

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“Modificaciones a la técnica psicoanalítica en el caso de un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide”

Autor: Claudia Aguirre Pérez

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia**

**Nombre del asesor:
Mtra. María del Carmen Manzo Chávez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MODIFICACIONES A LA TÉCNICA PSICOANALITICA EN EL CASO DE
UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO
PARANOIDE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRA EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA
Y LA ADOLESCENCIA**

PRESENTA

CLAUDIA AGUIRRE PEREZ

ASESORA DE TESIS

MTRA. MARIA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ

CLAVE: 16PSU0023Y

ACUERDO: RVOE MAES-971001

MORELIA, MICH., AGOSTO DEL 2009

Para:

Oscar, Claudia e Irene.

En reconocimiento y gratitud por su confianza, apoyo y enseñanza a los Doctores Fabio Torres Ortega y Adrián Rodríguez Contreras.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Justificación	6
Antecedentes	8
1. Planteamiento de la Investigación	11
1.1 Objetivos	11
1.1.1 Objetivo General	11
1.1.2 Objetivos Particulares	11
2. Problema de Investigación	11
3. Ejes Temáticos	12
3.1 Definición de Ejes Temáticos	12
Importancia del Estudio	15
.	
Capítulo I. Marco Teórico	
1. Teorías al Respecto del Conocimiento Dinámico de la Psicosis	17
1.1 Sigmund Freud	17
1.2 Arlow y Brenner	23
1.3 Melanie Klein	34
2. Transferencia y Transferencia Psicótica	46
2.1 Transferencia	46
2.2 Transferencia Psicótica	50
3. Conceptos Teóricos al Respecto de la Técnica Psicoanalítica	56
3.1 La Técnica Psicoanalítica	56
3.2 La Técnica Psicoanalítica en la Psicosis	63
4. Aproximación Psiquiátrica al Conocimiento de las Psicosis	69
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV	69
4.1 Esquizofrenia	69

Capítulo II. Metodología.

1. Tipo de Investigación	78
2. Participantes	79
3. Escenario	79
4. Técnica de Recolección de Datos	81
5. Técnica Psicoterapéutica Utilizada	82

Capítulo III. Resultados

1. Presentación del Caso	84
2. Historia Clínica	84
3. Trabajo Psicoterapéutico	106
4. Análisis de Resultados	145

Capítulo IV. Discusión y Conclusiones.

1. Discusión	168
2. Conclusiones	173

Limitaciones y Sugerencias

Limitaciones	176
Sugerencias	177

Referencias	179
--------------------	------------

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación se basa en las modificaciones realizadas a la técnica psicoanalítica, en el caso de un paciente diagnosticado con Esquizofrenia Tipo Paranoide. El trabajo psicoterapéutico se inicia con el ingreso del paciente al hospital y se continúa una vez que ha egresado, como paciente ambulatorio durante aproximadamente 2 años. Las modificaciones a la técnica se llevan a cabo respondiendo a las necesidades emocionales del paciente y van surgiendo en el continuo que el proceso psicoterapéutico representa. Se llevaron a cabo cambios en lo que respecta al setting analítico, ya que el trabajo psicoterapéutico se llevó a cabo en diversos escenarios; y en lo que respecta a la relación paciente-analista, ya que se realizaron actividades de maternaje, las cuales favorecieron la integración, organización y desarrollo del Yo.

Palabras clave. Modificaciones, técnica psicoanalítica, esquizofrenia tipo paranoide.

INTRODUCCIÓN.

El trabajo psicoterapéutico que se realiza con los pacientes psicóticos es en la actualidad variado y en algunos casos conlleva un equipo de trabajo multidisciplinario que integra sus conocimientos en pro del beneficio del paciente.

Se encuentran diferentes tipos de enfoque, el más importante, el llevado a cabo en las Comunidades Terapéuticas, donde un equipo de especialistas, comandados por Psicoterapeutas, que entienden la psicosis desde un pensamiento dinámico, dirigen los esfuerzos del personal que ahí trabaja, para llevar a cabo una interpretación sistemática de las manifestaciones psicopatológicas de dichos pacientes. Cuentan además con una serie de actividades recreativas y de trabajo mediante las cuales se intenta integrar a los pacientes a la vida grupal y de colaboración contando con el espacio físico y el tiempo suficiente para llevar a cabo un abordaje con las familias.

Por otro lado se encuentra el trabajo que se lleva a cabo en las instituciones gubernamentales, hospitales psiquiátricos, donde el trabajo es comandado por médicos especialistas, generalmente psiquiatras, que privilegian la atención farmacológica, relegando el trabajo psicoterapéutico a actividades recreativas y donde la posibilidad de llevar a cabo un trabajo interpretativo es casi nula.

Por último, se encuentra también el trabajo realizado en los hospitales psiquiátricos de tipo Privado, lugar dónde se realizan abordajes terapéuticos de corte puramente farmacológico o donde se realizan abordajes terapéuticos, que incluyen el trabajo psicodinámico. En estos hospitales el trabajo es comandado tanto por médicos especialistas en psiquiatría, como por psicoterapeutas que entienden la patología de la psicosis desde el pensamiento dinámico. Es justamente en uno de estos hospitales donde

surge la inquietud de llevar a cabo un trabajo multidisciplinario, que incluya desde el primer contacto con el paciente, la valoración psicodinámica y con ella la posibilidad de tratamiento.

Esta investigación, es en parte el resultado del trabajo multidisciplinario llevado a cabo en uno de estos hospitales, donde la necesidad de brindar al paciente una atención de calidad, implica el trabajo conjunto y coordinado de todos los que ahí trabajamos.

Por lo que respecta al área de Psicología, se lleva a cabo en primera instancia una entrevista que tiene la finalidad de realizar una valoración del estado emocional del paciente. Posteriormente se discute el caso, y se implementan las medidas necesarias para llevar a cabo el tratamiento. En el caso de que la evaluación conjunta de por resultado un diagnóstico que no implica daño orgánico, se procede a llevar a cabo un tratamiento que implica la interpretación de los deseos inconscientes. Este trabajo interpretativo se ve apoyado por el uso de fármacos de tipo antipsicótico.

De esta forma y después de la valoración conjunta del estado emocional del paciente, se procede, en este caso, a llevar a cabo un tratamiento que implica la actuación conjunta de los esfuerzos médico-psiquiátricos y psicológicos con la finalidad, en primera instancia de controlar el brote psicótico.

Una vez que se consiguió controlar el brote psicótico, lo que implica la disminución de los síntomas, alucinaciones e ideas delirantes, se otorga el alta al paciente y el trabajo, tanto farmacológico como interpretativo continuará de ahí en adelante como paciente externo.

Esta es la etapa más delicada del tratamiento, ya que con frecuencia los pacientes lo abandonan y en poco tiempo regresan a las instalaciones hospitalarias con una nueva crisis psicótica.

Es por esto que durante la etapa hospitalaria, el trabajo psicológico es aún más importante, ya que si se realiza una adecuada valoración y se comienza con el trabajo interpretativo desde el primer momento, se propicia el establecimiento de las reacciones transferenciales, en el caso de los psicóticos masivas y muy intensas, eje a partir del cual se sostendrá el trabajo terapéutico una vez que el paciente es dado de alta.

Esta investigación se inicia con el primer contacto con el paciente y continúa una vez que éste ha egresado. Analiza los resultados obtenidos a partir de llevar a cabo modificaciones a la técnica psicoanalítica en el trabajo psicoterapéutico, realizado con un paciente diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide.

Las modificaciones realizadas no habían sido planeadas con anterioridad y responden a los requerimientos emocionales del paciente en el transcurso del proceso psicoterapéutico, conllevan un intenso trabajo transferencial y contratransferencial, del que resultan los cambios realizados.

Así mismo, conlleva un trabajo de integración en la atención al paciente, de los aspectos médicos farmacológicos y psicodinámicos, ya que estoy convencida de que sin dicha integración no podría llevarse a cabo un tratamiento sostenido con buenos resultados.

El trabajo psicoterapéutico que se lleva a cabo en este caso da buenos resultados, los cambios realizados se adaptan a las necesidades del

paciente, consiguen evitar las recaídas y logran integrarlo a un ámbito social productivo.

Esta investigación reporta el trabajo realizado durante aproximadamente 2 años de tratamiento, desde que el paciente ingresa al hospital en franca crisis psicótica y hasta que retoma la escuela ingresando nuevamente a estudiar el último año de Bachillerato.

Se lleva a cabo bajo la siguiente estructura:

En el capítulo I, se presenta el marco teórico con los temas de; teorías al respecto del conocimiento dinámico de las psicosis, revisando las aportaciones de Sigmund Freud, Arlow y Brenner y Melanie Klein.

En el capítulo II se hace referencia a la metodología que guía este trabajo.

En el capítulo III, se presentan los resultados, en donde se hace referencia al caso, se ordena la información por ejes y se analiza.

En el capítulo IV, se presenta la discusión y las conclusiones y por último se presentan las referencias.

JUSTIFICACIÓN.

La teoría psicoanalítica surge de la necesidad de un hombre por comprender los síntomas que manifestaban algunas pacientes que consideraba neuróticas.

Dichos síntomas contenían un componente emocional, que era el responsable de que se manifestaran y permanecieran, en cuanto a su significado, inaccesibles a la conciencia gracias a la acción de la represión.

En su búsqueda por comprender y descifrar la etiología de éstos síntomas, Freud integra una teoría que da cuenta del funcionamiento del aparato psíquico y descubre el inconsciente.

Este trascendental descubrimiento, cambia la concepción del hombre y de la acción de sus emociones y pone al descubierto la manifestación patógena que dichas emociones pueden tener en la creación de síntomas que conllevan sufrimiento emocional y detención del desarrollo psíquico.

Sin embargo, Freud no generaliza sus descubrimientos a todas las patologías y basa su investigación en la comprensión de las neurosis, dejando al descubierto el amplio mundo de las manifestaciones psicóticas.

Esta actitud freudiana está basada en su hipótesis, de que los pacientes que padecen psicosis no son capaces de desarrollar reacciones transferenciales y por tanto, no son sujetos aptos para ser tratados a través del método psicoanalítico.

Desarrollos teóricos posteriores, ponen de manifiesto que los pacientes psicóticos si son capaces de desarrollar reacciones transferenciales y con esto abren la posibilidad del estudio y comprensión de los fenómenos psicóticos, así como de su tratamiento.

A partir de entonces se han llevado a cabo algunos intentos por tratar a éste grupo de pacientes, con las herramientas teóricas y técnicas que nos brinda la teoría psicoanalítica, sin embargo, el campo de la investigación a este respecto es inagotable, así como la curiosidad y necesidad de conocer y explicar los fenómenos psicóticos y su etiología.

Tomando en cuenta, que ahora sabemos que los pacientes psicóticos son accesibles al tratamiento psicoanalítico y que como en todo campo de investigación, el conocimiento no se agota en sí mismo, es que surge la inquietud de llevar a cabo este trabajo de investigación, que utilizando los conocimientos que nos brinda la teoría psicoanalítica al respecto de las psicosis, propone un tratamiento psicoterapéutico que implementa algunas modificaciones en la técnica psicoanalítica, con la finalidad de adaptar el tratamiento a las necesidades emocionales del paciente.

De esta forma, surge el presente trabajo de investigación que propone algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica en el caso de un paciente diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide.

ANTECEDENTES.

El desarrollo de la teoría psicoanalítica, es el resultado de la investigación clínica, esto es, el resultado del trabajo psicoterapéutico, el resultado de largas horas empeñadas dentro del setting analítico para comprender y esclarecer los síntomas que aquejan al paciente.

Como resultado de esta investigación, los conceptos que conforman la teoría se ponen a prueba y se van desarrollando, un concepto cuyo desarrollo permitió el acceso al mundo psíquico de las psicosis fue el concepto de transferencia.

Freud introduce en 1914 el concepto de narcisismo¹ y propone las dos categorías taxonómicas de neurosis de transferencia y neurosis narcisísticas.

Esta línea de investigación sostenía que la psicosis carecía de la capacidad de transferencia, sin embargo, otros autores pensaron que estos fenómenos existían, uno de los primeros fue Nunberg², quien presentó sus observaciones al respecto del caso de un paciente catatónico encontrando que las experiencias de la enfermedad tenían un nítido contenido transferencial.

De acuerdo con Etchegoyen³, la primera vez que aparece la expresión de Psicosis de Transferencia, fue en el caso presentado por Ruth Mackbrunswick al respecto del análisis de la paranoia en 1928.

¹ FREUD, S. (1914/1981) *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas. Tomo II. España. Ed. Biblioteca Nueva.

² NUNBERG, H. (1920) *On the catatonic attack*, en *The practice and theory of de psychoanalysis*, Nueva York: Nervous and mental diseases, 1948.

³ ETCHEGOYEN, H. (1999) *Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica*. Argentina. Amorrortu Editores.

Es a partir de la década de los treinta que el estudio y tratamiento de la psicosis toma auge, comandado fundamentalmente por las aportaciones teóricas de Melanie Klein, Harry S. Sullivan y Paul Federn, quienes no sólo emprendieron el estudio de la psicosis, sino que sostuvieron también, que ésta, se acompaña de fenómenos de transferencia, por difícil que sea detectarlos.

A partir de entonces se han reportado trabajos de investigación que narran el proceso psicoterapéutico, las vicisitudes que se enfrentan y las manifestaciones de las reacciones transferenciales en el caso de pacientes psicóticos.

Podemos citar entre otros, los trabajos realizados por los discípulos de Melanie Klein, especialmente el trabajo realizado por Hanna Seagal⁴, quien en 1950, cuando todavía no se habían registrado casos de esquizofrenia tratados con la técnica psicoanalítica clásica, refiere el trabajo realizado al publicar el caso Edward.

Otro trabajo que merece atención es el presentado por Pichon Rivière⁵ en 1951 en la XVI Conferencia de Psicoanálisis de Lengua Francesa, con el título de “Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes Psicóticos”, en este trabajo, y aprovechando las ideas de Melanie Klein, sostiene que la transferencia en los pacientes psicóticos, y en especial en el esquizofrénico debe entenderse bajo la luz de mecanismo de la identificación proyectiva.

⁴ SEAGAL, H. (1950) Some aspects of the analysis of a Schizophrenia, *International Journal of Psycho-analysis*, (31), 268-278.

⁵ PICHON RIVIÈRE, E. (1951) *Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos*. *Revista de Psicoanálisis, Argentina*. (18), 131-138.

Junto con los aportes recién mencionados, se encuentran los trabajos realizados por Herbert A. Rosenfeld, quien después de tratar a algunos pacientes psicóticos llega a la misma conclusión que Pichon Rivière, es decir, que la transferencia es un fenómeno clínico claramente identificable durante el transcurso del tratamiento de un paciente psicótico y que ésta debe ser interpretada.

Otro investigador que se ocupa de los fenómenos psicóticos es Wilfred R. Bion, quien dirige su atención preferentemente a la comprensión y análisis del lenguaje y el pensamiento esquizofrénico. Bion, postula al respecto de la transferencia en los psicóticos, que ésta es prematura, precipitada y de intensa dependencia. Sus estudios lo llevarán a diferenciar en la personalidad dos partes, la parte que llama psicótica y la parte que llama no psicótica y a elaborar una teoría del pensamiento.

Todos estos psicoanalistas e investigadores y algunos más, interesados en las manifestaciones clínicas de la psicosis proporcionan el marco de referencia histórico necesario para la realización de éste trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 OBJETIVOS.

1.1.1 OBJETIVO GENERAL.

Analizar las modificaciones efectuadas en la técnica psicoanalítica para conocer las repercusiones que dichas modificaciones tuvieron dentro del proceso psicoterapéutico de un paciente diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide.

1.1.2 OBJETIVOS PARTICULARES.

1.- Introducir algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica durante el proceso psicoterapéutico de un paciente diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide.

2.- Analizar si dichas modificaciones a la técnica psicoanalítica reportaron algún beneficio para el paciente.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿La introducción de algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica en el caso de un paciente diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide reportan beneficio para el paciente?

3.- EJES TEMATICOS.

Eje 1. Procedimiento Psicoterapéutico.

Eje 2. Líneas de Trabajo.

Eje 3. Modificaciones a la técnica Psicoanalítica.

3.1 DEFINICIÓN DE EJES TEMÁTICOS.

EJE 1. PROCEDIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

El procedimiento psicoterapéutico utilizado en este caso, es el que se deriva de la Teoría Psicoanalítica, consiste básicamente en el proceso de la interpretación sistemática de los deseos inconscientes del paciente.

Interpretar es igual a señalar al paciente los impulsos que éste está rechazando y de los cuales, no obstante, es capaz de darse cuenta si su atención es dirigida hacia ellos. En un esquizofrénico que se retrae de la realidad amenazante o tentadora, para regresar a estados primitivos, en los que la elaboración de las fantasías se hacía sin considerar para nada la realidad (proceso primario), los impulsos rechazados, aquellos de los que habría que hacer que se dé cuenta corresponden a la realidad de la que se ha retraído y al hecho de esta retracción.

EJE 2. LÍNEAS DE TRABAJO.

Las líneas de trabajo se pueden definir como la explicación de los propósitos que tiene la terapeuta cuando realiza algún tipo de intervención y se pueden clasificar en dos rubros:

a) Las que pertenecen al trabajo hospitalario y que se llevan a cabo con todos los pacientes que ingresan al Servicio de Psiquiatría, independientemente del diagnóstico, tales como:

1. Valoración Psicológica del paciente a su ingreso, la cual se lleva a cabo a través de una entrevista con la intención realizar el examen mental.
2. Entrevista con la familia; sólo en aquellos casos que se juzgue conveniente para el tratamiento o a petición expresa de los familiares.
3. Propiciar la aceptación y toma de medicamentos.
4. Generar conciencia de enfermedad.
5. Propiciar la socialización.

Cabe mencionar que por lo que respecta a los incisos 3, 4 y 5, son actividades que se llevan a cabo por todos los que trabajan en el Servicio de Psiquiatría, es decir, personal de enfermería, médico residente e interno, psiquiatría y psicología.

b) Las que dependen del diagnóstico, se llevan a cabo únicamente con pacientes cuya patología no implique una etiología orgánica, tales como:

1. Entrevista con los familiares, con la intención de profundizar en los antecedentes del motivo de internamiento.
2. Procedimiento Psicoterapéutico.

EJE 3. MODIFICACIONES A LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

Las modificaciones a la técnica psicoanalítica se pueden definir como los cambios que se realizan en la técnica psicoanalítica para llevar a cabo el tratamiento psicoterapéutico de un paciente diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide. Estas modificaciones se llevan a cabo por lo que respecta a:

a) La intención del primer contacto con el paciente, ya que ésta no tiene la finalidad de realizar un tratamiento psicoterapéutico, sino la de realizar una valoración psicológica para descartar patología de origen orgánico.

b) La neutralidad del terapeuta.

c) El setting analítico, el cual se define como el espacio físico donde se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico. En éste caso y por las particularidades del paciente, este proceso se realiza en diferentes espacios, tales cómo, la habitación que le es asignada como paciente hospitalario, el comedor asignado a los pacientes del área psiquiátrica, el consultorio asignado dentro del área hospitalaria a psicología y psiquiatría, algunos lugares públicos cercanos al hospital como son la tienda de abarrotes y un parque público y algunas escuelas preparatorias de la ciudad de Morelia.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La teoría psicoanalítica, resultado de la investigación realizada por Sigmund Freud acerca del psiquismo, ha contribuido de forma determinante al entendimiento y resolución de los conflictos psíquicos.

Freud consideraba que dicha teoría y la técnica resultado de la misma, eran sólo adecuadas para el tratamiento de la neurosis. Sin embargo, aportaciones teóricas psicoanalíticas posteriores, como las realizadas por Melanie Klein y sus discípulos han abierto el camino para el entendimiento de las psicosis.

Tenemos ahora, gracias a los primeros aportes teóricos freudianos y al desarrollo de sus ideas, desde diferentes puntos de vista, una teoría suficientemente integrada y estructurada para dar cuenta del conflicto psíquico psicótico.

Sin embargo, ésta teoría, no puede mantener las mismas condiciones planteadas por Freud para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, ya que enfrentamos una psicopatología derivada de un conflicto psíquico diferente y anterior al conflicto edípico, por esto, es prudente realizar investigación que incorpore nuevos procedimientos.

Sabemos ahora que los pacientes que padecen una patología psicótica, son capaces de desarrollar respuestas transferenciales, sabemos también, que la cualidad de dichas respuestas es sustancialmente diferente a las encontradas en los pacientes neuróticos.

Estas respuestas son el resultado de un trauma psíquico acaecido en momentos muy tempranos del desarrollo, traen consigo la reedición de estados arcaicos del Yo donde las necesidades emocionales nunca fueron satisfechas ni comprendidas y por lo tanto nunca fueron integradas, donde las manifestaciones emocionales corresponden a un mundo fantaseado, plagado de objetos escindidos y agresivos y donde la única realidad posible, se da

dentro del contexto de una intensa ansiedad primitiva que trae consigo desesperación y sufrimiento.

Si estos pacientes nos ponen de manifiesto un escenario donde urge dar cabida y satisfacción a necesidades Yoicas primitivas, con la única finalidad de favorecer la integración y por lo tanto el desarrollo del Yo, ya que éste quedó detenido mucho tiempo atrás, es necesario entonces buscar nuevas alternativas para llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico, que sin desviarse del objetivo fundamental psicoanalítico, la interpretación de los contenidos inconscientes, pueda tener la flexibilidad necesaria y suficiente en la técnica para resolver dichos conflictos.

Es por esto que esta investigación se plantea con la finalidad de conocer si la introducción de algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica pueden redituarse en un mejor tratamiento para el paciente psicótico.

Se plantea entonces la pregunta de investigación, que es la de analizar si las Modificaciones a la Técnica Psicoanalítica en el caso de un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide reportan resultados satisfactorios.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1. TEORIAS AL RESPECTO DEL CONOCIMIENTO DINAMICO DE LAS PSICOSIS

1.1 SIGMUND FREUD.

A pesar de que el Psicoanálisis fue elaborado con la intención de entender la psicopatología del paciente con síntomas neuróticos, Freud nos ofreció los primeros intentos por comprender las enfermedades mentales graves; en su libro " La Interpretación de los Sueños", en éste habla de su esperanza de que algún día llegue a curarse la temible enfermedad espontánea de la mente, a través del conocimiento que paulatinamente brindaba el psicoanálisis a las diferentes patologías del funcionamiento psíquico.

Los conceptos psicoanalíticos de la psicopatología de las psicosis se derivan principalmente de algunos artículos escritos por Freud entre 1910 y 1915. En estos artículos se puede observar como Freud enfatiza el uso de 2 conceptos para comprender el fenómeno clínico de las psicosis.

El primero fue el concepto de narcisismo⁶. El segundo fue el concepto de economía de la libido⁷.

A través de estos nuevos conceptos, Freud proporciona un marco de referencia que ilumina muchas características de las psicosis y ubica a las neurosis y a las psicosis bajo la misma teoría general del funcionamiento mental; es decir, ubica a los desórdenes psicóticos dentro del mismo contexto de la vida instintual, así como lo había hecho en el caso de los sueños y de los síntomas neuróticos.

⁶ FREUD, S. (1914/1981) *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

⁷ FREUD, S. (1905/1981) *Tres ensayos para una teoría sexual*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

Posteriormente Freud introduce muchos cambios y adiciones a la estructura general de la teoría psicoanalítica. La principal característica de estos cambios incluye el concepto de Superyó, la agresión como un instinto comparable con la libido⁸, La función de mediación del Yo, la noción de un amplio rango de defensas del Yo y el concepto de la naturaleza del conflicto intrapsíquico, un concepto en el cual el reconocimiento de la ansiedad como señal de peligro juega un papel central⁹.

Estos cambios y adiciones son aplicados también a la psicopatología de las psicosis, de forma tal que:

Clasifica los síntomas de la esquizofrenia dentro de tres rubros:

1.- La ruptura con la realidad¹⁰.

Clínicamente el paciente pierde interés en el mundo y en la gente, siente que el mundo está a punto de ser destruido, que todo y todos son irreales y han cambiado. Estos son síntomas que fundamentalmente se refieren a una alteración de los sentimientos del paciente o de la percepción del mundo externo. Freud considera que estos síntomas son los más característicos de las psicosis.

2.- Síntomas como la hipocondriasis y los delirios de grandeza¹¹.

Estos son síntomas que hacen referencia a la preocupación del paciente por su persona, esto es; su cuerpo y sus funciones, su imagen y su valor.

⁸ FREUD, S. (1923/1981) S. *El yo y el Ello*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva. T

⁹ FREUD, S. (1925/1981) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

¹⁰ FREUD, S. (1924/1981) *La pérdida de la realidad en la Neurosis y en la Psicosis*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

¹¹ FREUD, S. (1910/1981) *Observaciones Psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

3.- Síntomas como las ilusiones y las alucinaciones.

Estos son síntomas que se refieren a la preocupación del paciente (distorsionada) por el mundo externo y particularmente a su relación con los otros¹².

Freud organizó sus observaciones de esta manera porque se proponía explicar la psicopatología de las psicosis en términos económicos. Se concentró en la distribución cuantitativa de las catexias libidinales. Consideró los procesos patológicos de la esquizofrenia como una transformación de cantidades masivas de libido objeto en libido narcisista. Esto significa que en la esquizofrenia hay un desprendimiento de la energía libidinal y su investidura en representaciones de objetos. Estas energías, en turno, son cambiadas de su investidura en representaciones del_Yo. Los síntomas listados bajo los tres rubros mencionados, pueden ser entendidos como consecuencia de la redistribución masiva de investidura libidinal. Esto puede ser realizado de la forma siguiente:

1.- Los síntomas referidos bajo el rubro de romper con la realidad son consecuencia de un proceso de quitar la catexis (decatexis). Deprivadas de su catexia libidinal, las representaciones del mundo de los objetos no parecen reales. Freud mantiene que los pacientes piensan que el mundo y sus personas están muertos y destruidos, irreales o no existen.¹³

2.- La hipocondriasis y las ilusiones de grandeza son la consecuencia de un proceso de hipercatexis del Yo, esto es, de las representaciones de órganos y de las representaciones del Yo. Los sentimientos placenteros en el paciente psicótico que están asociadas con ilusiones de grandeza

¹² FREUD, S. (1924/1981) *Neurosis y Psicosis*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

¹³ FREUD, S. (1924/1981) *La Pérdida de la Realidad en la Neurosis y Psicosis*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

corresponden a los sentimientos experimentados por una persona normal hacia la persona de que está enamorado. La hipercatexia del objeto amado conduce a una sobre evaluación irracional de lo creído, consecuentemente la hipercatexia de las representaciones del Yo conducen a ilusiones de grandeza. Freud postuló que la ansiedad hipocondriaca resulta de la obstrucción de la libido del Yo. Esta ansiedad hipocondríaca es la contraparte narcisista de la neurosis de ansiedad, En ambos casos la ansiedad es el resultado de la acumulación de cantidades excesivas de libido.¹⁴

3.- Los delirios de persecución son la consecuencia de un proceso de recatexis de las representaciones objetales, una clase de intento secundario por restablecer la investidura libidinal de los objetos. Por esta razón estos fenómenos son frecuentemente referidos como síntomas de restitución. Freud interpretó los síntomas de restitución como un intento de cura, cree que representan un esfuerzo por revertir el proceso patológico de decatectización de las representaciones de objeto. Usa este concepto para explicar la manera bizarra en que los esquizofrénicos utilizan las palabras. En la esquizofrenia hay un retiro de la catexia desde que representa la presentación inconsciente del objeto. Al mismo tiempo existe una intensa hipercatexia de las presentaciones de la palabra correspondientes a los objetos. Freud escribió: uno esperaría que sucediera lo opuesto, excepto que en la psicosis la hipercatexia de la presentación de la palabra constituye un esfuerzo para recobrar al objeto perdido a través de la parte verbal del mismo.¹⁵

Desafortunadamente la representación objetal no es recatectizada. En cambio las palabras son tratadas como si ellas fueran cosas. Freud utilizó el concepto de restitución como un concepto metapsicológico, referido a la

¹⁴ FREUD, S. (1914/1981) *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

¹⁵ FREUD, S. (1915/1981) *Lo Inconsciente*. Obras completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

restauración de la catexia libidinal a las representaciones mentales de los objetos cuya catexia previamente había sido retirada. La restitución no se refiere al fenómeno clínico.

Algunas implicaciones de la teoría que hemos sintetizado merecen especial atención.

El cambio desde la economía de la libido, al estado de distribución que es esencialmente narcisista y que se asemeja a lo que es característico de un bebé, ha sido visto como una redistribución regresiva a un estado de narcisismo primario. Muchos autores han concluido que esta necesidad de regresión puede estar condicionada por algún trauma en los primeros meses de vida. Entonces un rol etiológico de mayor importancia fue asignado a la llamada madre esquizofrenizante. Dichos autores han visto a la psicosis como un desorden, específicamente un trauma ocurrido durante la fase oral. Los conflictos edípicos han sido considerados por ellos como de poca importancia en la esquizofrenia.

Además, debido a que los psicóticos no catectizan por tiempo prolongado representaciones objetales del mundo exterior, se considera que los pacientes psicóticos no pueden efectuar relaciones transferenciales. De hecho de acuerdo con esta visión la transferencia es imposible en la esquizofrenia. Aun más, el concepto de regresión narcisista ha sido utilizado en muchas de las formas anormales de funcionamiento mental típico de los pacientes psicóticos. Esto se basa en el supuesto de que la regresión instintual en la psicosis es global e inevitablemente conlleva a un deterioro regresivo de las funciones del Yo. Consideran el funcionamiento mental del psicótico comparable con el funcionamiento mental de un infante. Sin embargo los conceptos concernientes al deterioro de las funciones del yo han sido basados en su mayor parte en las suposiciones concernientes a la economía de la libido.

Finalmente Freud consideró que el factor precipitante tanto en las neurosis como en las psicosis es la frustración externa.¹⁶

En el caso de las psicosis el conflicto precipitante es un conflicto entre el Yo y la realidad, dicho conflicto estalla cuando la realidad se convierte en terriblemente frustrante, entonces el yo se escinde en:

- a) El yo observador (que está en contacto con la realidad)
- b) El yo denegando la realidad.

El yo que esta denegando la realidad no acepta las nuevas percepciones ni recurre a las antiguas percepciones (huellas mnémicas), sino que crea de manera soberana un nuevo mundo exterior e interior edificado en las nociones del deseo del ello (moción pulsional del ello).

Para llevar a cabo esta creación sigue los siguientes pasos:

- a) Se separa de la realidad.
- b) Compensa la realidad a expensas del ello.
- c) Crea otra realidad que no ofrece el mismo motivo de escándalo.

En el caso de las neurosis el conflicto precipitante es un conflicto entre el yo y el superyó. La neurosis sigue los siguientes pasos:

- a) El uso de la represión.
- b) El uso del resarcimiento, es decir, compensar aquello que el yo no le permitió hacer al ello.

Tanto la neurosis, como la psicosis, expresan la rebelión continua del ello.

¹⁶ FREUD, S. (1924/1981) La Pérdida de la realidad en la neurosis y Psicosis. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

1.2 ARLOW Y BRENNER

Estos autores realizan una revisión de la psicopatología de la psicosis propuesta por Freud, en la que examinan exhaustivamente sus postulados básicos, para realizar posteriormente algunas propuestas y modificaciones.

Comienzan explicando cómo después de Freud algunos psicoanalistas han aplicado al problema de la psicopatología de la esquizofrenia las teorías más recientes de Freud acerca del funcionamiento mental, por ejemplo; la psicología del yo¹⁷, la teoría de la agresión¹⁸ y la teoría de la ansiedad y la defensa¹⁹. Estas contribuciones son generalmente adiciones a la teoría o elaboraciones de algunos aspectos de la misma.

Las contribuciones antes mencionadas se sustentan en dos ideas freudianas básicas:

1.- La idea de que en la esquizofrenia la psicosis es iniciada por el retiro de la catexia libidinal de los objetos, como una forma de defensa, que es *per se* patológica.

¹⁷ FREUD, S. (1923/1981) *El Yo y el Ello*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

¹⁸ FREUD, S. Idem

¹⁹ FREUD, S. (1925/1981) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Obras Completas. España. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

2.- La idea de que esta primera etapa de la enfermedad es generalmente seguida por la segunda, fase reconstitutiva, que está caracterizada por la aparición de delirios y alucinaciones²⁰.

Arlow y Brenner están de acuerdo con Freud en que la esencia de la esquizofrenia es la ruptura con la realidad y que la explicación a dicha ruptura es la decaatización de las representaciones mentales de algunos o todos los objetos del mundo exterior.

Sin embargo, sostiene que ninguna de las dos suposiciones antes mencionadas está justificada actualmente y que ninguna puede ser conservada como una parte integral de la teoría psicoanalítica de las psicosis, ya que son contradichas: en primer lugar por la observación clínica y en segundo, por los conceptos tardíos de la teoría estructural freudiana, particularmente los conceptos de conflicto, ansiedad y regresión defensiva de las funciones del Yo, que explican el fenómeno clínico de las psicosis mejor que los conceptos tempranos de decaatexis y recatexis.

El concepto de decaatexis, es considerado como el proceso patológico que fundamenta el rompimiento con la realidad, los datos clínicos contradicen esta suposición. En los sueños, fantasías y asociaciones obtenidas de pacientes psicóticos, se pueden observar derivaciones instintuales regulares, que involucran representaciones mentales de objeto.

Waelder²¹ señaló que los pacientes que sufren de paranoia algunas veces preservan buenas relaciones objetales, lo que parece invalidar aquellas

²⁰ FREUD, S. (1914/1981) *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

²¹ WAELDER, R. (1951) *The structure of paranoia ideas*. Int. J. Pshycho-Anal. (32).

teorías que consideran la completa pérdida de la catexia como prerequisite para la formación del delirio.

Ahora bien, la máxima expresión del concepto de decaatexia, es que el fenómeno transferencial no puede encontrarse, de hecho, no es posible en los pacientes psicóticos.

Nuevamente la evidencia clínica contradice esta idea. Muchos reportes han sido publicados indicando que la transferencia puede y ocurre en la esquizofrenia. Esta transferencia es transitoria, volátil, inestable y cargada de agresión, pero representa el mismo proceso fundamental que puede ser reconocido en la transferencia de los pacientes neuróticos, p.e. el desplazamiento a la imagen del analista de catexias instintuales originalmente vertidas en objetos infantiles. Las dificultades inherentes a la dirección de la transferencia en la psicosis residen en la no habilidad del Yo del paciente psicótico para arreglárselas con el peligro masivo instintual y con la ansiedad que este engendra. Negar o suprimir cualquier manifestación de transferencia puede ser la opción de defensa para el asediado Yo de los pacientes psicóticos²².

La suposición de que los pacientes psicóticos fallan al percibir la realidad o malinterpretan la realidad debido a que han decaatexizado las representaciones mentales de la realidad, convierten al juicio y a la percepción en una función de la catexia. Jung²³ fue el primero de muchos analistas que dudaron de este punto de vista. Esta teoría ignora el hecho de que en la psicosis, las funciones del Yo de percepción y juicio, junto con muchas otras funciones Yoicas retienen su autonomía en grado

²² SANDLER, J. (2001) *El Paciente y el Analista, las bases del proceso psicoanalítico*. Argentina. Ed. Paidós. P. 85, 86.

²³ JUNG, C.G. (1960) *El contenido de las Psicosis*. Argentina. Ed Paidós. Cap. 6

considerable. El juicio y la percepción no son reflejos directos de cantidades de investidura libidinal.

En ciertas instancias sin embargo puede ser demostrado que lo que parece una ruptura con la realidad fue una respuesta defensiva más que el resultado de la decaatexis. Aprendemos de los pacientes catatónicos, después de que se recuperan del periodo durante el cual estuvieron mudos, fuera del contacto con la realidad, que todo el tiempo que duró el periodo de catatonía ellos percibían correctamente, juzgaban y recordaban todo lo que estaba sucediendo. La palabra real no había sido decaatexizada, el paciente por razones de defensa contra el peligro había evitado responder acerca de lo que estaba percibiendo.

El delirio de que el mundo ha cambiado fundamentalmente y de que se acerca el fin ha sido atribuido a la consciencia endopsíquica del paciente de una redistribución masiva de la investidura libidinal. Este concepto no tiene suficiente peso en el rol de los conflictos de agresión y de culpa. Melanie Klein, Jacobson, Bak y muchos otros han mostrado evidencia que demuestra el significado crucial sobre las derivaciones del impulso instintivo en la psicopatología de las psicosis. Usando la evidencia de las producciones de los pacientes uno puede explicar el delirio del fin del mundo de los pacientes lleno de significado en términos estructurales del conflicto y de la defensa. El delirio de que el mundo comienza a terminar puede representar una proyección defensiva de los deseos de destrucción dirigidos hacia los objetos o hacia el self. En este caso los reproches del Superyó son burlados. La causa del predicamento del mundo es adscrita a las fuerzas fuera del paciente y a su ceguera. Esta explicación puede tomar el lugar de las fantasías de destrucción del mundo en cercana relación con los delirios mesiánicos de salvar al mundo. De hecho estos delirios frecuentemente ocurren juntos. En una visión general de la psicopatología de las psicosis, estos delirios provienen de las diferentes fases de la enfermedad y resultan de dos diferentes tipos de procesos. El delirio del fin del mundo esta

contactado con la fase de decaetaxis; el delirio mesiánico con la fase de restitución. Esto corresponde mejor con los hechos clínicos de considerar los delirios de la destrucción del mundo y de la salvación del mundo como dos lados del conflicto sobre los impulsos agresivos de culpa. .

Ahora bien, explicar los síntomas de la megalomanía sobre la base de la hipercaetaxis de las representaciones del self presenta también importantes dificultades. Si la transformación narcisista es el proceso esencial de la psicosis, a que se debe que no todos los pacientes desarrollen delirios de grandeza. Aunque es cierto que la megalomanía es un síntoma frecuente de la esquizofrenia, no es un síntoma universal. De hecho ha sido observado que muchos pacientes poseen una autoestima (estima por su self) baja. Se sienten improductivos, no importantes e impotentes. Si la megalomanía en la esquizofrenia está relacionada con un crecimiento anormal de la libido, esto sería exactamente lo opuesto a la hipercaetaxia narcisista.

De hecho la megalomanía es un síntoma que resulta del conflicto intrapsíquico y que representa un compromiso (transgresión) entre las fuerzas involucradas en ese conflicto.

Esto motiva la negación de los sentimientos de impotencia, la negación de los sentimientos de culpa e improductividad, la gratificación en la fantasía de deseos infantiles instintuales, especialmente los deseos de omnipotencia, e identificación con un yo ideal agrandado, sin embargo esta no es considerada como una explicación exhaustiva o completa, muchos otros motivos inconscientes y mecanismos de defensa toman su parte en los casos de megalomanía.

Las ideas delirantes (síntomas) implican algo más complicado que un intento por mantener el balance en la economía libidinal. Delirios y

alucinaciones tiene una importante conexión con los conflictos intrapsíquicos del paciente, conflictos que anteceden el inicio de la psicosis y que fueron manejadas por el yo de diferentes maneras. Cualquier explicación de la psicopatología de estos síntomas debe tomar nota de los desórdenes de ciertas funciones fundamentales del yo, entre estas funciones están el contacto con la realidad, la integración, la memoria, la percepción y el juicio. La idea de una hipercatexis o deocatexis de estas funciones no es suficiente para explicar las distorsiones cualitativas que subyacen los procesos psicóticos.

Finalmente, el nuevo mundo de relaciones objetales, reorganizado por los delirios y las alucinaciones es en muy pocas ocasiones la experiencia satisfactoria que uno esperaría de la descarga de la catexia libidinal sobre objetos sustitutos. Es con más frecuencia un mundo de terror y oscuridad. La teoría psicoanalítica de la psicopatología de los delirios y las alucinaciones sirve más para tratar con el problema de la ansiedad y con el fracaso de yo para manejar la ansiedad a través de los mecanismos de defensa que son usualmente usados en la formación del síntoma neurótico.

De esta forma, Arlow y Brenner sugieren que los delirios y las alucinaciones pueden ser explicados siguiendo el campo conceptual de la teoría estructural. En ningún caso una fantasía es el resultado de un conflicto interno del paciente, este conflicto se refiere a deseos instintuales, demandas punitivas del self o ambas. Sin embargo otros mecanismos de defensa pueden estar involucrados en la formación de la fantasía, por ejemplo, la represión, la proyección, la negación, etc. se encuentran entre las defensas del yo y son una alteración regresiva de la prueba de realidad. La habilidad del Yo para distinguir entre la realidad externa y la fantasía particular en cuestión es menoscabada para evitar o minimizar el desarrollo de la ansiedad. Entonces esta fantasía aparece como real para el paciente, en lugar de comenzar una experiencia como de soñar despierto comienza una experiencia de delirio o alucinación. Lo que determina que sea una o la

otra es la presencia o la ausencia de elementos sensoriales en la fantasía. Si existen estos elementos el resultado es una alucinación, si no existen entonces es un delirio.

En este punto Arlow y Brenner sugieren un marco de referencia en el que los datos de la experiencia clínica o el fenómeno de la psicosis pueda ser conceptualizado más coherente y consistentemente, aplicando a la psicosis los tardíos puntos de vista Freudianos del funcionamiento mental explicados en la teoría estructural. De acuerdo con esta teoría, el fenómeno del funcionamiento mental es sistematizado no de acuerdo con su accesibilidad a la conciencia, sino de acuerdo con el papel que juega en el conflicto intrapsíquico. Proponen aplicar a la formación de los síntomas en la psicosis los mismo principios que Freud aplico después de 1926 a la formación de los síntomas en las neurosis. De acuerdo con esta teoría con la presencia del conflicto intrapsíquico (estructural) una situación de peligro se asoma y el yo es invadido por la ansiedad. Para apartar la sobrecarga de ansiedad, el yo instituye un conjunto de maniobras defensivas. El propósito de estas maniobras es controlar, disminuir o contener la ansiedad. El yo trata de realizar diferentes acomodos ente las fuerzas mentales en conflicto.

De entre todos los acomodos que realiza los más importantes para el presente contexto son la formación de síntomas, las distorsiones del carácter y las severas inhibiciones.

Están seguros de que existen diferencias significativas entre las neurosis y las psicosis, estas diferencias aparecen por las variaciones en el grado de severidad de ciertos procesos, por ejemplo, los procesos de fijación, trauma, conflicto, regresión, etc., son cualitativamente los mismos en las dos categorías de enfermedad mental.

Las características que distinguen la psicopatología de las psicosis de la de las neurosis parecen ser las siguientes:

1.- En las psicosis las tendencias instintuales de regresión son más severas y más pronunciadas que en la neurosis. Las fijaciones prefácicas y los conflictos derivados de estos impulsos son particularmente prominentes. Esto sin embargo no excluye el hecho de que el conflicto fálico típico juegue un papel importante en la psicosis.

2.- En la psicosis, los conflictos sobre los impulsos agresivos son más intensos y más frecuentes que en las neurosis, a causa de estos impulsos el paciente tiene una necesidad especial de proteger el objeto de su propia agresión. Como resultado serias disrupciones en las relaciones del paciente con los objetos externos y el ambiente son frecuentes.

3.- En las psicosis, los desórdenes en las funciones del Yo y del Superyó son mucho más severos que en las neurosis. Este quizá es el rasgo más importante que distingue la psicopatología de las psicosis. Los desórdenes en el funcionamiento del Yo y del Superyó pueden ser esperados por no estar bien dotados, por un mal desarrollo o por el deterioro regresivo consecuencia del conflicto. Hartmann²⁴ ha llamado la atención sobre la importancia de estudiar los factores genéticos que pueden ser responsables de una predisposición regresiva de las funciones del Yo en la vida adulta. Bares, del estudio del niño desviado, ha indicado como ciertos traumas en el desarrollo, en fases específicas de la infancia, pueden dejar al yo vulnerable para una participación regresiva posterior. Estas condiciones de vulnerabilidad del Yo facilitan la regresión del Yo de manera similar a la de las fijaciones instintuales.

²⁴ HARTMANN, H., KRIS, E. (1945). *The genetic approach in psicoanálisis*. Psychoanal. Study Child.

El Yo de los pacientes psicóticos es especialmente débil, en el sentido utilizado por Hartmann. El Yo no puede contrarrestar la reinstintualización regresiva de sus funciones, que han realizado previamente un alto grado de autonomía secundaria. Consecuentemente, el conflicto intrapsíquico se convierte en aplastante y el Yo es forzado a tomar medidas extremas de defensa. Entre ellas se encuentran las alteraciones regresivas de sus funciones. Medidas extremas de negación, proyección, aislamiento e introyección son medidas defensivas típicas del Yo en la psicosis. En otras palabras en lugar de conceptualizar la psicopatología de las psicosis sobre las bases de un tipo de defensa, por ejemplo, retirar las catexias de las representaciones objetales, se enfatizan las variaciones del Yo en un amplio rango de actividades defensivas. Estas características específicas de la sintomatología de las psicosis son determinadas por estas actividades defensivas.

Las alteraciones defensivas en el funcionamiento del Yo son frecuentemente tan extensas como las disruptivas relaciones de los pacientes con el mundo, y con sus sentimientos acerca de él.

Estudios detallados de los estados alterados del Yo, comúnmente asociados con psicosis, como despersonalización y otros estados han demostrado que ciertas funciones básicas, como la prueba de realidad, el sentido de identidad, el sentimiento de self y aun la percepción pueden sufrir alteraciones regresivas al servicio de la defensa. Conclusiones similares han sido obtenidas de estudiar las alucinaciones y los delirios.

Muchos ataques de estupor o estado de trance pueden ser entendidos de la misma forma,

Los pacientes psicóticos con frecuencia se percatan de qué poco fiables son las defensas que están acostumbrados a utilizar. Esto provoca en ellos la

más aguda ansiedad. Bajo ciertas circunstancias tienden a retractarse psíquicamente y a inhibir su funcionamiento mental para evitar el estado de pánico. Algunas veces cuando se sienten amenazados por un estado de pánico provocan algún incidente para forzar al ambiente a encarcelarlos. Provocan al ambiente para que funcione como un Yo o un Superyó auxiliar.

Estos son solo algunos ejemplos de cómo los conceptos estructurales pueden ser aplicados a los síntomas psicóticos. Otras manifestaciones de la psicosis pueden ser estudiadas de la misma forma.

Arlow y Brenner enfatizan las alteraciones regresivas de las funciones del Yo bajo el impacto del conflicto intrapsíquico. Enfatizan la parte jugada por los cambios que ocurren en el Yo y el Superyó en la psicopatología de las psicosis. Enfatizan que la regresión en la psicosis no siempre es global, no incluye todas las funciones del Yo y del Superyó, algunas funciones son incluidas en menor grado que otras, de tal forma que los cambios regresivos pueden ser transitorios y reversibles o no.

Las ventajas que plantea esta aproximación teórica a la psicopatología de las psicosis son muchas, entre ellas, las más importantes son:

- 1.- Desde el punto de vista de la teoría, se han ampliado los conceptos psicoanalíticos de la formación del síntoma a la psicopatología de las psicosis. No se sugiere que esta aproximación pueda resolver todos los problemas relacionados con la psicopatología de las psicosis. Se sugiere que los conceptos que Freud aplicó a las neurosis pueden ser aplicados con gran ventaja a las psicosis y que proveen un marco de referencia más útil que los conceptos tempranos de decaetaxis, hipercatexis y recatexis.

2.- Desde el punto de vista de la observación clínica, esta aproximación brinda a la teoría psicoanalítica un encuentro cercano con los datos de la experiencia clínica.

3.- Desde el punto de vista de la terapia, esta aproximación ofrece una base consistente para el tratamiento en casos adecuados. Interpretaciones del conflicto, la motivación, el peligro y la defensa pueden ser utilizadas con los pacientes psicóticos de forma análoga a las interpretaciones usadas en el tratamiento de pacientes neuróticos. Analizando los síntomas de la psicosis, es de fundamental importancia reconocer con precisión qué funciones del Yo y del Superyó están incluidas en el proceso defensivo regresivo. Trabajando con el paciente se vuelve posible investigar los motivos de la defensa y demostrar al paciente como sus síntomas representan un intento de control o de repudio de sus deseos, prescindir del objeto de amor y evitar las consecuencias de las demandas punitivas de un Superyó irracional y exagerado.

En una palabra, se sugiere un camino para reducir la aplastante ansiedad del paciente, lo suficiente como para hacer la vida vivible. Cuando la psicopatología de las psicosis es vista desde este marco de referencia es posible mitigar la intensidad del conflicto intrapsíquico y realzar la función de la integración.

1.3 MELANIE KLEIN

Melanie Klein propone una teoría, en la que, retomando los conocimientos aportados por Freud al respecto del desarrollo psicosexual, e incorporando

el instinto de muerte nos brinda una nueva perspectiva de las vicisitudes del desarrollo emocional del niño.

Propone que el desarrollo emocional del lactante está en función de la agresión y de los mecanismos defensivos utilizados para contrarrestar la acción del instinto de muerte.

Plantea que en el momento del nacimiento existe suficiente Yo como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad.

A partir de este postulado teórico afirma que el desarrollo se llevará a cabo en dos momentos fundamentales a los que denomina como, Posición Esquizo-Paranoide y Posición Depresiva.

a) Posición Esquizo-Paranoide:

La posición esquizo-paranoide inicia en el momento del nacimiento y se caracteriza por la necesidad del Yo de expulsar (proyectar) el instinto de muerte, el cual es responsable de la ansiedad de aniquilación. Esta ansiedad de aniquilación se forma a partir de dos mecanismos básicos: la proyección y la introyección, y de la presencia de un instinto fundamental y constitucionalmente determinado, el instinto de muerte. Klein supone que precisamente por la presencia de este instinto el Yo se escinde dando como resultado lo que ella denomina un Yo bueno y un Yo malo, es decir, un Yo que contiene libido y un Yo que contiene agresión. Sin embargo y para que el Yo pueda lidiar con el instinto de muerte, este se deflexiona, quedando una parte en el Yo y otra parte siendo expulsada junto con el instinto de muerte en forma de agresión. Al proyectar la agresión y el instinto de muerte

así como la libido sobre los objetos surgen los objetos parciales, es decir un pecho bueno, que contiene todas las cualidades y bondades y que se convierte en un objeto ideal y un pecho malo que contiene al instinto de muerte y a la agresión y que se convierte en un objeto persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado, la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios. De esta manera la gratificación es usada también para mantener a raya a la persecución y la frustración se convierte en la amenaza de ser aniquilado por los perseguidores. El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal para identificarse con éste pues le da vida y lo protege y tratar de mantener fuera el objeto malo y las partes del Yo que contienen al instinto de muerte.

Para neutralizar esta ansiedad persecutoria el Yo utiliza los siguientes mecanismos de defensa:

1.- La introyección y la proyección que se utilizan como recurso defensivo cuando el Yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo. También en las situaciones en las que se proyecta lo bueno con la finalidad de mantenerlo a salvo de la maldad interna y en las situaciones en las que se introyectan a los perseguidores e incluso se realiza una identificación con ellos en un intento de controlarlos.

Por lo que se refiere a la personalidad normal, puede decirse que el curso del desarrollo del Yo y de las relaciones de objeto depende del grado en que puede lograrse un óptimo equilibrio entre la introyección y la proyección en los estadios tempranos del desarrollo. Esto, a su vez, influye en la integración del Yo y en la asimilación de objetos internos.

Sin embargo, un aspecto patológico se manifiesta cuando la introyección es sentida como una entrada violenta desde el exterior al interior, lo cual puede conducir al temor de que no sólo el cuerpo, sino también la mente, sean controlados por otras personas en forma hostil. Como resultado puede producirse una aguda perturbación en la introyección de los objetos buenos, perturbación que impedirá el desarrollo tanto de las funciones del yo como de la sexualidad.

2.- La escisión que es considerada por Klein como una tendencia constitucional del Yo en la que no sólo se escinde al Yo para preservarlo del instinto de muerte, sino también se escinde el objeto con la finalidad de proyectar la pulsión agresiva así como la pulsión libidinal, la escisión del objeto tiene la finalidad de mantener separados y a salvo al objeto bueno ideal facilitando el proceso de introyección e identificación con el mismo.

Sin embargo, cuando la escisión es muy intensa el resultado no es una división nítida de objeto en bueno y malo, sino que existe una escisión múltiple en la que se fragmenta en múltiples partes, tanto al Yo como al objeto.

Existen en consecuencia varias clases complejas de escisión que se pueden agrupar de forma sistemática en cuatro tipos, con la ayuda de dos discriminaciones, estas discriminaciones son:

1. Una escisión del objeto o del Yo.
2. Una división coherente (en bueno y malo) o fragmentante.

De este modo, los cuatro tipos posibles de división son:

- a. Una división coherente en el objeto.
- b. Una división coherente en el Yo.
- c. Una fragmentación del objeto.
- d. Una fragmentación del Yo.

3.- La identificación proyectiva fue definida por Klein en 1946 como el prototipo de la relación objetal agresiva²⁵ que representa un ataque anal a un objeto por la vía de insertarle partes del Yo a fin de apoderarse de sus contenidos y controlarlo. Cuando la proyección deriva del impulso a dañar o controlar a la madre, el niño vive a ésta como un perseguidor. En perturbaciones psicóticas, esta identificación de un objeto con las partes odiadas del Yo contribuye a la intensidad del odio dirigido contra los demás. En lo que atañe al Yo, la excesiva escisión de partes de sí mismo y la expulsión de éstas al mundo exterior lo debilita considerablemente.

La identificación proyectiva origina diversas ansiedades, las más importantes son:

1. el miedo de que el objeto atacado proyecte sobre uno en retaliación, y
2. la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas y controladas por el objeto en el que se han proyectado.

4.- La Idealización en la que se aumentan los rasgos buenos y protectores del objeto y se le agregan cualidades. Está ligada a la escisión del objeto, ya que se exageran los aspectos buenos del pecho como salvaguardia contra el temor al pecho persecutorio. La idealización es el corolario del temor persecutorio, pero surge también del poder de los deseos instintivos, que aspiran a una gratificación ilimitada y crean el cuadro de un pecho inagotable y siempre generoso, un pecho ideal.

5.- La negación omnipotente, mecanismo mediante el cual se niega la existencia de los objetos persecutorios, mientras el Yo se identifica con los objetos buenos internalizados e idealizados para contrarrestar la ansiedad persecutoria. La negación omnipotente de la existencia del objeto malo y de la situación dolorosa equivale, en el inconsciente, a la aniquilación por medio del impulso destructivo; no es sólo una situación y un objeto lo que se niega

²⁵ KLEIN, M. (1946/1994). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras Completas. Tomo III. Argentina: Ed. Paidós. p. 17

y aniquila, es una relación de objeto la que sufre este destino, y por tanto, también es negada y aniquilada una parte del Yo, de quien emanan los sentimientos hacia el objeto. La negación de la realidad psíquica sólo se hace posible a través de fuertes sentimientos de omnipotencia, característica esencial de la mente infantil.

6.- El control omnipotente, mecanismo que Klein considera importante tanto para la posición esquizo-paranoide como para la posición depresiva. En la primera se entiende como el control omnipotente del objeto, tanto interno como externo, porque el Yo asume la posesión de ambos pechos con la finalidad de neutralizar la ansiedad persecutoria. En la segunda se utiliza para neutralizar la ansiedad depresiva, la finalidad no es la posesión del objeto, es sólo el control del mismo, porque un objeto controlado sirve para negar la propia dependencia de él de tal forma que se puede devaluar.

Klein destaca la importancia de una tendencia integradora del Yo existente desde el momento del nacimiento que va realizando su función de integrar tanto al yo como a los objetos para que en algún momento puedan ser percibidos y percibirse como objetos totales, cuando esto sucede da inicio la posición depresiva.

b) Posición Depresiva:

Esto ocurre alrededor de los 3 meses de vida, es entonces cuando el sujeto posee una percepción, inicialmente rudimentaria de un objeto total; es decir ya no existen dos pechos, uno bueno y uno malo, sino que ahora existe un sólo pecho que puede tanto perseguir como gratificar, que puede ser tanto objeto persecutorio, como objeto ideal. Al mismo tiempo surge la percepción de la enorme dependencia que tiene el sujeto de su objeto y una actitud de ambivalencia con respecto del mismo. La ansiedad surge ahora de que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado, ya que como expresamos anteriormente, se depende de él. Surge también la necesidad de poseer al objeto, de guardarlo dentro de sí para

protegerlo de su propia destructividad, por lo que el mecanismo defensivo de la introyección se intensifica. Aparece también el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido y la culpa por la sensación de haber perdido a su objeto bueno por su propia destructividad, Surge entonces la necesidad de repararlo, para poder tenerlo nuevamente.

Las experiencias de repetida depresión o desesperación por haber destruido completa e irreparablemente a la madre y su pecho se tornan intolerables y el Yo utiliza las defensas disponibles para evitar estas sensaciones, dichas defensas son: Las Defensas Maniacas

Sólo se supera el dolor y la desesperación de haber destruido al objeto mediante las defensas maniacas, las cuales tienen la finalidad de proteger al Yo de la desesperación total, de impedir la vivencia de ansiedades depresivas y culpa. Estas defensas van cediendo el paso gradualmente a la reparación.

Debido a que el bebé descubre su dependencia de la madre y el valor que ella tiene para él, descubre también la ambivalencia en su relación con este objeto interno y externo y experimenta intensos sentimientos de miedo a la pérdida, duelo, nostalgia y culpa. La organización defensiva maniaca dirige contra todo sentimiento de dependencia, el cual se evitará, negará o invertirá.

La relación maniaca con los objetos se caracteriza por una tríada de sentimientos:

- a) Control
- b) Triunfo
- c) Desprecio

Estos sentimientos corresponden directamente con sentimientos depresivos de valorar al objeto y depender del él, con el miedo y la pérdida y la culpa, y sirven de defensa contra ellos.

a) Control:

Controlar al objeto es una manera de negar la propia dependencia de él, pero al mismo tiempo una manera de obligarlo a satisfacer una necesidad de dependencia, ya que un objeto totalmente controlado, es hasta cierto punto, un objeto con el que se puede contar.

b) Triunfo:

Es la negación de sentimientos depresivos ligados a la importancia afectiva otorgada al objeto, se vincula con la omnipotencia y tiene dos aspectos importantes:

- 1.- El ataque primario infligido al objeto
- 2.- El triunfo experimentado al derrotarlo, especialmente si este ataque está determinado por la envidia.

c) Desprecio:

Se utiliza también para negar cuanto se valora al objeto y actúa como defensa contra la experiencia de pérdida y culpa. Un objeto despreciable no merece que no sienta culpa por él, y el desprecio hacia semejante objeto se convierte en justificación para seguir atacándolo.

Durante esta posición surge también el Superyó y el Complejo de Edipo.

El Superyó tiene sus orígenes en la posición esquizo-paranoide a consecuencia de las internalizaciones que el sujeto realiza de los aspectos

persecutorios e idealizados del pecho bueno y del pecho malo. Sin embargo surge en la posición depresiva en la medida que se consolida la relación con un objeto total. En las fases tempranas de la posición depresiva el objeto persecutor es vivenciado como el autor de castigos crueles y retaliatorios, el objeto idealizado en cambio, con quién el Yo se identifica se convierte en el ideal del Yo. Posteriormente el Superyó pierde algunos de sus aspectos de crueldad y se acerca a una imagen de padres buenos e idealizados, de tal forma que no solo es la fuente de los sentimientos de culpa, sino también un objeto de amor que colabora en la lucha contra los impulsos destructivos.

El complejo de Edipo surge durante la posición depresiva y tiene su origen en la posibilidad del sujeto de percibir un objeto total en la medida que el pecho bueno y el malo se integran. Cuando puede percibir un objeto total, su percepción del mundo cambia y se percata de la existencia de otros objetos, del padre, pero también se percata de la integración de su propio Yo. Con la presencia del padre se forma la tríada edípica. En los estadios tempranos se caracteriza por la intensidad de la ambivalencia (ama y odia a sus objetos), el predominio de las tendencias orales y la incierta elección del objeto sexual. Los ataques celosos y envidiosos se dirigen principalmente hacia la relación de los padres. Conforme va evolucionando, los fines orales, incorporación oral del pecho y del pene, se convierten en deseos uretrales y anales y finalmente en deseos genitales. Tanto para el niño como para la niña, el primer objeto de deseo es el pecho materno y el padre es percibido como rival, pero como existen ansiedades persecutorias y depresivas con respecto al pecho, el padre se convierte rápidamente en el objeto de deseo al que se dirige, apartándose del pecho. Para la niña, este primer acercamiento oral al pene es un paso hacia la heterosexualidad, que prepara el terreno para la situación genital y el deseo de incorporar el pene en su vagina. Pero también contribuye a sus tendencias homosexuales ya que en esta fase el deseo oral se vincula con la incorporación y la identificación. Para el niño este acercamiento al pene paterno es un movimiento hacia la homosexualidad pasiva, pero al mismo tiempo la incorporación del pene lo lleva a identificarse con él y fortalece su heterosexualidad.

Ahora bien, con respecto a la Psicosis, el pensamiento de Klein versa sobre los siguientes puntos:

1. En la temprana infancia surgen las ansiedades características de la psicosis, que conducen al Yo a desarrollar mecanismos de defensa específicos: escisión del objeto y de los impulsos, idealización, negación de la realidad interior y exterior, identificación proyectiva

2. En este periodo se encuentran los puntos de fijación de todas las perturbaciones psicóticas.

3. Las ansiedades psicóticas, los mecanismos y las defensas del Yo en la infancia ejercen una profunda influencia en todos los aspectos del desarrollo, incluyendo el desarrollo del Yo, Superyó y de las relaciones de objeto. Si los temores persecutorios de la posición esquizo-paranoide son muy intensos y si por esta razón (entre otras) el niño no puede superar esta posición, tampoco superará la posición depresiva. Este fracaso puede conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y fortificar los puntos de fijación de graves psicosis (esquizofrenias). Por tanto el desarrollo del Yo, del Superyó y de las relaciones de objeto se verá gravemente afectado conservando e integrando a ellos la angustia de aniquilación.

4. Los temores persecutorios que surgen de los impulsos sádico-orales del niño de recobrar del cuerpo de la madre sus contenidos buenos, y de los impulsos sádico-anales de colocar dentro de ella sus excrementos (incluyendo el deseo de entrar en su cuerpo para poder controlarla desde adentro) son de gran importancia para el desarrollo de la paranoia y de la esquizofrenia.

5. El surgimiento de severas dificultades durante el periodo de la posición depresiva puede provocar perturbaciones maniaco-depresivas en la vida posterior.

6. Para enfrentar la ansiedad el Yo proyecta el instinto de muerte, el cual se liga inmediatamente al objeto primario (pecho materno), sin embargo como este proceso no se logra totalmente, la ansiedad de ser destruido desde adentro sigue activa. En los esquizofrénicos esta ansiedad es tan intensa que el Yo tiende a hacerse pedazos, siendo esta la base de los estados de desintegración esquizofrénica.

7. Cuando la proyección deriva del impulso a dañar o controlar a la madre, el niño siente a ésta como un perseguidor, en perturbaciones psicóticas, esta identificación con las partes odiadas del Yo contribuye a la intensidad del odio dirigido contra los demás.

8. Si estados de escisión y por tanto de desintegración que el Yo no puede superar se producen con excesiva frecuencia y duran demasiado, deben ser considerados, como señales de enfermedad esquizofrénica. Por tanto los estados de despersonalización y de escisión esquizofrénica parecen una regresión a esos estados infantiles de desintegración.

9. Debido a el debilitamiento y el empobrecimiento del Yo, resultado de la excesiva escisión e identificación proyectiva, se vuelve incapaz de asimilar a sus objetos internos, lo que conduce al sentimiento de que es dominado por ellos, Dicho Yo debilitado se siente incapaz de retomar dentro de sí mismo las partes que ha proyectado en el mundo exterior, Estas diversas perturbaciones en el interjuego entre proyección e introyección, que implican excesiva escisión del Yo, tienen un efecto perjudicial en la relación con el

mundo interno y externo, y parecen encontrarse en la raíz de algunas formas de esquizofrenia.

10. En los primeros meses de vida la ansiedad se experimenta predominantemente como miedo a la persecución y esto contribuye a ciertos mecanismos y defensas que caracterizan a la posición esquizo-paranoide, Entre estas defensas, la que más destaca es el mecanismo de escindir los objetos internos y externos, las emociones y al Yo. Estos mecanismos y defensas son parte del desarrollo normal y al mismo tiempo forman la base de la futura enfermedad esquizofrénica.

2 TRANSFERENCIA Y TRANSFERENCIA PSICÓTICA

2.1 TRANSFERENCIA

Sabemos que la transferencia es un proceso común que ocurre en cualquier tipo de relación interpersonal que podamos establecer, pero que en el análisis cobra un significado especial, que aparecerá siempre en todo

proceso analítico y que es indispensable para que dicho proceso se lleve a cabo.

Es Freud el primero en hacer mención de la misma y darle un significado relevante para que se lleve a cabo la cura analítica.

Y es nuevamente Freud quien da claridad al respecto cuando afirma: “El individuo cuyas necesidades eróticas no son satisfechas por la realidad, orientará representaciones libidinosas hacia toda nueva persona que surja en su horizonte, siendo muy probable que las dos porciones de su libido, la capaz de conciencia y la inconsciente, participen en este proceso.”²⁶

De esta forma se comienza a aclarar el proceso de la transferencia, cuando un paciente llega al consultorio en busca de ayuda para mitigar sus sufrimientos emocionales, llega buscando también una figura de autoridad intelectual que le pueda brindar alivio a través de su conocimiento y que pueda satisfacer sus necesidades emocionales “léase eróticas” hasta ese momento insatisfechas, de tal forma que no tardará en orientar esas necesidades hacia la figura del analista. Ahora bien, la cualidad de la necesidad erótica a satisfacer transferida a la figura del analista, variara de sujeto en sujeto, dependiendo del tipo de relaciones eróticas que a ha podido establecer en el transcurso de su vida, y especialmente durante la infancia, en los seis primeros años de vida.

De esta forma la “transferencia no ha sido establecida únicamente por las representaciones libidinosas conscientes, sino también, por las retenidas o inconscientes”²⁷

²⁶ FREUD. S. (1912/1981) *La Dinámica de la Transferencia*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Paidós. p. 1648.

²⁷ Ibid. P. 1649.

Podemos entonces deducir que el proceso de la transferencia, del cual hará uso el analista durante el análisis, es un proceso que escapa al control conciente del paciente, el cual irá surgiendo sin que este pueda hacer nada para evitarlo y sin que se percate de ello. Es el analista quien debe tomar el control y utilizarlo en provecho del paciente y del proceso mismo.

Sin embargo, la transferencia no sólo se nos presenta como uno de los valiosos aliados con los que podemos contar, sino también como la más feroz resistencia, de la cual el paciente permanecerá totalmente inconsciente hasta que sea interpretada.

Para comprender como es que la transferencia se convierte en una resistencia debemos considerar que para que la neurosis se establezca fue necesario un proceso de regresión de la libido, motivado por la falta de satisfacción de la necesidad erótica en la realidad, esta libido que primero ha sufrido un proceso de regresión, después sufre un proceso de represión, de tal forma que su satisfacción queda confinada a un plano inconsciente y regresivo, en el que la satisfacción se encuentra en la parcialidad del impulso pregenital. Por decirlo de alguna forma, es mejor este tipo de satisfacción que ninguno, aún y cuando en la realidad cause frustración y sufrimiento. El paciente buscará la satisfacción de sus necesidades eróticas, pero de la forma como conoce y sabe segura, es decir de forma infantil, matizada por la parcialidad del impulso, integrarlo en un impulso genital y hacerlo conciente es un proceso doloroso y no siempre satisfactorio en primera instancia, es mejor disfrutar un poco, que sufrir, dada la condición infantil del paciente. La transferencia es entonces un proceso al servicio del Yo, el cual busca mantener el precario equilibrio alcanzado, es en esta medida que la transferencia se convierte en una resistencia.

Sin embargo, la transferencia puede manifestarse de diversas formas, o mejor dicho, con diversas cualidades, encontramos entonces una transferencia en la que se depositan en la figura del analista sentimientos de cariño que se descomponen en todos aquellos sentimientos amistosos y tiernos de los que es capaz el paciente de forma consciente y en sus derivaciones inconscientes. Dichos afectos proceden de fuentes eróticas y se encuentran genéticamente enlazados con la sexualidad, esta transferencia es conocida como transferencia positiva. Encontramos también una transferencia en la que se depositan en la figura del analista sentimientos de hostilidad que se descomponen en todos aquellos sentimientos de enojo y reproche de los que es capaz el paciente de forma consciente y en sus derivaciones inconscientes. Dichos afectos proceden asimismo de fuentes eróticas y se encuentran genéticamente enlazados con la sexualidad, esta transferencia es conocida como transferencia negativa.

La resistencia transferencial puede mantenerse en el plano de la transferencia positiva o en el plano de la transferencia negativa, no es la cualidad de la transferencia lo que la convierte en resistencia sino el hecho de estar enlazada con impulsos eróticos reprimidos. La transferencia va a oscilar en el transcurso del tratamiento entre estos dos polos, positiva y negativa.

Sin embargo, no basta con que aparezcan los fenómenos transferenciales en el análisis, es necesario llevar al paciente al plano de la neurosis de transferencia, es decir, conseguir que el paciente deposite en la figura del analista todos sus conflictos edípicos y preedípicos y realice una reedición de los mismos transfiriendo a la figura del analista todas las cualidades de los objetos primarios, se puede decir que cuando esto se consigue inicia la segunda fase del proceso analítico, y se comienza a trabajar técnicamente con el paciente, es decir, se puede iniciar el arduo proceso de la interpretación, a través del cual mostramos al paciente, la impropiedad de sus reacciones transferenciales y lo llevamos del aquí y del ahora, al allá y al

entonces, fuente y origen de todas sus frustraciones y no gratificaciones de sus necesidades eróticas.

Solamente a través de la interpretación de la transferencia podemos deslindar al analista de las cargas transferenciales y resistenciales, ayudando al paciente a reconocer sus propios impulsos y deseos infantiles hasta entonces inconscientes.

Hasta aquí he expresado el punto de vista y comprensión de los fenómenos transferenciales sustentado por Freud, sin embargo con el devenir de la investigación psicoanalítica se ha presentado otro punto de vista con respecto al tema que nos ocupa.

Algunos autores han englobado dentro de las reacciones transferenciales todas las comunicaciones y comportamientos del paciente dentro de la situación analítica, por ejemplo Glover señala que “una adecuada concepción de la transferencia debe reflejar la totalidad del desarrollo del individuo, el paciente desplaza hacia el analista no solamente los afectos e ideas, sino todo lo que alguna vez ha aprendido y olvidado a través de su desarrollo”²⁸, quedando claro que toda comunicación, comportamiento o actuación del paciente es necesariamente transferencial.

Más aún, se ha llegado a suponer que todo comportamiento, incluso el que se presenta fuera de la situación analítica responde exclusivamente a una reedición de formas de comportamiento infantiles, sin tomar en cuenta que si bien puede presentarse la transferencia, esta se vería limitada en la medida que otras personas impondrían al paciente prueba de realidad y con ello las distorsiones que la transferencia pudiera presentar en las relaciones

²⁸ Citado por SANDLER, (2001) *El paciente y el analista*, p. 3

interpersonales se verían disminuidas, imposibilitando o por lo menos limitando considerablemente el surgimiento de la neurosis de transferencia.

El término de Transferencia y Neurosis de Transferencia, adquieren su justo valor, exclusivamente dentro de la situación analítica, ya que es el terapeuta el que contribuirá con su neutralidad a formar el campo propicio y necesario para el surgimiento y despliegue de la neurosis de transferencia, y más aún, el que entenderá e interpretará su contenido, siguiendo a Freud, con la intención de alcanzar la cura analítica, a través de su conocimiento teórico y técnico del psicoanálisis, pero también del conocimiento de su propio inconsciente.

2.2 TRANSFERENCIA PSICOTICA

Freud pensaba que la técnica psicoanalítica no era adecuada para los pacientes psicóticos debido a que no podían establecer una neurosis de transferencia. Este supuesto se basa en las suposiciones concernientes a la economía de la libido. Consideró los procesos patológicos de la esquizofrenia como una transformación de cantidades masivas de libido objeto en libido narcisista.

Sin embargo a partir de la década de 1930, el estudio de la psicosis y el desarrollo de otras posturas teóricas psicoanalíticas, posibilitan el tratamiento a partir de establecer que en la psicosis se desarrolla una psicosis de transferencia.

En la actualidad existe un punto de convergencia, entre los estudiosos de la psicosis, en el que se postula que la etiología de la misma se encuentra en las perturbaciones sufridas durante los estadios pregenitales del desarrollo.

Tenemos entonces dos posturas teóricas, de las que se derivan dos técnicas de tratamiento.

- a) Los teóricos que piensan como Melanie Klein que la relación de objeto se establece de entrada y que sin ella no hay vida mental, (Seagal, Bion y Rosenfeld).
- b) Los que postulan que el desarrollo parte de un momento en el que el sujeto y el objeto no están diferenciados, y existe por lo tanto, una etapa de Narcisismo Primario. (Searles, Mahler y Winnicott).

LA PSICOSIS DE TRANSFERENCIA Y LA TEORÍA KLENIANA.

Fueron los discípulos de Klein, y no ella misma los que en la década de los 40s se aventuraron a tratar formalmente a pacientes psicóticos empleando la técnica clásica, esto es, dejando que se desarrolle una psicosis de transferencia y analizándola sin parámetros. Así como Klein había sostenido que en el niño, no menos que en el neurótico debe interpretarse imparcialmente la transferencia positiva y negativa, sin recurrir a medidas pedagógicas o de apoyo, la misma actitud se adoptará con el psicótico, sin temer que el análisis de la agresión pueda entorpecer el tratamiento o perjudicar al paciente.

Cuando Seagal, Bion y Rosenfeld se deciden a analizar psicóticos cuentan con las herramientas teóricas que Klein había desarrollado en la elaboración de las posiciones y con el valioso concepto de identificación proyectiva.

Cuando Seagal publicó el caso de Edward en 1950 mostró que el abordaje técnico resultó operante. Las únicas diferencias que introdujo Seagal fueron que el análisis inició en el hospital y en la casa y no se le pidió al analizado que se acostara en el diván ni que asociara libremente. La terapeuta mantuvo en todo momento la actitud analítica, sin recurrir al apoyo o a otras medidas psicoterapéuticas, interpretando a la par las defensas y los contenidos, la transferencia positiva y la negativa.

Paralelos a los aportes recién mencionados tenemos a Rosenfeld quién publica *Transference-phenomena and tranference-analysis in an acute catatonic schizophrenic patient*, donde postula que el psicótico desarrolla fenómenos de transferencia positiva y negativa, que el analista puede y debe interpretar y que el paciente comprenderá y responderá a esas interpretaciones confirmándolas o corrigiéndolas.

En un trabajo del mismo año, *Notes on the psycho-analysis of the superego conflict in an acute schizophrenic patient*, Rosenfeld reafirma que si interpretamos los fenómenos transferenciales positivos o negativos que aparecen espontáneamente, evitando estrictamente promover una transferencia positiva con apoyo directo o expresiones de amor, las manifestaciones psicóticas se ligan a la relación con el analista y en la misma forma en que se desarrolla una neurosis de transferencia en el neurótico, se desarrolla lo que podemos llamar una psicosis de transferencia. Como Seagal y Bion, también Rosenfeld piensa que el concepto de identificación proyectiva abre un nuevo campo para la comprensión de la psicosis.

Vemos entonces que la transferencia puede y ocurre en la esquizofrenia. Esta transferencia es transitoria, volátil, inestable y cargada de agresión pero representa el mismo proceso fundamental que puede ser reconocido en la transferencia de los pacientes neuróticos, p.e. el desplazamiento a la imagen del analista de catexias instintuales originalmente vertidas en objetos infantiles. Las dificultades inherentes a la dirección de la transferencia en la psicosis residen en la no habilidad del Yo del paciente psicótico para arreglárselas con el peligro masivo instintual y con la ansiedad que este engendra. Negar o suprimir cualquier manifestación de transferencia puede ser la opción de defensa para el asediado Yo de los pacientes psicóticos.

LA TRANSFERENCIA Y LOS DESARROLLOS TÉCNICOS DE SEARLS.

Entre los autores que postulan que el desarrollo yoico se inicia en un momento de indiferenciación del Yo y de narcisismo primario encontramos a Searls, quien distingue cinco fases evolutivas en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica:

- a) Fase fuera de contacto o sin contacto, corresponde a la etapa autística de Mahler, donde se origina la psicosis homónima. Son los niños que nunca llegaron a participar de una relación simbiótica con la madre. El fenómeno transferencial existe, sin embargo, en cuanto el analista queda de hecho identificado errónea y bizarramente con un objeto pasado. El mayor problema de la contratransferencia es sentirse persistentemente ignorado. Durante esta fase que puede durar meses o años, el paciente y el terapeuta no llegan a establecer una relación afectiva mutua.
- b) Fase de la simbiosis ambivalente, inicia cuando paciente y analista empiezan a estar en contacto. El silencio y la ambigüedad de la comunicación ha ido debilitando los límites del Yo del paciente y el analista y los mecanismos de proyección e introyección por parte de ambos operan con gran intensidad, prestando una base de realidad a la transferencia simbiótica, que en este periodo se caracteriza por una fuerte ambivalencia. Una característica de esta etapa es que la relación con el paciente adquiere una importancia excesiva y absorbente para el analista, que siente peligrar sus relaciones dentro del hospital y hasta en el seno de su familia. La hostilidad alcanza un grado muy alto, y justamente lo decisivo de esta etapa es que analista y analizado comprueben que sobreviven al odio del otro y de uno mismo, asumiendo alternativamente el papel de madre mala.
- c) Fase de la simbiosis preambivalente, en esta fase el analista empieza a aceptar su papel de madre buena para el paciente y recíprocamente, su dependencia infantil ante el paciente que es para él también la madre buena. Los sentimientos no son ahora predominantemente sexuales, sino más bien de tipo maternal. Esta

fase de la terapia reproduce una experiencia infantil feliz con una madre buena en forma concreta en la relación el terapeuta. Alcanzada la etapa del amor preambivalente, no existe ya el temor de perder la individualidad.

- d) Fase de la resolución de la simbiosis, en esta fase vuelven a surgir las necesidades individuales de ambos participantes. El analista comienza a delegar en el paciente la responsabilidad de curarse o la decisión de seguir toda la vida en un hospital psiquiátrico. Aquí es decisivo que la contratransferencia del analista no le haga temer por el futuro del paciente o por su propio prestigio profesional y comprenda que la última palabra estará siempre a cargo del enfermo

- e) La fase de individuación, se alcanza cuando se ha resuelto la simbiosis terapéutica. Esta etapa se prolonga siempre, mientras el paciente va estableciendo verdaderas genuinas relaciones de objeto y enfrenta los problemas propios del análisis del neurótico.

Searles piensa que la etiología de la esquizofrenia debe buscarse en una falla de la simbiosis madre-niño o antes aún si esa simbiosis no llega a formarse por la excesiva ambivalencia de la madre, y sostiene que una transferencia de tipo simbiótico es una fase necesaria en todo análisis y mucho más para el caso psicótico. Piensa que es necesario vivir plenamente primero y gozosamente después la simbiosis para que sin palabras el enfermo evolucione y cambie. Piensa que el destino del paciente psicótico en análisis consiste en poder reproducir en la transferencia la relación simbiótica y esto se logra a través de un vínculo no verbal, donde rara vez llega el momento para hacer interpretaciones transferenciales.

3 CONCEPTOS TEÓRICOS AL RESPECTO DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

3.1 LA TECNICA PSICOANALITICA

Esta metodología de la investigación clínica fue desarrollada por Sigmund Freud a partir del trabajo clínico que realizaba con pacientes que presentaban algún grado de perturbación psíquica, y lo explica en su artículo titulado “El Método Psicoanalítico de Freud” publicado en 1903-1904²⁹

Este método psicoterapéutico surge a partir del procedimiento catártico desarrollado por Joseph Breuer, el cual tenía como premisa básica la utilización de la hipnosis para lograr:

²⁹ FREUD, S. (1903(1981) *El Método Psicoanalítico de Freud*. Obras Completas. Tomo I. España: Ed. Biblioteca Nueva.

Ampliar el campo de la conciencia para conseguir suprimir los síntomas a través de regresar al paciente al estado psíquico en el cual surgieron los mismos por vez primera, emergiendo entonces en el hipnotizado, recuerdos, ideas e impulsos que hasta ese momento habían permanecido fuera del campo de la conciencia.

El síntoma representa entonces una sustitución de procesos psíquicos que no pudieron llegar a la conciencia, al ser comunicados al médico se produce la derivación del afecto concomitante a dichos actos psíquicos, afecto que había quedado detenido en su curso normal.

Sin embargo, este esquema de intervención psicoterapéutica pierde su eficacia al comprobarse que en la génesis del síntoma existe más de una impresión traumática.

Para resolver este problema Freud modifica el procedimiento de Breuer, pero manteniendo la premisa básica de que lo importante, es ampliar el campo de la conciencia, es decir, propiciar que surjan en ella los recuerdos, ideas e impulsos que hasta este momento no son accesibles, pero sin perder de vista que no se trata de un recuerdo único, sino una serie de ellos.

Decide entonces utilizar las ocurrencias espontáneas de sus pacientes, es decir, aquellas asociaciones involuntarias que suelen surgir habitualmente en la trayectoria de un proceso mental determinado, invita a sus pacientes a comunicarle todo aquello que acuda a su pensamiento, aunque lo juzguen secundario, impertinente o incoherente, invita a sus pacientes a que no excluyan idea alguna, por penosa o vergonzosa que pueda parecerles.

Descubre así que en el relato de sus pacientes se pueden observar “olvidos de hechos reales”, “confusiones de las circunstancias de tiempo” o un “relajamiento de las relaciones causales”, es decir, algún tipo de amnesia, descubre también que cuando pide a sus pacientes que intenten llenar estas lagunas de memoria, reaccionan con todo tipo de críticas hacia sus asociaciones y acaban por sentirse molestos, cuando al fin surge el recuerdo. De estos hechos deduce Freud que las amnesias son el resultado de un proceso al que llama represión, deduce también que en la resistencia que se opone a la reconstrucción de los hechos se encuentran las fuerzas psíquicas que produjeron tal represión.

En esta relación de las ocurrencias no intencionadas con el material psíquico reprimido reposa el valor de la técnica terapéutica. Freud posee ahora un procedimiento, que hace posible llegar a lo reprimido partiendo de las ocurrencias, deduciendo de las deformaciones de lo deformado, puede hacer también asequible a la conciencia, sin recurrir al hipnotismo, lo que antes era inconsciente para la vida anímica.

Además de las ocurrencias del paciente, son objeto de interpretación los sueños, los actos involuntarios y casuales (actos sintomáticos) y los errores de la vida cotidiana (equivocaciones orales, extravío de objetos, etc.).

Una vez que establece Freud³⁰ el método psicoanalítico, establece también las reglas que se deben seguir para su aplicación, las cuales son:

1.- No aceptar pacientes con parafrenias, pues el psicoanálisis no les ayuda.

³⁰ FREUD, S. (1912) *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas. España. Ed. Biblioteca Nueva. Tomo II

- 2.- Hablar extensamente con el paciente antes de iniciar el tratamiento, explicándole la regla básica que consiste en que comunique sin crítica ni selección alguna todo lo que se le vaya ocurriendo.
- 3.- Fijar con claridad el día y la hora del tratamiento y especificar los honorarios de la consulta, haciéndole saber que deberán cubrirse asista o no, a la consulta.
- 4.- Establecer un número mínimo de 3 sesiones por semana.
- 5.- Utilizar la atención flotante, que consiste en retener en la memoria todo lo que vaya comunicando el paciente, sin intentar retener algo específico.
- 6.- No tomar anotaciones, pues se interrumpe la atención flotante y se interfiere en la manifestación de la memoria inconsciente.
- 7.- Imponer silencio a todos los afectos, incluso a la compasión.
- 8.- Permanecer impenetrable para el enfermo y no mostrar, como en un espejo, más que aquello que le es mostrado.
- 9.- No realizar interpretaciones antes de establecer con el paciente una transferencia aprovechable (neurosis de transferencia).
- 10.- Tener en cuenta que el paciente debe descubrir por sí mismo el núcleo patógeno, si se le revela producirá un efecto contrario en la cura incrementando las resistencias, sólo después de haber vencido las resistencias comenzará un proceso de cambio mental.
- 11.- No aceptar pacientes con los que se mantenga una relación de amistad.
- 12.- Nunca llevar a cabo un tratamiento en forma gratuita.
- 13.- No elaborar un caso científicamente antes de haber concluido el tratamiento.
- 14.- Realizar un análisis personal.
- 15.- No favorecer la colaboración intelectual del analizado.

16.- No intentar conseguir la aprobación o el apoyo de los familiares al tratamiento proporcionándoles literatura psicoanalítica.

17.- No intentar una actividad sublimatoria excesiva en el paciente.

Por lo que respecta a los pacientes, estable también algunas reglas:

1.- Explicarle al paciente que puede interrumpir el tratamiento cuando así lo desee.

2.- Explicarle que debe colocarse en un diván para hablar de sus dolencias y que el analista estará situado justo detrás de él.

3.- Se le pide que no ejerza crítica alguna sobre sus producciones inconscientes.

4.- Se le pide que no lea literatura psicoanalítica durante el tratamiento.

Se plantea ahora a plantear lo referente a la situación analítica.

Lo primero que tenemos que hacer es definir el concepto de situación analítica, y en términos del lenguaje ordinario tenemos que situación significa situar, es decir, poner una persona o cosa en un determinado lugar, entonces tenemos que el análisis se lleva a cabo en la situación analítica.

Esta situación analítica se ha definido como una relación entre dos personas que se atienen a ciertas reglas de comportamiento para realizar una tarea determinada, que destaca dos papeles bien definidos, de analizado y de analista. La tarea que estas dos personas se proponen consiste en la exploración del inconsciente de una de ellas con la participación técnica de la otra.

Al definir la situación analítica como una relación entre dos personas que se reúnen para llevar a cabo una determinada tarea, estamos comenzando a hablar de un proceso. La diferencia entre situación y proceso reside en que la primera tiene una referencia espacial y el segundo incluye una noción de tiempo.

Ahora bien, la situación analítica se convierte en un campo, definido como la zona de interacción entre el organismo y su medio. De esta manera el campo no es solo el lugar donde se lleva a cabo la situación analítica, sino el lugar donde se lleva a cabo la interacción entre el analista y el analizado.

El campo psicoanalítico tiene una estructura espacial y temporal, que demarcan el consultorio del analista y el acuerdo previo sobre la duración y el ritmo de las sesiones.

Una vez definidas las reglas y la situación analítica, planteemos ahora las etapas del análisis. El proceso psicoanalítico incluye 3 fases con elementos distinguibles entre sí que las caracterizan.

a) Fase 1 La Apertura del Análisis.

Inicia con la primera sesión y puede extenderse entre dos y tres meses en casos de pacientes neuróticos, en pacientes especiales como psicóticos, perversos, psicópatas, adictos o limítrofes no se aplica este criterio

Se caracteriza por los ajustes que surgen entre los dos participantes mientras plantean sus expectativas y tratan de comprender las del otro.

Glover menciona que esta etapa está caracterizada por la transferencia flotante, es decir, el paciente fluctúa continuamente en sus afectos hacia el analista, con el tiempo, dichos afectos se van delimitando y definiendo hasta establecerse de manera mucho más uniforme, es entonces cuando el paciente ingresa a la neurosis de transferencia. Una vez establecida dicha neurosis comienza la interpretación de la misma.

La técnica kleniana lleva al analista a interpretar los contenidos inconscientes desde un inicio, con la intención de modificar la ansiedad y de modular el "setting" analítico, a diferencia de la aportación clásica donde se prefiere establecer primero el rapport.

Al inicio del análisis, de acuerdo con Gitelson, se establece una relación diádica entre psicoanalista y paciente a la cual se le denominó ecuación anaclítico-diatrófica, en donde el paciente (como el bebé con su madre) siente la necesidad de un "soporte del Yo", el cual genera espontáneamente una reacción contratransferencial diatrófica, es decir, de ayuda, de Yo auxiliar que satisface las necesidades del paciente. A esta respuesta diatrófica se le puede denominar rapport, y permite que más adelante se establezca la neurosis de transferencia con características triangulares edípicas.

Gitelson comenta que la situación diádica no puede ser interpretable debido a lo primario de su origen.

b) Fase 2 Etapa Media.

Es la más creativa y larga, menos sistematizable, comienza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego: asociación libre, interpretación, ambiente permisivo pero no directivo, etc. se extiende hasta

que la enfermedad originaria o su sustituto, la neurosis de transferencia, se haya modificado sustancialmente. Se distingue por las continuas fluctuaciones del proceso, con sus mareas de regresión y progresión siempre regidas por el nivel de la resistencia.

El establecimiento de la neurosis de transferencia inaugura la segunda etapa del análisis. La neurosis de transferencia es triádica edípica, lo que permite su analizabilidad, a diferencia de la relación diádica que se presenta al inicio del tratamiento y que no puede ser interpretable, todo analizado debe tener resueltos ya sus conflictos diádicos para garantizar los resultados del tratamiento, esto en opinión de la Psicología del Yo de y Freud mismo.

c) Fase 3 La Terminación del Análisis.

Se caracteriza normalmente por cierta pena ante la despedida, la alegría por haber llegado a la meta y la incertidumbre por lo por venir.

Comienza cuando el paciente y el analista acuerdan que están entrando en la etapa final, ésta dura alrededor de dos años y culmina cuando se acuerda una fecha de terminación que habrá de medirse en meses.

El análisis termina cuando se ha superado la situación infantil en la que se encontraba el paciente.

3.2 LA TECNICA PSICOANALITICA EN LA PSICOSIS.

Aun cuando la técnica psicoanalítica se desprende una de una teoría desarrollada para tratar pacientes neuróticos, en la que en un principio se

pensaba que no podía aplicarse al tratamiento de los padecimientos psicóticos, el desarrollo de nuevas concepciones teóricas favoreció el camino para intentar su tratamiento.

Se sabe ahora que un efecto psicoanalítico sobre las psicosis, específicamente sobre la esquizofrenia es posible, debido a que la regresión narcisista nunca es completa, el análisis puede utilizar los remanentes de relaciones con la realidad, así como también los intentos espontáneos de recuperación por parte del paciente.

Un intento por irrumpir en la actitud regresiva del paciente, de forma tal que el terapeuta se convierta en parte de su vida, puede tener éxito, la intención es hacerlo volver al mundo de los objetos. Afortunadamente todos los esquizofrénicos mantienen alguna clase de contacto o de contacto sustituto con la realidad.

La idea de que los psicóticos no transfieren sus conflictos infantiles al analista es errónea, la transferencia existe y es volátil, intensa e impredecible, Una vez establecida, una nunca sabe por cuánto tiempo se mantendrá.

En la esquizofrenia la parte del Yo que coopera con el analista es mínima, y aún, este pequeño remanente no ofrece garantía alguna.

El análisis de las transferencias psicóticas permite conocer gradualmente las causas primarias, que pueden explicar la incapacidad y el sufrimiento yoico. La intensidad de los afectos primitivos revividos en la transferencia, manifiesta la intensidad de las relaciones objetales primitivas, deficitarias y traumáticas. Lo que revive el análisis son los momentos narcisistas, sus defensas y los grandes sufrimientos psíquicos en que se fueron gestando las estructuras patológicas. El paciente, por compulsión repetitiva, vive su

ansiedad primitiva y sus situaciones conflictivas arcaicas dentro de las formaciones psicóticas volcadas al proceso analítico y el análisis aporta una relación inédita para que puedan ser conocidas e interpretadas.

Allí donde no ha quedado más que un pequeño contacto espontáneo con la realidad, el analista tendrá que seducir realmente al paciente, tratando de hacerse atrayente, y cuando sea necesario, prestarse a descender al mismo nivel del paciente. Pero dado que el mero hecho de participar en el mundo fantástico del paciente nunca podrá curar, será necesario que el analista conduzca lentamente al paciente a considerar el carácter fantástico de este mundo y a darse cuenta nuevamente del mundo real.

Cuando se analiza la transferencia psicótica se le da un nombre a aquellas emociones que nunca tuvieron una representación adecuada y se propone un modelo de funcionamiento primitivo patógeno dentro de una relación objetal, lo cual constituye una hipótesis de reconstrucción de la vida temprana.

El paciente se siente abrumado pasivamente por experiencias dolorosas o terroríficas que nunca pudo enfrentar ni elaborar, ni fueron comprendidas, ni tuvieron una respuesta empática por parte de los objetos primarios en los primeros momentos de vida. En ellas las pulsiones mantienen la fuerza ciega e irracional con que originalmente aparecieron. Los objetos de estas pulsiones son parciales y se caracterizan por ser irremplazables, inmodificables y siempre presentes en el psiquismo. Su naturaleza corresponde al psiquismo temprano.

Abraham aconsejaba, en general, que en los pacientes narcisistas se debe tratar de establecer y mantener activamente una transferencia positiva, El analista debe ser ante todo el representante de la realidad y conseguir por

todos los medios que el paciente se percate de la misma y de sus intentos de escapar de ella. Se debe aprovechar, enfatiza Abraham, todo contacto que el paciente tenga con la realidad y fortalecerlo, incluso mediante la discusión de leves detalles de la vida diaria.

De acuerdo con esta visión se debe evitar perturbar demasiado pronto la transferencia, a través del análisis de la misma.

Sin embargo, este requisito es difícil de cumplir debido a tres situaciones fundamentales:

a) Para el analista es muy difícil poder prever o valorar los factores poco visibles objetivamente, que pueden perturbar la transferencia.

b) El paciente puede sentir la relación transferencial más como una peligrosa tentación que como una gratificación y por lo tanto puede intentar huir, y

c) La transferencia como tal no es la realidad un análisis, sin análisis de la transferencia no es posible.

De manera general podemos decir que el análisis de la transferencia en las psicosis se divide en dos fases:

1.- La fase preanalítica, que tiene como único objetivo establecer y mantener el contacto con el paciente, en ella, el analista intenta dar a la psicosis, en cuanto a la transferencia se refiere, la mayor semejanza posible con una neurosis. En caso de ser posible, sería bueno poder observar el comportamiento del paciente durante todo el día y tener la posibilidad de ejercer influencia sobre él mediante medidas extraanalíticas.

2.- El análisis como tal, el cual será diferente del análisis de una neurosis ya que hay que tener en cuenta la disposición del paciente a reaccionar con una pérdida del contacto con la realidad.

En la práctica, sin embargo, estas dos fases se entrelazan. El periodo preanalítico, sirve al mismo tiempo para hacer que el paciente cobre consciencia de su enfermedad y para estimular su deseo de ser curado, en algunos pacientes, se puede comenzar el análisis desde el primer momento. No es forzoso que la labor analítica tendiente a despertar y reforzar el contacto con la realidad se limite a la relación con el analista mismo

El objetivo de la terapia es hacer que el paciente se enfrente con la realidad interna y externa, y no simplemente participar en sus fantasías al margen de la realidad, puede ser necesario, sin embargo, participar en ellas durante algún tiempo, a fin de demostrar al paciente que es entendido y de ganar su confianza.

Pero ¿Cómo se realiza la interpretación en la Esquizofrenia?

Interpretar quiere decir señalar al paciente los impulsos que éste está rechazando y de los cuales, no obstante, es capaz de darse cuenta si su atención es dirigida hacia ellos. En un esquizofrénico que se retrae de la realidad amenazante o tentadora, para regresar a estados primitivos, en los que la elaboración de las fantasías se hacía sin considerar para nada la realidad (proceso primario), los impulsos rechazados, aquellos de los que habría que hacer que se dé cuenta corresponden a la realidad de la que se ha retraído y al hecho de esta retracción.

Interpretar y construir sobre lo captado en la transferencia es el aporte del analista, algo que no había sucedido antes en el desarrollo mental del sujeto,

y que tiende a suministrar elementos que el Yo siempre necesitó para cumplir un proceso evolutivo, tanto en los aspectos afectivos como en los cognitivos.

El paciente psicótico trae al análisis una biografía disociada, inconexa, desarticulada, incompleta, con lagunas, confusiones, condensaciones y un franco o larvado colorido delirante. A partir de estos datos y manifestaciones, es que se tratará de reconstruir internamente una nueva biografía más integrada, haciéndola del conocimiento del paciente en las situaciones transferenciales adecuadas.

Si esta historia integrada y relacionada con experiencias emocionales es lo suficientemente coincidente, permitirá que el paciente haga una labor de procesamiento y significación, y finalmente, llegue a un conocimiento más cabal e integrado de sí mismo. Es decir ha conseguido una reconstrucción y reorganización constructiva a la luz de la transferencia. De esta manera, afectos, fantasías y dificultades yoicas primitivas van perdiendo su acción abrumadora sobre la mente. Las organizaciones delirantes, refugio del Yo sufriente en el narcisismo patológico, van cediendo a la realidad.

La tarea más difícil para el terapeuta es la de encontrar una actitud intermedia, demasiado amistosa puede ser tomada por el paciente como un intento de seducción tendiente a una temida aniquilación, de lo que desearía escapar mediante una regresión narcisista, demasiado objetiva no favorecería el establecimiento de una transferencia positiva.

La neurosis representa una regresión a la sexualidad infantil, la esquizofrenia representa una regresión a las etapas primitivas del Yo.

4 APROXIMACIÓN PSIQUIÁTRICA AL CONOCIMIENTO DE LAS PSICOSIS.

4.1 MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV

ESQUIZOFRENIA.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o durante un periodo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y atención. Ningún síntoma es patognomónico de la esquizofrenia, el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito)

1.- Ideas delirantes.

2.- Alucinaciones.

3.- Lenguaje desorganizado.

4.- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

5.- Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B. Disfunción social o laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio

depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realiza si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episodio con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si. Con síntomas negativos o acusados.

Episodio sin síntomas residuales interepisódicos.

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación): especificar también si: con síntomas negativos o acusados.

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos o acusados.

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Subtipos de Esquizofrenia.

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. El diagnóstico de un subtipo particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación y por lo tanto puede cambiar con el tiempo.

Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo desorganizado siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca el tipo catatónico); se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado). El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

Esquizofrenia tipo Paranoide:

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática (celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen organizarse alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira o

tendencia a discutir. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira pueden predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente por lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Paranoide:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado.

Esquizofrenia Tipo Desorganizado:

Las características principales del tipo desorganizado de Esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental, puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. No se cumplen criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento.

Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Desorganizado:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- 1.- Lenguaje Desorganizado
- 2.- Comportamiento desorganizado
- 3.- Afectividad aplanada o inapropiada.

B.- No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Esquizofrenia Tipo Catatónico:

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cética) o estupor. Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La

ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, o autolesiones. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe incluir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Catatónico:

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1.- Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor

- 2.- Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).

- 3.- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.

- 4.- Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

5.- Ecolalia o Ecopraxia.

Esquizofrenia Tipo Indiferenciado:

La característica esencial del tipo indiferenciada de la esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el criterio A de la esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Indiferenciado:

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del criterio A pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Esquizofrenia Tipo Residual:

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero el cuadro clínico actual no es patente de la existencia de síntomas psicóticos, tales como, ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Residual:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A.- Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada, tales como, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

1. Tipo de Investigación.

La presente investigación se lleva a cabo dentro del marco del tipo de investigación cualitativa³¹, la cual se basa en métodos de recolección de datos sin que intervenga la medición numérica, tiene la finalidad de descubrir o afinar preguntas de investigación y puede o no probar hipótesis durante el proceso de interpretación.

Se basa en la observación y la descripción del fenómeno a estudiar, es un proceso de investigación flexible que se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. El énfasis no está en medir las variables involucradas en dicho fenómeno, sino en entenderlo

Tiene el propósito de reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido.

Se enfoca en áreas o temas significativos de investigación y puede desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección de los datos, busca con esto la dispersión o expansión de la información.

Dentro de las diferentes estrategias de investigación cualitativa encontramos el estudio de caso, estrategia ideal para esta investigación porque se basa en el análisis repetido y a profundidad del objeto de estudio.

Para esta investigación realizamos el estudio de un caso clínico, el cual proporciona información tanto de las desviaciones, como del funcionamiento normal de la personalidad.

³¹ HERNÁNDEZ. R. (2004). Metodología de la investigación. México. Ed. Mc Graw Hill.

El método psicoterapéutico en el que está basado este estudio de caso es el que corresponde a la teoría psicoanalítica y la finalidad es la de analizar las modificaciones a la técnica psicoanalítica que se llevan a cabo durante el proceso terapéutico con un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide.

2. Participantes

En este estudio de caso el participante fue un chico de 19 años de edad, de estatura y complexión media, cabello rubio y ojos grandes y verdes.

3. Escenario.

Esta investigación se lleva a cabo por un periodo de aproximadamente dos años. Se inicia en las instalaciones del hospital, lugar donde R. se encontraba internado. Los lugares utilizados durante la fase hospitalaria fueron:

- La habitación que se le asigna como paciente hospitalario.
- El comedor asignado a los pacientes del área psiquiátrica.

El hospital donde se inició éste trabajo psicoterapéutico, es un hospital general, lo que significa que tiene área asignadas para cada una de las especialidades médicas.

Por lo que respecta al área asignada a psiquiátrica, ésta consta de 3 niveles; en el primer nivel se encuentran las habitaciones asignadas a los pacientes privados, son 4 habitaciones y se hospitalizan tanto pacientes masculinos como femeninos.

El segundo y tercer nivel se designa para los pacientes de hospital, esto es, pacientes que llegaron directamente al hospital buscando atención médica y que no fueron referidos por algún médico en específico; el segundo nivel se asigna a los pacientes masculinos y el tercero a los pacientes femeninos, cada nivel consta de 5 habitaciones.

Todos los niveles cuentan con un espacio de comedor.

Todos los pacientes que ingresan, ya sea al área privada o de hospital, son valorados psiquiátrica y psicológicamente, posterior a ésta valoración se discute el caso y se toman las medidas necesarias para su tratamiento.

En todos los casos se realiza un trabajo conjunto (médico residente, psiquiatría, psicología y enfermería) para que los pacientes acepten tomar sus medicamentos y para generar consciencia de enfermedad.

Durante la fase ambulatoria los lugares utilizados fueron:

- El consultorio asignado a psiquiatría y psicología dentro del hospital.
- Las calles cercanas al hospital.
- La tienda de abarrotes cercana al hospital.
- El parque público cercano al hospital.
- Algunas escuelas preparatorias de la ciudad de Morelia.

4. Técnica de Recolección de datos.

La técnica principal de recolección de datos fue la que corresponde al proceso de estudio de caso, en esta investigación la información se obtuvo a

partir de las sesiones del proceso psicoterapéutico, las cuales implican un intercambio de información en el que el paciente comunica de manera libre y espontánea lo que viene a su mente, sin que exista una guía direccional. La información que el paciente comunica es interpretada sistemáticamente bajo el eje rector de la teoría psicoanalítica.

Las sesiones se llevaron a cabo en los escenarios antes mencionados y el tiempo de duración de las mismas variaba de acuerdo con las necesidades emocionales del paciente.

Durante el periodo de internamiento se llevaron a cabo tres sesiones diarias, una vez que egresó, se pactaron sesiones semanales.

La constancia en las sesiones semanales se rompió cuando la familia salió de vacaciones y a su regreso fue necesario atenderlo dos veces por semana para después regresar al contrato original de una vez por semana.

5. Técnica Psicoterapéutica utilizada.

Para llevar a cabo este estudio se utilizó el procedimiento psicoterapéutico establecido por Sigmund Freud³², basado en la interpretación sistemática del contenido inconsciente que el paciente comunica a través de su discurso, actos fallidos y sueños.

Cabe mencionar que éste procedimiento fue creado para atender pacientes neuróticos y que para llevarse a cabo deben seguirse indicaciones precisas:

³² FREUD, S. (1903/1981) *El Método Psicoanalítico de Freud*. Obras Completas. Tomo I. España: Ed. Biblioteca Nueva.

- 1.- Establecer la regla básica del tratamiento que implica que el paciente comunique de manera libre y espontánea, sin restricción, ni distinción, las asociaciones que lleguen a su mente
- 2.- Establecer el setting, es decir, el lugar donde se llevarán a cabo las sesiones, éste lugar debe ser siempre el mismo, silencioso y no contener elementos de distracción. La sesión no deberá llevarse a cabo fuera del setting.
- 3.- Establecer el número de sesiones a trabajar semanalmente.
- 4.- Establecer el tiempo que durará cada sesión, el cual fluctúa entre una hora y cincuenta minutos.
- 5- Establecer el costo de la sesión.
- 6.- Establecer el tiempo de vacaciones.

En éste caso se realizaron algunas modificaciones en éste procedimiento.

- 1.- El lugar del setting varió en relación con las necesidades específicas de éste paciente. Estas variaciones se explican en el rubro correspondiente a Escenario
- 2.- El número de sesiones varió en relación a las necesidades específicas del paciente.
- 3.- El tiempo de duración de las sesiones varió en relación con las necesidades específicas del paciente.

Estas variaciones se explican en el rubro correspondiente a la técnica de recolección de datos.

CAPITULO III. RESULTADOS

3. I PRESENTACIÓN DEL CASO.

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de Identificación:

Nombre: R.

Edad: 19 años.

Sexo: Masculino.

Escolaridad: Segundo año de Bachillerato.

Religión: Católica.

Estado Civil: Soltero.

Motivo de Consulta:

El paciente es internado como consecuencia de presentar un brote psicótico con características catatónicas, todos los pacientes que ingresan al área de psiquiatría son valorados psicológicamente, es por esto que se realiza la evaluación psicológica.

Descripción del Paciente:

El paciente tiene 19 años de edad, es de estatura y complexión media, cabello rubio y ojos grandes y verdes.

Anamnesis:

Fuente de información: Los padres y el paciente.

El paciente, del cual se hace referencia, es derivado a consulta por el Servicio de Psiquiatría del hospital donde he trabajado. La intención primera de entrevistarle fue la de confirmar desde la psicodinamia el diagnóstico de Esquizofrenia, determinar el tipo de la misma y la posibilidad de terapia de corte psicoanalítico.

El primer contacto con el paciente fue determinante para asumir la posibilidad de trabajo terapéutico, ya que aún y cuando se encontraba en franco brote psicótico, presentando alucinaciones de tipo auditivo en la que las voces que escuchaba le ordenaban alejarse de los demás porque estos lo iban a agredir fue posible establecer un primer contacto y conseguir que el paciente aceptara un poco de alimento. Este hecho abrió el camino hacia

una relación terapéutica caracterizada por una transferencia masiva, evidentemente de corte psicótico y reacciones contratransferenciales que han marcado la pauta para la interpretación y las modificaciones técnicas que se han venido introduciendo.

Antecedentes de la Consulta.

Los síntomas inician después del fallecimiento de la abuela materna, cuando cursaba el segundo año de preparatoria, al regresar del entierro y estando en la que fuera la casa de la abuela comienza a sentirse muy triste y solo, permaneciendo dormido toda la mañana durante una semana, tiempo que la familia permanece en la casa de los abuelos maternos.

Al regresar a su casa esta sensación de soledad y tristeza se incrementa, por lo que el paciente pasa ahora todo el día dormido, despertándose sólo cuando sus papás o hermanos lo llaman. Deja de comer y de preocuparse por sus responsabilidades escolares, así como de asearse.

Poco tiempo después aparece una sensación de extrañeza de sí mismo, "Era como si yo, no fuera yo, como si alguien estuviera controlándome", y aparecen las primeras alucinaciones de tipo auditivo, en las que escucha voces, le dicen que "se va a ir al infierno por todos sus pecados" y que comienzan a ordenarle que "mate a sus padres y se salga de la casa". Le dicen además que "todo el mundo es una porquería".

Cuando comienzan las alucinaciones comienza también el insomnio y una marcada ansiedad manifestándose en la imposibilidad de permanecer por más de 5 minutos en un solo lugar. Comienza a realizar algunos rituales nocturnos, tales como asegurarse de que todas las puertas y ventanas estén bien cerradas, vigilar a los vecinos y a sus padres y hermanos. Ante esta

situación los papás deciden llevarlo con una Psicóloga para que realice una valoración y por recomendación de la misma acuden a consulta psiquiátrica comenzando a recibir psicofármacos.

Aproximadamente 4 meses después y a consecuencia de que los padres no observan mejoría, es llevado para ser valorado por otro psiquiatra, quien realiza un cambio de medicamentos. Por decisión de los padres, ya que la abuela materna fallece de un tumor cerebral, le realizan una tomografía y en electroencefalograma, sin encontrar anomalías. Con este cambio de medicamentos no se observa mejoría y sí se incrementa el miedo, pues ahora siente que todos intentan hacerle daño, y escucha voces que le dicen que lo van a matar porque es un puto.

También comienza a sentir que los hombres lo miran con la intención de estudiar sus hábitos para emboscarlo, violarlo y matarlo. Por esta razón deja de salir a la calle y permanece todo el tiempo recluido en la casa, saliendo de su recámara solamente cuando se encuentra solo. De acuerdo con sus padres, durante este periodo lo observan mutista, apático, y con falta de interés hacia el mundo en general.

Unos meses después es llevado a consulta con un neurólogo y el paciente recuerda haber hablado con este médico de Dios, expresa que ya tenía preparado lo que le iba a decir y lo que le iba a contestar, porque no lo iba a sorprender con las preguntas que hacen los médicos, pues no confiaba en ellos, además por el hecho de ser hombre, pensaba que quería saber de él para después violarlo y matarlo. Acude con este médico una sola ocasión. Permanece así aproximadamente un año, tiempo durante el cual no es llevado a consulta con ningún otro médico y los padres se hacen cargo del tratamiento.

Después de este tiempo comienza a sentirse un poco menos temeroso, ya que las alucinaciones pierden intensidad, apareciendo con menos frecuencia, y los temores paranoides disminuyen. Ya no piensa que otra persona le va a hacer daño, ahora siente que son fantasmas o algo espiritual. Reingresa a la preparatoria, pero no se puede relacionar con nadie, permanece distante y con actitud amenazante. Por lo que respecta a la familia, el paciente comienza a relacionarse un poco más con ellos, tratando de interactuar, pero siempre con suspicacia y desconfianza.

Sus papás deciden entonces venir a vivir a Michoacán, lugar de origen del padre, y el paciente y una hermana se quedan a vivir en Culiacán, en la casa de una tía, hermana de su mamá, para terminar la Preparatoria. Sin embargo, la desintegración de su familia le afecta profundamente, reapareciendo el miedo y las actitudes paranoides, por lo que deja de acudir a la escuela y permanece todo el tiempo en la casa, dormido y viendo la televisión, evita relacionarse con sus Tíos y primos y aún con su hermana, La Familia se muestra tolerante ante esta situación, permitiéndole que haga lo que quiera y supervisando únicamente que tome sus medicamentos. Cuando termina el ciclo escolar, el paciente y su hermana llegan a vivir a Tacámbaro, lugar de residencia de sus padres y hermanos.

Nuevamente intentan sus padres que acuda a la escuela, y nuevamente el paciente se niega, aquí los síntomas se intensifican reapareciendo las alucinaciones auditivas que le ordenan que mate a sus padres y que se vaya de la casa. Permanece todo el tiempo encerrado en su habitación, reapareciendo el mutismo, el insomnio y las ideas delirantes de daño y persecución. Permanece así alrededor de 3 meses, una noche cuando su padre llega a casa lo encuentra como siempre encerrado en su habitación, acostado y rígido, sin responder a la estimulación. Esta situación asusta al padre, quien decide llevarlo a un hospital para que lo atiendan.

Antecedentes del problema y padecimiento actual:

Historia Familiar:

Los padres del paciente tienen 48 y 45 años de edad respectivamente. De profesión médicos. Al parecer la relación entre ellos es buena, ya que no refieren tener discusiones o pleitos continuos, sin embargo la comunicación es muy pobre debido en parte a sus horarios de trabajo. La madre trabaja durante el día y el padre durante la tarde y noche, alternando sus guardias en el hospital. Ambos descansan por lo general los fines de semana, tiempo que la madre aprovecha para dedicarse casi por completo a las labores del hogar, mientras que el padre ingiere con regularidad bebidas alcohólicas por la tarde del sábado. Esta actividad la realiza generalmente en su casa, acompañado de parientes o amigos, o a solas y hasta llegar a la embriaguez.

La madre no comparte el alcoholismo del padre, pero lo tolera aparentemente sin queja. La afición del padre por el alcohol se manifiesta desde el noviazgo, sin embargo ha venido incrementándose en frecuencia y cantidad con el paso del tiempo. Hasta la fecha, este alcoholismo no ha interferido con el desempeño de su trabajo. La relación del paciente con sus padres es muy pobre, durante la semana cuando su mamá llega de trabajar este se encuentra en su habitación y prácticamente no sale de ahí, sin embargo ella trata de involucrarlo en las labores de la casa pidiéndole que realice algunas actividades como limpiar la mesa después de comer o lavar los trastes.

El paciente refiere que es muy difícil comunicarse con ella, porque las pocas veces que le dan ganas de conversar, ella le responde de forma ambivalente, "Es como si te dijera una cosa y te estuviera dando a entender

otra”, además siente que lo vigila constantemente y tiene que cuidarse de ella. La madre acostumbra entrar a su habitación sin tocar la puerta en cualquier momento, de noche o de día, lo que lo obliga a encerrarse en el baño para masturbarse. El padre del paciente pasa la mañana viendo televisión y en ocasiones arreglando los desperfectos que surgen en la casa.

Es percibido por el paciente como “muy enojón” por lo que tiene mucho miedo de él, conversan generalmente cuando el padre está tomando porque es cuando le pregunta sobre lo que le sucede e intenta aconsejarlo o llamarle la atención. Los fines de semana la madre intenta involucrarlo aún más en las actividades del hogar y lo pone a hacer los mandados, situación ante la cual experimenta mucho miedo pues tiene que salir de su casa. El padre permanece viendo televisión o bebiendo.

Tiene cuatro hermanos todos menores que él relacionándose muy poco con ellos, con él que más conversa es con su hermano ya que comparten la habitación, sin embargo éste casi nunca está en casa, pasa el tiempo en la escuela, actualmente se encuentra estudiando la preparatoria o jugando futbol americano.

Con la hermana que sigue de él algunas veces conversa ya que ella lo busca para preguntarle cómo se encuentra, sin embargo esto no ocurre con frecuencia ya que está estudiando medicina y tiene poco tiempo para dedicarle. La siguiente hermana es la que más se encuentra en casa y se encarga con frecuencia de preparar los alimentos y asear la casa, ella lo trata con mucha paciencia y tolerancia, intenta cuidarlo y al principio del tratamiento era la encargada de llevarlo a consulta, algunas veces le pide que le ayude a hacer su tarea poniéndolo a realizar algún tipo de manualidades debido a que está estudiando para ser Educadora. El paciente refiere que se siente cómodo con ella, pero que casi no le habla.

La hermana menor prácticamente no se relaciona con el paciente, evita acercarse a él y se dedica a estudiar la Secundaria y a hacer diseños de vestidos pues quiere estar siempre a la moda.

Actualmente tienen poca relación con la familia de origen tanto del padre como de la madre, ya que la primera vive en Zitácuaro y la segunda en Sinaloa. Sin embargo acostumbran viajar durante las vacaciones de verano y los fines de año a Sinaloa. Estos viajes causan hasta la fecha alteraciones significativas en la conducta del paciente. Siempre regresa muy delirante y la intensidad y frecuencia de las alucinaciones auditivas aumenta considerablemente. Refiere que no tiene buena relación con sus primos, ya que estos son muy burlones y siempre le “echan carrilla”. Sólo se mantiene en contacto con una prima de su edad, la cual le despierta impulsos eróticos intensos. Con frecuencia se masturba pensando en ella. Por lo que se refiere a la familia paterna, la relación es aún menos frecuente, los ve quizá una vez al año y prácticamente no habla con ellos, pues se encuentran involucrados en su sistema delirante.

La economía de la familia es buena, perteneciendo al grupo de la clase media alta, sin embargo no viven con lujos, sino por el contrario limitados, ya que los padres tienen el proyecto de comprar una casa para cada uno de sus hijos. Por lo que respecta a los gastos que surgen del tratamiento del paciente los padres se han mostrado renuentes a cubrirlos, con frecuencia se atrasan en el pago de las sesiones y olvidan comprar los medicamentos, situación que ha provocado algunas recaídas, sin que éstas hayan ameritado hospitalización.

La interacción de la familia con otros grupos se lleva a cabo de la siguiente manera, el padre se relaciona principalmente a partir de su alcoholismo por lo que hace amigos que también gustan de beber en la casa, la mamá se relaciona casi exclusivamente con los amigos de su marido. La hermana

mayor tiene un buen grupo de amigos, la mayoría compañeros de la Universidad, la siguiente hermana es menos sociable, tiene pocas amigas en la escuela y se relaciona principalmente con los amigos de su hermano. La hermana menor es todavía menos sociable, se relaciona poco con sus compañeros de escuela, así como con sus hermanos y padres. El hermano hace amistades con facilidad, pero estas son en apariencia muchachos con problemas familiares que gustan de beber y usar drogas. El paciente en este momento no sale de su casa casi para nada y se relaciona principalmente con la terapeuta.

La familia ha cambiado varias veces de lugar de residencia debido a los cambios de trabajo de sus padres, ha sido difícil para los hijos adaptarse a estos cambios y relacionarse en cada ciudad con los nuevos compañeros. Actualmente viven en Tacámbaro y los padres están esperando poder conseguir un cambio en el trabajo a la ciudad de Morelia para venir a vivir aquí, al parecer con la intención de quedarse definitivamente.

Entre los antecedentes importantes para la enfermedad del paciente se encuentra el hecho que la abuela materna padecía de esquizofrenia, sin que la madre haya querido precisar el tipo de la misma. Al parecer esta estuvo bajo tratamiento psicofarmacológico durante muchos años, sin embargo no se sabe cuando inició esta enfermedad, como tampoco la evolución de la misma. La abuela fallece al parecer a consecuencia de un tumor cerebral. Cabe mencionar que todos los tíos del paciente, hermanos de la madre, han estado bajo tratamiento psiquiátrico en alguna ocasión, pero al parecer ninguno padece la enfermedad. Por la rama paterna encontramos alcoholismo en todos los hermanos del padre.

El tipo de relaciones objetales del paciente se caracteriza por la escisión, reaccionando ante ellos de acuerdo a sí son percibidos como objetos buenos o malos.

El contacto que establece con su madre es prácticamente nulo, evita relacionarse con ella y generalmente le responde con monosílabos, la percibe como sumamente amenazante, la escisión se manifiesta en madre mala, terapeuta buena. Dentro del sistema delirante del paciente la madre es el principal objeto persecutor y cuando se siente muy amenazado por esta, las alucinaciones le ordenan matarla. Con respecto al padre la relación es mucho mejor, acepta conversar con él, pero piensa que debe tener cuidado ya que ésta se encuentra influenciado por la maldad materna.

Generalmente se relacionan cuando el padre esta bebiendo. Con los hermanos se relacionan muy poco y prácticamente no le interesa nada con respecto de ellos, desconoce sus actividades y generalmente no se percata si están en casa, al parecer no están incluidos dentro del sistema delirante. La relación con la terapeuta es en términos de objeto bueno y protector, especialmente de las alucinaciones, la voz de la terapeuta ha sido incluida dentro del sistema alucinatorio y aparece como una voz que aleja y lucha contra las alucinaciones que le ordenan agredir o que le indican que va a ser agredido. No tiene conciencia de enfermedad.

La actitud con respecto a la enfermedad del paciente fue en una primera etapa de negación, asumiendo que los síntomas podían ser el resultado de alguna lesión cerebral, específicamente de un tumor, ya que el primer brote psicótico se presenta inmediatamente después del fallecimiento de la abuela materna.

También se atribuyeron los primeros síntomas a una crisis adolescente. Ha sido tratado por varios psiquiatras, sin embargo los padres asumen una actitud de poca credibilidad ante las indicaciones de los mismos, Hasta antes del último brote psicótico, el cual amerita hospitalización, los padres se hacían cargo del tratamiento psicofarmacológico, manejando el tipo de medicamentos y la dosis.

Historia personal:

El paciente nace sin complicaciones y como resultado de un parto normal y de término, durante el embarazo tampoco se presentan complicaciones, sin embargo la madre refiere que se encontraba muy nerviosa ya que el matrimonio es consecuencia del embarazo de la madre. No informó a sus padres del embarazo porque estos son muy católicos, especialmente el padre y pensaba que lo iba a defraudar, además de que era un pecado. Los padres reciben con agrado la noticia de la boda y al parecer no se percatan del embarazo aún cuando el paciente nace aparentemente antes de lo esperado. Es recibido con gusto por los abuelos, tanto paternos como maternos.

El desarrollo psicomotor fue dentro de parámetros normales. La madre se hacía cargo de cuidarlo, y decide estudiar la especialidad de pediatría para poder hacerse cargo de las enfermedades de su hijo, aún y cuando el paciente fue en términos generales un niño sano. Aparentemente comenzó a mostrarse retraído y poco sociable hasta que inicia el Jardín de niños. Recuerda haber sido un niño aislado y poco sociable, que pasaba los recreos con la maestra, no tenía amigos pues prefería jugar a solas. Tenía miedo de ir a la escuela, miedo que persiste durante casi todo el tiempo que estudió.

Prefería jugar con sus hermanas, pero le molestaba que le dijeran que tenía que cuidarlas por ser el mayor. No recuerdan, ni el paciente, ni sus padres, si presentó algún tipo de reacción cuando nacieron sus hermanos. Refiere

que algunas veces jugaba con su papá, pero que esto casi no sucedía pues este generalmente se encontraba de mal humor, llegaba de trabajar a ver la televisión y no le gustaba que lo interrumpieran. Le tenía mucho miedo a su padre, por lo que prefirió “esconder sus emociones”. Recuerda que alguna vez jugó a las cosquillas con él y sus hermanas pero asegura que esto casi no sucedía.

Durante la adolescencia se muestra agresivo con su hermano, lo golpeaba con frecuencia si no hacía lo que él quería. Con sus hermanas se relacionaba poco y pasaba el tiempo jugando solo. La masturbación se convirtió en una de sus actividades preferidas, pero su mamá lo vigilaba constantemente, por lo que prefería encerrarse en el baño, ya que ahí no podía entrar.

Recuerda que su mamá revisaba sus trusas y siempre le decía que era un cochino pues estaban manchadas, también revisaba las sábanas de su cama y las cambiaba constantemente porque olían mal. Prácticamente no se relacionaba con las mujeres pues le tenía mucho miedo y pensaba que si alguna le gustaba era un pecado. Hasta la fecha no ha tenido novia y tampoco actividad sexual.

Le gustaba jugar al fútbol y de acuerdo con su papá era muy bueno, tenía posibilidades de jugar de manera profesional, sin embargo desde que se manifestó la esquizofrenia juega muy poco. No era un elemento querido en el equipo, ya que sus compañeros se quejaban de que siempre jugaba solo y no sabía jugar en equipo, por lo que algunas veces no le permitieron jugar.

A consecuencia de la enfermedad y como parte del sistema delirante, las creencias religiosas se incrementaron, especialmente como miedo al infierno y al castigo divino por sus pensamientos sexuales, ya que frecuentemente se masturba pensando en una prima que le gusta mucho.

No ha utilizado drogas, tabaco o alcohol, aún y cuando algunas veces su papá lo invita a tomar con él.

Pautas de Ajuste durante la vida adulta:

Historia Escolar:

Inicia el Jardín de Niños a la edad de 4 años en Navojoa, Sonora. Refiere haber sido un niño tranquilo, no recuerda haber tenido amigos, ni jugar con ellos durante el recreo, sino pasar la mayor parte del tiempo con la maestra y jugar solo cuando ella no estaba con él. No recuerda haber llorado cuando se quedaba en la escuela, refiere que tenía mucho miedo de su papá porque este era muy estricto por lo que dice que inventó el método de esconder todo lo que sentía y no decírselo a nadie.

Estudió en una escuela de gobierno y laica y era llevado y recogido de la escuela por su mamá.

A la edad de 6 años inicia la instrucción primaria también en Navojoa, donde cursa hasta la mitad del tercer año escolar, tiene algunos problemas de aprovechamiento, especialmente en matemáticas pues no entendía la clase y no podía aprenderse las tablas de multiplicar. Su mamá lo ponía a estudiar por las tardes y recuerda haberle hecho trampa ya que como no se podía aprender las tablas se las anotaba en el brazo y cuando su mamá se las preguntaba el volteaba a ver ahí los resultados que no recordaba, piensa que su mamá se percataba de esta trampa, sin embargo nunca le llamó la atención.

No le importaba mejorar su aprovechamiento escolar pues sentía que a sus padres esto no les importaba tampoco. Nuevamente se muestra como un niño solitario y poco sociable, pasa los recreos solo y no le gustaba relacionarse con sus compañeros pues les tenía miedo. Recuerda haber estado sentado en una banca viendo como jugaban sus compañeros y que al verlo solo la maestra se sentó junto a él y le cambió los zapatos pues los traía al revés. Recuerda que su papá se enojaba mucho porque no se sabía poner los zapatos bien y tampoco sabía abrochárselos por lo que lo regañaba constantemente. Él le tenía mucho miedo.

Cuando cursaba la mitad del tercer año de primaria sus papás deciden cambiar de lugar de residencia para tener mayores beneficios económicos, se mudan a la ciudad de Agua Prieta, Sonora donde termina el tercer año. Refiere que en esta escuela tuvo un amigo con el que andaba para todas partes, pero que una vez discutió con él a golpes y nunca más le volvió a hablar. Nunca se adaptó a la escuela y terminó el año con bajas calificaciones.

Comienza a tomar clases de Karate por las tardes y va con su papá quien también toma clases en la misma escuela. Refiere que estas clases nunca le gustaron y que su papá lo obligaba a ir pues le decía que tenía que aprender a defenderse para que nadie nunca abusara de él, sin embargo, le tenía mucho miedo a sus compañeros y sobre todo a que lo golpearan, por lo que siempre perdía rápido, conseguía que no lo golpearan pero su papá se enojaba mucho con él.

Al terminar el ciclo escolar se cambian nuevamente de ciudad, debido a que su papá ya no quiere vivir ahí porque es una ciudad fronteriza y se trasladan a Guamuchil, Sinaloa lugar donde termina la primaria. A esta escuela se adapta mejor y logra hacer amigos. Acude a clases de regularización de matemáticas por las tardes, en la misma escuela, como resultado de la propuesta que a este respecto le hace la maestra a sus padres.

Las clases de regularización le agradan y comienza a entender un poco mejor por lo que sus calificaciones mejoran. Sin embargo el no presta atención a este hecho, le importa mucho más que ahora tiene amigos y puede jugar. También le gusta ir porque le permite faltar al Karate, al llegar a Guamuchil su papá lo inscribe nuevamente en una escuela de Karate y nuevamente lo obliga a acudir a la misma aún y cuando se ha percatado de que tiene miedo. Refiere que a veces inventaba que le dolía el estómago para no ir, pero que su papá de todas formas lo llevaba. Deja de asistir cuando en una pelea comienza a llorar y se muestra muy atemorizado, el maestro le recomienda al padre que mejor lo lleve a practicar otro deporte, pues el niño tiene mucho miedo. Su papá lo saca de la escuela pero lo regaña por miedoso y le dice que se siente muy avergonzado de él.

A pesar de este incidente, refiere que estos años de primaria fueron los mejores en la escuela, pues se sentía tranquilo y tenía amigos.

Al terminar el sexto año de primaria, la familia se traslada a vivir a la ciudad de Guadalajara, debido a que sus padres, médicos de profesión, deciden estudiar una especialidad. En esta ciudad cursa el primer y segundo año de secundaria y refiere que le va muy mal, reaparecen sus problemas con las matemáticas y su aislamiento.

Refiere que sentía que el ambiente de la escuela era muy agresivo y que tenía mucho miedo de sus maestros, los cuales lo regañaban constantemente por su bajo aprovechamiento y distracción. Sin embargo logra hacer algunos amigos, ya que se une al equipo de fútbol, sin embargo solamente comparte con ellos cuando juega, pues fuera de la cancha siente que lo rechazan y teme acercarse a ellos.

El Tercer año de Secundaria lo inicia en Navolato, Sinaloa, lugar al que se trasladan él y sus hermanos para vivir con sus abuelos maternos, mientras sus padres hacen el servicio social en una comunidad cercana a esta ciudad. El cambio le afecta muchísimo, su rendimiento escolar baja aún más, su aislamiento se incrementa y comienza a sentir que sus compañeros se burlan de él porque tiene miedo de realizar las actividades que le asignan en el taller (soldadura), también siente que los maestros son aún más estrictos que en las escuelas anteriores.

Esta percepción se ve favorecida por el hecho de que en esta ciudad se encuentra establecida casi toda su familia materna y algunos de sus tíos conocen a sus maestros, por lo que siente que a él lo presionan más. Un mes antes de finalizar el ciclo escolar deja de asistir a la escuela, refiere que ya no tiene ganas de levantarse, por lo que se pasa todo el día dormido. Sus abuelos se percatan de esta situación, pero no lo obligan a asistir y sus papás regresan justo a tiempo para obligarlo a ir a la escuela el último día de clases y recibir sus papeles de terminación. Esto lo consigue gracias a que sus Tíos conocen al Director.

Como sus papás terminan el servicio social, les proponen vivir en Guadalajara o en Guamuchil, él y sus hermanos escogen Guamuchil, porque ahí la pasaron bien y se traslada la familia a esta ciudad donde inicia la instrucción preparatoria.

Comienza a estudiar en el Cebetis (Bachillerato tecnológico) en el área de electricidad y torno. Siente que ahí las clases son más duras y los profesores más estrictos, nuevamente tiene problemas con las matemáticas. Como le asignan el turno vespertino, comienza a faltar a clases, ya que pasa la noche viendo la televisión y toda la mañana dormido por lo que no estudia ni hace las tareas.

Su papá le reclama e intenta obligarlo a que asista a la escuela, pero como no está por las mañanas porque trabaja en ese turno, él sigue sin asistir y termina reprobando el año. Refiere que comenzó a perder las ganas de hacer cosas y no sentía interés por nada ni por nadie.

Después de esto, sus papás lo convencieron para que entrara a estudiar la preparatoria en la Universidad Autónoma de Sinaloa, pero el paciente se rehusaba porque refiere que no tenía ganas de hacer nada. Finalmente ingresa a cursar el primer año en el turno matutino, comienza a sentir que no está tan difícil y comienza a hacer algunos amigos a través de jugar futbol.

Refiere que se dedicaba a aprenderse todo de memoria para poder pasar los exámenes, pero que en realidad entendía muy poco.

Los amigos con los que consiguió relacionarse eran todos del futbol y solamente interactuaban cuando jugaban, pero si se encontraban en clases o en la escuela no hablaba con ellos pues sentía que se burlaban de él y que lo rechazaban. En el equipo comienza a tener problemas ya que no hacía en juego de equipo, cuando le llegaba el balón siempre jugaba como si estuviera solo en la cancha, su sensación era precisamente ésta, la de estar solo, y aún cuando estaban sus compañeros, para él era como si no existieran, refiere que en ese momento no se percataba de su existencia.

Con su método de estudio logra terminar el primer año de preparatoria con un promedio muy bajo e inicia el segundo año. En este año continúa con el mismo método de estudio el cual le sirve para ir pasando, pero sus relaciones interpersonales empeoran, ya no logra relacionarse ni siquiera

con sus compañeros del Fútbol, su actitud se torna hostil y temerosa y finalmente lo expulsan del equipo.

Asiste a la escuela obligado por su padre, el cual lo lleva y frecuentemente va por él, para evitar que se salga de clases y se vaya a dormir o a ver televisión a su casa.

Por intermediación de su papá lo invitan a jugar al equipo de su antigua escuela, es decir el Cebetis, donde logra penosamente relacionarse con sus compañeros de equipo, sin embargo le preguntan con frecuencia si le ocurre algo porque observan en él una conducta extraña, tal como no hablar con nadie y mostrarse siempre a la defensiva.

Para finalizar el año escolar fallece su abuela materna y como viaja a Navolato para el funeral no presenta el examen final de matemáticas. Dice que el profesor no le creyó que hubiera faltado a causa del fallecimiento de su abuela y presenta un examen extraordinario que reprueba, su papá habla con el maestro y consigue que lo pasen, aún y cuando el paciente pide que lo reprueben.

En este momento se presenta de manera franca el primer brote psicótico. Los padres deciden venir a vivir a Michoacán, lugar de origen del padre, de tal suerte que sus padres y tres de sus hermanos vienen para acá y el paciente y una de sus hermanas se trasladan a vivir a Culiacán, en casa de sus tíos en donde comienza en una nueva escuela y ciudad el tercer año de preparatoria.

Como ya estaba instalado el cuadro psicótico y en ese momento el sistema delirante y alucinatorio era muy intenso, el paciente no acude a la escuela y pasa el año en casa de sus tíos encerrados en su habitación y durmiendo y

viendo televisión todo el día, no se relaciona con nadie, los tíos toleran su conducta y le permiten llevar este tipo de vida, solamente se hacen cargo de que nunca le falten sus medicamentos. Al terminar el ciclo escolar y habiéndolo reprobado, vienen él y su hermana a vivir a Tacámbaro.

Área Sexual:

En esta área la información es poca y confusa, los padres del paciente evitan el tema y eluden las preguntas que se han formulado. Por ésta razón se ha considerado adecuado no insistir al respecto y la poca información que se tiene es la que se ha podido recabar con el paciente.

No se sabe nada al respecto de las primeras informaciones acerca de la sexualidad, pero se infiere que esta fue vivida en un ambiente de represión. No estaba permitido hablar al respecto y al parecer los padres consideran cualquier manifestación de la misma en la infancia como un pecado y algo que debe ser reprimido inmediatamente.

Los primeros recuerdos del paciente son de la adolescencia, cuando ocurren las primeras eyaculaciones nocturnas, refiere que su mamá se encontraba muy preocupada por este hecho y que lo hacía sentir que era algo malo y desagradable, además de que no era normal.

De acuerdo con el paciente lo vigilaba con frecuencia entrando a su habitación en cualquier momento y preguntándole insistentemente sobre lo que estaba haciendo, inmediatamente después lo mandaba a lavarse las manos y se las revisaba. Con su ropa interior realizaba más o menos la misma operación, la examinaba cuidadosamente y cuando las encontraba sucias lo llamaba para regañarlo por su mal comportamiento.

El paciente comienza a masturbarse, pero no puede hacerlo en su habitación por lo que pasa mucho tiempo encerrado en el baño para poder hacerlo, sin embargo, su mamá piensa que esta conducta es sospechosa y comienza a realizarle exámenes médicos con la intención de descartar alguna enfermedad.

Al no encontrar nada, lo vigila cada vez que entra al baño, apresurándolo a salir de ahí. Nunca ha tenido novia y tampoco relaciones sexuales, el pensar en esa posibilidad le causa pánico. Algunas veces las alucinaciones se incrementan cuando se masturba pensando en su prima, entonces le dicen que merece todos los castigos por su conducta pecaminosa y que el infierno lo está esperando. Cuando deja de masturbarse por esta razón, entonces las voces comienzan a decirle que es puto, y que cualquier hombre que vea o conozca lo va a violar para que se vuelva macho.

Área familiar:

En el momento presente las relaciones con su familia son casi nulas, permanece la mayor parte del tiempo encerrado en su habitación y no se comunica con nadie. Se limita a responder con monosílabos las preguntas que se le formulan. Sin embargo esto es fácil de conseguir ya que pasa la mayor parte del tiempo solo en su casa.

Sus padres por lo general se encuentran trabajando y sus hermanos en la escuela, ninguno de ellos quiere relacionarse con él. Los fines de semana se repite más o menos la misma dinámica, la diferencia es que su mamá está casi todo el tiempo en casa e intenta involucrarlo en las actividades

domésticas que ella realiza obteniendo una escasa respuesta por parte del paciente.

Cuando la familia sale él rechaza acompañarlos pues los temores paranoides se intensifican fuera de su casa. Sale casi exclusivamente para acudir a la terapia y siempre va acompañado por su mamá o hermana.

Área Social:

Siempre ha sido difícil para el paciente relacionarse con los demás, no tiene amigos y al parecer a lo largo de su vida no ha conseguido establecer ningún tipo de relación de amistad. En ocasiones conversa un poco con los amigos de su hermanos, más con la intención de averiguar a que van y que pretenden que con la de socializar, expresa que si habla con ellos es para saber cómo debe defenderse y que tan peligrosos son.

Área Laboral:

Nunca ha trabajado.

Utilización del tiempo libre:

Pasa todo el tiempo en su casa o habitación, dormido o viendo la televisión, no tiene interés en realizar algún otro tipo de actividad. Cuando el sistema

delirante o alucinatorio de intensifica para el tiempo con angustia, tratando de decidir qué debe hacer para defenderse y negándose a obedecer las órdenes que le dan.

Examen Mental:

Se trata de paciente masculino de 19 años de edad, que se encuentra desalineado y sucio vistiendo ropa de hospital, mal orientado en tiempo y espacio no así en persona con conciencia clara y pensamiento coherente pero incongruente con la realidad de curso rápido e impregnado de ideas delirantes de daño y persecución en el que piensa que se va a ir al infierno por cometer muchos pecados, que lo están esperando para juzgarlo y que Dios lo va a castigar.

Piensa que está siendo vigilado por Dios y su mamá los cuales lo van a dañar provocándole sufrimientos que no puede describir. Además encontramos alucinaciones de tipo auditivo en las que las voces que escucha son masculinas y le dicen que debe matar a sus padres y escapar, además le dicen que es homosexual y que eso Dios lo aborrece por lo que merece ser violado, no manifiesta alucinaciones de tipo visual.

Se encuentra intranquilo y en actitud alucinada, negativista y a la defensiva, escondido debajo de la cama. Se niega a salir de ahí, aún y cuando existe la posibilidad de ser sacado a la fuerza. A presentado insomnio de varias semanas y la noche de su internamiento lo encontraron acostado en posición rígida, con los ojos abiertos y mirando al techo, no respondía a los estímulos externos.

Cuando logra salir se muestra dócil para ser llevado a sentarse pero continúa diciendo que es homosexual y que se están burlando de él las voces que escucha.

3.2 TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO.

A continuación se presenta, a partir del uso de tablas siguientes, el trabajo realizado durante aproximadamente 2 años de tratamiento psicoterapéutico, desde que el paciente ingresa al hospital y hasta que ingresa a la escuela a cursar el tercer año del Bachillerato.

Ésta presentación se encuentra dividida en cuatro rubros, mismos que pertenecen a los ejes temáticos:

a) Número de Sesiones³³: en éste apartado se indica el número de sesiones de trabajo psicoterapéutico realizadas. La primera sesión se describe integra y las siguientes sesiones se describen por bloques de acuerdo al material que va aportando el caso.

b) Procedimiento Psicoterapéutico: en éste apartado se presenta el material que va exponiendo el paciente durante las sesiones y la interpretación sistemática de los deseos inconscientes del mismo.

c) Líneas de trabajo: En éste apartado se describen los propósitos que tiene la terapeuta cuando realiza algún tipo de intervención. Estas intervenciones son fundamentalmente de tipo interpretativo, sin embargo, se llevan a cabo

³³ El número de sesiones no se considera eje temático, sirve únicamente para organizar cronológicamente la información.

también intervenciones con la finalidad de favorecer la toma de medicamentos y la socialización.

d) Modificaciones a la técnica psicoanalítica: En éste apartado se describen los cambios que realiza la terapeuta en la técnica psicoanalítica. Estas modificaciones se llevan a cabo por lo que respecta al setting analítico y a la neutralidad del terapeuta.

FASE HOSPITALARIA.

Fase Hospitalaria

Esta primera fase se lleva a cabo durante el periodo de hospitalización, el cual fue de 3 semanas.

Se realizan 3 sesiones diarias en diferentes horas del día y de acuerdo con los horarios hospitalarios, teniendo un total de 63 sesiones.

El tiempo de duración de cada sesión fluctúa.

Número Sesiones	Procedimiento Psicoterapéutico	Líneas de Trabajo	Modificaciones a la técnica psicoanalítica
1	Cuando se lleva a cabo la primera interacción con el paciente lo encuentro en el cubículo que se le asigna como paciente de hospital en el área privada, se encuentra metido debajo de la cama, escondiéndose de las enfermeras y de su papá. Se encuentra en posición fetal y oponiendo resistencia para salir de ahí, tanto las enfermeras como su papá han estado intentando convencerlo de que salga y empiezan a perder la calma intentando sacarlo por la fuerza. Me agacho para verlo e intentar un primer contacto y me advierten que puede ser agresivo, sin embargo lo percibo sumamente asustado, negándose a obedecer las órdenes que se le dan, con la mirada en un punto fijo pero no agresiva y en actitud delirante, evidenciando graves dificultades en el contacto con la realidad.		

	<p>Se encuentra vestido con ropa de hospital, desalineado y sucio. Comienza a hablar diciendo “No te voy a obedecer” “Se están burlando de mi” y “no soy puto”, lo que hace evidente su sistema alucinatorio</p> <p>T.- Inicio intentando establecer algún contacto visual, una vez que lo consigo le digo: Tu nombre es R</p> <p>P.- Después de algunos minutos responde con un movimiento de cabeza afirmativo sin cambiar de posición y sin dejar de mirar hacia el mismo punto y continúa diciendo ya te dije que no soy puto.</p> <p>T.- Yo sé que no eres puto, eres R. pero ellos no saben que tu y yo lo sabemos por eso te lo dicen.</p> <p>P.- (después de un rato) Tú los conoces.</p> <p>T.- Sé que te están insultando</p> <p>P.- Me mira con desconfianza y mueve la cabeza afirmativamente pero no pronuncia palabra alguna.</p> <p>T.- Se que en este momento estas escuchando voces que te dicen cosas muy desagradables.</p> <p>P.- (Después de un rato) Si</p> <p>T.- Se que esas voces te están amenazando y quieren destruirte.</p> <p>P.- Me mira nuevamente y esta vez no realiza afirmación alguna.</p> <p>T.- Te están insultando.</p> <p>P.- (Después de un rato) Si</p> <p>T.- Yo no les tengo miedo.</p> <p>P.- Me mira y parece confundido.</p> <p>T.- Le extiende la mano.</p>	<p>La primera intención es establecer algún tipo de contacto con R. para tratar de que salga de su escondite y evitar que lo lastimen al forzarlo a salir.</p>	<p>El tratamiento se inicia dentro del ambiente hospitalario, en el primer contacto con R. y con intervenciones que le confirman que sé que es lo que le sucede, lo que da por resultado la manifestación de la transferencia positiva masiva y regresiva</p>
--	--	--	---

	<p>P.- (Después de un rato) Extiende su mano y toma la mía. T.- Tomo su mano con firmeza y lo jalo invitándolo a salir. P.- Me van a matar. T.-Lo jalo nuevamente, no pueden hacerlo porque te vamos a cuidar. P.- Comienza a salir. T.- Lo siento en el sillón y me siento junto a él sin soltar su mano y sin dejar de mirarlo. P.- Tengo miedo y comienza a mostrarse ansioso. T.- Le pido a la enfermera que me acerque el desayuno y le doy una cucharada de gelatina. P.- Acepta la comida y comienza a tranquilizarse. T.- Le doy de comer un poco más diciéndole que es comida buena, que ésta comida lo va a proteger. P.- Acepta algunas cucharadas más y comienza a bostezar. T.- Le pido que descanse y le aseguro que en un rato voy a regresar para hablar con él.</p>	<p>Al hacerle saber que sé lo que le sucede se muestra primero confundido, pero después confía y acepta salir. También acepta tomar la comida a la cual se le da la connotación de buena y protectora. Aquí aparece la primera manifestación de transferencia masiva y positiva, la cual se mantendrá durante el tratamiento.</p>	<p>Se introduce el uso de comida para intensificar dicha transferencia dándole una connotación de bondad y protección.</p>
2-30	<p>Las siguientes sesiones hospitalarias se caracterizan por llevarse a cabo a la hora de las comidas y a petición expresa de R. pues dice sentir desconfianza de tomar los alimentos ya que piensa que lo quieren envenenar. Así mismo se muestra renuente a tomar sus medicamentos ya que dice haber tomado muchos y que sólo le hacen sentir con sueño y por lo tanto no se puede defender si lo atacan.</p>	<p>Dado que las primeras intervenciones se llevan a cabo durante su estancia hospitalaria, es necesario adecuar el</p>	<p>En éstas primeras intervenciones no se realiza interpretación alguna, se decide afianzar la transferencia a partir de estar presente</p>

<p>P.- Las voces me dicen que me van a matar. T.- Por eso no quieres comer ni tomar tus medicinas. P.- Asiente con la cabeza. T.- Pero recuerdas, hace un rato tomaste gelatina y te dije que es comida buena, esta no te puede matar. P.- Yo creo que sí. T.- No, porque yo estoy aquí y te cuido. P.- Me mira y comienza a comer, después de algunos bocados dice; ¿Vas a estar aquí cuando coma? T.- Si, pero debes tomar también tus medicinas. P.- Ya las he tomado antes y me da sueño. T.- Si, eso es porque son poderosas. P.- Me van a envenenar. T.- Son poderosas pero no te van a dañar, te van a aliviar, también son comida buena. Sin decir más termina de comer y acepta tomar sus medicamentos. Le pido que descanse, asegurándole que volveré más tarde.</p> <p>Durante la siguiente sesión comienza a tomar sus alimentos cuando llegan sus padres, al verlos se pone inquieto y rechaza la comida iniciando un monólogo francamente delirante. P.- Me van a matar. El papá le asegura que todo va a estar bien, mientras la mamá se mantiene en silencio y observando desde la puerta del cubículo. P.- Me van a matar porque soy puto. Les pido a los padres que salgan del cubículo. T.- No te pueden matar, aunque te amenacen y te lo digan</p>	<p>trabajo a los requisitos hospitalarios. Lo primero es conseguir que acepte tomar los medicamentos y que se alimente, con la intención de evitar los medicamentos intramusculares que pueden causar reacciones secundarias más severas e ir planteando los cimientos para que continúe con el tratamientos farmacológico una vez que sea dado de alta. Lo segundo es fortalecer la transferencia y aprovechar la autoridad y el poder que me brinda para cuidar de él. Sacar a los padres de</p>	<p>durante la hora de las comidas respondiendo a su petición. Se aprovecha la escisión para marcar la diferencia entre la agresión de las voces y el cuidado de la terapeuta con la intención de que ésta intervención tenga más fuerza cada vez. La finalidad es fortalecer al Yo</p>
---	--	--

	<p>fuerte. P.- Están hablando entre ellos, pero dicen que me van a matar y se burlan de mí. T.- ¿Quién dice? P.- Las voces. T.- ¿Son las voces de tus papás? P.- No, son hombres. T.- Yo creo que esas voces se parecen a las de tu papá porque tienes miedo de que te vean así y te quieran llevar. P.- No me quiero ir. T.- Todavía no es tiempo de que te vayas, eso lo decidimos nosotros, ahora toma tu comida y te vas a sentir mejor, es comida buena, las voces se van a ir callando. Comienza a tomar su comida, pero continúa inquieto, después de un rato se tranquiliza y le digo que voy a salir a hablar con sus papás, entonces me pide que tenga cuidado porque están enojados.</p> <p>Durante la siguiente sesión retomo el tema del enojo de sus padres. T.- Me dijiste ayer que tuviera cuidado porque tus padres están enojados. ¿Por qué? P.- Están enojados conmigo pero te pueden hacer daño, ellos son muy poderosos. T.- Y sabes tú por qué están enojados.</p> <p>P.- Después de un rato me dice. Es que he tenido pensamientos de tener relaciones sexuales y eso es un pecado. La jefa (refiriéndose a su mamá) siempre pone cara</p>	<p>la habitación de R. para poder tranquilizarlo y evitar que lo seden.</p> <p>Se vinculan las alucinaciones auditivas con la voz y los deseos de los padres. Se refuerza la idea de la comida buena y protectora</p> <p>Aparece por primera vez el tema de la sexualidad asociado</p>	<p>Se lleva a cabo la primera entrevista con los padres, dentro del hospital, la intención es recabar datos acerca de la evolución de la enfermedad de R y establecer un buen rapport para dar inicio a la alianza terapéutica. Pedirle al padre que lo deje sólo por la noche para disminuir la persecución.</p>
--	---	---	--

<p>de enojada cuando pienso en eso. T.- ¿Y cómo sabe? P.- No sé, me asusta. T.- Te hablaron de sexualidad alguna vez. P.- No, ya te dije que es pecado. T.- Y has hablado sobre eso con alguien más. P.- A veces con mi carnal (hermano) pero él no me dice nada, él también tiene miedo. T.- ¿Por qué lo crees? P.- Por la cara que pone. T.- Y con quien piensas tener relaciones sexuales. P.- Lo pensaba cuando me gustaba Z, yo quería que fuera mi novia. T.- Y que pasó P.- No sé, me enfermé. Después de esto me pregunta sobre sus padres y si me hicieron daño. Le explico que no y que yo quería que me dieran algunas datos sobre él, para saber mejor que es lo que le ha pasado También le explico que sus papás van a seguir visitándolo pero que su papá ya no se va a quedar con él por la noche, y que después van a venir sus hermanos a verlo.</p> <p>La siguiente sesión me habla de que pudo dormir muy bien y que es la primera vez que no se despierta, le parece que es bueno que su papá no esté con él por la noche, ya que así puede descansar. Se muestra tranquilo y me ofrece compartir su comida conmigo. Respecto a la toma de sus medicamentos los acepta ya sin protestar y comenta que ya no le causan tanto sueño. Aprovecho su comentario para hacerle saber que</p>	<p>con el enojo y el pecado.</p> <p>Propiciar que R. se quede sólo por la noche, ya que la presencia del padre lo intranquiliza.</p> <p>Enfatizar la necesidad de que siga tomando sus medicamentos</p>	
---	---	--

	<p>una vez que egrese es necesario que siga tomando su medicina, ya que como la comida, es buena y lo protege. Se muestra pensativo y me dice que lo va a intentar, pero que todavía escucha esas voces y que a veces le dicen que no debe tomar su medicina porque lo van a envenenar, sin embargo refiere también que la frecuencia con que escucha las voces ha disminuido por lo que expresa que ya no les cree tanto.</p> <p>Le pido también que los siguientes días salga de su cubículo y coma con todos los pacientes.</p> <p>T.- Creo que sería bueno para ti que no estés tan solo y que salgas a comer con los demás pacientes.</p> <p>P.- ¿Y tú vas a estar ahí?</p> <p>T.- Si, yo los acompaño a comer.</p> <p>P.- ¿Hay muchos enfermos?</p> <p>T.- No muchos, son 7.</p> <p>P.- ¿Y tú hablas con todos?</p> <p>T.- Si</p> <p>P.- Bueno, pero tú vienes por mí.</p> <p>T.- No puedo venir, pero las enfermeras te van a llevar al comedor y ahí nos vemos, te voy a estar esperando.</p> <p>Llega al comedor con actitud francamente desconfiada, observando a todos los demás pacientes y buscando sentarse aparte.</p> <p>Le pido que se siente con los demás a lo cual accede y comienza a comer sin mirar a nadie, después me comenta que está muy buena la comida y otro paciente le contesta, lo mira con desconfianza pero asiente con la cabeza.</p>	<p>fortaleciendo la asociación de comida-medicina buena y la necesidad de que venga a consulta una vez que egrese.</p> <p>Que socialice con los demás pacientes, porque hasta ahora su trato ha sido exclusivamente con las enfermeras y los médicos tratantes. La intención es ver cómo se relaciona y que tanto está actuando el sistema delirante persecutor.</p> <p>Sentar las bases para que una vez que egrese pueda salir de su casa para acudir a consulta.</p>	<p>Acompañarlo durante de la hora de las comidas, favoreciendo que se integre al grupo de pacientes.</p> <p>Fortalecimiento del Yo.</p>
--	---	---	---

	<p>Casualmente se encontraba internado un paciente con diagnóstico de Psicosis Maniaco Depresiva, que venía de los Estados Unidos y que casi no hablaba español. R me escucha conversar con él e intenta hablar también en inglés, inventando palabras, sin embargo, el paciente le responde y siente que son amigos.</p> <p>T.- Te parece bien conversar con Frank.</p> <p>P.- Si, es muy inteligente.</p> <p>Después de esto continúa su conversación, en la misma línea, es decir inventando palabras, pero recibe respuesta de Frank. Al terminar de comer pide quedarse un rato más en la sala, pues dice que tiene muchas cosas que contarle a Frank.</p> <p>Por la noche me comenta que fue muy buena la plática y se muestra preocupado por saber que le sucede a Frank.</p> <p>P.- Por qué está Frank aquí.</p> <p>T.- Porque también está enfermo, como tú.</p> <p>P.- Y dónde está su familia.</p> <p>T.- En Estados Unidos.</p> <p>P.- Van a venir a verlo, yo quiero conocerlos.</p> <p>T.- No, su familia no puede venir, cuando él se vaya del hospital, los médicos lo van a llevar al aeropuerto para que regrese a su casa.</p> <p>P.- Y tú crees que tenga miedo.</p> <p>T.- A ti te da miedo regresar a tu casa.</p> <p>P.- Si, ahí fue donde me empezó esto de no poder moverme, si me movía me iban a matar, me pasaba todo el tiempo en la cama mirando al foco y esperando que éste no se apagara para que no terminara todo.</p>	<p>Favorecer la relación interpersonal.</p> <p>Generar consciencia de enfermedad.</p>	<p>Propiciar dentro del ambiente hospitalario el reencuentro con su familia</p>
--	---	---	---

	<p>T.- Y que hacía tu familia.</p> <p>P.- Nada, después llegó mi papá me cargo y me trajo al hospital.</p> <p>T.- Habías estado en un hospital antes.</p> <p>P.- No, pero si los conozco porque mis jefes son médicos, la jefa (refiriéndose a su mamá) disque es pediatra, pero yo creo que los niños no se curan porque ella no quiera.</p> <p>T.- Ella quiere que tú estés enfermo.</p> <p>P.- No sé, pero me da miedo.</p> <p>T.- Mañana van a venir a visitarte tus hermanos y posiblemente también esté tu mamá.</p> <p>P.- Tengo ganas de ver a los plebes (refiriéndose a sus hermanos)</p> <p>T.- Está bien que te visiten pero no los vayas a asustar, porque cuando te quedabas mirando al foco ellos se asustaron. También van a venir tus papás.</p> <p>P.- Por qué se asustaron.</p> <p>T.- Porque te quedabas quieto y no hablabas con nadie, tampoco comías ni te bañabas, ni nada, pensaban que te ibas a morir.</p> <p>P.- Me querían a matar.</p> <p>T.- ¿Quiénes?</p> <p>P.- Las voces, me decían que si me movía me moría.</p> <p>T.- Tenías pensamientos de dañar a alguien</p> <p>P.- Los vigilaba para que no los mataran.</p> <p>T.- A quienes.</p> <p>P.- A los jefes.</p> <p>T.- Estabas enojado con ellos.</p> <p>P.- Si pero ya no tanto.</p>	<p>Favorecer el encuentro con su familia y observar la interacción entre ellos.</p> <p>El resultado de este encuentro es factor importante para valorar el egreso.</p>	
--	--	--	--

	<p>T.- Querías que se murieran. P.- A veces. La visita de su familia no lo intranquilizó, pasaron el rato en la sala común mirando la televisión. Casi no hubo interacción entre ellos, más allá de un saludo y algún comentario sobre el partido de futbol.</p> <p>Se realiza la visita de todas las mañanas y le comento que van a venir sus hermanos a hablar conmigo porque quieren preguntarme que es lo que le pasa y porqué está hospitalizado.</p>	<p>Hacer conscientes sus deseos de muerte hacia los padres.</p>	
31-51	<p>Me pregunta si me simpatizaron sus hermanos, diciendo que los plebes son buenos, pero que cada uno tiene sus cosas que hacer. Además está muy interesado por saber que me preguntaron, pero sobretodo que hablaron de él. P.- Conociste a mis hermanos T.- Si, como te dije estuvimos hablando de ti y querían saber que te sucede. P.- Y qué te dijeron de mí. T.- Te preocupa que hablen mal de ti. P.- Yo creo que ellos también están enojados. T.- Por lo de las relaciones sexuales. P.- No sé, pero creo que es porque cuando eran chicos yo no los cuidaba y a veces les pegaba. T.- ¿Por qué? P.- Yo los tenía que cuidar cuando los jefes trabajaban, si no hacían lo que decía les pegaba, entonces A. (la hermana</p>	<p>Esta entrevista tiene la finalidad de conocer el grado de información y comprensión de la misma, que manejan los hermanos con respecto a la enfermedad de R, conocer el tipo de relación que mantienen con él e investigar si es posible apoyar el tratamiento futuro en alguno de ellos. Para</p>	<p>Se realiza la entrevista informativa con los hermanos de R.</p>

	<p>mayor) se ponía a hacer todo. T.- Y tienes miedo de que ahora te peguen ellos a ti. P.- A veces, pero no siempre porque E. (la hermana que sigue) les dice que estoy enfermo y entonces me dejan en paz. T.- Y tú los molestas. P.- No, pero ellos quieren que haga quehacer porque si no la jefa se enoja. T.- No me contaron que los golpearas, solamente preguntaron por qué estás en el hospital y cuanto tiempo te vas a quedar aquí. Quiero decirte que no voy a estar contigo a la hora que empieces a comer, voy a llegar más tarde, pero quiero pedirte que te comas toda tu comida y tomes tus medicinas. P.- Ya no quieres estar conmigo. T.- Si quiero, pero voy a entrevistar a otras personas</p> <p>Durante las siguientes intervenciones se propicia que R. cada vez más conviva con el resto de los pacientes y que realice las diversas actividades que se llevan a cabo en el hospital. (terapia ocupacional). Se interesa por la pintura y la música, pues dice que sabe tocar el órgano, que incluso su papá le regalo uno para que pudiera practicar. Realiza algunos dibujos que colorea con acuarelas y que compara con los cuadros de Dalí expresando que él lo hace mejor. Establece una cierta relación con el resto de los pacientes, siempre con desconfianza y distancia, a excepción de Frank al que considera su único amigo, establece también una relación particular con una de las enfermeras, la cual dice le gusta mucho y piensa que tal vez puedan ser novios y tener</p>	<p>que acuda a consulta, en un primer momento se necesitará que lo lleven y dado que los padres trabajan será uno de sus hermanos quien realice esta tarea.</p> <p>Se plantea la separación, induciendo en R. que tome sus alimentos y medicamentos junto con los otros pacientes y en mi ausencia. Esto con la finalidad de ir separándolo e integrándolo con el resto de los pacientes.</p>	
--	--	---	--

	<p>relaciones sexuales. P.- Me gusta L. T.- La enfermera. P.- Si, es muy bonita, casi como Z, pero ella si me hace caso y hasta platica conmigo. T.- Y piensas en las relaciones sexuales cuando estás con ella. P.- A veces, pero me da miedo. T.- Y las voces te dicen algo. P.- No, casi no las oigo y cuando las escucho están platicando y me cuentan chistes, pero a veces no les entiendo. T.- Ya no te insultan, ni te dicen que te van a matar o a violar. P.- Casi no, a veces cuando me estoy imaginando con L se burlan de mí. T.- Y qué te dicen P.- Qué no me va a hacer caso, como Z. T.- Y Z tenía novio. P.- No. T.- La enfermera si tiene novio y te trata bien porque trata bien a todos los pacientes, ese es su trabajo, pero no está enamorada de ti, está enamorada de su novio. P.- No me quiere. T.- Como novio no porque ya tiene uno.</p> <p>Con respeto a mi presencia a la hora de la comida, ésta es cada vez menor, llegando con mayor frecuencia al finalizar ésta.</p>	<p>Se fomenta que socialice realizando actividades recreativas en forma grupal.</p> <p>Poner límite a la fantasía de enamoramiento con respecto a la enfermera para evitar una actuación inadecuada.</p> <p>Favorecer la interacción con los demás pacientes y</p>	<p>Se fomentan las actividades grupales, investigando sus preferencias.</p>
--	---	--	---

		<p>estar mucho menos tiempo presente durante las comidas, ya que se aproxima la fecha del alta.</p>	
52-63	<p>T.- Hola, ya sabes que te vas a ir a tu casa el próximo Viernes. P.- Si me lo dijo la jefa y además escuché al Dr. cuando vino a verme. T.- Y que te parece. P.- Tengo miedo, no sé si me voy a sentir mal otra vez cuando esté allá. T.- Eso no lo sabemos, pero vas a seguir viniendo a consulta y te vamos a cuidar, cuando te vayas el Dr. te va a dar una receta para que sigas tomando tu medicina. P.- Y voy a venir contigo. T.- Si tú quieres P.- Y me van a traer los jefes. T.- Yo creo que sí, también te puede traer alguno de tus hermanos.</p> <p>El día del alta R. egresa con buen ánimo y promete venir a consulta</p>	<p>Se plantea fecha de alta</p> <p>Durante la visita de los padres se plantea la fecha de alta y se sugiere que R continúe en tratamiento psicoterapéutico, para ello se plantea la necesidad de consulta por lo menos una vez a la semana, esto tomando en cuenta que no residen en Morelia. Los padres se muestran dudosos y plantean que tienen que pensarlo. Los padres aceptan</p>	<p>En este caso se ve la necesidad de consulta por lo menos 3 veces por semana, sin embargo debido a que la familia no reside en Morelia se plantea una consulta por semana.</p>

		la necesidad de tratamiento psicoterapéutico y se fija la fecha de la siguiente consulta.	
--	--	---	--

Durante la estancia hospitalaria se inicia el tratamiento psicoterapéutico y en éste caso es posible continuarlo una vez que el paciente egresa, debido a la colaboración de los padres, quienes aceptan continuar llevándolo a consulta. Se establece con ellos los días y horario de las sesiones aclarándoles que se llevarán a cabo dos tratamientos simultáneos; el farmacológico que estará a cargo del médico psiquiatra y el psicoterapéutico que estará a mi cargo.

Cuando R. egresa se encuentra estable, esto significa que el brote psicótico agudo ha sido controlado. Las alucinaciones auditivas de corte paranoide que prevalecían en la sintomatología, así como la desconfianza que éstas engendran ha disminuido considerablemente lo que permite una relación objetal más estable

FASE NO HOSPITALARIA

Fase no Hospitalaria

Esta segunda fase inicia cuando el paciente acude a consulta. Para ello se fija una consulta semanal y en un principio la duración de las sesiones fluctúa entre una hora y una hora y media, dependiendo del estado emocional de R. Las consultas se llevan a cabo dentro de las instalaciones del Hospital y en el consultorio asignado para éste propósito.

Número Sesiones	Procedimiento Psicoterapéutico	Líneas de Trabajo	Modificaciones a la técnica Psicoanalítica
1-4	<p>El paciente acude a las primeras cuatro sesiones acompañado de su mamá, se observa en actitud delirante de corte paranoide y con alucinaciones de tipo auditivo. Su discurso fluctúa entre las quejas al respecto del trato que recibe en su casa y la ideación paranoide.</p> <p>T.- Hola, ¿Cómo estás?</p> <p>P.- Ya tenía muchas ganas de venir, extraño el hospital.</p> <p>T.- Y ¿cómo te va?</p> <p>P.- Me la paso mal en la casa, la jefa se va a trabajar y me pide que haga el quehacer y yo no quiero.</p> <p>T.- Y qué quieres hacer.</p> <p>P.- Nada, me despierto tarde porque me da sueño la medicina y después quiero estar en mi cuarto y fumar y tomar coca.</p> <p>T.- Tienes miedo.</p> <p>P.- Como sabes.</p> <p>T.- Por las voces, se que te siguen diciendo cosas.</p> <p>P.- Sí, me duermo tarde porque primero reviso que estén bien cerradas las puertas y ventanas y que todos estén durmiendo, creo que alguien se va a morir.</p>	<p>Interpretación de las ideas delirantes y alucinaciones auditivas alrededor del deseo de la muerte de sus padres.</p>	<p>El tiempo de la sesión fluctúa entre una hora y una hora y media.</p> <p>R. es llevado a la consulta por algún familiar, el cual lo espera hasta que concluye la sesión para llevarlo nuevamente a su casa.</p>

	<p>T.- Tus papás P.-Si, los jefes, escucho voces que a veces me dicen que se van a morir y otras veces que yo los mate. T.- Y lo has intentado. P.- No, entro a su cuarto y veo que estén dormidos, así es como si ya estuvieran muertos y les digo a las voces que ya se murieron. T.- Tú estás enojado con ellos, tú quieres que se mueran y así ya no te molestan con hacer quehacer. P.- Si. T.- Y las voces te dicen que los mates. P.- Si. T.- Me parece que esas voces son tus ganas de matarlos. P.- No sé T.- Si, tú creas las voces. P.- No sé, son muy fuertes. T.- Estás enojado muy fuerte. P.- Más con la jefa, ella siempre me da órdenes, al jefe le tengo miedo. T.- Entonces no los has matado porque le tienes miedo a tú papá. P.- Si y también porque es pecado, te castiga Dios.</p> <p>Las siguientes 3 sesiones continúa hablando de la muerte y del miedo que esto que le causa. P.- Ayer por la noche estaba muy inquieto y las voces me decían que era el momento.</p>	<p>Continúa el trabajo de interpretación alrededor del deseo de la muerte de los padres. Aún cuando parece comprender sus deseos, esto no es suficiente para modificarlos. Su conducta parece expresar miedo ante el castigo o satisfacción por la realización fantaseada del deseo, haciéndose evidente la escisión.</p>	
--	---	---	--

	<p>T.- Que hiciste</p> <p>P.- Lo de siempre, vigilé la casa y entré a ver a los jefes. Sentí que era fácil matarlos, pero al verlos dormidos también pensé que ya estaban muertos.</p> <p>T.- Y eso te hizo sentir bien.</p> <p>P.- Si, pero después sentí miedo del castigo de Dios, dicen que te vas al infierno, por eso me salí y los dejé ahí como muertos.</p>		
5-20	<p>A partir de este momento es su hermana la que lo lleva a consulta ya que sus padres están trabajando. Se observa un cambio en su actitud, parece más relajado y habla menos sobre la muerte de los padres, me pide que le dé comida pues dice recordar que en el hospital tenía comida buena que lo tranquilizaba.</p> <p>P.- Llegué muy cansado, es que hace calor, casi como en Sinaloa, tengo ganas de tomar agua y de comer, tienes comida buena.</p> <p>T.- ¿Comida Buena?</p> <p>P.- Si, como la que me dabas cuando estaba aquí.</p> <p>T.- Voy a traer un poco, espérame aquí.</p> <p>Regreso con comida y la toma con voracidad pidiendo más al terminar.</p> <p>T.- Comiste algo antes de venir.</p> <p>P. Sí, pero la comida que hace la jefa es mala, la pone en el refrigerador y la deja ahí mucho tiempo.</p> <p>T.- Y a los demás les gusta.</p>		<p>Se introduce la comida como elemento cotidiano en las sesiones.</p>

	<p>P.- Es que no todos comemos lo mismo, bueno a veces, mis hermanas están a dieta y entonces hace comida sin sabor, puras lechugas, pero el jefe si come bien, yo le pido de la comida del jefe pero dice que esa no es para mí. Yo no entiendo porque, pero dice que estoy gordo.</p> <p>T.- Por eso estás tan enojado como para matarla.</p> <p>P.- No sé, si me enoja, pero yo siento que es ella la que me quiere matar. También por eso me quedo despierto por la noche, así puedo sacar comida y comer.</p> <p>T.- Y que comes.</p> <p>P.- Abro las latas que hay o escondo algunas para después, también guardo la coca, porque me la esconde.</p> <p>T.- Esta comida si te alimenta</p> <p>P.- Tú eres buena, Yo creo que ella es la jefa y tu mi mamá.</p> <p>T.- No, yo no soy tu mamá, solamente tienes una mamá y es la jefa, yo soy la doctora. Pero te gustaría tener una mamá que te alimente bien y te quiera.</p> <p>Las siguiente sesiones giran alrededor de la comida, sin embargo sucede un cambio significativo, llega pide comida y entonces la come y no quiere hablar. Después de comer se tira en el piso boca abajo y finge estar durmiendo. Cuando se le interroga al respecto me dice que es importante dormir después</p>	<p>Interpretación del enojo y deseo de muerte hacia la madre</p> <p>Establecimiento de la diferencia para la construcción del objeto alternativo.</p> <p>Nuevamente aparece la escisión, pero ahora como elemento organizador de sus relaciones objetales, atribuyendo las características maternas a la alimentación, de</p>	
--	--	---	--

<p>de comer para que se aprovechen los alimentos, además expresa que así el poder de la comida dura más y le alcanza hasta la próxima vez que nos veamos.</p> <p>T.- Por qué te tiras en el piso.</p> <p>P.- Voy a dormir.</p> <p>T.- ¿Por qué?</p> <p>P.- La gente se duerme después de comer para que le haga provecho.</p> <p>T.- Solamente los bebés se duermen y tú no eres un bebé.</p> <p>P.- Pero así le dura el poder.</p> <p>T.- La comida es poderosa, te da bienestar y aleja las voces.</p> <p>P.- Si por eso me quiero dormir, te dije que no duermo bien.</p> <p>T.- Está bien, voy a permitir que descanses, pero también te voy a pedir que por la noche te duermas, pues ya llevas comida buena para descansar bien. Tú sabes que te protege.</p> <p>Permanece en R el hábito de llegar a pedir comida, su hermana me expresa que los días que viene a consulta se niega a comer en su casa, expresa también que lo ha visto más despierto y que incluso ahora realiza algunas labores domésticas.</p> <p>T.- Hola, ¿Qué cuentas?</p> <p>P.- Tengo hambre, ¿tienes comida?</p> <p>T.- Sí, voy a traerla.</p>	<p>forma totalmente regresiva. Se aprovecha la petición de comida para mantener la transferencia positiva ya que fue el elemento que permitió que se estableciera dicha transferencia durante la hospitalización</p>	
--	--	--

	<p>Continúa comiendo vorazmente, pero acepta ahora conversar mientras lo hace.</p> <p>T.- ¿Duermes mejor?</p> <p>P.- Si, ya me puedo dormir un poco más temprano.</p> <p>T.- Y sigues vigilando a tu familia y checando que esté todo bien cerrado.</p> <p>P.- A veces, cuando me siento muy inquieto, pero el otro día se me olvidó, me fui al cuarto y después de fumarme un cigarrillo me dormí.</p> <p>Después de esto se tira en el suelo y finge dormir, aún cuando intento hablar con él no me responde y hace como que lo despierto. Cuando se termina el tiempo de la sesión le digo que ya es hora de que salga y que nos vemos la siguiente semana, se despide con un adiós forzado, quejándose de que todavía tiene sueño y necesita descansar más.</p> <p>Sigue pidiendo comida, pero se observa que come con más tranquilidad y acepta conversar un poco más, incluso comenta que ahora le toca lavar la loza de la comida y que aunque no le gusta, lo hace para que la jefa no le ponga su cara de enojada. Finge dormir menos tiempo durante la sesión y comienza a interesarse por los otros pacientes con los que se topa en la sala de espera.</p> <p>P.- Y los que están afuera también son tus pacientes.</p> <p>T.- Algunos de ellos.</p> <p>P.- Y Frank sigue viniendo.</p> <p>T.- No, él se fue a su casa en Estados Unidos.</p>	<p>Mantener la transferencia positiva y aprovechar el poder que le atribuye a la comida para que duerma y abandone su ritual nocturno.</p>	
--	---	--	--

	<p>P.- Y por qué estaba aquí.</p> <p>T.- El vino a estudiar español a Morelia, pero durante su estancia aquí se enfermó, como tú, por eso lo trajeron al hospital.</p> <p>P.- Pero él sí estaba enfermo.</p> <p>T.- Tú también, si recuerdas tu papá dijo que te trajo porque no te movías sólo mirabas el techo y estabas todo rígido.</p> <p>P.- Pero no estaba enfermo, lo que pasa es que si me movía me iban a matar.</p> <p>T.- Si, pero tú escuchabas voces que te lo decían y la gente que está enferma como tú escucha voces que no existen.</p> <p>P.- He visto muchos doctores, pero todos son bien tontos, yo ya sé que me van a preguntar y siempre les digo lo mismo para que me dejen en paz, ellos son como los jefes, quieren saber todo para molestarme.</p> <p>T.- Y que te van a hacer.</p> <p>P.- No sé, pero no me dan confianza.</p> <p>T.- Y yo sí o también soy una tonta a la que le dices lo que quiere oír sólo para que te dé comida.</p> <p>P.- Me observa durante un rato y después dice que si puede confiar en mí porque yo sabía que estaba escuchando voces y no le pedí como todos que me dijera que le pasaba.</p>	<p>Se trabaja sobre la conciencia de enfermedad. Esto es importante porque se está llevando a cabo un tratamiento multidisciplinario, el médico Psiquiatra que lo atiende y yo, estamos en contacto al respecto de los cambios en su conducta.</p>	
21-40	T.- Hola, ¿Cómo te va?	Una vez que R se ha adaptado	

<p>P.- Bien, la jefa ya no me molesta tanto, pero los plebes son bien colgados y quieren que yo haga todo.</p> <p>T.- Todos.</p> <p>P.- No el carnal es más buena onda, a veces platica conmigo y casi siempre nos ponemos a fumar, en cambio las plebes se la pasan molestando.</p> <p>T.- Y que te dicen.</p> <p>P.- Nada bien, son indirectas y me echan carrilla.</p> <p>T.- Cómo qué.</p> <p>P.- No sé, me miran de modo extraño, yo siento que hablan de mí, aunque ponen su cara de buenas, yo creo que son como la jefa, además con eso de sus dietas ya ni friegan.</p> <p>T.- Yo creo que tu hermana ya se cansó de traerte a la consulta, pues ella tiene que ir a la escuela.</p> <p>P.- No me ha dicho nada.</p> <p>T.- Yo creo que ya puedes venir tú sólo, pues todo este tiempo te sirvió para saber dónde tomar el camión, donde bajarte y como caminar después para llegar al consultorio. Yo pienso que eres inteligente.</p> <p>P.- Pero me da miedo, que tal que pasa algo.</p> <p>T.- Algo como que alguien te quiera lastimar, violar, golpear o algo más.</p> <p>P.- Pues sí.</p> <p>T.- Entonces tú piensas que eres muy importante, y que la gente te ve para lastimarte, aunque no te conozcan. Tú tienes comida buena y sabes que te protege, tú puedes venir solo.</p>	<p>a estar en su casa, que ha abandonado casi por completo sus rituales nocturnos y que empieza a aceptar el hecho de realizar algunas labores en su casa, se plantea el siguiente paso, que es el que pueda asistir a las consultas sin compañía. Esto tiene la finalidad de conseguir que posteriormente pueda realizar algunas actividades fuera de su casa y se relacione con otras personas además de su familia. Se plantea también establecer un tiempo fijo para cada sesión, el cual será de una hora.</p>	
---	---	--

	<p>P.- Lo voy a pensar, pero no te lo aseguro. T.- Entonces se lo voy a decir a tu hermana.</p> <p>Las siguientes sesiones llega solo y al principio se muestra muy intranquilo, manifestando que lo siguen o que están hablando de él. Generalmente corre desde la estación de autobuses hasta el consultorio, llega pidiendo agua y se tira en el suelo a descansar, ya no pide comida y ya no pretende dormir.</p> <p>P.- Me venían siguiendo. T.- Quien. P.- Los albañiles, esos son los peores. T.- Por qué te seguían. P.- Porque creen que soy puto, me quieren violar. T.- Y tú sigues pensando en las relaciones sexuales. P.- Sí, a veces tengo sueños, y otras me masturbo cuando veo la televisión o las revistas. T.- Masturbarte, ¿es pecado.? P.- No sé, no es en serio, no hay nadie. T.- Entonces tú eres el que tiene ganas de tener relaciones sexuales y le echas la culpa a los albañiles. Esta afirmación lo pone de muy mal humor, se muestra enojado y decide entonces cruzar los brazos y esperar a que se termine el tiempo. Cuando esto sucede se levanta y sale del consultorio aventando la puerta y pateando la silla</p>	<p>Aparecen nuevamente las ideas delirantes de corte paranoide, al respecto de una agresión de tipo homosexual. Se inicia el trabajo de interpretación.</p> <p>Interpretación de sus deseos homosexuales.</p>	
--	---	---	--

	<p>La siguiente sesión llega antes de la hora programada y cuando me ve se muestra nuevamente enojado. Pasa al consultorio y me pide agua, después de esto se tira al piso y permanece en silencio hasta que le indico que es hora de terminar. Todos los intentos de iniciar un diálogo son rechazados por R.</p> <p>Esta conducta se mantiene por varias sesiones hasta que finalmente comienza a hablar.</p> <p>P.- Tienes agua.</p> <p>T.- Todavía estás enojado, porque te dije algo que no te gusta.</p> <p>P.- Después de un silencio prolongado. Dicen las voces que tú me quieres hacer daño.</p> <p>T.- Yo no soy la jefa que se enoja si tienes pensamientos sexuales.</p> <p>P.- Dicen las voces que no confié en ti.</p> <p>T.- Lo dicen porque estás enojado y quieres destruirme.</p> <p>P.- Si, tenía ganas de golpearte, por eso le dí una patada a la silla.</p> <p>T.- Quieres asustarme para que te abandone y luego culparme.</p> <p>P.- Ya me puedo ir, ya se acabó el tiempo.</p> <p>T.- Está bien, nos vemos la próxima semana.</p> <p>Llega la siguiente sesión todavía enojado, pero más dispuesto a hablar.</p> <p>P.- Me das agua.</p>	<p>Interpretación de sus deseos de destruirme.</p>	<p>Se reemplaza la comida por agua</p>
--	--	--	--

	<p>T.- Sigues enojado.</p> <p>P.- Si, las voces dicen que me vas a dañar.</p> <p>T.- Yo no soy la jefa y entiendo que tengas pensamientos sexuales, eso no es pecado.</p> <p>P.- Mi abuelito dice que sí, él siempre nos hablaba de la Biblia cuando íbamos al río</p> <p>T.- Y entonces tenías pensamientos sexuales.</p> <p>P.- A veces.</p> <p>T.- Y te sentías excitado.</p> <p>P.- No te entiendo.</p> <p>T.- Como cuando te masturbas.</p> <p>P.- Si, un poco.</p> <p>T.- Y tu abuelito se daba cuenta.</p> <p>P.- Sí, un día se me acercó y me dijo que me fuera con cara de enojado, yo me fui y después ya no hablamos.</p> <p>T.- El se quedó enojado como tú ahora.</p> <p>P.- No, él se quedó enojado como la jefa, después de eso ella revisaba las sábanas y cuando las encontraba sucias me regañaba y decía que era un cochino, también revisaba mis trusas y las cogía como con asco.</p> <p>T.- Y te vigilaba.</p> <p>P.- A veces cuando entro al baño, se preocupa porque salga pronto y si no ya está tocando la puerta y grita que ya salga,</p> <p>T.- Y que pasa cuando sales.</p> <p>P.- Antes quería revisarme las manos, pero ahora no la dejo, me voy.</p>		
--	---	--	--

	<p>T.- Y ya no te dice nada.</p> <p>P.- No, pero se para afuera del baño hasta que salgo.</p> <p>T.- A la jefa le preocupa que te masturbes en el baño, por eso te vigila y tú te pones enojado. Ella no entiende.</p> <p>P.- Te dije que estaba enojado pero no te voy a lastimar, yo no te puedo hacer daño.</p> <p>T.- No quieres abandonarme.</p> <p>P.- No.</p> <p>T.- Las voces te dicen que te voy a dañar cada vez que te enojas conmigo, yo creo que las voces te dicen lo que tú tienes ganas de hacer, son tus voces.</p> <p>P.- Si, tengo pensamientos sexuales, pero ellos también.</p> <p>T.- Tal vez, pero eres tú el que está pensando en las relaciones sexuales y el que tiene ganas de tenerlas. Alguna vez las has tenido.</p> <p>P.- No, un día llegó el jefe y me llevó con una mujer, pero yo me asusté, pensé que me iba a matar y me fui, el jefe me alcanzó y se puso muy enojado.</p> <p>T.- Y te dieron ganas de tener relaciones sexuales con ella.</p> <p>P.- No, estaba muy fea, tenía toda la cara pintada, pero más la boca, de rojo, como sangre, por eso me asusté.</p> <p>T.- Tenías miedo de que te comiera.</p> <p>P.- Si.</p>	Interpretación de ser devorado.	
--	--	---------------------------------	--

	<p>Las siguientes sesiones continúa hablando acerca de la sexualidad y de cómo es vigilado por su mamá, sin embargo se observa que llega al consultorio más tranquilo, ya no corre y comienza a hablar al respecto de las futuras vacaciones. Cabe mencionar que sólo hablamos de las vacaciones esa sesión, pues la siguiente semana era la fecha para salir.</p> <p>P.- Nos vamos a ir de vacaciones a Sinaloa.</p> <p>T.- Y tú quieres ir.</p> <p>P.- No sé, porque maneja el jefe y yo siempre voy muy asustado, maneja muy rápido y ya hemos estado a punto de chocar varias veces.</p> <p>T.- Y van todos.</p> <p>P.- Si, el viaje es muy largo y luego allá están los tíos y primos y siempre me echan carrilla.</p> <p>T.- Y que te dicen.</p> <p>P.- Eso es lo malo, porque son puras indirectas, yo no les entiendo bien, también está B. mi prima, con ella me llevo mejor, también está estudiando medicina.</p> <p>T.- Y por qué te llevas mejor con ella.</p> <p>P.- Porque no me tira carrilla, ella habla claro, pero va a estar su novio y no me cae bien.</p> <p>T.- Tienes celos.</p> <p>P.- No sé, siento como que no es buena persona, y el si me tira carrilla.</p> <p>T.- Y cuando se van.</p> <p>P.- La próxima semana, te quería avisar que no voy a venir hasta que regrese pero te voy a extrañar</p>		
--	--	--	--

	mucho. T.- Espero que sean unas buenas vacaciones y nos vemos cuando regreses		
--	--	--	--

Después de esa sesión pasan 3 meses antes de que vuelva a tener contacto con R., la cita la hace su hermana quien me explica que durante las vacaciones R. se puso mal, ya que intentó escaparse de la casa y lo encontraron caminando por la carretera desorientado en tiempo y espacio, en actitud francamente delirante de corte paranoide y con alucinaciones auditivas.

A pesar de este nuevo brote psicótico agudo no lo hospitalizaron, porque sólo iban a estar dos semanas en Sinaloa, así que lo mantuvieron en casa vigilado día y noche. Al regresar a Morelia mantuvieron la misma conducta.

R. llega al consultorio acompañado por su hermana se observa sucio y mal vestido, con actitud desconfiada y vuelve a pedir comida. La hermana me comenta lo sucedido durante las vacaciones y R. se muestra inquieto mientras hablamos, me pregunta en nombre de su mamá si considero necesaria la hospitalización, esperando una respuesta afirmativa. Durante la consulta R. me comenta que no quiere que lo hospitalicen, pero que sí quiere venir a consulta.

Como consecuencia de esta petición le digo a su hermana que es conveniente ver cómo reacciona antes de hospitalizarlo, pero que necesito atenderlo 3 veces por semana. Me dice que tiene que comentarlo con su mamá y que en el transcurso de la semana se pondrá en contacto conmigo, cuándo lo hace me comenta que no pueden traerlo más que 2 veces por semana ya que regresaron muy gastados de las vacaciones.

Número Sesiones	Procedimiento Psicoterapéutico	Líneas de Trabajo	Modificaciones a la Técnica Psicoanalítica
41-51	<p>T.- Qué te pasó.</p> <p>P.- Te dije que los tíos me tiran mucha carrilla.</p> <p>T.- Y por qué te escapaste.</p> <p>P.- Es que ya no aguantaba más, estábamos todo el tiempo juntos y me estaban preguntando cosas, yo sentía que se burlaban de mí, además la jefa siempre habla como en secreto y eso me da desconfianza.</p> <p>T.- Estaban planeando algo en tu contra.</p> <p>P.- Si, me querían llevar al hospital y me escapé, yo quería regresarme ya.</p> <p>T.- Y cómo te escapaste.</p> <p>P.- En la noche cuando estaban dormidos me salí.</p> <p>T.- Cómo.</p> <p>P.- Como somos muchos nos toca dormir en deferentes casas y a mí me mandaron con los primos, me dormía en el suelo con tal de estar solo, pero se pusieron a tomar y ya no aguanté. Además no me daban de comer, como que escondían la comida, más cuando hacían frijoles puercos, la jefa sabe que me gustan mucho y salió con que la dieta y no sé que, no quería que comiera.</p> <p>T.- Tú sabes que ahora tu mamá me mandó decir</p>		

	<p>con tu hermana que sería bueno hospitalizarte. P.- Si, ya escuché, se quiere deshacer de mí. T.- Y qué opinas. P.- No quiero. T.- Ellos te ven mal, piensan que estás muy enfermo, te ves todo sucio y mal vestido, Hace cuánto que no te cambias. P.- Desde que llegamos. T.- Y las voces te dicen que te van a dañar. P.- Si. T.- Le voy a decir que no te vamos a hospitalizar, pero es importante que te cuides, necesitas un cambio de ropa y bañarte, ahora que ya llegaste vas a estar mejor. P.- Tengo hambre. T.- Te voy a dar de comer y después vas a tu casa y cuidas de ti, ya te dije como.</p> <p>Las siguientes sesiones fueron más cercanas ya que su familia aceptó que acudiera a consulta dos veces por semana. T.- Qué bien te ves cuando estás bañado, rasurado y con ropa limpia. P.- Porque me tocaba venir, pero yo no tenía ganas</p>	<p>Evitar una nueva hospitalización.</p>	<p>Nuevamente se introduce la comida como elemento organizador y de fortalecimiento Yoico.</p>
--	--	--	--

<p>de hacerlo, me paso el día en el cuarto. T.- Ya sabes que nos vamos a ver dos veces por semana un tiempo. P.- Si, la me dijo la jefa, pero después comentó que no tenía dinero, siempre dice lo mismo, pero ya no le creo. Lo que va a pasar es que vamos a seguir comiendo comida congelada o echada a perder. T.- ¿Tu mamá te da comida echada a perder?. P.- Si, la saca del refri cuando tiene ya como un mes que la congeló y dice que está buena, ya me he enfermado del estómago muchas veces. T.- Y por pagar dos consultas semanales no te va a dar de comer bien. P.- Si, no le gusta que coma bien. T.- Aquí siempre hay comida buena para que te desarrolles sano y fuerte.</p> <p>Las siguiente sesiones llega puntual y pidiendo su comida. P.- Hola, ya vine a comer. T.- Bienvenido, ¿Cómo has estado? P.- Tranquilo. T.- Duermes bien. P.- Si, me tomo mi medicina y me duerno como dos horas después, me la paso viendo la tele y en el cuarto. T.- Y las voces.</p>	<p>Valoración de la comida como eje rector para la organización y fortalecimiento Yoico.</p>	
---	--	--

	<p>P.- Casi no las escucho. T.- Hablas con alguien de tu familia. P.- Con el carnal, dormimos juntos y en la noche platicamos. T.- Y ayudas con las labores de la casa. P.- Si, me toca lavar la loza, pero lo hago cuando no está la jefa, ella como que quiere hablar conmigo, me pregunta de que hablo contigo y yo no le quiero decir. Tampoco le digo que me das comida. T.- Por qué. P.- Porque la puede contaminar, ella es poderosa. T.- Ella no la puede contaminar porque esta es comida buena y su poder no le alcanza. Esta comida es muy poderosa. P.- Si, me siento muy bien.</p> <p>La siguiente sesión llega contento y me dice que no me va a pedir comida porque se comió unos tacos muy buenos en el camino, en cambio me pregunta si tengo un dulce, porque quiere comer un postre. T.- No tengo dulces pero podemos salir a comprarlo. A partir de este momento se establece el hábito de salir a comprar un dulce, en lugar de pedir comida en el consultorio, también de no regresar al consultorio, sino de caminar un rato por los alrededores. Esta situación es aprovechada para explorar la posibilidad de que salga de su casa y se dedique a alguna actividad, ya sea estudiar o trabajar. P.- Me gusta salir del consultorio y caminar contigo.</p>	<p>Se le da más poder al objeto alternativo.</p> <p>Sembrar la idea de salir a trabajar o estudiar. Propiciar un mundo relacional fuera de la familia.</p>	<p>La comida se convierte en dulces que se compran fuera del consultorio. El trabajo terapéutico continúa fuera del consultorio.</p>
--	--	---	---

	<p>T.- Estar fuera de casa te hace bien. Sería bueno que estudiaras o trabajaras en algo, así podrías estar más tiempo fuera. Pero no sé si todavía tienes tanto miedo de que te violen los albañiles.</p> <p>P.- Ya casi no pienso en eso, me meto al cuarto, me masturbo y fumo.</p> <p>T.- Entonces si eras tú el que tenía ganas de tener relaciones sexuales.</p> <p>P.- Si, todavía tengo muchas ganas, pero me da miedo, no tengo ni novia.</p> <p>T.- Los albañiles son hombres.</p> <p>La respuesta ante esta afirmación es de mucho enojo, solo me dice, ya sé que no soy puto y continúa caminando rumbo al consultorio, al llegar ahí me dice, ya se terminó el tiempo y se va.</p> <p>Cuando vamos caminando evita que podamos seguir conversando ya que se adelante unos pasos, pero va cerciorándose de que yo lo siga.</p> <p>La siguiente sesión se observa enojado, se siente, cruza los brazos y permanece en silencio.</p> <p>T.- Hola (no responde a mi saludo).</p> <p>T.- Sigues enojado conmigo y quieres destruirme. (Continúa en silencio).</p> <p>T.- Yo entiendo que te enojas, pero aunque quieras destruirme nos vamos a quedar aquí hasta que termine la consulta, y yo voy a seguir viva y tú vas a seguir enojado. (Continúa en silencio un largo rato).</p> <p>P.- Vamos a comprar mi dulce.</p>	<p>Explorar deseos homosexuales.</p> <p>Interpretación de los deseos de muerte hacia la terapeuta.</p>	<p>Se continúa</p>
--	--	--	--------------------

	<p>Nos levantamos, salimos a la tienda y después de comprar el dulce se va.</p> <p>Las siguientes seis sesiones continúa con la misma actitud, espera a que casi termine el tiempo y me pide que salgamos a comprar un dulce.</p> <p>Para la séptima sesión se observa un cambio.</p> <p>P.- Hola (entra al consultorio y se sienta en el piso)</p> <p>T.- Hola.</p> <p>P.- Ya no estoy enojado, ya sé que sigues viva.</p> <p>T.- Tu enojo no me puede matar y por mucho que lo quieras no me voy a morir y voy a seguir aquí contigo.</p> <p>P.- Cuando me enojo contigo me dan ganas de que te mueras, pero después ya no quiero porque te voy a extrañar.</p> <p>T.- Hay cosas de las que tenemos que hablar aunque te enojas. Tú sabes que puedes venir aquí y hablar de todo lo que quieras y te voy a escuchar, pero es importante que tú también escuches.</p> <p>P.- Una vez vi a un hombre y pensé que me gustaba, después en la escuela nos dijeron que hay hombres que parecen mujeres y eso me confunde, yo estaba confundido por eso.</p> <p>T.- Las voces te dicen que te van a violar y las voces te dicen lo que tú de verdad quieres.</p> <p>Quieres tener relaciones sexuales con hombres.</p> <p>P.- Un día lo pensé, pero ya no.</p>	<p>Confrontación ante la ineficacia de sus deseos de muerte hacia la terapeuta.</p> <p>Interpretación de los deseos homosexuales.</p>	<p>proporcionando comida en forma de dulce.</p>
--	---	---	---

	<p>Después de esto me pide salir para comprar un dulce y permanece en silencio hasta que se despide.</p> <p>Las siguientes sesiones permanece nuevamente en silencio, pero me pide salir a comprar su dulce, en la calle camina junto a mí y se observa inquieto. Cuando intento hablar con él se aleja un poco, después de comprarle su dulce se despide y regresa puntualmente para la siguiente sesión.</p> <p>Después de cuatro sesiones comienza a hablar. T.- Vas a seguir en silencio para pretender que me matas. P.- Si. T.- No me voy a morir y tú sigues viniendo porque no quieres que me muera de verdad. P.- Si. T.- Yo puedo estar así todo el tiempo que quieras, no me voy a cansar, no me voy a morir y no me voy a ir. P.- Vamos a comprar un dulce. En la calle permanece en silencio y después del dulce se marcha.</p> <p>Recibo una llamada de la madre de R. solicitando que se restablezca el horario de una sesión por semana ya que no tiene dinero. El comunicarle esta situación a R. hace que se restablezca el diálogo, pero el tema de la sexualidad se pierde por un tiempo.</p>	<p>.</p> <p>Manejo del enojo ante la interpretación de los deseos homosexuales.</p>	
--	---	---	--

	<p>T.- Me llamó tu mamá y me dijo que no tiene dinero, por esta razón de ahora en adelante nos vamos a ver una vez por semana.</p> <p>P.- No es cierto, si tiene dinero, pero siempre dice lo mismo.</p> <p>T.- Es bueno que me lo digas enojado, así no vas a escuchar voces que te dicen que se va a morir o que la mates.</p> <p>P.- Siempre dice lo mismo, pero tiene casas que renta y está construyendo otra.</p> <p>T.- No quiere darte su dinero, como tampoco quiere darte comida.</p> <p>P.- Te voy a extrañar.</p> <p>T.- Pero no me hablas y quieres que desaparezca.</p> <p>P.- Si, pero yo sé que estás esperándome y que no te vas a ir. Vamos por mi dulce.</p>	Interpretación del enojo.	
--	---	---------------------------	--

52-60	<p>La siguiente sesión llega y se tira en el piso, después de un rato dice: P.- Te traje un chocolate. T.- Gracias. P.- Ya quiero que volvamos a hablar porque te extraño. T.- De que quieres hablar. P.- De la jefa, ya no la aguanto, se la pasa persiguiéndome para que lave la loza y me pregunta de qué hablamos, yo me voy y a veces me escondo, pero siempre me encuentra. T.- Que quiere saber. P.- Lo que platicamos. T.- Que le dices P.- Nada. T.- Si te vuelve a preguntar puedes decirle que venga a verme y que yo le explico.</p> <p>La siguiente sesión me pregunta ¿Por qué quieres hablar con la jefa? T.- No entiendo tu pregunta. P.- Tú me dijiste que si me preguntaba algo sobre lo que hablamos le dijera que viniera a hablar contigo. T.- Si P.- Por qué quieres hablar con ella. T.- Piensas que nos vamos a poner de acuerdo para hacerte daño. P.- Y también que ella te pueda hacer daño porque</p>		
-------	---	--	--

	<p>es muy poderosa. T.- Y qué te preocupa más. P.- Que te lastime, ya te dije que es muy poderosa. T.- Yo también soy poderosa y no tengo miedo, si tiene desconfianza que venga a preguntarme. P.- La vas a retar T.- No, pero yo no le tengo miedo como tú, no tengo miedo de que me mate, ni miedo de que yo quiera matarla. P.- Si, tú me puedes proteger. Vamos por un dulce.</p> <p>T.-Y tu mamá te sigue preguntado sobre lo que hablamos. P.- Un poco. T.- Creo que ya es tiempo de que te pongas a hacer algo más que estar en tu casa haciendo quehaceres domésticos. Te gustaría P.- Tal vez. T.- Que prefieres, trabajar o estudiar. P.- No sé, me da miedo. T.- A qué le tienes miedo. P.- No sé, no tengo amigos. T.- Que te parece si investigas las escuelas que hay para ver si terminas la Prepa, o si investigas en que puedes trabajar. P.- Como investigo. T.-Pregúntale a tu hermano y traes la información para la próxima</p>	<p>Interpretación del miedo hacia la madre y de sus deseos de muerte hacia la misma.</p> <p>Ante el constante asedio de la madre se plantea la posibilidad de que R. busque una actividad fuera de casa</p> <p>Se integra al hermano en la tarea de investigar escuelas, favoreciendo con esto la</p>	
--	---	---	--

	<p>P.- Encontré éstas escuelas, pero de trabajar no pensé en nada, no se me ocurre que pueda hacer. T.- Y te ayudó tu hermano. P.- Si, nos metimos a Internet, el carnal es muy bueno buscando, me va a enseñar. Comenzamos a revisar las opciones de escuela. P.- Estas escuelas me gustaron, pero quiero conocerlas, me acompañas a verlas. T.- De acuerdo.</p> <p>Las siguientes sesiones establecimos tiempos dedicados a visitar las escuelas y a preguntar sobre los planes de estudio. Una vez que decidió cual escuela le parecía mejor, le planteó esta inquietud a sus padres y comenzó a estudiar nuevamente en el siguiente ciclo escolar.</p>	<p>relación entre ellos.</p> <p>Buscar una actividad fuera de casa</p>	<p>Acompañar a R. a conocer las escuelas elegidas.</p>
--	--	--	--

CAPÍTULO IV ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados que a continuación se presenta, se realizó con base en los ejes temáticos planteados al inicio de la investigación, los cuales son los siguientes:

EJE I. PROCEDIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Se definió al procedimiento psicoterapéutico como el proceso sistemático de la interpretación de los deseos inconscientes del paciente. Estos deseos representan una realidad regresiva y amenazante, poblada de objetos parciales que actúan intensamente, creando una nueva realidad, que corresponde a estadios del desarrollo temprano y que hace evidente la detención del desarrollo del Yo.

En este caso, la expresión de la regresión y con ella, la de estadios tempranos de desarrollo, junto con los deseos o fantasías agresivas no elaboradas, se observa en la manifestación de las ideas delirantes de corte paranoide y de las alucinaciones de tipo auditivo.

Se definió también a la interpretación, como el hecho de señalar al paciente los impulsos que éste está rechazando y de los cuales es capaz de darse cuenta si su atención es dirigida hacia ellos.

En el mundo de la psicosis, éstos impulsos rechazados se manifiestan a través de las alucinaciones y de las ideas delirantes, no son sólo la sintomatología característica de este padecimiento, constituyen el lenguaje a través del cual el paciente, intenta mostrar, lo aterrador de su mundo interno y

también una petición de ayuda, es por esto, que desde el primer contacto con el paciente, se pretende hacerle saber, que aquello que está intentando comunicar es escuchado, que su idea y sensación de ser agredido es real y cierta y que existe una posibilidad de entenderla y enfrentarla, que existe por lo menos otro que no le teme.

Las alucinaciones son sustitutos de las percepciones, se producen después de la pérdida del contacto con la realidad, su mecanismo, la proyección de factores internos que son sentidos como si se tratará de percepciones externas. No se sabe a ciencia cierta a que se debe el fenómeno de la alucinación, pero se presupone que las partes del aparato mental cuya estimulación producen las percepciones, se hacen sensibles a los estímulos internos, al mismo tiempo que queda bloqueada la percepción de estímulos externos.

Por lo que respecta a su contenido, hacen evidente el esfuerzo del Yo por crear una nueva realidad, que le resulte más adecuada, utilizando como ya se expresó y de manera proyectiva la percepción de los estímulos internos.

Sin embargo, las alucinaciones de R. no son placenteras, y no parecen representar una simple realización de deseos, son atemorizantes.

Freud sugirió que la angustia que frecuentemente acompaña a las alucinaciones, se debe a la reaparición de una parte de la realidad que ha sido repudiada.³⁴ En el caso de R, ésta porción de la realidad repudiada contiene impulsos homosexuales y deseos de muerte hacia los padres.

Las alucinaciones de R revelan, no sólo, los esfuerzos del Yo por crear una nueva realidad, sino también su fracaso en ésta tarea, hacen evidente el

³⁴ FREUD, S. (1924/1981) *Neurosis y Psicosis*. Obras Completas. Tomo III. España: Ed. Biblioteca Nueva.

retorno de los impulsos repudiados, pero de forma distorsionada por la acción de la proyección, hacen evidente así mismo, el retorno del primitivo Superyó y de la amenaza y castigo que le acompañan.

En la primera intervención, se acepta la regresión y lo aterrador del mundo interno del paciente, se lleva su atención a la alucinación, sin negarla ni cuestionarla, sino dándole realidad a partir de nombrarla, esta acción propicia la manifestación de reacciones transferenciales masivas e intensas, ya que acepta salir de su escondite, el hecho está, en que el paciente encuentra otro capaz de aceptar su realidad y de entenderla, generando así confianza.

Por lo que respecta a las ideas delirantes, éstas presentan una estructura similar a la de las alucinaciones, son juicios equivocados de la realidad que se basan en la proyección.

En el caso de R, estas ideas delirantes se presentan en forma de ideas de persecución alrededor del tema de la homosexualidad latente.

Durante todo el tratamiento la sexualidad fue un tema recurrente, que se manifestaba a partir de dos vertientes; por un lado, la expresión de las ideas delirantes alrededor del tema de la violación, la cual podía ocurrir en cualquier momento y siempre por el deseo de otros hombres dirigido hacia él, por otro lado, la expresión del propio deseo del paciente en lo que respecta a tener relaciones sexuales, las cuales fantaseaba con diversas mujeres. Cabe mencionar, que por lo que se refiere a la actividad sexual, está se encontraba dentro del marco de la fantasía, ya que no había mantenido en la realidad relaciones de este tipo.

La interpretación de estos deseos no se llevó a cabo inmediatamente, en un principio sólo se señalaron para darles presencia y realidad, cuando inicia la interpretación en términos de hacerle saber que esos deseos de corte homosexual le pertenecen, se suscitan reacciones transferenciales negativas que tienen la intención de destruir a la terapeuta y con ello todo vínculo con la realidad.

Se ha expresado ya, que en la psicosis se crea una nueva realidad, por más dolorosa y difícil que sea vivirla, es mejor que asumir y enfrentar los propios deseos, de hecho, se crea para proyectarlos y así evitar la fuente de frustración y angustia que éstos generarían si se vivenciaran como propios.

Durante todo el tratamiento, la actitud de interpretar los impulsos del paciente es la constante que marca el rumbo y que define el procedimiento psicoterapéutico y la transferencia.

EJE 2. LÍNEAS DE TRABAJO

Se definieron las líneas de trabajo como la explicación de los propósitos que tiene la terapeuta cuando realiza algún tipo de intervención.

Después de realizar el diagnóstico y de tener claro que la patología de R. no corresponde a un daño orgánico, se decide continuar con un tratamiento psicoterapéutico.

Este tratamiento se combina con el tratamiento psiquiátrico, R. estuvo tomando medicamentos antipsicóticos durante todo el tiempo que se reporta en esta investigación, el médico psiquiatra y yo, estuvimos en comunicación durante todo el proceso psicoterapéutico, comentando el caso y evaluado los ajustes a la medicación.

a) Por lo que respecta a las líneas de trabajo hospitalarias tenemos:

1. La valoración Psicológica del Paciente

La intención del primer contacto con el paciente, es la de llevar a cabo una entrevista para evaluar el estado mental, en este caso, esa primera entrevista no se pudo llevar a cabo y en su lugar se implementaron algunas estrategias con la intención de tranquilizar al paciente. (Dichas estrategias se describen y explican en los ejes 1 y 3).

Sin embargo, la interacción con el paciente arrojó suficientes datos como para realizar esta actividad.

2. Propiciar la aceptación y toma de medicamentos

El abandono del tratamiento psicofarmacológico es la principal causa de recaída en los pacientes que han sido dados de alta. Por esto la importancia de propiciar desde el periodo de hospitalización la aceptación y toma de los fármacos.

Este abandono tiene múltiples causas, entre las más comunes, encontramos el nivel de bienestar que se alcanzó durante la etapa de hospitalización,

sumado a la fantasía de curación por parte de los familiares del paciente. Es hasta que han ocurrido varias recaídas y con esto hospitalizaciones, que los familiares comienzan a cobrar conciencia sobre la importancia de no interrumpir el tratamiento.

En el caso de un paciente con ideas de tipo paranoide, esta situación se acentúa, ya que se corre el riesgo de que la medicina se integre al sistema delirante y adquiera connotaciones de persecución o daño.

Desde la perspectiva de R., la medicina no le producía bienestar y si le incapacitaba para defenderse de los persecutores sexuales que sus ideas delirantes creaban, ya que como efecto secundario le producía somnolencia. A corto plazo, esta percepción de R. lo iban a llevar a abandonar el tratamiento psicofarmacológico y a una nueva hospitalización.

Por esta razón, se favoreció la adherencia al tratamiento psicofarmacológico a través de la asociación comida-buena, medicina-buena. Esta asociación se entrelaza con la idea de que tanto la medicina como la comida contienen un elemento curativo, que brinda alivio y protección.

Tiene efecto, pues la asociación comida buena-medicina buena se utiliza dentro del contexto regresivo de la estructuración psíquica de R., y se fortalece a través de la transferencia. De esta manera y a pesar de los periodos de crisis que se vivieron durante el tratamiento psicoterapéutico, R. no dejó de tomar sus medicamentos ni de asistir a la consulta psiquiátrica.

3. Generar conciencia de enfermedad.

Hablar de psicosis, es hablar de falta de contacto con la realidad, cualesquiera que sean las causas etiológicas que provocaron el brote psicótico, (orgánicas

o psicológicas), este implica, la creación de una realidad, en la que la noción de enfermedad mental no existe.

Durante el periodo de hospitalización y conforme el brote psicótico va cediendo, se realizan intervenciones, con la intención de hacer saber al paciente, que está enfermo y que necesita tratamiento médico, es decir con la intención de generar conciencia de enfermedad.

Esto tiene la intención de evitar que el paciente interrumpa el tratamiento ya que la interrupción del mismo, una vez que el paciente ha egresado, es la principal causa de recaídas y de nuevos periodos de hospitalización.

4. Propiciar la Socialización.

A su ingreso, la mayoría de los pacientes se encuentran en un estado de perturbación mental aguda, las manifestaciones sintomáticas de ésta perturbación son variadas, pero implican generalmente dificultades en la socialización. En la medida que el brote psicótico va cediendo, se propicia que los pacientes se relacionen entre sí y con sus familiares. Estas actividades de socialización consisten en permitir la visita de los familiares, realizar actividades recreativas (ver televisión, jugar algún juego de mesa, realizar alguna actividad manual) tomar los alimentos en el comedor.

Tienen la finalidad de ayudar en la evaluación del paciente por lo que se refiere al control de impulsos.

b) Por lo que respecta a las líneas de trabajo que dependen del diagnóstico y que se realizan exclusivamente en los casos en el que el diagnóstico no implica una etiología orgánica tenemos:

1. Entrevista con los familiares.

Esta entrevista tiene la finalidad, en primer lugar, de investigar los factores psicológicos que están involucrados en la manifestación del cuadro clínico, se busca obtener toda la información posible acerca del brote psicótico, sus antecedentes y desarrollo, así como, información acerca del tipo de relación que ha existido entre el paciente y el resto de su familia, tanto nuclear como extensa. En segundo lugar, busca aclarar las dudas que los familiares puedan tener acerca del padecimiento o del tratamiento.

Este contacto con la familia, favorece la formación de la alianza de trabajo, la cual representa la tercera intención de la entrevista, ya que sin ésta, la posibilidad de continuar atendiendo al paciente en consulta externa es limitada.

En el caso de R. los padres se muestran resistentes a proporcionar información acerca de los antecedentes y desarrollo del brote psicótico, cuando se les entrevista hablan muy poco acerca de R y la información que brindan es estrictamente en términos médicos. Se muestran interesados en que se les explique al resto de sus hijos en qué consiste la enfermedad del paciente y como deben tratarlos. Esta petición es aceptada y se realiza una entrevista con los hermanos del paciente la cual se convierte en una sesión informativa donde se aclaran las dudas que éstos manifiestan.

Después de esto, se realiza una segunda entrevista en vísperas del alta, donde se les plantea la necesidad de un tratamiento conjunto, que implica la intervención psiquiátrica y psicológica. Los padres acceden a que R. lleve a cabo los dos tratamientos, estableciéndose la fecha de alta y de las próximas citas.

2. Procedimiento Psicoterapéutico.

Se ha establecido que el procedimiento psicoterapéutico empleado en éste caso es el que se deriva de la Teoría Psicoanalítica, el cual consiste en el proceso de la interpretación sistemática de los deseos del paciente; se ha establecido también, que interpretar, significa señalar al paciente los impulsos que ha rechazado y de los cuales es capaz de darse cuenta si su atención es dirigida hacia ellos.

Durante muchos años existió la polémica, al respecto de si los pacientes psicóticos son o no susceptibles de análisis. Freud suponía que el abordaje terapéutico en los pacientes con psicosis era imposible, debido fundamentalmente a que consideraba que no eran capaces de crear reacciones transferenciales, por lo tanto no se podía reeditar el conflicto y mucho menos interpretarlo.

Esta postura freudiana permaneció casi intacta durante muchos años, hasta que en la década de los 1930, estudiosos del psicoanálisis, representados por Melanie Klein o Sullivan, por nombrar sólo algunos, replantean las ideas Freudianas con respecto a la transferencia.

Klein³⁵ piensa que la relación objetal es posible desde el mismo momento del nacimiento, por lo tanto, el paciente psicótico tiene la capacidad de establecer dichas relaciones y con ello, la capacidad de generar respuestas transferenciales.

³⁵ KLEIN, M. (1952) *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. Obras Completas. España. Ed. Paidós. Tomo III.

Fenichel³⁶ expresa que en la psicosis y específicamente en la esquizofrenia, es posible llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico, ya que la regresión narcisista nunca es completa y pueden aparecer reacciones transferenciales gracias a los remanentes de la relación con la realidad y a los intentos de recuperación espontánea por parte del paciente.

Sin embargo, las respuestas transferenciales de los psicóticos no gravitan alrededor del conflicto característico del Neurótico, el conflicto edípico, gravitan alrededor de un conflicto mucho más temprano en el desarrollo, un conflicto que se gestó en los primeros meses de vida y que lleva al paciente a reeditar con el terapeuta un tipo de vínculo caracterizado por la parcialidad y la agresión.

Lo que se reedita en el paciente psicótico no son las vicisitudes de una relación triádica, son las vicisitudes de una relación diádica y parcial, por lo tanto, las respuestas transferenciales implican una regresión mucho más profunda y necesidades emocionales mucho más tempranas, son respuestas intensas y demandantes que permiten ver una organización yoica muy primitiva.

De esta forma, al tener respuestas transferenciales organizadas alrededor de un conflicto psíquico, tenemos la manifestación de una psicosis de transferencia.

Si el trabajo terapéutico se va a desarrollar en el marco de las respuestas propias de la psicosis de transferencia, entonces se va a desplegar ante nuestra mirada el conflicto psicótico, y de la misma manera que se trabaja con el conflicto neurótico, la consigna es la interpretación de los deseos inconscientes que sustentan dicho conflicto.

³⁶ FENICHEL, O. (1984) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. España. Ed. Paidós.

Sustentado en el hecho de que los pacientes psicóticos son capaces de crear reacciones transferenciales, es que se inicia este trabajo terapéutico alrededor de las interpretaciones de los impulsos del paciente.

En el caso de los pacientes psicóticos, lo primero que se debe asumir, es que un sistema delirante está actuando y conformando una nueva realidad, una realidad construida a partir de la moción pulsional, esta realidad es incuestionable y abarca todos los aspectos de la vida emocional y cognitiva, de tal forma, que todos los recursos del paciente están puestos en marcha para sostener y fortalecer al sistema delirante, pero también para defenderse del él. El primer contacto con R. implica la aceptación de su locura, de su realidad inconexa y agresiva y del sufrimiento que esto le ocasiona, implica una respuesta de aceptación y de comprensión, con la cual se comienza a escribir un nuevo capítulo, dado que para R. esta es una respuesta desconocida.

Al hacerle saber que sé lo que le sucede y lo entiendo, sin cuestionamientos y sin intentar convencerle de lo contrario, se generan las condiciones necesarias, para que se produzca una respuesta transferencial positiva, intensa y masiva, se genera una respuesta en la que se crea un vínculo relacional, que implica en ese momento, un mínimo de confianza, pero suficiente para que acepte salir de su escondite, evitando así el uso de la fuerza y la aplicación de medicamentos intramusculares. Dada la cualidad primitiva e inestable de la respuesta transferencial, que busca entendimiento y protección, se pretende fortalecerla al hacerle saber que lo vamos a cuidar, hablar en plural tiene la intención de que R. sepa que también las enfermeras y los médicos se van a encargar de esta tarea.

El vínculo transferencial creado por R. en esta primera intervención, es el eje sobre el cual se construyó el trabajo psicoterapéutico, señalándole los impulsos que rechazaba y satisfaciendo algunas necesidades primarias, (las cuales se analizan en el eje 3)

Los impulsos rechazados por R. se dividen en dos bloques, los que involucran el tipo de relación objetal y los que involucran la homosexualidad latente. Ambos rechazados y temidos por el Yo.

La creación de los síntomas psicóticos pone de manifiesto la huida el Yo ante una realidad intolerable, pero también el fracaso del mismo con esta estrategia, ya que finalmente aquella realidad de la que se pretende huir, regresa en forma de síntoma, para R., la realidad intolerable que representa la vinculación con el objeto primario, debido que éste lo persigue y rechaza, regresa en forma del deseo de matarlo, sin embargo, gracias al uso de la proyección, lo deja en manos de otros, que en su fantasía tienen ésta intención, librándose así de la angustia y castigo que le produciría asumir sus deseos. La manifestación de la homosexualidad latente nos muestra la misma solución, huir de ella, es decir, rechazarla al proyectarla, sin embargo, regresa cuando se siente perseguido y víctima de posibles ataques sexuales que implican violación, regresa y es castigado por sus deseos.

En el caso de R., la interpretación de estos impulsos no se da inmediatamente, debido a que el primer contacto con el paciente tiene la intención de evaluar el estado mental y a partir de esto crear el vínculo transferencial, sin embargo, en el transcurso del tratamiento se van interpretando, lo que trae como consecuencia cambios en la transferencia.

El deseo de la muerte de sus padres, expresado a través de la alucinación auditiva de matarlos se señala durante la estancia hospitalaria, a lo que R.

responde que algunas veces quería que se murieran, sin embargo, no se muestra angustiado por este señalamiento, quizá porque mantenía el enojo hacia ellos, al convertirlos en posibles víctimas de ataques mortales, justifica el vigilarlos para protegerlos, pero también para controlarlos y agredirlos, para saber que hacen y evitar que se relacionen y lo agredan.

Este deseo vuelve a la terapia inmediatamente después de haber egresado, en el transcurso de la primera sesión aparece el enojo hacia su madre y la intención de que muera, pero ahora acompañado del miedo (castigo Superyóico) al padre y a Dios, ya que matar es pecado. Al señalarlo, R. acepta el deseo de que muera su madre y también la intención que ha tenido de llevarlo a cabo, sin embargo, acepta también que lo detiene el miedo al castigo. Al señalarlo y poder hablarlo se reducían las alucinaciones y la angustia que las acompañaba.

Por lo que respecta a la homosexualidad latente, esta se fue señalando en el transcurso del tratamiento, pero generó reacciones transferenciales negativas e intensas, acompañadas de actuaciones agresivas y deseos de destrucción de la terapeuta. De la misma manera que ocurría con los deseos de muerte, al señalarlos y poder hablar de ellos se reducían las alucinaciones y las ideas delirantes.

La actitud de R. ante la sexualidad es contrastante, por un lado tiene la idea de conseguirse una novia para poder tener relaciones sexuales con ella, por el otro, tiene la idea de que cuando sale a la calle, los hombres lo miran porque quieren violarlo, esta idea se ve reforzada a través de alucinaciones de tipo auditivo.

El primer señalamiento al respecto de los deseos homosexuales le causa un gran enojo, el cual manifiesta guardando silencio el resto de la sesión, aventando la puerta y pateando la silla antes de salir. Esta actitud la conserva

durante varias sesiones, sin embargo, es importante resaltar el hecho de que no abandona la consulta, sigue acudiendo de manera puntual y precisa y pidiendo agua, hasta que retoma el diálogo para volver a hablar de los deseos homosexuales y de las alucinaciones auditivas que le dicen ahora que yo lo quiero dañar. Al señalar que la agresión es suya se muestra confundido y asegura que aún cuando pueda estar enojado no me va a dañar.

Cada vez que se realiza una interpretación al respecto de la homosexualidad, la respuesta de R. es de agresión, en ocasiones, como la que acabo de mencionar, es una agresión manifiesta, pero en otras ocasiones la agresión se expresa a partir de romper la comunicación y esperar a que yo muera, lo que sería el resultado de su agresión, al advertir que esto no sucede, reanuda el diálogo y se tranquiliza, ya que se le señala que sus deseos no son poderosos como para destruirme.

Estos señalamientos le devuelven la tranquilidad y la posibilidad de mantener el contacto, tanto conmigo, como con la realidad, ya que las alucinaciones e ideas delirantes disminuyen o desaparecen.

Durante todo el tiempo en que se llevó a cabo éste tratamiento, la conducta de interpretar los deseos, tanto homosexuales como agresivos, se mantuvo de forma constante, el resultado siempre fue el mismo, la disminución o desaparición de la sintomatología psicótica por lo que se refiere a ideas delirantes o alucinaciones, lo que permitía actividades productivas ya que favorecía un mayor contacto con la realidad.

Eje 3. MODIFICACIONES A LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

Las modificaciones a la técnica psicoanalítica se han definido como los cambios que se realizan en dicha técnica para llevar a cabo el tratamiento de este paciente.

Al tratarse de un paciente hospitalizado como consecuencia de un brote psicótico, diagnosticado como de tipo esquizofrénico y paranoide, el primer contacto con el R, así como los subsecuentes contactos están matizados por el trabajo que se realiza dentro de los lineamientos marcados por el hospital. Las modificaciones a la técnica surgen entonces como resultado de esta situación.

Las modificaciones se realizan por lo que respecta a:

a) La intención del primer contacto con el paciente.

Las modificaciones a la técnica inician desde el primer contacto con el paciente, debido a que se realiza un trabajo hospitalario, los pacientes no llegan al consultorio, no van por voluntad propia y menos con consciencia de algún tipo de enfermedad o sufrimiento emocional. La primera entrevista implica un trabajo de valoración del estado emocional, que no se lleva a cabo a petición del paciente y aún cuando tiene una finalidad diagnóstica, esta es básicamente para descartar una etiología orgánica, de ésta forma, no tiene la intención de realizar un tratamiento psicoterapéutico, sino de valorar la posibilidad de que éste trabajo pueda llevarse a cabo posteriormente. El paciente no llega buscando ayuda para mejorar su calidad de vida, esta ayuda es solicitada por los familiares y tiene la intención de mejorar la calidad de vida de los mismos, la posibilidad de un tratamiento psicoterapéutico es una consecuencia de la hospitalización y no una finalidad en sí misma.

El primer contacto con R., se realiza en el contexto de una realidad delirante y alucinatoria con claras manifestaciones de miedo ante el riesgo de una agresión y daño de tipo sexual, esto impide la posibilidad de llevar a cabo una entrevista y en su lugar se realiza una intervención con la finalidad de establecer algún tipo de contacto interpersonal, el tipo de respuestas que da están en función de su realidad psicótica, lo importante entonces es hablar su lenguaje, hacerle saber que sé lo que le sucede y lo entiendo, para irrumpir en su realidad delirante y alucinatoria y a través de esto tranquilizarlo y evitar el uso de la fuerza para sacarlo de su escondite.

Para hablar su lenguaje es necesario incorporar en el diálogo la presencia de las alucinaciones de tipo auditivo. La voz alucinada es el soporte de una imagen. Así, mientras la alucinación se coloque en el lugar de la imagen, el esquizofrénico tiene una cierta vivencia de unidad interior. La alucinación lo defiende entonces de lo que en términos comunicacionales se llama fading, o sea, el alejamiento irreversible de la imagen (evocada alucinatoriamente) que sostiene la propia imagen. Si este es el recurso privilegiado con el que cuenta el psicótico para sostener cierto sentimiento de unidad e identidad, su pérdida produce lo que se ha descrito como terror sin nombre, angustia catastrófica, fragmentación del Yo, o dispersión de los fragmentos en el tiempo y el espacio.

De esta forma cuando le hablo de las voces que escucha y las integro al diálogo haciéndole saber que sé lo que le dicen y que no les temo, R. encuentra a otro capaz de entender y contener las emociones desbordadas, otro que le ofrece un mínimo de seguridad y confianza, regresándolo al mundo de los objetos y creando un vínculo transferencial.

No se puede negar la existencia de las alucinaciones porque estas son las representantes de objetos internalizados, y no puede aceptar que no existan porque lo remite a un mundo anobjetal.

b) La neutralidad del terapeuta

Freud³⁷ establece algunas reglas básicas que el terapeuta debe llevar a cabo y cumplir para realizar el análisis de todo neurótico, estas reglas tiene el objetivo de frustrar los deseos de los pacientes, propiciar la regresión y favorecer el establecimiento de la neurosis de transferencia.

En el caso de R., se realizan algunas modificaciones por lo respecta a las reglas establecidas, estas modificaciones obedecen a la etiología y psicodinamia del conflicto a enfrentar. Se trata de un conflicto que se gestó en los albores del nacimiento del Yo y que fue tan devastador que detuvo su desarrollo, impidiendo una adecuada organización e integración y atrofiando su relación con el objeto, un conflicto cuya etiología nos remite a experiencias de frustración extremas que obligan al Yo a huir y crear una nueva realidad. Dentro de éste contexto, resulta inoperante generar más frustración para propiciar la regresión, nos encontramos en el nivel máximo de regresión posible.

Ahora bien, aún cuando la relación con el objeto se ve atrofiada, no desaparece, lo que posibilita la manifestación de reacciones transferenciales.

En el caso de R., una vez que se ha logrado irrumpir en el mundo delirante y alucinatorio que ha construido, favoreciendo con esto la manifestación de respuestas transferenciales, es necesario mantener y fortalecer este vínculo primitivo e inestable, esto se logra a través de la introducción de alimentos al proceso psicoterapéutico.

³⁷ FREUD, S. (1912/1981) *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas. Tomo II. España: Ed. Biblioteca Nueva.

El vínculo relacional con el objeto, en su manifestación más primitiva, se establece a partir de los cuidados de la madre y estos cuidados incluyen principalmente su capacidad de alimentarlo. Este acto es real y simbólico y se lleva a cabo al mismo tiempo, implica la capacidad nutricia de la madre, tanto en lo biológico como en lo psíquico o emocional. Al nutrirlo permite y propicia el desarrollo Yoico.

Para R. la introducción de comida en éste primer momento se convirtió en el elemento organizador e integrador del Yo, fortaleciendo las respuestas transferenciales y creando un vínculo desde el cual es posible nutrir, primero en lo real y después en lo simbólico, es por esto que al acto de alimentarlo se le agrega la afirmación de que se trata de comida buena, es decir, comida nutricia.

Doria³⁸ define a la relación psicoanalítica como un profundo y singular vínculo humano, añadiendo que es a través de él que se realiza la labor analítica. Este vínculo está sustentado por la transferencia y la contratransferencia, ambas corrientes favorecen el retorno de tempranos vínculos en una nueva relación.

En el caso de R., este profundo vínculo humano, que tiene como finalidad llevar a cabo la labor analítica, se sostiene en el acto de recibir alimento nutricional, en lo real, fue necesario alimentarlo sólo una vez, en lo simbólico, cada interacción representaba esta posibilidad. La petición de que lo acompañara cada vez que comía representaba su necesidad de ser alimentado, es por esto que se accede a complacerlo, al hacerlo, se fortalece el vínculo transferencial y se disminuyen sus angustias persecutorias, lo que favorece la integración y organización Yoica. Se aprovecha además el

³⁸ DORIA, R. (1995) *Hacia el Psicoanálisis de las Psicosis*. Argentina. Ed. Lumen.

pensamiento mágico para asociar los medicamentos con comida buena y nutritiva, ya que como se plantea un tratamiento multidisciplinario, es necesario asegurar que tome sus medicinas de forma voluntaria y con la idea de recibir comida buena, de recibir algo que alivia su sufrimiento.

La importancia de fortalecer el vínculo transferencial radica en la certeza del cambio de transferencia, de positiva a negativa, cuando se interpretan sus deseos, tanto el homosexual, como el de la muerte de sus padres.

La transferencia psicótica es intensa y violenta, revive experiencias dolorosas que nunca pudieron ser elaboradas y en las que las pulsiones mantienen la fuerza e irracionalidad con que aparecieron originalmente, nos remite a un escenario terrorífico compuesto de objetos parciales cuya capacidad de destrucción (persecución) es ilimitada y en la que la única forma de controlarla, es proyectándola.

Al alimentar y nutrir el vínculo transferencial con respuestas empáticas que satisfacen necesidades arcaicas, se pretende restablecer el vínculo primario, es decir, el vínculo original entre R. y su madre, que debió tener aspectos positivos que posibilitaron un precario pero indiscutible desarrollo yoico, al propiciar algunas introyecciones positivas con actitudes de mínima comprensión y satisfacción de necesidades primarias.

La idea es restablecer el vínculo primario a través de respuestas empáticas a necesidades arcaicas, para después ampliarlo paulatinamente. En el caso de la psicosis, no es posible repararlo ya que se encuentra sumamente atrofiado, lo que se propone es rescatarlo, para después fortalecerlo a la luz de una nueva relación y gradualmente favorecer el desarrollo del Yo.

Rescatar el vínculo al responder a necesidades primarias, fue una respuesta contratransferencial que tomo sólo unos instantes, mantenerlo a salvo de su agresión y desconfianza, fortalecerlo y diferenciarlo del vínculo original para desarrollar el trabajo psicoterapéutico en ese contexto, fue el trabajo de todas las sesiones terapéuticas; acceder a estar con él durante las comidas, prolongar el tiempo de las sesiones de acuerdo a sus necesidades, volver a alimentarlo en lo real una vez que egresó del hospital y durante los periodos de crisis, llevar las sesiones fuera del consultorio para comprar golosinas o acompañarlo a buscar la escuela y discutir los pros y contras de cada una de las que visitábamos, fueron todas acciones encaminadas a favorecer el desarrollo yoico a la luz de una nueva relación.

c) El setting analítico

Se ha definido al setting analítico como el lugar (espacio físico) donde se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico. En el caso del tratamiento de pacientes neuróticos el setting es el consultorio, lugar donde se lleva a cabo el primer contacto con el paciente y donde se realiza la labor psicoterapéutica, sin embargo, en el caso de los pacientes psicóticos hospitalizados el primer lugar de contacto es la habitación asignada, ya que no es posible trasladarlos al consultorio por el estado de perturbación mental en el que se encuentran.

En el caso de R., como en el de cualquier paciente psicótico hospitalizado, la intención del primer contacto es llevar a cabo una valoración psicológica del estado mental, sin embargo, por las condiciones en que se encontraba el paciente fue necesario realizar una primera intervención psicoterapéutica, lo que llevó a que su habitación se convirtiera en el primer setting analítico, evidentemente no cumplía con los requisitos establecidos por Freud para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, sin embargo, esto no fue un obstáculo para que de hecho este proceso iniciara.

Al tratarse de un paciente hospitalizado fue necesario llevar el proceso al lugar donde se encontraba, iniciar el tratamiento adecuándose a las condiciones emocionales y regresivas que se presentaban en ese momento.

Esta maniobra psicoterapéutica rindió frutos, ya que permitió un primer contacto con el paciente y estableció las bases para el trabajo analítico, sin embargo, también modificó el lugar de trabajo y estableció un precedente, el de adecuar el setting a las necesidades emocionales del paciente, en el sentido de gratificar necesidades primarias con la intención de favorecer el desarrollo yoico.

Es en este sentido que el setting va cambiando, adecuándose en un primer momento a las necesidades emocionales del paciente, para después adecuarse también a las necesidades del proceso psicoterapéutico.

Una vez que se observa mejoría, es necesario favorecer que el paciente salga de su habitación y establezca contacto con el resto de los pacientes, no sólo por ser ésta una de las líneas de trabajo hospitalaria, sino también porque es necesaria la separación, ya que se relaciona casi exclusivamente con la terapeuta, así, el setting cambia y se amplía, el lugar de encuentro no es ya únicamente su habitación, sino también las áreas comunes a todos los pacientes. Esto trae como consecuencia la inclusión de otras personas en su mundo hospitalario, le genera curiosidad saber por qué están ahí y prueba formas de relación interpersonal, permite además abordar el tema de su enfermedad y de sus miedos en relación con regresar a su casa.

La idea sobre la que se establecen las modificaciones en el setting, surge de la necesidad de adecuarse a los requerimientos emocionales del paciente con

la intención de favorecer el desarrollo Yoico, no se trata de gratificar por gratificar, sino de gratificar aquellas necesidades encaminadas a el fortalecimiento y desarrollo del Yo.

Durante la fase hospitalaria el setting se traslada a su habitación y después se amplía al resto de las áreas asignadas a los pacientes psicóticos. Durante la fase no hospitalaria el setting se ubica en el consultorio, lugar donde se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico, sin embargo, cuando es necesario se amplía, llevando el proceso fuera del consultorio, primero a lugares cercanos al mismo y después a lugares lejanos, siempre con la intención de favorecer el desarrollo del Yo.

Así y después de llevar a cabo el análisis de los datos encontrados se puede expresar que las modificaciones a la técnica psicoanalítica realizadas en el proceso psicoterapéutico de este paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide produjeron mejoría clínica y desarrollo del Yo, lo que reditúa en beneficio para el paciente.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

I. DISCUSIÓN

La teoría psicoanalítica creada por Sigmund Freud, surge con la intención de explicar el conflicto inconsciente que aqueja a los pacientes afectados de Neurosis.

Para que esta explicación pueda ser útil al paciente, requiere de una técnica específica y precisa, que logre hacer consciente lo que para el individuo neurótico es inconsciente y así disminuir su sufrimiento.

Dicha técnica se basa en la manifestación de los fenómenos transferenciales, los cuales con el tiempo darán lugar a la neurosis de transferencia, la que permitirá al paciente reeditar sus conflictos y al terapeuta interpretarlos.

Freud suponía que el abordaje terapéutico en los paciente con psicosis era imposible, debido fundamentalmente a que consideraba que no eran capaces de manifestar reacciones transferenciales, por lo tanto no se podía reeditar el conflicto y mucho menos interpretarlo.

Esta postura Freudiana permaneció casi intacta hasta la década de los treinta, cuando algunas personas estudiosas del psicoanálisis comenzaron a hacer nuevas aportaciones teóricas con respecto al desarrollo Yoico y sus vicisitudes.

Surgen aportaciones teóricas como las expresadas por Melanie Klein y sus discípulos en Londres, Harry Stack Sullivan en los Estados Unidos o Paul Federn en Viena, por nombrar solo algunos, que comienzan a replantear las ideas Freudianas con respecto al surgimiento, desarrollo y capacidades del Yo.

Este replanteamiento de algunos conceptos de la teoría psicoanalítica, trae como consecuencia modificaciones o adiciones importantes a la teoría, lo que permite concebir la idea de una energía que tiene como finalidad no sólo la descarga, sino también la relación con el objeto, por lo tanto la idea de la existencia de un Yo desde el mismo momento del nacimiento.

Contrario a lo que pensaba Freud, se sabe ahora que los pacientes afectados de psicosis son capaces de generar reacciones transferenciales y por lo tanto son susceptibles de análisis. El problema ahora, no es la capacidad del paciente de generar respuestas transferenciales y con ello un vínculo transferencial, sino comprender la cualidad de este vínculo para poder utilizarlo en el contexto de un tratamiento psicoterapéutico.

La respuesta se encuentra al investigar y comprender como fue que se gestó el vínculo primario y cuáles son las dificultades que se presentaron en el caso de la psicosis, ya que esta no responde a la patología del conflicto entre el impulso y la defensa que caracteriza a la neurosis, sino a la patología de la detención del desarrollo en etapas muy tempranas. Los vínculos transferenciales que caracterizan a la psicosis se encuentran sumamente alterados, detenidos o responden a regresiones profundas y no temporales, son masivos, intensos y volátiles, pueden variar de un momento a otro y expresan intensos deseos de adhesión o de rechazo, de destrucción y muerte o de aceptación y amor, no se manifiestan en escenarios edípicos simbólicos ni están matizados por el proceso secundario, sino en escenarios mucho más arcaicos que dejan ver el funcionamiento del psiquismo temprano y que

expresan situaciones traumáticas de tempranas carencias o excesos, conllevan la manifestación de ansiedades arcaicas que nunca fueron comprendidas y mucho menos contenidas y que se expresan a través del proceso primario.

Ante esta situación caótica y amenazante, poco estructurada y profundamente regresiva, se hace necesaria la implementación de nuevas técnicas psicoterapéuticas para poder realizar la labor analítica, sin violentar el principio básico de interpretar los deseos inconscientes del paciente, es por esto que en este trabajo de investigación propone realizar algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica, ya que sin negar la eficacia de la misma para el tratamiento de las neurosis, resulta poco efectiva en el tratamiento de las psicosis.

La propuesta es la misma que planteo Freud, interpretar los deseos inconscientes del paciente a partir de la transferencia, solo que en este caso es a partir de la psicosis de transferencia, la cual aparece casi de forma inmediata si el paciente percibe que el terapeuta entiende sus necesidades emocionales y puede gratificarlas. No es necesario generar las condiciones para que se dé el proceso regresivo, ya que el paciente se encuentra sumamente regresionado, como tampoco es necesario frustrar los deseos inconscientes del paciente, ya que estos han sido frustrados sistemáticamente y son la representación de ansiedades arcaicas, lo que es necesario es comprender que las respuestas transferenciales representan de manera clara y precisa una reedición del vínculo primario en sus etapas más tempranas y que este vínculo se encuentra sumamente atrofiado y es el responsable de la detención del desarrollo Yoico. El trabajo psicoterapéutico entonces tiene la finalidad de rescatar el vínculo primario para establecer y mantener la psicosis de transferencia, sin embargo, no tiene la intención reparar el vínculo, este se encuentra tan dañado que sería imposible lograrlo, la intención es trabajar a partir de este vínculo para ofrecer una relación objetal nueva y diferente, que permita la elaboración de las ansiedades arcaicas a través de la

interpretación de los deseos inconscientes, pero también la gratificación de las necesidades emocionales primitivas para favorecer el desarrollo del Yo y brindar contención.

Doria³⁹ propone que para llevar a cabo el trabajo psicoterapéutico con pacientes psicóticos, es necesario recobrar el vínculo primario, al cual define como el nexo original afectivo de orden primario y de carácter profundamente humano, que establece el bebé con su madre y a través del cual se dan la primera comunicación emocional, sugiere además que la labor es recobrar el vínculo primario para convertirlo en la columna a través de la cual se desarrollará el proceso psicoterapéutico.

Este trabajo psicoterapéutico retoma la idea de Doria con respecto a restablecer el vínculo primario, como se ha dicho ya, para establecer la psicosis de transferencia, sin embargo, propone la idea de que este vínculo original o primario es sólo la base sobre la cual se construirá un nuevo vínculo capaz de favorecer en el paciente la elaboración de las ansiedades arcaicas y de dotar de un nuevo significado afectivo a aquellas experiencias dolorosas o terroríficas que nunca pudieron ser comprendidas y que no recibieron una respuesta empática de parte del objeto primario.

La idea de la construcción de un nuevo vínculo, diferente al establecido ya con el objeto primario, surge de la observación de la imposibilidad de reparar el vínculo primario, ya que este se ha establecido sobre las bases de la incapacidad que posee para entender y satisfacer las necesidades primarias y básicas del Yo, durante el proceso psicoterapéutico se trabajó sobre la idea de la separación de ambos vínculos, cada vez que el paciente confundía a la terapeuta con su mamá se le aclaraba que ésta no era su mamá, que era una persona diferente y que podía entender lo que le sucedía, la respuesta del paciente al principio era incierta y parecía no comprender lo que se le decía,

³⁹ DORIA, R. (1995) *Hacia el Psicoanálisis de las Psicosis* .Ed. Lumen.

pero en la medida en que constataba que la terapeuta lo entendía, tenía la capacidad de contenerlo y alimentarlo esta idea fue tomando forma y constituyendo un nuevo tipo de relación objetal.

La introducción de comida en el proceso psicoterapéutico favoreció esta posibilidad, la respuesta de alimentarlo fue un acto contratransferencial que respondía a una necesidad primaria y que tuvo consecuencias inmediatas, logro disminuir su ansiedad persecutora, contuvo su desconfianza y sentó las bases de un vínculo que le indicaba que podía ser entendido y gratificado, una respuesta clara e inmediata ante sus necesidades orales que hasta ese momento no conocía. Fue necesario alimentarlo de forma real para poder pasar después a la alimentación simbólica, alimentación que tenía la finalidad de nutrir al vínculo contratransferencial y diferenciarlo del vínculo primario. Esta respuesta creó un espacio psíquico de gratificación y contención que favoreció el desarrollo Yoico, un espacio psíquico capaz de contener al proceso psicoterapéutico. Cada vez que surgía una crisis pedía ser alimentado y la gratificación tenía consecuencias favorables ya que lograba contenerlo.

Fue su petición de comida lo que trasladó el proceso psicoterapéutico a la calle, la necesidad de salir a buscar a un dulce, que simbolizaba el ser alimentado, pero que expresaba al mismo tiempo la necesidad de salir del consultorio, pareciera que la necesidad de ampliar sus horizontes, ya que ahora podía venir al consultorio sin ser acompañado y se sentía más confiado al estar solo en la calle. Esta conducta permitía entrever un cierto desarrollo Yoico, una cierta autonomía y la capacidad de cuidar de sí mismo, podía evaluar con principio de realidad las situaciones que enfrentaba y tomar decisiones acordes con el lugar donde se encontraba. Pareciera ser un logro simple, pero implicaba después de un largo periodo de encierro la posibilidad de relacionarse con otros sin temor y el vencer la abulia tan característica del proceder psicótico.

Ante esta situación de progreso se toma la decisión de que vuelva a la escuela, pues es necesario orientar su capacidad de salir y de relacionarse a una actividad productiva y que favorezca nuevos intereses, además de sacarlo de la casa y poner una cierta distancia entre su mamá y él, para lograrlo salimos nuevamente del consultorio e iniciamos una búsqueda que fructifica en la elección de una escuela preparatoria. Una vez que inician las clases acude regularmente, consigue interactuar de forma adecuada con sus compañeros y profesores, concentrarse y aprender los contenidos de cada materia y termina el año escolar con buenas notas.

2. CONCLUSIONES.

Los conceptos teóricos psicoanalíticos que explican el funcionamiento psíquico, el conflicto que ocasiona el sufrimiento neurótico, o el trauma que detiene el desarrollo yoico en el caso de las psicosis, solo quedarían como conceptos teóricos y filosóficos si no se contara con una técnica terapéutica que permitiera aplicarlos en beneficio del paciente.

Freud, a través de sus investigaciones acerca del inconsciente, creó una teoría con la capacidad de dilucidar las causas que producen el sufrimiento emocional y una técnica terapéutica con la capacidad de brindar alivio, sin embargo, al concentrar todos sus esfuerzos teóricos y terapéuticos en la resolución del conflicto edípico, pensó que las causas que producen el sufrimiento emocional del psicótico escapaban a los alcances de su técnica.

No obstante esta situación, sentó las bases teóricas suficientes para que otros investigadores del inconsciente, llegaran a una comprensión cabal de las causas que originan el sufrimiento emocional de los pacientes psicóticos.

Una vez explicada desde la teoría, la etiología del trauma psíquico que produce la patología psicótica, es necesario probar nuevas técnicas que tengan la capacidad de brindar alivio al paciente.

De esta forma, se da inicio a una serie de trabajos encaminados a encontrar la mejor forma de llevar a cabo un trabajo terapéutico. En esta investigación, los cambios no se refieren a sustituir ni alterar la regla básica del psicoanálisis, que es la interpretación consistente y sistemática de los deseos inconscientes, los cambios se encuentran en la forma como se da la vinculación con el paciente, ya que éste responde a un vínculo previamente establecido, en el que prevalece la carencia afectiva y la incapacidad del objeto primario de entender y satisfacer adecuadamente las necesidades emocionales del primitivo Yo que busca integrarse.

Los cambios en la técnica psicoanalítica llevados a cabo en este proceso psicoterapéutico, favorecieron la integración del Yo, disminuyendo la angustia que produce la fragmentación.

A partir de aceptar la realidad delirante y escindida del paciente como la única realidad posible, se establecen las condiciones necesarias para la manifestación de la psicosis de transferencia, terreno sobre el cual se llevará a cabo el proceso interpretativo.

La introducción de la comida, que conlleva la actividad de alimentarlo, da pie al establecimiento de una nueva forma de vinculación, un vínculo que asegura

la protección, el cuidado, la aceptación y la satisfacción de sus demandas más básicas y primitivas, un vínculo que no se romperá ni modificará a pesar de su agresión y sus deseos de destruirlo., un vínculo capaz de contenerlo y de frustrarlo sin que esto signifique aniquilación.

El llevar la situación terapéutica a la calle, implica la ampliación de éste vínculo, la posibilidad de mantenerlo dentro y fuera del consultorio, no sólo en la idea de que así es, sino en la concreción del hecho, esto posibilita la realización de nuevas actividades, sobretodo de investigación y a la vez da pie a que inicie nuevamente una actividad educativa y de socialización venciendo sus temores paranoides.

En conclusión, al entender las carencias afectivas e intentar paliarlas con un trabajo interpretativo que da significado y comprensión, al aceptar las demandas afectivas y la agresión y brindar la posibilidad de una forma diferente y nueva de vinculación, es que se lleva a cabo por fin el proceso de integración del Yo.

El psicoanálisis no tiene la intención de curar, tiene la intención de incrementar la capacidad de amar y de disfrutar del trabajo, y esta intención es accesible al paciente con patología psicótica.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. LIMITACIONES.

El estudio y comprensión de los motivos inconscientes que generan sufrimiento emocional en el ser humano, es el campo de acción de la Teoría Psicoanalítica, surge de la curiosidad y ambición de un hombre por descifrarlos y encontrar el método para tratarlos y se nutre del acontecer clínico cotidiano, en un principio se limitaba a los motivos inconscientes que producían sufrimiento emocional en la neurosis, sin embargo, su campo de acción es tan vasto, que generó la curiosidad de otros estudiosos del psicoanálisis por descubrir y entender los motivos inconscientes que generan sufrimiento en otro tipo de pacientes, para los que los descubrimientos acerca de la neurosis no eran suficientes.

Es así, como se unen por un lado, los conceptos psicoanalíticos que explican el desarrollo del Yo y por otro, la necesidad de investigar para ampliarlos y dar solución a otro tipo de necesidades emocionales mucho más primitivas, que propician no sólo sufrimiento, sino también, detención del desarrollo. Es en este contexto que surgen las investigaciones acerca del conflicto inconsciente que aqueja a los pacientes afectados de psicosis.

Este tipo de investigaciones son posibles, no solo debido al bagaje teórico con el que se cuenta, sino también, a que la teoría psicoanalítica se constituye desde un inicio, como una teoría general del desarrollo que posee un método clínico o técnica para aplicarla y un método de investigación continuo e insaciable.

El método de investigación es en sí mismo la aplicación de la teoría y técnica heredadas por Freud y se produce en el instante mismo de la atención a los pacientes, posee la cualidad de ampliarse y modificarse en función de la conflictiva psíquica a enfrentar, por lo que nunca se limita a sí mismo, ya que es método de reflexión y análisis. Produce hipótesis o propuestas clínicas, tanto teóricas como técnicas, que deberán contrastarse y comprobarse una y otra vez en un proceso dialéctico siempre vivo y siempre pujante.

Es en este sentido que surgen las limitaciones de este trabajo de investigación, el cual se constituye como una propuesta de tratamiento clínico que incluye modificaciones en la técnica psicoanalítica, que en este caso en particular propiciaron el desarrollo y bienestar del paciente, pero que requieren de sucesivo análisis y reflexión al ponerlas en práctica en el tratamiento de otros pacientes afectados de psicosis, sólo al contrastarlas y comprobarlas una y otra vez, se verificarán lo suficiente como para establecer éstas innovaciones como otra alternativa en el tratamiento de la psicosis en general y de la psicosis tipo paranoide en lo particular.

2. SUGERENCIAS.

Las sugerencias surgen de las limitaciones propias de la investigación, es decir, de la necesidad de comprobar y contrastar la propuesta de tratamiento clínico en función de las modificaciones a la técnica psicoanalítica llevadas a cabo en esta investigación, para la atención psicoterapéutica de un caso diagnosticado con Esquizofrenia tipo Paranoide.

Se sugiere entonces llevar a cabo nuevos procesos psicoterapéuticos en pacientes afectados de Esquizofrenia tipo Paranoide que incluyan las modificaciones a la técnica psicoanalítica propuestas en esta investigación.

REFERENCIAS

ÁLVAREZ-GAYOU J. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa, Fundamentos y Metodología. Argentina. Editorial Paidós Educador.

BLEICHMAR, N. y LEIBERMAN, C. (1997). El Psicoanálisis después de Freud. Argentina. Editorial Paidós.

DORIA, R. MELGAR, M. (1995). Hacia el Psicoanálisis de la Psicosis. Argentina. Editorial Lumen.

ETCHEGOYEN, H. (1999). Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Argentina. Amorrortu Editores.

FENICHEL, O. (1981). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1912/1981). Consejos al Médico en el tratamiento Psicoanalítico. Obras Completas. Tomo II España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1903/1981). El Método Psicoanalítico de Freud. Obras Completas. Tomo I. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1904/1981). Sobre Psicoterapia. Obras Completas. Tomo I. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1913/1981). La Iniciación del Tratamiento. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1914/1981). Introducción al Narcisismo. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial. Paidós.

FREUD, S. (1905/1981). Tres ensayos para una teoría sexual. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1923/1981). El Yo y el Ello. Obras Completas. Tomo III. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1924/1981). La pérdida de la realidad en la Neurosis y Psicosis. Obras Completas. Tomo III. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1925/1981). Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas. Tomo III. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1910/1981). Observaciones Psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1924/1981). Neurosis y Psicosis. Obras Completas. Tomo III. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1915/1981). Lo Inconsciente. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial Paidós.

FREUD, S. (1912/1981). La Dinámica de la Transferencia. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial Paidós.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, L. (2004). Metodología de la investigación. México. Editorial Mc Graw Hill.

JUNG, C.G. (1990). El contenido de las Psicosis. España. Editorial Paidós.

HARTMANN, H., KRIS, E. (1945). The genetic approach in psychoanalysis. Study Child I.

KLEIN, M. (1937/1994). Amor, Culpa y Reparación. Obras Completas. Tomo I. España. Editorial Paidós.

KLEIN, M. (1994). Fundamentos psicológicos del análisis del niño. Obras Completas. Tomo II. España. Editorial Paidós.

KLEIN, M. (1946/1994). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Obras Completas. Tomo III. España. Editorial Paidós.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. España. Editorial Paidós.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995) Editorial Masson.

McWILLIAMS, N. Psychoanalytic Diagnosis. Nueva York: Guildford Press.

NASIO, J. D. (1996). Grandes Psicoanalistas. Vol I. México. Gedisa Editorial.

NUNBERG, H. (1920) *On the catatonic attack*, en The practice and theory of de psychoanalysis, Nueva York: Nervous and mental diseases, 1948.

PETOT, J. M. (1994). Melanie Klein, primeros descubrimientos y primer sistema. España. Editorial Paidós.

PICHON RIVIÈRE, E. (1961) Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos. Revista de Psicoanálisis. Argentina. (18) 131-138.

ROSEN, J. (1988). Psicoanálisis directo. Teoría y Práctica. México. Editorial Herder.

ROSEN, J. (1987). Psiquiatría psicoanalítica directa. México. Editorial Herder.

SANDLER, J. (2001). El Paciente y el Analista, las bases del proceso psicoanalítico. España. Editorial Paidós.

SEAGAL, H. (2002). Introducción a la obra de Melanie Klein. España. Editorial Paidós.

SEAGAL, H. (1950). Some aspects of the analysis of a Schizophrenia. International Journal of Psycho-analysis. (31) 268-278.

TAUSK, V. (1944/1945) Sobre el origen del aparato de influencia en la esquizofrenia. Revista de Psicoanálisis. Argentina. Vol II

WAELDER, R. (1951) The structure of paranoia ideas. Int. J. Pshycho-Anal. 32.

