampoco puede percibir una imagen global de los objetos y en particular del cuerpo del otro.



La cara, la mano, el seno...,etc., son objetos separados, no integrados en un ser global. Algunos de esos "objetos" son "buenos" y otros "malos", según que las sensaciones que produzcan sean agradables o desagradables. Es el estadio del "objeto parcial" de Melanie Klein, la "posición esquizoide".

El niño no encuentra una cierta globalidad fusional más que en el contacto de todo su cuerpo con otro cuerpo, en general el de *cualquier cuerpo deseoso*.

La fusión es satisfactoria cuando existe una compenetración recíproca, es decir, cuando hay un deseo y un placer mutuos. Entra en el juego fantasmático encontrando su propio deseo de fusión; el bebé se convierte en la complementariedad de su propia carencia.

El "rechazo inconsciente" del niño, se origina, para Lapierre en ese momento, cuando la madre, rechazando o reprimiendo inconscientemente su propio deseo de fusión, no puede llenar, en el plano corporal la falta o carencia del niño.

Esta unificación esta unidad del yo corporal aparece hacia los 8-9 meses. Es el "estadio del espejo", "la imagen especular" de Lacan. Esta "asunción del cuerpo", se hará bruscamente por referencia a la imagen preferencial de la madre.

El niño pasa entonces del estadio "objeto parcial" al estadio del "objeto total" de Melanie Klein. Y a partir de ahí, según su teoría, va a nacer la ambivalencia del "amor-odio", los "objetos parciales" buenos o malos, se encuentran reunidos en el mismo objeto total y en la misma persona.

A partir del momento en que el niño ha reunido y separado su cuerpo del cuerpo del otro, su comportamiento cambia radicalmente; cesa de ser verdaderamente un "bebé". Su búsqueda de situaciones fusionales se hace más activa; es él el que busca el regazo ahora ya no solicita solamente ser "cogido", sino que pretende "tomar" poseer el cuerpo de la madre, el cuerpo del adulto amado, completamente indispensable a su carencia. Se trata ahí de una fase extremadamente posesiva y es la imposibilidad de poseer total y duraderamente ese cuerpo, lo que va a contribuir, en amplia medida, al nacimiento de la agresividad.

Incluso en el mejor de los casos, ese contacto fusional no es ni puede ser permanente. Hay forzosamente unos momentos de ausencia, vivenciados inicialmente como un sufrimiento y una pérdida. Esa alternativa, esa oscilación que se renueva entre la presencia y la ausencia dará lugar al nacimiento del miedo, *la angustia y la pérdida*. Una pérdida que amenaza cada vez ser definitiva puesto que el niño, a esa edad no ha adquirido todavía la noción de permanencia del objeto y que cualquier ausencia sensorial equivale, para él, a una desaparición total, a una "muerte".

La "carencia" del cuerpo se nos aparece, pues, como el fantasma original de origen psicofisiológico, vinculado al nacimiento, vivenciado como una ruptura fusional. De ahí va a surgir un deseo inconsciente de retorno a ese estado fusional, a ese estado de plenitud prenatal del que nace, a nivel imaginario el *fantasma de fusionalidad*. Fantasma inconsciente, pero sin embargo actuante, durante toda nuestra vida. En vano intentaremos de manera inconsciente llenar esa falta inicial, esa "falta al ser". Tomando el "ser" en un sentido existencial.

Esa búsqueda del otro (otro ser humano como complementariedad a su carencia) tomará, formas cada vez más simbólicas, sustitutivas de la fusión corporal. Esa falta es inicialmente *originalmente*, no solamente una falta *del cuerpo*, sino además *una carencia del cuerpo del otro*.

Es ese objeto preferido, del cual no puede el niño separarse porque constituye el complemento de lo que lo falta, es decir, la presencia simbólica del cuerpo del otro. Es su objeto... y aquí aparece el transfert de la posesión, del ser al objeto, del *ser* al *tener*.

Nuestros objetos transicionales tienen la función de compensar con el tener la falta del ser. El deseo de posesión corporal se transfiere en deseo posesivo de los objetos.

El deseo de tener terminará por oscurecer el deseo de ser, que es mucho más abstracto, más profundo, más difícil también de satisfacer al no estar el otro siempre disponible en el momento deseado. Lo que le falta al cuerpo, hundido en el inconsciente, emergerá en el consciente bajo la forma simbólica de una falta de tener. Aunque el tener no podrá jamás llenar la carencia, y el deseo de la posesión de objeto se convertirá en un verdadero tonel de las Danaides.

La problemática de la falta en el ser, fantasma original a partir del cual se articulan todas las potencialidades del deseo.

La fusión efectiva con el otro es un fantasma *imaginario* irrealizable en *lo real* y que no puede por tanto encontrar su expresión y satisfacción a nivel *simbólico*.

La fusión de contacto corporal es la más próxima a lo real. Su frustración obligará a una evolución en el registro simbólico. Los procesos de simbolización son múltiples y complejos.

Estos procesos son todos más o menos del orden de la sustitución simbólica: ciertos elementos materiales no, están cargados de un potencial afectivo que los hace sustitutos o prolongaciones del cuerpo (de mi cuerpo o del cuerpo del otro). Sirven entonces de soporte o vector al deseo fusional o agresivo.

Dichos elementos son inicialmente elementos simples: la mirada, la voz, el objeto, el suelo, el agua, el sonido, después la pintura, el grafismo, el lenguaje, el teatro, las artes... que permiten mantener y diversificarse el "contacto" con los otros y con el mundo.

La aparición y el desarrollo de la fusión simbólica, se origina en los elementos simples de la infancia. Esta base original es la que se encuentra, con toda la carga emocional y fantasmática que la sustente y que la complexificación posterior de los intercambios no harán más que enmascarar y distorsionar.

Es un espacio de acción en común en el que el hacer del niño debe encontrar el hacer del adulto. Esta comunicación, a la inversa de la fusión del contacto corporal, que se caracteriza por la ausencia de "mediador" entre los cuerpos, está siempre mediatizada. Aparecerá entonces unos *mediadores de comunicación*, que tendrán una significación simbólica, estos mediadores de comunicación son:

-El gesto: gesto que acompaña, prolonga o completa el gesto de otro; acompañamiento en contacto directo y posteriormente a distancia.

-La mirada también es un medio de "penetrar" en el otro.

-La voz, que se troncará en palabra, pero que en principio es un intercambio de sonidos vocales, cargados con todas las tensiones afectivas, corporales y de la resonancia de un cuerpo dentro del otro cuerpo.

-La mímica, expresión motriz de la cara que traducirá en el bebé y de manera muy inconsciente al principio, las tensiones emocionales, pero que se convertirán muy pronto en el lenguaje para el otro. La mímica del rostro, pero además mímica del cuerpo entero, en sus actitudes: actitudes de abandono, de seducción, de repliegue, de apertura, de defensa, etc. a las que responderán los gestos y las actitudes del otro.

-El objeto en fin, por su contacto, su movimiento y su sonoridad. El objeto que *nosotros* manipulamos, que es el mediador común de *nuestro* hacer. Ese objeto transicional de Winnicott.

Para que este espacio fusional pueda crearse, es necesario que el adulto siga al niño en su mundo fantasmático, que le responda *con un acuerdo de complementariedad en el que se juega su propio placer*. Situación que tendría que ser tomada en cuenta siempre que se trabaja con el cuerpo.

Es en este espacio relacional en el que el gesto, la palabra y el objeto van a tomar una significación; se hacen a la vez "significante" para sí y para el otro. Es el nacimiento de un lenguaje simbólico común, primero infraverbal y recubierto luego por el lenguaje verbal.

*Es, pues, la pérdida de la fusión corporal, la pérdida del cuerpo del otro como complementariedad de su carencia lo que permitirá el acceso a lo simbólico y en particular el acceso al lenguaje.* El lenguaje nace a partir de la ruptura que establece un "silencio" en la relación corporal con la madre, con el otro.

Nace de la ausencia. Pero esa pérdida esa frustración sólo es soportable y estructurante si está compensada por el nacimiento de un espacio fusional sustitutivo.

La ruptura no puede jamás ser completa, a menos de refugiarse en el autismo, ya que si el niño quiere escapar del deseo fusional del adulto, lo que le es necesario para encontrar su

identidad y conquistar su autonomía, conserva, por el contrario, su propio deseo de fusión, imprescindible para cubrir su carencia.

Pero esta no es la situación habitual que el niño encuentra, en oposición con todos los deseos posesivos de los otros y en especial de los adultos, en oposición además con sus propios deseos fusionales que le reenvían finalmente al cuerpo del adulto querido. Deseo siempre frustrado porque el adulto no puede responder constantemente a esa necesidad de complementariedad fusional. Ese cuerpo, lugar del amor, es pues al mismo tiempo ese amor, más grande es la frustración y más profundo el sufrimiento....., pero también mayor será el odio que surgirá. Entrando en la problemática del "Amor-Odio" (Melanie Klein).

En la relación inicial adulto-niño, el adulto (madre-padre..y más tarde el educador) proyecta sobre el niño sus propios fantasmas de fusión. Esta situación favorable durante los primeros meses ya que permite responder al deseo fusional del niño, no puede prolongarse so pena de mantener al niño en la dependencia y en un estadio límite, en la psicosis.

Este espacio, es un espacio físico a la par que psicológico y su amplitud crece simultáneamente en ambas dimensiones.

Es probable también, a nivel de ese espacio fusional, de su reparto con el otro, que va a empezar a estructurarse el espacio físico; el dentro y el fuera (de su cuerpo y del cuerpo del otro), la distancia (del cuerpo del otro), la dirección (de mi al otro y del otro a mi), la temporalidad (antes que el otro, después del otro, al mismo tiempo).

La fusión es un espacio de con-fusión, en el que hay pérdida de la realidad del espacio y del tiempo. Porque el espacio y el tiempo sólo existen en función de un yo separado, individualizado, limitado en sus contornos espacio temporales.

Pero ese deseo inconsciente de fusión tiene una contrapartida el miedo de perderse en el espacio de los otros.

En la fusión en contacto existe una simultaneidad de "dar" y "recibir".

Dar, es querer ser recibido, ser aceptado simbólicamente en el espacio del otro. La misma articulación fantasmática la encontraremos en la palabra. Ser escuchado y comprendido es penetrar en el lugar del pensamiento del otro, anexionar de alguna manera su propio pensamiento como complementariedad del nuestro.

De allí nacerán las relaciones de seducción, posesión, provocación y dominación, queriendo cada uno poseer al otro como complemento a su carencia.

El aspecto conflictivo de la fusionalidad; conflicto esencial, ya que desenvocará en, la búsqueda de la identidad a través de la oposición.

Pero para que aparezca ese conflicto externo, ese conflicto con el otro, se requiere que haya resuelto, al menos en parte, el conflicto interno. La ambivalencia entre esos dos deseos, esos dos placeres fusionales. Placer de ser del otro la complementariedad de su carencia, el lugar de su deseo... o placer de ser el lugar del otro, la complementariedad de su carencia. Es evidente que para que pueda aparecer la identidad, es necesario previamente que el cuerpo quede reunido en una imagen global. 14

El cuerpo del terapeuta está pues a disposición del sujeto; es el sustituto simbólico del cuerpo de la madre o del padre..., a veces, alternativa o simultáneamente de ambos a la vez. Debe responder a la imagen fantasmática que tiene el sujeto y dejarse modelar por esta imagen y su evolución. 15

En estas condiciones el cuerpo del terapeuta se hace revelador, para el sujeto. Revelador de la carencia, revelador de la identidad, revelador, en suma, de las relaciones fantasmáticas con la madre y con el padre o más precisamente con el cuerpo de la madre y del padre.

Esta proyección de fantasmas sobre el cuerpo del terapeuta y la respuesta que le es devuelta permitirá una movilización de la situación relacional bloqueada hasta entonces en fijeza de comportamiento.

Cuando el sujeto perturbado y en cierta medida cualquier sujeto, intenta expresar eso en el obrar, tropieza con la incompreensión. Las conductas desadaptadas que expresan los fantasmas de

los cuales él mismo no es consciente, no le permitirán reconocer su deseo y darle una expresión simbólica. El fantasma persistirá, en el estado inconsciente, generador de tensiones, de angustias, y de esos comportamientos repetitivos que no son más que tentativas de expresar lo inexpresable.

El sujeto permanece inmovilizado, vinculado a sus fantasmas, vinculado al cuerpo del otro falto de poder expresar, en un simbolismo frente a ese cuerpo que no sabe responderle, su amor y su odio. 16

“Aquí se trata (es decir con respecto al espectáculo teatral) de dejar brotar de nuestra vida afectiva fuentes de placer o de goce...”, “es por cierto el libre curso (*das Austoben*) de nuestros propios afectos lo que tenemos que poner aquí en primer plano”.

Al principio se trata, pues, de permitir al espectador, por identificación con lo que ve sobre la escena teatral - identificación más eficaz aún por cuanto los peligros reales están descartados- liberar lo que la represión social le prohíbe. Se trata de que caigan las resistencias. En un segundo tiempo, se articula con el espectáculo propiamente dicho, permitiendo al espectador desempeñar, en un grupo constituido, el o los roles con los que se había identificado durante el espectáculo, al hacerlo, el espectador atraviesa una segunda etapa de la identificación y el levantamiento de las resistencias.

Es decir, en la identificación hay una elección espontánea: el espectador se identifica con el personaje que libera sus pulsiones más profundas, mientras que su vida social sólo le propone modelos clichés que refuerzan la represión. 17

El teatro nos revela, nos despierta. Pone en marcha a nuestro doble pero lo hace gratuitamente, en un plano donde no sucede nada... Por eso aceptamos correr el riesgo. ¿Qué riesgo, se me objetará, sino sucede nada?. En efecto, no hay peligro alguno de perder medios de subsistencia, ni empleos, ni padres, ni allegados; tampoco hay peligro de muerte. Sólo está el riesgo de conocer la muerte, de tener miedo. En un estado poético. En la vida cotidiana la muerte siempre es la muerte del otro; incluso en el suicidio es al otro al que se mata; no se tiene, pues ninguna experiencia de la muerte propia. 18

“El hecho es que nuestra propia muerte es irrepresentable y cuanta vez intentamos representárnosla debemos reparar en que asistimos a ella como espectadores. Así, en la escuela psicoanalítica puede arriesgarse esta aseveración: en el fondo nadie cree en su propia muerte, lo que es lo mismo: en su inconsciente, cada uno de nosotros está persuadido de su inmortalidad” 19

Contra esta inmortalidad que no es la vida porque es sólo un sueño, el hombre tiene el amor, el crimen, la insurrección, etc.; pero también tiene el teatro, el verdadero, el no burgués: arte de la representación por excelencia, escénico por excelencia, arte que nos permite representarnos nuestra propia muerte, conocerla. La representación deja de ser entonces un pálido reflejo de la vida o una imitación de la vida. La representación es corte y, dice Freud, el corte representativo no pasa *dentro* de la libido, sino *entre* la libido (el deseo) y la muerte”. Es por tanto, el *límite* mismo del dispositivo económico en general. En el arte de imitación o diversión, en el arte burgués, este límite jamás se alcanza; todo pasa *dentro* de la libido. Pero en el Club psicodramático cualquier obra, en rigor, puede ser retomada de manera que dicho límite sea alcanzado, y se piensa en esta fórmula. Pero también es posible imaginar un club donde roles y obras se inventan, se improvisan en la misma sesión. Sin embargo, la identificación con un rol ya establecido fuerza al actor, hace estallar el personaje-máscara que él se pone en la vida. 20

Pero, un rol ¿qué es?, empecemos por considerar un elemento importante en él: el disfraz. En tal aspecto, permite el teatro, merced al rol, al disfraz, lo que la vida nos niega. Pero se lo permite al actor. “A nadie le corresponde murmurar” si el actor se coloca en una condición que no es la suya (encarnar a un gran señor o a un personaje de otro sexo). Pero hete aquí que yo, espectador, nunca puedo olvidar - en el nivel del yo (moi) (dejando el ideal de lado)- no puedo olvidar, digo, que, cuando voy al teatro, no es para ver cómo se es rey con consenso de todos, sino, cómo - con consenso de todos- se finge serlo. De ser yo neurótico, puedo elegir transformarse (de otra manera) en rey, o transformarse en actor... o ambos. Pero, sino soy más que un pedestre espectador de teatro, no soy actor, no soy rey; una vez más es otro, el que puede serlo y si el teatro, de alguna manera, pone en movimiento mis capacidades de identificación y, al mismo tiempo, las libera -



por sus convenciones, por su institucionalización- refuerza protecciones y defensas, como si el teatro fuese hecho no para reemplazar por una vida mejor, o de mayor importancia a la vida demasiado pequeña, como dice Freud más o menos, a la vida donde nunca sucede nada, sino para producir acontecimientos de naturaleza sumamente distinta, por el hecho de que sólo se verifican en la parte imaginaria del Yo (moi). Y, para ello, no es preciso que exista confusión con la realidad. Muy por el contrario, es necesario evitar tal confusión. 21

El rol, asumido a lo histriónico, no está destinado a poner en movimiento, con libertad y sólo en la *escena psíquica* las imágenes que el yo (moi) atesoraba en sus reservas, sino a sostener desesperadamente una imagen mentirosa de sí mismo, entregada a sí mismo y a los demás como verdadera o real. 22

En el escenario, en la escena -tanto en el teatro como en el sueño- por la vía de la transferencia o según el vaivén de nuestras pasiones, la ilusión puede llegar a cautivarnos y la apariencia, tomar visos de existencia. En ese momento, los roles con los cuales nos identificamos revelan lo muy mentirosas que pueden ser las imágenes y de qué modo certezas adquiridas y demostraciones de autoridad se sustentan con nuestros olvidos voluntarios. A veces, sin embargo, la vergüenza se apodera de nosotros y se quiebra de repente la identificación. O bien algún amorío se disfraza y determinado rasgo de carácter se devuelve -burlonamente- al otro, para provocar un distanciamiento. O bien se impone lo absurdo; a nuestro pesar se pronuncia la palabra y queda sorprendida nuestra expectativa. Sin más, hasta la inquietud puede encontrarse sin justificación y lo pavoroso consiste en ser tomado a modo de juego: ha quedado en suspenso algún obstáculo inconsciente y la angustia se convierte en risa. 23

Freud en el artículo de 1906 había tratado ya de dar con una respuesta parcial a tal pregunta, planteada de esta forma: ¿Cómo podemos estimar placentera la representación, en el escenario, de personajes psicopáticos?.

Como Freud lo advirtió, es cierto que el trabajo teórico a nivel colectivo no es fácil cumplir. No hay sociedades supuestamente normales que permitirían medir la diferencia para oponer a las

sociedades neuróticas, dice Freud. Pero ¿cuál es la diferencia entre el individuo supuestamente normal y el neurótico?. La diferencia dramática no se halla entre un individuo normal y la anormalidad, sino que está en el límite de la representación, incluso cuando se traduce por la diferencia entre el modelo cultural y la pulsión. 24

La tarea del autor sería ponernos en el lugar de la enfermedad misma, y el mejor modo de conseguirlo es que sigamos su curso junto con el que enferma. Ello es particularmente necesario en los casos en que la represión ya no está dentro de nosotros, y por tanto es preciso producirla primero; esto implica dar un paso más allá de Hamlet en cuanto al uso de la neurosis en la escena. Toda vez que nos topemos con una neurosis ajena y acabada llamaremos al médico (como en la vida real) y juzgaremos que el personaje es inapto para una escenificación teatral. 25

¿Qué se viene hacer a estos grupos? A ellos se llega porque en casa, en la calle, en el trabajo, en la oficina e incluso en el metro uno se siente incómodo. Con los demás la casa no funciona, hay algo que no marcha.

La afirmación es tan general como vaga. Es inútil formularse preguntas más precisas sobre aquello "que no marcha con los demás". Las quejas se muestran ridículamente infundadas y el analista corre el riesgo de estancarse en un diagnóstico inútil, de persecución o fobia. 26

Es cierto: el individuo se ve inevitablemente perseguido; desde que el cuerpo inasimilable se manifiesta, el grupo lo expulsa. El odio de los otros por este ser singular tiene su igual en su propia desafectividad.

Actualmente la sociedad es un desierto para el individuo y el individuo una piedrita en el grupo. De aquí al asesinato no hay distancia. La condena y la ejecución tienen lugar en un mismo momento. 27

En este exacto momento el que precipita al individuo hacia una terapia. No sorprenderá que a tal demanda se haya respondido, tanto en análisis como en psicodrama, mediante la *adaptación*. Pero ésta era precisamente la respuesta que no había que dar, porque la adaptación vuelve a sumir al individuo en el anonimato y la masa, que era lo que él había

querido desesperadamente evitar, prefiriendo la muerte psicótica o el aislamiento obsesivo a la pérdida en el magma social. Es que aquí está en juego el goce.

¿Qué hacer ante la masa de demandas de entrada en los grupos? Dos cosas: se puede inducir a tal o cual a una demanda de análisis individual y dejar que la mayoría tiente su suerte en otra parte; pero también se puede recibir a esa mayoría en grupos, haciendo así frente a la *urgencia*. 28

En esta sociedad provisional terapéutica, toda oposición a la vida del grupo, toda "delincuencia" es entendida como resistencia, en el sentido freudiano. "Sobre esta base, dice Lacan, él -vale decir el psiquiatra psicoanalista- se propondrá organizar la situación de manera de forzar al grupo de tomar conciencia de sus dificultades de existencia como grupo. Naturalmente, no hay órdenes ni sanciones. "Cada vez que se apela a su intervención -agrega Lacan- Bion como psicoanalista, devuelve la pelota a los interesados". No hay castigo, y tampoco reemplazo del objeto deteriorado, robado o perdido; al grupo le corresponde valorar lo que ha pasado.

En el grupo terapéutico la identificación horizontal se hace posible de entrada por el establecimiento de esa condición común que es la demanda terapéutica. No se trata, pues, de homogeneización, como con alguna rapidez se dice en los textos, sino de un rasgo común que torna posible el proceso de identificación, sin que ésta, por otra parte, sea considerada por los terapeutas como el fin último de la terapia, sino que más bien es utilizada como un mecanismo útil.

Se impone entonces una terapia adecuada que responda a una demanda precisa, a partir de la cual se desarrolla una técnica singular: el síntoma es el desenganche y la demanda: volver a enganchar. Pero los trastornos son múltiples y, como podía esperarse en la escala de los males el desenganche social duplica el desenganche sexual: sexualmente la cosa tampoco funciona. 29

Al igual que Freud, Lacan abordó en cierto momento el problema de la desconexión del sujeto y de una terapia apropiada en grupo, aunque en seguida ambos eligieron la vía del análisis individual. La razón de esta elección parece ser clara: el narcisismo del sujeto, su rechazo de la castración y su retiro en lo imaginario son hechos de estructura y no un efecto de la organización

social. La terapia debe de tomar en consideración esa estructura y tendría que ser suficiente con el análisis, que enfrenta un analista siempre objeto "a" con un analizante acorralado. Por otra parte suspendido el analizante en la sociedad total del vínculo analítico de la exclusiva persona del analista, esta expuesto a una regresión que el psicodrama no permite. Sin embargo, quedan los grandes psicóticos.

Además, cuando hay urgencia y el aparato terapéutico es desbordado por la demanda de todos aquellos individuos reprimidos por la sociedad, el analista individual ya no alcanza ¿Qué puede hacer el psicoanalista en los hospitales y otros sitios?.

El psicoanálisis en grupo tal como se ha definido con el nombre de psicodrama, es la técnica adecuada para volver a conectar ese vínculo intersubjetivo difícil - es verdad- de definir. Pero en psicoanálisis no se trata de definir, se trata -dijo en alguna parte Lacan- de intervenir. Y ello, aunque de este modo Péricles, que según parece intervenía oportunamente en cada situación dada, podría ser llamado psicoanalista, para retomar una humorada de Lacan. 30

## BIBLIOGRAFÍA DEL CUERPO EN EL TEATRO

1. LAPIERRE André y AUCOUTURIER, Bernard, *La falta o carencia, La distancia al cuerpo* en " *El cuerpo y el inconsciente en Educación y terapia*", Editorial Científica Médica, Barcelona España, 1980.
2. Op. cit. 1.
3. Introducción en el manual del taller de teatro del Hospital Parcial de Fin de Semana.
4. MANNONI, Octave, *El teatro desde el punto de vista imaginario* en "Un intenso y permanente asombro", Editorial Gedisa, Buenos Aires Argentina, 1989.
5. Op. cit. 4.
6. Op. cit. 4.
7. Op. cit. 4.
8. Op. cit. 1.
9. FREUD, Sigmund; *Tratamiento psíquico, tratamiento del alma (1890)*, Tomo I, Obras completas, Ed. Amorrortú, Segunda reimpression en castellano 1990.
10. Op. cit. 9.
11. GENNIE, Lemoine y Paul; *El teatro y el psicodrama* en "Jugar y Gozar", Editorial Gedisa, Buenos Aires-Argentina, 1986.
12. Op. cit. 4.
13. Op. cit. 1.
14. Op. cit. 1.
15. Op. cit. 1.
16. Op. cit. 1.
17. LEMOINE, Gennie; *El teatro y el psicodrama* en "Jugar y Gozar", Editorial Gedisa, Buenos Aires-Argentina, 1986.
18. Op. cit. 17.

19. FREUD, Sigmund; Personajes psicopáticos en el escenario(1905 o 1906), Tomo VII, Obras completas, Ed. Amorrortú, Segunda reimpresion en castellano 1990.
20. Op. cit. 17.
21. Op. cit. 4.
22. Op. cit. 4.
23. SALVAIN, Patrick; Prólogo en "Un intenso y permanente asombro". Editorial Gedisa, Buenos Aires Argentina, 1989.
24. Op. cit. 17.
25. Op. cit. 17.
26. Op. cit. 17.
27. Op. cit. 17.
28. Op. cit. 17.
29. Op. cit. 17.
30. Op. cit. 17.

## **CAPITULO IV**

### **CASO**

En la literatura psicoanalítica existen casos que no fueron tratados directamente por los autores, y que de ellos realizan un análisis, como lo son el caso Schreber, el caso Juanito, Neurosis demoníaca del siglo XVII Cristobal Haizman retomados por Freud y modelos literarios como Hamlet y Edipo, también analizados por Freud.

En este texto se intenta realizar una reconstrucción retomando elementos de los datos de diferentes pacientes, de la descripción fragmentaria, de la recolección de sus historiales para formar una aproximación teórica y que con la imaginación puede representar un caso tipo y lo que pudo ser el curso de la historia de su locura. Lo anterior como un hecho irreverente y arbitrario que se aproxima a un campo explicativo, teniendo la audacia de retomar algunos fragmentos de algunos de los casos fundamentales en la historia del Psicoanálisis como lo son el caso Schreber y Neurosis demoníaca del Siglo XVII y que aparecerán como referencias constantes en interlocución a lo largo de este texto.

Proponemos entonces construir un caso y una referencia de base que podría permitirnos una lectura de ida y vuelta constante hacia el texto freudiano. No se trata de emular a Freud sino que se considera como un modelo y se utiliza.

José de Jesús, un joven con mirada triste, tiene una sonrisa estereotipada. Una sonrisa enigmática, con los ojos semicerrados, vaga por su rostro congelado. No se para derecho sino encorvado con las manos dentro de los bolsillos. Su andar es lento con la cabeza baja. Ingresó en el Hospital como paciente ambulatorio, es el tercero de cuatro hermanos.

Para sus padres José de Jesús constituye "un caso" con el que la medicina fracasa, sus padres lo acompañan. Su madre comenta: "siempre fue un niño, bueno, como los otros, aunque

siempre tuvo necesidad de mi protección” -la madre titubea- “Bueno en verdad fue el que necesito más de mi, sobretodo después de la muerte de su hermano”. “Pertenece a su madre”- dice el padre-. “Nunca lo dejo ser como los otros niños”.

A los 14 años, su madre lo acompañaba a la escuela, para protegerlo de la gente mala, - “temía que le pasara lo mismo que a su hermano”- “tenía que protegerlo”.<sup>2</sup>

El hermano mayor de José de Jesús muere ahogado, durante una excursión escolar, se llamaba Carlos José, cuando José de Jesús se entera tiene un episodio de llanto prolongado, a partir de ahí es callado y retraído con todos los miembros de la familia -“hablaba poco” dice la madre.

“No le quedaba lugar para hablar” -replica el padre-, “Tú hablabas todo el tiempo”.

Indiferente, soberbia, la madre domina al marido quien, aplastado, aparece como en retirada.<sup>3</sup>

A la edad de 18 años José de Jesús se va a E.E.U.U, a estudiar y trabajar, vivía con una tía, hermana de su madre. Como ganaba bien empieza a “parrandear”, tomaba y fumaba en ocasiones marihuana. Durante su estancia, llegó a consumir marihuana con unos amigos, menciona que solamente en algunas ocasiones pero que nunca se consideró adicto. Un día tiene problemas con unos policías y es detenido, fichado y obligado a tener que firmar cada 15 días, “el estar fichado en EE.UU. me limitaría para los trabajos y los policías nunca me dejarían en paz”.

Regresa a México a los 20 años; permanece pocos días en el D.F., al no encontrar trabajo viaja a Puerto Vallarta, donde consigue trabajo vendiendo tiempos compartidos, mismo que desarrolla con relativo éxito que le permitía vivir cómodamente, envía dinero a sus padres con una tía. Con el paso del tiempo se relaciona sentimentalmente con su jefa, un año después se casa con ella, un año después empiezan a tener dificultades “peleábamos por cualquier cosa”, por lo que deciden separarse temporalmente.

¿La separación cesa el conflicto o produce el conflicto?



Para Schreber "Otra 'tormenta nerviosa', decisiva para la ulterior trayectoria, le sobrevino al enfermo mientras su esposa tomaba unas breves vacaciones para reponerse. Hasta entonces ella había pasado varias horas con él diariamente, y compartiendo los almuerzos. Cuando volvió tras varios días de ausencia, lo encontró alterado, tristísimo, a punto tal que no quería verla más. (...) Bien comprendemos que de la mera presencia de la esposa partieran unos influjos protectores contra la atracción que sobre él ejercían los hombres que lo rodeaban,(...) fantasías homosexuales que permanecieron inconscientes".

"¿Por qué al paciente le sobrevino ese estallido de libido homosexual en aquel tiempo, en la situación de transición entre el nombramiento y la asunción del cargo?. No podemos colegirlo sin unas noticias más exactas sobre su biografía. En general, el ser humano oscila a lo largo de su vida entre un sentir heterosexual y uno homosexual, y una frustración o un desengaño en un lado suele esforzarlo hacia el otro".<sup>4</sup>

Recuerda una ocasión en la que al regresar a su casa por ropa, "llegue y me quede dormido, en la cama, mi esposa llegó con otro güey, quien dijo: ¿quién es éste, qué hace éste güey aquí?, yo me enoje y le dije: ¡güey tu madre!. Me dieron ganas de madrearmela y me le fui a golpes a él, tenía ganas de matarlo, y fui por una hacha que estaba en el jardín, saltándome del piso de arriba hacia el jardín, la distancia era muy alta. Mi esposa llama a la policía porque creyó que la iba a matar".

¿Que desata la presencia del extraño?.

Freud destaca: "Nos declararemos autorizados a tener como base de la contradicción de la enfermedad de Schreber el estallido de una moción homosexual (...) La naturaleza primaria de la fantasía de emasculación y su inicial independencia respecto de la idea del redentor es

atestiguada, además, por aquella representación, que afloró en duermevela: tiene que ser hermoso ser una mujer sometida al acoplamiento".<sup>5</sup>

Es encarcelado estuvo encerrado dos días, estando en prisión "me empecé a sentir mal".

Algo le sucede... ¿qué se está transformando en él?

Citando el caso: "Pero en la grave psicosis que pronto estallaría en Schreber , la fantasía femenina se iría imponiendo sin pausa, y apenas hace falta corregir un poco la indeterminación paranoica de los modos de expresión de Schreber para colegir que el enfermo temía un abuso sexual de su médico. Un avance de libido homosexual fue entonces el ocasionamiento de esta afección; es probable que desde el comienzo mismo su objeto fuera el médico Fleschsig, y la revuelta contra esa moción libidinosa produjese el conflicto del cual se engendraron los conflictos patológicos (...). ¿No es irresponsable ligereza, indiscreción y calumnia acusar de homosexualidad a un hombre de tan elevadas miras éticas como el Presidente del superior Tribunal, doctor Schreber?. No, el propio enfermo ha anunciado a sus prójimos su fantasía de la mudanza en mujer, y se sobrepone a susceptibilidades personales en aras de unos intereses de superior intelección. El mismo, pues, nos ha dado el derecho a ocuparnos de esa fantasía, y de nuestra traducción a los términos especializados de la medicina nada agrega a su contenido. -Bien; pero él lo hizo en su condición de enfermo; su delirio de ser mudado en mujer era una idea patológica. - No lo hemos olvidado. Y por lo demás, sólo tenemos que ocuparnos de la intencionalidad y el origen de esta idea patológica. Invocamos su propio distingo entre el hombre Flechsig y el "alma de Flechsig". No le reprochamos nada: ni que tuviera mociones homosexuales ni que se afanara por reprimirlas. Los psiquiatras deberían terminar por aprender de este enfermo, que dentro de todo su delirio se empeña por no confundir el mundo de lo inconsciente con el mundo de la realidad".<sup>6</sup>

Al salir se va con unos amigos, pero no le gusta estar con ellos porque fumaban marihuana, frente a sus hijos, por lo que decide irse. "Cuando iba en la combi empecé a ver a la gente diferente, volteaba a ver los carros y veía que la gente se reía de mí, me sentía muy mal, oía mucho ruido.

¿Que significado tenían los cambios que le acontecían?

En el caso Schreber Freud dice: "Las `voces` escuchadas por el paciente nunca trataron la transformación en mujer de otro modo que como una injuria sexual, en virtud de la cual se consideraban autorizadas a burlarse del enfermo".

"Se mezclaron unas ideas de persecución en el cuadro clínico, basadas en espejismos sensoriales, los cuales, sin embargo, inicialmente se presentaban más aislados al par que imperaban un alto grado de hiperestesia y gran susceptibilidad a la luz y al ruido, luego se acumularon los espejismos visuales y auditivos, que sumados a perturbaciones de la sinestesia gobernaron todo su sentir y pensar". 7

Se encuentra con su esposa y ésta lo regresa a México con sus padres, se entera que su tía con la que les enviaba dinero nunca se los dio. Busca trabajo y empieza a trabajar en una discoteca como guardia de seguridad en la puerta de acceso. En una ocasión se les hinca a los clientes que estaban en la entrada, hablándoles de Dios.

¿Qué existe más allá de las ideas delirantes?

Freud manifiesta: "Poco a poco, las ideas delirantes cobraron el carácter de lo mítico religioso, mantenía trato con Dios, era juguete de los demonios, veía `milagros`, escuchaba

“música sacra”, y creía vivir en otro mundo.... Expresado en términos formales: un delirio de persecución sexual se transformó en el paciente, con posterioridad, en el delirio religioso de grandeza. E inicialmente hacia el papel de perseguidor el médico que lo trataba, profesor Flechsig mas tarde Dios mismo ocupó su lugar”. 8

Pierde su empleo, sus padres buscan atención médica. Al decir de él lo llevan a un hospital, en donde le inyectan algo, “no se que fue lo que me inyectaron, que me hizo estar tieso por tres meses y poco a poco se me fue quitando lo tieso”. Asiste al Hospital Juárez a consulta donde lo medican; se siente desmotivado apático por lo que le sugieren que puede asistir al Hospital Psiquiátrico Público en su modalidad de fin de semana. Ingresa voluntariamente como paciente ambulatorio con un esquema farmacológico previo y un diagnóstico presuntivo de esquizofrenia paranoide.

Freud sostiene: “Creo que ya no nos revolveremos más contra el supuesto de que la ocasión de contraer enfermedad fue la emergencia de una fantasía de deseo femenina (homosexual pasiva), cuyo objeto era la persona del médico. La personalidad de Schreber le contrapuso una intensa resistencia, y la lucha defensiva, que acaso habría podido consumarse igualmente en otras formas, escogió, por razones para nosotros desconocidas, la forma de delirio persecutorio. El ansiado devino entonces en perseguidor, y el contenido de la fantasía de deseo pasó a ser la persecución.... La persona a quien el delirio atribuye un poder y un influjo tan grandes, y hacia cuyas manos convergen todos los hilos del complot, es, cuando se le menciona de manera determinada, la misma que antes de contraerse la enfermedad poseía una significatividad de similar cuantía para la vida de sentimientos del paciente, o una persona sustitutiva de ella, fácilmente reconocible. Sostenemos que la intencionalidad del sentimiento es proyectada como un poder exterior, el tono del sentimiento es trastornado hacia lo contrario (ins Gegenteil verkehren), y que la persona ahora odiada y temida a causa de su persecución es alguien que

alguna vez fue amado y venerado. La persecución estatuida en el delirio -afirmamos- sirve sobre todo para justificar la mudanza del sentimiento en el interior del enfermo".<sup>9</sup>

Se le asigna al Nivel III, de sábados con las actividades de Sociodrama, Taller de teatro, Psicoterapia Breve Grupal, Asistencia Terapéutica Individual. Su asistencia al servicio es constante, llega puntual a las actividades, su participación tanto en sociodrama como en el taller de teatro se limita a seguir instrucciones sin ser espontánea o sugerir alguna acción. En sociodrama, generalmente estaba en el rol de público y en algunas ocasiones de yo auxiliar, sin llegar a sugerir algún tema para representar. En el taller de teatro participaba en los ejercicios de cada sesión, cuando se le asigna el personaje para la representación de la obra, no le agrada, ya que era un homosexual y decía que se sentía incomodo haciendo ese personaje; sin embargo lo representa bien.

A continuación una descripción cronológica referida por los médicos que le asistían:

(Nov.) En la asistencia individual, ingresa teniendo impregnación por neuroléptico presenta movimiento constante tanto en piernas como en brazos, se programa ajuste de medicamentos.

(Dic. 3), le molesta el temblor de piernas que no puede controlar, pregunta si puede tomar medicamento para desparasitar, y si puede suspender el akineton.

(Dic. 9) Comenta sobre un trabajo que tiene en una pensión, le pagan poco, y es muy aburrido, no le gusta pero necesita dinero.

(Enero 20) Habla sobre su trabajo, gana poco no le alcanza todo se le va en pasajes. "Ya no anhelo nada".

¿Cesará alguna vez el combate?

Freud en *Neurosis demoníaca del siglo XVII*: "Y en efecto, el *Trophaeum* nos da noticia cierta sobre este punto. Había caído en estado de tristeza, no podía -o no quería- trabajar bien, y le

preocupaba no poder ganarse el sustento, vale decir: depresión melancólica con inhibición del trabajo y preocupación (justificada) por su futuro..." 10

Comenta que no descansa, se siente cansado todo el día, no se relaciona con nadie, piensa ahorrar para su vejez, se siente ocioso.

(Febrero 17) No descansa bien, tiene sueño todo el día, se siente rígido, desagrado por el trabajo que tiene, en ocasiones juega basquet ball con un vecino pero ahora es más torpe para moverse.

(Marzo 2) Presenta sueño, comenta sobre querer estudiar un oficio y en seis meses aprender, ya que se cree poder ganar más dinero como mecánico por ejemplo, aunque no le gusta estar sucio ni la mecánica. Tiene un amigo con el que se va a jugar basquet ball, esta ahorrando para construir un baño en su casa. Resignado por su trabajo, ya que no le gusta, comenta que ya paso el tiempo, para seguir relacionándose con más personas y que además ese le causaría gastos y no tiene dinero.

(Marzo 9) Cuenta su historia acerca del porque estaba en el servicio.

(Marzo 23) Refiere la madre que el paciente no asistió al servicio por infección en la garganta recetándole Penprocilina de 800000 unidades.

(Marzo 30) Refiere seguir sintiendo molestias tanto en la garganta como en la nariz lo que le causa dolor de cabeza. Se le da descongestionante nasal, se le plantea la idea de ir reduciendo el medicamento.

(Abril 13) "Ya no tengo trabajo", comenta que faltó al trabajo por que estaba enfermo, por lo que su jefe le dijo que si iba a seguir faltando, que mejor ya no fuera, él se enoja y se va, decidiendo ya no regresar. "Fui a conseguir trabajo en algo relacionado con el Inglés, he ido a los hoteles pero no hay vacantes". "No me gusta México, soy más miedoso para irme, a trabajar fuera". Se le plantea su recontractación terapéutica en el servicio, a lo que responde "me gustaría nada mas para que me reduzcan el medicamento".

(Mayo 4) Consigue trabajo, en una embajada, como seguridad, de los que revisan lo que traen las personas en los bolsos cuando entran, se observa animado ya que comenta que puede subir de puesto si le hecha ganas, además que gana mejor que antes, se queja de dolor muscular, se propone metas dentro de su trabajo.

(Mayo 11) Entusiasmado con el trabajo, comenta querer a una muchacha del trabajo.

...Se abisma en la existencia cotidiana y, con desilusión o amargura, a veces con cólera, se rebela y reclama a la vida la necesidad de que ésta alcance su verdadera dimensión...

"No es mi propósito usar este caso como medio para probar la validez del psicoanálisis, más bien presupongo al psicoanálisis como válido, y lo empleo para esclarecer la enfermedad demonológica del pintor. Justifico mi proceder invocando el éxito de nuestras investigaciones acerca de la naturaleza de las neurosis en general. Con los debidos recaudos, es lícito sostener que hasta los más obtusos entre nuestros contemporáneos y colegas empiezan a entender que sin ayuda del psicoanálisis no es posible alcanzar una comprensión de los estados neuróticos. <<Sólo estas flechas conquistarán a Troya, sólo ellas>>. Si es correcto ver en el pacto de nuestro pintor con el Diablo una fantasía neurótico, no hace falta disculparse por emprender su apreciación psicoanalítica. Pequeños indicios poseen también su sentido y valor, muy particularmente cuando se hallan entre las condiciones genéticas de las neurosis. Sin duda, tanto es posible sobrestimarlos como subestimarlos, y es asunto de tacto cuán lejos se vaya en su utilización. Ahora bien, si alguien no cree en el psicoanálisis, y ni siquiera en el Diablo, será asunto suyo lo que haga con el caso del pintor, ya sea que salga a la liza para explicarlo por sus propios medios, o que no halle en él nada que exija explicación."<sup>11</sup>

## BIBLIOGRAFIA CASO

1. FREUD, Sigmund, "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente Schreber" 1911-1913 Tomo XII pág 11; Ed. Amorrortu.
2. MANNONI, Maud, El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis, Editorial Siglo XXI
3. Op. cit. 2
4. Op. cit. 1
5. Op. cit. 1
6. Op. cit. 1
7. Op. cit. 1
8. Op. cit. 1
9. Op. cit. 1
10. FREUD, Sigmund, Una neurosis demoníaca en el siglo XVII pags 82-83, Obras Completas, Tomo XIX, Ed. Amorrortu.
11. Op. cit. 10.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



## CAPITULO V

### EL METODO PSICOANALITICO Y SUS CONCEPTOS DE EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

*Conservad en vuestra memoria, a título de modelo, el método seguido en el estudio de estos fenómenos (actos fallidos), método que habrá ya revelado a vuestros ojos cuáles son las intenciones de nuestra psicología. No queremos limitarnos a describir y clasificar los fenómenos: queremos también concebirlos como indicios de un mecanismo (...) y como la manifestación de tendencias que aspiran a un fin definido laboran unas veces en la misma dirección y otras en direcciones opuestas. Intentamos, pues, formarnos una concepción dinámica de los fenómenos psíquicos, concepción en la cual los fenómenos observados pasan a segundo término, ocupando el primero las tendencias de las que se los supone indicios. 1*

Tomando puntos de partida totalmente diferentes, a partir de 1893, Freud abrió el camino de una nueva disciplina científica: el psicoanálisis. El cuerpo de conceptos interrelacionados que él produjo es muy amplio, complejo y polémico. Los estudiosos de la época observaban, describían, clasificaban e imponían nombres a esos procesos. Otros estudiosos se dedicaban a una presunta "ciencia" que tomaba por objeto a la conciencia de los individuos y estos "científicos" eran llamados y se arrogaban el nombre de psicólogos. El concepto de inconsciente, estructura invisible y solo reconocible por sus efectos, permitió a Freud aclarar el significado de un fenómeno hasta entonces incomprensible: el sueño. Luego, profundizando el trabajo teórico, pudo dar cuenta también de la llamada "vida psíquica" tanto "normal" como "anormal". Con posterioridad, un

análisis epistemológico riguroso permitió la concreción de una confluencia teórica al advertirse que el psicoanálisis, ciencia del proceso de sujetación, es la disciplina que da cuenta de la reproducción de las relaciones de producción en los sujetos que se incorporan a la instancia ideológica de los modos de producción analizados por el materialismo histórico desde Marx en adelante.<sup>2</sup>

En el proceso de la ruptura epistemológica confluyen entonces ensayos técnicos que culminan en la situación analítica clásica (asociaciones libres, atención flotante, etc.) y ensayos teóricos parciales (modelo del Proyecto de 1895, teoría de la seducción, del traumatismo psíquico, del conflicto, etc.) que permiten formular una teoría sistemática de conjunto, con una serie de conceptos articulados, con los cuales puede operarse metódicamente sobre objetos de conocimiento claramente individualizados (síntomas, sueños, lapsus, etc.) produciendo el conocimiento de su sentido: su condición conflictual de realización de deseos.<sup>3</sup>

En cuanto al valor científico de la aplicación del psicoanálisis se puede considerar: 1) psicoanálisis como disciplina científica y 2) campos de aplicaciones de los conceptos psicoanalíticos. El primer caso se trata de una estructura solidaria de objetos de conocimiento, objetos teóricos y métodos que dispone de un dispositivo experimental: la situación analítica, en el que pone a prueba la validez de sus interpretaciones y construcciones. En él se reconocen las formaciones de compromiso y se desarrollan asociaciones libres a partir de estímulos constituidos por elementos de esas formaciones. Surge así nuevo material determinado por la situación, el momento de desarrollo de la relación transferencial por la red estructural de conexiones de los significantes, que puede ser elaborado teniendo en cuenta las operaciones lógicas y el arsenal teórico-conceptual específico. En esta fase el sujeto concreto es, por así decir, puesto entre paréntesis y se trabaja teóricamente, a nivel de abstracciones. Los objetos de conocimiento son sometidos a la acción de instrumentos de la teoría produciendo interpretaciones de las resistencias, en particular de la transferencia en función de la problemática edipiana. Se construye

o reconstruye el sentido latente del material analizado bajo la forma de la comunicación interpretativa. 4

Pero fuera de este campo coherente los conceptos del psicoanálisis pueden ser aplicados en disciplinas de diverso orden. Freud ensaya un inventario de las mismas en su artículo "Múltiple interés del psicoanálisis": psicología, sociología, pedagogía, etc. Aunque la calidad de esta aplicación es variable, utilizando los recursos actuales de una epistemología materialista, se puede afirmar que en ningún caso constituye una intervención científica. Los conceptos psicoanalíticos se inscriben en contextos de dominante técnica y con mayor o menor fecundidad utilitaria permiten fundar operaciones destinadas a obtener determinados resultados empíricos. 5

Es una interrogante: ¿cómo se constituye una ciencia? ya es posible responder: oponiéndose y desenmascarando en su carácter de engañosas apariencias a las evidencias que ofrecen los sentidos. Denunciando y enfrentando la oposición que necesariamente recibe una ciencia nueva de parte de la ideología preexistente. Combatiendo contra los intereses de las clases dominantes que pretenderán ignorarla primero, aplastarla después deformarla, en última instancia para eliminar sus contenidos subversivos. Reivindicando permanentemente la relación que liga entre sí a todos los conceptos de una ciencia y señalando como ideológico todo intento de fragmentarla o de infiltrarla con nociones provenientes de campos teóricos que le son ajenos. 6

Los objetos con los que trabaja son los conceptos y estos, indefectiblemente, son abstractos. Con la psicología sucede algo similar, el novelista puede fascinar a su lector con la descripción del carácter de un personaje; el fundamental capítulo sobre "la psicología sobre los procesos oníricos" de la *Interpretación de los sueños* de Sigmund Freud. 7 Tomemos el ejemplo de Don Juan, ¿Podemos acaso, decentemente, suponer en este sujeto posición de clase, deseo, fantasma, etc?. Sí, sin duda. ¿Por qué no? Y sin embargo sabemos bien que esta posición de clase, este fantasma, etc.; no son *reales* (aquí hablamos solo del *Don Juan* de Moliere). Dicho de otra manera, ellos no están tomados en el nudo en el que un sujeto en general esta tomado: un inconsciente, un

cuerpo, un lenguaje, una voz, o incluso: el orden simbólico no se anuda ahí a ningún imaginario ni a ningún real. De ahí la fórmula precisa de Lacan que servirá de regla de método a nuestro análisis: "El psicoanálisis solo se aplica en sentido propio, como tratamiento y, por lo tanto a un sujeto que habla y oye". 8

Añade: "Fuera de este caso, solo se puede tratar de método psicoanalítico, ese método que procede al desciframiento de los significantes sin consideraciones por ninguna presupuesta forma de existencia del significado".

La frase implica, literalmente, que el psicoanálisis solo se puede aplicar a un sujeto en un diván, en la cura analítica. 9

La segunda implica que, fuera de este caso, nos hallamos como frente a una escritura que hay que descifrar, y que en ningún caso se trata de comprender (el significado). Reaparece la máxima: "Cuidese de comprender", que vale también, además, para la cura analítica. El significado es el efecto del significante. Por lo demás, el significado no es lo que se comprende, es, dice Lacan, lo que se lee en el significante que se oye. 10

Así pues, si quisiéramos aplicar la regla lacaniana con todo su rigor, esto significaría que no hay ninguna obra de arte, literaria, plástico, musical, etc., a la que se pueda *aplicar* el psicoanálisis. Y como también esta regla exige que se le tome al pie de la letra, y no que se "comprenda" su espíritu, no ha de temerse alcanzar ese rigor.

Ese rigor conduciría a vedarse el psicoanalista de servicio cualquier intento de venir a figurar, de venir a decir lo suyo. Y, por otra parte, Jaques Lacan no iba a la radio ni a la televisión a ordenar la sexualidad de los franceses. (En la radio y en la televisión, a las que fue, hacia psicoanálisis teórico, un curso más, en suma). 11

Sin embargo, la tradición psicoanalítica muestra más bien lo contrario, y si cabe que nos quejemos de tanto parloteo inconsistente acerca de las obras, los escritos, las palabras, los hechos, los gestos, los animales y las personas, ¿no es por qué los psicoanalistas de la época de Freud también creyeron oportuno aplicar el psicoanálisis a los mitos y a los cuentos, el arte y a la religión,

a las civilizaciones enteras?: citemos al azar a Rank sobre el nacimiento de los héroes, a Jung sobre la religión y la alquimia, a Jones sobre *Edipo y Hamlet*, a Reik sobre la música, etc. ¿No es acaso por qué el propio Freud...?. Pero a propósito, ¿qué hizo el propio Freud?

Dejemos de lado sus escritos propiamente teóricos como *La interpretación de los sueños*, *Más allá del principio de placer*, la *Metapsicología*, etc.

En primer lugar, a título de "tratamientos" se reunieron bajo el nombre de *Cinq Psychanalyses* cinco análisis de casos efectuados por él. A Dora, al Hombre de los lobos, al Hombre de las ratas, Freud los tuvo en su diván: ellos le hablaron, él los oyó, ellos lo escucharon, ellos pudieron oírlo, él les habló. Pero ya a Juanito Freud quizá lo oía, en cualquier caso no lo escuchó y Juanito no le habló ni lo oyó, excepto una sola vez. El "análisis" tuvo lugar por conducto del padre. En cuanto al presidente Schreber, sujeto que hablaba y oía (hasta oía voces), no es sino porque escribió que Freud lo oyó sin hablarle ni verlo jamás. Y sin embargo, aquí se trata de una auténtica experiencia analítica. 12

Si descontamos los sujetos que hablaban y oyen, será entretenido enumerar las situaciones siguientes, que ya no son sujetos del diván de Freud.

-Sujetos que fueron "analizados" por Freud a título póstumo, partiendo de un fantasma o de un recuerdo de infancia: Leonardo de Vinci, Goethe.

-Obras de arte "analizadas" por Freud sin referencia a ningún sujeto, ni a su autor (o apenas): la *Gradiva* de Jensen, un cuento de Hoffman, el *Moisés* de Miguel Angel.

- "Sujetos" analizados por Freud, que no existieron o pertenecieron a la leyenda: Edipo, Hamlet.

-Caracteres analizados por Freud: los que fracasan al triunfar, los criminales por culpabilidad...

-Religiones, instituciones, formaciones sociales analizadas por Freud y que no son sujetos: el cristianismo, el judaísmo, la Iglesia, el ejército, la civilización moderna.

-Ciudades analizadas por Freud: Roma, Atenas, Efeso.

-Por último, Moisés.

Supongamos ahora que se aplique a estos trabajos de Freud el dilema lacaniano: *o bien* el tratamiento de un sujeto que habla y oye, *o bien* un desciframiento de significantes (o bien el psicoanálisis aplicado o bien el psicoanálisis teórico). ¡Pues bien!, podríamos mostrar que Freud procede según este dilema, pero esto requeriría efectuar algunas transformaciones en la lectura que podamos hacer de esos trabajos.

Limitemos a dos ejemplos muy diferentes: Leonardo de Vinci, Moisés. Indudablemente, Leonardo de Vinci creyó que un *nibbio* (un milano en italiano, un buitre para Freud) le puso la cola contra la boca cuando estaba en su cuna, pero en lo que Freud se basa es sólo en el *decir* del sujeto. El resto, se lo toma para el análisis del caso (la sonrisa de la madre hallada en los cuadros, etc.) puede ser discutido. Pero si se lo lee como un avance de la teoría: 1. de la neurosis obsesiva; 2. de la homosexualidad; 3. de la sublimación; 4. del fantasma (se pega a un niño, pues el "buitre" "golpea con su cola entre los labios") entonces, incluso las obras de Leonardo de Vinci pueden contener los elementos de respuesta a la teoría analítica. Un cuadro pasa a ser una estructura, un esquema, un "grafo".

Moisés: ningún recuerdo de infancia, un personaje histórico y legendario a la vez al que se atribuyen los cinco primeros libros de la Biblia, etc. Un sujeto problemático. Pues bien, si aceptamos seguir a Freud por la pendiente "aplicada", habrá que creer que Moisés era egipcio (la crítica científica no enuncia nada semejante), y que fue asesinado (elucubración del historiador alemán Sellin - Lacan invitó a su *Seminario* a un hebraísta que desmontó esta elucubración), y entonces nos encontramos en un atolladero. Si, por el contrario, desciframos aquí algo así como un fragmento de la teoría del Padre y de sus nombres, un análisis de los fantasmas antisemitas, y hasta, como supone Lacan, un avance sobre la ética del psicoanálisis, entonces estamos alumbrando el cuadro en el punto adecuado y percibimos la estructura oculta de la obra. El nombre de Moisés pasa a ser sinónimo de: psicoanálisis.\* 13

La investigación, la técnica y el cuerpo doctrinal creados por Freud, en suma, el psicoanálisis tal como él lo concibió, se enhebra no sólo con la psicología, la psiquiatría, la medicina o disciplinas afines, lo cual no resulta extraño a quienes la quisieran encasillar totalmente en estos mundos; sino además porque esta textualidad de la obra freudiana, como en un tapiz, entrama los hilos psicoanalíticos con otros que desbordan el campo de lo habitualmente considerado del orden de la salud, es decir a los de la literatura, los de la mayoría de las artes, los de las ciencias en general, la filosofía, las religiones y los de toda construcción humana. Se podría decir que dondequiera que se halle un producto psíquico, ahí fue el interés de Freud, y los productos u obras de cultura se comprenden en ese género. 14

En la materia de los sueños, en los divertidos chistes y en el misterio del arte, Freud descubre un saber: el saber inconsciente, tan secreto, que de eso el hombre no sabía que era sujeto y con ello descubre la esencia estructural del hombre, como efecto del lenguaje, al mismo tiempo que en la evanescencia de la palabra va descifrando un goce. Freud realiza la más importante revolución simbólica, lo que cambio la relación del hombre con la verdad. 15

La gran propuesta de Freud, la del inconsciente, obliga a pensar de una manera distinta a la de la conciencia y desde aquél invita a revisar la totalidad de los productos culturales, a descubrir en ellos cumplimientos de deseo que sólo enmascarándose pueden ser aceptados o tolerados por la sociedad. 16

El psicoanálisis ha dado contribuciones fundamentales al estudio del arte, introduciendo nuevas ideas sobre la naturaleza del contenido temático de este, afirmación que sólo niegan con toda intención los ignorantes. El contenido temático del arte es siempre en un cierto sentido el hombre; la contribución psicoanalítica al análisis del contenido del arte, es su contribución a la comprensión de la naturaleza humana. Ha introducido igualmente importantes ideas sobre la técnica artística. La técnica del arte, tan radicalmente distinta a la técnica de la ciencia y del discurso racional, está arraigada en lo que Freud llamó el proceso primario, los procedimientos del inconsciente que, insiste Freud son radicalmente distintos de los procedimientos lógicos del sistema

consciente, y que, aunque ilógicos en este sentido, son no obstante significativos e intencionales a su manera. 17

El descubrimiento de los temas psicoanalíticos en el arte es colocado en su verdadera perspectiva, por la doctrina de que "no hay significado particular para ninguna obra de arte". Por medio de este cliché, la casa que Freud construyó quedó absorbida en la imponente morada de la crítica tradicional. Somos libres de reconocer un tema psicoanalítico en el arte, pero no estamos obligados a ello. Y si reconocemos un tema psicoanalítico no debemos perturbarnos, porque somos libres de fundirlo en una rica orquestación de múltiples significados. Del mismo modo, las posibilidades abiertas por las analogías de la técnica artística del proceso del inconsciente son colocadas en su verdadera perspectiva por el tributo tradicional al "control formal del espíritu consciente". 18

"El arte constituye el reino intermedio entre la realidad que deniega los deseos y el mundo de fantasía que los cumple, un ámbito en el cual, han permanecido en vigor los afanes de omnipotencia de la humanidad primitiva". 19

"No es asunto de la psicología averiguar de donde le viene al artista la capacidad para crear. Lo que el artista busca en primer lugar es la autoliberación, y la aporta a otros que padecen de los mismos deseos retenidos al comunicarles su obra". 20 Para el psicoanálisis el crear humano sirve al cumplimiento de deseos, a la satisfacción sustitutiva de aquellos deseos reprimidos que desde los años de la niñez moran insatisfechos, en el alma de cada quien. Entre estas creaciones, cuyo nexos con un inconsciente inasible se conjeturó siempre, se encuentran el mito, la creación literaria y las artes plásticas. 21

Freud sugiere que además que el arte, como una vuelta al principio del placer y como una vuelta a la infancia, debe ser esencialmente una actividad de juego. Utiliza la categoría de juego para establecer un vínculo entre las técnicas del arte y las técnicas del proceso primario, lo infantil y lo inconsciente. No se limita puramente a vincular el arte con lo inconsciente y lo infantil; lo distingue además de otras manifestaciones de lo inconsciente y lo infantil tales como los sueños y



las neurosis. Distingue el arte de los sueños insistiendo en que el arte tiene una referencia social y un elemento de control consciente. 22

Ni la doctrina de que el arte proporciona placeres que compensan las asperezas de la vida, ni la doctrina de que el arte tiene afinidad con la locura, pueden desecharse como falsas o carentes de significación; pero cualquiera que haya tenido la experiencia artística sabe que esto es mucho más complejo. 23

“No le incumbe, por cierto, al psicoanálisis la apreciación estética de la obra ni el esclarecimiento del genio artístico, no obstante, parece que él es capaz de pronunciar la palabra decisiva en todas las cuestiones que atañen a la vida de fantasía de los seres humanos” .24

La problemática del “diagnóstico” en el campo psicopatológico merece un retorno a ciertas concepciones clásicas adelantadas por Freud a partir de 1895.

“Es muy difícil ver acertadamente un caso de neurosis antes de haberlo sometido a un minucioso análisis (...) *Pero la decisión del diagnóstico y de la terapia adecuada al caso tiene que ser anterior a tal conocimiento*”. 25

Desde el comienzo de su obra, Freud se había dado cuenta claramente de la ambigüedad con la que se planteaba el problema del diagnóstico en el campo de la clínica psicoanalítica. Por una parte, señala Freud, parece conveniente poder establecer tempranamente un diagnóstico para determinar el tratamiento adecuado. Pero por otra parte, no se le escapa tampoco que la pertinencia de ese diagnóstico sólo puede quedar confirmada después de un minucioso análisis.

En la clínica médica, el diagnóstico es, un *acto* que cumple dos funciones. En primer lugar, se trata de hacer una discriminación fundada en la *observación* de determinados signos específicos (semiología). En segundo lugar, se trata de encuadrar el estado patológico así especificado, con respecto a una *clasificación* debidamente codificada (nosografía). Un diagnóstico médico parece siempre estar subordinado al orden de una referencia *etiológica* (diagnóstico etiológico) y al orden de una referencia *diferencial* (diagnóstico diferencial). 26

Un diagnóstico médico permite, la mayoría de las veces, evaluar no sólo el pronóstico vital o funcional de la enfermedad, sino también la elección del tratamiento más adecuado. Para ello, el médico dispone de una cantidad de medios de investigación que se orientan simultáneamente en dos direcciones complementarias: una *investigación anamnésica*, destinada a recoger los datos que señalan la existencia de la enfermedad y una *investigación "armada"*, centrada en el examen directo del enfermo con la ayuda de medios instrumentales, técnicos, biológicos, etc. Esta doble investigación permite reunir el conjunto de las informaciones necesarias para definir el perfil específicamente reconocible de la perturbación patológica. 27

En el campo de la clínica psicoanalítica, una modalidad de determinación diagnóstica del tipo mencionado resulta invalidada de antemano, con una imposibilidad de hecho, que encuentra su justificación en la estructura misma del sujeto. El analista dispone de una sola técnica de investigación: la escucha.

El material clínico que aporta el paciente es un material esencialmente verbal, el campo de investigación clínica queda entonces circunscrito de entrada a la dimensión de un *decir* y de un *dicho* radicalmente sujeto a las alternativas del imaginario y de la "mentira". 28

Así alejado del registro de los datos empíricos objetivamente controlables, un diagnóstico de tales características tendrá que ser el resultado de una evaluación esencialmente subjetiva que sólo puede adquirir algún orden apoyándose en el discurso del paciente y en la subjetividad del analista que escucha.

Freud se refiere, en "*El psicoanálisis silvestre*", no solamente a la prudencia que se requiere para establecer el diagnóstico, sino también a los peligros de toda intervención que pudiera apoyarse en un diagnóstico objetivamente causalista elaborado sobre el modelo de un diagnóstico médico. 29

La conducta que jamás se debe seguir en la clínica psicoanalítica: el procedimiento *hipotético-deductivo*. Esta conducta, que siempre está regida por la relación lógica de causa y

efecto, no puede aplicarse en psicoanálisis como se le aplica habitualmente en forma normal en las ciencias exactas.

El error "técnico" principal consiste, sobre todo, en considerar el acto analítico como un acto médico. A propósito de esta confusión, las reservas que expresa Freud son: 30

"Hace ya mucho tiempo que se ha superado la idea, basada en una apariencia puramente superficial, de que el enfermo sufre a consecuencia de una especie de ignorancia y que *cuando se pone fin a ésta, comunicándole determinados datos sobre las relaciones causales de su enfermedad con su vida y sobre sus experiencias infantiles, etc., no tiene más remedio que curar.* Si el conocimiento de lo inconsciente fuera tan importante como lo suponen los profanos, los enfermos se curarían sólo con leer unos cuantos libros o asistir a algunas conferencias. Por tanto, la intervención psicoanalítica presupone un largo contacto con el enfermo". 31

Sobre el concepto del diagnóstico en la clínica psicoanalítica. La primera se refiere al carácter *potencial* del diagnóstico, es decir, se trata de un *acto deliberadamente dejado en suspenso y sujeto a un devenir.* La *potencialidad diagnóstica,* sujeta al devenir de una confirmación deja entonces en suspenso por un tiempo todo acto de intervención con valor terapéutico, lo que hace ver la importancia del *tiempo necesario para observar* antes de cualquier decisión o propuesta de tratamiento. Ese tiempo es el que se destina por lo general a lo que Freud denominaba inicialmente *tratamiento de ensayo* y que hoy se ha dado en llamar *entrevistas preliminares.* 32

La evaluación diagnóstica está sometida prioritariamente al orden del *decir.* En este sentido, la movilización imperativa del dispositivo analítico confiere a la *escucha el carácter primordial de un instrumento diagnóstico que debe prevalecer por sobre el saber nosográfico y las racionalizaciones causalistas.* 33

En toda práctica clínica, se suelen establecer correlaciones entre la especificidad de los síntomas y la identificación de un diagnóstico. Por suerte, dichas correlaciones, de las cuales

depende el éxito de una iniciativa terapéutica, generalmente existen. De todos modos, un dispositivo causalista sólo es eficaz porque el cuerpo responde, de una manera determinada, a un funcionamiento regulado, a su vez, por determinaciones que obedecen al mismo principio. 34

Si bien este principio resulta uniformemente aceptable en todos los ámbitos de la clínica médica, se lo critica de modo implacable en la clínica analítica. Este rechazo se debe sobre todo al singular determinismo que se manifiesta con mucha fuerza en el nivel de los procesos psíquicos con el nombre de *causalidad psíquica*.

La causalidad psíquica opera por otras vías, que no son las cadenas habituales de interacción de causas a efectos, tal como las reconocemos por ejemplo en las ciencias biológicas. El éxito de la terapia médica suele depender, en muchísimos casos, de la regularidad y permanencia de los hechos causales que se producen. Por el contrario, por más que aparezca algún tipo de determinismo en el proceso de causalidad psíquica, no parece posible encontrar líneas semejantes de regularidad. En otros términos, no puede establecerse rigurosamente ningún ordenamiento fijo entre la índole de las causas y la de los efectos. Se hace, pues, imposible determinar perfiles de previsiones idénticos a los que observamos en las disciplinas biológicas y médicas. 35

En el campo científico, una previsión sólo tiene sentido cuando se basa en una ley, es decir, en una explicación objetiva y universable que da cuenta de una articulación estable entre causas y efectos. La causalidad psíquica no puede formularse en este tipo de leyes, por lo menos en lo que hace a los requisitos empíricos y formales que permiten definir las en las ciencias exactas. En estas condiciones, la ausencia de legalidad entre las causas y los efectos, con la consecuente imposibilidad de hacer determinaciones preventivas estables, nos obliga a reconocer que el *psicoanálisis no es una ciencia* en el sentido estricto que habitualmente se le da a este término. 36

Hay un hecho que debe destacarse en esta primera constatación referida al *establecimiento del diagnóstico en la clínica psicoanalítica: no existe una inferencia fija entre las causas psíquicas y los efectos sintomáticos*.

No todo es posible en esta tarea y su desarrollo está sujeto a determinadas exigencias de rigor, por lo menos las que nos impone seguir el hilo del *decir de aquél a quien se escucha*, si es que aspiramos seguramente a identificar algo de la *estructura del sujeto* sobre lo cual pueda apoyarse la evaluación diagnóstica. 37

Para llegar en forma más directa a la problemática del síntoma, "El síntoma se resuelve en su totalidad en un análisis del lenguaje, por que el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje del que hay que liberar su habla" 38

"(El analista) debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto su propio inconsciente, como órgano receptor, comportándose con respecto al analizado como el receptor del teléfono con respecto al emisor. Como el receptor transforma de nuevo en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas provocadas por las ondas sonoras emitidas, así también el psiquismo inconsciente del médico está capacitado para reconstruir, gracias a los productos de lo inconsciente que le son comunicados, este inconsciente mismo que ha determinado la asociaciones del sujeto" 39

Las *referencias diagnósticas estructurales* se ponen de manifiesto en el desarrollo del decir, en la forma de atisbos significativos del deseo que se esbozan en la persona que habla. Estas referencias aparecen entonces como los *indicios* que se orientan acerca del funcionamiento de la estructura psíquica misma. 40

## BIBLIOGRAFÍA METODO PSICOANALITICO Y SUS CONCEPTOS DE EVALUACIÓN DIAGNOSTICA.

1. FREUD, Sigmund; *Introducción al Psicoanálisis (1916)*, Parte I y II, Volumen XV, Obras Completas, Segunda reimpresión, Ed. Amorrortú, 1990.
2. BRAUNSTEIN, Nestor. A.; *¿Cómo se construye una ciencia?*, Cap. I en "Psicología, Ideología y Ciencia, Ed. Siglo XXI, México, 1982.
3. PASTERMAC, Marcelo; *El método Psicoanalítico*, Cap. XIX en "Psicología, Ideología y Ciencia, Ed. Siglo XXI, México, 1982.
4. Op. cit. 3.
5. Op. cit. 3.
6. Op. cit. 2.
7. Op. cit. 2
8. REGNAULT, Francois, *Esas sandeces que pululan en los textos: Psicoanálisis aplicado, ¿Y Freud? :* Cap. 10, "Presentación de Lacan", autores varios dirigidos por Gérard Miller, De. Manantial, Buenos Aires Argentina, 1993.
9. Op. cit. 8.
10. Op. cit. 8.
11. 11.Op. cit. 8
12. 12. Op. cit. 8
13. 13. Op. cit. 8.
14. ZARCO, Miguel Angel; 1996
15. 15. WEILL- Didier; DREIDEMIE, V.R.; JUARROZ, V.R.; MILLOT,C.; VEIGH, Y.; *El objeto del arte*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.
16. Op. cit. 14.
17. BROWN, Norman, *El arte y Eros*; Cap. 5 en "Eros y Thanatos: El Sentido Psicoanalítico en la historia", Ed. Joaquín Mortiz, México 1987.

18. Op. cit. 14.
19. FREUD, Sigmund; Sobre algunos de los problemas relativos al arte (1913), Tomo XIII; Obras Completas Ed. Amorrortú, 2a. reimpresión en castellano 1990.
20. Op. cit. 19.
21. FREUD, Sigmund; Breve informe sobre psicoanálisis (1920); Tomo XIX; Obras Completas Ed. Amorrortú, 2a. reimpresión en castellano 1990.
22. FREUD, Sigmund; Animismo, magia y omnipotencia de los pensamientos en op. cit. 19.
23. Op. cit. 17.
24. FREUD, Sigmund; Breve informe sobre psicoanálisis (1920); Tomo XIX; Obras Completas Ed. Amorrortú, 2a. reimpresión en castellano 1990.
25. FREUD; Sigmund; La histeria, Tomo I, Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
26. DOR, Jöel; Estructura. Rasgos Estructurales. Evaluación Diagnóstica Cap. 1 en "Estructura y perversiones", Ed. Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1988.
27. Op. cit.26.
28. Op. cit. 26.
29. FREUD; Sigmund; El psicoanálisis silvestre (1910), Tomo II, Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
30. Op. cit. 26.
31. Op. cit. 29.
32. Op. cit. 26.
33. Op. cit. 26.
34. Op. cit. 26.
35. Op. cit. 26.
36. Op. cit. 26.
37. Op. cit. 26.

38. LACAN, Jacques; Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis (1953) en Escritos I, Ed. Siglo XXI, 10a. ed. México 1966.
39. FREUD; Sigmund; Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico en Técnica Psicoanalítica, Obras completas, Tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
40. Op. cit. 26.



## CAPITULO VI

### INSTRUMENTO DE MEDICION

El Test Proyectivo de la personalidad de Karen Machover, consiste de lápiz y papel y el método puede adaptarse a grupos. "Es una prueba que tuvo crecimiento empírico, principalmente en una amplia variedad de material clínico recolectado en clínicas y hospitales de observación mental durante el transcurso de 15 años. El foco primordial de la misma se centró alrededor de la perfección de la técnica del dibujo como instrumento clínico para el análisis de la personalidad. En el curso de la aplicación del test de Goodenough, "*dibujo de un hombre*", para obtener el cociente de inteligencia, se descubrió que, un cuidadoso estudio de los dibujos individuales, a menudo rendía rico material clínico sin relación al nivel intelectual del sujeto.

Está claro que los patrones verbales son simbólicos, menos directos, y más sujetos a manipulaciones conscientes que la proyección gráfica. Los dibujos individuales se estudiaron intensamente en coordinación con asociaciones dadas por el sujeto y con datos clínicos relevantes. Sobre la base de tal estudio se han desarrollado formulaciones, y clarificación de los principios de interpretación del producto gráfico. El refinamiento, la validación, y la corrección de estos principios han estado y están en constante progreso.

Excepto en la designación de características aisladas, específicas para los dibujos de grupos clínicos particulares no se intenta por el momento, construir una lista comprobadora de "signos", los cuales pueden ser usados mecánicamente para establecer diagnósticos diferenciales. Se pone énfasis, primordialmente, sobre los patrones interrelacionados de los rasgos pictóricos según ellos pueden reflejar las dinámicas de la organización sintomática en una categoría diagnóstica particular. Los rasgos pictóricos tienden a superponerse de la misma manera que los síntomas se superponen en grupos clínicamente diferenciados. Así como con el uso clínico de todos los

instrumentos proyectivos, la adquisición de los detalles mecánicos del análisis pictórico no puede sustituirse por el conocimiento de las dinámicas de la personalidad y por los síndromes clínicos los cuáles son tan indispensables. El método se desarrollo en el contexto clínico, era natural que se pusiera énfasis especial sobre las indicaciones de las debilidades estructurales y de los conflictos en la motivación, en la raíz de las dificultades de ajuste. La rica proyección de las dinámicas de la personalidad que se haya en los dibujos, sí ayuda al método en el análisis activo y las potencialidades constructivas, así como también al análisis del pasivo. En la etapa actual del desarrollo del método las evaluaciones en relación a las capacidades de ajuste y grado de normalidad, se hacen sobre la base de interrelaciones de los rasgos de la personalidad contenidas en el dibujo. La configuración de estos rasgos se considera en términos de sus implicaciones clínicas".<sup>1</sup>

Como parte de nuestro procedimiento experimental se elaboró una hoja-registro como protocolo de calificación en la que en la parte superior izquierda se especifica los datos generales del paciente (número asignado, edad y sexo). En la parte central se especifica si la primera figura dibujada es hombre o mujer.<sup>1</sup> Se distribuyeron en forma vertical y cronológica los 30 ítems que utilizan Karen Machover y Juan Portuondo para su interpretación<sup>2</sup>:

- 1.-cabeza
- 2.-rasgos sociales parte de la cara
- 3.-la expresión
- 4.-la boca
- 5.-los labios
- 6.-la quijada
- 7.- los ojos
- 8.- la ceja

---

<sup>1</sup> Véase Anexo II a Protocolo de Calificación Machover

<sup>2</sup> Véase Anexo II b Protocolo de Calificación con ítems

- 9.-la oreja
- 10.-el pelo
- 11.-la nariz
- 12.- el cuello
- 13.-la nuez de adán
- 14.-rasgos de contacto
- 15.-brazos y manos
- 16.-los dedos de las manos
- 17.- las piernas y los pies
- 18.- los dedos del pie
- Rasgos misceláneos del cuerpo
- 19.- el tronco
- 20.- los senos
- 21.- los hombros
- 22.- caderas y nalgas
- 23.-la línea de la cintura
- 24.- indicaciones anatómicas
- 25.- articulaciones
- 26.- las ropas
- 27.- los botones
- 28.- los bolsillos
- 29.- la corbata
- 30.- el zapato y el sombrero

Anexando dos columnas para indicar ausencia o presencia de cada uno de los ítems en el dibujo y tres columnas divididas, la primera con la característica de detallado, la segunda con

la característica de remarcado y la tercera con la característica de sin detalle; estas tres últimas columnas tomando en cuenta que Karen Machover señala: "la importancia diagnóstica de un rasgo pictórico depende de su originalidad o popularidad. El tratamiento con 'conflicto' de algún rasgo en un dibujo particular (ya en la naturaleza de las observaciones preliminares, omisión, oscurecimiento, borraduras, sombreamiento o reforzamiento de esas partes es una manifestación pictórica común. El hecho de que aparezca en el dibujo no lo priva de la significación interpretativa generalmente atribuida a ese rasgo pictórico".<sup>2</sup>

La norma de calificación que se dio y únicamente aplicable para nuestra muestra fue asignando una puntuación de 0 ante la ausencia del ítem ó 1 ante la presencia del ítem, con el fin de tener un parámetro que permitiera comparar cuantitativamente la ejecución del sujeto con fines estadísticos tanto en el test como en el retest.

A cada una de las características: detallado, remarcado o sin detalle por separado se le asigno una puntuación de 1 si aparecía ó 0 si no aparecía, a fin de considerar los ítems que presentaban dichas características. La norma de calificación se avalo por dos psicólogos experimentados en psicometría y en el área clínica.

Esto se utilizó tanto para la figura 1 y 2 del test como para las del retest.

## BIBLIOGRAFIA INSTRUMENTO

1. MACHOVER, Karen; Test proyectivo de la personalidad, Ed. Manual Moderno, 1960.
2. Op. Cit. 1.

## **CAPITULO VII**

### **METODOLOGIA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*No hay actualmente un programa o técnica que incida para modificar el rasgo de personalidad de los pacientes psicóticos. ¿Aplicando un taller de teatro y expresión corporal se espera que se modifique dicho rasgo y a través del test proyectivo de personalidad de Karen Machover; se detectaran los indicadores de rasgos psicóticos establecidos por esta autora, valorados en los dibujos de los pacientes psicóticos incluidos en el taller de teatro y expresión corporal del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez en su modalidad de fin de semana?.*

#### **PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS**

*H1: Si se utiliza el Taller de Teatro y expresión corporal, entonces se modificaran en los dibujos los indicadores-rasgos psicóticos definidos por Karen Machover.*

*H2: Si se utiliza el Taller de Teatro y expresión corporal, entonces no se modificaran en los dibujos los indicadores-rasgos psicóticos definidos por Karen Machover.*

#### **VARIABLES**

**V.I.** Programa de 25 sesiones del Taller de Teatro y Expresión corporal.

**V.D.** Modificaciones en los rasgos de los dibujos del Test Proyectivo de la Personalidad de Karen Machover.

#### **CONTROL DE VARIABLES**

Las variables extrañas que podían presentarse durante el transcurso de esta investigación, sobre las cuales se debía tener control fueron:

- a) Deserciones del Taller.
- b) Hospitalización.
- c) Alta del hospital.
- d) Cambios de coordinadores.
- e) Cambios en el número de sesiones.

## **SELECCION DEL DISEÑO**

### **Diseño preexperimental descriptivo de un solo grupo con pretests y postests**

Se utilizó un diseño preexperimental descriptivo para que la investigación de alguna manera se aproximara a la verdadera experimentación. Aunque se sabe que estos diseños son incapaces de producir una comparación formal como lo señala Campbell, se utiliza como forma para lograr por lo menos un referente al medir al mismo sujeto o grupo de sujetos antes de la aplicación del tratamiento experimental VI (taller de teatro) y después de la misma haciendo uso del **diseño de un solo grupo con pretests y postests**. Puesto que al medir a los sujetos antes pretests de su inclusión en el taller de teatro y después de este postests, se puede comparar el cambio en algún índice en la conducta de los sujetos.

## **SELECCION Y ASIGNACION DE SUJETOS A GRUPO**

El estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en su modalidad de fin de semana durante el período del mes de octubre de 1995 a finales del mes de mayo de 1996.

Se consideraron a todos los pacientes incluidos en el Taller de Teatro y Expresión Corporal que asistían a la modalidad de fin de semana. Teniendo como criterios de inclusión para la obtención de la muestra los siguientes:

1. Pacientes incluidos en el taller de teatro y expresión corporal.

2. Pacientes ambulatorios que asisten a la modalidad de fin de semana.
3. Pacientes con asignación y supervisión de esquema farmacológico.
4. Pacientes diagnosticados con trastornos psicóticos.
5. Sexo indistinto.
6. Edad: 20-50 años.
7. Escolaridad: primaria mínimo.
8. Evolución del padecimiento: mínimo un año.
9. Tiempo de estancia en el Hospital Psiquiátrico en su modalidad de fin de semana: mínimo un año.
10. Pacientes que reciben Psicoterapia Breve Grupal.
11. Pacientes que reciben Asistencia Terapéutica Individual.

La muestra incluye 12 pacientes que cubrían con los criterios arriba descritos. Se extrajo de una población constituida por 36 pacientes que conformaban el grupo que asistía a la actividad de Teatro y Expresión Corporal programada por el Hospital en su modalidad de fin de semana.<sup>3</sup>

## **PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**

Una vez que se obtuvo la muestra, se les asignó el número que tenían en el grupo universo. Se procedió a una primera aplicación del instrumento de medición Test Proyectivo de la personalidad de Karen Machover en el aula del HPFS donde se realizaban las sesiones del Taller de Teatro.

---

<sup>3</sup> Veáanse Anexo la Sabana de datos Universo  
Acotaciones de anexo la  
Anexo Ib Sabana de datos muestra  
Anexo Ic Gráficas de datos de la muestra



- 1a. sesión se les proporcionó a los sujetos una hoja de papel tamaño carta color blanco y un lápiz con goma de borrar, dándoles las siguientes instrucciones: “dibuja una persona”; una vez que los pacientes terminan con este dibujo se les proporcionó una segunda hoja diciéndoles “ahora dibuja un hombre, o ahora dibuja una mujer, según fuera el caso”. Una vez que terminaron con ambos dibujos se les dijo “ahora elaboren una historia en el reverso de la hoja del dibujo sobre cada una de las personas dibujadas”.
- El taller de teatro según el esquema propuesto por el Hospital Psiquiátrico constaba de 25 sesiones durante un período de 6 meses que se dividían en 4 sesiones prácticas y 1 sesión evaluatoria por módulo.
- Módulo I: Introducción y Encuadre
- Módulo II: Pantomima
- Módulo III: Expresión Corporal
- Módulo IV: Teatro I
- Módulo V: Teatro II

Dicho esquema planteaba que haciendo uso de diferentes técnicas teatrales se lograrían los objetivos de: mejorar la interacción personal, fortalecer y buscar un mejoramiento de las funciones mentales superiores; a partir de memorizar, atender y concentrarse en cada una de las actividades, mejorar la psicomotricidad, incidir en la autoimagen, autoestima y en su socialización. En este sentido desde la experiencia, cabe resaltar que el esquema de trabajo propuesto en este taller marcaba un proceso didáctico de actividades a seguir, sin embargo la ausencia de elementos formativos fue notable lo que clausuro la lectura grupal de carácter terapéutico. Este planteamiento se desarrolla en el capítulo III.

- En la sesión 25 se efectuó la segunda aplicación (retest) del mismo instrumento dándoles las mismas instrucciones.

## TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Se usa la distribución de t porque la muestra es pequeña y esta basada en estimaciones de la variancia de poblaciones con muestras pequeñas, permite sacar la significación de una diferencia entre las medias de dos muestras correlacionadas, existe una correlación entre dos muestras de puntuaciones cuando representan la ejecución de los mismos sujetos antes y después de la introducción de algún factor experimental.

En términos de los datos concretos de esta tabla<sup>4</sup>, nuestro problema es encontrar si las puntuaciones del test de Karen Machover de los pacientes incluidos en el Taller de Teatro y Expresión Corporal son en promedio significativamente diferentes de lo que eran antes de ser incluidos en un Taller de Teatro y Expresión Corporal; esto es, probar si la diferencia media en puntuaciones es significativamente diferente de 0.

PASO 1: Se estableció una hipótesis de nulidad en este caso.

Ho:  $\bar{\Delta} = 0$  donde  $\bar{\Delta}$  (delta barra) representa la media de las diferencias en la población más grande de puntuaciones del test de Karen Machover, algunas puntuaciones del test y algunas del retest. Nuestra Ho implica que realmente no importa si los tests fueron hechos antes o después; que en promedio, contando tanto valores positivos como negativos, las diferencias entre pares extraídos al azar de la misma población mayor serán 0. Esto implica que la media de las diferencias obtenidas en nuestra muestra fue sólo una desviación fortuita de 0.

PASO 2: Con la tabla de t encontramos la probabilidad aproximada de que nuestro valor de t obtenido pudiera ocurrir por azar. Usando g.l. = n-1, u 11 encontramos nuestros valores obtenidos de:

Figura 2: t de  $-0.16 < 1.36$ , el valor de la tabla bajo  $p = 0.20$ . En otras palabras,  $p > 0.20$ .

Figura 1: t de  $-2.17 < 1.36$ , el valor de la tabla bajo  $p = 0.20$ . En otras palabras,  $p > 0.20$ .

PASO 3: Podemos, por lo tanto, aceptar nuestra hipótesis de nulidad; y concluimos que el  $\bar{\Delta} = 0$ .

---

<sup>4</sup> Véase Anexo III

En otras palabras, no hay una diferencia altamente significativa entre las puntuaciones del test y retest de Machover en nuestros sujetos al iniciar y al finalizar el taller de teatro.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Véase Anexo IIIa Prueba Estadística

## ANALISIS DE RESULTADOS

### INTERPRETACION DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN

#### MACHOVER Y JUAN PORTUONDO POR SUJETO

Karen Machover, quien no realiza una clasificación neta de psicosis, sólo indica algunos rasgos caracterológicos y, por su parte, Juan Portuondo quien se apoya en la descripción de ítems de la primera, realiza una descripción clasificatoria de psicosis.<sup>6</sup>

Se toma en cuenta a estos autores para la interpretación, así como el tratamiento dado a los dibujos de cada sujeto, mencionando primero a Karen Machover (K.M.) y posteriormente a Juan Portuondo (J. P.). A cada interpretación se añaden los datos generales de: número de sujeto, género, edad, escolaridad, diagnóstico, años de evolución y tiempo de estancia en el Hospital Psiquiátrico en su modalidad de fin de semana. Al final se señala el número de criterios cubiertos para cada autor.<sup>7</sup>

Sujeto 5 masculino, 36 años, escolaridad universitaria, esquizofrenia, 5 años de evolución y 3 años de estancia.

K.M.: ideas de referencia en test fig. 1, fig. 2; retest fig. 1, rasgos esquizoides en test fig. 1, retest fig. 1 y fig. 2; rasgos paranoides en retest fig. 1 y fig. 2 y posible psicosis en retest fig. 1.

---

<sup>6</sup> Veáse Anexo IV Descripción de los rasgos característicos de los dibujos de psicóticos: orgánicos, paranoides, maníacos y esquizofrénicos según Juan Portuondo basándose en el test proyectivo de la figura humana de Karen Machover .

Veáse Tabla I Concentrado general cuantitativo por sujeto de resultados de ítems significativos.

Veáse Tabla II concentrado de resultados cuantitativos por ítems significativos: sujetos, figura, test y retest.

<sup>7</sup> Veáse Anexo V que incluye los Criterios para el diagnóstico considerando los ítems propuestos por Karen Machover y Juan Portuondo

Anexo Va que considera el ítem y la puntuación en figura 1 y 2 de test- retest por Karen Machover

Anexo Vb que considera el ítem y la puntuación en figura 1 y 2 de test- retest por Juan Portuondo

Anexo Vc que considera el número de criterios cubiertos para el diagnóstico de psicosis en test y retest por Karen Machover y Juan Portuondo

J.P.: agresión test fig. 1 y fig. 2; retest fig. 1 y fig. 2; irresponsabilidad, escaso discernimiento, dibujo primitivo test fig. 2, retest fig. 2 y alucinaciones auditivas test fig. 1 y fig. 2; retest fig. 1 y fig. 2.

El sujeto cubrió dos criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y cuatro en retest y para Juan Portuondo cubrió tres criterios en test y tres en retest.

Sujeto 15: masculino, 39 años, escolaridad primaria, esquizofrenia, 19 años de evolución, 4 años de estancia.

K.M.: ideas de alusión en test fig. 1, fig. 2; retest fig. 1 y fig. 2, emoción superficial, retrógrado, infantiles y falta de discriminación en test fig. 1 y fig. 2; rasgos paranoides en test fig. 1 y fig. 2.

J.P.: ideas de referencia en test fig. 1 y retest fig. 1 y fig. 2; retraimiento, incapacidad social, autismo en retest fig. 1 y fig. 2; agresión test fig. 1 y fig. 2; retest fig. 1 y fig. 2; deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 2 y retest fig. 1; alucinaciones auditivas test fig. 1; retest fig. 1 y fig. 2.

El sujeto cubrió cuatro criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y tres en retest y para Juan Portuondo cubrió tres criterios en test y cuatro en retest.

Sujeto 28: masculino, 27 años, escolaridad secundaria, esquizofrenia paranoide, 4 años de evolución y 1.5 años de estancia.

K.M.: ideas de alusión en retest fig. 1; emoción superficial, retrógrados, infantiles y falta de discriminación en test fig. 1 y retest fig. 1 y fig. 2; rasgos paranoides en retest fig. 2; condiciones psicóticas regresivas en retest fig. 1; posible psicosis retest fig. 1 y fig. 2.

J.P.: retraimiento, incapacidad social, y autismo en test fig. 1 y fig. 2 y en retest fig. 1 y fig. 2; agresión retest fig. 1; deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 1 y retest fig. 1 y fig. 2; alucinaciones auditivas test fig. 1; retest fig. 1 y fig. 2.

El sujeto cubrió con un criterio para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y cinco en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y tres en retest.

Sujeto 27: masculino, 26 años, escolaridad universidad, esquizofrenia, 2 años de evolución y 2 años de estancia.

K.M.: ideas de alusión en test fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2; alucinaciones auditivas en test fig. 1 y fig. 2.

J.P.: retraimiento, incapacidad social, y autismo en test fig. 1 y fig. 2 y en retest fig. 1 y fig. 2; agresión test fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2; deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 1 y retest fig. 1; alucinaciones auditivas test fig. 1 y fig. 2.

El sujeto cubrió con dos criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y uno en retest y para Juan Portuondo cubrió con cuatro criterios en test y tres en retest.

Sujeto 31: masculino, 28 años, escolaridad primaria, esquizofrenia, 4 años de evolución y 1 año de estancia.

K.M.: emoción superficial, retrógrados o infantiles y falta de discriminación en test fig. 1 y fig. 2 y retest fig. 1; rasgos paranoides en retest fig. 1 y fig. 2; posible psicosis test fig. 2 y retest fig. 1.

J.P.: agresión test fig. 1 y fig. 2 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 2 y retest fig. 1.

El sujeto cubrió con dos criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y tres en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y uno en retest.

Sujeto 32: femenino, 43 años, escolaridad primaria, trastorno límite de la personalidad o borderline, 4 años de evolución y 2 años de estancia.

K.M.: alucinaciones auditivas test fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2; rasgos paranoides en retest fig. 1.

J.P.: agresión retest fig 1 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 2 y retest fig. 1; alucinaciones auditivas test fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2.

El sujeto cubrió con un criterio para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y dos en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y tres en retest.

Sujeto 18: masculino, 27 años, escolaridad secundaria, esquizofrenia, 4 años de evolución y 2 años de estancia.

K.M.: rasgos esquizofrénicos en test fig. 1 y retest fig. 1 y fig. 2, emoción superficial, retrógrados o infantiles y falta de discriminación test fig. 1 y fig. 2 y retest fig 1.

J.P.: retraimiento, incapacidad social y autismo test fig. 1 y fig. 2; agresión retest fig 1 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 2 y retest fig. 2.

El sujeto cubrió con dos criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y dos en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y dos en retest.

Sujeto 19: masculino, 40 años, escolaridad primaria, esquizofrenia, 15 años de evolución y 1 año de estancia.

K.M.: rasgos paranoides en test fig. 1 y fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2, emoción superficial, retrógrados o infantiles y falta de discriminación retest fig. 2.

J.P.: agresión test fig. 1 y fig. 2 y retest fig 1 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 1 y retest fig. 1.

El sujeto cubrió con un criterio para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y dos en retest y para Juan Portuondo cubrió con tres criterios en test y dos en retest.

Sujeto 21: femenino, 29 años, escolaridad comercio, trastorno bipolar, 1 año de evolución y 1 año de estancia.

K.M.: rasgos esquizofrénicos en test fig. 1 y fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2, emoción superficial, retrógrados o infantiles y falta de discriminación test fig. 1 y fig. 2.

J.P.: agresión test fig. 1 y fig. 2 y retest fig. 1 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 1 y retest fig. 1.

El sujeto cubrió con un criterio para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y dos en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y dos en retest.

Sujeto 29: masculino, 34 años, escolaridad primaria, esquizofrenia, 5 años de evolución y 2 años de estancia.

K.M.: emoción superficial, retrógrados o infantiles y falta de discriminación test fig. 1 y fig. 2 y retest fig. 1 y fig. 2; posible psicosis test fig. 1.

J.P.: agresión test fig. 1 y fig. 2 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 1 y retest fig. 1.

El sujeto cubrió con dos criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y dos en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y uno en retest.

Sujeto 30: femenino, 49 años, escolaridad secundaria, trastorno límite de la personalidad o borderline, 1 año de evolución y 1 año de estancia.

K.M.: emoción superficial, retrógrados o infantiles y falta de discriminación en retest fig. 1 y fig. 2; rasgos paranoides en retest fig. 1.

J.P.: agresión test fig. 1 y fig. 2 y deterioro mental, escaso sentido de la realidad test fig. 1 y retest fig. 1.

El sujeto cubrió con dos criterios para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y uno en retest y para Juan Portuondo cubrió con dos criterios en test y uno en retest.



Sujeto 6: masculino, 22 años, escolaridad secundaria, esquizofrenia, 2 años de evolución y 1 año de estancia.

K.M.: rasgos esquizofrénicos test fig. 1 y retest fig. 1, posible psicosis retest fig. 2.

J.P.: agresión retest fig. 1.

El sujeto cubrió con un criterio para el diagnóstico de psicosis por Karen Machover en test y dos en retest y para Juan Portuondo cubrió con cero criterios en test y uno en retest.

## INTERPRETACIÓN DEL DIBUJO POR GRUPO

### GRUPO I

El grupo I es el que cubrió con mayor número de criterios para el diagnóstico de psicosis tanto por Karen Machover como por Juan Portuondo lo integran los sujetos 5, 15, 27 y 28, que tienen un rango promedio de edad de 34 años con diferentes niveles de escolaridad (primaria, secundaria y universidad), diagnósticos de esquizofrenia. Manejan un rango promedio de estancia en el Hospital de 2.6 años.

Todos los sujetos puntúan en el criterio de agresividad, escaso sentido de la realidad y deterioro mental.

Sujetos 15, 27 y 28 muestran ideas de alusión, retraimiento, incapacidad social y autismo; mientras que, los sujetos 15 y 28 falta de discriminación y los sujetos 5, 15 y 27 alucinaciones auditivas.

Como características menos relevantes aparecen las ideas de referencia en los sujetos 5 y 15, en los sujetos 28 y 15 con emoción superficial e irresponsabilidad en el sujeto 5.

Se observa que la escolaridad en cada uno de los sujetos es diferente, los años de evolución van de 2 a 19 años; todos tienen más de un año de estancia en el hospital con un

rango de 1.5 a 4 años, tres sujetos puntúan en autismo (15, 27 y 28), todos en retrógrados con deterioro mental y tres (5, 15 y 28) con rasgos paranoides.

Se menciona el sujeto y el número de criterios cumplidos en test y retest y si se observa en retest un aumento, disminución o permanece igual en el número de dichos criterios.

Sujeto 5: 2 en test y 4 en retest para K. Machover, aumento, para Portuondo 3 en test y 3 en retest, permanece igual.

Sujeto 15: 4 en test y 3 en retest para K. Machover, disminuyo, para Portuondo 3 en test y 4 en retest, aumento.

Sujeto 27: 2 en test y 1 en retest para K. Machover, disminuyo, para Portuondo 4 en test y 3 en retest, disminuyo. Este sujeto cubre más criterios en Portuondo que en Machover

Sujeto 28: 1 en test y 5 en retest para K. Machover, aumento, para Portuondo 2 en test y 3 en retest, aumento. Este sujeto cubre más criterios en Machover que en Portuondo.

Por lo tanto, dentro de este grupo 2 sujetos aumentaron en el número de criterios de Machover en retest (5 y 28) y 2 disminuyen (15 y 27); en Portuondo 2 sujetos aumentan (15 y 28), 1 permanece igual (5), 1 disminuye (27).

## GRUPO II

El grupo II es el que cubrió con un nivel intermedio de número de criterios para el diagnóstico de psicosis tanto por Karen Machover como por Juan Portuondo lo integran los sujetos 18,19, 28, 31 y 32, que tienen un rango promedio de edad de 34.5 años, 3 masculinos y 1 femenino, escolaridad promedio primaria, un rango de evolución de 1.5 a 4 años con promedio de 2.9 años, tres con diagnóstico de esquizofrenia y uno con trastorno límite de la personalidad o borderline. Manejan estancia en el Hospital de 1.5 a 4 años con un promedio de 2 años.

Todos los sujetos puntúan en el criterio de agresividad, escaso sentido de la realidad y deterioro mental.

Los sujetos 18, 19 y 31 muestran emoción superficial, falta de discriminación y los sujetos 19, 31 y 32 rasgos paranoides.

Como características menos relevantes aparecen rasgos esquizofrénicos, retraimiento y autismo en el sujeto 18 y en el sujeto 31 posible psicosis.

Sujeto 18: 2 en test y 2 en retest para K. Machover, permanece igual, para Portuondo 2 en test y 2 en retest, permanece igual.

Sujeto 19: 1 en test y 2 en retest para K. Machover, aumento, para Portuondo 3 en test y 2 en retest, disminuyo.

Sujeto 31: 2 en test y 3 en retest para K. Machover, aumento, para Portuondo 2 en test y 1 en retest, disminuyo.

Sujeto 32: 1 en test y 2 en retest para K. Machover, aumento, para Portuondo 2 en test y 3 en retest, aumento.

Por lo tanto, dentro de este grupo 3 sujetos aumentaron en el número de criterios de Machover en retest (19, 31 y 32) y 1 permanece igual (18); en Portuondo 1 sujeto aumento (32), 1 permanece igual (18), 2 disminuyen (19 y 31).

Se observa que la escolaridad en los sujetos es homogénea, los años de evolución van de 1.5 a 4 años; la estancia en el hospital es de un año con un promedio de 2 años, tres sujetos puntúan en rasgos paranoides (19, 31 y 32) y 1 con posible psicosis (31).

En el grupo medio se incluiría al sujeto 28 por los criterios cubiertos en Portuondo que aparece también en el grupo I por puntuar alto en Machover.

## GRUPO III

El grupo III es el que cubrió con un promedio bajo en el de número de criterios para el diagnóstico de psicosis tanto por Karen Machover como por Juan Portuondo lo integran los sujetos 6, 21, 29 y 30, que tienen un rango de 22 a 49 años con promedio de edad de 33.5 años,

masculinos y 1 femenino, escolaridad promedio secundaria, un rango de evolución de 1 a 5 años con promedio de 2.5 años, dos con diagnóstico de esquizofrenia, uno con trastorno límite de la personalidad o borderline y uno con trastorno bipolar. Manejan estancia en el Hospital de 1 a 2 años con un promedio de 1 años.

Todos los sujetos puntúan en el criterio de agresividad, escaso sentido de la realidad y deterioro mental.

Los sujetos 6, 21, 29 y 30 muestran emoción superficial y falta de discriminación.

Como características menos relevantes aparecen rasgos esquizoides en los sujetos 6 y 21, posible psicosis en los sujetos 6 y 29 y rasgos paranoides en los sujetos 19 y 30.

Se observa que la escolaridad en los sujetos es homogénea, los años de evolución van de 1 a 5 años; la estancia en el hospital es de uno a dos años con un promedio de 1 año, tres sujetos puntúan en escaso sentido de la realidad y deterioro mental (19, 29 y 30).

En el grupo bajo se incluiría al sujeto 31 por los criterios cubiertos en Portuondo que aparece también en el grupo II por puntuar intermedio en Machover.

En el grupo bajo se incluiría al sujeto 19 por los criterios cubiertos en Machover que aparece también en el grupo II por puntuar intermedio en Portuondo.

En el grupo bajo se incluiría al sujeto 18 por los criterios cubiertos en Machover que aparece también en el grupo II por puntuar intermedio en Portuondo.

En el grupo bajo se incluiría al sujeto 32 por los criterios cubiertos en Machover que aparece también en el grupo II por puntuar intermedio en Portuondo.

En el grupo bajo se incluiría al sujeto 27 por los criterios cubiertos en Machover que aparece también en el grupo I por puntuar alto en Portuondo.

En el grupo I se enfatisa el rasgo que aparece como características más evidentes, mientras que en el grupo II cuando se alude a los detalles extravagantes el rasgo se puntúa como posible psicosis.<sup>8</sup>

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

Como características que se comparten en estos grupos se encuentran el escaso sentido de la realidad, deterioro mental, falta de discriminación, agresividad, alucinaciones e ideas delirantes.

- **Indicadores de escaso sentido de la realidad y deterioro mental.** Característica que encontramos en 10 sujetos de la muestra. En todos los casos se presentó en test y retest. En primera instancia, el dibujo primitivo indicador de retraso mental o deterioro mental, paradójicamente puntea en cinco sujetos con estudios de nivel medio superior y de licenciatura. Por otra parte, otros dos sujetos con nivel básico no aparecen en el rango de este indicador. ¿Se puede considerar la escolaridad un garante de capacidad intelectual? Si es afirmativo, ¿significaría que los cinco sujetos referidos se escaparon al sistema educativo?

Sabemos que no son equivalentes deficiencia mental y psicosis, en consecuencia ¿cuál debe ser la interpretación correcta?. Derivado de esta asociación o como consecuencia empírica, en la línea de objetivos del taller se señala el “fortalecimiento de las funciones mentales superiores”, ni como estrategia ni como acción se ofrece pauta, pero tenemos la impresión que epistémicamente es una tarea con mayor vinculación educativa que terapéutica que leemos como un desplazamiento fuera de control.

---

<sup>8</sup> Véase Anexo Vc que contiene el concentrado de sujetos por grupo con el número de criterios para el diagnóstico de psicosis en test-retest propuestos por Juan Portuondo y Karen Machover, se agrega el status en que se haya cada sujeto ya sea en aumento, dismunución o permanece igual.

En esta lectura (de las funciones mentales superiores) el caso del Dr. Schreber representa un eje paradigmático en el que leemos claramente... El Dr. Schreber daba claras muestras de inteligencia, respondía acertadamente a los interrogatorios y era poseedor de una gran cultura, situación que determina en primera instancia el comentario de su médico de guardia que... "no encontraba razón para mantenerlo internado" o al mismo Dr. Schreber a emprender su defensa de apelación al diagnóstica.

¿Existirá una relación entre evolución hacia el deterioro y el paso del tiempo?. ¿Qué sucede con los que tienen 19 años de evolución y los que tienen 18 meses?. ¿De qué manera influye la terapéutica?. En algunos casos, ¿el deterioro mental será acaso un aporte institucional, como consecuencia del tiempo de internamiento hospitalario, como lo afirma la corriente antipsiquiátrica? ó por el contrario, el tiempo de estancia hospitalaria posibilitará el afianzamiento de las funciones mentales y se habiliten para un mejor reconocimiento de los síntomas que devengan en conciencia de enfermedad. ¿Cuál será en realidad el aporte institucional para el sujeto particular?.

- **Dibujo primitivo y vacío.** Portuondo lo vincula con escaso sentido de la realidad y/ o deterioro mental.
- **Agresión.-** Aparece como rasgo homogéneo en todos los dibujos, paradójicamente, no se refiere como tal en los historiales clínicos. Las interrogantes son: ¿Es "negado" por los clínicos responsables en el ámbito hospitalario?, ¿es resultado de algún tipo de sedación?, ¿conceptualmente, será abordado como equivalente de violencia?. Los reportes clínicos no refiere siquiera tendencias transgresoras.

El retest muestra incremento en la expresión gráfica de la agresividad en cinco de los sujetos muestra. La falta de correspondencia con los reportes clínicos provoca lagunas imposibles

de llenar. El mismo vacío encontramos en su contrario, la disminución de la expresión gráfica de agresividad encontrada en 6 de los sujetos de la muestra.

Existen indicadores a los que únicamente les podemos conferir el valor de rasgo o carácter, tal es el caso por ejemplo de **falta de discriminación**, referida como tal en el "ojo vacío" sobredimensionarlo derivaría en una antropomorfización "lombrosiana".

•**Las alucinaciones y el delirio** son valorados casi a nivel patognomónico en la clínica psiquiátrica, pero como rasgo en el DFH aparece únicamente en 5 de los sujetos de la muestra, resulta obvio preguntarnos ¿si el comportamiento de estos signos debe ser considerado un indicador de mejoría clínica, resultado de impacto terapéutico sobre la estructura psíquica, o el abatimiento es sólo un síntoma?. La pregunta resultaría anecdótica o perogruesca si no empezaremos por preguntarnos con que niveles de organización psíquica se vincula este encuentro.

¿Este hallazgo nos permitiría especular sobre su correlación con mejoría clínica real? ¿O es tan azaroso que describirlo como signo de mejoría nos ubicaría en un nivel de audacia comparable a la de los psiquiatras que dieron de alta clínica al multicitado Dr. Schreber?.

A partir del DSM IV encontramos muchos referentes de correlación y con los cuidados del caso, los indicadores del DFH en cualquiera de sus versiones pueden apuntalar o plantear dudas sobre la veracidad diagnóstica.

Existen indicadores que proporciona la prueba que permiten correlacionarlos con el diagnóstico psiquiátrico a partir del DSM IV, estos indicadores dan la posibilidad de apoyo al diagnóstico. Sin embargo el taller como una alternativa terapéutica dirigido para un grupo de psicóticos ¿qué alcances tendría esta en el padecimiento?; ¿qué utilidad podría tener la prueba?, ¿qué movimientos se dan dentro de este grupo y qué se despliega en este escenario?.

Dentro de la coordinación del grupo en un primer momento se inicia como observador pasivo periférico de descripción de actividades. En un segundo momento se pasa a ser

observador pasivo del grupo, como apoyo de los pacientes en las actividades a demanda del coordinador cuando se le solicitaba.

El encuadre institucional no explicitado utilizar bata blanca, entrar a cierta hora..... abría nuestra expectativa en vislumbrar la posibilidad de tener un encuadre explicitado que nos permitiera conocer la manera de cómo realizar las actividades y como intervenir en el grupo terapéutico. Nos quedamos con la impresión que entre los coordinadores no se marcaban roles y se rompían acuerdos, por tanto desde nuestra perspectiva no se podía ser asertivo.

La posibilidad de una lectura grupal era nula al igual que el seguimiento individual. Esta experiencia nos generaba angustia y fantasías con respecto a la locura, a la labor terapéutica y a los movimientos y sentimientos que se daban dentro de cada grupo, la fascinación de estar en contacto con el loco, del rol que se ocupaba, sentimiento de invasión corporal, miedo de la locura del otro, disgusto, repulsión y rechazo ante el contacto físico, transferencias y contratransferencias, angustia que se sustenta en el conocimiento de uno en el otro, ese otro que se desgarrar, que se ofrece abierto ante nuestros ojos sin censura y que escapa a toda lógica de comprensión de su ser, ante la dificultad de crear y buscar un espacio dentro o fuera de la institución donde hablar y elaborar lo que acontecía en uno, se intentaba no cargar afectiva y emocionalmente los sucesos dando más peso a la actividad que al sujeto.

¿Que sucedía con un taller de teatro apoyado en técnicas teatrales de Grotowsky del teatro pobre o experimental que buscaba fortalecer funciones mentales superiores a través de la memorización, atención y concentración, acaso estas serían suficientes para reforzarlas o ponerlas en práctica?.

Los hallazgos fueron pocos desde una perspectiva terapéutica desde un programa que ofrece el alcance de muchos objetivos y la forma de evaluación parecería simplista desde la sola observación, es decir aquel sujeto que en un inicio presentaba problemas de coordinación motora (que podía ser producto del fármaco) integrado en el taller de teatro, realizando algunos ejercicios corporales, con un seguimiento de reducción de fármaco, aparecería desde la



observación con una mejoría en su coordinación? ¿qué lo produjo? ó ¿aquel que nunca se bañaba y después mejoró su aliño, o el participativo, el callado, integrado al grupo o desintegrado al grupo?, ¿mejoró su imagen, su sociabilidad, coordinación, etc.?.

¿Sería entonces que el fortalecimiento de su yo le permitió tener mayor capacidad para percibirse a sí mismo como una unidad diferenciada de su entorno?.

Freud deslinda el campo de la psicosis - un conflicto entre el yo y el mundo exterior-, y el campo de la neurosis -un conflicto entre el yo y el ello-. La pérdida de la realidad, consecuencia de estos conflictos, que se ven en ambos casos, sería un dato inicial en la psicosis, en la que es mejor decir que un sustituto de la realidad ha venido en lugar de algo forcluído, mientras que, en la neurosis, la realidad es acomodada dentro de un registro simbólico.

Lacan mencionaba acerca del proceso psicótico al narcisismo diciendo que no es sólo la libido investida sobre el propio cuerpo, sino también una relación imaginaria central en las relaciones interhumanas: uno se ama en el otro. Es ahí donde se constituye toda identificación erótica y donde se constituye toda tensión agresiva.

La constitución del sujeto humano es inherente a la relación con su propia imagen; esto es lo que Lacan conceptualizó como el estadio del espejo, etapa en que el niño se identifica con su propia imagen. Esta imagen es su yo "moi" con tal que un tercero lo reconozca como tal; le permite diferenciar su propia imagen de la de otro y le evita, la lucha erótica o agresiva que provoca la colusión no mediatizada de otro con otro, donde la única elección posible es "él o yo". En esta ambigüedad esencial en que puede estar el sujeto, la función del tercero, por lo tanto, es regular esta inestabilidad fundamental de todo equilibrio imaginario con el otro. Este tercero simbólico es lo que Lacan llama "el Nombre del Padre" y por ello la resolución del complejo de Edipo tiene una función normativa.

En este sentido valdría la pena cuestionarse que vínculos existía en esta "forma" de terapéutica cuando el seguimiento a los objetivos se hace de manera silvestre, la actitud "terapéutica" es vaga, cuando se prioriza la actividad por encima de la terapéutica. Freud

menciona que los psicóticos tienen en esencia una libido vuelta sobre su propio cuerpo. La libido se sublima en las relaciones sociales, pero su ejercicio es peligroso para el psicótico que, en todo otro, sea cual sea, se las tiene que ver con una duplicación de sí mismo que desconoce.

La problemática no radica en el taller de teatro sino en el fondo de este, visto como un espacio terapéutico para pacientes psicóticos, ya que si se estableciera como espacio lúdico o como espacio educativo, o como espacio catártico, tendría una serie de reglas y lineamientos a seguir.

¿Pero qué sucede cuando se está dentro de este y no se permite la posibilidad del propio cuestionamiento sobre la experiencia grupal y el acercamiento con la locura, la labor terapéutica desaparece o nunca existió?.

“ En las remotas páginas de cierta enciclopedia china que se titula *Emporio celestial de conocimientos benévolos* esta escrito que los animales se dividen en: a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un finísimo pincel de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas”

JORGE LUIS BORGES, *Otras Inquisiciones*

A decirlo sin embages. Una clasificación internacionalmente aceptada, reconocida, utilizada y enseñada no es, por fuerza, una buena clasificación. El consenso no dispensa del análisis. Y el análisis puede llevar al disenso.

Tenemos clasificación, una y única donde todo cabe. Hasta lo que en ella no entra.

Clasificar es reconocer y designar una diferencia. Una especie animal o vegetal se define por aquello que no son las otras especies. La racionalidad de la clasificación depende de la existencia de un carácter que sea común a todas las especies incluidas y, a la vez, que presente diferencias para justificar la separación. Ese carácter común y desigual es el eje de la clasificación, el instaurador del espacio donde las especies se despliegan. La clasificación designa y ubica a los objetos de la práctica dentro de un espacio topológico mifificado (el suyo) donde es clasificado asignándosele una característica. Hay que preguntarse ahora por la naturaleza de las especies incluidas en la clasificación para descubrir ese eje de continuidades que da homogeneidad a la clasificación. Si no aparece o si aparecen varios ejes disímiles.

Al fijar su "espacio" la clasificación encuadra el terreno de la práctica psicológica y psiquiátrica en relación con las demás prácticas. Los "objetos" por ella considerados entran en relación conflictiva o no con los objetos propios de otras prácticas; por ejemplo, categorías como "alcoholismo" y "personalidad asocial" se ligan a "criminalidad" y "retardo mental" que tiene relación con las caracterizaciones pedagógicas de los "problemas de aprendizaje". ¿A quién corresponde un caso particular?. Los límites entre las prácticas no siempre están claramente marcados y puede haber transferencias de una a otra.

La cita de Borges no es ni gratuita ni retórica. Se propone una clasificación de los animales y se pasa a ejecutarla sin haber definido previamente el concepto eje de la clasificación. Todo lo que tiene que ver con los animales puede encontrar allí su lugar, todos los predicados caben cuando no se ponen restricciones al lenguaje. Lo aparente, lo real, lo fabulado, lo descriptivo, lo vivo, lo muerto, encuentra allí su lugar.

Pareciera entonces que hay continuidad entre los referentes y que hay un eje que puede ligar a la psicosis, con el alcoholismo, la neurosis histérica, la personalidad paranoide, el fetichismo, los trastornos físicos de origen presumiblemente psíquico, los trastornos de conducta de la infancia y el desajuste social sin trastorno psiquiátrico manifiesto. Lo que se oculta es la

ruptura de esa continuidad. Se produce así un efecto ideológico de borramiento de las diferencias que pasa desapercibido.

La cuestión del diagnóstico en los distintos campos del saber psiquiátrico-médico, psicológico y psicoanalítico remite a la importancia tanto en el objetivo como en la finalidad que la elaboración de éste pueda tener, ya sea como una tendencia a clasificar y denominar la serie de signos y síntomas que permitan la adecuación de una etiqueta a la locura o como la búsqueda constante de elementos que se articulan a través del discurso de un sujeto en particular.

De ahí que valga la pena plantear ¿si acaso existe la posibilidad de articular los discursos de ciencias diferentes y de engendrar nuevas disciplinas trabajando en las fronteras de las ya existentes?. En tal caso ¿se trataría de ligar el discurso de una ciencia médica con el de una ciencia social con el del sujeto del inconsciente?. ¿Se crearía así un territorio de pasaje de una a otra y se establecería de tal modo una continuidad en el campo del conocimiento que correspondería y se adecuaría a una supuesta continuidad?. Algunas ciencias se ven en la necesidad de recurrir al lenguaje para exponer y transmitir sus descubrimientos, pero al recurrir al lenguaje tropezarían con las limitaciones de éste, particularmente la ambigüedad en las proposiciones, la polisemia de los significantes y los arrastres connotativos. De donde la aspiración a crear un lenguaje "bien hecho", puramente denotativo y dotado de univocidad en todos sus elementos. Surge así la búsqueda de un metalenguaje unificador de un esperanto de las ciencias. La idea es un lenguaje unificado que dé cuenta de ello. La tendencia a esta universalidad como valor científico es algo muy distinto dentro del campo psicoanalítico, donde no existe una relativización de los síntomas.

Pensamos que la fantasía de la unificación constituye un obstáculo epistemológico y por el contrario como lo plantea Nestor Braunstein la historia de las ciencias muestra una tendencia constante hacia el establecimiento de las discontinuidades, hacia la diferenciación de los métodos.

Si bien es cierto la locura puede ser objeto explicado desde distintas ciencias, ello no significa que haya o que se pueda marcar en la locura y en el diagnóstico ni en ningún espacio teórico un límite o una articulación entre las ciencias. La locura es un fenómeno que implica una transformación biológica, fisicoquímica, lingüística, psicológica, psicoanalítica, etc. El cambio en uno de los sectores de la realidad, objeto de estudio de una disciplina específica, repercute sobre la posibilidad de discurrir sobre ese objeto concreto desde otras ciencias. De ahí, que cada disciplina interesada con su propio cuerpo conceptual, metodología y campo experimental, en tanto que entidad teórica permite la apropiación de lo real, la locura y por ende su diagnóstico es síntesis de múltiples determinaciones nada de lo que suceda en ese sujeto podrá ser explicado por una sola ciencia y que de ese efecto de transformación allí operado deberán dar cuenta de un modo diferenciado las distintas disciplinas. Ello no justifica hablar de la articulación teórica de tales disciplinas ni crear nuevos campos para la yuxtaposición de efectos.

No se puede establecer correlación o correspondencia entre unos y otros, más allá de señalar que existen datos que es importante considerar por la significancia que puedan tener. El uso de un instrumento psicométrico de evaluación de la personalidad y de la información que éste pueda arrojar depende del valor que se le de al mismo, ya sea como un elemento que permite únicamente denominar y categorizar ciertos rasgos para lograr esa universalidad científica, o que el análisis de esa información que muestra contradicciones aviven la orientación de búsqueda en otro campo teórico.

## BIBLIOGRAFIA DE LA METODOLOGIA

1. SMITH G. Milton, Estadística simplificada para psicólogos y educadores, Manual moderno.
2. MACHOVER, Karen, Test Proyectivo de la personalidad, Ed. Manual Moderno, 1960.
3. PORTUONDO, Juan; Interpretación del dibujo del Test de la figura humana de Karen Machover, Ed. Manual Moderno, 1973.

## CONCLUSIONES

Nuestra indagación ha sido sobre el problema de la locura y quienes han tenido la audacia de abordarlo.

La experiencia planteada como un complejo empírico, metodológico y de búsqueda comprensiva secundaria ha permitido tocar diversos campos explicativos. En la dialéctica natura - nultura el fenómeno de la locura ha sido abordado históricamente desde diferentes campos del saber como lo son la Psiquiatría, la Psicología, la Sociología y el Psicoanálisis, entre otros; que desde diferentes posturas exploran el fenómeno con cada una de las distintas vertientes. Algunos de estos campos han intentado alternativas: terapéuticas, de rehabilitación, de reinserción social, de cura, etc.

El campo de la sociología ha explicado la locura a través de una concepción histórica de la naturaleza y del destino del hombre, considerando las diferencias culturales, los cambios históricos que han conducido al establecimiento de una serie de parámetros a determinados valores o normas de carácter social; como resultante de una sociedad corroborando su aspecto adquirido.

La psiquiatría apoyada en el arsenal de medios de que dispone atribuye la etiología de tales perturbaciones a alteraciones biológicas, químicas y/o orgánicas; a través de la valoración cuantitativa y cualitativa de aparición de signos y síntomas establece el diagnóstico y tratamiento a seguir, espera que la curación se dé en las instituciones psiquiátricas. Por tanto, se entiende que el psiquiatra tenga como propósito el de hacer que la institución sea visible, hacer de su funcionamiento el instrumento principal de curación y el tipo de alternativas que se ofrezcan estén ligadas a la búsqueda de una rehabilitación o adaptación del paciente que le permitan adquirir conciencia de enfermedad. Atribuyendo a la locura su aspecto innato con

base en la biología y en la genética y su aspecto adquirido como consecuencia de un trauma o lesión orgánica o alteración química pudiendo ser estas dos últimas innatas o adquiridas.

La Psicología ha visto en la locura una alteración atribuible a causas bio-psico-sociales, considerando su aspecto innato en términos biológico-genéticos y el aspecto adquirido en función de la interacción del individuo con su medio social; considera al sujeto de la conciencia y reconoce la existencia de alteraciones y ciertas patologías, atribuibles a causas biológicas, sociales y psicológicas que han conducido a una alteración de los patrones de conducta, posee también criterios destinados a servir como guía práctica, tales como los tests para medir diferentes capacidades, la adaptación, la personalidad y la realización del individuo, entre otros.

Si bien reconocemos el valor que cada uno de estos campos tienen en la investigación y comprensión del fenómeno de la locura, quienes lo exploran con base en un propio abordaje metodológico y objeto de estudio, es importante señalar que dentro de los mismos han surgido distintos enfoques explicativos que aún así forman parte del mismo campo en cuestión, tal es el caso de la psiquiatría, que dentro de la misma surge un movimiento conocido como antipsiquiatría, que busca dar otro cauce en el tratamiento de la locura o el caso de la psiquiatría dinámica que introduce una lectura más allá de lo orgánico.

Si bien, el diagnóstico de psicosis corre a cargo del psiquiatra a través de sus métodos de valoración como el DSMIV, el GAD, el BPRS, el CIE 10, etc. El análisis psicológico del test puede prestar, en ocasiones una ayuda ulterior cuando se trata de delimitar la sintomatología. Clínicamente la exploración psicológica se engloba con frecuencia bajo el título de diferenciación diagnóstica, con lo cual se alude al intento de analizar los síntomas de fallos de producción o de excentricidades psíquicas mediante los datos cuantificados del test. La producción y reacciones finales obtenidas por éste son el resultante de factores que condicionan directamente la producción y de factores que influyen en la misma.



Estos campos históricamente han planteado y establecido hipótesis en relación con esta dialéctica sin que ninguno haya podido llegar a conclusiones. Algunos de estos campos, por mencionar la Psiquiatría habla de la locura como algo que se haya fuera del sujeto o como en la Sociología que la relaciona directamente con la sociedad en la que se encuentre, tanto en estos campos como en la Psicología se dirigen hacia lo biológico o lo social

Cabe señalar que algunos de estos campos se vuelven limitados cuando nos cuestionamos ¿qué significa ser o estar loco en el destino humano?, ¿qué determina la locura, independientemente de un entorno social, familiar, de la carga genética, etc? .

Por otra parte el psicoanálisis busca la explicación en el inconsciente a través de la propia historia personal, atribuye la causa de la locura a una serie de aspectos estructurales, enfoca lo que le fue preciso abandonar a la ciencia: es decir, una verdad que no depende de la fundación matemática ni de la demostración razonada, de la preocupación por presentar pruebas o del aprendizaje controlado.

El Psicoanálisis nos introduce en una visión diferente al hablar de la locura como parte de uno, en tanto que alude al inconsciente, modifica la relación de trauma, desecha la relación causa-efecto. Plantea la noción de estructura psíquica de corte psicótico o secundario (Complejo de Edipo), correspondiente al arribo de la estructura neurótica. Desarrollando un nuevo concepto en el estudio de la personalidad y la estructura al introducir como parte medular el Complejo de Edipo en la constitución del sujeto. Si bien el Psicoanálisis y sus diferentes representantes de escuela ofrecen lecturas en donde el punto de convergencia es hablar de la locura como una cuestión de estructura, lo que permite ubicarla como algo que obedece a un sujeto, si bien la lectura que se ofrece acerca de la misma es desde diferentes perspectivas dependiendo la escuela. Por mencionar a Melanie Klein quien otorga un papel esencial a la madre como proveedora de objetos buenos y malos. Establece un sistema de conceptos para el desarrollo libidinal dentro de las diferentes etapas que llevan a la resolución del conflicto edípico

como un tránsito obligado en todo sujeto. La noción de escisión es fundamental la oscilación perfecta entre agresividad y angustia, donde los objetos de deseo se juegan en el interior y exterior del cuerpo. En el juego perpetuo de introyección de objetos buenos y malos en el interior del cuerpo, subtendido por la agresividad y la angustia que designa como posición esquizo-paranoide. Para Lacan como algo que fue forcluido para construir su teoría del fracaso de la metáfora paterna en todo proceso psicótico. El narcisismo no es solo la libido investida sobre el propio cuerpo sino también una relación imaginaria central en las relaciones interhumanas uno se ama en el otro, es ahí donde se constituye toda identificación erótica. En la constitución del sujeto humano es inherente en la relación con su propia imagen, esto es el estadio del espejo, etapa en la que el niño se identifica con su propia imagen. Esta imagen es su yo "moi" con tal que un tercero lo reconozca como tal, que le permite diferenciar su propia imagen de la de otro. La función del tercero es regular esta inestabilidad fundamental de todo equilibrio imaginario con el otro. Este tercero simbólico es lo que Lacan llama "el nombre del padre" y por ello la resolución del complejo de Edipo tiene una función normativa". O como para los psicoanalistas del yo con base a la noción de trauma representada por E. Kris, H. Hartmann y R. Loewenstein que hacen del ego el centro de la realidad del sujeto. La psicología del yo se ha situado en la perspectiva de una psicología de adaptación a la realidad. Hartmann (1930) que se apoya en los trabajos de Freud posteriores a 1920, que dan una importancia creciente al yo y sus mecanismos de defensa, desinteresándose del estudio del ello y las pulsiones, centro de sus primeras investigaciones.

Las tesis de la psicología del yo, que restablecen en el ser humano una suerte de equivalente de la conciencia en el sentido filosófico y modifican sensiblemente el sentido de la práctica analítica.

Entender el fenómeno de la locura significa dar un primer paso liberándose del pensamiento clasificatorio donde el paciente queda determinado por una descripción diagnóstica donde la etiología puede ser orgánica, o donde se hace una exclusiva descripción

del fenómeno psicótico en síntomas que van de la aparición de ideas delirantes, alucinaciones a desórdenes perceptivos, ideativos, intelectivos, mnémicos, donde más allá de la pura descripción aparecen esta serie de síntomas que son desestimados y que hablan del proceso a nivel estructural que se está desarrollando en el sujeto.

Como Duprée manifiesta: "las figuras de la locura parecen estar repartidas según dos polos entre los cuales tal vez se ordena el conjunto de sus manifestaciones: por un lado un discurso a veces parlanchín, otras precavido, pero que raramente deja de apoderarse de lo escrito para su hacer-saber, es de manera ejemplar el caso Schreber y en el otro polo la palabra se encuentra reducida a casi nada.... Y la locura entera parece concentrada en la sola efectuación del pasaje al acto".

"La psicosis del presidente Schreber se desencadenó al ser nombrado presidente de la Corte de Apelaciones de Saxe. Tuvo un hermano que se suicidó a los 38 años. Su vida conyugal se ve empañada por la ausencia de hijos. Schreber comienza en 1893 con algunos sueños donde algunos síntomas experimentados nueve años antes "*hipocondría grave se dijo*" se repiten y donde se impone la idea súbita e insólita de que "tiene que ser hermoso ser una mujer sometida al acoplamiento".

El presidente Schreber permanecerá internado en un sanatorio hasta 1902 y el juicio que le devuelve la libertad, relata Freud, contiene el resumen de su sistema delirante en el siguiente pasaje. "Se consideraba llamado a procurar la salvación del mundo y devolver la felicidad perdida, pero sólo podría hacerlo tras haberse transformado en mujer". Schreber estimaba que tenía un poder redentor que cumplir, convirtiéndose en mujer de Dios y procreando un mundo schreberiano, al precio de su emasculación"

Los psiquiatras de ese tiempo, quienes escuchaban y se maravillaban con la inteligencia y capacidad de Schreber para sostener una conversación que daba cuenta de una supuesta desaparición de síntomas, fueron los encargados de devolverle su libertad, pero mientras tanto en Schreber continuaba la construcción delirante.

Tendríamos que pensar en los parámetros que son utilizados para hablar de mejoría. ¿De acuerdo a quién o a qué se establecen?. Actualmente estaríamos cayendo en algo que ya fue advertido en el caso Schreber en hablar de una supuesta mejoría cuando el delirio continúa gestándose.

En ocasiones como lo indica Freud en "*Consejos al médico*" "el médico queda habilitado para indicar nuevas metas a las aspiraciones liberadas. No respondería así sino a una lógica ambición que se empeñaría en crear algo particularmente excelso con la persona a quien tanto trabajo ha consagrado para librarla de su neurosis, y en prescribir elevadas metas a sus deseos".

"Como médico es preciso ser sobre todo tolerante con las debilidades del enfermo, darse por contento si, aún no siendo él del todo valioso ha recuperado un poco de la capacidad de producir y de gozar. La ambición pedagógica es tan inadecuada como la terapéutica".

En este sentido el utilizar el test de la figura humana de Karen Machover proporcionó la oportunidad de fijar nuestra atención sobre algunos hechos importantes en el mismo campo, para buscar nuevos puntos de vista y tomar en consideración nuevos cuestionamientos, que no podían ser respondidos únicamente desde perspectivas psicológicas, razón por la que nuestra elaboración acerca de la experiencia se centrara en la indagación desde distintos campos del saber acerca del fenómeno de la locura.

En nuestra experiencia dentro de una institución psiquiátrica trabajamos con un taller de teatro y expresión corporal, que formaba parte del esquema terapéutico de pacientes psicóticos, dicha actividad planteó objetivos terapéuticos a lograr; de allí que nuestra posterior elaboración, una vez fuera de este ámbito, sea de carácter teórico.

Preguntas como ¿qué sucede con los integrantes del grupo terapéutico?, ¿cuáles serían los alcances terapéuticos del uso del teatro como terapia?, ¿cuál sería la función del cuerpo?, ¿qué sucede con el grupo?, ¿qué sucede con el sujeto? fueron nuestras primeras interrogantes y en consecuencia forman parte integral del enfoque del presente.

Nuestros fundamentos parten de autores como Freud, Manonni, Gennie y Paul Lemoine, Salvain y Andre Lapierre. De acuerdo con estos autores se deduce que antes de plantear el carácter terapéutico que pueda tener cualquier actividad artística, es necesario antes abordar al arte como concepto. Al respecto Freud dice que "El arte constituye el reino intermedio entre la realidad que deniega los deseos y el mundo de fantasía que los cumple (...) en donde este logra por un camino peculiar la reconciliación de los dos principios placer y realidad". Freud sugiere que además el arte, como una vuelta al principio de placer y como una vuelta a la infancia, debe ser esencialmente una actividad de juego. El arte es el juego realizado como lo destaca Norman Brown, quien agrega "ni la doctrina de que el arte proporciona placeres, ni la doctrina de que el arte tiene afinidad con la locura, pueden desecharse como falsas o carentes de significación; pero cualquiera que haya tenido la experiencia artística sabe que esto es mucho más complejo".

El teatro descansa sobre un sistema de convenciones, donde tales no funcionan en estado puro. La naturaleza de la ilusión teatral hace que el espectador teatral se encuentre inmerso en la ilusión, se identifique con los personajes. Donde esta ilusión no es como otra cualquiera pone de manifiesto que ese personaje no somos nosotros y que podemos identificarnos con él y vivirlo como placentero, el teatro permite poner en marcha a nuestro doble pero ¿que sucede con estos pacientes?. Freud señala que la "diferencia dramática no se halla entre un individuo normal y la anormalidad, sino que está en el límite mismo de la representación, donde este corte no pasa dentro de la libido, sino entre la libido (deseo) y muerte", "La tarea del autor sería ponernos en el lugar de la enfermedad misma y en el mejor modo es seguir el curso junto con el que enferma. Ello es particularmente necesario en los casos en que la represión ya no está dentro de nosotros y por lo tanto, es necesario producirla primero, esto implica dar un paso por más allá de Hamlet en cuanto al uso de la neurosis en escena. Toda vez que nos topemos con una neurosis ajena y acabada llamaremos al médico como en la escena real y juzgaremos que ese personaje es inapto para la escenificación teatral".

¿Cuál sería el papel que debe desempeñar el terapeuta que hace uso del teatro?. Lapierre por su parte al respecto señala: "el terapeuta que trabaja con su cuerpo y con otro cuerpo debe estar consciente de sus propios fantasmas de fusión y contar con un análisis individual, debe conocer y reconocer a ese cuerpo libidinal consecuencia de la ruptura fusional con otro cuerpo, donde sólo así es posible que se dé el reconocimiento de un yo corporal". A lo que agrega: "El yo sólo existe con respecto al no-yo. La fusionalidad funda la identidad con su contrario. La fusión es un espacio de con-fusión, en el que hay pérdida de la realidad, del espacio, del tiempo, porque el espacio y el tiempo sólo existen en función de un yo corporal separado, individualizado. La fusión es una producción fantasmática muy ambivalente, que reposa en una problemática conflictiva del inconsciente".

"El cuerpo del terapeuta debe estar a disposición del sujeto, es el sustituto simbólico de la madre o del padre o de ambos a la vez. El cuerpo del terapeuta debe hacerse revelador. Esta proyección de fantasmas sobre el cuerpo del terapeuta y la respuesta que le es devuelta permitirá una movilización de la situación relacional bloqueada. El terapeuta debe de permitirse la búsqueda fusional y debe permitir la búsqueda de fusión del otro, pero no debe aceptar ser el permanente complemento de la carencia, debe romper la fusión a través de la frustración progresiva. De no ser así, el sujeto permanece inmovilizado, vinculado a sus fantasmas de fusión, vinculado al cuerpo del otro falto de poder expresar, en un simbolismo frente a ese cuerpo que no sabe responder su amor y su odio".

Refiriéndonos únicamente a la teatro terapia, concluimos críticamente que para poder implicarla como un aspecto terapéutico formal faltaron algunos aspectos fundamentales como por ejemplo un encuadre terapéutico, fue notoria la falta de un espacio de reflexión tanto del grupo terapéutico como del grupo de terapeutas; el manejo silvestre no permitió evaluar la presencia de aquello que Lapierre denomina fantasmas en el taller en sí y en los a posteriori no había un momento de separación del conflicto del otro con referencia al grupo en lo general y al grupo de terapeutas en lo particular, los miedos y las conraidentificaciones encontraron en el

silencio la mejor manera de ocultarse, asumimos que era evidente el beneficio colectivo como resultado del taller terapéutico, desconocíamos los momentos de valoración de cada uno de los casos.

Como se ha visto en múltiples referencias (el caso Schreber, un caso de Neurosis demoníaca en el siglo XVII, etc.) la reconstrucción de los hechos fundamentada ampliamente en la bibliografía es un procedimiento común en la práctica clínica, fundamentalmente de corte psicoanalítico. No hemos pretendido emular a estos teóricos, más bien debe leerse nuestra audacia como una búsqueda de apuntalamiento metodológicamente adecuada.

Para capitalizar nuestra experiencia nos dimos a la indagación del fenómeno desde diferentes campos del saber. Hemos manifestado en otro capítulo que el conocimiento formal no es representable por la suma de las partes. El lector encontró con toda seguridad algunos cuerpos teóricos contradictorios entre uno y otro campo teórico, evidentemente tiene que ver con las premisas y la forma de plantearse las preguntas entre cada uno de los campos referidos (Sociología, Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis). El eclecticismo quizás podría haber representado la solución más simple, pero epistemológicamente inválida. Es notorio que frecuentemente mostramos preferencia o inclinación hacia el saber psicoanalítico, aunque reconocemos que no hemos tenido la pretensión de hacer de este un trabajo psicoanalítico.

En virtud nuestra cabe señalar que el proceso de reconstrucción de una experiencia empírica a partir de un campo del saber es una práctica válida y representa quizás la forma de aproximación más adecuada desde el punto de vista epistemológico.

La segunda parte de nuestra experiencia referida a lo que en ese momento nos planteábamos como una forma de apuntalamiento de nuestro saber psicológico, tuvo su referencia en la aplicación del test de la Figura humana de Karen Machover. En opinión de Meehl, los métodos cuantitativos experimentales no se oponen en modo alguno a los métodos tipológicos clínicos comúnmente utilizados en psiquiatría. En psicología la aplicación de un test se

convierte en un instrumento estratégicamente favorable para el descubrimiento, puesto que permite establecer relaciones en apariencia disimuladas.

El test de la figura humana de Karen Machover nos permitió por un lado: 1) indagar sobre la caracterización de la locura, 2) recurrir a una serie de indicadores que permitieran abordar el diagnóstico y 3) tener una herramienta que permite la representación del cuerpo a través del dibujo. En este sentido, los indicadores ofrecidos por Machover y más tarde en la revisión hecha de la primera por Portuondo sobre el test de la figura humana proporcionan referentes descriptivos para los rasgos gráficos que aparecen en ciertas patologías, como la psicosis.

Encontramos que Karen Machover no establece una clasificación neta de psicosis, aunque indica algunos rasgos caracterológicos específicos de valor clínico. Los ítems que se consideraron fueron:

- 12. Cuello largo y fino
- 7. Ojo: a) furtivo y sospechoso, b) vacío
- 9. Orejas: a) reforzamiento, b) transparencia a través del pelo, forma, colocación o borradura
- 24. Indicaciones anatómicas: ropas transparentes
- 1. Cabeza: se hace connotar más
- Detalles extravagantes

Dentro de estos ítems a considerar cabe señalar que, el de cabeza fue el que registro un incremento en aparición en retest, principalmente en los sujetos 31, 5, 30, 32 y 28; mientras que el ítem de ojo vacío disminuye su aparición en retest en los sujetos 18, 21, 15 y 31 y se incrementa en los sujetos 28, 27 y 30.

Mientras que, Portuondo indica como rasgos caracterológicos:

- \* Brazos y manos
- \* Indicaciones Anatómicas



- \* Dibujo desordenado
- \* Líneas fuertes y gruesas
- \* Dibujo primitivo y vacío
- \* Énfasis orejas

En estos ítems permaneció constante el dibujo primitivo y vacío tanto en test como retest y el ítem de líneas fuertes y gruesas disminuyó en 6 de los sujetos.

Las características relevantes que se observaron en los dibujos de los sujetos muestra fueron: escaso sentido de la realidad, deterioro mental, falta de discriminación, agresividad, alucinaciones e ideas delirantes. Posteriormente el análisis por número de criterios a cubrir, permitió separar la muestra en tres grupos (ver anexo V). El grupo I con mayor número de criterios que mostró indicadores de agresividad, escaso sentido de la realidad y deterioro mental; y en algunos de los sujetos además los indicadores de ideas de alusión, retraimiento, incapacidad social, autismo, falta de discriminación y alucinaciones auditivas. El grupo II con un nivel intermedio en el número de criterios que mostró indicadores de agresividad, escaso sentido de la realidad y deterioro mental, además los indicadores de emoción superficial, falta de discriminación y rasgos paranoides. El grupo III con un nivel bajo de criterios mostró indicadores de agresividad, escaso sentido de la realidad y deterioro mental, emoción superficial y falta de discriminación.

En el análisis individual cuantitativo efectuado de cada uno de los sujetos de estos grupos, el número de criterios a cubrir en test con relación al retest no es constante, ya que en algunos Ss aumento tal es el caso con los criterios de Machover los sujetos 28,5,31,32,6,19,y 30 y con Portuondo los Ss 15, 28,32,y 6, en otros disminuyó en el retest tal es el caso con los criterios de Machover los sujetos 15,27,21 y 29 y con Portuondo los Ss 27,19,31,30 y 29, y se mantuvo igual el número de criterios tanto en test como en retest tal es el caso con los criterios de Machover el sujeto 18 y con Portuondo los Ss 18,5, y 21 (véanse anexos).

¿Esta variación entre ambos puede considerarse resultante de una mejoría o de un mayor deterioro?

Pero ¿qué sucede con los sujetos 18,5 y 21 que permanecen constantes en test y retest? Tomándolos como nuestro punto de consistencia en la muestra, nos permite elaborar una especulación de carácter subjetivo ¿qué es lo que posibilitó la consistencia de éstos sujetos o qué los otros se ubicaran en un momento ascendente o descendiente con respecto a la enfermedad?. Esto nos da un referente de que algo ocurrió; ese "algo" no esta en posibilidad de valorarse porque no sabemos si se debió al fármaco, a la relación familiar, al taller, etc sin descartar que esta variación constituye un dato clínico.

Además, se pudo observar las diferencias que se dan en un mismo sujeto en el test y en el retest, así como no todos los rasgos en que puntuaron corresponden a indicadores sólo de psicosis, puesto que algunos correspondían a otras patologías y algunos de estos indicadores dan más de una característica a evaluar. Por mencionar, escaso sentido de la realidad y deterioro mental, que fue una de las características en la que puntuaron mayor número de sujetos, sería una característica incompatible con la escolaridad que algunos de ellos tenían, o como el indicador de agresividad y que podría ser un aspecto a considerar principalmente si se vincula con uno de los objetivos del taller "dar al paciente el recurso de manifestar y controlar sus emociones, mediante el uso de técnicas teatrales" mientras que ésta en algunos de los historiales de los pacientes no se reporta. Cabe señalar, que algunos de los indicadores observados en los dibujos de estos sujetos podrían tener relación con parte de los indicadores que se consideran en términos psiquiátricos para el establecimiento de un diagnóstico, como lo podría ser el de alucinaciones, escaso sentido de la realidad e ideas delirantes. ¿Cuál es el valor terapéutico de esta práctica?

Resultados de escaso nivel de significación estadística pueden contener un alto valor clínico.

Los resultados obtenidos a través de este instrumento estadísticamente parecerían poco relevantes, aunque los hallazgos en otro sentido, nos aportaron algo más que un simple análisis estadístico, a cuestionarnos más allá de los resultados y a buscar en otros campos el papel que desempeña el cuerpo y el teatro, a ocuparnos de un sujeto que habla.

Esto permitió dar cuenta de las contradicciones en los resultados, con cambios que podrían atribuirse a diversas causas, pero que principalmente dan cuenta de que algo ocurrió en el sujeto, aspecto que nos vimos en la imposibilidad de valorar. Si nuestro propósito hubiera sido el buscar forzosamente dar una lectura unidireccional, significaría caer en una relación a foriori o en donde se reporta cambios o mejoría que acompaña a una situación delirante mayor, en este sentido cabe enfatizar esta situación recordando el caso Schreber, del cual hicimos mención en líneas arriba.

Aunque, creemos que es necesario reconocer la labor y función que desempeña una institución psiquiátrica como el recurso con el que cuenta la sociedad para dar cabida a sus locos, lugar donde si bien es cierto se ofrecen alternativas de tratamiento y hasta en algunos casos de curación, lo que intentamos poner como interrogante es ¿si todos los tratamientos dirigidos a una posible cura deben de ser permitidos y considerados como tales aún a pesar de que quienes los lleven a cabo no cuenten ni con la formación e información para dar cuenta de su función y del efecto de la misma? .

¿Estaríamos hablando de una imposibilidad terapéutica en el caso de la locura? preguntas como ésta y otras que hemos venido planteando a lo largo del presente trabajo no pueden ser contestadas a partir de la psicología, que es desde donde partimos. El trabajo mismo nos condujo a un modelo complejo, una maraña por desentrañar, puesto que no hay terapéutica posible, no hay sujeto que se cure con terapias silvestres, entender que el fármaco no detiene el proceso, no detiene la construcción delirante, que el asumir una conciencia de enfermedad no posibilita nada nuevo. Es por otra parte como lo indica Freud, una entendible consecuencia de la profunda ignorancia que existe acerca de su etiología. Merced a tal

desconocimiento, la enfermedad es para ellos una suerte de "señorita forastera". Uno no sabe de dónde vino, y por eso espera que un buen día haya de desaparecer. Lo que nos es muy importante resaltar es que frente al sujeto es responsabilidad reconocer en él la vida misma.

Mientras que, el psicoanálisis nos introduce en un campo diferente donde se alude a un sujeto único de estructura. Hablar de estructura significa ir más allá en la locura, es introducirse en el destino humano y en el conocimiento alterado que es la locura, que solo puede ser accesible a través de la escucha del discurso, del material verbal que aporta el sujeto.

En términos psicoanalíticos no se da una categoría a la locura, no hay un planteamiento terapéutico para la misma. Se introduce la escucha del discurso, del material que proporciona el sujeto para ir reconociendo a través del decir del sujeto que habla la estructura psíquica.

"Sería irrelevante distinguir entre diferentes actitudes si ya poseyéramos todos los conocimientos, o al menos los esenciales, que el trabajo psicoanalítico es capaz de brindarnos sobre la psicología de lo inconsciente y sobre la estructura de las psicosis. Hoy estamos muy lejos de esa meta y no debemos cerrarnos los caminos que nos permitirían re-examinar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo".

Reconocemos que el método psicométrico no puede aspirar, por sí sólo, a una adecuada caracterización nosológica, los resultados de los tests en muy pocas ocasiones es suficiente para establecer el diagnóstico psicopatológico y por sí mismos no pueden pretender reemplazar el análisis y la interpretación psicopatológicas de cada caso concreto. Con su ayuda se logrará más bien una imagen más clara y verificable, desde el punto de vista psicológico, de la sintomatología calificable. Los resultados plantean el problema del modo como el test descubre delimitaciones intraindividuales cuando sus categorías se fundamentan en estudios de grupo que permitieron el establecimiento de la descripción de rasgos que posteriormente darían cuadros de indicadores que corresponderían a un grupo clínico determinado.

Nuestra indagatoria muestra las contradicciones observadas entre los indicadores de un campo y otro así como los elementos considerados por la psiquiatría para emitir un diagnóstico, de ahí que fundamentar los resultados en un marco de referencia nos lleve a saber que para un campo u otro puede o no significar; es decir lo que para la psicología puede significar algo para la psiquiatría no, al igual que para las diferentes ciencias.

No se cuestiona el diagnóstico que de inicio se tiene de cada uno de los pacientes, ni el test que se utiliza, se toman estos como punto de referencia para este trabajo, encontrando datos importantes, sin embargo la información no es concluyente y se encuentran contradicciones. Por lo que al toparnos con la parte terapéutica no abordada y la parte estadística analizada desde diferentes puntos, hacemos una indagación bibliográfica que nos lleva por diferentes autores, para tener en cuenta a un sujeto que habla y tiene que ser escuchado.

Hacemos referencia al caso Schreber en el cual el clínico menciona que está estructurado en sentido lógico y por el contrario el proceso delirante continuaba. ¿Si disminuyeron los signos y síntomas... estaríamos hablando de una disminución de la locura?. Los datos que se van encontrando son importantes a nivel clínico, a nivel estadístico. Sin embargo, el clínico no debe permitir quedarse con esos primeros hallazgos, ya que estaría limitándose en su campo de acción.

Por tal motivo en esta indagación también hacemos referencia a autores como Foucault quien nos habla del encierro como esa forma en la que la sociedad se deshacía de aquellos a los que rechazaba y discriminaba, sin establecer distinción entre locos y no, después aparece el manicomio, hasta constituirse en lo que hoy conocemos como hospital psiquiátrico. Mannoni nos conduce a reflexionar acerca del paso de la locura a la enfermedad mental, establece la manera en la que esta es abordada por la medicina, la antipsiquiatría y el psicoanálisis, la función

que desempeña el psiquiatra en la institución psiquiátrica, las dificultades a las que se enfrenta el loco cuando se ve rescatado sólo como objeto de estudio por la psiquiatría y no hay quien escuche su decir, pone de manifiesto la necesidad de una escucha para comprender la locura. Norman Brown quien al hablar de Freud lo hace con el sentir de aquel que se acerca a los textos freudianos diciendo que "nos lleva a precipitarnos en un extraño mundo y un extraño lenguaje, tal y como lo habla un mundo de hombres enfermos, este extraño mundo es en realidad el mundo en que todos vivimos". Para él en la perspectiva freudiana, la esencia de la sociedad es la represión del individuo y la esencia del individuo es la represión de sí mismo. La aportación freudiana fue el descubrimiento de lo significativo en un grupo de fenómenos considerados hasta entonces, por lo menos en los círculos científicos, insignificantes: primero los síntomas "de locura" en el enajenado mental; segundo los sueños; y tercero, los diversos fenómenos reunidos bajo el título de psicopatología de la vida cotidiana. La relación dinámica entre el inconsciente y la vida consciente es un conflicto, y el psicoanálisis es la ciencia de los conflictos mentales. Hablar de Freud es abordar el inconsciente, el problema de la represión, de la sexualidad infantil, etc. Encontrar ese movimiento que consiste en retroceder siempre más lejos en la búsqueda del acontecimiento de la primera escena, que tiene entonces un alcance histórico. "Cada vez éramos más retraídos en ese pasado, y al fin tuvimos la esperanza de que se nos dejara permanecer en la pubertad, la época tradicional de maduración de las mociones sexuales. Pero en vano: las huellas se adentraban todavía más atrás, hasta la infancia y los primeros años de ella".

Se tendría que tomar en cuenta la historia de cada uno de los pacientes o como Freud quien se ve llevado a prestar atención a las escenas traumáticas contadas por sus pacientes, como el caso Dora, el análisis del Hombre de los lobos, para abordar la sexualidad infantil, o de aquellos que no fueron sus pacientes como el análisis de un caso de neurosis demoníaca del Siglo XVII y el Caso Schereber.

Mientras que, el Psicoanálisis busca las causas en la propia historia personal, atribuibles a una cuestión de estructura. Comparemos a título ilustrativo la obra de un psicopatólogo como Havelock Ellis y la de Freud. La marcada diferencia en el despliegue de estas dos sumas es considerable. En el primer caso, es el testimonio de una prodigiosa información recolectada sobre la psicopatología. Desde este punto de vista, la obra es muy valiosa por la riqueza y el carácter exhaustivo de las descripciones y clasificaciones de los cuadros clínicos, pero este interés clínico puede ser tan sólo una guía respecto a la clasificación de la locura.

En cambio en la obra de Freud, nos encontramos con otra concepción del enfoque psicopatológico. Ya que no se sitúa en el registro de un catálogo de datos semiológicos, sino en una dinámica estructural. Esto permite superar el enfoque semiológico y nosográfico al situar, de entrada la investigación más allá de consideraciones puramente cualitativas o diferenciales.

Freud es el adelantado incuestionable e ineludible de los avances teóricos en materia de psicosis, fue seguido de maneras distintas en los desarrollos teóricos posteriores por Lacan y Melanie Klein.

Freud no aceptaba la organogénesis que se les suponía. Por lo que se esforzó a partir de su propia teoría de la libido, en poner en evidencia el fundamento sexual de toda psicosis, dando la clave de los diferentes tipos de delirio en un magistral análisis lingüístico.

En el análisis de las Memorias de un neurópata, publicadas en 1903 por el presidente de la Corte de Apelaciones de Saxe, el doctor en derecho P.D. Schreber, donde Freud encontró los fundamentos de su teoría de las psicosis (1911), cuando acababa de explorar la libido infantil (1907-1910) y justo antes de elaborar su concepción del narcisismo (1914).

En su segunda tópica, Freud deslindará del campo de la psicosis un conflicto entre el yo y el mundo exterior, y el campo de la neurosis en un conflicto entre el yo y el ello en Neurosis y Psicosis 1924.

La pérdida de la realidad, consecuencia de estos conflictos, que se ven en ambos casos, sería un dato inicial en la psicosis, en la que un sustituto de la realidad ha venido en lugar de algo forcluído, mientras que, en las neurosis, la realidad es acomodada dentro de un registro simbólico.

Lo fundamental en la elaboración del presente se constituye en las reflexiones que hemos venido teniendo sobre el problema de la locura las relaciones causa-efecto, el rol institucional, los métodos de diagnóstico, esta es la razón por la que se ha abordado este problema desde diferentes campos del saber, donde cada uno con sus supuestos acerca de la naturaleza y carácter de la locura han intentado descubrir su génesis. Estas distintas vertientes de pensamientos no son complementarias, más aún muestran las contradicciones existentes entre sí para el establecimiento de un diagnóstico.

Si se dieran conclusiones se llegaría a un determinismo y la locura es un campo complejo del saber, es más importante dejar más preguntas que conclusiones cerradas, si bien nuestras preguntas siempre estarán dirigidas por el interés individual.

En este sentido, esta indagación se dirige a poner en duda estos supuestos y acoger nuevas posibilidades. La finalidad es abrir un nuevo punto de vista conforme a una individual apreciación juiciosa de comparar las posibilidades teóricas con los hechos, lo que no significa que estemos proponiendo un eclecticismo o un sincretismo teórico. Por el contrario, es manifestar que el problema de locura está vinculado con la formulación de todo hombre sobre su identidad, reflexionar acerca del destino humano lo que implica una reflexión sobre la libertad humana, y como dijo Lacan "Al ser del hombre no sólo se le puede comprender sin la locura, sino que ni siquiera sería el ser del hombre, sino llevara en sí la locura como límite de su libertad".



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ALVIN, J.; "Musicoterapia", Buenos Aires, Ed. Paidos, 1967.
2. ANDREOLI, V., DEDAÑO, E., PAVONI, Emanuela. Vers ime nouvelle manière d'interprétation non-verbale sous Y influence de la culture `sychiatrique intaliennne actialle, "Revista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali", vol. 107 (1,Suppl) ,1983.
3. BATTEZZATTI y cols. "Neurosis, Psicosis y Perversión", Lugar Editorial, Buenos Aires, 1992.
4. BARANT, Paulino, Marxismo y Psicoanálisis, en "Socialismo: única salida", Editorial Nuestro Tiempo, 1971.
5. BENASSI, Piero, DEDALI Elisa. Osservaxioni sull'expressivita psicopatologica in Italia. "Revista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali", vol. 107, 1983.
6. BENENZON, R. O. "Manual de Musicoterapia", Ed. Paidos, Barcelona, 1981.
7. BIRO Carlos E., LARTIGUE María Teresa, CUELI Jose; Tres comunidades en busca de su identidad, 1º Edición, Editorial Alambra Mexicana, S. A., 1981.
8. BLEGER José, "Psicoanálisis y dialéctica materialista", 2º edic Edit Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1963.
9. BRAUNSTEIN N, MOSCOVCHI P.; Criterios de salud e ideología, en "Cuadernos de Psicología Concreta", No 4, Buenos Aires, 1972.
10. CARUSO Igor, "Psicoanálisis dialéctico", Edit. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1964.
11. CHAIKLIN, Sharon. "American Handbook of Psychiatry", vol V, chp. 37. Basic Bookss Inc. Publishers, N. Y. 1975.
12. CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL, Año 2 No 3- Marzo / Abril 1977 Madrid- España.
13. CONDE, Teresa del. "Las ideas estéticas de Freud", Ed. Grijalbo, México, 1986.
14. DE ROTTERDAM Erasmo, Elogio de la locura; Editorial La Montaña Mágica, Barcelona, Bogotá Colombia.
15. DUCORNEAU, "Musicoterapia", Buenos Aires, 1990.
16. EY Henry, Naturaleza y clasificación de las enfermedades mentales. Esbozo de una historia natural de la locura, "Revista de Psicoanálisis Psiquiatría y Psicología", Ene-Abr, N°5, Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1967.
17. FOCALUT Michel, "Historia de la locura en la época clásica", Edit. Fondo de Cultura Económica México, 1963.
18. FRAMPTON, D. R, Arts activities in United Kingdom hospices: A report. Journal of palatiative Care, 1989.

19. FREUD Sigmund; Cinco conferencias sobre psicoanálisis (1909), Volumen XI, Obras completas Ed. Amorrortu, Argentina, 1991.
20. FREUD, Sigmund; El interés por el psicoanálisis (1913), El interés del psicoanálisis para las ciencias no psicológicas, El interés para la ciencia del arte, Volumen XIII , Obras completas, Ed. Amorrortu
21. FREUD, Sigmund; Carta 71 Correspondencia Freud con Wilhelm Fliess Consideraciones sobre Edipo Rey y Hamlet, Volumen I, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
22. FREUD, Sigmund; Los sueños de muerte de personas queridas, análisis de Edipo Rey y Hamlet, Volumen IV, "La Interpretación de los sueños (Primera Parte) 1900", Obras Completas, Ed. Amorrortu.
23. FREUD, Sigmund, El Creador literario y el fantaseo (1908 (1907)), Volumen IX, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
24. FREUD, Sigmund, Respuesta a una encuesta sobre la lectura y los buenos libros (1906), Volumen IX, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
25. FREUD, Sigmund, Relaciones entre el sueño y las enfermedades mentales en "La interpretación de los sueños (Primera Parte) (1900)", Volumen IV, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
26. FREUD, Sigmund; Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914), Volumen XIV, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
27. FREUD, Sigmund; La transitoriedad, (1916/1915), Volumen XIV, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
28. FREUD, Sigmund, 10ª conferencia, El simbolismo en el sueño, Volumen XV, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
29. FREUD, Sigmund, Una dificultad del psicoanálisis, (1917/1916/), Volumen XVII, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
30. FREUD, Sigmund, Escritos breves, Problemas de la psicología de las religiones, Volumen XVII; Obras Completas, Ed. Amorrortu.
31. FREUD, Sigmund, Sobre la iniciación del tratamiento, Tomo XII, en Obras completas, Amorrortu Editores.
32. FREUD, Sigmund, Las resistencias contra el psicoanálisis, (1925 /1924), Volumen XIX, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
33. FREUD, Sigmund, El malestar en la cultura, (1930 /1929), Volumen XXI, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
34. FREUD, Sigmund, Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico (1911), Volumen XII, Obras Completas, Ed. Amorrortu.

35. FREUD, Sigmund; Tótem y tabú, (1913 /1912-13/), II. El tabú y la ambivalencia de las mociones de sentimiento, III. Animismo, magia y omnipotencia de los pensamientos, Volumen XIII; Obras Completas, Ed. Amorrortu.
36. FREUD, Sigmund, El retorno del totemismo en la infancia (1912-/1913/), Volumen XIII, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
37. FREUD, Sigmund, El moises de Miguel Angel (1914), Volumen XIV, Obras Completas, Ed. Amorrortu.
38. FROMM Erich; "Psicoanálisis de la sociedad contemporánea", Edit. Fondo de Cultura Económica, 5º edic, México, 1963.
39. FROMM, Erich; "El miedo a la libertad", Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1963.
40. GILLET, Michelle, Gaining leeway: Activies in an open psychiatric institution. "Psychiatric-Hospital", vol. 15, 1984.
41. GOERLICK, K., Poetry theraphy in treating tramx from trhe past. "Special Issue: Poetry in theraphy. American Journal of Social psychiatry", Spr. 7 (2), 1987.
42. HARTMANN, El psicoanálisis y el concepto de salud, en "Ensayo sobre la psicología del yo", Ed. Fondo de cultura Económica, México, 1969.
42. INZÚA Jorge A.; "Psicología Médica", Colección nuevos esquemas, Edit. Columba, Buenos Aires, 1º edic, 1968.
43. KAPP, M.; Gestaltungstherapie als Beitrag zur Psychotherapie psychotischer patienten  
Analttische- Psychologie, Feb 20, 1989.
44. KNIAZZEH, Carloyn. "American Handbook of Psychiatry", vol VII, ch.27. Basic Books Inc. Publishers N.Y. 1981
45. LEMOINE Poul, Jugar y gozar en "Jugar y gozar", Editorial Gedisa, Buenos Aires- Argentina, 1986.
46. MACGREGOR, John. "The discovery of trhe art of the insane", Princeton University Press, New Jesey, 1989.
47. MANNONI Octave, Un intenso y permanente asombro; Editorial Gedisa, Serie Freudiana. Colección Psicoteca Mayor, 1º Edición, Buenos Aires Argentina, 1989.
48. MASOTTA Oscar; "Lecciones de Introducción al Psicoanálisis", Editorial Gedisa; Barcelona-España 1991.
49. MC. SWEENEY, M. The use of transitional apace within and expressive therapy relationship. Pratt-Institute-Creative-Arts-Therapy Review; 1990.
50. MATRAJT Miguel, "Las enfermedades mentales en la Republica Mexicana", Edit. Taller abierto, México, 1987.

51. MÜLLER- BRAUNSCHEWIG, Hans. *Psychopathology and creativity*. The "Psychoanalytic Study of Society", vol. IV , 1975.
52. PARAMO Raúl, "Sentimiento de culpa y prestigio revolucionario", Martín Castillas Editores, México, 1982.
53. PAZ, José Rafael, "Psicopatología, sus fundamentos dinámicos". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.
54. PICHON - RIVIERE, Enrique; Una nueva problemática para la psiquiatría, en "Del Psicoanálisis a la psicología social", Tomo I, Edit. Galerna, Buenos Aires, 1970.
55. PICHON-RIVIERE, Enrique, Una nueva problemática para la psiquiatría, en "Del psicoanálisis a la psicología social", (II). Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 2ª edic, 1980.
56. PICHON-RIVIERE Enrique; "El proceso grupal", Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires-Argentina 1980.
57. REVISTA MD en español, Volumen XIX, N° 12, Diciembre 1981, Impresa en México por Reproducciones Gema S.A.
58. REGNIER, Simon. Classification et analyse des expressions plastiques non-figuratives de malades mentaux. "Matematiques et Sciences Humaines", vol. 21, 1983.
59. ROJAS BERMUDEZ, J.; "Títeres y psicodrama", Buenos Aires, Genitor, 1970.
60. VIVES, Juan. El arte como expresión de la personalidad en "Cuadernos de psicoanálisis", ,jul-dic, vol XXI, N°. 3 y 4 1988.
61. VOLMAT, Robert. *La Societé Internationale de Psychopathologie de la Expression*. "Revista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentalli", vol 107nm. suppl ,1983.
62. SAVINO Alberto; "Toda la vida", Universidad Autónoma Metropolitana, Dirección de Difusión Cultural, Departamento Editorial México, D. F., 1995.
63. SCHNEIDER, Daniel, "El psicoanalista y el artista", Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
64. SCHILLIRO, Cristina, La pulsione. Arte como terapia. "Giornale Storico di Psicologia Dinamica", vol 12, N°23, 1988.
65. SUBJETIVIDAD Y CULTURA "¿Cura el psicoanálisis?" No 7 – Octubre 1996; Plaza y Valdez Editores, México D. F.
66. SUBJETIVIDAD Y CULTURA "Subjetividad y crisis en México"; No 4 – Abril 1995; Plaza y Valdez Editores, México D. F.
67. SZASZ, Thomas, "El mito en la enfermedad mental", Edit. Amorrortu, Buenos Aires Argentina, 1973
68. WINNICOTT Donald, *El concepto del individuo sano*, en Winnicott, Green, Mannoni, Pontalis y otros. Donald Winnicott, Edit. Trieb, Buenos Aires, Argentina , 1978.

69. WINNICOTT Miller, M. unbound: the fiction of Phillip Roth and the sharing of potencial space.  
"International Review of Psychoanalysis": Win 19, 1992.

# ANEXOS

# INDICE DE ANEXOS

## ANEXO I

I a.- Sabana de datos Universo

I b.- Sabana de datos Muestra

I c.- Graficas de Muestra

## ANEXO II

Anexo II .- Items Karen Machover

Anexo II a.- Protocolo de calificación Karen Machover

## ANEXO III

Anexo III.- Formato para puntuación total de Machover

Anexo III a.- Puntuación total Machover

Anexo III b.- Prueba estadística

Anexo III c.-Puntuación total Goodenoug para Edad Mental

## ANEXO IV

Anexo IV.- Rasgos característicos de los dibujos de psicoticos : orgánicos, paranoicos, maniacos y esquizofrénicos según Juan Portuondo basándose en el test proyectivo de la figura humana de Karen Machover.

Tabla I.- Concentrado general cuantitativo por sujeto de resultados de items significativos.

Tabla II.- Concentrado de resultados cuantitativos por ítems significativos, sujetos, figura, test y retest.

Tabla III.- Items por orden de frecuencia y sujetos que puntuaron en test y retest.

## ANEXO V

Anexo V.- Datos característicos para el diagnóstico de psicosis: DSMIV, Karen Machover, Juan Portuondo y puntos de referencia del psicoanálisis.

Anexo Va.- Concentrado de Sujetos que cumplen con los criterios para el diagnóstico de psicosis, según Karen Machover.

Anexo Vb.- Concentrado de sujetos que cumplen con los criterios para el diagnóstico de psicosis, según Juan Portuondo.

Anexo Vc.- Concentrado general por grupo de criterios cumplidos para el diagnóstico de psicosis.

## ANEXO VI

Anexo VI a.- Rasgos significativos del dibujo de la figura humana de Karen Machover en test.

Anexo VI b.- Rasgos significativos del dibujo de la figura humana de Karen Machover en retest.



DATOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL TALLER DE TEATRO Y EXPRESION CORPORAL

Actividades Período Anterior Período actual

Nombre	Número	Género	Edad	Ocupación	Escolaridad	Dx. Psiquiátrico	Años de Evolución	Tiempo de estancia en H.P.F.S	Talleres		Grupo Psicoeducativo	Gpo.	Nivel	T.I.	Día T.I. Domingo
									Dibujo (D)	Música (M)					
									Teatro (T)	Sociodrama					
Hernández M.	1	M	40	Ninguna	Primaria	Esquizofrenia	10	4 años	D	X		8	III A	X	Sab.
Díaz M.	2	F	37	Empleado	Preparatoria	Esquizofrenia	5	4 años	T	X		8	III A	X	Sab.
Medanobado J.	3	M	34	Empleado	Preparatoria	Esquizofrenia	4	3 años	L	X		8	III A	X	Sab.
Ramón A.	4	F	36	Hogar	Secundaria	Esquizofrenia	15	4 años	T	X		8	III A	X	Sab.
Múziz E.	5	M	36	Empleado	Universidad	Esquizofrenia	15	3 años	L	X		8	III A	X	Sab.
Lomb S.	6	M	22	Estudiante	Secundaria	Esquizofrenia	2	7 años	L	X		8	III A	X	Sab.
Hernández M.	7	F	34	Secretaría	Comercio	T. A. Depre.	1	6 meses	Ninguno		X		III A	X	Sab.
Ortiz J.	8	M	24	Comerciante	Primaria	Esquizofrenia	4	2 años	D	X		8	III A	X	Sab.
Núñez E.	9	F	24	Comerciante	Primaria	T. A. Orgánico	2	8 meses	Ninguno			8	III A	X	Sab.
Dominguez C.	10	M	26	Estudiante	Preparatoria	T. Bipolar	2	6 meses	Ninguno			8	III A	X	Sab.
Zaragoza J.	11	M	20	Comerciante	Secundaria	Eq. Paranoide	2	1 año	Ninguno		X		III A	X	Sab.
Chavez M.	12	F	40	Hogar	Primaria	T. Bipolar	1	5 meses	Ninguno			8	III A	X	Sab.
Lopez D.	13	F	38	Sociedad	Secundaria	T. Bipolar	2	4 meses	Ninguno			8	III A	X	Sab.
Luna N.	14	F	21	Estudiante	Universidad	P. Reactiva	2	1 año 6 meses	L	X		9	III B	X	Sab.
Sotano C.	15	M	39	Ninguna	Primaria	Esquizofrenia	19	4 años	M	X		9	III B	X	Sab.
Avaredo M.	16	F	35	Mostrita	Normal	Esquizofrenia	6	2 años	L	X		9	III B	X	Sab.
Reyes S.	17	M	30	Empleado	Preparatoria	Esquizofrenia	4	2 años	D	X		9	III B	X	Sab.
Contreras J.	18	M	27	Empleado	Secundaria	Esquizofrenia	4	2 años	M	X		9	III B	X	Sab.
Pérez J.	19	M	40	Campestino	Primaria	Esquizofrenia	1	1 año	M	X		9	III B	X	Sab.
Félix S.	20	M	28	Musico	Preparatoria	T. Bipolar	5	2 años	M	X		9	III B	X	Sab.
Ocegueda L.	21	F	29	Secretaría	Comercio	T. Bipolar	7	7 años	Ninguno		X		III B	X	Sab.
Calderón C.	22	M	21	Estudiante	Universidad	Esquizofrenia	1	5 meses	Ninguno			9	III B	X	Sab.
Medina A.	23	M	25	Educativo	Primaria	Esquizofrenia	1	1 año 6 meses	Ninguno		X		III B	X	Sab.
Dezcano J.	24	M	25	Empleado	Secundaria	Eq. Paranoide	6	5 meses	Ninguno			9	III B	X	Sab.
Correa J.	25	F	32	Empleado	Secundaria	Esquizofrenia	6	2 años	T	X		12	V A	X	Dom.
Méica A.	26	F	33	Odonólogo	Universidad	Esquizofrenia	4	2 años	T	X		12	V A	X	Dom.
Huerta F.	27	M	26	Estudiante	Universidad	Esquizofrenia	2	2 años	L	X		12	V A	X	Dom.
Pérez G.	28	M	27	Empleado	Secundaria	Eq. Paranoide	4	7 años 6 meses	D	X		12	V A	X	Dom.
Nova C.	29	M	34	Jardiner	Primaria	Esquizofrenia	5	2 años	M	X		12	V A	X	Dom.
Decena M.	30	F	49	Hogar	Secundaria	Esquizofrenia	1	1 año	M	X		12	V A	X	Dom.
Pérez I.	31	M	28	Empleado	Primaria	Esquizofrenia	4	1 año	T	X		12	V A	X	Dom.
Arce A.	32	F	43	Billista	Primaria	Esquizofrenia	2	4 años	T	X		12	V A	X	Dom.
Arce A.	33	F	27	Enfermera	C. Técnica	Esquizofrenia	6	1 año 6 meses	T	X		12	V A	X	Dom.
Macías E.	34	F	27	Hogar	Preparatoria	Esquizofrenia	2	1 año	T		X		V A	X	Dom.
Pérez J.	35	M	29	Mecánico	Universidad	T.M. Orgánico	2	1 año	M		X		V A	X	Dom.
Sánchez G.	36	F	27	Comerciante	Preparatoria	T.A. Depresivo	2	8 meses	M		X		V A	X	Dom.

\* Desierto en la segunda sesión  
 \*\* Desierto en la cuarta sesión  
 \*\*\* Ingreso en la cuarta sesión  
 \*\*\*\* Enfo en las dos primeras sesiones del segundo período tiene un internamiento y regresa en la sesión quince  
 5 Internamiento  
 6 Asistencia irregular (Sujetos de la muestra)

T.I. Taller de Teatro y Expresión Corporal  
 P.B.G. Psicoterapia Breve Grupal  
 Sociodrama Sociodrama  
 Com. Ind. Consulta Individual  
 D.x. Diagnóstico  
 M y/o F Masculino y/o Femenino  
 Psic./Psic. Psicólogo/Psicóloga  
 Psic./Psic. Psicólogo/Psicóloga

DATOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL TALLER DE TEATRO Y EXPRESION CORPORAL

Tiempo Per. T.I.	Terapeutas T.I.		Terapeutas T.I.		Coordinadores T.I.	Sociodrama	P.B.G.	P.B.G. Terapeutas M/Y/F		P.B.G. Psic./Psic.	Conts. Ind. terapeuta M / F		Conts. Ind. terapeuta Psic. Paq.	Terapeuta común	Aplicación Test		Aplicación Re-test	Integrantes del estudio
	M / F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	Psic./Psic.				M / F	Psic./Psic.		M / F	Psic./Psic.			Test Machover	Machover		
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	1			X		
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	2		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	3		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	4		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	5		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	6		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	7		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	8		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	9		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	10		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	11		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	12		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	13		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	14		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	15		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-Y	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	16		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	17		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	18		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	19		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	20		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	21		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	22		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	23		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	24		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	25		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	26		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	27		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	28		X			
1P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	29		X			
2P	F	F	Psic./Psic.	Psic./Psic.	G-M	X	X	M	M	Psic./Psic.	F	Psic.	30		X			

**DATOS DE LA MUESTRA DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL TALLER DE TEATRO Y EXPRESION CORPORAL**

**PERIODO ACTUAL**

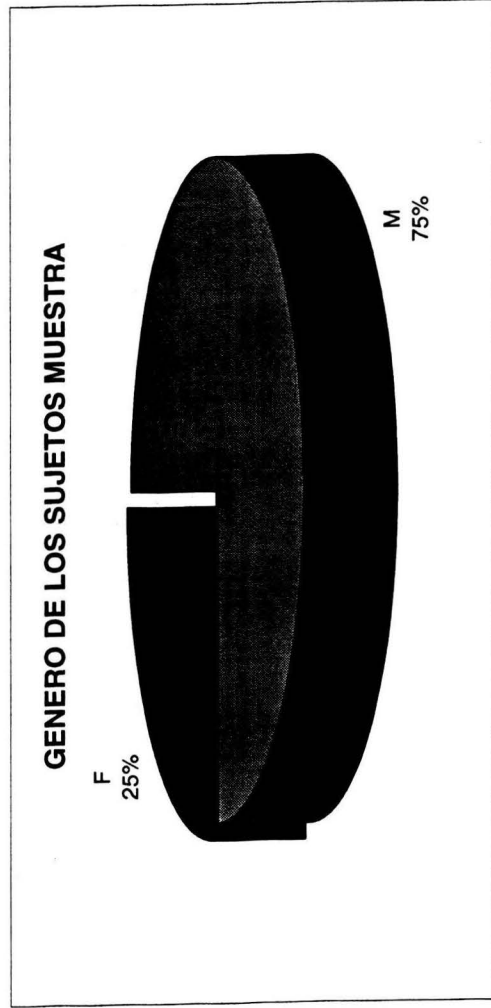
**ACTIVIDADES PERIODO ANTERIOR**

No.	Genero	Edad	Ocupación	Escolaridad	Dx. Psiquiátrico	Años de Evolución	Tiempo de estancia en H.P.F. S	ACTIVIDADES PERIODO ANTERIOR				PERIODO ACTUAL				Día T.I.
								Dibujo (D)	Música (M)	Literario (L)	Teatro (T)	Grupo Psicoeducativo (GP)	Sociodrama	Gpo.	Nivel	
5	M	36	Empleado	Universitaria	Esquizofrenia	5	3 años	L	X		8	III A	X	Sab.		
6	M	22	Estudiante	Secundaria	Esquizofrenia	2	1 año	GP			8	III A	X	Sab.		
15	M	39	Ninguna	Primaria	Esquizofrenia	19	4 años	M	X		9	III B	X	Sab.		
18	M	27	Empleado	Secundaria	Esquizofrenia	4	2 años	M	X		9	III B	X	Sab.		
19	M	40	Competitivo	Primaria	Esquizofrenia	1 año 6 meses	1 año	GP			9	III B	X	Sab.		
21	F	29	Secretaria	Comercio	T. Bipolar	1	1 año	GP			9	III B	X	Sab.		
27	M	26	Estudiante	Universitaria	Esquizofrenia	2	2 años	L	X		12	V A	X	Dom.		
28	M	27	Empleado	Secundaria	Esquizofrenia	4	1 año 6 meses	D	X		12	V A	X	Dom.		
29	M	34	Jardineria	Primaria	Esquizofrenia	5	2 años	M	X		12	V A	X	Dom.		
30	F	49	Hogar	Secundaria	Bordado	1	1 año	GP			12	V A	X	Dom.		
31	M	28	Empleado	Primaria	Esquizofrenia	4	1 año	T	X		12	V A	X	Dom.		
32	F	43	Estilista	Primaria	Bordado	4 años	2	T	X		12	V A	X	Dom.		

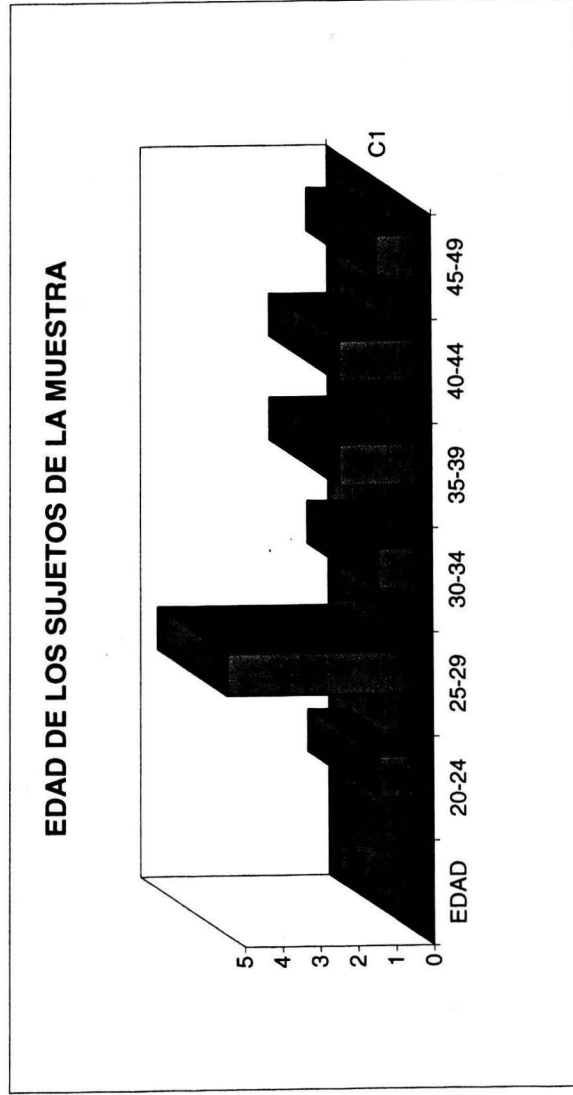
DATOS DE LA MUESTRA DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL TALLER DE TEATRO Y EXPRESION CORPORAL

Tiempo Per. T.I.	Terapeutas		Terapeutas		Terapeutas		P.B.G.		P.B.G.		Cons. Ind.		Terapeuta		Terapeuta		Terapeuta		Aplicación		Aplicación		Integrantes del estudio
	T.I. M / F	T.I. Psc./Psc.	T.I. Psc./Psc.	T.I. Psc./Psc.	Socio.	P.B.G.	M/Y/O F	Psc./Psc.	Psc./Psc.	M / F	Psc./Psc.	Psc./Psc.	Común	Test	Machover	Refest	Machover	Refest	Machover	Refest			
1P	F-F	Psc./Psc.	G-Y	X	X	X	M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	F-F	Psc./Psc.	G-Y	X	X	X	M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	M-F	Psc./Psc.	M-V	X	X	X	F-F	Psc./Psc.	M	M	Psc./Psc.	7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	M-F	Psc./Psc.	M-V	X	X	X	F-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	M-F	Psc./Psc.	M-V	X	X	X	F-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	M-F	Psc./Psc.	M-V	X	X	X	F-F	Psc./Psc.	M	M	Psc./Psc.	7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	F-F	Psc./Psc.	G-M				M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	F-F	Psc./Psc.	G-M				M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	F-F	Psc./Psc.	G-M				M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1P	F-F	Psc./Psc.	G-M				M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2P	F-F	Psc./Psc.	G-M				M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3P	F-F	Psc./Psc.	G-M				M-F	Psc./Psc.	F	F	Psc./Psc.	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

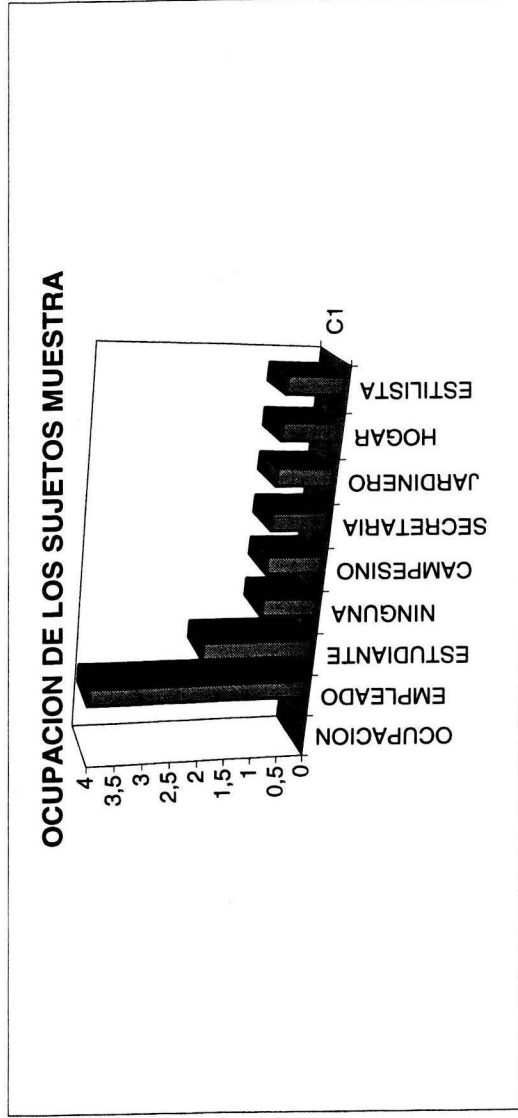
GENERO	
M	9
F	3



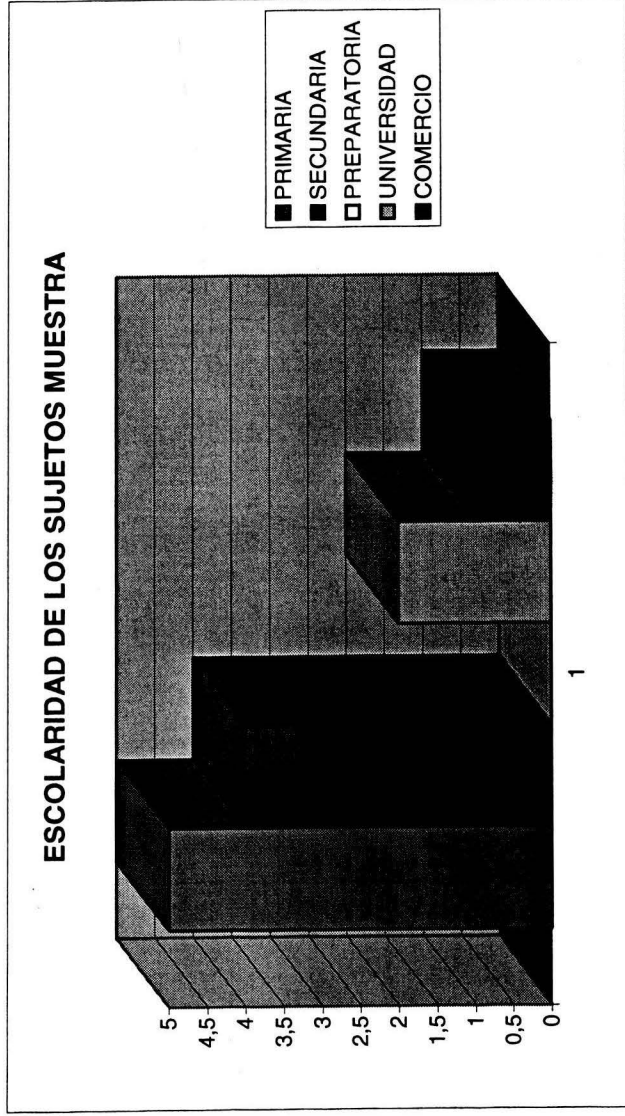
EDAD	C1
20-24	1
25-29	5
30-34	1
35-39	2
40-44	2
45-49	1



OCUPACION	
EMPLEADO	4
ESTUDIANTE	2
NINGUNA	1
CAMPESINO	1
SECRETARIA	1
JARDINERO	1
HOGAR	1
ESTILISTA	1

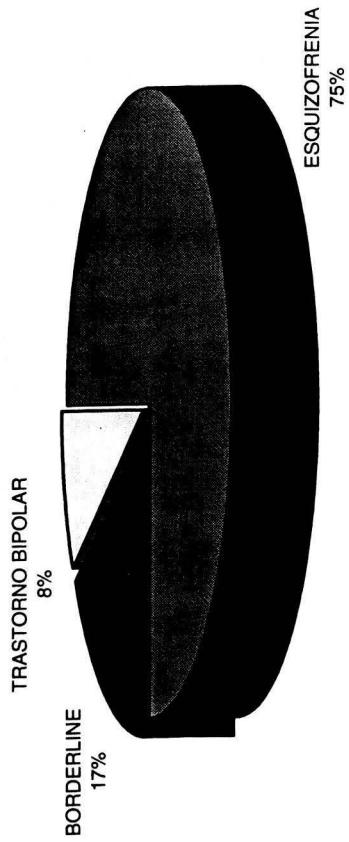


ESCOLARIDAD	
PRIMARIA	5
SECUNDARIA	4
PREPARATORIA	0
UNIVERSIDAD	2
COMERCIO	1



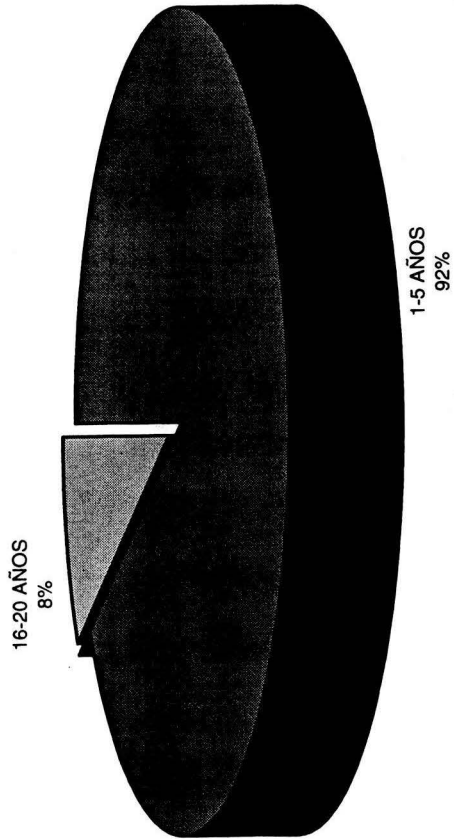
DIAGNOSTICO	
ESQUIZOFRENIA	9
BORDERLINE	2
TRASTORNO BIPOLAR	1

### DIAGNOSTICO DE LOS SUJETOS MUESTRA



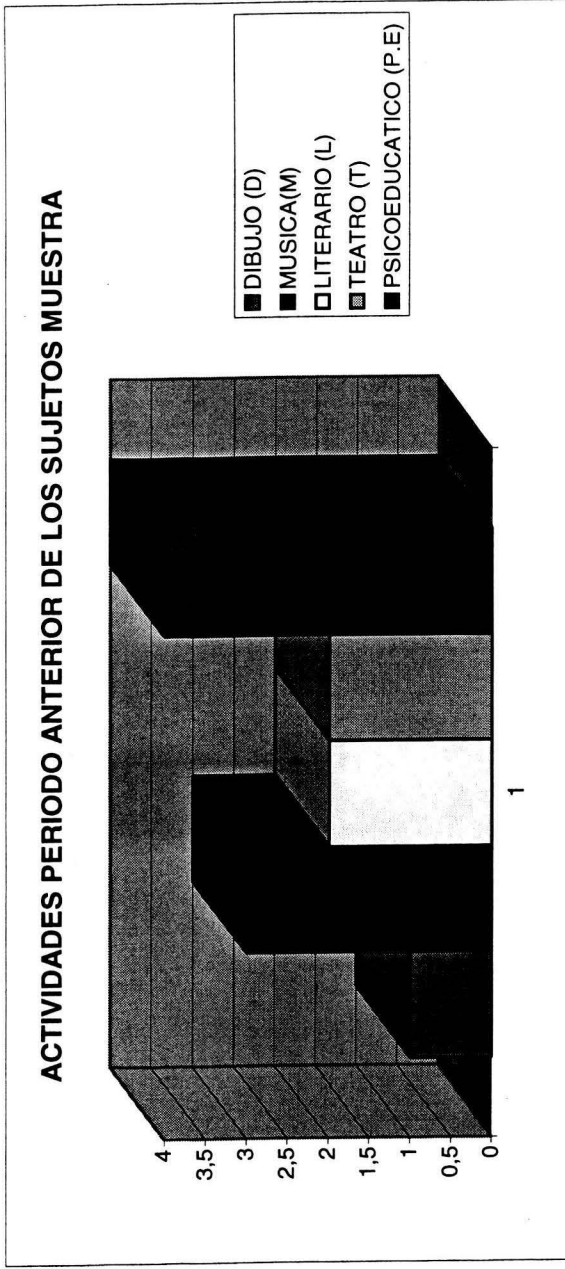
AÑOS DE EVOLUCION	
1-5 AÑOS	11
6-10 AÑOS	0
11-15 AÑOS	0
16-20 AÑOS	1

### AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO DE LOS SUJETOS MUESTRA



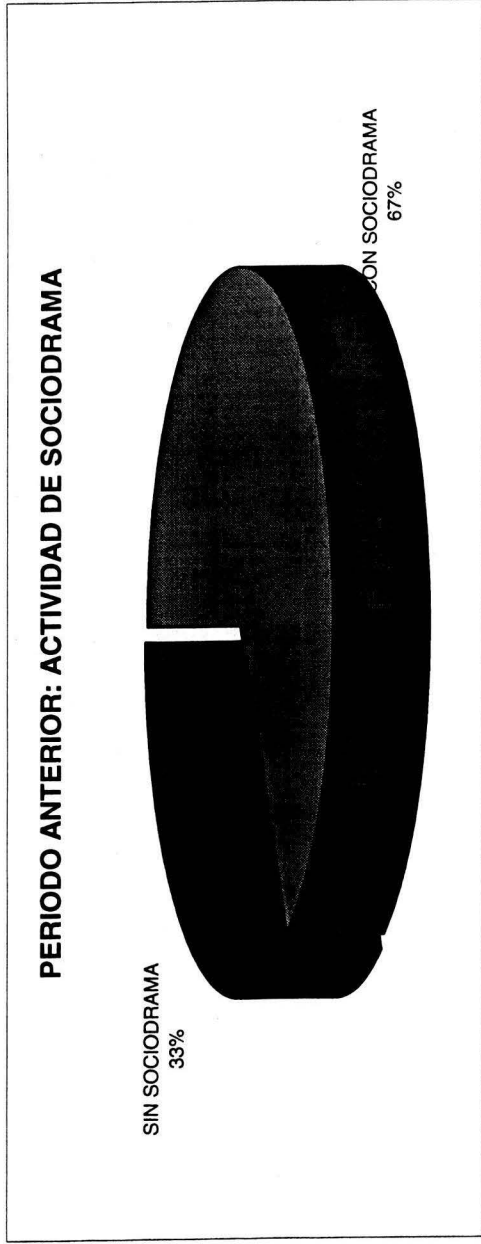
**ACTIVIDADES PERIODO ANTERIOR**

TALLERES	
DIBUJO (D)	1
MUSICA(M)	3
LITERARIO (L)	2
TEATRO (T)	2
PSICOEDUCATIVO (P.E)	4

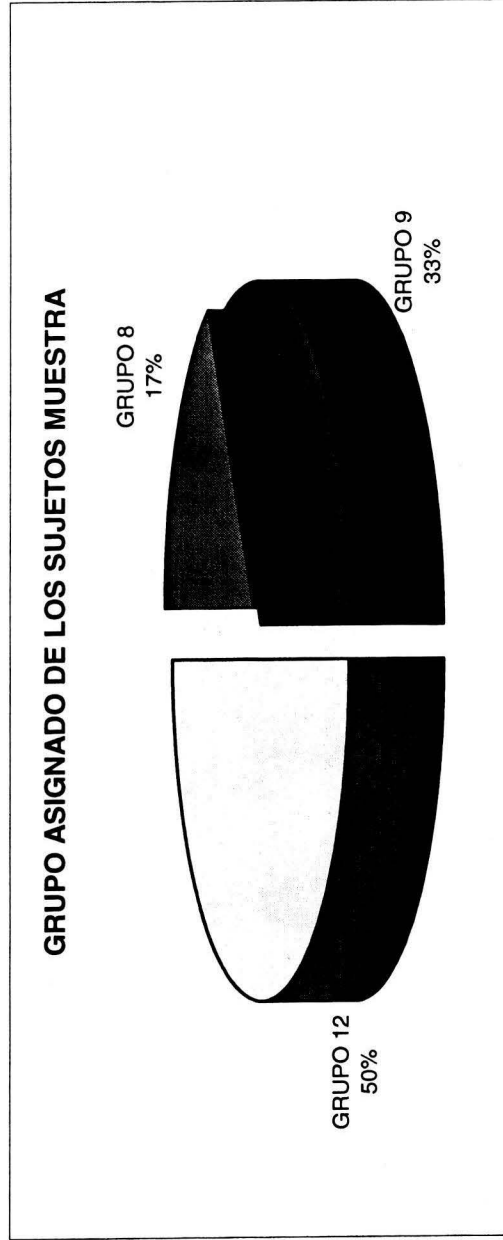




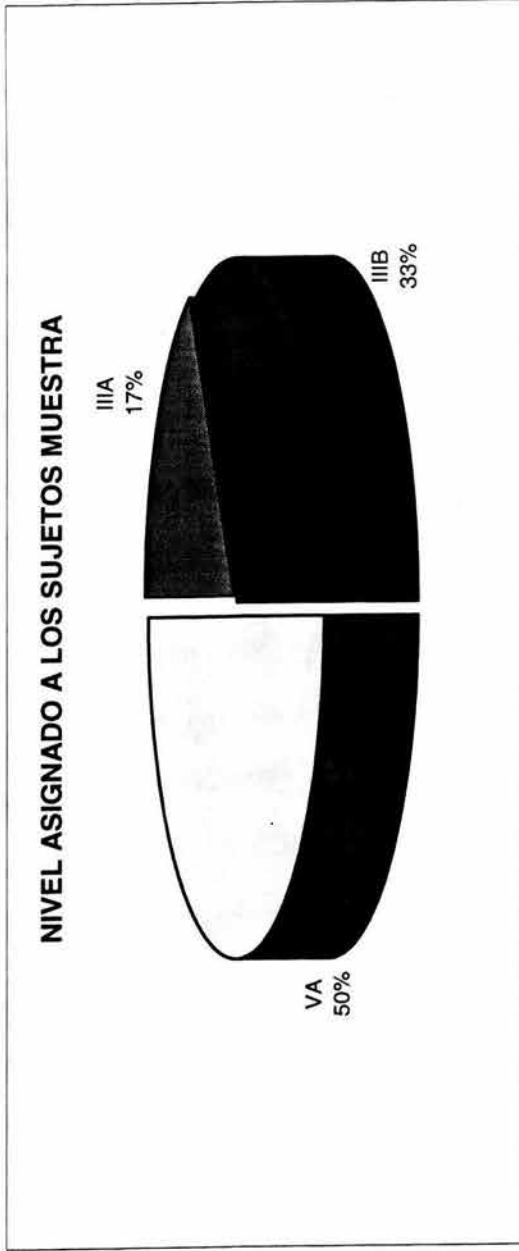
PERIODO ANTERIOR	
SOCIODRAMA	
CON SOCIODRAMA	8
SIN SOCIODRAMA	4



PERIODO ACTUAL	
GRUPO 8	2
GRUPO 9	4
GRUPO 12	6

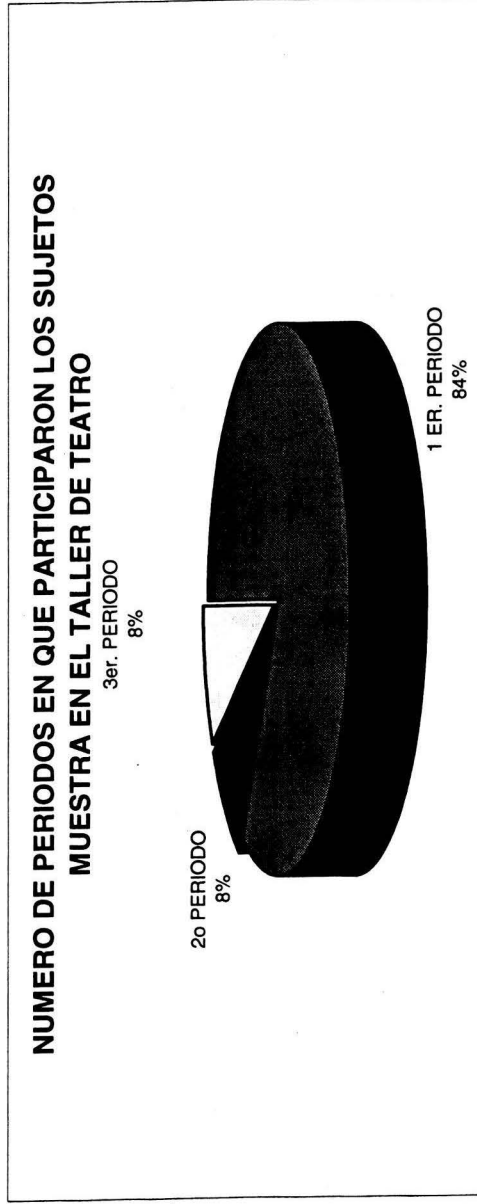


NIVEL ASIGNADO	
IIIA	2
IIIB	4
VA	6



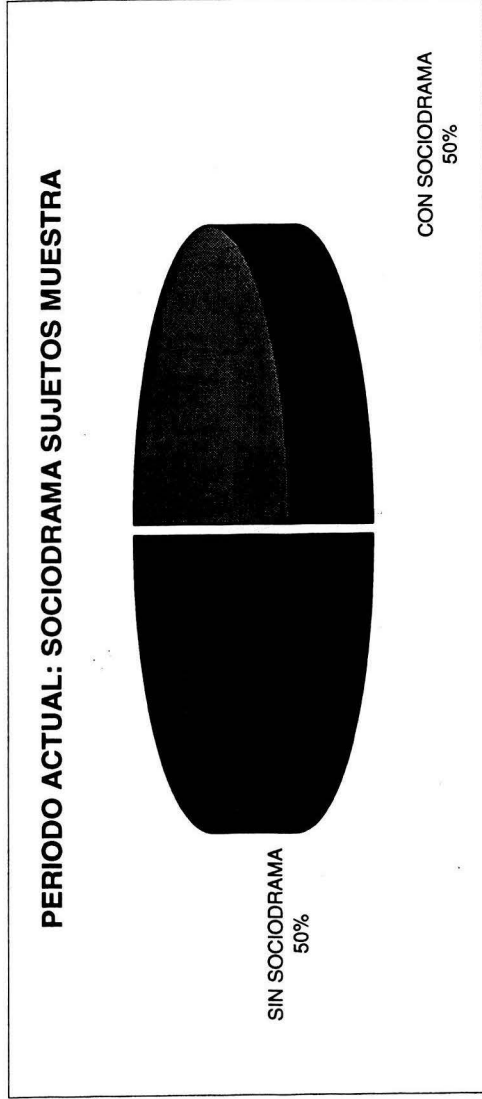
**TIEMPO PERIODO TALLER DE TEATRO**

1 er. PERIODO	10
2o PERIODO	1
3er. PERIODO	1



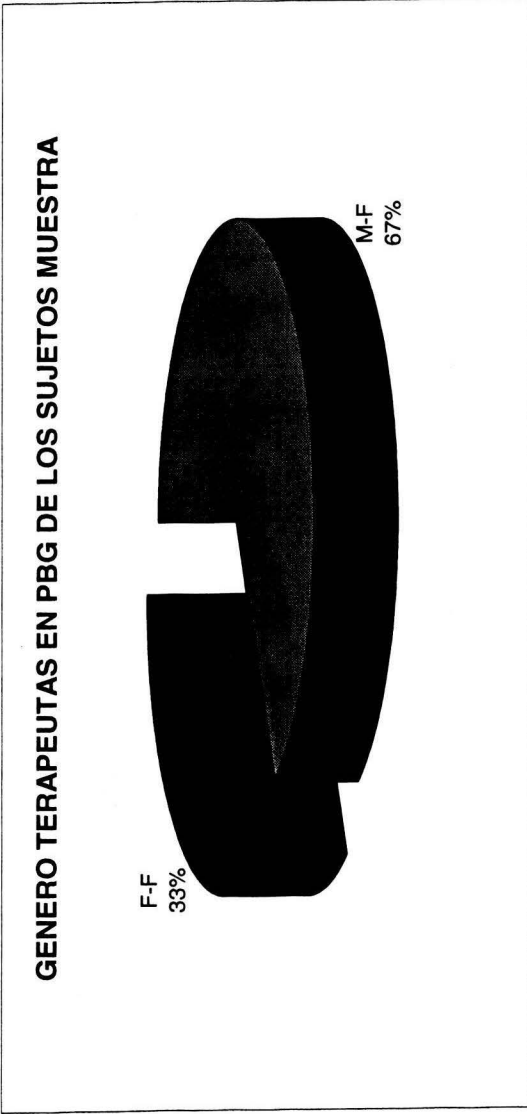
**PERIODO ACTUAL: SOCIODRAMA**

CON SOCIODRAMA	6
SIN SOCIODRAMA	6

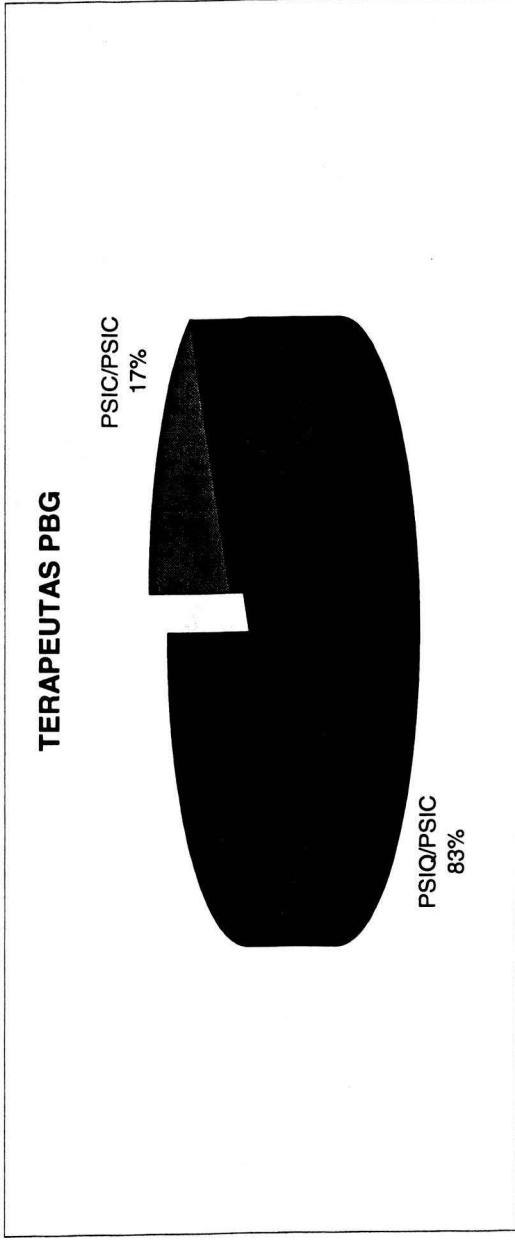


**P.B.G.TERAPEUTAS**

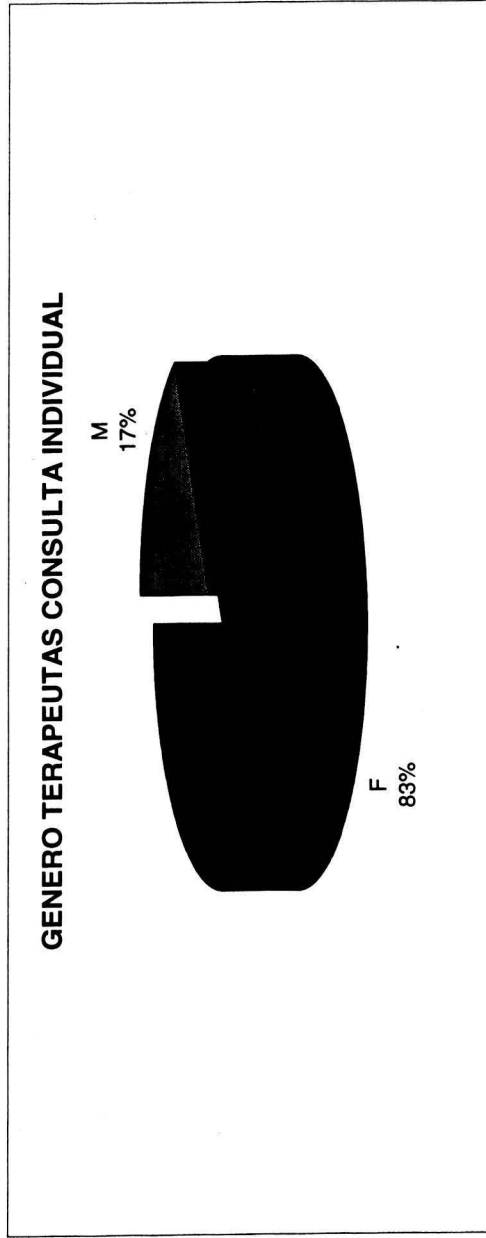
M-F	8
F-F	4



PBG	
PSIC/PSIC	2
PSIQ/PSIC	10



GENERO TERAPEUTA SULTA INDIVIDUAL	
M	2
F	10



CONSULTA INDIVIDUAL	
PSIQ.	9
PSIC.	3



	SI	NO	DETALLADO	REMARCADO	SIN DETALLE
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					

ITEMS	SI	NO	DETALLADO	REMARCADO	SIN DETALLE
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					

ITEMS
1.- Cabeza
2.-Rasgos sociales. Parte de la cara
3.-La expresión
4.- La boca
5.-Los labios
6.-La quijada
7.-Los ojos
8.-La ceja
9.-La oreja
10.- El pelo
11.-La nariz
12.-El cuello
13.-La nuez de adan
14.-Rasgos de contacto
15.-Brazos y manos
16.-Los dedos de la mano
17.-Las piernas y los pies
18.-Los dedos del pie

Rasgos miscelaneos del cuerpo
19.-El tronco
20.-Los senos
21.-Los hombros
22.-Caderas y nalgas
23.-La línea de la cintura
24.-Indicaciones anatómicas
25.-Articulaciones
26.-Las ropas
27.-Los botones
28.-Los bolsillos
29.-La corbata
30.-El zapato y el sombrero

PROTOCOLO DE CALIFICACION KAREN MACHOVER

S. N°  EDAD  GENERO  M  F

FIG 1 H M

	SI	NO	DETALLADO	REMARcado	SIN DETALLE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

FIG 2 H M

	SI	NO	DETALLADO	REMARcado	SIN DETALLE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					



FORMATO PARA PUNTUACION TOTAL KAREN MACHOVER

ITEMS MACHOVER

RETEST  
FIGURA 1

S. N°	GENFEDAD	FIG.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAL			
		H. M																																		
1.-5	M	26																																		
2.-6	M	22																																		
3.-15	M	39																																		
4.-18	M	27																																		
5.-19	M	40																																		
6.-21	F	29																																		
7.-27.-	M	26																																		
8.-28	M	27																																		
9.-29	M	34																																		
10.-30	F	49																																		
11.-31	M	28																																		
12.-32	F	43																																		

FIGURA 2

FIG.

S. N°	GENFEDAD	H.M.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAL			
1.-5	M	26																																		
2.-6	M	22																																		
3.-15	M	39																																		
4.-18	M	27																																		
5.-19	M	40																																		
6.-21	F	29																																		
7.-27.-	M	26																																		
8.-28	M	27																																		
9.-29	M	34																																		
10.-30	F	49																																		
11.-31	M	28																																		
12.-32	F	43																																		

**PUNTUACION TOTAL MACHOVER**

SUJETO N.º	GENERO		EDAD	TEST		RETEST	
	M	F		FIG. 1 H M	FIG. 2 H M	FIG. 1 H M	FIG. 2 H M
1.- 5	M		26	M 21	H 22	M 20	H 22
2.- 6	M		22	H 20	M 20	H 22	M 20
3.- 15	M		39	H 18	M 19	H 16	M 18
4.- 18	M		27	M 11	H 13	M 15	H 17
5.- 19	M		40	H 19		H 21	M 14
6.- 21	F		29	M 16	H 17	H 16	M 14
7.- 27	M		26	H 21	M 22	H 21	M 19
8.- 28	M		27	M 10	H 21	M 20	H 24
9.- 29	M		34	H 18	M 22	H 20	M 21
10.30	F		49	M 18	H 18	H 21	M 21
11.31	M		28	H 13	M 16	M 15	
12.32	F		43	H 15	M 18	H 16	M 22

PUNTUACION TOTAL MACHOVER

TEST FIG.1 (X)	RETEST FIG.1 (Y)	Diferencia D=X - Y	2 D	TEST FIG.2 (X)	RETEST FIG.2 (Y)	Diferencia D=X - Y	2 D
1. 21	20	1	1	22	22	0	0
2. 20	22	-2	4	20	20	0	0
3. 18	16	2	4	19	18	1	1
4. 11	15	-4	16	13	17	-4	16
5. 19	21	-2	4	0	14	-14	196
6. 16	16	0	0	17	14	3	9
7. 21	21	0	0	22	19	3	9
8. 10	20	-10	100	21	24	-3	9
9. 18	20	-2	4	22	21	1	1
10. 18	21	-3	9	18	21	-3	9
11. 13	15	-2	4	16	0	16	256
12. 15	16	-1	1	18	22	-4	16
<b>X</b> 16,6667	<b>Y</b> 18,5833	<b>ΣD</b> -23	<b>ΣD<sup>2</sup></b> 147	<b>ΣX</b> 17,3333	<b>ΣY</b> 17,6667	<b>ΣD</b> -4	<b>ΣD<sup>2</sup></b> 522

PUNTUACION TOTAL MACHOVER

TEST FIG.1 (X)	RETEST FIG.1 (Y)	Diferencia D=X - Y	2 D	TEST FIG.2 (X)	RETEST FIG.2 (Y)	Diferencia D=X - Y	2 D
1. 21	20	1	1	22	22	0	0
2. 20	22	-2	4	20	20	0	0
3. 18	16	2	4	19	18	1	1
4. 11	15	-4	16	13	17	-4	16
5. 19	21	-2	4	0	14	-14	196
6. 16	16	0	0	17	14	3	9
7. 21	21	0	0	22	19	3	9
8. 10	20	-10	100	21	24	-3	9
9. 18	20	-2	4	22	21	1	1
10. 18	21	-3	9	18	21	-3	9
11. 13	15	-2	4	16	0	16	256
12. 15	16	-1	1	18	22	-4	16
<b>X</b> 16,6667	<b>Y</b> 18,5833	<b>ΣD</b> -23	<b>ΣD<sup>2</sup></b> 147	<b>ΣX</b> 17,3333	<b>ΣY</b> 17,6667	<b>ΣD</b> -4	<b>ΣD<sup>2</sup></b> 522

D1  $\bar{D}$  -1,916667

D2  $\sum d^2$  102,9167

D3  $\bar{s}^2$  0,779672 0,883

t -2,170654

D1 -0,333333

D2  $\sum d^2$  520,6667

D3 3,944444 1,99

t -0,16784

PUNTUACION TOTAL GOODENOUGH									
TEST	FIG.1	FIG.2	H	M	RETEST	FIG.2	H	M	EDAD MENTAL
FIG.1					FIG.1				AÑOS-MESES
*	*	*	H 40	H 39	*	*	H 39	H 41	13 años
			H 39	H 39	*		H 41	H 41	más de 13 años
	*	*	M 31	M 31	*		H 30	H 30	10 años 9 meses
	*	*	H 23	H 23	*	*	H 32	H 32	11 años
*			H 36	H 36	*		H 36	H 36	12 años
*			M 28	M 28	*		H 29	H 29	10 años 3 meses
*			H 40	H 40	*		H 38	H 38	13 años
	*	*	H 43	H 43	*	*	H 42	H 42	más de 13 años
*			H 38	H 38	*		H 35	H 35	12 años 6 meses
*			M 29	M 29	*		H 36	H 36	12 años
	*	*	M 34	M 34	*		M 29	M 29	11 años 6 meses
	*	*	M 27	M 27	*		H 31	H 31	10 años 9 meses

puntuación mayor en retest

puntuación mayor en retest

puntuación mayor en retest

puntuación mayor en retest

puntuación mayor en retest

NOTA: En la Edad Mental, se considero la puntuación más alta de cada sujeto.

# **RASGOS CARACTERISTICOS DE LOS DIBUJOS DE PSICOTICOS: ORGANICOS, PARANOICOS, MANIACOS Y ESQUIZOFRENICOS SEGUN JUAN A. PORTUONDO BASANDOSE EN EL TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER**

## **1. CABEZA**

- ORGANICOS: Desproporcionadamente grande (conciencia de su deterioro e incapacidad).
- PARANOICOS: Grande (delirio de grandeza, preocupación).

## **4. BOCA**

- ESQUIZOFRENICOS: Dientes destacados en la boca ( se ve algo más en la esquizofrenia simple, psicoinfantilismo, agresividad).

## **7. OJOS**

- PARANOIDES : Enfasis en los ojos (delirio de persecución, preocupación).  
Ojo furtivo y sospechoso (delirio de persecución).  
Ojo grande y amenazante (delirio de persecución, agresividad).
- ESQUIZOFRENICOS: Ojo vacío (regresión psicótica).

## **9. OREJAS**

- PARANOIDES: Enfasis en las orejas ( ideas de referencia, sospechas, delirio de persecución)
- PSICOTICOS: Enfasis en las orejas (cuando están preocupados con sus alucinaciones auditivas)

## **12.CUELLO**

- ESQUIZOFRENICOS: Cuello largo y delgado (poca coordinación entre los impulsos -cuerpo- y la razón -cabeza-, disociación de la personalidad)

## **14. RASGOS DE CONTACTO**

- PSICOTICOS: Debilidad en los rasgos de contacto (retraimiento, incapacidad social y autismo)

## **15. BRAZOS Y MANOS**

- ESQUIZOFRENICOS: Omisión de los brazos (incapacidad de contacto social, autismo).

## **24.INDICACIONES ANATOMICAS**

- MANIACOS: Indicación de los órganos y huesos internos (escaso sentido de la realidad).
- PSICOTICOS: Dibujan órganos y huesos internos (poco sentido de la realidad).
- ESQUIZOFRENICOS: Indicación de los huesos y órganos internos (regresión psicótica, agresividad, conflicto sexual, primitivismo).

## **25. ARTICULACIONES**

- ESQUIZOFRENICOS: Destacan las coyunturas (irrealidad, desorganización corporal, disociación de la personalidad).

## **27. BOTONES**

- ESQUIZOFRENICOS: Hilera de botones que no vienen al caso (irrealidad, infantilismo,

## ASPECTOS FORMALES Y ESTRUCTURALES

### 31. EL TEMA

- ESQUIZOFRENICOS: Comentarios absurdos (desorganización psicótica).

### 32. ACCION O MOVIMIENTO

- ESQUIZOFRENICOS: Tendencia al movimiento, pero queda bloqueado (autismo).

### 33. SUCESION

- MANIACOS: Dibujan desordenadamente (excitación, poca capacidad de atención).
- PSICOTICOS: Dibujo desordenado (carencia de autocrítica).
- ESQUIZOFRENICOS: Dibujan en desorden (desorganización de la personalidad).

### 34. SIMETRIA

- MANIACOS: Trastornos en la simetría (desorganización, poca discriminación).

### 35. LINEA MEDIA

- ESQUIZOFRENICOS: Hilera de botones que no vienen al caso que pueden constituir el énfasis de la línea media.

### 36. TAMANO Y COLOCACION

- PARANOIDE: Figura muy larga colocada agresivamente en el medio de la página (agresividad, megalomanía).
- MANIACO: Figuras grandes y dispersas (megalomanía, escasez de autocrítica).
- ESQUIZOFRENICOS: Figura muy pequeña y simple (esquizofrénicos muy regresivos y deteriorados, poca energía mental, indica un "Yo" débil).  
Figuras vacías y simples (deterioro, regresión psicótica).
- ORGANICOS: Figuras grandes, vacías, pobremente proporcionadas (incapacidad orgánica de controlar el dibujo).

### 37. POSTURA

presta a saltar, retraimiento, ensimismamiento, intento de controlar las supuestas influencias exteriores).

### 38. PERSPECTIVA

- PSICOTICOS: Confusión del perfil y la cara (confusión mental).
- ORGANICOS: Cabeza de perfil, tronco de frente y piernas de perfil (confusión orgánica, Confusión del perfil y la cara (organicidad evidente, se ve más en los orgánicos esquizoides).
- ESQUIZOFRENICOS: Cabeza de perfil, tronco de frente y piernas de perfil (confusión, Confusión del perfil y la cara (regresión, primitivismo, confusión psicótica).

### 39. EL TIPO DE LINEA

- MANIACOS: Líneas muy gruesas (agresividad motora).
- PSICOTICOS: Líneas fuertes y gruesas (los agresivos).
- ESQUIZOFRENICOS: Líneas muy gruesas (excitación, agresividad).  
psicótico)

#### 40. INDICADORES DE CONFLICTO

- Algún tipo de rasgo diferencial dado a cualquier área se puede considerar como un índice de posible conflicto en dicha área.
- La nariz tachada o la mano separada del brazo sugiere temor a la castración.
- El ojo cerrado puede ser índice de un aislamiento del mundo.
- También es indicativo de conflicto el omitir alguna parte del cuerpo.

#### 41. BORRADURAS

- MANIACOS: Raramente borran (irresponsabilidad, poca discriminación).
- PSICOTICOS: Raramente borran (irresponsabilidad, escaso discernimiento).
- ESQUIZOFRENICOS: Raramente borran los esquizofrénicos crónicos y deteriorados (irresponsabilidad, escaso discernimiento).

#### 42. SOMBREAMIENTO

#### 43. TRATAMIENTO DIFERENCIAL DE LAS FIGURAS DE HOMBRE Y MUJER

#### 44. CONSIDERACIONES SOBRE EL DESARROLLO

- PSICOTICOS: Dibujo primitivo y vacío (escaso sentido de la realidad, a veces deterioro mental).
- ESQUIZOFRENICOS: Figuras vacías y simples (deterioro, regresión psicótica).

CONCENTRADO GENERAL CUANTITATIVO POR SUJETO DE RESULTADOS DE ITEMS SIGNIFICATIVOS

TEST	CABEZA				BOCA	OJOS	OREJA	CUELLO	RASGOS DE CONTACTO	BRAZOS Y MANOS	OMISION ANATOMICAS	INDICACIONE ANATOMICAS	ARTICULACIONE	BOTONES	TOTAL
	5	6	10	4											
SUJETO 5		1	1	1					1						4
SUJETO 6															1
SUJETO 15	1	1	1	1					1	1					6
SUJETO 18											1				1
SUJETO 19	1	1	1	1						1					4
SUJETO 21		1	1	1						1			1		4
SUJETO 27				1											3
SUJETO 28				1						1					2
SUJETO 29				1											1
SUJETO 30		1	1	1						1					3
SUJETO 31	1	1	1	1											3
SUJETO 32				1				1							3
TOTAL	3	6	10	4	4	2	2	3	4	1				1	35

RETEST	CABEZA				BOCA	OJOS	OREJA	CUELLO	RASGOS DE CONTACTO	BRAZOS Y MANOS	OMISION ANATOMICAS	INDICACIONE ANATOMICAS	ARTICULACIONE	BOTONES	TOTAL
	5	6	8	4											
SUJETO 5	1	1	1	1						1					6
SUJETO 6		1	1											1	3
SUJETO 15		1	1	1											3
SUJETO 18										1					1
SUJETO 19	1														1
SUJETO 21		1	1	1					1						3
SUJETO 27		1	1	1											2
SUJETO 28	1			1							1				3
SUJETO 29							1								1
SUJETO 30	1		1	1					1				1		5
SUJETO 31			1	1					1						3
SUJETO 32	1			1			1								3
TOTAL	5	5	8	4	4	4	0	2	3	1				2	34



**TEST**

SUJETOS	FIG.1	FIG.2	DETALLADO	REMARCADO
15	X			X
19	X			X
31		X		X

**RETEST**

SUJETOS	FIG.1	FIG.2	DETALLADO	REMARCADO
32	X			X
30	X			X
28		X		X
19	X	X		X
5	X	X		X

SUJETOS	FIG.1	FIG.2	DETALLADO	REMARCADO
5		X	X	X
15		X		X
19	X			X
21	X	X		X
30		X		X
31	X	X		X

SUJETOS	FIG.1	FIG.2	DETALLADO	REMARCADO
5		X		X
6	X			X
15		X		X
21	X	X		X
27		X		X

SUJETOS	FIG.1	FIG.2	DETALLADO	REMARCADO
5	X	X		X
6	X	X		X
15	X	X	X	X
19	X			X
21	X	X		X
27	X	X	X	X
28		X	X	X
29		X		X
30	X			X
31	X			X

SUJETOS	FIG.1	FIG.2	DETALLADO	REMARCADO
5		X		X
6	X		X	X
15		X	X	X
21	X	X		X
27	X	X	X	X
28	X	X		X
30		X		X
31	X			X

CONCENTRADO DE RESULTADOS CUANTITATIVOS POR ITEMS SIGNIFICATIVOS, SUJETOS, FIGURA, TEST Y RETEST

9. La oreja	*	5	X			X
		15	X			X
		27	X			X
		32	X			X

5	X	X	X	X	X
15	X	X	X	X	X
30			X		X
32	X	X	X		X

12. El cuello	*	27	X			X
		32		X		X

5	X	X	X	X	X
28			X	X	X
31	X			X	
32			X		X

14. Rasgos de contacto	*	5	X			X
		15	X			X


15. Brazos y manos	*	15		X		X
		19	X			X
		21	X	X	X	X

5	X	X	X	X	X
18	O	X	X		X

OMISION

18
28
30
32

OMISION	21
	30
	31

24. Indicaciones anatómij *					
-----------------------------	--	--	--	--	--

28		X	X	
----	--	---	---	--

CONCENTRADO DE RESULTADOS CUANTITATIVOS POR ITEMS SIGNIFICATIVOS, SUJETOS, FIGURA, TEST Y RETEST

25. Articulaciones	*							
--------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

25. Articulaciones	*							
--------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

30	X	X	X				X
6	X	X			X		X

27. Los botones	*	21		X			X

TOTAL

\*Items significativos en psicóticos. orgánicos, paranoicos, maniacos y esquizofrenicos

**TABLA III**

ITEMS POR ORDEN DE FRECUENCIA Y SUJETOS QUE PUNTUARON EN TEST Y RETEST

	<b>TEST</b>	<b>RETEST</b>
<b>7. OJOS</b>		
<b>Enfasis gráfico :</b>	S27 F2	S27 F1y F2 S28 F1
	S15, F1y F2	S15 F1y F2 S6 F1
<b>Un ojo furtivo: y sospechoso</b>	S27 F2 S15, F1y F2	S28 F1 S27 F1y F2 S15 F1y F2
<b>Ojo (penetrante) :</b>	S27 F2 S15, F1y F2	S28 F1 S27 F1 y F2 S15 F1y F2
<b>Ojo grande, oscuro, acentuado o amenazante:</b>	S27 F2 S15 F1y F2	S28 F1 S27 F1 y F2 S15 F1y F2 S6 F1
<b>Area de la órbita del ojo Indicada, ojo real muy pequeño</b>	S19 F1 S27 F1 y F2	S27 F1

**Omisión de la pupila:**

S32 F1 F2	S32 F1 F2
S18 F1 F2	S19 F1
	S18 F1
	S1 F1 F2;
	S28 F1
S29 F1 F2	S29 F1 F2
S15 F1 F2	
	S30 F1
S31 F1 F2	S31 F1

**Ojo vacío :**

S32 F1 F2	S32 F1 F2
	S19 F1
S18 F1 F2	S18 F1
	S1 F1 F2
	S28 F1
S29 F1 F2	S29 F1 F2
S15 F1 F2	
	S30 F1
S31 F1 F2	S31 F1

**Repetición del trazado  
de pequeños círculos  
como ojos, nariz, boca  
y botones en una figura**

	S19 F2
	S18 F2
S21 F1 F2	
S6 F1 F2	S6 F2

**Ojos omitidos:**

S28 F1

#### 4. BOCA

Proyección de la boca :

S28 F1  
S27 F2

Refuerzo :

Ss15 y 28 F1

S 28 F1  
S15 F2

Tamaño especial

S29 F1

S29F1y F2

Boca acentuada:

S5 F1 Y F2  
S15 F1 y F2  
S19 F1 Y F2  
S21 F1 Y F2  
S30 F1 y F2  
S 31 F1 Y F2

S5 F1 Y F2  
S15 F1 y F2  
  
S21 F1

Bocas concavas:

S 32 F1 F2  
S15 F1  
  
S31 F1 y F2

S 32 F1 F2  
S15 F1  
S 28 F1  
S31 F1  
S5 F1

Sonrisa amplia:

S30 F1  
S31 F1 y F2  
  
S21 F1 y F2

S30 F1  
S31 F1  
S6 F1  
S21 F1

#### 9. OREJA

Oreja destacada  
por el tamaño:

S15 F1

S15 F1 F2.

**Reforzamiento:**

S15 F1  
S5 F1 F2,

S15 F1 F2  
S5 F1

**Transparencia  
a través del pelo,  
forma, colocación,  
o borraduras :**

S27 F1 F2  
S32 F2

S32 F1 F2

**Enfasis a la oreja :**

S15 F1

S15 F1 F2

## **1. CABEZA**

**Enfasis :**

S15 F1 F2  
S19 F1 F2

S19 F1 F2  
S 31 F1  
S 5 F1F2  
S30 F1  
S32 F2  
S 28 F2.

**Desproporcionadamente  
grandes :**

S15 F1 F2.

**Presentación casi  
parecida al mono :**

S15 F1 F2.

**La cabeza,  
se hace connotar más**

S15 F1 y F2  
S19 F1 y F2

S19 F1 F2  
S 31F1  
S 5 F1 F2  
S30 F1  
S32 F1  
S28 F2

## **15. BRAZOS Y MANOS**

**Omisión de manos :**

S18 F1 F2  
S21 F1 F2  
S28 F1  
S31 F1  
S30 F1

S18 F1  
S21 F1 F2  
  
S30 F2

**Contornos imprecisos  
u oscurecidas:**

S32 F1 F2  
S27 F1 F2  
S28 F2  
S29 F1 F2

S32 F1 F2  
S27 F1 F2  
S28 F1 F2

**Tamaño excesivo :**

S19 F1  
S5 F1

S29 F1 Retest  
  
S5 F1

**Aparecen frágiles  
o consumidos:**

S19 F1

S19 F1



**Enfasis acentuado  
en el pecho y anchura  
de los hombros:**

S29 F1 F2

S28, F1 F2

S29 F1 F2

S27 F1 F2

**Brazos cortos:**

S18 F1 Test

S27 F1

S21 F1 F2

S32 F1 F2

S31 F2

S21 F1 F2

**Dedos sin manos:**

S29 F1 F2

S19 F1

S31 F1 F2

S32 F1 F2

S28 F1

S32 F1 F2

## **12. CUELLO**

**Adornos elaborados :**

S 31 F1

**El cuello largo  
y a menudo  
muy fino:**

S18 F1

S21 F1 F2

S6 F1

S5 F1

S18 F1 F2

S21 F2

S5 F1 F2

**Cuello omitido:**

S15 F1 ,

S15 F1 F2.

#### 14. RASGOS DE CONTACTO

Los brazos no se  
separan del cuerpo :

S18 F1 F2	
S27 F1 F2	S27 F1 F2;
S28 F1 F2	S28 F1 F2
	S15 F1 F2

#### 24. INDICACIONES

##### ANATOMICAS

Ropas transparentes

S28 F1  
S19 F1

#### BORRADO EXCESIVO

S27 F1 F2  
S21 F1

#### SOMBREADO EXCESIVO

S15 F1 F2	S15 F1 F2
	S6 F1 F2
S27 F1 F2	S27 F1 F2
	S28 F1 F2
	S18 F2
S31 F1 F2	
	S29 F2
	S19 F1 F2

#### 27. BOTONES

Enfasis en los botones:

	S6 F1
S21 F1	
S19 F1	
S29 F2	S29 F1
	S30 F1 F2
	S32 F2

Una línea mecánica  
de botones, dibujados  
compulsivamente partiendo  
de en medio de la figura :

S21 F1  
S19 F1  
S29 F2

S6 F1

S29 F1  
S30 F1 F2  
S32 F2

DATOS CARACTERISTICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PSICOSIS: DSMIV, MACHOVER, PORTUONDO Y PSICOANALISIS

DSM IV	MACHOVER	JUAN PORTUONDO	ACONTECIMIENTOS EN LOS HISTORIALES DE LOS PACIENTES	PUNTOS DE REFERENCIA DE PSICOANALISIS	DEL
delirios	<b>Detalles extravagantes: "Posible psicosis" (Buck, 1969; Murrell, 1969) (Di Leo, 1973).</b>	1. Debilidad en los rasgos de contacto (retiramiento), incapacidad social, autismo.	1. Muerte de algún familiar cercano: padre, hermano, primo, etc.	Clinica psiquiátrica: "psicosis" se toma comprendiendo toda una serie de: enfermedades mentales, tanto organogénicas (parálisis general progresiva) como si su causa última es problemática (esquizofrenia).	Freud a partir de la teoría de la libido, pone en evidencia el fundamento sexual de toda psicosis.
alucinaciones manifestadas	<b>"Cuello largo y fino (Item 12): esquizoides" (Machover 1960; Portuondo 1973)</b>	2. Dibujan huesos y órganos internos (poco sentido de la realidad).	2. Inseguridad	El psicoanálisis se dirigió primero sobre las afeciones más directamente accesibles a la investigación analítica. Las principales distinciones se establecieron entre perversiones, neurosis y psicosis. Intentado definir diversas estructuras.	Freud (1911): hipocoandría grave
lenguaje desorganizado o comportamiento desorganizado o catatónico	<b>"Ojo furitivo y sospechoso (Item 7):" ideas de alusión (Machover 1960; Portuondo 1973)</b>	3. Dibujo desordenado (carencia de autocéflica).	3. Temor a la homosexualidad	Freud designa como psicosis: la confusión alucinatoria, la paranoia y la psicosis histérica (que diferencia de la neurosis histérica)	En la esquizofrenia: los psicóticos tienen en esencia una libido vuelta sobre su propio cuerpo. La libido se sublima en las relaciones sociales, pero su ejercicio es peligroso para el psicótico que, en todo otro, sea cual sea, se las
	<b>"Reforzamiento en oreja (Item 9):" ideas de referencia (Machover 1960; Portuondo 1973)</b>	4. Confusión del perfil de la cara (confusión mental).	4. Despojo	<b>Psiquiatría:</b> "Incapacidad de adaptación social (problema de la hospitalización) la mayor o menor "gravedad" de sus síntomas tal perturbación de la facultad de comunicación, la falta de conciencia de enfermedad	tiene que ver con una duplicación del mismo que desconoce. Freud muestra tres maneras de contradecir la proposición:
	<b>"Reforzamiento en oreja:"" ideas de referencia (Machover 1960; Portuondo 1973)</b>	5. Líneas fuertes y gruesas (los agresivos).		la pérdida de contacto con la realidad, el carácter "incomprensible" (según término Jaspers) de los trastornos. El determinismo orgánico o psicogénico. Las alteraciones más o menos profundas e irreversibles del yo.	Contradicción del sujeto, del verbo o del objeto. El delito de persecución opera de una inversión del verbo: "Yo no lo amo, él me odia, lo odio porque me persigue".
	<b>"Transparencia a través del pelo, forma, colocación o borradura:"" alucinaciones auditivas (Machover 1960; Portuondo 1973)</b>	6. Raramente borran (irresponsabilidad, discarnamiento).		En los primeros trabajos FREUD intenta poner de manifiesto la intervención, basándose en el ejemplo de ciertas psicosis, del "conflicto defensivo contra la sexualidad, simultáneamente intencional" principio en la relación del sujeto con el exterior "rechazo" radical fuera de la conciencia en el caso de la confusión alucinatoria o incluso una proyección originaria del "reproche" al exterior (1911-1914) Análisis del caso Schreber.	En su segunda tópica. un conflicto entre el yo y el mundo exterior, y el campo de la neurosis en un conflicto entre el yo y el ello (Neurosis y Psicosis 1924).
	<b>"Condiciones psicóticas regresivas (Item 24)" (McElhanev, 1969)</b>	7. Dibujo primitivo y vacío (escaso sentido de la realidad; a veces, deterioro mental).	5. Temor al abandono		La pérdida de la realidad, consecuencia de estos conflictos.
	<b>"Ojo vacío (Item 7):" emoción superficial, retrógrados o infantiles, falta de discriminación (Machover, 1960; Portuondo 1973).</b>	8. Énfasis en las orejas (cuando están preocupados con sus alucinaciones auditivas).		Introducción al narcisismo), vuelve a examinar el problema desde el punto de vista de la relación entre los catexis libidinales y las catexis de pulsiones del yo ("interés") sobre el objeto. En la psicosis no debe recurrirse a la idea de la pérdida de la realidad de modo total y sin discriminación.	Lacan retomará la perspectiva sobre el narcisismo de 1914 y la cuestión de la Verwertung (como forclusión) para construir su teoría del fracaso de la metáfora paterna en la base de todo proceso psicótico.
	<b>"Cabeza grande (Item 1):" paranoico. (Machover 1960)</b>		7. Rivalidad	El narcisismo no es solo la mirada invertida sobre el propio cuerpo, sino también una relación imaginaria central en las relaciones interhumanas: una se ama en el otro. Es ahí donde se constituye toda identificación erótica y donde se juega toda tensión agresiva.	
	<b>"Reforzamiento orejas" reacciones paranoicas, reforzamiento</b>		8. Aparición de síntomas al momento de iniciar o concluir (carrera, trabajo, relación de pareja, noviazgo, etc)	En la segunda teoría del aparato psíquico, la oposición neurosis psicosis tiene en cuenta la posición intermedia del yo entre el ello y la realidad, que deja al yo bajo el dominio	(Lacan, Seminarios I, 1955-56, "Las psicosis")
			9. Sostienen a la familia económicamente, en dirección, sirven como control de algo)	dominio del ello. En un segundo tiempo, el yo reconstruye una nueva realidad, conforme a los deseos del ello. En la última etapa de su obra se ocupa de la investigación de un mecanismo original de	Melanie Klein otorga un papel esencial a la madre como proveedora de objetos buenos y malos y como generadora de todos los males y todos los bienes. La noción de escisión es fundamental: Introyección de los objetos buenos y los objetos
				rechazo de la realidad o más bien de cierta realidad particular, la castración e insistió en el concepto de renegación.	malos, substituidos por la agresividad y la angustia inherentes a la libido, que designa como posición esquizo-paranoide, la psicosis es la huida hacia el objeto externo bueno.

CONCENTRADO DE SUJETOS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE  
PSICOSIS SEGUN K. MACHOVER

Con base en los criterios para el diagnóstico que establece Juan Portuondo en Anexo V y considerando la tabla III se determinan los sujetos que cumplen con los criterios que establece dicho autor.

CRITERIO	SUJETO	GPO. TEATRO	TEST		RETEST		ESTABILIDAD DE RASGOS AUMENTO+ DISMINUCION - IGUAL=	
			F1	F2	F1	F2		
brazos y manos	1	27	2	X	X	X	X	.=
		18	1	X	X			.-
		28	2	X	X	X	X	.=
		15	1			X	X	.-+
indicaciones anatómicas	2	28	2			X	X	.-+
		19	1	X				.-
dibujo desordenado	3	NINGUN SUJETO						
confusión mental	4	NINGUN SUJETO						
líneas fuertes gruesas agresivas	5	27	2		X	X	X	.-+
		15	1	X	X	X	X	.=
		28	2			X		.-+
		6	1			X		.-+
		5	1	X	X	X		.-
		19	1	X	X	X		.-
		21	1	X	X	X		.-
		30	2	X	X			.-
		31	2	X	X			.-
		32	2			X		.-+
		29	2	X	X			.-
		18	1			X		.-+
(no borradura)	6	5	1					
dibujo primitivo y vacío	7	5	1		X		X	.=
		15	1		X	X		.=
		18	1		X		X	.=
		19	1	X		X		.=
		21	1	X		X		.=
		27	2	X		X		.=
		29	2	X		X		.=
		30	2	X		X		.=
		31	2		X	X		.=
32	2		X	X		.=		
énfasis orejas	8	15	1	X		X	X	.-+
		5	1	X	X	X	X	.=
		27	2	X	X			.-
		32	2		X	X	X	.-+

CONCENTRADO DE SUJETOS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE  
PSICOSIS SEGUN J. PORTUONDO

Con base en los criterios para el diagnóstico que establece Juan Portuondo en Anexo V y considerando la tabla III se determinan los sujetos que cumplen con los criterios que establece dicho autor.

CRITERIO	SUJETO	GPO. TEATRO	TEST		RETEST		ESTABILIDAD DE RASGOS AUMENTO+ DISMINUCION - IGUAL=
			F1	F2	F1	F2	
brazos y manos	1	27	2	X X	X X		.=
		18	1	X X			.-
		28	2	X X	X X		.=
		15	1		X X		.+
indicaciones anatómicas	2	28	2		X X		.+
		19	1	X			.-
dibujo desordenado	3	NINGUN SUJETO					
confusión mental	4	NINGUN SUJETO					
líneas fuertes gruesas agresivas	5	27	2		X X X		.+
		15	1	X X	X X		.=
		28	2		X		.+
		6	1		X		.+
		5	1	X X	X X		.-
		19	1	X X	X X		.-
		21	1	X X	X X		.-
		30	2	X X			.-
		31	2	X X			.-
		32	2		X		.+
		29	2	X X			.-
18	1		X		.+		
(no borradura)	6	5	1				
dibujo primitivo y vacío	7	5	1		X X		.=
		15	1		X X		.=
		18	1		X X	X	.=
		19	1	X	X		.=
		21	1	X	X		.=
		27	2	X	X		.=
		29	2	X	X		.=
		30	2	X	X		.=
		31	2		X X		.=
		32	2		X X		.=
énfasis orejas	8	15	1	X	X X		.+
		5	1	X X	X X		.=
		27	2	X X			.-
		32	2		X X X		.+

CONCENTRADO GENERAL POR GRUPO DE CRITERIOS CUMPLIDOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PSICOSIS

GRUPO	SUJETO	Machover N° de criterios cumplidos para el diagnostico psicosis.	N° de criterios test-retest	N° de criterios aumento + disminución - permanece igual = en relación con el retest.	
ALTO I	28	5	(1 - 5)	+	62%
I	5	4	(2 - 4)	+	50%
I	15	4	(4 - 3)	-	50%
INTERMED	31	3	(2 - 3)	+	38%
BAJO III	32	2	(1 - 2)	+	25%
III	18	2	(2 - 2)	=	25%
III	27	2	(2 - 1)	-	25%
III	6	2	(1 - 2)	+	25%
III	19	2	(1 - 2)	+	25%
III	21	2	(2 - 1)	-	25%
III	29	2	(2 - 1)	-	25%
III	30	2	(0 - 2)	+	25%
				(7+) (4-) (1=)	
				Promedio	<b>32,29%</b>

GRUPO	Sujeto	Portuondo N° de criterios cumplidos	N° de criterios Test - Retest	N° de criterios aumento disminución permanece igual en relación con el retest.		+ - ual =
ALTO I	5	4	(3 - 3)	=		50%
I	27	4	(4 - 3)	-		50%
I	15	4	(3 - 4)	+		50%
INTERMED	18	3	(2 - 2)	=		38%
II	28	3	(2 - 3)	+		38%
II	19	3	(3 - 2)	-		38%
II	32	3	(2 - 3)	+		38%
BAJO III	31	2	(2 - 1)	-		25%
III	30	2	(2 - 1)	-		25%
III	29	2	(2 - 1)	-		25%
III	21	2	(2 - 2)	=		25%
III	6	1	(0 - 1)	+		13%
				(4+) (5-) (3=)		
				Promedio		<b>37,50%</b>

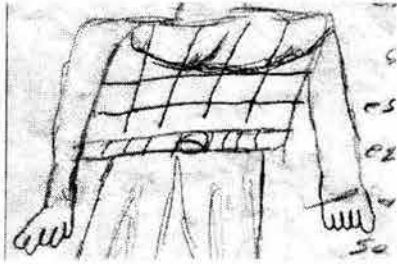
Sujeto	% Machover	% Portuondo
28	62%	38%
5	50%	50%
15	50%	50%
31	38%	25%
32	25%	38%
18	25%	38%
27	25%	50%
6	25%	13%

CONCENTRADO GENERAL POR GRUPO DE CRITERIOS CUMPLIDOS PARA EL DIAGNOSTICO DE  
PSICOSIS

19	25%	38%
21	25%	25%
29	25%	25%
30	25%	25%



RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



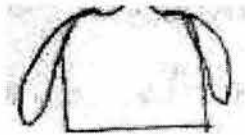
SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19

BRAZOS Y MANOS 18



SUJETO	19
EDAD	40
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	1 1/2

BRAZOS Y MANOS 19



SUJETO	21
EDAD	29
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1

BRAZOS Y MANOS 21



BRAZOS Y MANOS 21 b

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



CABEZA 15

SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19



CABEZA 19

SUJETO	19
EDAD	40
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	1 1/2



CABEZA 31

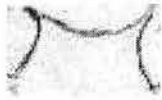
SUJETO	31
EDAD	28
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	4



CUELLO 27

SUJETO	27
EDAD	26
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	2

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



SUJETO	32
EDAD	43
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Borderline
AÑOS EVOLUCION	4

CUELLO 32

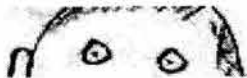


SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19

OJOS 15



OJOS 15 b



SUJETO	19
EDAD	40
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	1 1/2

OJOS 19



SUJETO	21
EDAD	29
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1

OJOS 21



OJOS 21 b

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



OJOS 27

SUJETO 27  
 EDAD 26  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 2



OJOS 27 b



OJOS 28

SUJETO 28  
 EDAD 27  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia paranoide  
 AÑOS EVOLUCION 4



OJOS 29

SUJETO 29  
 EDAD 34  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 5



OJOS 30

SUJETO 30  
 EDAD 49  
 SEXO F  
 Dx.PSIQUIATRICO Trastorno bipolar  
 AÑOS EVOLUCION 1



OJOS 31

SUJETO 31  
 EDAD 28  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 4

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



OJOS 5

SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5



OJOS 5 b



OJOS 6

SUJETO	6
EDAD	22
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	2



OJOS 6 b



OREJA 15

SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19



OREJA 15 b

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



SUJETO 27  
EDAD 26  
SEXO M  
Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
AÑOS EVOLUCION 2

OREJA 27



SUJETO 32  
EDAD 43  
SEXO F  
Dx.PSIQUIATRICO Borderline  
AÑOS EVOLUCION 4

OREJA 32



OREJA 32 b



SUJETO 5  
EDAD 36  
SEXO M  
Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
AÑOS EVOLUCION 5

OREJA 5

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19

RASGOS DE CONTACTO 15



SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5

RASGOS DE CONTACTO 5

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST



SUJETO 15  
 EDAD 39  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 19

BOCA 15



SUJETO 19  
 EDAD 40  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 1 1/2

BOCA 19



SUJETO 21  
 EDAD 29  
 SEXO F  
 Dx.PSIQUIATRICO Trastorno bipolar  
 AÑOS EVOLUCION 1

BOCA 21



BOCA 21 b



SUJETO 30  
 EDAD 40  
 SEXO F  
 Dx.PSIQUIATRICO Trastorno bipolar  
 AÑOS EVOLUCION 1

BOCA 30



SUJETO 31  
 EDAD 28  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 4

BOCA 31



BOCA 31 b



RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN TEST

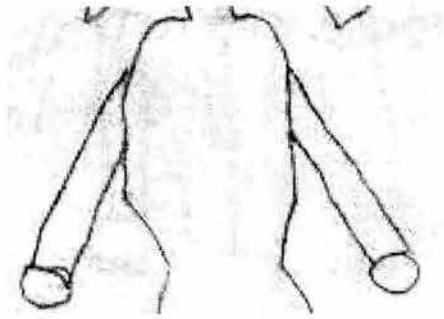


SUJETO 5  
EDAD 36  
SEXO M  
Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
AÑOS EVOLUCION 5



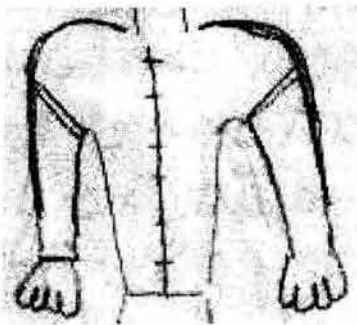
SUJETO 21  
EDAD 29  
SEXO F  
Dx.PSIQUIATRICO Trastorno bipolar  
AÑOS EVOLUCION 1

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST

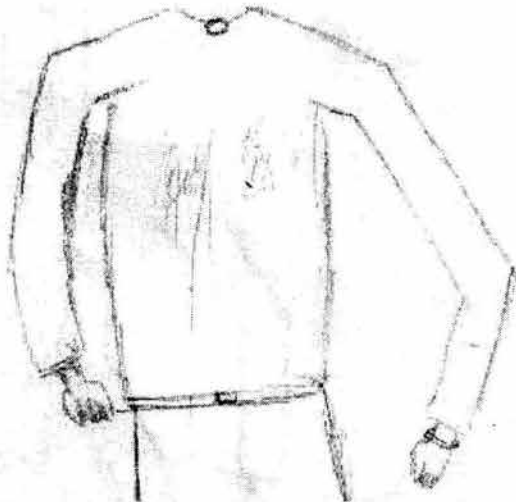


BRAZOS Y MANOS 18

SUJETO	18
EDAD	27
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	4

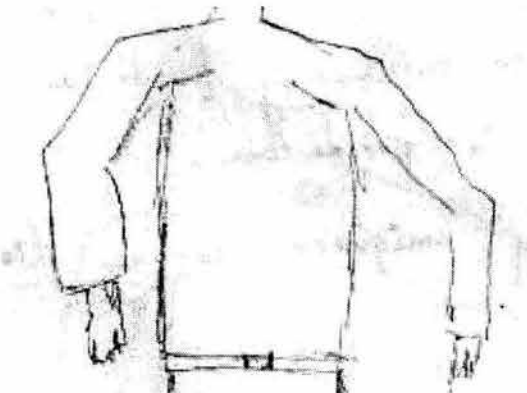


BRAZOS Y MANOS 18b



BRAZOS Y MANOS 5

SUJETO	5
EDAD	35
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5



BRAZOS Y MANOS 5 b



SUJETO	19
EDAD	40
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	1 1/2

CABEZA 19

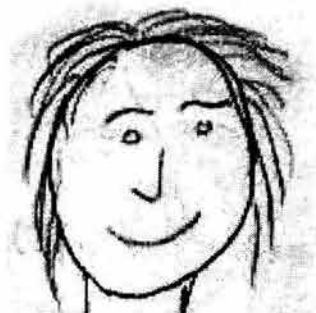


CABEZA 19b



SUJETO	28
EDAD	27
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenía paranoid
AÑOS EVOLUCION	4

CABEZA 28



SUJETO	30
EDAD	49
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1

CABEZA 30

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST



CABEZA 32

SUJETO	32
EDAD	43
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Borderline
AÑOS EVOLUCION	4

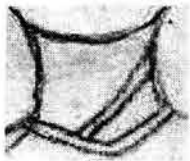


CABEZA 5

SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5



CABEZA 5b



CUELLO 28

SUJETO	28
EDAD	27
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia paranoid
AÑOS EVOLUCION	4



CUELLO 31

SUJETO	31
EDAD	28
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	4

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST



CUELLO 32

SUJETO	32
EDAD	43
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Borderline
AÑOS EVOLUCION	4



CUELLO 5

SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5



CUELLO 5b



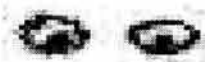
OJOS 15

SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19



OJOS 21

SUJETO	21
EDAD	29
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1



OJOS 21b



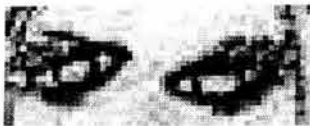
OJOS 27

SUJETO	27
EDAD	26
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	2

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST



OJOS 27 b



OJOS 28



OJOS 28b



OJOS 30



OJOS 31



OJOS 5



SUJETO 6

SUJETO	28
EDAD	27
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia paranoid
AÑOS EVOLUCION	4

SUJETO	30
EDAD	49
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1

SUJETO	31
EDAD	28
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	4

SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5

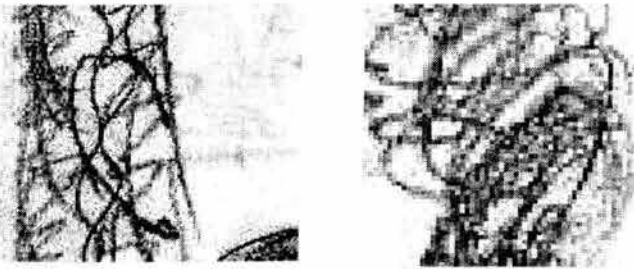
SUJETO	6
EDAD	22
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	2

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST



OREJA 15

SUJETO	15
EDAD	39
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	19



OREJA 15 b

SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5



OREJA 5

SUJETO	30
EDAD	49
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1



OREJA 30



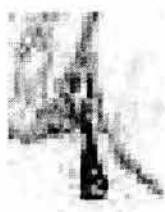
OREJA 32

SUJETO	32
EDAD	43
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Borderline
AÑOS EVOLUCION	4



OREJA 32 b

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST



SUJETO	5
EDAD	36
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	5

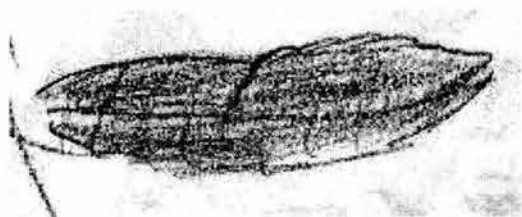
OREJA 5



OREJA 5 b



RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST



SUJETO 15  
 EDAD 39  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 19

boca 15



SUJETO 21  
 EDAD 29  
 SEXO F  
 Dx.PSIQUIATRICO Trastorno Bipolar  
 AÑOS EVOLUCION 1

boca 21



boca 21 b



SUJETO 27  
 EDAD 26  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 2

boca 27



SUJETO 5  
 EDAD 36  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizaofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 5

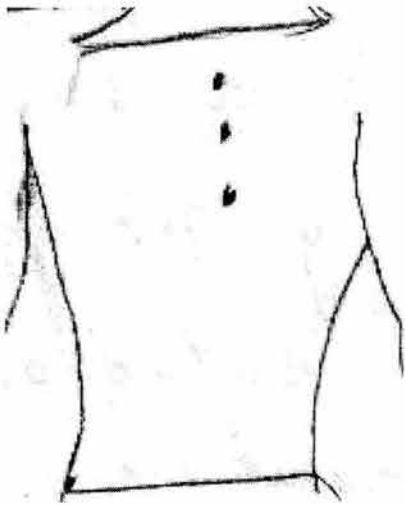
boca 5



SUJETO 6  
 EDAD 22  
 SEXO M  
 Dx.PSIQUIATRICO Esquizofrenia  
 AÑOS EVOLUCION 2

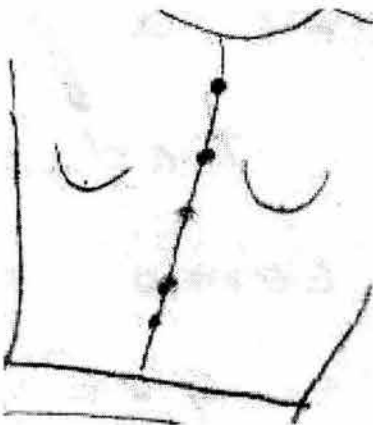
boca 6

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER EN RETEST

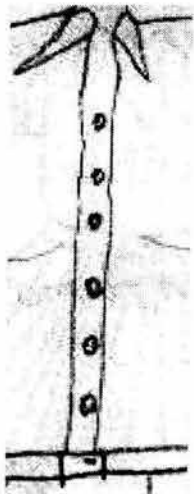


SUJETO	30
EDAD	49
SEXO	F
Dx.PSIQUIATRICO	Trastorno bipolar
AÑOS EVOLUCION	1

botones 30



botones 30b



BOTONES 6

SUJETO	6
EDAD	22
SEXO	M
Dx.PSIQUIATRICO	Esquizofrenia
AÑOS EVOLUCION	2