

Revisión

Consideraciones sobre la concepción de estabilización en pacientes esquizofrénicos

IGNACIO BARREIRA, LEANDRO BEVACQUA, PAULA VARELA, CAMILA BIDAL, CÉSAR AMAYA

IGNACIO BARREIRA
Doctor en Psicología.*

LEANDRO BEVACQUA
Especialista en Infantes y
Adolescentes.*

PAULA VARELA
Licenciada en Psicología.*

CAMILA BIDAL
Licenciada en Psicología.*

CÉSAR AMAYA
Licenciado en Psicología.*

* Facultad de Psicología y
Psicopedagogía de la
Universidad del Salvador
(USAL).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 16/10/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 22/11/2019

CORRESPONDENCIA
Dr. Ignacio Barreira.
Arenales 2812 piso 1 dpto. A
C1425BEF. Ciudad de Buenos
Aires, República Argentina;
ignacio.barreira@usal.edu.ar

En el presente trabajo se tiene por objetivo caracterizar el término «estabilización», aplicado a casos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos tal como es utilizado en el campo de la salud mental. En función de esta caracterización se realiza una comparación de múltiples acepciones de este término en diversos contextos profesionales y asistenciales, destacándose las dimensiones legal, psiquiátrica y psicológica. Con relación a las concepciones específicamente psicológicas, se pone especial énfasis en los abordajes cognitivo-conductuales y psicoanalíticos, de acuerdo con sus diferentes desarrollos. Tal análisis conceptual permite dar cuenta del sesgo clínico presente en la concepción y la praxis del equipo interdisciplinario que interviene en este tipo de pacientes de dispositivos de internación psiquiátrica.

Palabras clave: Psicosis – Esquizofrenia – Internación psiquiátrica – Salud mental.

Stabilization Conception Considerations in Schizophrenic Patients

The present article aims to characterize the term "stabilization" applied to cases of schizophrenia and other psychotic disorders as used in the field of mental health. Based on this characterization, a comparison of the multiple meanings of this term is made in various professional and health care contexts, highlighting the legal, psychiatric and psychological dimensions. In relation to specifically psychological conceptions, special emphasis is placed on cognitive-behavioral and psychoanalytic approaches according to their different developments. This conceptual analysis allows to account for the clinical bias that occurs in the conception and praxis of the interdisciplinary team involved with this type of patients in psychiatric hospitalization devices.

Keywords: Psychosis – Schizophrenia – Psychiatric Hospitalization – Mental Health.

Introducción

El objetivo buscado en el presente trabajo es analizar las implicancias del término «estabilización» utilizado frecuentemente en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.¹

Para el correcto planteo del uso del término «estabilización» en el campo de la salud mental, consideramos necesario definir: a) los criterios legales que regulan el proceso de internación psiquiátrica, y b) las concepciones clínicas existentes en dicho campo. Con relación a las concepciones clínicas, destacamos al menos dos acepciones del término estabilización: 1) Un sentido estrictamente psiquiátrico, que es eminentemente médico, y 2) un sentido psicológico, dentro del que destacamos las propuestas: 2.1. cognitivo-conductual, y 2.2. psicoanalítica. Ubicamos, además, el rol de la estabilización de los pacientes psicóticos de acuerdo a los dispositivos de salud mental y al modo como la ley los regula, para luego contemplar las precisiones de cada enfoque.

Características legales del proceso de internación psiquiátrica

En función del marco legal que rige a este tipo de dispositivos, la externación se encuentra condicionada a que el paciente deje de presentar riesgo para sí o para terceros de modo cierto o inminente, en consideración de la mejoría de sus dificultades y de las posibilidades de reinserción en su ambiente social y laboral. De manera que, conforme con las normativas legales se puede establecer que un paciente se encuentra estabilizado, cuando presenta las condiciones necesarias para su externación, como así también las garantías de que dicha estabilidad podrá ser sostenida una vez que el paciente se encuentre fuera del dispositivo de internación [7]. Por su parte, Birchwood y Tarrier conciben que en los tiempos de internación psiquiátrica: «(...) la duración de la hospitalización puede ser un instrumento útil para medir el tiempo que se

tarda en recuperarse de un episodio psicótico agudo» [12, pp. 30-31], equiparando de este modo la estabilización del paciente con las condiciones suficientes para su externación.

Sin embargo, ¿qué ocurre frente a situaciones donde un paciente presenta una estabilización parcial de su sintomatología, que no resulta suficiente como para considerarlo «estabilizado» (criterio clínico), pero que sí resulta suficiente para cumplir con los criterios de externación de cese de riesgo cierto e inminente (criterio legal)? Como hemos mencionado en publicaciones anteriores, identificamos varias situaciones en las que pacientes externados de dispositivos de internación psiquiátrica no habían alcanzado una estabilización psiquiátrica suficiente [4, 6, 59]. Algunos pacientes presentaron una estabilización parcial de su sintomatología que no resultaba suficiente para considerarlos «estabilizados» (criterio clínico), pero que sí resultaba suficiente de acuerdo al cese de riesgo cierto e inminente (criterio legal). Este hecho puso de manifiesto que no resulta adecuado equiparar la concepción clínica de la estabilización con la concepción legal, debido a que ambas apuntan a diferentes objetos. Por otra parte, ¿qué criterios deberíamos establecer para considerar una estabilización como suficiente y de qué manera debe interpretarse la ley de cara al alta sanatorial?

En principio debemos señalar que no sería adecuado establecer una relación directa entre una completa estabilización psicótica de los pacientes con su externación. Sino que las preocupaciones e interferencias cotidianas de los pacientes psicóticos pueden disminuir de tal manera (estabilización parcial), que les permita alcanzar un equilibrio adaptativo suficiente como para reincorporarse a su medio social. De este modo, partiendo de una concepción de estabilización parcial o suficiente, se puede articular de manera satisfactoria el criterio clínico con el legal para la externación.

La experiencia clínica indica que una estabilización, sea total (suficiente) o parcial (pero no suficiente), puede ser conceptualizada de diferentes maneras. Incluso es

¹ Esta tarea se enmarcó en la investigación *Diagnóstico y tratamiento en dispositivo de internación psiquiátrica: internación, evaluación, estrategias de abordaje y tratamiento*, sustentada por la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador (CABA, Argentina), proyecto de Investigación 1127.

necesario precisar de qué manera la existencia de diversos actores en el campo de la salud mental impacta en las diferentes formas de considerar la estabilización de un paciente. Por este motivo, resulta relevante problematizar la noción de «estabilización» a la luz de los sesgos clínicos implícitos de acuerdo a la línea de referencia profesional.

Conceptualización sobre «estabilización» en psiquiatría

A partir de los desarrollos propios del ámbito de la psiquiatría descriptiva, la estabilización del paciente con diagnóstico de esquizofrenia deberá remitirse a dos ejes de trabajo dentro del tratamiento: 1. remisión sintomática, y 2. recuperación funcional [57]. Aunque no es posible establecer una única definición que englobe ambos aspectos, sí existe consenso en que el primero es condición del segundo. Por lo tanto, únicamente sería posible alcanzar la recuperación funcional del paciente si se ha logrado previamente la remisión de sus síntomas positivos. Este postulado lineal resulta problemático debido a que, en diferentes contextos clínicos, la funcionalidad no necesariamente depende de la remisión sintomática, aunque ambas se encuentren estrechamente vinculadas. En todo caso, esta concepción se desprende del ideal médico de la OMS que considera que: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» [43]. Esta concepción implica que se quita lo que obstruye para luego alimentar lo que debe crecer. En consonancia con tal línea de pensamiento, podemos concebir a la «remisión sintomática» como:

(...) el estado en que el paciente demuestra mejoría en los signos y síntomas, a tal grado que al ser de tan baja intensidad, ya no interfieren de manera significativa en su conducta y por lo tanto se encuentran por debajo del umbral que se utiliza para justificar el diagnóstico inicial de esquizofrenia [57, p. 61].

A partir de tal definición, se puede concebir, en el ámbito psiquiátrico, la estabilización del paciente por la ausencia o disminución de aquellos síntomas positivos o *síntomas clíni-*

cos significativos que definen al diagnóstico de esquizofrenia² y que afectan su conducta [37]. Es necesario aclarar que dentro de dicha conceptualización los síntomas negativos propios del cuadro, no son considerados como un elemento de abordaje, debido a las dificultades clínicas frente a la mitigación de los mismos [38, 54, 60].

Acorde a estos desarrollos, el abordaje de la psiquiatría descriptiva presenta un carácter puramente dicotómico, centrado en la presencia o ausencia de síntomas positivos, sin especificar las características y las implicancias propias de la singularidad del caso.

En respuesta a la ausencia de los elementos mencionados, en los últimos tiempos, se observa el surgimiento del concepto de «recuperación funcional», considerada como «(...) la habilidad de funcionar en la comunidad, socialmente y vocacionalmente, así como estar relativamente libre de la psicopatología de la enfermedad» [57, p. 67]. Esta concepción da cuenta de la necesidad de un abordaje integral de la estabilización para este tipo de pacientes, contemplando también la inclusión de disciplinas psicosociales [60]. Sin embargo, la recuperación funcional solo es considerada como posible una vez alcanzada la remisión sintomática. Los factores funcionales tales como el control y remisión de los síntomas, cumplen el rol de marcadores esenciales para la determinación de la recuperación del paciente, secundariamente se consideran otros aspectos tales como la cognición y el funcionamiento social [36].

Concluimos así que el concepto de estabilización para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia privilegia aún la remisión sintomática, especialmente los síntomas positivos. Asimismo, señalamos que se ha relegado a

² Los criterios para establecer el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV serían: «...el paciente debe presentar dos o más de los siguientes síntomas característicos, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): 1. Ideas delirantes. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje desorganizado (ej, descarriamiento frecuente o incoherencia). 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. 5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia» [3, p. 291].

las disciplinas psicosociales de la búsqueda de un desarrollo funcional del paciente con el fin de alcanzar su integración comunitaria. No obstante, vienen teniendo una creciente consideración dentro del ámbito médico [47, 48, 52, 57].

Conceptualización sobre estabilización acorde al desarrollo psicológico

En los desarrollos propios de las disciplinas psicológicas es posible establecer una gran diferenciación de enfoques del concepto de estabilización. Los modelos que más desarrollo han tenido son la teoría cognitivo-conductual [8, 13, 15, 27] y las teorías psicoanalíticas [19, 20, 21, 22, 23, 32, 53]. A continuación caracterizamos los desarrollos más relevantes de cada posición.

Desarrollos cognitivo-conductuales

En terapia cognitiva conductual la expresión «recuperación» se relaciona habitualmente con los objetivos de los tratamientos en esquizofrenia y trastornos psicóticos asociados, pudiendo encontrarse diferentes referencias en la literatura. Un buen ejemplo puede encontrarse en el trabajo de Valerie Drury *Recuperación en psicosis aguda* [15], que se refiere al control de la recuperación de los pacientes luego de episodios psicóticos agudos de esquizofrenia [15, p. 29]. Davidson Lambert y McGlashman [13], postulan que los tratamientos cognitivos de apoyo persiguen dos objetivos esenciales: paliativos (reducción de la intensidad y naturaleza disruptiva de los síntomas) y rehabilitadores (asistencia en la adaptación y afrontamiento de las disfunciones existentes); no obstante, estos mismos autores reconocen que en la *Terapia Personal* aplicada a pacientes esquizofrénicos de Hogarty, la primera fase del tratamiento tiene por objetivo la estabilización clínica; pese a que se menciona el concepto de estabilización, no se realizan precisiones en relación al mismo Davidson Lambert y McGlashman conciben la totalidad de las intervenciones de la psicoterapia en psicosis tempranas en términos de recuperación y prevención de recaídas [13, pp. 37-49]. Por su parte, Garety, Fowler y Kuipers, proponen como objetivos de la terapia cognitivo-conductual la reducción del malestar y la incapacidad causada por los síntomas psicóticos, la reducción de

los trastornos emocionales y la asistencia a la persona implicada para que comprenda su padecimiento a fin de promover la participación activa del paciente en la regulación y control de recaídas [27, p. 112]; como puede advertirse lo predominante en las tareas propuestas se vincula a la reducción de los aspectos negativos del cuadro psicopatológico. Aaron Beck y sus colaboradores adhieren por su parte en su trabajo *Esquizofrenia* [8], a la idea de que la recuperación de la esquizofrenia puede concebirse como un proceso continuado de gestión de los síntomas y de establecimiento de un sentido del propósito [8, 58]. Claramente, esta última línea se encuentra en total consonancia con las antes mencionadas.

La escasez de problematización de la noción de estabilización de pacientes psicóticos en terapia cognitivo-conductual radica en que los cognitivistas plantean el trabajo de la psicoterapia propiamente dicha una vez que la estabilización clínica ya se encuentra alcanzada.

La TC puede implementarse para mejorar los resultados de tratamientos farmacológicos exitosos. La intervención apunta a mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir las probabilidades de recaídas, mejorar el funcionamiento social y disminuir los tiempos de las internaciones. También puede utilizarse en un formato de combinación simultánea para aumentar la velocidad de respuesta durante el episodio agudo [30, p.24].

Esto tiene sentido debido a que, mientras los pacientes psicóticos se encuentran descompensados, resulta muy difícil realizar un trabajo con los mismos. Por contrapartida, el hecho de relegar la estabilización a la esfera de la medicina deja en evidencia que también se relega la concepción de dicho aspecto a la misma, de manera similar que su concepción psicopatológica es tomada de clasificaciones psiquiátricas. Es decir, que los principios básicos de las terapias centradas en resolución de problemas dan por sentado los supuestos de las nosografías de referencia y las concepciones de estabilización, «tomando la posta» de la concepción médica. Por lo tanto nuevamente el concepto de estabilización se encuentra determinado por

una concepción dicotómica de presencia o ausencia de síntomas, especialmente aquellos de carácter desadaptativos. Siendo importante destacar que los desarrollos de esta escuela hacen hincapié en el abordaje terapéutico tanto de la sintomatología positiva del cuadro, como de la negativa.

Para la terapia cognitivo conductual es posible definir a su objetivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del siguiente modo:

La finalidad de la terapia cognitivo conductual con esquizofrénicos es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente o la familia, junto con el entrenamiento en habilidades sociales [41, p. 99].

Acompañando de este modo al paciente en la comprensión de aquellos procesos cognitivos disruptivos que afectan su conducta y sus emociones de un modo disfuncional, incluyendo los procesos delirantes y alucinatorios, propios en este tipo de cuadros. Realizando además estrategias de aprendizaje de esquemas cognitivos de carácter adaptativo ligados al desarrollo de habilidades sociales y su reinserción al ambiente comunitario.

Enfoques psicoanalíticos

En los desarrollos de Freud el psicoanálisis comienza tomando una distancia de los abordajes psiquiátricos propios de su época, caracterizados por una concepción descriptiva y deficitaria de la psicopatología. Aunque haya problematizado las psicosis, Freud no fue un clínico de las mismas. No obstante, algunas reflexiones freudianas en relación a la clínica en general y a las psicosis en particular, inauguran diferentes líneas de consideración altamente relevantes para la clínica actual.

a) Sigmund Freud

En *Las neuropsicosis de defensa*, Freud postula que en las psicosis alucinatorias, la defensa que el yo realiza frente a una situación conflictiva es la de desestimar una representación insoportable, junto con su afecto, y actuar como si esta nunca hubiera

existido [19]. Este mecanismo de defensa psicológico obedece a una lógica restitutiva: la operación defensiva produce una formación sintomática que buscaría una «solución» frente a la imposibilidad, por parte del psiquismo, de asimilar aspectos penosos de la realidad. Más adelante en su obra, Freud postulará que la formación de estos estados psicopatológicos se caracteriza por el retiro de la libido ubicada en los objetos de la realidad externa, para dirigirla al propio yo. Específicamente en el caso de la *dementia praecox* se produce una regresión libidinal al autoerotismo característico de los primeros momentos de la vida, generando como formación restitutiva los mecanismos alucinatorios o las ideas delirantes [20].³ Según Glen Gabbard, Freud definía a la esquizofrenia como una regresión en respuesta a intensas frustraciones y conflictos con los otros [26].

La idea de que los síntomas de locura juegan una función restitutiva, consistente en un intento de curación frustrado, había sido enunciada por varios psiquiatras antes de Freud, como Schopenhauer, quien ya a mediados del siglo XIX, había abordado el tema haciendo referencia a Pinel y Esquirol. La diferencia que el psicoanálisis establece en relación a la psiquiatría está en comprender cómo los mecanismos psíquicos juegan en la dinámica de la patología, intentando precisar el componente psíquico de estos fenómenos. Lo relevante de esta concepción radica en que busca identificar aquello que, en el entramado psicológico subjetivo, juega en la formación de estas constelaciones patológicas. Consecuentemente, en el trabajo con pacientes que padecen cuadros caracterizados muchas veces por la presencia de alucinaciones y delirios, estos fenómenos son valorados de su función restitutiva y tentativa de establecimiento de un equilibrio psíquico, por lo tanto son concebidos como una producción psicopatológica por la positiva. Para Freud, los síntomas psicóticos componen actos de restitución psíquica de naturaleza patológica. La producción de síntomas psicopatológicos constituye formas

³ «Freud, al descifrar Schreber, reconoció en el delirio una tentativa de curación que nosotros confundimos — dice— con la enfermedad» [53, p.15].

frustradas por parte del aparato psíquico para encontrar la estabilización. Consecuentemente, los síntomas psicopatológicos en general, y en este caso los fenómenos psicóticos en particular, deberían entenderse como formas frustradas de estabilización psíquica. De allí que la concepción de estabilización en psicoanálisis no coincida con la noción de recuperación de la prueba de realidad, tal como es concebida en psiquiatría. Esto no significa que para los psicoanalistas no sea relevante la recuperación de la prueba de realidad por parte de aquellos pacientes que padecen este tipo de cuadros psicopatológicos. En todo caso, los psicoanalistas conciben a la recuperación como tal, pero no necesariamente como una instancia de estabilización en sentido estricto.

Freud se refirió a las psicosis como un género de cuadros psicopatológicos que no podía ni debía ser tratado por medio del dispositivo psicoanalítico, al menos tal como él lo había establecido. Para él, el diagnóstico de psicosis por la positiva implicaba necesariamente la contraindicación del psicoanálisis como posibilidad de tratamiento [5, 23]. En sus conferencias introductorias al psicoanálisis hay una clara definición de su posición al respecto, donde precisa que resulta imposible psicoanalizar a personas que transitan por estos delirantes:

Ustedes saben que nuestra terapia psiquiátrica no ha sido capaz hasta ahora de influir sobre las ideas delirantes. ¿Podrá hacerlo acaso el psicoanálisis gracias a su intelección del mecanismo de estos síntomas? No, señores míos, no puede; al menos provisionalmente, es tan impotente contra esta enfermedad como cualquier otra terapia. Podemos comprender, es verdad, lo que ha ocurrido dentro del enfermo, pero no tenemos medio alguno para hacer que él mismo lo comprenda. Acaban de escuchar que yo no pude llevar el análisis de aquella idea delirante más allá de los primeros esbozos [21, p. 234].

El fundamento teórico de esta posición se remonta a las ideas de Karl Abraham en torno a la justificación de la incapacidad por parte de los pacientes que presentaban demencia precoz (para esta época el término

esquizofrenia no existía). Para este, dicha incapacidad radicaba en la imposibilidad de establecer una relación transferencial dentro del marco de la cura psicoanalítica: «Puesto que hemos atribuido toda transferencia de emociones a la sexualidad, debemos llegar a la conclusión de que la demencia precoz destruye la capacidad de la persona para la transferencia sexual, esto es, para el amor objetivo» [1, p. 52].

La tesis de Abraham establece que, si en la demencia precoz la regresión libidinal se dirige hacia la fase oral primaria, en la que predomina el autoerotismo (fase psicosexual del desarrollo en la que la relación de objeto no se ha constituido aún); consecuentemente, el demente precoz no logrará desarrollar una capacidad suficiente para establecer una relación objetal propicia para el psicoanálisis, condición necesaria para que se produzca transferencia y se ponga en marcha la dinámica del tratamiento psicoanalítico. Esta posición fue suscripta por Freud tal como puede leerse en su escrito sobre Schreber: «Abraham ha expuesto con particular vividez cómo se destaca de manera clarísima en la *dementia praecox* el carácter del alejamiento de la libido del mundo exterior» [20, p. 71].

En los términos planteados por Abraham, Freud encontró que el dispositivo psicoanalítico, tal como lo venía desarrollando, no resultaba apto para psicóticos. Posteriormente tampoco insistió demasiado en la consideración de los tratamientos psicoanalíticos en el territorio de las psicosis. No obstante, la posición freudiana sentó precedente en el campo de la salud mental en general y el dominio psicoanalítico particular. Luego de Freud, diferentes psicoanalistas se dedicaron a la investigación de estas cuestiones, muchos de ellos en el trabajo con pacientes psiquiátricos; se destacan entre estos [11, 18, 24, 32, 46, 50, 51⁴].

⁴ El trabajo de Sechehaye históricamente ha sido inscripto dentro de la línea psicoanalítica (dentro de los desarrollos de la escuela suiza de psicoanálisis). Su desarrollo resulta muy original y concibe, de acuerdo a los casos que analiza, que la esquizofrenia presenta, «(...) un trasfondo primitivo de la formación del Yo» [51:19], a diferencia de otras concepciones que plantearían, «(...) un conflicto entre el Yo y el Superyó» [51:19].

b) Jacques Lacan

Jacques Lacan continuó las ideas psicoanalíticas de Freud sobre la base de su «retorno a Freud». Realizó una lectura de la obra freudiana enriquecida por la antropología estructural (Levi-Strauss), por la lingüística (Saussure y Jakobson) y por su propia formación profesional como médico psiquiatra antes de devenir psicoanalista. En relación a las psicosis, pero también a la clínica en general, vale tener en cuenta una tesis que permitirá entender la concepción lacaniana desde su raíz:

El campo de la percepción es un campo ordenado, pero ordenado en función de las relaciones del sujeto con el lenguaje, y no ordenado por el aparato cognitivo, ni por la perspectiva de la percepción (...) el lenguaje no es un instrumento del sujeto, sino un operador, en el sentido que produce al mismo sujeto [53, p. 39].

De acuerdo con esta concepción, es en el discurso del paciente psicótico donde hay que considerar la sustancialidad de la psicosis; consecuentemente, su desencadenamiento (si lo hubiere) y su estabilización. En torno de la noción de estabilización, algo puede encontrarse en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de psicosis*:

Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante. [32, p. 552].

De acuerdo a lo referido por Lacan, debemos advertir que la estabilización, al menos en este contexto, es lo que seguiría al desencadenamiento psicótico. Para que este último pueda darse, deberían cumplirse al menos dos condiciones: que la persona presente una estructura clínica psicótica y que en la desestabilización se produzca un llamado en oposición simbólica al sujeto [16, 32]. En la década de 1950, más precisamente en el mencionado escrito *De una cuestión preliminar...*, correlativo al seminario *Las psicosis* (1955-1956), la existencia de la psicosis es concebida por la posibilidad de la

operación de forclusión del significante Nombre-del-Padre, operación que llevaría a la precipitación de la psicosis [33]⁵ a partir de la no-llegada del significante Nombre-del-Padre, en el lugar y en el momento en que estaba llamado a advenir, es que se debe ubicar a la forclusión [42]. Siguiendo el pensamiento de Lacan a lo largo de su vida, tomando en cuenta que su posición no fue unívoca, resulta difícil distinguir entre la función de la forclusión en tanto estructurante de una subjetividad psicótica y la forclusión como operación o mecanismo implicado en el desencadenamiento psicótico [49]. Es este segundo desarrollo lo que nos ocuparía en tanto desestabilización psicótica. Advertimos así que existe una diferencia entre la manera en que la psicosis se anuda como estructura del desencadenamiento psicótico y el concepto de producción de locura psicótica. En todo caso, la forclusión del significante de la falta, la imposibilidad operativa de la metáfora paterna por ausencia del significante Nombre-del-Padre, pone en marcha un proceso de producción psicótica que resulta a la vez restitutivo. Se inicia de esta manera la descompensación psicótica del paciente, cuestión que podría derivar en la articulación de una metáfora delirante como intento de estabilización del desencadenamiento psicótico. En estos casos, la producción delirante del sujeto permitiría una articulación significativa que aportaría un sostén restitutivo de carácter imaginario, efectuándose de este modo una «compensación» ante la ausencia de la metáfora paterna y permitiendo alcanzar una particular «estabilidad». Lo que define a la metáfora delirante es su posibilidad de estabilizar los procesos de significación del paciente psicótico, generándose cierta fijación del goce.

Esto último explicaría la presencia en este tipo de pacientes de una marcada rigidez en sus pensamientos y conductas, dada la

⁵ «Es decir, el concepto de forclusión se articula al del Nombre del Padre. Estando forcluido, este significante primordial no opera en la metáfora paterna, generando la ausencia, en el sujeto de la significación fálica» [25:458]. Cabe establecer aquí una diferencia entre lo que sería el anudamiento de los síntomas a una organización psicótica de la subjetividad (estructura clínica psicótica), de la operación forclusiva.

ausencia de un sostén simbólico que permita una mayor flexibilidad mental y conductual [28]. Lo que la metáfora delirante permitirá, será la estabilización de la estructura psicótica de la persona. Como Freud, Lacan no concibe a la estabilización en términos de prueba de realidad, sino que la entiende dentro de la economía psíquica del paciente [55].

Según Hebe Tizio [56], puede establecerse una diferenciación dentro de la clínica lacaniana en relación a: la clínica estructural (propia de la década de 1950), y la clínica borromea (propia de la década de 1970). La clínica estructural sería una clínica de la discontinuidad, de la oposición de términos, en la que presencia o ausencia del Nombre-del-Padre lleva a la distinción entre neurosis y psicosis. En cambio, la clínica borromea sería una clínica más elástica, que implica continuidad, gradación y hace referencia al funcionamiento psíquico y la invención de soluciones como modalidad de estabilización psíquica. Esta concepción, parte de la idea de que los registros real, simbólico e imaginario (RSI), se anudarían por medio de un cuarto redondel borromeo, el *sinthome* [29, 56].

Pese a que Lacan no lo explicitó, no resulta descabellado sugerir que la diferencia entre estas «clínicas», además de constituir momentos diferentes de su enseñanza, está en que se remiten a dos cuestiones diferentes: la clínica estructural, apuntaría al establecimiento de un diagnóstico diferencial (neurosis o psicosis), sobre la base de la presencia o ausencia del significante Nombre-del-Padre; en cambio, la clínica borromea, buscaría precisar el trabajo que la dinámica psíquica realiza en diferentes cuadros. En el caso de las psicosis, la clínica borromea explicaría la estabilización por medio de la intervención de un nuevo anudamiento mediante el *sinthome* [29]. Un ejemplo de esto último puede verse en el modo en que son concebidas las obras literarias de James Joyce en donde la constitución de un nuevo objeto depositario de goce (la escritura), genera un efecto estabilizador [35, 53]. En este último sentido, Eric Laurent, plantea el acto como lo que podría sostener y ocupar el punto de

detención en la desestabilización psicótica [34, 55].

Más en la actualidad, muchos psicoanalistas de orientación lacaniana utilizan el término «desenganche» para referirse a la irrupción de fenómenos psicóticos en las psicosis ordinarias⁶ [40]. Con este término, tienden a identificar aspectos propios de estructuras clínicas psicóticas que no han presentado un desencadenamiento [45],⁷ tal como puede advertirse en los cuadros de la psiquiatría clásica. En este sentido, la idea de desenganche busca marcar una diferencia con la de «descompensación psicótica» de la psiquiatría, más orientada a la detección de una enfermedad que se manifiesta. Además, a diferencia del «desencadenamiento psicótico» en sentido estricto que se refiere a la irrupción de fenómenos psicóticos evidenciables con mayor facilidad, la idea de desenganche apunta a una cuestión más clínica, a situaciones más propias de la psicosis que indican la manifestación clínica del entramado subjetivo de este tipo de pacientes, pero en situaciones bien concretas [40].⁸ Lo relevante de este planteo consiste en que el desenganche daría cuenta de fenómenos

⁶ La expresión «psicosis ordinaria» fue acuñada por Jacques-Alain Miller en el curso de las conversaciones de Antibes, en septiembre de 2018 [2]: «Anoche me preguntaba cómo se llamará el libro que resulte de esta jornada. No pondremos Neodesencadenamiento, neoconversión, neotransferencia. ¿Pondremos las neopsicosis? ¿Tenemos realmente ganas de unir nuestra elaboración con la neopsicosis? No me gusta en absoluto neopsicosis. Y me dije: finalmente, hablamos de la psicosis ordinaria» [40, p.201]. Consúltase al respecto el libro de Vicente Palomera *Las psicosis ordinarias: sus orígenes, su presente y su futuro* [44].

⁷ «La diferencia entre metáfora paterna y metáfora delirante disminuye, por tanto, hasta el punto de que son equivalentes. Se aproximan así las psicosis desencadenadas, extraordinarias, y las psicosis ordinarias, no desencadenadas. Esta aproximación entre neurosis y psicosis constituye el gran interés de la noción de psicosis ordinaria» [45, p. 116].

⁸ «De un modo empírico, lo que orienta la clínica puede consistir en localizar eso que en determinado momento para un sujeto se “desengancha” en relación con el Otro. Esta localización aclara, retroactivamente el elemento que hacía de “enganche” para ese sujeto, y permite dirigir la cura en el sentido de un eventual “reenenganche”. Esta noción estrictamente empírica puede entonces revelarse operativa para la dirección de la cura» [40].

psicóticos propios de las psicosis ordinarias, pero no se vincula con las ideas de estabilización o desestabilización. En este contexto, el concepto que estos psicoanalistas utilizan de cara a la estabilización es el de suplencia [39].⁹ (Tabla 1)

Tabla 1. Nociones de desestabilización y estabilización en psiquiatría y psicoanálisis

Condición	Psiquiatría	Psicoanálisis de orientación lacaniana	
		Psicosis clásicas	Psicosis ordinarias
Desestabilización	Descompensación	Desencadenamiento	Desenganche
Estabilización	Estabilización	Estabilización	Suplencia

Algunos autores dentro del psicoanálisis de orientación lacaniana como Juan Pablo de Arriba, desestiman que la noción de «psicosis ordinaria» constituya una categoría clínica en sí, dado que el diagnóstico no cambia, al margen de que hubiera o no descompensación, desencadenamiento, desenganche:

No introduciremos ningún señalamiento relativo a las llamadas «psicosis ordinarias», porque, tal como sus mentores lo han señalado, se trata más de una categoría epistémica que de un tipo clínico específico. Confundir el orden del objeto de investigación con el del método ha traído algunas consecuencias para nada deseables dentro de la comunidad psicoanalítica [14, p.115].

La confusión a la que alude De Arriba consiste en atribuir consistencia epistémica a una categoría clínica que, eventualmente, podría ser subsumida dentro de otra: una psicosis ordinaria (o psicosis no desencadenada), podría desencadenarse; y si esto ocurriera, dejarían de ser dos categorías diferentes, acabaría por resultar la absorción de las «psicosis ordinarias» dentro de las «psicosis clásicas». En este sentido, el diagnóstico de «psicosis ordinaria» no garantiza que ciertos fenómenos clínicos no vayan a suceder próximamente: que un psicótico no se haya aún «descompensado» o «desenganchado», no quiere decir que esto no pueda suceder en el futuro. Ante esto, De Arriba sostiene que para una cuestión y la otra el diagnóstico clínico es uno y el mismo: «psicosis», sea desencadenada o no. Es decir, el diagnóstico se hace inde-

pendientemente de la condición ordinaria o extraordinaria de la psicosis. Reintroducir la clínica de la mirada cuando el diagnóstico se hace de acuerdo a la lógica del significante y la estructura (clínica de la escucha), podría llegar a generar confusiones al momento de evaluar el diagnóstico. En definitiva, un sujeto psicótico podría descompensarse o no, pero no depende de esta condición su diagnóstico; estos hechos no afectan al diagnóstico de psicosis. En este sentido, las condiciones de estabilización o desestabilización serán diferentes en sus manifestaciones según se trate de una «psicosis ordinaria» o de una «psicosis no desencadenada»; pero no afectarán a la concepción de la lógica subjetiva que implique uno u otro cuadro.

c) Escuela norteamericana de psicoanálisis Frieda Fromm-Reichman [1889-1957], propuso como objetivo de la psicoterapia dinámica con esquizofrénicos, el ayudar tanto a los pacientes internados como a los externos, a adquirir conciencia e *insight* terapéutico de la historia y las causas dinámicas desconocidas responsables de su trastorno [24, p. 130]. Fromm-Reichmann trató a los pacientes psicóticos con un dispositivo psicoanalítico adaptado. Al referirse a psicoterapia *de orientación* psicoanalítica, responde para esta autora, al hecho de que el trabajo

⁹ El rol y la función de la suplencia opera con una lógica diferente que el de la metáfora. Si en la metáfora lo que está en juego es la sustitución, «poner en lugar de», en la suplencia se trata de «añadir para complementar» [39, p. 327]. En la suplencia, específicamente, «se anuda lo que está separado» [39, p. 329].

que se realiza con esos pacientes no es psicoanalítico en sentido estricto, sino que para el tratamiento de pacientes psicóticos son necesarias modificaciones de la técnica psicoanalítica clásica [24, p. 130]. No obstante esta diferenciación, para la autora había que ayudar a los pacientes esquizofrénicos, «a tomar conciencia de los motivos inconscientes de su padecimiento y lograr una comprensión curativa, de la genética y de la dinámica de la curación» [24, p. 111]. Naturalmente que este trabajo implicaba que el paciente estuviera en condiciones de hacer frente a la tarea en cuestión, por lo que se suponía que este debía encontrarse mayormente estabilizado.

La psicoterapia breve y de emergencia (PBE), fue desarrollada en 1970 por Leopold Bellak junto con Leonard Small [10]. Este tratamiento consistía en seis entrevistas de 45 a 50 minutos para trabajar sobre diferentes objetivos [10, p. 45]. La diferencia que estos autores establecieron en relación al psicoanálisis tradicional consiste en el establecimiento de metas (objetivos), teniendo en cuenta el factor del tiempo (brevedad de la terapia), cuestión que incidía en el método a implementar en la precisión de las indicaciones y sus consecuentes contraindicaciones [10, p. 49-54]. Este tipo de terapia buscaba administrar la homeostasis psíquica como horizonte de trabajo.¹⁰ Consecuentemente, el objetivo principal que esta terapia se proponía en relación a estados psicóticos incipientes agudos, es regular la vida del paciente, no sólo psíquica, sino inclusive apuntando al fortalecimiento de las defensas fisiológicas [10, p. 230].

Años más tarde, Leopold Bellak desarrolló un modelo de intervención denominado *Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*

(PBIU) [10]. Este modelo se cimentó sobre los mismos desarrollos teóricos del psicoanálisis norteamericano de la PBE. En relación al psicoanálisis tradicional, su autor establece que la diferencia consistía en que: «(...) la PBIU se relaciona con la terapia tradicional en la manera en que un cuento corto se relaciona con una novela» [10, p. 7]. Esta diferencia resulta altamente relevante de cara a la discriminación entre lo que un psicoanalista es capaz de concebir (sobre la base de los elementos conceptuales con los que trabaja clínicamente), y el ámbito de aplicación de su aparatage conceptual. Esta cuestión fue precisada por Otto Kernberg en su trabajo *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo* [31]. Allí se refiere a que no todo lo que hace un psicoanalista es psicoanálisis:

Creo que queda claro que no existe una relación directa entre la teoría psicoanalítica y la técnica o método psicoanalítico: la misma teoría ha conducido a técnicas alternativas. De manera que llama «psicoanálisis» a todo lo que se hace con base a una teoría común crea confusión, necesariamente, sobre todos los asuntos relacionados con la diferenciación de las modalidades de los tratamientos derivadas. Por esta misma razón, creo que debería rechazarse la propuesta de que «todo lo que hace un psicoanalista es psicoanálisis». Es imposible soslayar la necesidad de definir las teorías específicas de la técnica y su traducción en intervenciones prácticas, incluso si se evidencia que existen teorías alternativas acerca de la técnica y de las intervenciones clínicas [31, p. 111].

Esta concepción se encuentra muy presente entre los psicoanalistas norteamericanos, quienes establecen con mucho menos pudor que otros psicoanalistas, la diferencia entre concebir la clínica desde el psicoanálisis y trabajar de acuerdo a la concepción psicoanalítica, sin quedar preso de los conceptos del psicoanálisis. Dicha posición reedita ampliamente de cara al trabajo clínico: se puede contar con una concepción teórica y explicativa poderosa en relación a la problemática del paciente, sin que necesariamente se deba obligar al paciente a adecuarse a un dispositivo, permite al terapeuta utilizar estos elementos que considere mejor. Este

¹⁰ «Dentro del concepto más nuevo de la homeostasis psíquica, es necesario tener presente también los aspectos estructurales de la personalidad, el ello, el yo y el superyó. Uno debe identificar los equilibrios entre los aspectos de la personalidad: la fuerza de los impulsos en relación a la fuerza de las diversas funciones del yo para mediar esos impulsos; la fuerza y la calidad de las contrademandas del superyó sobre el yo es un engranaje (setting) total metapsicológico, de naturaleza genética, dinámica, económica, adaptativa, topográfica y estructural» [10, p. 49].

planteo resulta clave para entender el marco en el cual Leopold Bellak concibe la PBE y la PBIU, a sabiendas de que la adecuación metodológica responde a problemas de la práctica que no traicionan la concepción psicoanalítica.

Siguiendo los lineamientos de la PBE, Bellak define a la PBIU como un tipo de psicoterapia breve, de 5 o 6 sesiones de 50 minutos semanales [10, p. 15]. Fundamentada en una concepción psicoanalítica pero con objetivos diferentes al del psicoanálisis tradicional, advertimos que la PBIU es psicoterapia de tipo estructurada para resolver problemas seleccionados por el terapeuta [10, p. 5], pero que aun así se considera que, «(...) los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit» [10, p. 4]. En el caso específico de pacientes que presentan estados psicóticos agudos, la PBIU busca establecer un marco de estabilidad que permita al paciente continuar con su vida cotidiana [9, p. 75]. En este sentido, rescata el valor psicodinámico de los síntomas, pero no por eso deja de prestar atención al entorno del paciente y a las condiciones que le permitan regularizar su estado de descompensación psicótica.

d) Conclusiones sobre posiciones psicoanalíticas

Es posible determinar que diferentes desarrollos psicoanalíticos ligados a la estabilización de pacientes psicóticos, se encuentran centrados en la lógica (el sentido y las características) de la desestabilización de cada persona, considerando el efecto en su entramado subjetivo. De esta manera, se hace hincapié en la necesidad de concebir cada caso de un modo singular. La función del analista consistirá en acompañar el recorrido del paciente y posibilitar la construcción de una metáfora delirante que le permita un sostén para su estructura. Esta posición radicaliza la diferenciación entre posturas psicoanalíticas (en las cuáles se destaca aquí la posición de orientación lacaniana) y los abordajes psiquiátricos y cognitivos conductuales. Mientras los segundos tienen un carácter dicotómico (presencia/ausencia de síntomas), los abordajes psicoanalíticos conciben el proceso

de estabilización en función de la lógica subjetiva presente en la sintomatología particular de cada paciente. Queda así definida la estabilización en las psicosis como la manera en que el sujeto logra organizarse, aunque sea por medio de sus delirios, para evitar el derrumbe en su estructura psíquica. Es por este motivo que los psicoanalistas evalúan, antes de intervenir sobre los síntomas de un cuadro psicótico (independientemente de la corriente psicoanalítica en particular), las eventuales implicancias que dicha acción pudiera generar en la economía psíquica del paciente de acuerdo a su entramado subjetivo.

Conclusiones finales

A partir de lo expuesto podemos concluir que la perspectiva generada en relación a la concepción de estabilización de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presenta significativas diferencias en función de su modalidad de abordaje. Por ello y retomando la pregunta mencionada al comienzo de este trabajo, podemos establecer que los elementos que componen al proceso de estabilización se encuentran definidos por las características propias de cada modalidad mencionada:

1) Conceptualización legal: equipara las condiciones de estabilización del paciente con su proceso de externación dentro del dispositivo de internación psiquiátrica. Por lo tanto que aquello que determina la misma es la ausencia de un riesgo cierto e inminente por parte del paciente para sí o para tercero, junto con la posibilidad de su reinserción social y cultural.

2) Conceptualización en la psiquiatría: el concepto de estabilización de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico queda ligado a la ausencia o remisión de síntomas, especialmente de carácter positivo, que afecten la conducta del paciente.

3) Conceptualización de las terapias cognitivas-conductuales: recae también en la conceptualización dicotómica del paradigma anterior de presencia y ausencia de síntomas. Quedando establecido el concepto de estabilización ligado a la ausencia o

remisión, tanto de los síntomas positivos como negativos, mediante el aprendizaje de esquemas cognitivos adaptativos, marcando con ello una diferencia con la conceptualización médica.

4) Conceptualización psicoanalítica: la misma abandona el abordaje dicotómico para centrarse en los procesos psíquicos y estructurales que permiten comprender la generación y aparición de los síntomas psicóticos en su función restitutiva de estabilización; ocupando un rol esencial en la producción de las alucinaciones y los delirios, hasta alcanzar una estabilización en la constitución de alucinaciones y/o metáforas delirantes que restituyan un equilibrio de significación. Esta función restitutiva busca (mediante operaciones generadas dentro de los registros de lo real o de lo imaginario), dar respuesta a las angustias de derrumbe que forman parte de las estructuras psicóticas de estos pacientes cuando se desestabilizan. Estos abordajes orientan a la comprensión de las implicancias subjetivas que presentan los fenómenos desarrollados por el paciente y la constitución de una metáfora delirante.

Se puede determinar de este modo que el concepto de estabilización, a pesar de su frecuente uso dentro del dispositivo de internación psiquiátrica, presenta un nivel de complejidad que habitualmente no es considerado. Podría decirse que aún hoy parece mantenerse la disputa entre las escuelas de Cos y de Cnido en relación a la naturaleza de la enfermedad [17; 5]. Siendo por lo general utilizado dentro de este tipo de dispositivos especialmente por aquel paradigma dominante institucionalmente. (Tabla 2)

Tabla 2. Concepciones de «estabilización» en diferentes enfoques				
Autor	Filiación teórica	Término	Concepción	Observaciones
Valencia y cols.	Psiquiatría	Remisión sintomática y recuperación funcional	Mejoría en los signos y síntomas, mengua en su intensidad, se busca interferir de manera significativa en la conducta. Recuperar la funcionalidad en la vida cotidiana.	Mengua en el ruido de la patología. Refuerzo del recurso adaptativo. Concepción funcionalista.
Drury	Terapia cognitivo-conductual	Recuperación	Control de la recuperación.	Concepción funcionalista.
Beck	Terapia cognitivo-conductual	Recuperación	Proceso continuado de gestión de los síntomas y de establecimiento de un sentido del propósito.	Concepción funcionalista.
Freud	Psicoanálisis	Síntomas psicopatológicos	Actos de restitución psíquica de naturaleza patológica.	La concepción de síntoma implica a la estabilización, en la neurosis y en la psicosis. No hay especificidad de lo psicótico en este sentido.
Lacan	Psicoanálisis	Estabilización	La manera en que el sujeto organiza lo delirante de modo tal que le permita evitar, luego de un episodio de desestabilización, el derrumbe de su estructura psíquica.	La estabilización es la resultante de un proceso restitutivo, no implica necesariamente la mejoría del cuadro sintomatológico en cuestión. En todo caso, implica un equilibrio entre significativo y significación por medio de la metáfora delirante.

Referencias

1. Abraham K. Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz. En:

Abraham, K. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Hormé; 1994. p. 48-59.

2. Álvarez JM. Hablemos de la locura. Buenos Aires: Xoroi; 2018.
3. American Psychiatric Association (Esp.); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. 1ra ed. Barcelona: Masson; 1997.
4. Barreira I. Dispositivo de internación psiquiátrica en trastornos psicóticos. En: AAVV. Los límites de la clínica. Buenos Aires: AASM; 2016. pp.256-8.
5. Barreira I. Análisis crítico del diagnóstico en salud mental. Nosologías y nosografías en psiquiatría y psicoanálisis. Saarbrücken: Académica Española; 2016.
6. Barreira I, Alegre De Leo P, Bevacqua L, Varela P, Amaya C. Diagnóstico en psicopatología. Incidencias en la clínica Reseña. Anuario de Investigación USAL.2016; 3(3): 189-90.
7. Barreira I, Bevacqua L, Varela P, Amaya C. Experiencia de un tratamiento en dispositivo de internación psiquiátrica. En: AAVV, editores. Psicosis actuales. Locura y alienación. Capítulo del libro del Congreso AASM; 2018 Agos. Buenos Aires; 2018. p. 128-130.
8. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia. Madrid: Paidós; 2010.
9. Bellak L. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México D. F.: Manual Moderno; 2000.
10. Bellak L, Small L. Psicoterapia breve y de emergencia. México DF: Pax; 2014.
11. Bion WR. Volviendo a pensar. Buenos Aires: Lumen-Hormé; [1967]1996.
12. Birchwood M, Tarrier N. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psicología; 1995.
13. Davidson L, Lambert S, McGlashan T. Tratamientos psicoterapéuticos y cognitivo-conductuales para la esquizofrenia: desarrollo de una forma de psicoterapia específica del trastorno para personas con psicosis. En: Perris C, McGorri PD, editores. Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad. Manual teórico-práctico. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2004. pp. 19-41.
14. De Arriba JP. Los sueños en las psicosis. Crítica y Clínica. Buenos Aires: Letra Viva; 2018.
15. Drury V. Recuperación en psicosis aguda. En: Birchwood M, Tarrier N., editors. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel; 1995. pp. 29-68.
16. Evans D. Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires: Paidós; 2003.
17. Ey H. Estudios psiquiátricos. Vol I. Buenos Aires: Polemos; 2008.
18. Federn P. La psicología del yo y las psicosis. Buenos Aires: Amorrortu; [1952] 1984.
19. Freud S. Las neuropsicosis de defensa. En: Obras Completas III. Buenos Aires: Amorrortu; [1894] 1993. pp. 47-61.
20. Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En: Obras Completas XII. Buenos Aires: Amorrortu; [1911] 2005. pp. 11-73
21. Freud S. 16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría. En: Obras Completas XVI. Buenos Aires: Amorrortu; [1916-17] 1992. pp. 223-34.
22. Freud S. Neurosis y psicosis. En: Obras Completas XIX. Buenos Aires: Amorrortu; [1924] 1993. pp. 155-59.
23. Freud S. La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En: Obras Completas XIX. Buenos Aires: Amorrortu; [1924] 1993. pp. 193-97
24. Fromm-Reichmann F. Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniaco-depresivos. Buenos Aires: Hormé; 1981.
25. Furman M. El concepto de forclusión. En: Chorne M, Dessal G, editores. Jacques Lacan. El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2017. pp. 457-61.
26. Gabbard G. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. 3ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
27. Garety P., Fowler D, Kuipers E. Terapia cognitivo-conductual para pacientes con psicosis. En: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Marginson F, editores. Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia. Barcelona: Herder; 2009. pp. 107-37.
28. Godoy C. La nevadura del significante. En: Mazzuca R, Cols, editores. Las psicosis (fenómeno y estructura). Buenos Aires: Berggasse 19; 2010. p. 151-73.
29. Goya A. Cinco conferencias sobre psicosis ordinaria. Buenos Aires: Grama ediciones; 2017.
30. Keegan E, Garay C. Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Vertex. 2007; 18(76):423-27.
31. Kernberg O. [2004] Psicoanálisis, psicoterapia

- psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. En: Kernberg O, editores. *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México D. F.: Manual Moderno; 2005. pp. 93-115.
32. Lacan J. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; [1966] 2013. pp. 513-64.
 33. Lacan J. La significación del falo. En: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; [1966] 2013. pp. 665-89.
 34. Laurent E. *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial; [1991] 2014.
 35. Leibson L. *La máquina imperfecta. Ensayos del cuerpo en psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva; 2018.
 36. Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39(5): 161-170. DOI: 10.1055/s-2006-949513
 37. Leucht S, Davis J, Engel R. Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentations for their use and their presentation. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2009;(438):7-14. PMID: 19132961 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01308.x.
 38. Lieberman J, Stroup TS, Perkins D. *Tratado de esquizofrenia*. Barcelona: Ars Médica; 2008.
 39. Mauas M. *Suplencias*. En: AAVV. *Las psicosis ordinarias y las otras bajo transferencia*. Buenos Aires: Grama ediciones; 2017. p. 327-29.
 40. Miller JA. *Las psicosis ordinarias*. Buenos Aires: Paidós; [1999] 2003.
 41. Muñoz Molina J, Ruiz Cala S. Terapia cognitivo conductual en la esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2007; [citado 20/09/2019] 36(1): 98-110. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a08.pdf>
 42. Nasio JD. *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa Editorial; 1988.
 43. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra (2017). [Consultado el 23 de agosto de 2017]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
 44. Palomera V. *Las psicosis ordinarias: sus orígenes, su presente y su futuro*. Granada: Ediciones Universidad de Granada; 2013.
 45. Rabanel J. *Desencadenamiento y neodesencadenamiento*. En: AAVV, editores. *Las psicosis ordinarias y las otras bajo transferencia*. Buenos Aires: Grama ediciones; 2017. pp. 115-17.
 46. Rosenfeld H. *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé; [1965] 1974.
 47. Sabates J, Garay C. *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: una revisión bibliográfica*. *Investigaciones en Psicología [Internet]*. 2016; [citado 20/09/2019] 21(3): 67-77. Disponible en http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/ani_o21_3/sabates.pdf
 48. Sañudo J, Herrero S, Lamas F, Franco D. *Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar*. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud [Internet]*. 2010 [citado 20/09/2019]; 6: 67-72. Disponible en: http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_67-72.pdf
 49. Schejman F. De la negación al seminario 3. En: Mazzuca R, Cols, editores. *Las psicosis (fenómeno y estructura)*. Buenos Aires: Berggasse 19; 2010. pp. 151-73.
 50. Searles H. *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa; [1966] 1994.
 51. Sechehay MA. *La realización simbólica y Diario de una esquizofrenia. Exposición de un nuevo método psicoterapéutico*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica; [1947] 2018.
 52. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008;17(2):128-37. PMID: 18589629 DOI: 10.1017/s1121189x00002827.
 53. Soler C. *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial; 2008.
 54. Stahl S, Buckley P. Negative symptoms of Schizophrenia: a problem that will not go away. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(1):4-11. PMID: 17201860 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00947.x
 55. Stevens A. *Estabilizaciones*. En: AAVV, editores. *Las psicosis ordinarias y las otras bajo transferencia*. Olivos: Grama ediciones; 2017. p. 166-8.
 56. Tizio H. *Clínica lacaniana de las psicosis*. En: Chorne M, Dessal G, editores. *Jacques Lacan. El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2017. p. 449-56.

57. Valencia M, Cols. Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Salud Mental* [Internet]. 2014 [citado 20/09/2019]; 37:59-74. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a8.pdf>
58. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* [Internet]. 2001[citado 20/09/2019]; 13(3); 345-64. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>
59. Varela PD. Estabilización y externación en esquizofrenia. Algunos elementos de la internación psiquiátrica. Mauritius: Académica Española; 2017.
60. Wikinski S. De la estabilización sintomática a la recuperación funcional en el tratamiento farmacológico de la Esquizofrenia y la Depresión Unipolar. *Vertex*. 2009; 20 (87):351-58.