



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LA RELACIÓN CONTINENTE- CONTENIDO COMO FACTOR TERAPÉUTICO
EN EL TRATAMIENTO DE UN ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE E INTENTO SUICIDA”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

PRESENTA

NADIA DENISE HUERTA GUTIÉRREZ

ASESOR DE TESIS

MTRO. OSCAR OLIVER GÓMEZ.

RVOE ACUERDO: MAES-100512

CLAVE: 16PSU0023Y

MORELIA, MICHOACÁN ENERO DE 2014.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por el regalo de la vida, por permitirme llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos personales y profesionales.

A mi esposo Alberto:

Por cada día de amor, por el apoyo que me has brindado, porque cuando perdía el entusiasmo siempre estaba ahí para motivarme, por ser mi compañero de vida y porque contigo he formado lo más valioso que tengo: mi familia.

A mis hijos Alberto y América:

Por su cariño, entereza, ternura, porque con su sonrisa me llenan de alegría, porque cada uno de ustedes a su manera me motivan para seguir superándome.

A mi esposo, hijo e hija gracias por su paciencia desde el inicio de mi carrera, por brindarme el tiempo necesario para realizar mis estudios, porque siempre han estado ahí para motivarme a seguir a delante y por comprender mi pasión por mi profesión.

A mis padres:

Salvador por los valores inculcados, por el ejemplo de perseverancia, porque me enseñaste a no rendirme y a luchar con fuerza hasta el último momento y sobre todo gracias por la comprensión y amor.

Magdalena por guiarme a lo largo de mi vida, sus cuidados, su cariño y dedicación, mamá gracias por enseñarme que no importa nuestra edad "siempre serás mi continente" y demostrarme que la fuerza y amor de una madre nunca acaba.

A mis hermanos:

Javier, Salvador, Gastón, Araceli, Magdalena, Enrique y Beatriz, quienes me han apoyado y escuchado, han sido un gran ejemplo de superación personal y profesional.

A mis suegros:

Sr. José Antonio por su apoyo incondicional, por alentarme y ser un ejemplo para mi superación profesional, Sra. Ascensión por su cariño, su apoyo incondicional y por ser un gran ejemplo, he aprendido mucho de usted, infinitas gracias.

A mi asesor de tesis:

Maestro Oscar Oliver gracias por todo el apoyo que me ha brindado desde la licenciatura, por creer en mí, siempre estando presente para impulsarme con sus palabras de aliento, por la manera de transmitir los conocimientos, por su supervisión en este caso y por la paciencia en la elaboración de este trabajo.

A mis sinodales:

Maestra Lila Madrigal y Maestro Enrique Murguía por su apoyo y paciencia, por impulsar el desarrollo de mi formación profesional, por su importante aporte y participación en la realización de este trabajo, mi admiración y reconocimiento.

A mi supervisora de caso:

Dra. Jani Santamaría por su apoyo, por su conocimiento compartido, la contención recibida durante el trabajo terapéutico y por la guía en la realización de éste trabajo, gracias por la calidez en su enseñanza.

A la maestra Rosa María Galván:

Por creer en mí, por su comprensión, por sus palabras de aliento, cariño, apoyo infinito y desinteresado.

A mis amigas:

Jennifer, Esther, Vanessa, Gabriela, por su amistad, cariño, alegrías y compañerismo mostrados durante la formación.

A mis compañeros de la maestría:

Por su compañerismo y momentos de alegría.

A la Universidad Vasco de Quiroga:

Por la oportunidad que me ha brindado de formarme en esta casa de estudios, es un honor ser EXA-UVAQ.

INDICE

Introducción	1
Justificación	4
Antecedentes	7
CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO	10
1.1 Psicoanálisis y el estudio de los trastornos psicóticos.	10
1.2 Teorías psicodinámicas de las psicosis.	12
1.2.1 Sigmund Freud.	12
1.2.2 Melanie Klein	17
1.2.2.1 Posición esquizo-paranoide.	17
1.2.2.2 Defensas usadas al propósito primario del yo.	20
1.2.2.3 Posición depresiva.	26
1.2.2.4 Formación de símbolos.	30
1.2.2.5 Depresión en el esquizofrénico.	32
1.2.2.6 Salud mental.	35
1.2.2.7 Sentimientos de soledad	37
1.2.3 Wilfred Bion.	39
1.2.3.1 Personalidad psicótica y no psicótica.	41
1.2.3.2 Teoría del Pensamiento.	44
1.2.3.3 Vínculos.	50

1.2.4 Hebert Rosenfeld.	53
1.2.4.1 Estados psicóticos.	53
1.2.4.2 Estados confusionales en la esquizofrenia.	54
1. 3 Paranoia.	58
1.4 DSM-IV-TR.	65
1.4.1 Criterios diagnósticos para Esquizofrenia.	66
1.4.2 Criterios diagnósticos para de tipo Esquizofrenia paranoide.	68
1.5 Adolescencia.	68
1.5.1 Normalidad en la adolescencia.	69
1.5.2 Psicosis en la adolescencia.	71
1.6 Suicidio.	74
CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA.	82
2.1 Tipo de investigación.	82
2.2 Por el tipo de muestra.	84
2.3 Por el tipo de intervención.	84
2.3.1 Clínica psicoanalítica orientada al trabajo con la psicosis.	84
2.3.2 Características del método psicoanalítico.	85
2.4 Supuestos.	88
2.5 Problema de la investigación.	88
2.6 Objetivos de la investigación.	89
2.6.1 Objetivo General.	89
2.6.2 Objetivos particulares.	89

2.7 Ejes temáticos.	89
2.8 Población.	90
2.9 Tipo de alcance.	90
CAPITULO 3 PRESENTACIÓN DEL CASO.	91
3.1 Historia Clínica.	91
3.2 Proceso terapéutico.	109
CAPÍTULO 4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	172
CAPITULO 5 CONCLUSIONES	192
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	197

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno incapacitante, su sintomatología puede generar que las personas que la padecen se sientan atemorizadas, retraídas e irritables.

El concepto de esquizofrenia denota un trastorno mental grave y prolongado que se manifiesta por una amplia variedad de alteraciones en el pensamiento, percepción, lenguaje y conducta, ésta afecta a 1 de cada 100 personas y puede darse en cualquier sociedad y cualquier parte del mundo, esta enfermedad psiquiátrica ha permanecido como la más grave conocida en los últimos 200 años (Goldman, H. 2000).

La descripción de una enfermedad compatible con el concepto de esquizofrenia se remonta a los años 3400 a 1400 a.C., Eugen Bleuler (1911), es quien introduce el término de esquizofrenia, traducida de manera literal como “escisión de la mente”.

El interés de determinar su causa ha llevado a investigaciones intensivas por parte de la psiquiatría, neurología, la genética y la psicología clínica, todas estas disciplinas han llegado a la conclusión de que el origen es multicausal, ya que no se ha podido encontrar un marco conceptual definitivo, por lo que algunos de los factores etiológicos que hasta el momento se consideran importantes son los genéticos, neurobiológicos, ambientales, familiares e intrapsíquicos.

Se considera entonces que si el origen es multicausal en la esquizofrenia por lo tanto el tratamiento debe ser multidisciplinario.

La presente investigación aborda uno de los enfoques más complejos y discutidos en los diferentes tratamientos de la esquizofrenia: la psicoterapia psicoanalítica.

El psicoanálisis vocablo creado por Sigmund Freud en 1896, es un método de psicoterapia cuyo principal objetivo es la exploración del inconsciente.

Freud definió el método psicoanalítico como un procedimiento en cuyo fin coincidían investigación y tratamiento; así el psicoanálisis se diferencia de la clínica psiquiátrica, que privilegia regularidades universales para encarar el padecimiento mental y su tratamiento, basándose así en descripciones taxonómicas agrupadas en conjuntos sintomáticos.

De acuerdo a Sigmund Freud, existía la imposibilidad de despertar la transferencia en las “neurosis narcisistas”, término al que actualmente se le llama psicosis. Freud (1911, 1914, 1916 y 1917) establece la diferencia entre las neurosis de transferencia y neurosis narcisistas, haciendo énfasis que en la última la libido se repliega al yo, de manera que no se pueden establecer relaciones significativas. A pesar de lo anterior Freud deja abierta la posibilidad del surgimiento de modificaciones a la técnica que permitan abordar dicha patología. Posteriormente autores como Federn (1906), Melanie Klein (1946), Wilfred Bion(1963) y Hebert Rosenfeld (1947) entre otros desarrollan teorías y técnicas para poder dar tratamiento a las patologías como la esquizofrenia. Las principales modificaciones que se hacen para el tratamiento de dicha patología son referentes al papel del psicoterapeuta dentro del proceso analítico.

En el presente estudio se presenta el trabajo clínico sobre la importancia de “La relación continente – contenido como factor terapéutico, en el tratamiento de un adolescente diagnosticado con esquizofrenia paranoide e intento suicida”, la labor clínica se lleva a cabo por medio de la psicoterapia psicoanalítica, donde la palabra es el factor más importante en el vínculo entre el paciente y la terapeuta.

Para llevar a cabo ésta investigación, se realiza análisis de los datos obtenidos y una amplia revisión bibliográfica acerca del tema donde se revisan autores como Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion y Hebert Rosenfeld entre otros. La organización del trabajo se realizó en los siguientes capítulos:

Capítulo 1, compete al contenido teórico, se analizan las diversas teorías y técnicas desarrolladas para el trabajo con pacientes psicóticos por investigadores de corte psicoanalítico, así como una revisión a la esquizofrenia de tipo paranoide dentro del marco de la psiquiatría desde el DSM-IV-TR, de la paranoia y el suicidio.

Capítulo 2, se hace el abordaje metodológico con enfoque cualitativo. La técnica de recolección de datos se hace por medio de la entrevista a profundidad y la intervención clínica a través de la psicoterapia psicoanalítica, las sesiones con una duración de una hora cada una, el paciente se veía una vez por semana, cuando ocurrían los brotes psicóticos la frecuencia de las sesiones se modificaba a tres por semana con una duración de 6 años de tratamiento.

Capítulo 3, incluye la presentación del caso que se compone de la historia clínica así como el proceso terapéutico a través de sesiones significativas.

Capítulo 4, se interpretan y discuten los datos obtenidos finalmente se establecen las conclusiones de la investigación.

Capítulo 5, se establecen las conclusiones de la investigación.

JUSTIFICACIÓN

El interés por investigar este tema, surge porque la información sobre la enfermedad y salud mental que se tiene en la sociedad es relativamente limitada, una enfermedad psiquiátrica o psicológica llega a ser causa de discriminación, aislamiento o incapacidad laboral e individual temporal importante y peor aún como en algunos casos de esquizofrenia, llega a incapacitar al individuo de por vida, lo que llega a ser un impacto grave para el individuo, la familia y la sociedad.

“En la antigüedad, las personas empezaban a preocuparse por su bienestar y su lugar en el mundo, esto llevó a observar las conductas inadaptadas de otros individuos, lo que da origen al interés del estudio de las conductas disfuncionales” (Goldman, H. 2000).

La cultura antigua daba la explicación demonológica para el origen de la locura, ésta era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses que se encontraban en estado de ira. Sin embargo ésta creencia la seguimos encontrando en la actualidad alrededor del mundo, la explicación se da a través de fuerzas sobrenaturales como demonios y espíritus que generan patología mental, para la cura de este padecimiento se busca a un exorcista para que expulse el demonio por medio de la magia o de la oración. En otras culturas o creencias hay una persona a cargo de éstos sufrimientos el chamán o curandero, que se cree que tiene contacto con fuerzas sobrenaturales y el medio para comunicarse con ellos y lograr aplacar o expulsar espíritus por medio de sesiones espiritistas.

El hallazgo de cráneos antiguos, con orificios que no fueron por batallas han llevado en la rama de la antropología a conjeturar que en ocasiones la conducta desadaptada se trataba por medio de la trepanación, técnica donde se utilizaba un objeto filoso para hacer un orificio en el cráneo, esto se practicaba en los países del norte de África y el este del Mediterráneo, las evidencias datan que esto se practicaba desde el año 3000 al 2000 a.C.

El concepto de enfermedad mental surge por primera vez con los filósofos griegos, ellos escriben sobre el enfoque psicológico y orgánico de la desviación de la conducta, en la cúspide de su civilización se concentraron en el análisis racional del mundo natural. Homero, por ejemplo, alrededor del siglo IX a.C. escribió la Ilíada y la Odisea donde se interpretaba que la conducta desadaptada, es decir, desequilibrada o psicótica, es un castigo para los que ofendían a los dioses. Posteriormente Hipócrates (460-377) escribió sobre los ataques epilépticos y llegó a la conclusión de que era un cerebro enfermo (Sarason I. y Sarason, B. 2006).

El estudio de la salud mental, no es nuevo, se han necesitado siglos para comprender la mente humana y el funcionamiento cerebral y hasta la fecha hay enfermedades como la esquizofrenia y funcionamiento del cerebro que siguen siendo un enigma para los profesionales de la salud.

Con el avance en los estudios en salud mental se han ido creando espacios para el tratamiento integral de los pacientes, se encuentran instituciones psiquiátricas donde el paciente es recibido para realizarle un diagnóstico más certero y llevar a cabo un tratamiento que pueda darle mejoría no solo en su salud, sino también en su funcionalidad diaria. Se busca que la familia y el paciente logren una comprensión de la enfermedad y manejo de ella, esto ha favorecido en que las familias se sientan informadas y guiadas para tratar a su familiar y evitar sentimientos de estigma y abandono.

La esquizofrenia es un trastorno que genera cierto deterioro, al diagnosticarse en un individuo, tanto la persona enferma como la familia pueden desencadenar negación, enojo y tristeza, por lo que el impacto de la enfermedad se da sobre lo emocional, lo económico, la estructura familiar y lo social, esto implica un impacto en el presente y futuro de la personas involucradas, ya que hay que realizar modificaciones importantes en su vida.

Esta investigación hace énfasis en el trabajo multidisciplinario, donde interviene la psiquiatría y la psicoterapia psicoanalítica, ésta última con el fin de lograr una evolución psíquica a través de la comprensión del funcionamiento intrapsíquico, para lograr para adaptación a la sociedad, buscar el desarrollo de relaciones profundas con personas cercanas y la posibilidad de desempeñarse en el área laboral.

La importancia de trabajar por medio de la psicoterapia psicoanalítica en un caso de un joven con esquizofrenia, es porque al establecer únicamente nosología psiquiátrica puede en algunas ocasiones alejarnos de las aportaciones del psicoanálisis como son: la subjetividad y conocimiento del inconsciente.

A través de la psicoterapia psicoanalítica se profundiza en la psicodinamia del paciente psicótico, lo que repercute en el conocimiento del mismo y puede abrir otros caminos de estudio para la mejora futura del paciente con este tipo de trastornos.

Se considera importante que los estudios en salud mental se utilicen para promover que el paciente no se sienta aislado de la sociedad y proporcionar la información para detectar a tiempo enfermedades en las personas y sean atendidas de manera adecuada. La Organización Mundial de la Salud en el 2008 da a conocer que el 75% de la población que sufre algún trastorno mental no recibe tratamiento ni atención.

Los profesionales de la salud mental deben estar abiertos a toda forma de investigación, prevención y tratamiento que pueda contribuir en la mejora de la salud mental.

ANTECEDENTES

Entre los estudios realizados con anterioridad sobre la esquizofrenia y el abordaje de ésta con psicoterapia psicoanalítica se encuentran una serie de investigaciones.

El estudio de la esquizofrenia a través de la historia tuvo diversos avances como clasificaciones, entre ellas la demencia precoz (Morel,1860), hebefrenia (Hecker, 1871), catatonia o locura de tensión (Kahlbaum, 1874), posteriormente Emil Kraepelin (1896) propone un común denominador entre síndromes tan aparentemente distantes como la hebefrenia, la catatonia y muchas síntomas de psicosis paranoides, al definir la demencia precoz como un síndrome preciso, introduciendo orden en lo que hasta entonces había sido un caos clínico.

Eugen Bleuler se mantenía en desacuerdo con Kraepelin en llamar demencia precoz a este grupo de síntomas, pues el trastorno no presentaba la misma sintomatología que una demencia, ya que no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como en la demencia senil; muchos de los pacientes que eran tratados mejoraban y ocasionalmente en la recuperación del trastorno resultaba una persona funcional. “Bleuler en 1908 sugirió la palabra esquizofrenia para describir a una escisión o división de los procesos psíquicos donde quedaban comprometidas las ideas, y la expresión de emociones” (Kolb, L. 1992).

Desde la perspectiva del psicoanálisis Freud en (1911[1910]) hace una revisión a las memorias del presidente Schreber y un año después publicó un comentario sobre el caso, menciona que el presidente es psicótico, por lo que en ese tiempo para Freud la meta terapéutica queda descartada, sin embargo, por medio de éste caso, Freud asienta más sólidamente la teoría de las pulsiones, elabora la teoría del narcisismo que era una teoría que ya se estaba investigando y marca el inicio de la construcción de una teoría que aborde la psicosis; otro aporte importante es que con el análisis de Schreber, Freud echa las bases para la comprensión actual

de la paranoia. De modo que “puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente”, es el primer texto de Freud dedicado a las psicosis.

De los años 40s a 70s varios profesionales de la salud mental y asociados a la antipsiquiatría, propusieron el modelo del trauma para entender la esquizofrenia entre ellos, Frieda Fromm-Reichmann (1935), Harry Stack Sullivan (1950), Gregory Bateson (1956), Paul Federn (1926), Ronald Laing (1964), Melanie Klein (1946), Wilfred Bion (1963), John Bowlby (1958), entre otros. Estos profesionales sustentaban que la esquizofrenia puede tener su origen en experiencias tempranas vividas en familias profundamente perturbadas.

La teoría de Sullivan (1950) sobre la esquizofrenia estaba asociada a las relaciones interpersonales, y era ampliamente aceptada en los Estados Unidos.

En los años 1950 y 1960 la literatura psiquiátrica estaba llena de artículos que sugerían que las causas de la psicosis se relacionaban con interacciones complicadas entre el ello, yo, y superyó; la debilidad del yo, la regresión, y perturbadas relaciones madre-hijo, sin embargo, posteriormente, la psiquiatría queda dividida entre los puramente organicistas y los que apoyan la terapia multidisciplinaria, (Kolb, L. 1992).

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales, fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico, podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales, esto se dio en el censo de 1940. A partir de éste interés, una de las bibliografías que surgen es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana.

El DSM-IV-TR contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales, dicho

manual se utiliza para ayudar al clínico en el diagnóstico de la esquizofrenia, sin embargo no profundiza en la etiología de la psicosis.

CAPITULO 1 MARCO TEÓRICO

1.1 PSICOANÁLISIS Y EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Las distintas corrientes teóricas del psicoanálisis desde el inicio, se han ido modificando y estableciendo distintos objetivos para el proceso psicoanalítico, esto con el fin de actualizar y ampliar una gama de posibilidades para el trabajo con las diversas patologías.

Las ideas de Freud sobre la práctica psicoanalítica fueron cambiando, en la medida que avanzaba en sus descubrimientos. En un primer momento sostenía que la curación se obtenía por medio de la catarsis, en 1914 explica que la catarsis era recordar y abreaccionar. La segunda propuesta se basó en la primera tópica, donde el énfasis se daba en trabajar las represiones y así disminuir la amnesia infantil que se vinculaba con situaciones traumáticas. Posteriormente tomó relevancia los aspectos punitivos del superyó, las resistencias y la interpretación de dichas resistencias, todo lo anterior condujo a la teoría estructural.

Para Freud en introducción al narcisismo (1914) la distinción entre las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas quedan establecidas, hace énfasis en que en éstas últimas la libido objetal se repliega al yo, de manera que no se pueden establecer relaciones significativas, es decir si no pueden hacer neurosis de transferencia, no pueden ser analizados psicoanalíticamente (Freud, S. 2006)

Sin embargo en su artículo “Sobre la psicoterapia” (1901-1905) menciona que, “las psicosis, los estados confusionales y de desazón profunda, son pues inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal y como hoy lo practicamos. “No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esas contraindicaciones y abordar así una psicoterapia de las psicosis” (Freud, 2006).

Es hasta los años 40's que se desarrollan dos orientaciones para el trabajo con las psicosis, en la primera línea se encuentra Federn en la psicología del yo, fue el primer analista en concebir transferencia psicótica, contradiciendo el punto de vista de la ortodoxia freudiana sobre las psicosis, comprobó que los pacientes psicóticos eran capaces de hacer lazos transferenciales incluso más fuertes e intensos que los llamados neuróticos; sus aportaciones se basan en favorecer la adaptación del paciente a través de una identificación y relación positiva con el terapeuta, su práctica con pacientes psicóticos se inicia en 1906, comenzando a estudiarla a fondo en sí mismo analizando su parte psicótica.

La otra corriente teórica es la escuela Kleiniana, ya que a partir de su teoría y técnica logra una influencia significativa para las modificaciones en los puntos de vista y la práctica del psicoanálisis para trabajar con la psicosis.

Las ideas de Klein se basaron en aportaciones para las técnicas y tratamiento específico de las psicosis al igual que algunos de sus discípulos principalmente Bion y Rosenfeld. Esta teoría sostiene la capacidad del psicótico de producir transferencia, realizando una serie de modificaciones a los procesos psicoterapéuticos psicoanalíticos.

De las principales modificaciones a las técnicas para el trabajo con los pacientes psicóticos, es el papel del terapeuta dentro del análisis, entre ellas resaltan la relación de la que Wilfred Bion llama continente-contenido, la comprensión de los objetos bizarros y la parte psicótica y no psicótica de la personalidad.

Por su parte Hebert Rosenfeld hace énfasis en la contratransferencia, la comunicación preverbal y su interpretación.

La práctica psicoanalítica conforme ha avanzado y evolucionado se ha basado en buscar el insight y elaboración de las motivaciones inconscientes de las perturbaciones neuróticas y psicóticas de un paciente para promover un mejor funcionamiento. Esto se realiza por medio del análisis e interpretación de la transferencia y resistencias del paciente, así como, de la contratransferencia y contraresistencias del terapeuta, por medio de ello se hace consciente los

conflictos inconscientes reprimidos, disociados, proyectados, somatizados o actuados.

1.2 TEORÍAS PSICODINÁMICAS DE LA PSICOSIS

1.2.1 SIGMUND FREUD

El psicoanálisis aborda el estudio de las psicosis como un fenómeno mental complejo, que tiene como base una fijación en la etapa oral del desarrollo, así como mecanismos tales como la regresión y escisión, en la cual el aparato psíquico se ve impedido en adquirir el principio de realidad.

Freud afirma que en las psicosis el yo ha rechazado una representación que le resulta intolerable a través de una huida, el yo se ha defendido y se arranca de una representación insoportable mediante el refugio en las psicosis, así el yo apartado de aquello que le resulta intolerable se entrelaza de manera inseparable con un fragmento de realidad objetiva, y en tanto el yo realice este proceso, se desprende también, total o parcialmente de la realidad objetiva. En este punto Freud ya daba a conocer que en las personas con psicosis había una parte conectada a la realidad y una apartada de ella, lo que más adelante Bion describiría en su teoría.

Freud en sus primeros estudios de la diferenciación de las neurosis y las psicosis aborda el tema de éstas últimas en el “Manuscrito H” (1895), menciona que en las psiconeurosis opera la represión, y en las psicosis de defensa implican mecanismos que operan desde el principio de la relación sujeto-realidad, ya que para excluir una representación intolerable, el sujeto tiene que alterar el sentido de realidad.

A partir de 1911 con “El caso Schreber” y en 1914 con “Introducción al narcisismo”, Freud establece la distinción entre neurosis de transferencia donde la libido es desplazada sobre objetos reales o imaginarios y neurosis narcisista (con este término designa a los trastornos psicóticos) donde la libido se repliega al yo, de manera que no pueden establecer relaciones significativas con los otros.

Posteriormente en 1924 en su artículo “neurosis y psicosis” Freud menciona sobre la diferencia genética más importante entre ellas, menciona que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el Yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el Yo y el mundo exterior, (Freud, S. 2006). Así este vínculo que se ha establecido con un mundo externo que para la persona ha sido frustrante e insoportable, genera un repliegue del yo o desconexión con la realidad que dará paso a una restitución de ella.

Normalmente el mundo exterior rige al ello por dos caminos:

1. Por las percepciones actuales de las que siempre es posible obtener nuevas.
2. Por el tesoro mnémico de percepciones anteriores que forman como un mundo interior, un patrimonio y un componente del Yo.

Ahora bien, la psicosis no solo se rehúsa a admitir nuevas percepciones, también se resta el valor psíquico (investidura) al mundo interior, que hasta entonces subrogaba al mundo exterior como su copia, el Yo como protección se crea soberanamente un nuevo mundo exterior e interior, y hay dos hechos como resultado de lo anterior: que este nuevo mundo se construye en el sentido de las emociones del deseo del ello, y que el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue una grave frustración (denegación) de un deseo por parte de la realidad, esta frustración que pareció insoportable (Freud, S. 2006).

A cerca de otras formas de psicosis, las esquizofrenias, se sabe que tienden a desembocar en la apatía afectiva, vale decir, la pérdida de toda participación en el mundo exterior.

Con relación a la génesis de las formaciones delirantes, algunos análisis han demostrado que “el delirio se presenta como un parche colocado en un lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior” (Freud, S. 2006). Así mismo el autor en 1895 en el “manuscrito H” menciona, en todos los casos, la idea delirante es sustentada con la misma energía con que el yo se defiende de alguna otra idea penosa insoportable. Así, pues, aman al delirio como a sí mismos.

La etiología común para que se presente un estallido de una psiconeurosis o de una psicosis continúa siendo la frustración, el no cumplimiento de aquellos deseos de la infancia. “Esa frustración resulta de algo externo; en el caso individual, puede a partir de aquella instancia interna es decir, dentro del Superyó que ha asumido la subrogación del reclamo de la realidad” (Freud, S. 2006) .

La consecuencia de ésta frustración o el daño patógeno depende de lo que haga el Yo en semejante tensión conflictiva: si permanece fiel a su vasallaje hacia al mundo exterior y procura sujetar al ello, o si es avasallado por el ello, y así se deja arrancar de la realidad. Ante esta pérdida de realidad, habrá entonces, un intento de restitución fallida, esto sería, un cuadro clínico de intento de curación.

En “La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis” (1924), retoma la problemática y describe que en la psicosis se perfilan dos pasos:

1. Arrancar al Yo de la realidad, y posteriormente la indemnización de los perjuicios, restableciendo el vínculo con la realidad a expensas del ello.

2. El carácter de reparación, la psicosis quiere también compensar la pérdida de la realidad más no a expensas de una limitación del ello, como la neurosis lo hacía a expensas del vínculo con lo real, sino por otro camino más soberano: por creación de una realidad nueva, que ya no ofrece el mismo motivo de escándalo que la abandonada (Freud, S. 2006).

En consecuencia el segundo paso tiene las mismas tendencias en la neurosis y en la psicosis en ambos casos sirve al afán del poder del ello, que no se deja constreñir por la realidad.

La psicosis de esta manera expresa rebelión contra el mundo exterior, se opone porque el tener contacto y consciencia ella le produce displacer ya que presenta incapacidad para adaptarse a ella. El remodelamiento de la realidad en estos sujetos tiene lugar en sedimentos psíquicos de los vínculos, en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se han obtenido de ella hasta ese momento.

El vínculo con la realidad en estos casos nunca había quedado concluido, sino que se enriquecía y variaba de continuo mediante percepciones nuevas, así en la psicosis, el yo al servicio del ello se le plantea la tarea de procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva que pueda tolerar el individuo, lo que se logra de la manera más radical por la vía de las alucinaciones.

Así señala el autor que “en la neurosis el yo suprime una parte del ello, evita al modo de una huida un fragmento de la realidad no la desmiente se limita a no querer saber nada de ella” (Freud, S. 2006). Reconoce que solo hay un grado de pérdida de realidad generada por el retorno de lo reprimido.

De esta manera de acuerdo al autor las neurosis y psicosis se diferencian en el tratamiento defensivo de la realidad; la realidad desmentida y su sustitución generan la psicosis, y la represión y el retorno de lo reprimido generan la neurosis.

Si en tantas formas y casos de psicosis los espejismos del recuerdo, las formaciones delirantes y alucinaciones presentan un carácter penosísimo y van unidas a un desarrollo de la angustia, ese es el cabal indicio de que todo el proceso de replasmación se consuma contrariando poderosas fuerzas.

En el artículo de “El esquema del psicoanálisis” (1940) Freud habla del aparato psíquico y el mundo exterior, menciona:

El yo debe su génesis, así como los más importantes caracteres adquiridos, al vínculo con el mundo exterior real, entonces, los estados patológicos del yo, en los que vuelve a acercarse en máximo grado al ello, se fundan en una cancelación del vínculo con el mundo exterior, pues la realidad objetiva se ha vuelto penosamente dolorosa, o bien, las pulsiones han cobrado un refuerzo extraordinario lo cual, a raíz de las demandas rivales del ello y el mundo exterior, no puede menos que producir el mismo efecto en el yo (Freud, S. 2006).

Por otra parte en la escisión, mecanismo base de la psicosis se forman dos posturas psíquicas, las que toma en cuenta la realidad objetiva normal y otra que bajo el influjo de lo pulsional desase al yo de la realidad. Ambas coexisten una junto a la otra, el desenlace dependerá de la fuerza relativa de ambas, si la segunda resulta más poderosa, se da la condición de la psicosis, si la proporción se invierte se da la curación aparente de la enfermedad delirante.

Para Freud entre las características importantes de la esquizofrenia se encuentran es la ruptura con la realidad, donde la percepción del paciente en cuanto a la realidad se encuentra alterada, esta realidad matizada de agresión y

destrucción hace que el sujeto perciba el mundo exterior como destruido y amenazante; por otra parte se encuentran los delirios de grandeza como resultado de una sobrevaloración del sí mismo y la hipocondría que se presenta cuando el paciente al retirar la libido de los objetos y replegarla al yo, hace que haya una sobrevaloración y sobre atención en el cuerpo, esto lo puede llevar a tener sintomatología orgánica. Y finalmente las alucinaciones que son la percepción sin objeto.

1.2.2 MELANIE KLEIN

Freud y Klein compartían la idea de que el cambio psíquico resultaba de hacer consciente lo inconsciente, sin embargo la autora menciona que el cambio no ocurre exclusivamente por medio del proceso de toma de consciencia, indica que la salud mental también depende de la reintegración de las partes escindidas del self.

Klein con el desarrollo de su teoría y técnica ejerce una poderosa influencia en los puntos de vista del psicoanálisis en el estudio de las psicosis, ya que la mayor parte de los conceptos que se utilizan en la actualidad para comprender la psicodinámica de la psicosis derivan de sus aportes teóricos.

A partir de su trabajo de análisis con niños explica que el desarrollo psíquico del bebé se establece en dos posiciones que corresponden a las dos ansiedades básicas que surgen en el primer año de vida: la posición esquizo- paranoide y la posición depresiva.

1.2.2.1 Posición esquizoparanoide

La posición esquizoparanoide se inicia desde el nacimiento y dura aproximadamente hasta los tres o cuatro meses de vida, Klein en 1946 en “notas sobre algunos mecanismos esquizoides” manifiesta que “hay existencia de un yo

suficiente desde el nacimiento, describe que éste, carece de cohesión, y mantiene una tendencia a la integración que alterna a su vez con una tendencia a desintegrarse y hacerse pedazos, siendo estas fluctuaciones características del yo en los primeros meses” (Klein, M. 1988).

Una de las funciones de este Yo inmaduro es hacer frente a los cambios desde el momento del nacimiento debido a la separación del vientre materno, a la innata polaridad y conflictos entre los instintos de vida y muerte así como a la exposición con la realidad externa, es decir, a la frustración de las necesidades corporales.

Sin embargo, la función principal del yo en esta fase es hacer frente a la ansiedad que surge del instinto de muerte y que toma forma de temor persecutorio. El temor a que este impulso destructivo le cause daño, genera la necesidad en el bebé de proyectarlo fuera de sí mismo, ya que lo experimenta como un abrumador objeto incontrolable, al proyectarlo, parece ligarse inmediatamente a algo externo, por lo que el yo del infante dirige sus impulsos agresivos contra el objeto, es decir, lo deflexiona.

Klein citada por Segal, H.(2005) menciona que el origen del instinto de muerte se genera de los mecanismos de introyección y proyección y promueve la escisión del yo en bueno y malo, por lo tanto se genera también un objeto bueno y malo, que da el origen a objetos parciales que la autora define como:

1. En un pecho bueno gratificador que actúa como un punto central del yo, contrarresta los procesos de escisión y dispersión, contribuye a la cohesión e integración y constituye un factor en la construcción del yo y las relaciones de objeto. El pecho bueno se vuelve un objeto ideal, en éste proyecta parte de la libido, con el fin de crear un objeto que lo satisfaga y le permita conservar la vida. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamantado por el objeto

externo real. El objetivo del bebé será guardar y proteger a éste objeto para identificarse con él y mantenerlo lejos de las agresiones.

2. Por otro lado se encuentra el pecho malo (frustrador), el resultado es una dispersión del impulso destructivo, este pecho es atacado con fantasías sádico orales, es sentido como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución, de ésta manera el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor que se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios.

La relación con este primer objeto implica entonces su introyección y su proyección, y de esta manera desde su comienzo, las relaciones de objetos son modeladas también por los mismos mecanismos entre objetos y situaciones internas y externas. Estos procesos intervienen en la estructuración del Yo y el Superyó y preparan para el advenimiento del complejo de Edipo en la segunda mitad del primer año.

Las fantasías y sentimientos con respecto al estado del objeto interno influyen vitalmente en la estructura del Yo, si durante la posición esquizoparanoide los impulsos agresivos dan lugar a ansiedades paranoides muy intensas a causa del predominio de las fantasías de objetos persecutorios, y el sadismo prevalece en el proceso de incorporación del objeto; la sensación del niño de tener adentro un pecho bueno y completo puede ser sacudida por la frustración y ansiedad, y como resultado, la división entre el pecho bueno y malo puede ser difícil de mantener y el niño puede sentir que el pecho bueno esta hecho pedazos. Si la sensación de que el objeto está fragmentando es intensa, aumenta el riesgo de que el yo se fragmente (Klein, M. 1988).

La necesidad vital de hacer frente a la ansiedad fuerza al yo temprano a desarrollar mecanismos y defensas fundamentales que actúan en la fase temprana, son defensas primitivas para enfrentar ansiedades persecutorias, estas son parte del desarrollo sano en el bebé y hará uso de los mecanismos para neutralizar la ansiedad, pero si la agresión y la sensación de aniquilación que percibe el infante son intensas, es dominado por impulsos sádicos y permanece cautivo a ellos, el uso de los mecanismos será intenso, por lo que el yo se debilitará por el uso excesivo de las defensas.

1.2.2.2 Defensas usadas al propósito primario del yo

La organización defensiva permite a la psique combatir la angustia, Klein, M. en 1930 elaboró la idea de que existían dos tipos de defensas que utiliza el individuo, las primeras que les nombró “defensas psicóticas” y el segundo tipo “defensas neuróticas”, sin embargo, la importancia e investigación de los mecanismos defensivos ya venía realizándose años atrás.

La introyección, el primer autor en hablar de dicho mecanismo es Ferenczi (1909) citado por Hinshelwood (2004), menciona que sirve para incorporar al yo aspectos buenos del exterior y mantenerse en un estado agradable y defenderse de la ansiedad o también pueden introyectarse a los perseguidores e incluso hacerse una identificación con ellos, en un intento de controlarlos, cuando la introyección es sentida como una entrada violenta del exterior puede generar una aguda perturbación en la introyección de los objetos buenos, por lo tanto esto se reflejará en el funcionamiento del yo.

La proyección, descrito en el “Manuscrito H” (1895) por Freud y retomado por Klein menciona que “éste se origina de la desviación hacia el exterior del instinto de muerte, sirve para expulsar aspectos agresivos del sí mismo o para proyectar aspectos buenos y mantenerlos a salvo de la maldad interna” (Klein, 1988). Si el rasgo de ansiedad intensa se encuentra constante en el yo, la disociación

umentará y la proyección e introyección se utilizarán para mantener a los objetos buenos y persecutorios tan alejados como sea posible.

Así los ciclos de introyección y proyección los describe Abraham en 1924, (citado por Hinshelwood, 2004) como el proceso de identificación y expulsión de los aspectos positivos y negativos del objeto.

En cuanto al mecanismo de escisión la autora describe que “éste se vincula con la creciente idealización del objeto ideal, cuyo propósito es alejarlo del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable, esta idealización extrema se vincula también con la negación mágica omnipotente y la distorsión del juicio” (Klein, M. 1988). Sin embargo, si la sensación de ser aniquilado es muy intensa, puede dar lugar a que el yo se sienta avasallado y de lugar a la fragmentación o sentirse totalmente desintegrado, los estados o sensaciones de desintegración sientan las bases de la despersonalización y la disociación esquizofrénica. Menciona la autora que el yo es incapaz de escindir el objeto interno y externo, sin que se lleve a cabo una escisión correspondiente dentro del yo mismo. Este mecanismo cuando no es excesivo y no conduce a la rigidez, sienta las bases para mecanismos menos primitivos como la represión.

Dentro de los tipos de escisión encontramos:

1. Escisión del objeto y del yo.
2. Una división coherente (bueno y malo) o fragmentante.

De este modo los cuatro tipos posibles de división son: una división coherente en el objeto, una división coherente en el yo, una fragmentación del objeto y una fragmentación del yo, combinándose estos tipos entre sí.

Otro defensa es la idealización está ligada a la escisión del objeto, exagera los aspectos buenos del pecho y sirve como salvaguarda contra el temor al pecho persecutorio, parte de su función es mantener el deseo de la gratificación ilimitada, donde solo existe el objeto pecho-bueno inagotable que mediante esta defensa lo mantiene alejado del malo o fragmentante, este mecanismo ayuda a la introyección e identificación del objeto bueno.

Otro mecanismo importante que utiliza Freud en “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” en 1925 para explicar la psicosis es la desmentida o renegación, menciona que “sobreviene un proceso que quisiera designar con la palabra desmentida, proceso que no parece raro ni muy peligroso en la vida psíquica del niño, pero que, en el adulto, constituirá el punto de partida de una psicosis” (Freud, S. 2006). Si la renegación se refiere a la realidad exterior, en contraste con la represión, sucedería que mientras el neurótico comienza reprimiendo las exigencias del ello, el psicótico comienza por renegar la realidad, así, en este mecanismo se encuentra que el sujeto se rehúsa a conocer la realidad de una percepción que le ha resultado traumatizante, también este mecanismo puede tener una función independiente donde puede presentar fantasías de aniquilar percepciones y partes del yo o un objeto; así, las que sufren este destino son las relaciones objetales y en consecuencia a ello también una parte del yo.

Por otro lado la negación omnipotente funciona de tal manera que no solo ayuda a mantener al objeto o pecho-malo frustrador separado del objeto que se ha idealizado, sino que puede llegar al grado de negar su existencia misma, de esta manera las situaciones dolorosas también son negadas a través de fuertes sentimientos de omnipotencia. “La negación de la existencia del objeto malo y de la situación dolorosa, equivale, en el inconsciente a la aniquilación por medio del impulso destructivo, sin embargo, lo que se aniquila es una relación de objeto y por tanto es negada y aniquilada una parte del yo” (Klein, M. 1988).

Así la gratificación alucinatoria da lugar a dos procesos interrelacionados que están basados en la escisión del objeto y del yo:

1. La conjuración omnipotente del objeto y situaciones ideales
2. La omnipotente aniquilación del objeto malo y situaciones dolorosas.

Así los mecanismos de idealización y negación dan como resultado un reforzamiento a la escisión. Por otra parte es importante considerar los procesos de éstos mecanismos en un estadio de temores persecutorios y mecanismos esquizoides, ya que se puede recordar las ideas delirantes de grandeza y persecución en la esquizofrenia.

Un mecanismo de gran importancia es la identificación, este permite establecer la sensación de un mundo personal interno y externo, la capacidad de discernir un nexo personal de identidad. De pertenencia de los objetos al yo, es la base de la existencia psicológica y del sentimiento de sí.

Para la comprensión del funcionamiento psicótico es importante la revisión del mecanismo de identificación proyectiva que Melanie Klein introduce en 1946 en la elaboración de la “posición esquizoparanoide”, describe las defensas especiales frente a la angustia de aniquilación en esta posición y describe al mecanismo como “fantasías de ataque contra el interior del cuerpo materno y de intrusión sádica dentro de éste, sin embargo el atacar al objeto puede generar el miedo a la retaliación” (Klein, 1988). Los ataques contra el cuerpo de la pueden manifestarse como:

1. orales-sádicos: se traducen en fantasías de ataque y destrucción dirigidas al pecho y cuerpo materno: morder, devorar y vaciar el interior de la madre.

2. sádico-anales: corresponden a fantasías de entrar en ella y dominarla desde adentro. Esto da lugar al temor de ser atacado, destruido, vaciado y controlado; ambos tipos de impulsos generarán ansiedad persecutoria.

Este ataque en la fantasía es fuente de angustias tales como la de hallarse aprisionado y perseguido en el interior del cuerpo materno, así, queda designada una forma particular de identificación que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva el proceso de este mecanismo puede conducir a la fusión de las partes proyectadas del self con los objetos externos, por lo que al proyectar las partes agresivas del self pueden dar origen a ansiedades paranoides. El riesgo de usar frecuentemente este mecanismo es que el yo se debilita y empobrece al proyectar las partes del self.

No son solo las partes malas del yo las que se expulsan, sino también partes buenas y sentimientos buenos, esto es esencial para desarrollar buenas relaciones de objeto y la integración del yo, por otro lado, este mecanismo se puede dirigir al objeto ideal para evitar la separación o para mantener a éstas a salvo de la maldad interna, así mismo, es la forma más temprana de empatía y la primera clase de formación de símbolos.

Por otro lado se encuentran no dentro de las defensas primitivas pero presentes en personas con procesos de estrés intenso:

Identificación con el agresor: Anna Freud lo describe en 1936 en “el yo y los mecanismos de defensa”. Esta es una defensa destinada a protegerse uno mismo contra la angustia que surge del enfrentamiento con una persona poderosa o para evitar estar a merced de una persona de estas características, la autora lo define como “ el niño introyecta alguna característica de la persona u objeto que le produce angustia, elaborando de esta manera una experiencia recientemente ocurrida de ésta manera el niño al ejecutar el papel del agresor, asume sus atributos o imita sus agresiones” (Freud, A. 2004)

El niño se transforma paralelamente en una persona amenazada y en la que amenaza. La identificación con el agresor juega un papel muy importante en la resolución del complejo de Edipo, en la formación de la identidad del adolescente y en la formación del superyó “introyección del agresor”, los niños se identifican con sus cuidadores primarios de manera obvia.

Vuelta contra sí mismo: carga agresiva primitivamente dirigida contra un objeto del mundo exterior, se vuelve contra el yo. También puede ocurrir que los sentimientos positivos, amorosos se vuelvan al yo.

Cuando este grupo de mecanismos primitivos no alcanzan a dominar la ansiedad e invade de manera violenta al yo puede surgir la desintegración como medida defensiva para así evitar la experiencia de la ansiedad.

Klein sugiere que la ansiedad de ser aniquilado por una fuerza destructiva interior, con la respuesta específica del yo de hacerse pedazos o escindirse, son elementos que pueden sentar las bases para el desarrollo de la paranoia y de la esquizofrenia. Así las relaciones objetales también se perturban por la violenta escisión del Yo y la excesiva proyección, estas unidas tienen el efecto de que la persona hacia la cual se dirige este proceso sea sentida como un perseguidor, el cual puede envenenar o devorar.

Si el lactante no es capaz de superar con éxito la posición esquizo- paranoide, le es también imposible superar la posición depresiva, este fracaso puede conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y fortificar los puntos de fijación de graves psicosis (es decir, el grupo de las esquizofrenias), pues el yo temprano carece de cohesión, estos estados de desintegración son el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de la ansiedad que en la adultez son parte de los síntomas esquizofrénicos.

Elsa Del Valle menciona que en las personas con psicosis, falló la superación de la posición esquizoparanoide, y aun cuando se llegue a los umbrales de la

posición depresiva, los impulsos agresivos y las ansiedades persecutorias al intensificarse hacen que no pueda progresar de manera definitiva, de esta manera, se produce una regresión masiva a la posición esquizoparanoide, fase donde se generan los puntos de fijación, perturbaciones y ansiedades que generan sintomatología clínica propia de los cuadros psicóticos (Del valle, E. 1986)

1.2.2.3 Posición depresiva

El cambio de la relación de objeto de parcial a total marca el inicio de la posición depresiva, modificando las ansiedades y, por lo tanto, las defensas. De los tres a los seis meses se observa un mayor desarrollo de las funciones yoicas en el bebé, tolera mejor el instinto de muerte dentro de sí y decrecen sus temores paranoides gracias a la instauración del pecho bueno, por lo que los procesos de escisión disminuyen y los estados de integración son cada vez más frecuentes, lo que habilita al yo para establecer defensas más adecuadas contra la ansiedad. Si el bebé siente que tanto el objeto ideal como sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo y sus impulsos malos, se identifican cada vez más con el objeto ideal y asociado al crecimiento y maduración propios del desarrollo, siente que se va fortaleciendo y capacitando para defenderse a sí mismo y resguardar al objeto ideal.

La continua integración del sí mismo y del objeto marca que la ambivalencia sea ahora hacia un objeto total, el conflicto entre el amor y el odio se da en un marco de mayor realidad psíquica y junto a su maduración le permite comenzar a percibir e incorporar a otras personas, generalmente primero al padre (Klein, M. 1988).

La ansiedad comienza a centrarse alrededor del miedo a perder el objeto bueno, pues las pulsiones agresivas ponen en peligro al objeto amado, este objeto ahora es sentido como un refugio ante los temores persecutorios pero también se le

considera expuesto al ataque de los perseguidores internos e incluso, al odio y sadismo el bebé, por lo que el deseo primordial del bebé es preservar el objeto de los ataques.

La posible pérdida del objeto total por las agresiones hacia él, confronta al niño a una nueva gama de sentimientos, la omnipotencia lo lleva a considerar que el peligro que corre el objeto es consecuencia de sus propios impulsos y fantasías.

El temor a la pérdida intensifica la identificación con el objeto y la voracidad hacia éste la inhibe por temor a vaciarlo y secarlo. Los métodos defensivos se aplican ahora a la ansiedad depresiva, se hacen menos extremos y constituyen la defensa maníaca. Estas defensas protegen al yo de la desesperación total, cuando el dolor y la amenaza disminuyen, las defensas maníacas pueden ceder gradualmente su lugar a la reparación.

La organización de las defensas maníacas incluyen las que ya se manifestaron en la posición esquizo-paranoide como la escisión, idealización, identificación proyectiva, negación, etc. Pero la utilización de estas en la posición depresiva están mucho más organizadas. Con estos procesos y la nueva relación del niño con la realidad, descubre su dependencia a la madre y el valor que ella tiene para él, toma conciencia de sus sentimientos ambivalentes y su experiencia le genera sentimientos muy intensos como miedo a la pérdida, duelo, nostalgia y culpa.

La organización defensiva maníaca tiene por objeto impedir que se experimente todo esto. Como la posición depresiva se vincula con la vivencia de dependencia del objeto, las defensas maníacas se dirigirán contra todo sentimiento de dependencia, que se evitará, negará o invertirá, (Segal, H. 2005).

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

1. Control: es una manera de negar la propia dependencia, pero al mismo tiempo una manera de obligarlo a satisfacer su necesidad de dependencia,

ya que un objeto controlado, es hasta cierto punto un objeto con el que se puede contar.

2. Triunfo: negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración e importancia afectiva otorgada al objeto, se vincula con la omnipotencia y tiene dos aspectos; el primero es el ataque primario infligido al objeto y el triunfo al experimentar su derrota, en especial, cuando el ataque está determinado por la envidia.
3. Desprecio: niega cuanto se valora al objeto y actúa como defensa contra la experiencia de pérdida y de culpa. Así se convierte en justificación de seguir atacándolo.

Klein en 1948 en “Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa” considera unidas la culpa y la reparación, entonces, los sentimientos de culpa ante la creencia de haber dañado al objeto amado ponen en marcha la tendencia a la reparación, originada en las pulsiones de vida. El niño experimenta la reparación de sus objetos en íntima relación con los logros de su propio desarrollo, de esta manera las ansiedades paranoides y depresivas van modificándose a lo largo de la primera infancia (Klein, M. 1988).

Al mismo tiempo, a lo largo del desarrollo y la elaboración de la posición depresiva el yo se fortifica, gracias al crecimiento y asimilación de objetos buenos introyectados en el yo y en el superyó. El bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados y diferenciados, puede reconocer sus propios impulsos y hacerse cargo de ellos y tolerar la culpa. La capacidad recién adquirida de sentir preocupación por los objetos, lo estimula gradualmente a controlar sus impulsos.

El carácter del superyó se modifica, al inicio el objeto persecutor de la posición esquizoparanoide es vivenciado como autor de castigos crueles y retaliatorios y el objeto ideal se convierte en la parte del superyó correspondiente al ideal del yo, en las fases tempranas de la posición depresiva, el superyó es vivenciado aún como severo y persecutorio, pero a medida que se aproximan entre sí el objeto ideal y

el persecutor y afirma la relación de objeto total, el superyó pierde algunos aspectos monstruosos y se aproxima más a una imagen de padres buenos y amados.

El dolor del duelo vivenciado en esta posición y los impulsos reparatorios que se desarrollan para restaurar los objetos internos y externos amados constituyen las bases para la creatividad y sublimación, estos se dirige tanto al objeto como el yo, pues el anhelo de re-crear sus objetos perdidos impulsa al bebé a juntar lo que ha hecho pedazos, a reconstruir lo destruido.

En conjunto con la posición depresiva se inicia el Complejo de Edipo temprano, los procesos de integración llevan a la necesidad de preservar al pecho y hay un reconocimiento a la madre como objeto total y se distingue a sí mismo separado de ella, por lo tanto ya hay una diferenciación del yo – no yo, esta diferenciación se ve reforzada por el destete, esto le permite la percepción de nuevos objetos y la entrada de un tercero, que normalmente es el padre, cuando esto se logra se da la tríada edípica. A partir de esto comienzan los celos enfocados a la relación con los padres. En su mente persisten fluctuaciones en el grado de integración y discriminación de los objetos, el Complejo de Edipo temprano tiene como principal escenario la pareja combinada, el temor a la castración, el amor por los objetos edípicos y la renuncia edípica.

La elaboración de la posición depresiva es crucial en la capacidad posterior de elaborar duelos, su superación supone la introyección estable del objeto amado y el establecimiento de la capacidad de reparar y simbolizar. Aunque los aspectos fundamentales se dan en la segunda mitad del primer año de vida, se va elaborando a lo largo de la primera infancia a través de la neurosis infantil que termina al comienzo de la latencia, con la modificación de las ansiedades tempranas y el dominio de las pulsiones genitales. Es en el desarrollo de la neurosis infantil donde vemos claramente el accionar de las defensas obsesivas y, a partir del segundo año, de la represión, mecanismo que, a diferencia de la escisión, no implica el riesgo de la desintegración del yo. Todos los aspectos del

desarrollo contribuyen a la modificación de la ansiedad, la cual a su vez influye sobre dichos procesos.

En el trabajo de duelo, el juicio de realidad es decisivo, en cada situación en que la persona se ve confrontada con el penar por la pérdida de objetos amados se consideran en peligro los objetos internos, la conexión con la realidad tiene como fin reestablecer el mundo interno destruido.

Klein menciona que al analizar el proceso anterior la ansiedad y culpa que se generan por el temor y la incapacidad de restaurar al objeto bueno constituyen el conflicto superyoico en la posición depresiva. Al final de esta fase si se logra de manera adecuada se intensificará la capacidad de amar y reparar al objeto bueno.

1.2.2.4 Formación de símbolos

Klein en 1930 plantea la importancia del simbolismo en “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo” menciona “el yo en desarrollo y frente al impacto de la angustia y la frustración, se siente incapaz de expresar los conflictos con los objetos originales y entonces transfiere los afectos, emociones y fantasías hacia los objetos que lo rodean, comenzando con las partes de su propio cuerpo” (Klein, M. 1990). Por tanto la fuga de los objetos ansiógenos, más que la búsqueda de fuentes de placer, buscan en primer lugar, el desplazamiento, que se tramita en y por la fantasía inconsciente, y éste dará escape a las emociones siempre en relación con los objetos, en la medida en que estos objetos sustituyan a los originarios Klein los considera símbolos, por ello se da fuerte tendencia del niño a simbolizar.

Así pues la frustración y la ansiedad, son el principal motor generador de símbolos, considerando esto, Klein refiere que se trata sólo de un proceso de desplazamiento, por lo cual aún el niño muy perturbado tendría la capacidad simbólica, salvo quizás, niños autistas graves, donde el bloqueo de la fantasía inconsciente detiene el desarrollo, de acuerdo a esto, si hay relaciones con

objetos externos, hay fantasías y símbolos, sin embargo, la autora se refiere a la capacidad simbólica inconsciente y preverbal.

Pero los verdaderos símbolos se han enfatizado a partir del trabajo de Hanna Segal en “notas sobre formación de símbolos” la autora menciona que “son propios de la elaboración depresiva, se definen por la distinción inherente, aun a nivel inconsciente, entre lo simbolizado y el símbolo, por la distancia que permite, ya no solo en el desplazamiento, sino en la sustitución del objeto originario por otro referente” (Segal, H. 1966). Durante la posición esquizoparanoide, en que el objeto frustrante es una presencia real y odiada en la fantasía, no cabe esa discriminación. El símbolo no es igual a lo simbolizado, pero equivale a una recreación reparatoria del mismo.

Los niños muy perturbados, no reconocen la ausencia, por ende no pueden hacer uso de verdaderos símbolos.

Ferenczi citado por Klein (1990) comenta que la identificación, precursora del simbolismo, surge de las tentativas del niño por reencontrar en todos los objetos sus propios órganos y las funciones de estos. El simbolismo es el fundamento de toda sublimación y de todo talento, ya que es a través de la ecuación simbólica que cosas, actividades e intereses se convierten en el tema de fantasías libidinales. Así, es la angustia que surge en la fase descrita, la que pone en marcha el mecanismo de identificación. El simbolismo no solo constituye el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que con él se construye también la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad.

La génesis de la psicosis se produce en el período inicial de la fase de sadismo máximo es aquel en que los ataques son concebidos como de un carácter violento. En la segunda parte de esta fase los ataques fantaseados son imaginados como envenenamientos y predominan los impulsos sádicos uretrales y anales, considera que este es el punto de fijación para la paranoia. Los puntos de

fijación de la demencia precoz y la paranoia deben buscarse en la etapa narcisista. Una excesiva y prematura defensa del Yo contra el sadismo impide el establecimiento de la relación con la realidad y el desarrollo de la vida y la fantasía.

La exploración y exposición sádica del cuerpo materno y mundo exterior (el cuerpo de la madre por extensión), quedan detenidas y esto produce la suspensión más o menos completa de la relación simbólica con cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por ende del contacto del sujeto con su ambiente y con la realidad en general. En esta enfermedad, entonces la regresión iría directamente a la fase temprana del desarrollo donde la apropiación y destrucción sádica del interior de la madre tal como lo concibe el sujeto en las fantasías, y el establecimiento de una relación con la realidad han sido impedidas o refrenadas debido a la angustia.

1.2.2.5 Depresión en el esquizofrénico

La evolución del niño pequeño está gobernada por los mecanismos de introyección y proyección, desde el comienzo de la vida el yo primitivo del bebé comienza a introyectar objetos buenos y malos, siendo el pecho materno el representante de ambos, los objetos buenos son aquellos que percibe el lactante cuando está satisfecho en sus necesidades y los objetos malos son aquellos que percibe cuando el pecho es negado, lo siente como un objeto malo ya que la proyección de la agresión del niño recae sobre este pecho que fue negado para satisfacerlo.

En el momento en que este pecho le es negado y frustra sus deseos de satisfacción, lo percibe como realmente peligroso, teme a ser devorado, envenado o destruido por éste.

Uno de los primeros métodos a los que recurre el lactante en defensa contra el miedo a los perseguidores es la escotomización o negación de la realidad psíquica, esto puede generar una restricción considerable de los mecanismos de introyección y proyección y a la negación de la realidad externa, formando la base de las psicosis más graves (Klein, M. 1990).

Internalizar un objeto bueno para la supervivencia es imprescindible, sin embargo en el sujeto con posibilidad de desarrollar esquizofrenia este proceso se vio perturbado pero no impedido, “en todo bebé la introyección del objeto bueno que forma núcleo del yo por identificación introyectiva está ahí en plena posición esquizo-paranoide y aunque sea precaria, aporta la integración necesaria para el desarrollo del aparato psíquico y la continuidad de la vida” (Klein, M. 1988).

La autora centra su interés en la esquizofrenia paranoide por lo que habla de las dos entidades nosológicas en su escrito “una contribución a la psicogénesis de los estados maníacos – depresivos” (1935). En la esquizofrenia de acuerdo a Klein, hay una fragmentación del yo que lo incapacita para identificarse con el objeto bueno y que solo le permite la relación con objetos parciales; en la paranoia en cambio, había una entrada en la posición depresiva con síntesis del objeto y cierto grado de identificación del yo con el mismo, pero esa identificación no lograba mantenerse, porque el monto de las ansiedades persecutorias provocaba que el objeto fuese atacado en cuanto se le incorporaba, las defensas características de la paranoia se dirigen principalmente a la destrucción de los perseguidores, convirtiéndolos así en múltiples objetos parciales persecutorios.

“Entonces la internalización del objeto bueno en el esquizofrénico es menos permanente, menos estable y no permite la identificación con él, por lo que la internalización del objeto bueno difiere en carácter y fuerza” (Del Valle, E. 1999).

Sin embargo en la posición esquizo-paranoide, la angustia paranoide incluye también, de manera inevitable, cierto grado de preocupación por el objeto, hay pena y preocupación por la parte buena del yo, la que contiene al objeto bueno y no como la que tiene vínculo con el objeto bueno, así, en el esquizofrénico por la

fragmentación y violenta disociación, tanto la ansiedad depresiva como la culpa son apartadas con fuerza del resto de la psiquis, estos aspectos disociados y bloqueados de la personalidad son los que experimentan los afectos que son negados con predominio de las ansiedades persecutoras lo que obstaculiza que se expresen determinados sentimientos. Hay tres aspectos que dificultan visualizar la depresión en el esquizofrénico:

1. La angustia depresiva y la culpa en la medida en que ocurren ya en la posición esquizo-paranoide, se refieren también a una parte del yo; a saber, aquella parte que en el sentir del sujeto, contiene el objeto bueno y en consecuencia la parte buena. Es decir la culpa del esquizofrénico se refiere a la destrucción de algo bueno dentro de él y también el debilitamiento de su yo por los procesos de división.
2. El sentimiento de culpa experimentado por el esquizofrénico es de manera muy particular y difícil de discernir. Mientras la angustia paranoide se experimenta en la mayoría de las partes del yo subdividido y por lo tanto predomina, la culpa y la depresión solo se experimenta en algunas partes que el esquizofrénico siente como fuera de su alcance, hasta que el análisis las trae a la conciencia.
3. Una tercera razón por la cual es difícil detectar la depresión en el esquizofrénico paranoide es que utiliza la identificación proyectiva, que en él es muy fuerte, para proyectar la depresión y la culpa sobre un objeto durante el proceso analítico, principalmente en el analista.

La pérdida del objeto amado tiene lugar durante la fase del desarrollo en la cual el yo realiza la transición de la incorporación parcial del objeto a la total. Los procesos internos que posteriormente se definen como pérdida de amor y llevan a la depresión están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado

durante el destete y no poner a salvo el objeto bueno internalizado, una razón del fracaso es que el yo ha sido incapaz de vencer su miedo paranoide.

Klein en “una nota sobre la depresión en el esquizofrénico” en 1960 menciona “el esquizofrénico no solo ha perdido al objeto bueno internalizado que se relaciona con el destete y la diferenciación del yo – no yo, sino con la pérdida del sí mismo bueno” (Klein, M. 1988).

La continuación del análisis nos permite en algunos casos el acceso a capas profundas de la psique donde se encuentran los sentimientos de desesperanza por sentirse confuso y aislado, si se logra el acceso al sentimiento de culpa y depresión, al sentirse el paciente dominado por impulsos destructivos y por sentir que se ha destruido a sí mismo y a su objeto bueno por los procesos de división. Tal vez se encuentre que como defensa a ese dolor, la fragmentación vuelve a ocurrir, con la experiencia repetida de ese dolor y el análisis es que se puede lograr el progreso.

Si la tendencia a reparar es movilizadora por el análisis de los impulsos destructivos y los procesos de división pueden avanzarse hacia la mejoría. Los medios de fortalecer el yo, de posibilitar que el esquizofrénico experimente su propia bondad y la del objeto, que habían sido separadas por la división, están basados en deshacer el proceso de división en cierta medida y disminuir así la fragmentación, lo cual significa que las partes perdidas del sí mismo se le vuelvan más accesibles.

1.2.2.6 Salud mental

Klein en 1960 en “Sobre salud mental” menciona que la base de la salud mental es una personalidad bien integrada. Para la autora esta personalidad contiene los siguientes aspectos:

Madurez emocional: significa que los sentimientos de pérdida pueden ser contrarrestados hasta cierto punto por la capacidad de aceptar sustitutos y que las

fantasías infantiles no perturban la vida emocional adulta, poder disfrutar de los placeres que están nuestro alcance en cada momento vital y contentarse vicariamente a determinada edad con los placeres que obtiene la gente joven, particularmente con los hijos y nietos.

Fuerza de carácter: se basa en los procesos tempranos. La relación con la madre es la primera y fundamental, aquella en la que el niño experimenta amor y odio la primera vez. Si los aspectos buenos de la madre introyectada dominan a los frustrantes, esta madre internalizada deviene la base de la fuerza del carácter, porque el yo puede desarrollar así sus potencialidades; puesto que si ella se experimenta como madre que guía y protege pero no domina, la identificación con ella hace posible la paz interior. El éxito de esta primera relación se extiende con otros miembros de la familia, en primer lugar con el padre y se refleja luego con actitudes adultas.

Capacidad de manejar emociones conflictivas: comprender la variedad de impulsos y sentimientos contradictorios y no evadirlos sino enfrentarlos.

Equilibrio de la vida interior y la adaptación a la realidad: es la adaptación al mundo externo, que no interfiera con la libertad de nuestras emociones y pensamientos. Esto implica interacción; la vida interior siempre influye las actitudes hacia la realidad externa y a su vez es influida por las adaptaciones a la realidad. Si la bondad del objeto predomina a lo largo de esos procesos y forma parte de la personalidad, su actitud hacia experiencias que provienen del mundo externo es a su vez favorable e influida. No significa evitar conflictos, implica tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas.

Fusión exitosa de las distintas partes de la personalidad: si se disocian excesivamente emociones dolorosas, se restringe la personalidad y provocan inhibiciones variadas, particularmente la represión de la vida de fantasía, esto tiene una gran repercusión en el desarrollo porque inhibe el talento y el intelecto, también impide la apreciación de la realización de otra gente y el placer que de

ello deriva; la falta de goce en el trabajo y el descanso y la relación con otras personas vacía la personalidad y despierta angustia y satisfacción.

La salud mental no es compatible con la superficialidad: puesto que ésta se vincula con la renegación del conflicto interior y de las dificultades externas, el yo utiliza la renegación porque el dolor es excesivo y no puede tolerarlo. Aun cuando esta renegación puede ser parte normal de la personalidad, si es predominante lleva a la superficialidad, puede impedir la comprensión de la vida interior y, por consiguiente, un verdadero conocimiento de los demás. Se pierde la satisfacción de dar y recibir, de experimentar y ser generoso.

Con lo anterior Melanie Klein, permite ver que, en sus investigaciones no sólo realiza observaciones sobre lo que pueden ser factores de riesgo en el desarrollo del infante que lo lleven a desarrollar aspectos patológicos, también permite observar que la ausencia de un trastorno no es sinónimo de salud mental, y menciona diversos factores que son necesarios para obtener salud mental y una mejor funcionalidad del individuo.

1.2.2.7 Sentimientos de soledad

Los sentimientos de soledad es un aspecto que puede estar presente en el individuo, sin embargo, en los pacientes con esquizofrenia pueden encontrarse comúnmente ya que ellos se mantienen aislados, en un mundo creado por sí mismos, diferente a los demás, en el cual se encuentran inmersos ya que se sienten más seguros ahí, esta soledad que presentan menciona Melanie Klein en 1963 en “Sobre el sentimiento de soledad” tiene que ver con la integración, la unión de impulsos destructivos y amorosos y la unión de los aspectos buenos y malos del objeto, despiertan el temor de que los sentimientos destructivos puedan sofocar a los sentimientos amorosos y amenazar al objeto bueno. La integración de la psique puede representar sensaciones de soledad en el individuo, sentirse abandonado; la integración y diferenciación del lactante lo llevan a saberse

indefenso y dependiente, puede encontrarse absolutamente solo frente a lo que para ellos era una parte mala de sí mismo.

Generalmente se supone que la soledad puede nacer de la convicción de que no se pertenece a ninguna persona o grupo; esta convicción tiene, en realidad, un significado mucho más profundo, por mucho que progrese la integración, ésta no logra eliminar la sensación de que no se dispone de ciertos componentes del sí-mismo porque están escindidos y apartados y es imposible recuperarlos. Algunas de estas partes escindidas se proyectan a otras personas, lo cual contribuye a crear la sensación de que no se está en posesión total de sí mismo y por lo tanto de nadie más.

Cuando la ansiedad persecutoria es relativamente intensa, aunque en los límites de la normalidad, es probable que la relación con el objeto bueno interno se vea perturbado y se lesione la confianza en la parte buena del sí-mismo. En consecuencia, existe una mayor proyección de sentimientos y suspicacias paranoides en los demás, con el consiguiente sentimiento de soledad (Klein, M. 1988).

En la verdadera esquizofrenia estos factores están necesariamente presentes, pero en forma muy exacerbada; él tiene la vivencia de que está irremediablemente reducido a fragmentos y de que nunca estará en posesión de su sí-mismo. El hecho de encontrarse tan fragmentado le impide internalizar suficientemente a su objeto primario como objeto bueno y, por ende, contar con el fundamento necesario para lograr estabilidad; no puede confiar en un objeto bueno interno ni externo, como tampoco puede confiar en sí-mismo. Este factor está vinculado a la soledad, ya que intensifica la vivencia del esquizofrénico de que se ha quedado solo, por así decirlo, con su infortunio. Esta sensación de verse rodeado de un mundo hostil, característica del aspecto paranoide de la esquizofrenia, no sólo incrementa todas las ansiedades del individuo, sino que también tiene un efecto trascendental sobre su sentimiento de soledad.

Otro factor que ocurre en la soledad del esquizofrénico es la confusión, producto de una serie de factores, en particular de la fragmentación del yo y del uso excesivo de la identificación proyectiva, de modo que el individuo se siente constantemente no sólo reducido a fragmentos, sino también, confundido con las demás personas, así, le resulta imposible hacer discriminación entre las partes buenas del sí mismo y las malas, entre el objeto bueno y malo y la realidad externa e interna. Estos factores sumados a la desconfianza paranoide con respecto a los demás, engendran en él un estado de retraimiento que destruye su capacidad de establecer relaciones objetales y de obtener de ellas la reaseguración y el placer que, al fortalecer su yo, podrían contrarrestar su soledad. El anhela establecer relaciones con la gente, pero le resulta imposible hacerlo.

Para Klein (1988) la reestructuración de la personalidad se logra cuando se han podido elaborar las angustias paranoides y depresivas del primer año de vida.

1.2.3 WILFRED BION

Siguiendo la escuela Kleiniana, la propuesta de este autor se basa en la representación del funcionamiento mental, ofrece un modelo de movimiento continuo, en el cual transcurre la vida mental; éste movimiento se refiere a los cambios psíquicos como resultado de la internalización de un objeto capaz de digerir experiencias emocionales por medio del pensamiento, dando fruto al crecimiento emocional.

En su teoría el autor incluye aspectos fundamentales de las teorías de Freud y Klein como odio a la realidad y los pensamientos, la pérdida de la realidad en la psicosis, el dominio de las ansiedades primitivas y el uso de las defensas como la escisión y la identificación proyectiva.

Wilfred Bion (1957) postula una diferencia entre la personalidad psicótica y la no psicótica y describe que la personalidad psicótica mantiene diminutas escisiones de toda aquella parte de la personalidad que está referida al conocimiento de la realidad interna y externa y la expulsión de estos fragmentos, de tal forma, que ellos engolfen a sus objetos (Bion, W.1977).

La personalidad psicótica se origina en la fragmentación del yo y en la expulsión de los sentidos, de la conciencia y del pensamiento. Pero para que se de ésta situación debe existir también una predisposición innata adversa por parte del lactante, baja tolerancia a la frustración, así como a un medio hostil que no le procure un ambiente favorecedor para desarrollar su psique.

Este medio hostil del que habla Bion, se refiere a una madre que no permite el ingreso de las proyecciones del hijo, por lo que el bebé lo vive como un rechazo y aumenta su hostilidad contra el objeto y la frecuencia de los ataques, hasta que no encuentra significado en aquella relación primaria.

O’shaghnessy (1994) menciona que aun cuando la madre está disponible para aceptar las proyecciones del bebé, es casi imposible mantener un intercambio constructivo si la constitución innata del bebé es muy adversa, pues toda frustración le resultará intolerable (O’shaghnessy, 1994). Por su parte Bion menciona que “si la madre es receptora de las proyecciones y el niño es poco tolerante a la frustración, la envidia del bebé transforma la capacidad receptora de la madre en una actitud de voracidad dirigida a su mente”. Lo anterior para el autor es la matriz patológica donde se conjugan constitución y crianza adversas para producir una personalidad psicótica. Así en la parte psicótica de la personalidad que todos poseemos en mayor o menor grado, la mente no piensa ni percibe, porque los procesos antes descritos la han alterado.

1.2.3.1 Diferenciación de la personalidad psicótica y no psicótica

Bion menciona que dentro de la práctica analítica encontramos la parte psicótica de la personalidad:

Este funcionamiento mental se manifiesta por medio de las conductas y el lenguaje, describe que el yo nunca retira totalmente su contacto con la realidad, su contacto con ella esta encubierto por la predominancia en la mente y la conducta del paciente de una fantasía omnipotente encaminada a destruir, tanto la realidad como la conciencia de la misma, así entonces alcanzar un estado que no es la vida ni la muerte (Bion, W. 1977)

La conceptualización de la parte psicótica de la personalidad, refiere a un estado mental cuyas características dan lugar a todas las manifestaciones que, de algún modo son susceptibles de observación en forma predominante en pacientes seriamente trastornados. En este contexto, esta personalidad no equivale a un diagnóstico psiquiátrico, si no a un modo de funcionamiento mental coexistente con otros modos de funcionamiento.

La personalidad psicótica se presenta en el individuo como un estado mental destructivo, una fuerza que se presenta de manera violenta que, por analogía con un objeto, puede describirse como voraz, envidiosa, cruel y asesina, se caracteriza además por el temor a una aniquilación inminente. La existencia de ésta fuerza destructiva, puede presentarse por una disposición innata y su desarrollo está ligado con el de las primeras relaciones objetales, la intensidad de esta fuerza destructiva podrá elevarse si no hay un objeto que le auxilie a bajar la angustia (Bion, W. 1977) .

Desde que el contacto con la realidad nunca se pierde completamente, los fenómenos que estamos acostumbrados a asociar con la neurosis, nunca están

ausentes y sirven para complicar el análisis cuando se ha hecho un progreso suficiente al estar presentes en medio de material psicótico.

Cuando el yo logra mantener contacto con la realidad, depende justamente la existencia de una personalidad no psicótica paralela, pero que se encuentra oscurecida por la predominancia de la personalidad psicótica, así, pacientes bastante enfermos, tanto como para ser clasificados como psicóticos, contienen en su psiquis, una parte no psicótica de la personalidad, víctima de los múltiples mecanismos neuróticos y componente favorable para el tratamiento.

El retiro de la realidad es una ilusión y no un hecho y emerge del despliegue de la identificación proyectiva, este mecanismo es el origen de la actividad que luego se expresará como la capacidad para pensar, cuando se manifiesta de manera funcional dará paso a la empatía, sin embargo cuando se manifiesta de manera patológica y masiva tiene lugar en ciertos cuadros psicóticos en la que predominan la envidia y la voracidad, se caracteriza por que “las partes del Yo y del objeto interno escindidos y proyectados en el objeto, hacen que se le experimente como controlado por los aspectos proyectados, el objeto es vivido en consecuencia como aquello que se proyectó en él” (Bion, W. 1972).

Este mecanismo actúa en las primeras épocas de la vida y tiene por función aliviar al yo de las partes malas y preservar partes buenas protegiéndolas de un mundo interno malo que ataca y destruye al objeto, esta identificación proyectiva cuando se presenta de manera patológica crea una realidad poblada de objetos bizarros, realidad que se torna cada vez más peligrosa y persecutoria.

El término de objetos bizarros es referido por Bion en 1957 para describir el tipo de objetos de los que el paciente psicótico se siente rodeado, están formados por elementos beta, más restos del Yo y Superyó y de objetos externos. El paciente psicótico intenta librarse no solo del objeto, sino también de todas las funciones yoicas que corresponden al incipiente principio de realidad, en especial de

aquellas funciones que mantienen la función vincular (pensamientos primitivos, consciencia, atención, juicio), se retrae para no saber de ellas, lo que favorece a la propia creación de su realidad.

Así las partículas de las funciones yoicas fragmentadas y evacuadas con violencia, penetran y enquistan los objetos reales poseyéndolo; este objeto poseído, a su vez ataca la parte de la personalidad proyectada despojándola de vitalidad, el resultado será el objeto bizarro.

Entonces el psicótico al tomar conciencia de la realidad que el odia escinde en diminutos fragmentos sus objetos y simultáneamente su personalidad, como resultado le genera un sentimiento de fragmentación donde nunca podrá restaurar sus objetos o su yo, todos aquellos aspectos de su personalidad que le proveerían fundamentos para la comprensión intuitiva de sí mismo y de otros, están perturbados desde el comienzo.

Entre los rasgos destacados de la personalidad psicótica está : La intolerancia a la frustración, una preponderancia de impulsos destructivos tan grande que aún el impulso a amar es cubierto por él y convertido en sadismo y el conflicto entre los instintos de vida y de muerte no alcanzan a solucionarse; un odio violento de la realidad interna y externa que se extiende a todo lo que pueda despertar conciencia de la misma; pánico de aniquilación inminente y finalmente, la formación de relación de objetos prematura y precipitada, con cuya primera línea está la transferencia, y cuya fragilidad contrasta notoriamente con la tenacidad con la que es mantenida (Bion, W. 1977).

Cuando bajo la presión de sus instintos de vida y muerte el paciente ensancha el contacto, se ponen de manifiesto dos corrientes concurrentes de fenómenos:

1. La escisión de su personalidad y la proyección de fragmentos dentro del analista (es decir, la identificación proyectiva).
2. Las actividades mentales y toda otra a través de las cuales el impulso dominante, sea de vida o de muerte, trata de expresarse, son de inmediato sujetas a mutilaciones por el impulso temporariamente subordinado. El paciente perseguido por esas mutilaciones, y tratando de escapar al estado confusional, retorna a una relación restringida.

La parte psicótica de la personalidad puede comprimir pero no juntar aquello que percibe, puede fundir, pero no articular, usa la escisión e identificación proyectiva como sustituto de la represión, pero el uso excesivo de la identificación proyectiva lleva a un estado en el cual el paciente se siente rodeado de objetos bizarros, donde aglutina tres aspectos: función mental, impulso emocional y objeto físico.

Bion sigue la idea de Freud (1924) y considera también la personalidad psicótica como aquella en la que existe una perturbación del yo con el mundo externo.

El psicótico en un intento de liberarse de la experiencia de una realidad odiada y no comprendida, ataca al yo receptor, es decir, a aquella parte de la mente que tiene como objeto la percepción de la realidad.

La parte no psicótica de la personalidad recurre a la represión como modo de eliminar ciertas tendencias de la mente, tanto sea de la conciencia como de otras formas de manifestación y actividad, pero no escinde.

1.2.3.2 Teoría del Pensamiento

El autor en la aplicación de la teoría del pensamiento que desarrolló en 1962 supone que “los trastornos del pensamiento tan evidentes del psicótico y a veces

discernibles en personalidades mejor integradas se basan en la intolerancia a la frustración y en la persistencia de la identificación proyectiva patológica.” (Bion, W. 1972)

La función denominada alfa, opera sobre impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en elementos alfa. Los elementos alfa son aquellas impresiones sensoriales y experiencias emocionales transformadas en imágenes visuales o imágenes que responde a modelos auditivos, olfativos, etc. “Las impresiones sensoriales y experiencias emocionales no transformadas son los elementos beta, que no resultan apropiados para pensar, soñar, recordar o ejercer funciones intelectuales del aparato psíquico” (Bion, W. 1972).

Estos elementos beta que presenta el individuo son vividos como cosas en sí mismas y generalmente las evacua a través del mecanismo de identificación proyectiva, estos elementos carecen de la capacidad de establecer vínculos entre sí, la aglomeración de estos elementos beta generan lo que el autor llama “la pantalla beta”, es decir, una aglutinación de elementos no se integran, esta pantalla es la característica del vínculo psicótico. Estos pueden alcanzar una cierta coherencia que se manifiesta en determinadas respuestas emocionales.

Otro término importante es la barrera de contacto, esta marca el contacto y la separación entre consciente e inconsciente con un pasaje selectivo de elementos de uno a otro, separa los fenómenos mentales, y otorga la capacidad de distinguir del estar dormido o despierto, consciente o inconsciente, tener la noción de pasado y futuro, esta barrera es la base de la relación normal con la realidad y el mundo externo e interno, permite reconocer la diferenciación que en el psicótico se pierde.

Si en la barrera de contacto llegan a destruirse los elementos alfa se verán despojados de sus características evolucionadas y estos se convertirán en

elementos beta, al agregarse a estos últimos elementos y vestigios del yo y superyó se configuran los objetos bizarros.

Los pacientes que presentan serios trastornos en su capacidad de pensar pensamientos poseen una función alfa deteriorada o un desarrollo insuficiente que fracasa en la producción de elementos alfa, en su lugar predominan los elementos beta que se usan en el pensamiento concreto debido a la incapacidad de simbolizar y hacer abstracciones.

La teoría del pensamiento comienza por plantear la existencia de pensamientos y un aparato para pensar, la actividad del pensar, menciona Bion “fue un procedimiento destinado a librar el psiquismo del exceso de estímulos que lo abrumaban” (Bion, W. 1972). Para el autor los pensamientos los considera previos a la capacidad de pensar. En las etapas más tempranas del desarrollo los pensamientos provienen de impresiones sensoriales y experiencias emocionales (protopensamientos) que se relacionan con una experiencia concreta, estos pensamientos que no son procesados pueden quedarse como elementos amenazantes.

La capacidad de formar pensamientos dependerá de la capacidad del niño para tolerar la frustración “el no pecho”, si dicha capacidad es suficiente, deviene un pensamiento y se desarrolla un aparato para pensar. En cambio, su intolerancia a la frustración hace que tienda a evadir la frustración en lugar de modificarla y lo que debería de ser un pensamiento queda como un objeto malo, adecuado solo para ser evacuado (Bion, W. 1972).

Hay dos mecanismos principales en la formación de pensamientos:

1. La relación dinámica entre algo que proyecta un contenido y un objeto que lo contiene, continente.

2. La relación dinámica entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

Con estos dos mecanismos se da el origen en la mente del lactante de un aparato para pensar los pensamientos. El bebé internaliza buenas y repetidas experiencias de su relación con la madre, la angustia se mantiene controlada ya que hay alguien que contiene sus proyecciones, y la así en la mente del lactante ha quedado internalizada en una “pareja feliz” constituida con la madre receptiva y metabolizadora a través de la función- alfa de los sentimientos proyectados por el niño, con sus distintas emociones (contenido) ubicadas por identificación proyectiva dentro de aquella.

Los contenidos que el niño evacua tienen dos destinos posibles: (Bion, W. 1972).

1. Relación dinámica continente- contenido: Los contenidos son evacuados en un pecho externo real en ese momento, la madre que funciona como contiene efectivo ante las necesidades del lactante, mediante la madurez transforma exitosamente el hambre en satisfacción, dolor en placer, soledad en compañía, miedo a morir en tranquilidad. A esta capacidad de la madre de estar receptiva a las proyecciones – necesidades del bebé es lo que se le denomina la capacidad de reverie (ensoñación).
2. Relación dinámica entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva: en este caso el bebé llora por hambre, la madre no está para satisfacerlo, hay una ausencia de pecho, es decir, una realización negativa, el lactante lo experimenta como un pecho malo, es decir, un elemento beta y tiende a su evacuación a través de una identificación proyectiva, posteriormente la madre con su capacidad de reverie transforma las sensaciones desagradables ligadas al pecho malo y procura alivio en el bebé, el bebé reintroyecta la experiencia emocional modificada y mitigada, es decir, una función-alfa (aspecto no sensorial de la madre). Si hay tolerancia innata a la frustración y el monto de envidia no es demasiado intenso en el bebé,

frente a esta realización negativa surgirá la primera noción de ausencia de objeto y frustración, esto es un problema a solucionar dando origen a la matriz de un nuevo pensamiento y así sucesivamente.

Si el lactante presenta intolerancia innata a la frustración originada por envidia muy intensa, tenderá a la evitación de la frustración mediante el desarrollo hipertrófico del aparato para la identificación proyectiva, tornándose más omnipotente y menos realista. El bebé no tomará en cuenta al objeto continente y no formará el aparato para pensar pensamientos, en su lugar utilizará la evacuación permanente mediante la identificación proyectiva y su mente funcionará como un músculo que descarga continuamente elementos –beta.

Con lo anterior la relación continente-contenido puede ser utilizada para representar tanto una identificación proyectiva exitosa como fallida, el lactante puede encontrarse en las siguientes situaciones dentro de esta dinámica:

Cuando el niño tiene una necesidad y la madre tiene capacidad de reverie logra metabolizar las sensaciones del niño y las devuelve soportables, por otra parte si la madre reacciona con ansiedad e incomprensión y pone distancia afectiva entre ella y el bebé, la madre está rechazando la proyección del niño y devuelve el temor de morir sin modificarlo, por último puede ocurrir que se trate de un bebé perturbado, psicótico o una madre muy perturbada, la fantasía subyacente a la identificación proyectiva es que la madre, en lugar de desintoxicar el temor a morir proyectado por el niño, actúa como el objeto malo que despoja a la proyección del bebé de significado en forma ávida, envidiosa y hostil y le devuelve el terror sin nombre (estado psíquico que paraliza el funcionamiento mental y donde predominan las angustias de aniquilamiento y desintegración), (Bion, W. 1977).

En el modelo de la relación “continente – contenido”, el lactante proyecta una parte de su psiquismo en el pecho bueno continente, teniendo mayor relevancia sus

emociones incontrolables que funcionan como contenido, para posteriormente recibir las de vuelta desintoxicadas por el continente y poder tolerarlas, esta relación puede ser de crecimiento o de decrecimiento, así las alternativas dependerán de la calidad o naturaleza con que son vivenciados los pensamientos primitivos y del grado de evolución del aparato para pensar, si la capacidad es positiva hará formación de conceptos, abstracciones, capacidad de simbolizar, entre otras funciones, este desarrollo por lo tanto corresponde a la parte no psicótica de la personalidad, el pensamiento verbal es lo que sintetiza y articula las impresiones y es así esencial para la conciencia de la realidad interna y externa, es decir, el aparato para pensar los pensamientos se ha establecido.

Sin embargo es de esperar que el paciente que cuenta con una parte psicótica predominante estará sujeto una y otra vez a lo largo del análisis, a destructivas escisiones e identificaciones proyectivas, además el pensamiento será atacado por ser en sí mismo un elemento vincular.

Por otra parte, si se presentan ataques sádicos sobre el Yo y sobre la matriz del pensamiento de manera intensa y se utiliza de manera excesiva la identificación proyectiva de los fragmentos, hace que desde aquí en adelante haya una distancia cada vez mayor entre las partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad, hasta que al fin el espacio entre ambas es sentido como imposible de ser cubierto, de verse integrado.

Cuando el paciente carece del aparato mental de la conciencia de la realidad, se siente prisionero en ese estado mental al que ha llegado y se percibe incapaz de escaparse.

Sobre las alucinaciones en 1958, menciona el autor que “estas son ruidos u objetos que se han expelido a través de los órganos de los sentidos; si oye algo ello puede significar que está expulsando un sonido, lo que no es lo mismo que

hacer un ruido; si dice que siente algo eso puede significar que está expulsando una sensación táctil a través de la piel” (Bion, W. 1977).

El contenido de la alucinación evidentemente es un objeto hostil, por ello necesita expulsarlo, sin embargo su expulsión ha dejado vacío al paciente; su presencia lo amenaza. Las alucinaciones y la fantasía que los sentidos emiten tanto como reciben, indican la gravedad del trastorno del paciente, pero hay que señalar un aspecto benigno del síntoma que antes no se manifestaba, el desdoblamiento, el uso evacuatorio de los sentidos y “las alucinaciones son empleadas al servicio del deseo de curación y podemos por consiguiente considerarlos actividades creadoras, así, se observa como la actividad alucinatoria se manifiesta como un intento del paciente de manipular las partes peligrosas de su personalidad” (Bion, W. 1977).

1.2.3.3 Vínculos

El pensamiento y el pensar, es una teoría acerca del conocer, del aprendizaje por experiencia y sus trastornos, esta teoría supone que todo conocimiento se origina en experiencias primitivas de carácter emocional, en relación con la ausencia del objeto. Algunas experiencias emocionales intervienen en las posteriores experiencias de descubrimiento, aprendizaje y formulaciones de nuevas ideas en cualquier campo.

La palabra vínculo describe “una experiencia emocional en que dos personas o dos partes de una persona están relacionadas con la otra”, (Bion, W. 1972).

El autor considera que existen emociones básicas que son factores para el vínculo, y promueven el crecimiento en adecuada combinación las tres emociones relacionadas al vínculo son: Amor (love) (L), odio (hate) (H), y conocimiento (Knowledge) (K), (Bion, W. 1997).

Estas tres emociones son transformaciones que están relacionadas con el cambio y el crecimiento, que posibilitan conseguir conocimiento de la realidad psíquica del paciente.

El signo K es utilizado para referirse al vínculo entre un sujeto que busca conocer a un objeto y el objeto que también desea ser conocido, representa un vínculo activo y se refiere a una experiencia emocional particular que difiere del tinte emocional representado por los vínculos L o H. Este particular matiz emocional está expresado por un sentimiento doloroso, y puede ser formulado como el dolor o la frustración que están relacionados al conocer.

Este vínculo puede representar al individuo que busca, por introspección, conocer la verdad de sí mismo y sobre los objetos. El conocer es la actividad a través de la cual el sujeto llega a ser consciente de la experiencia emocional, en este hay un proceso de abstracción que sirve para el aprendizaje por experiencia y para la comprensión del sí mismo y la realidad.

Es necesario distinguir entre la posesión de un conocimiento como resultado de la modificación del dolor en el vínculo k, en este caso, el conocimiento obtenido servirá para nuevas experiencias de descubrimiento, y de la posesión de un conocimiento utilizado para evitar la experiencia dolorosa, ésta última situación puede presentarse en personas donde predomina la omnisciencia y donde queda excluida la posibilidad de un vínculo K y por lo tanto de un aprendizaje de experiencia emocional.

La evitación del dolor puede estar al servicio de la actividad llamada “vínculo –K” (menos K), los factores desde el punto de vista emocional en este vínculo son la envidia y voracidad, y en términos de la relación continente- contenido constituyen una relación mutuamente despojante y destructiva, donde los significados y las emociones son activamente despojados de vitalidad y sentido, por lo tanto no habrá descubrimiento posible.

El paciente psicótico se puede encontrar en un –K, el conocer parte de su realidad le producirá dolor y puede rechazar conocer sobre sí mismo, lo que puede llevar a

la distorsión de sí y de todo aquello que le rodea, esto lo llevará a ataques al vínculo, estos ataques se originan en la fase esquizo-paranoide, los ataques al vínculo son “sinónimos de ataques al estado receptivo de la mente del analista, originariamente de la madre” ataca aquello que le permitió conocer una realidad dolorosa (Bion, W. 1977).

La capacidad de introyectar es transformada por la envidia y odio del paciente, éste se encuentra en un estado de ánimo en la cual su mente contiene un objeto interno que se opone y destruye todo vínculo, desde el más primitivo hasta las formas más complejas como la comunicación verbal y artística, en este estado de ánimo la emoción es odiada, es sentida como un vínculo entre objetos que no son el yo y por tanto hostiles al narcisismo primario.

“Los ataques contra la función vinculadora de la emoción llevan a un predominio en la parte psicótica de la personalidad, los vínculos que perduran en ellos, son perversos, crueles y estériles” (Bion, W. 1977).

De esta manera el paciente tiene propensión a atacar el vínculo entre dos objetos y a atacar el pensamiento verbal, ya que por medio de esto puede permanecer dividido y manteniendo aspectos omnipotentes del sí mismo y del objeto que le procuran una falsa seguridad.

“Los términos amor, odio y conocimiento, tienen modelos precedentes. Vínculo puede implicar un modelo o una abstracción. El fracaso del paciente para resolver sus problemas puede depender en algunos casos del hecho que emplea mal los modelos” (Bion, W. 1980). Ante esto, una función importante del analista es que ponga al descubierto como los utiliza el paciente para poder llegar a una interpretación de la manera de pensar y vincularse del individuo.

1.2.4 HEBERT A. ROSENFELD

1.2.4.1 Estados psicóticos

Una de las teorías más importantes para comprender los cuadros psicóticos es el concepto de relaciones objetales narcisistas desarrollado por Rosenfeld, con ésta teoría propone subrayar que el narcisismo no es un estado carente de objeto. En “Psicopatología del narcisismo: enfoque clínico” en (1964), menciona el autor que “los pacientes psicóticos mantienen relaciones objetales omnipotentes narcisistas, los objetos son recipientes en los cuales proyecta aquellas partes de sí mismos que sienten como algo que causa dolor o ansiedad, se identifican con el objeto a través de la proyección o introyección y se fusionan” (Rosenfeld, 2000).

Así el otro es sólo un objeto en el cual depositan sus proyecciones y los cosifican para controlarlos y satisfacer sus necesidades, pues sabe que el otro tiene algo que él necesita y lo mantendrá fusionado, ya que no se percibe ninguna identidad separada o frontera entre el yo y el objeto.

Un componente importante del cuadro clínico de la esquizofrenia es el mecanismo de identificación proyectiva, muestra la intensa confusión que sufre el psicótico con los objetos, ya sean amados u odiados, esta confusión puede darse por la fantasía de incorporación oral y de entrar en el objeto, de acuerdo al autor, esta es la forma más primitiva de relación objetal y se da en el momento del nacimiento, el psicótico no ha superado esta fase primitiva del desarrollo y en los episodios psicóticos regresa a la misma. Por otra parte en la identificación proyectiva, ciertas partes del self llegan a formar parte del objeto, estas partes son las cualidades deseables y en ese aspecto piensa que él es el objeto, lo anterior sirve de defensa para evitar confrontar la frustración y sentimientos de agresividad y ambivalencia, por lo que a mayor envidia, mayor dificultad de abandonar las relaciones objetales omnipotentes narcisistas. Rosenfeld hace una diferenciación entre los aspectos libidinales y destructivos del narcisismo. Menciona que “en el

narcisismo destructivo se da una intensa idealización de las partes destructivas del self, que se consideran atractivas por que mantienen al sujeto la sensación de omnipotencia” (Rosenfeld, H. 2000).

Dentro de la teoría el autor menciona tres formas de identificación proyectiva:

1. Se usa como forma de comunicación, por lo tanto es un mecanismo útil y normal para el desarrollo de las relaciones de objeto.
2. En los psicóticos produce distorsión y falta de evolución en las relaciones infantiles normales, basadas en la comunicación no verbal entre él y su madre (la madre es incapaz de recibir el estado emocional del niño, por lo tanto tampoco puede aliviar las ansiedades). También es una forma de negación de la realidad psíquica, disociando partes de su self, impulsos y ansiedades y los proyecta en la madre con el propósito de evacuar contenidos mentales perturbadores.
3. El niño se proyecta en la madre como una forma de controlar la mente y el cuerpo de ella.

En la misma línea que Melanie Klein y Wilfred Bion el autor menciona que el uso excesivo de la identificación proyectiva obscurece la diferenciación entre la realidad y la fantasía, lo que lleva a la regresión donde hay pensamiento concreto debido que no hay manera de simbolizar, situación presente de los estados psicóticos.

1.2.4.2 Estados confusionales en la esquizofrenia

Rosenfeld en 1950 en “Notas sobre la psicopatología de los estados confusionales en las esquizofrenias crónicas” menciona que los sentimientos de confusión

forman parte del desarrollo normal y constituyen un rasgo corriente en muchos estados patológicos, pero en el proceso esquizofrénico los estados confusionales graves parecen desempeñar un papel importante.

El autor sugiere que en determinadas condiciones externas e internas, “si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, pueden surgir estados en los que el amor y el odio, así como los objetos buenos y malos no logran ser mantenidos por separado y son por lo tanto sentimientos como mezclados o confundidos” (Rosenfeld, H. 2000). Estos estados confusionales que se dan en la etapa infantil son estados de desintegración y se relacionan con los estados confusionales esquizofrénicos de los adultos.

Este estado confusional se asocia a una angustia extrema, porque al confundirse las pulsiones libidinales y destructivas, éstas últimas parecen amenazar con destruir las primeras. Por lo tanto el self se halla en peligro de destrucción. El único escape a este peligro radica en la capacidad para diferenciar entre el amor y el odio. De no lograrse la diferenciación normal, son reforzados los mecanismos de disociación que se identifican con objetos introyectados buenos o malos. Como resultado de la confusión entre pecho bueno y pecho malo, la fantasía de pecho bueno puede ser proyectado hacia afuera y el pecho malo perseguidor fantaseado puede ser guardado enteramente dentro del paciente.

Otra aspecto de la confusión que se da a menudo en esquizofrénicos es una confusión de pulsiones y objetos que hace surgir no un estado confusional agudo, sino una confusión de carácter más crónico, que puede manifestarse por trastornos de lenguaje, locomociones o inhibiciones serias de otras actividades” (Rosenfeld. H. 2000).

Rosenfeld menciona cada vez que se debilitan los procesos disociativos, ya sea espontáneamente o mediante el análisis, las pulsiones libidinales o agresivas se hacen más activas. Las pulsiones libidinales ayudan al yo en su lucha por una

mejor integración y por la síntesis de sus objetos internos. De ser exitosos estos procesos el resultado sería la curación.

Sin embargo en los momentos en los que hay acercamiento de las pulsiones libidinales y agresivas, surge el peligro particular de un estado confusional agudo, porque las pulsiones agresivas pueden predominar y dominar las pulsiones libidinales y el yo.

Rosenfeld en 1950 menciona que existen dos razones principales para que predominen las pulsiones agresivas cuando progresa el análisis en pacientes esquizofrénicos:

1. Una gran cantidad de energía agresiva es utilizada en mantener los mecanismos disociativos. Al debilitarse éstos, la energía agresiva es liberada y puede temporalmente ser excesiva.
2. Con la disminución de los procesos disociativos, las pulsiones libidinales son liberadas y buscan satisfacción inmediata. La frustración de estas pulsiones libidinales también contribuye al fortalecimiento de las pulsiones agresivas.

Cuando un paciente esquizofrénico progresa, se muestran más abiertas sus tendencias reparativas. Sus pulsiones libidinales se van relacionando con fantasías de reparar su yo y sus objetos externos e internos, que había atacado y destruido en sus fantasías agresivas y que él siente despedazados. En caso de tentativa de curación, las pulsiones libidinales, relacionando entre sí correctamente los pedazos, logran la restauración del yo y sus objetos.

No obstante, si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, el proceso de reparación puede ser interferido en una forma particular. Las pulsiones libidinales logran reunir los pedazos de los objetos y del yo, pero las pulsiones agresivas impiden que esos pedazos sean ordenados y unidos correctamente. En

el peor de los casos los objetos y el yo, son reunidos pero en forma totalmente desordenada y defectuosa.

El resultado es un estado confusional que puede ser descrito por el mismo paciente o diagnosticado por un observador, donde puede describirse confundido, desorientado y carente de insight.

El tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia derivado de las investigaciones de Melanie Klein se basa en el estudio de las fases tempranas del desarrollo infantil. En este enfoque de la esquizofrenia conserva aspectos esenciales del psicoanálisis, fundamentalmente la interpretación detallada de la transferencia positiva y negativa sin el empleo de reaseguramiento o de medidas educativas; el reconocimiento y la interpretación del material inconsciente del paciente; y por encima de todo, la focalización de las interpretaciones sobre las ansiedades manifiestas y latentes del paciente.

Rosenfeld en 1954 en “Consideraciones relativas al abordaje psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica” menciona que en la mayoría de los casos de esquizofrenia aguda durante el tratamiento, las conductas típicamente esquizofrénicas son usadas para encubrir ansiedades abrumadoras.

En el estado esquizofrénico agudo el paciente tiende a poner su self de una manera tan total dentro de los objetos, que queda poco self fuera del objeto. Esto perturba la mayoría de las funciones yoicas, incluyendo el habla y la comprensión de palabras, inhibe la capacidad de experimentar relaciones con objetos externos e interfiere también con los procesos de introyección.

Los pacientes con esquizofrenia crónica Rosenfeld los divide en dos grupos:

1. En este grupo se registra una historia de deterioro gradual a lo largo de un período de años, sí que se registre ningún ataque agudo. Estos pacientes carecen de sentimientos y están desconectados del entorno, pero a menudo con cierto insight de su estado, algunos de ellos acuden regularmente al análisis a lo largo de muchos años y su estado presenta una mejoría gradual pero clara. Casi nunca requieren de manejo particular y su conducta en el análisis es muy semejante a la de los pacientes con neurosis, es decir, pueden asociar.
2. En este grupo están los pacientes que han tenido uno o más ataques de esquizofrenia aguda de los cuales solo se recuperaron de forma parcial. Ya no hablan de sus delirios y a menudo sostienen estar perfectamente bien, pero siguen incapacitados para trabajar y la observación detallada rebela con frecuencia que aún persiste algún sistema delirante, asisten al análisis por recomendación de alguien, son constantes en las sesiones pero el tratamiento resulta complejo. No permiten la discusión de la realidad y cuanto hacen alusión a ellos los presenta desde un punto de vista muy particular y distorsionado.

Si el paciente es de tipo paranoide crónico, a menudo insiste en que no deberíamos de discutir sus problemas con ningún amigo o pariente.

1.3 PARANOIA

Algunos síntomas que la paranoia de acuerdo al DSM-IV-TR presenta son la desconfianza en las intenciones de los demás interpretándolas como maliciosas, sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos o les van causar algún daño o a engañar, hay preocupaciones intensas sobre los otros tales como dudas por la lealtad o fidelidad. Se perciben ataques hacia sí mismo que no son aparentes para los demás, y estos ataques dan origen a rencores, enojo, en

ocasiones se aíslan para no ser dañados y casos graves se llegan a dar actos violentos.

Freud en diversos escritos describe aspectos de la paranoia, en 1895 en el “Manuscrito H” sostiene que la paranoia, histeria y obsesiones resultan de la represión de los recuerdos traumáticos.

En el caso de la paranoia hay un abuso del mecanismo psíquico de proyección, ante cada situación, se tiene la opción de suponer una causa interna o externa, si algo fuerza a apartarse del origen interno, naturalmente se recurre al origen externo, es decir, si no se puede atribuir a sí mismo la causa, por medio de la proyección se atribuye a algo externo.

En los individuos hay una inclinación a expresar las emociones, a que los estados interiores se denuncien ante los otros, esto puede realizarse a través de la proyección, y da por resultado el ser notado, mientras se permanezca consciente de la propia alteración interior, todo queda dentro de una función normal del mecanismo; si se olvida y sólo queda lo que lleva hacia afuera, se proyecta y no reconoce en el sí mismo se da origen a la paranoia, por tanto el abuso del mecanismo de proyección se da a los fines de defensa.

En 1894 en “neuropsicosis de defensa” Freud afirma, “el reproche inicial al ser reprimido por un camino que se puede designar como proyección que se rige por la formación del síntoma defensivo primario, deja ver que, en la persona paranoica la desconfianza delirante hacia los demás es la desconfianza de sí mismo” (Freud, S. 2006). Los individuos al presentar la paranoia, están proyectando o expulsando de sí aquello que no les es tolerable es su psique, por lo que los aspectos proyectados son una parte de sí mismo que no quiere conocer de sí, al proyectarlos y depositarlos en el otros, se siente liberado, sin embargo el objeto en el que depositó sus proyecciones ahora se convierte en el perseguidor que puede dañarlo, es decir, la agresión, la infidelidad, la deslealtad, el deseo de

causar daño los ha proyectado, si lo expulsa no los tiene, la paranoia le sirve al individuo, como una forma de contener aquellos aspectos agresivos, prefiere convertirse en el perseguido que en el perseguidor, la paranoia le sirve para contener sus impulsos agresivos y no agredir.

Así mismo, Freud (1915) en su artículo de “Un Caso De Paranoia Que Contradice La Teoría Psicoanalítica” “menciona que el paranoico se debate contra un refuerzo de sus tendencias homosexuales, lo que remite en esencia a una elección narcisista de objeto, asociando que el perseguidor era el amado o alguien que lo fue en el pasado. De la conjunción de ambas tesis resulta este requisito: el perseguidor tiene que ser del mismo sexo que el perseguido” (Freud, S. 2006).

En su artículo “Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y homosexualidad” (1922-1921) describe que los celos se encuentran entre los estados afectivos, como el duelo, que es lícito llamar normales. Los casos de celos reforzados hasta lo anormal, que dan intervención al análisis, se presentan como de estratificación triple. Los tres estados o niveles de los celos merecen los nombres de: 1) Competencia o normales; 2) Proyectados; 3) delirantes (Freud, S. 2006).

Sobre los celos normales hay poco que decir, estos se componen por el duelo, dolor por el objeto de amor que se cree perdido, por la afrenta narcisista, además por sentimientos de hostilidad hacia los rivales que han sido preferidos, y por un monto mayor o menor de autocrítica que quiere hacer responsable al Yo propio de la pérdida del amor.

Estos celos, son nacidos de relaciones actuales, proporcionados a las circunstancias afectivas y dominados sin residuo por el Yo consciente, en efecto arraigan en lo profundo, retoman las más tempranas mociones a la afectividad infantil y brotan del complejo de Edipo o del complejo de los hermanos del primer período sexual.

Los celos del segundo estrato son proyectados, provienen tanto en el hombre como en la mujer de la propia infidelidad, practicada de hecho o de impulsiones a la infidelidad que ha caído bajo la represión. Los celos nacidos de una proyección tienen un carácter casi delirante, sin embargo no ofrecen resistencia al trabajo analítico, donde se descubren las fantasías inconscientes de la infidelidad propia.

En los celos del tercer estrato, se encuentran los delirantes en sentido estricto, también provienen de anhelos de infidelidad reprimidos, pero los objetos de tales fantasías son del mismo sexo, así, estos celos delirantes corresponden a una homosexualidad, y con derecho reclaman ser situados entre las formas clásicas de la paranoia. Frente a un caso de delirio de celos, habrá que estar preparado para hallar celos de los tres estratos, nunca del tercero solamente. Se puede inferir que también la hostilidad que el perseguido encuentra en otros, es el reflejo especular de los propios sentimientos hostiles hacia esos otros. En el caso del paranoico precisamente de la persona más amada del mismo sexo deviene el perseguidor, esta inversión del efecto proviene del sentimiento de ambivalencia, presente de continuo, que proporciona la base para el odio, y lo refuerza el incumplimiento de los requerimientos de amor.

Freud (1922) en “Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad” menciona diversos factores que contribuyen hacia la orientación homosexual, un aspecto importante de ésta, es la fijación intensa del hombre joven en la madre, en la pubertad se emprende una vuelta, se identifica el mismo con la madre y se pone a la búsqueda de objetos de amor en los que pueda reencontrarse para amarlos como la madre lo amó a él.

Así, en este resultado, se observa en primer lugar la fijación que el joven tiene con la madre, esto dificulta el pasaje al otro objeto femenino diferente al materno, la identificación con ella es un desenlace con éste vínculo de objeto y al mismo tiempo permite permanecer fiel en cierto sentido a ese primer objeto, como

resultado se da la inclinación a la elección narcisista de objeto, que en general es más accesible y de ejecución más fácil que el giro hacia el otro sexo.

Tras este factor se oculta otro de fuerza muy especial o que quizá coincide con él: la alta estima por el órgano viril y la incapacidad de renunciar a su presencia en el objeto de amor. El menosprecio que presenta el hombre por la mujer, la repugnancia y aún el horror hacia ella, habitualmente derivan del descubrimiento temprano de que la mujer no posee pene. Más tarde como poderoso motivo para la elección homosexual de objeto, en cortesía hacia el padre o la angustia frente a él renuncia a la mujer, esto tiene el significado de hacerse a un lado en la competencia con él. Estos dos últimos motivos, pueden imputarse al complejo de castración.

“El vínculo con la madre, el narcisismo, y la angustia de castración son factores que se han descubierto hasta el presente en la etiología psíquica de la homosexualidad y a ellos se sumaban todavía la influencia de la seducción, culpable de una fijación prematura de la libido, así como la del factor orgánico, que favorece la adopción de un papel pasivo en la vida amorosa” (Freud, S. 2006).

Aquí están presentes al comienzo mociones hostiles y de celos que no pueden alcanzar la satisfacción y los sentimientos de identificación tiernos así como los sociales, se engendran como formaciones reactivas contra los impulsos de agresión reprimidos. De esta manera el hijo no se queda sin su objeto de amor, no pasa por la pérdida, y la madre por medio del hijo obtiene el pene o poder masculino y mediante la fusión madre- hijo, tienen un poder que se refleja en la dinámica familiar.

El núcleo del conflicto en la paranoia es la invitación de la fantasía de deseo homosexual, Freud (1911 [1910]) en “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia”, explica:

El delirio de persecución proclamado en voz alta: “yo no lo amo pues yo lo odio” en contradicción que en lo inconsciente no podría rezar de otro modo, no puede devenirle consiente al paranoico en esta forma. El mecanismo de la formación de la paranoia exige que la percepción interna, el sentimiento sea sustituida por una percepción de afuera. Así la frase “pues yo lo odio” se muda por proyección: “el me odia (me persigue lo cual justifica después para odiarlos, entonces el sentimiento inconsciente que aparece es como consecuente de una percepción exterior: “yo no lo amo, pues yo lo odio porque él me persigue” (Freud, S. 2006).

De esta manera el perseguidor no es otro que el ser amado.

Freud discutió con algunos prominentes analistas, en especial Ferenczi y Jung, sobre la estrecha relación que existía invariablemente entre la paranoia y homosexualidad latente, la mayoría de los primeros autores y algunos de los más recientes, piensan que la proyección de la homosexualidad latente es el factor más importante de ésta enfermedad. Ferenczi en 1911 (citado por Rosenfeld, H. 2000) llegó a sugerir que la paranoia pudiera ser simplemente una forma distorsionada de homosexualidad. Freud, expresa su opinión en el caso Schreber donde presenta la fórmula sobre la paranoia, en este caso el autor menciona sobre como los sentimientos intolerables conscientes de homosexualidad se tornan hostiles con propósitos defensivos y luego son proyectados, el autor menciona:

Al comienzo de la enfermedad, toda catexia de objeto es retirada de los objetos del entorno, produciéndose una regresión al narcisismo. En el proceso de restablecimiento, la libido es devuelta a las personas que había abandonado. En la paranoia, este proceso se lleva a cabo por la proyección (Freud, S. 2006).

La temprana fijación del paranoico ha sido destacada por diversos autores, entre ellos Abraham (1924) describió la fijación de la persona con paranoia mencionando que se da en la etapa sádico anal, Bychowski (1939) destacó la importancia de la fijación oral en la persona con paranoia, Holstijn (1933) demostró el elemento oral en el delirio de la persona con parafrénia en una gran cantidad de pacientes, sin embargo Klein desarrolló paulatinamente sus puntos de vista en lo que concierne a las fases tempranas del desarrollo infantil, mencionan que es en la posición esquizoparanoide a la que regresa el paranoico.

Klein en 1932 en “Psicoanálisis de niños” refiere que el paranoico se regresiona hasta la posición esquizo-paranoide, y que con frecuencia la homosexualidad se desarrolla como defensa a las ansiedades paranoides, lo que explica la frecuencia de la combinación de homosexualidad y paranoia. Rosenfeld coincide con Klein en cuanto al punto de fijación del paranoico y de la naturaleza secundaria y defensiva de la homosexualidad.

Así mismo Klein en (1932) En “adopción de la homosexualidad” demostró que la homosexualidad se desarrolla con frecuencia como defensa contra las ansiedades paranoides, donde el objeto malo representa los impulsos sádicos malos, la parte mala de la personalidad del paciente y por último un objeto interno sádico o destruido que puede mostrarse persecutorio; lo que explicaría la frecuencia de la combinación de paranoia y homosexualidad.

Al describir Klein los mecanismos de idealización como defensa contra las figuras persecutorias en el nivel homosexual, significa que “la atracción hacia el padre idealizado se ve incrementada para evitar el temor a que el padre se transforme en una figura enteramente mala, y por tanto un perseguidor” (Klein, M. 1987); el padre persecutorio no solamente es el objeto de amor frustrante sino también el padre rival en una situación edípica y posee además toda la agresividad y maldad, que es proyectada al objeto malo desde la temprana infancia. Bollmeier en 1938

(citado por Klein, M. 1988) llega a la conclusión de que el mecanismo paranoide es una proyección de hostilidad reprimida del paciente.

Así mismo Roheim en 1922 (citado por Rosenfeld, H. 2000) menciona que la fórmula de Freud debiera continuarse más allá:

“yo lo amo” significaría en realidad: “yo amo al padre”. Pero ésta sería una formación reactiva al estado original: “yo odio al padre”. En consecuencia, la homosexualidad en la estructura de la paranoia solo sería un factor secundario.

Rosenfeld menciona que si la paranoia se muestra en plenitud se rompe la defensa homosexual, y clínicamente puede presentarse una psicosis paranoide. Así mismo el autor menciona que la proyección de partes del self del homosexual en otro hombre causa la atracción narcisista.

1.4 MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Este manual contiene una clasificación de los trastornos mentales, la descripción de cada trastorno se basa en claras categorías diagnósticas, con el propósito de que los clínicos e investigadores en el área de las ciencias de la salud realicen diagnósticos de los distintos trastornos mentales.

De acuerdo a este manual la esquizofrenia se caracteriza por un abanico de disfunciones cognoscitivas, emocionales, donde se incluyen la percepción, pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención, es importante indicar que ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia.

Los síntomas positivos de la esquizofrenia reflejan un exceso o distorsión de funciones normales mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

1.4.1 Criterios diagnósticos para esquizofrenia

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p, ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

Criterios diagnósticos

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

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

- B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importante de 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 período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se a tratado con éxito) y puede incluir los períodos 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 esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco 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 de los períodos 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 d 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 realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

1.4.2 Esquizofrenia de 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, ni afectividad aplanada o inapropiada.

La característica principal de la esquizofrenia de tipo paranoide consiste en la presencia clara de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente la ideas son de persecución, grandeza o ambas, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática (p.ej. celos, religiosidad o somatización).

Las ideas delirantes pueden ser múltiples pero suelen estar organizadas en un tema coherente, también es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante.

Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar aire de superioridad y condescendencia, pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida y la combinación de las ideas delirantes de persecución y grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

1.5 ADOLESCENCIA

Etapa de transición del ser humano de la niñez a la adultez, donde las habilidades sociales, madurez en el proceso del pensamiento, así como la física son de vital importancia para enfrentar todos los sucesos que se presentarán en la vida adulta.

1.5.1 Normalidad en la adolescencia

Cuando llega la adolescencia de acuerdo con Paulna Kernberg, nuevas solicitudes de origen interno y externo ponen a prueba las transformaciones psíquicas realizadas anteriormente, señalar lo que es normal y lo patológico en esta etapa puede resultar complejo, ya que dentro de la normalidad del individuo son los constantes cambios en las diversas esferas de desarrollo como: lo físico, psicológico, emocional, cognitivo, sexual, etc. Por lo que no podría esperarse un equilibrio y estabilidad en la personalidad.

Algunas de las características de la adolescencia, es que hay una falta de estabilidad en las manifestaciones de su conducta social, puede existir polaridad en la personalidad y en cada una de sus manifestaciones conductuales puede percibirse una necesidad de dominio.

Los aspectos que toman importancia en la adolescencia son la diferencia sexual, caracteres orgánicos, medio económico, estilo de vida, tipo de localidad en la que reside, clase social, características raciales, entre otros.

En la adolescencia normal “se va logrando una solución satisfactoria de conflictos emocionales de etapas anteriores, se presentan condiciones necesarias para poder desarrollarse en un grupo social diferente a la familia, por lo que las habilidades sociales se están poniendo en práctica”. (Kernberg, P. 2000).

Existen imperativos de tipo biológico como es el crecimiento, la sexualidad encaminada a la reproducción, la madurez emocional, la adaptación social, la independencia familiar, la autosuficiencia económica, ocupación vocacional, adquisición de la identidad, y valores establecidos; proceso complejo, pero que una vez que se ha logrado, da como resultado una personalidad sólida y en condiciones favorables para en individuo su estado es irreversible.

La nueva meta impulsiva en la adolescencia es la capacidad de procrear, requiere para su satisfacción una serie de prerequisites que deben satisfacerse, paralelamente, en el mundo interno y en el ambiente.

Aberastury puntualiza que “las relaciones de objeto en el adolescente se modifican, por lo que en el mejor de los casos, se dará la separación progresiva con los padres, lo que generará el duelo por la pérdida de los padres de la infancia acompañado del duelo por el cuerpo de niño y la identidad infantil” (Aberastury, A. 1988). Al igual los padres pasarán por el duelo del hijo infantil y a adaptarse al cambio adolescente; entonces no solo incluirán a la familia, también estarán amigos, compañeros, jefes y el deseo de una pareja, por lo que las relaciones de objeto preadolescente terminan y en esta se vuelven genitales, el adolescente comenzará a buscar relaciones interpersonales que le permitan llegar a la genitalidad.

Los pensamientos, emociones, y acciones sexuales, se vuelven parte de lo más íntimo del adolescente porque son profundos, vergonzosos e inconscientes. Así tendrá que enfrentarse el individuo a los vaivenes sexuales, con nuevos objetivos y habilidades, sin dejar atrás las metas infantiles, que ahora ya hay posibilidad de sublimarlas y obtener su gratificación de manera más realista tanto con objetos originales como sustitutos o nuevos, aunque los últimos sean objeto de los originales.

Los adolescentes alrededor de los 15 años pueden presentar las siguientes características:

Vestir con extravagancias, siguiendo la moda del grupo social en el que se desenvuelve,

En esta edad comienzan a mostrar un avance notorio en su madurez tanto cognitiva como emocional.

Sus estados anímicos comienzan a tener mayor importancia por lo que tienden a reflexionar sobre ellos.

La catexia que existía sobre la familia se desplaza por la necesidad de independencia, este desplazamiento se hará hacia grupos externos, uno será hacia los pares y por otro lado buscará personas a quienes puede amar y admirar fuera del núcleo familiar, lo que los llevará al conflicto interno de entre apego y desprendimiento.

Los vínculos con los demás comienzan a ser más profundos y verdaderos, los conflictos entre hermanos disminuyen ya que hay mejor control de emociones, les gusta ser sociables, por ello buscarán estar en mayor contacto con los pares, no solo por medio de la tecnología, buscará pasar más tiempo junto a sus amigos.

La falta de interés en los objetos primarios promoverá que el superyó disminuya su eficacia, el yo pierda el control en lo intelectual y afectivo, y el ello buscará satisfacer su necesidad de socializar. El ideal del yo se fortalece por las características narcisistas propias del adolescente.

Respecto a la sexualidad, puede pasar por un periodo bisexual, lo que le puede angustiar e incluso negar.

Se promueve la identificación con el progenitor del mismo sexo, lo que ayuda a la identificación psicosexual. La información errónea, distorsionada o una vivencia sexual traumática pueden causar daños psicológicos, emocionales y sexuales que pueden interferir en la experiencia sana sexual del adolescente.

Los afectos en los jóvenes se encuentran polarizados por lo que su estado de ánimo es muy lábil, por lo que ellos mismos pueden sufrir por sus extremos cambios de estado ánimo.

1.5.2 Psicosis en la adolescencia

La adolescencia etapa de profundos cambios internos y externos, es también la edad de aparición de enfermedades psiquiátricas potencialmente crónicas, que al principio no suelen tener las características clínicas que más tarde las hacen reconocibles.

Alrededor de los 17 años de edad comienzan a observarse los fenómenos esquizofrénicos, en esta etapa la persona debe resolver tareas tales como independizarse de la familia, empezar a definir un plan de vida, conformar la identidad del yo y lograr la capacidad para la intimidad, las cuales ocupan a todos los adolescentes pero se vuelve casi imposible para chico esquizofrénico, quien además tiene conflictos intrapsíquicos e intrafamiliares que entorpecen su desarrollo, (González, J. 2001).

El autor menciona que existen tres dimensiones centrales que caracterizan el reajuste intrapsíquico que se opera en la adolescencia:

1. La dimensión corporal: la angustia ligada a la transformación corporal, puede llegar hasta la angustia de fragmentación, del no reconocimiento del sí mismo.
2. El problema de la identidad: puede haber sensaciones de vaguedad, cuestionarse su identidad, la invasión por el cambio que está ocurriendo en ellos puede dar lugar a una sensación desestructurante de inferioridad, lo que se vuelve un colapso en la autoestima y el vacío lo colma con delirios megalomaniacos.
3. Equilibrio entre la importancia narcisista y el interés por los objetos: en éste aspecto el repliegue narcisista normal puede alcanzar grados exagerados que llevan al adolescente a la ruptura con la realidad, por lo que se presenta una disminución en la capacidad cognitiva, atención, memoria, lenguaje, inteligencia y conducta motora, dicha disminución puede ser progresiva.

Estas tres dimensiones forman parte de todo proceso psicótico, en el adolescente esquizofrénico está trastocada la confianza en el otro, los objetos, las cosas y el mundo mismo.

Desde el punto de vista estructural el conflicto en las psicosis es a causa de que el yo se ve invadido por una ansiedad que le impide realizar sus funciones con eficiencia y conforme a la realidad externa como interna, esta ansiedad de la que se defiende el yo es muy elevada, es una ansiedad que teme a destruir sus objetos amorosos, la regresión del psicótico es profunda, el superyó es punitivo, se torna demandante y castigador y el ello se manifiesta por medio de las alucinaciones auditivas donde se da la descarga impulsiva, las tres instancias psíquicas se manifiestan en niveles muy arcaicos, por lo que el psicótico rompe con la realidad para evitar lastimar a sus objetos con su agresión.

Una gran parte de las psicosis en la adolescencia se sientan sobre estructuras potencialmente esquizofrénicas.

Los adolescentes con esquizofrenia experimentan ansiedad repentina, violenta, presentándose bajo la forma de una emoción pavorosa. Un factor de riesgo es el suicidio, ya que para la persona que padece psicosis, ésta puede ser una solución rápida y desesperada a la tensión y confusión interna.

Por su parte Kernberg, P. (2000) menciona que la identidad del joven con psicosis presenta una dispersión y una pérdida del yo. La representación del sí mismo y el objeto esta fusionada, de tal manera que no existen límites entre el sí mismo y el objeto.

Los mecanismos defensivos primitivos que se presentan en un individuo que está enfocado en solidificar su identidad se presentan como estrategias complejas de afrontamiento a las angustias psicóticas, mientras el individuo está en crecimiento y la normalidad es la socialización y la paulatina independización, la esquizofrenia a la par frena en estas características lo que lo llevan a una confusión y frustración.

La prueba de realidad se pone en juego, es la pérdida de la capacidad de juicio que no sólo está a merced de las experiencias alucinatorias y delirantes, sino que tampoco puede mantenerse separado de los demás y no logra distinguir los objetos animados de los inanimados.

En la aparición de la psicosis en la adolescencia es importante analizar la orientación sexual, ya que la homosexualidad del adolescente en situaciones donde está desarrollándose una psicosis puede manifestarse por los cambios de los investimentos y contra-investimientos libidinosos que colocan al yo en posición de fragilidad siguiendo su anterior organización el adolescente.

Pasar al acto homosexual tan solo viene a testimoniar una cierta forma de utilización de la sexualidad para colmar fallo narcisista, para re-encontrar una identificación primaria.

Los conflictos graves con la identidad pueden ser la señal de una disociación esquizofrénica, una manifestación de la evolución de una psicosis infantil o de una desarmonía grave en la evolución.

El adolescente puede temer pasar al acto homosexual porque siente que se vuelve de otro sexo, estas inquietudes surgirán en el campo de las psicosis y pueden presentarse como ideas delirantes de transformaciones corporales menciona (Fabienne Castagnet, citado por Lebovici, S. 1995).

Es importante revisar en las familias de estos adolescentes como se ha vivido la sexualidad, ya que en ocasiones la bisexualidad u homosexualidad en los padres puede estar escondida, y el adolescente viene a devolverles una imagen de sí mismos en la que no se reconocen, (Diatkine, R. citada por Lebovici, S. 1995).

1.6 SUICIDIO

En la obra de Durkheim, “el suicidio” en 1897 fue uno de los primeros intentos de estudiar este fenómeno con una base científica desde el campo sociológico, utilizando estadísticas con diferentes variables, desde categorías sociales como: sexo, edad, religión, meses del año, valores sociales, guerras, crisis económicas, etc.

Menciona que si el ser humano es un ser social, en consecuencia, su factor primordial es la sociedad donde se desarrolla la que va a ser o a tener primacía en la conducta suicida.

El autor llama suicidio a: “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Durkheim, Émile. 2006).

Otro factor importante en la conducta suicida es la familia, considerada como el lugar donde más hechos violentos se generan, en ella es donde existe un elevado índice de agresiones y delitos, puesto que entre víctima y victimario existen situaciones de grave vulnerabilidad e indefensión. El niño y el adolescente no pueden percibir el peligro de la agresión y en caso de hacerlo debido a la dependencia a la familia y su edad no siempre logran defenderse.

El suicidio de menores debe ser más observado, puesto que por las características de éstos, el acto se realiza ante presiones recibidas de los padres que, al integrar el grupo familiar, lo hacen vulnerable ante el verdadero autor del delito; “es evidente que el impacto y el estrés que representa la agresión en la persona de la víctima son muy difíciles de establecer”, (Marchiori, H. 2000)

Bernan y Jobes (1995) (citados por Berengueras 2009) consideran que los adolescentes suicidas tienen relaciones familiares pobres, notables carencias afectivas y una visión más negativa de sus padres, por otro lado algunos padres de estos niños y adolescentes tienen actitudes de resentimiento, hostilidad y rechazo hacia los niños.

Las fantasías siempre van en grado progresivo, estos gritos de auxilio deben saber traducirse, la forma de impedir el suicidio no sólo es impedir el momento en el que lo planea, sino trabajar con la psicopatología del sujeto para que adquiera consciencia de la vida y habilidades para enfrentar los conflictos.

Hay conductas que presentan los individuos con ideación suicida, que consisten en cambios notorios en el carácter, con tendencia a la retracción, pérdida de interés e irritabilidad.

La persona más propensa al suicidio es retraída, introvertida y aislacionista y tienen rasgos de tipo obsesivo y una conciencia de moral rígida.

Es importante conocer los aspectos psicopatológicos de la tentativa suicida para abordar la conducta de autoeliminación, tales como: “la huida, el duelo, el castigo, el crimen, la venganza, el chantaje, el sacrificio, paso a un estado superior, el juego, y el rasgo psicótico que surge en el momento del intento suicida” (Ajurriaguerra, J. 1986). En este acto afloran los mecanismos de defensa más arcaicos como la escisión y una pérdida temporal de la prueba de realidad.

Shneidman (1971) citado por Berengueras (2009) plantea que hay dos factores psicológicos que identifican el suicidio:

1. Dolor psíquico: se encuentra la desesperanza, enojo, desesperación, etc. La persona no soporta el umbral del dolor, existe un sufrimiento, no hay planes a futuro definidos, ni conciencia de poner fin a la vida como solución del dolor.
2. El suicidio como solución de la situación: se planea la destrucción, es una idea recurrente, obsesiva y no percibe otra alternativa.

Otro factor que es relevante al estudiar el suicidio es en relación a la homosexualidad, estudios han reflejado que los jóvenes con orientación homosexual presentan mayor tendencia al intento de suicidio. Según los datos encontrados, se menciona que, “Los jóvenes homosexuales tienen una probabilidad dos veces mayor de intentar suicidarse, comparados con sus coetáneos heterosexuales” (Rusell y Joyner, 2001). Estos jóvenes pueden llegar a ser víctimas de sus compañeros de escuela o de vecindario por cuestiones relacionadas con su sexualidad.

De acuerdo a Kolb, L. en 1985 menciona que una parte preocupante en la psiquiatría en relación al suicidio y la conducta homosexual, es la generación de conflictos que se dan entre el impulso sexual, los ideales yoicos del individuo y su superyó, que originan angustia, depresión y culpa, lo cual no siempre es superable y acaban ante la intolerancia de la situación en el acto suicida.

Por su parte Kaplan en 1991 (citado por Berengueras, M. 2009) señala en relación a la orientación homosexual que los sentimientos negativos de la homosexualidad pueden ser intolerantes y entre ellos están la soledad, vergüenza, ansiedad y depresión en grados diversos.

El DSM-IV-TR (2002) considera que muchos individuos con trastorno de identidad sexual acaban socialmente aislados; el aislamiento y el ostracismo conducen a una baja autoestima y pueden contribuir a sentir aversión por la escuela y abandonarla. El rechazo y las burlas de los compañeros producen secuelas que persisten en los niños y adolescentes con este trastorno, a menudo estos jóvenes muestran rasgos y patrones de expresión femeninos acusados.

Por otra parte los trastornos mentales graves también representan un riesgo en el tema del suicidio, en los pacientes con trastornos esquizofrénicos se menciona que hay un mayor riesgo si hay alucinaciones auditivas que ordenan el acto suicida o si hay ideas delirantes paranoides de contenido persecutorio; el DSM-IV-TR menciona que aproximadamente el 10% de los sujetos con esquizofrenia se suicidan.

Externamente se pueden dar muchas explicaciones pues la observación de los sujetos con ideación suicida o suicidas, tienen explicaciones irrefutables, sin embargo dejamos de lado lo más importante del individuo, donde realmente se resuelven o se magnifican los conflictos, dígame su parte interna, es el síntoma de una alteración dinámica de la personalidad que, al verse minimizada, recurre al suicidio como fórmula fallida de resolución de conflictos que parecen insolubles.

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado al hombre a lo largo de su historia, dentro del marco psicoanalítico, el suicidio constituye un acto en el que se dirige una agresión hacia un ser que pertenece al mundo interno del sujeto, y está a su vez relacionado con una falla de una importante función yoica.

Las relaciones objetales y los procesos de internalización e identificación proyectiva, los cuales son complementarios y desde el principio de la vida posnatal están funcionando, se consideran de suma importancia en las conductas posteriores del sujeto.

El suicida es una persona que sufre de recriminaciones de un fantasma intransigente y despiadado que lo hace sentir culpable, carente de valor e indigno de una vida feliz. La muerte se presenta entonces como la alternativa única de solución a ese profundo y permanente sufrimiento, que además, por ser incomunicable, propicia también sentimientos de odio, soberbia y deseo de descanso, como manifestaciones de regresiones sádicas (Berengueras, M. 2009).

Klein en 1946 en “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides” estudia la relación entre el suicidio y su relación con el mecanismo de defensa de la identificación proyectiva, mecanismo que da respuestas a muchos de los procesos de relaciones objetales, éste, se da en procesos agresivos de la relación objetal, en la que se trata de insertar las partes malas del yo para controlar al objeto. El suicidio para Klein significa atacarse a sí mismo para protegerse de sus propios objetos malos, pero aquí los proyecta y quiere destruir al verdadero objeto persecutorio, el objeto real externo, el cual deseó su muerte y para protegerse quiere destruirlo. Si bien en la posición depresiva se trata de reparar al objeto, en la posición esquizoparanoide se trata de destruir al objeto perseguidor para evitar la angustia persecutoria, y la idea suicida se presenta ante el querer destruir los objetos malos internalizados, los cuales no pude soportar.

En estos casos no se da la introyección de un pecho bueno que estructura al yo, sino al contrario, ante esa falta de estructuración, el yo tiende a desintegrarse

utilizando mecanismos que lo mantienen desestructurado empezando por la escisión, mecanismo que ayudará a evitar la ansiedad. “El odio que se da a sí mismo, es decir hacia su yo, lo dirige contra la madre y establece así una importante relación agresiva con el objeto, empezando entonces la identificación proyectiva, lo cual generará más sentimientos de persecución. Él se odia a sí mismo así se lo hizo también sentir el objeto y sus partes odiadas son también las que proyecta sobre éste, el cual a su vez le proyecta a él” (Klein, M. 1988).

Los sentimientos maternos en él, no le permitieron generar una buena integración del yo, ni tampoco unas buenas relaciones de objetos, el deseo de muerte del objeto hacia el hijo, junto con los propios deseos agresivos hacia el objeto, es lo que no permitió en la etapa depresiva un restablecimiento de éste. El que proyecta vuelca sobre él toda agresión inconsciente contenida, el placer sádico impera, si la persona que recibe la proyección presenta predominantemente mecanismos de defensa primitivos en el funcionamiento psíquico, es importante observar cómo puede un sujeto tener la capacidad de llevar a otro al suicidio, a quitarle a este ser humano la vida.

Para Freud 1917 (citado por Berengueras 2009) define el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado por el inconsciente, estando presente la agresión y la hostilidad contra sí mismo, y que el sujeto lo actuaba ante la imposibilidad de exteriorizarlo.

Por su parte Farberow y Shneidman (1961) citado por Berengueras (2009) consideran que la melancolía es parte del suicidio, ya que en ambos aparecen la culpa, el deseo de ser castigados, regresión, y represión de los instintos e introyección, así como, aspectos aislamiento y hostilidad.

Menninger, K. en 1972 explica como el concibe los componentes del suicidio:

1. Deseo de matar.
2. Deseo de ser matado.
3. Deseo de morir.

Es una escapatoria de un situación insostenible y el deseo es matar a los objetos introyectados con su propia muerte, pareciendo más fácil matar indirectamente a la víctima, ya que el objeto al que se desea atacar puede ser percibido como alguien más poderoso que el atacante, otra respuesta es el miedo a las consecuencias, como sería el pago a la justicia y por último al cargo de conciencia, es decir, la culpa. El suicida es un reflejo de las tendencias destructivas del sujeto sobre sí mismo, pero el yo del individuo es tratado como un objeto externo, así, en el suicidio es como si la víctima y el victimario fuesen una sola persona. Estos mismos sujetos son ambivalentes en sus vínculos, pues conscientemente las relaciones son positivas e inconscientemente son altamente hostiles.

Ángel Garma en 1973 (citado por Berengueras (2009) explica que el nacimiento del suicidio inicia con la autoagresión y se da a causa de no poder exteriorizar la agresión, al no poder expresarla al medio, esto hace que la agresión la lleve contra su yo. Señala que en todo acto suicida hay una implicación psicótica por una pérdida del contacto con la realidad al no percibir otra más que la que él se ha creado, no hay salida en esa realidad.

El autor manifiesta que el llamado triunfo del maniaco no se produce por cesación del dominio del superyó, sino que, al revés, tal triunfo tiene como contenido fundamental el haber encontrado un tipo de comportamiento que, bajo la apariencia de proporcionar liberación al yo del superyó y dar satisfacción de instintos vitales, lleva al individuo engañosamente a entregarse masoquísticamente a la destructividad tanática, impulsado por su superyó. Como todo triunfo maniaco, las fantasías maníacas regresivas, aparentemente tan llenas de satisfacciones, esconden persecuciones superyoicas intensas, con prohibiciones y destrucciones genitales, así el resultado es un erotismo no satisfecho y castigado.

Así, en el triunfo maniaco consiste no en el cese del dominio del superyó, sino al revés, el sometimiento alegre del yo a un superyó cruel que le impone sufrimientos y que el exige renuncia de instintos y objetos libidinosos.

Entonces el suicidio no es pues, un homicidio contra sí mismo, sino que éste es llevado a cabo contra el objeto internalizado que se ha tornado persecutorio y que amenaza con abandono y privación de cariño. Así el suicida lo que busca es desaparecer de la vida tal como lo hizo su objeto libidinal, entonces lo que hace el sujeto es buscar al objeto libidinal y se topa con la imposibilidad de recuperarlo, se identifica con éste objeto perdido y ante la pérdida del objeto con el cual esta fusionado pierde él también la vida.

CAPITULO 2 METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación

El presente proyecto de investigación es un estudio de caso donde el proceso terapéutico se realiza con psicoterapia psicoanalítica y se utiliza un enfoque de tipo cualitativo.

La intención de la investigación cualitativa es reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido, proporciona diferentes alternativas al investigador para tener un conocimiento más profundo de una situación o problema concreto (Grinnell, 1997. Citado por Hernández, S. 2004)).

Por otra parte Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994) Describen las siguientes características de la investigación cualitativa:

1. La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible.
2. En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.

4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Para la perspectiva fenomenológica y por lo tanto para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimenta.

5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobrentendido. Todo es un tema de investigación.

6. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.

7. Los métodos cualitativos son humanistas. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad. Aprendemos sobre conceptos tales como belleza, dolor, fe, sufrimiento, frustración y amor, cuya esencia se pierde en otros enfoques investigativo.

8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.

9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para ser estudiado.

10. La investigación cualitativa es un arte. Los métodos cualitativos no han sido tan refinados y estandarizados como otros enfoques investigativos.

Para la realización del proceso terapéutico se utilizó el método psicoanalítico, que se deriva del psicoanálisis, en el cual, la característica principal es el estudio a profundidad de casos individuales, por medio de éste proceso psicoterapéutico se puede explorar y comprender el aparato psíquico y su funcionamiento. En esta psicoterapia se analiza detallada y minuciosamente el examen mental y los síntomas del padecimiento, donde éstos últimos pueden tener su origen en la infancia.

La técnica psicoanalítica es un instrumento articulado que permite la investigación exhaustiva de los fenómenos inconscientes del paciente, pero privilegiando los del analista o terapeuta, que conduce a un sentimiento de mutualidad en la relación terapéutica, (Sandler, 1988), citado por Velasco, Félix (2011).

2.2 Por el tipo de muestra

Es un estudio de caso, donde se realiza a profundidad un caso individual desde el método psicoanalítico.

2.3 Por el método de intervención

2.3.1 Clínica psicoanalítica orientada al trabajo con la psicosis.

Se utilizó el método psicoanalítico fundamentado en las aportaciones teóricas y técnicas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bión y Hebert Rosenfeld. Las contribuciones hechas por Freud en la teoría psicoanalítica están dirigidas para el tratamiento de los pacientes neuróticos, sin embargo deja bases importantes para el conocimiento de las psicosis, entre sus aportaciones fundamentales para este tema son “La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis” y “Neurosis y psicosis”.

Melanie Klein por su parte comenzó a trabajar con niños, lo que la llevó detectar y a trabajar con fenómenos psíquicos que hasta el momento habían sido ignorados, dirige su trabajo psicoanalítico a la primera infancia donde introduce la noción de posición esquizo-paranoide y posición depresiva, en la primera, establece que es donde se encuentra la fijación de los estados psicóticos. Por otra parte se encuentran las contribuciones de Wilfred Bion, éstas están relacionadas al estudio de las psicosis, su trabajo radica en analizar la génesis, naturaleza y perturbación del pensamiento en relación a la personalidad psicótica. Otro autor que realiza importantes contribuciones al trabajo con los pacientes psicóticos es Hebert Rosenfeld, una de las aportaciones más relevantes es la importancia de la situación transferencial con el paciente esquizofrénico y la confusión que presentan este tipo de pacientes, donde observa que el individuo realiza la proyección de aspectos de sí mismo entre ellos los impulsos sádicos hacia el analista, lo que lo lleva a sentirse perseguido y vacío internamente. Al trabajar dichos autores con la temprana infancia hacen observaciones de sobre la paranoia, la homosexualidad y el mecanismo de defensa de identificación proyectiva, factores pueden que pueden dar lugar a la ideación suicida.

2.3.2 Características del método psicoanalítico

La psicoterapia psicoanalítica es una técnica que proviene de la teoría y técnica del psicoanálisis.

Freud dijo muchas veces que “el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica” (Etchegoyen, H. 2005). Queriendo señalar que por una condición especial, intrínseca a esta disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, porque a medida de que uno se conoce a sí mismo puede modificar la personalidad, esto es, curarse.

Este método clínico se fundamenta en trabajar con aspectos de la historia del sujeto que en la actualidad causan conflicto debido a la no resolución de conflictos de experiencias anteriores.

Durante el tratamiento un factor importante es la actitud terapéutica, la relación terapeuta – paciente es de vital importancia, ya que por medio de la relación continente- contenido, el terapeuta recibe las angustias y miedos del paciente para metabolizarlos y regresarlos de una manera más tolerable, en este caso son aquellas sensaciones de desintegración y aniquilación que se han quedado fijadas en el individuo. De esta manera el terapeuta se encarga de dar un nuevo significado a aquellas experiencias que han resultado frustrantes facilitando una evolución en la psique del paciente, para esto fue importante la empatía, el contacto afectivo, la paciencia y la contención.

La neutralidad del terapeuta es un componente fundamental en el psicoanálisis, ya que por medio de este se evita emitir juicios de valor ante el discurso emitido por el paciente, así como impedir que el paciente detecte reacciones contratransferenciales que puedan perjudicar el proceso terapéutico.

Para lograr lo anterior se hace uso del setting analítico, es decir, el espacio físico que se ofrece al paciente con el fin de contenerlo y hacer posible la alianza y regresión terapéutica.

Las técnicas utilizadas, fueron primordialmente para lograr el contacto y adaptación con la realidad, para este caso fueron: La interpretación de los sueños que facilita el acceso a aspectos infantiles e inconscientes del paciente.

Para Freud en 1900 en “La interpretación de los sueños” menciona que la interpretación “Es una intervención verbal de carácter hipotético dirigida a producir un cambio dinámico a través del insight y tiene las características de ser veraz, desinteresada, pertinente y referida al receptor” (Freud, S. 2006)

Otros instrumentos utilizados para informar al paciente son: La información como tal que se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer, son datos de la realidad pero no del paciente mismo; otro instrumento es el esclarecimiento en este caso no le falta conocimiento al paciente pero hay algo que no percibe claramente de sí mismo y finalmente la interpretación que es información que le pertenece al paciente pero él no tiene conocimiento, la interpretación al paciente le permite hacer consciente lo inconsciente(lo resistido – olvidado) y al hacer insight puede apreciar lo que estaba reprimido, (Etchegoyen, H. 2005) . De acuerdo a esto último se hacen interpretaciones a la fantasía inconsciente, fantasía pregenital y al material que causa angustia.

Así mismo se utilizó la confrontación para hacer evidente ante el paciente dos cosas que se contraponen entre sí o un sentimiento con otro y ponen en un dilema al individuo, esto con la intención de que el resultado que surge de la confrontación se enlace con un contenido inconsciente, (Etchegoyen, H. 2005).

De igual manera de hicieron intervenciones por medio de la recapitulación, donde se ayuda al paciente a hacer un resumen de los puntos más importantes de la sesión y de la terapia con la finalidad de estimular la capacidad de síntesis, esto también puede ayudar a que el paciente comience a construir otra realidad, por lo tanto otro objeto.

Se trabaja la entrevista a profundidad para la recolección de datos, comprensión la conducta del paciente así como el análisis de su discurso.

2.4 Supuestos

1. La frustración intensa en el lactante origina una perturbación entre los vínculos del yo y el mundo exterior que genera una desconexión con la realidad.
2. La sensación de aniquilación intensa da lugar a la fragmentación del yo, y sienta las bases de la despersonalización y disociación esquizofrénica.
3. La predisposición innata adversa, ataque a la matriz del pensamiento y el medio hostil son factores que favorecen el predominio de la personalidad psicótica.
4. La incapacidad de reverie de la madre, impide el desarrollo mental, lo que da lugar a una falla en la estructuración yoica.
5. En la crisis psicótica, la imagen corporal se distorsiona y desintegra debido a la perturbación en la relación con el sí mismo y la realidad.
6. Las conductas esquizofrénicas son elementos que expulsa la psique para disminuir las ansiedades abrumadoras del sujeto.
7. En el acto suicida hay una implicación psicótica, no se percibe otra realidad, sólo la que el sujeto se ha creado.
8. La perturbación en la relación continente – contenido de la diada madre-hijo y un ambiente poco contenedor dan lugar a la incapacidad de confrontación con el mundo exterior

2.5 El problema de la investigación

¿Es posible a través de la relación continente-contenido lograr una transformación favorecedora en las instancias psíquicas en un paciente con esquizofrenia paranoide e intento suicida?

2.6 Objetivos de la investigación

2.6.1 Objetivo General

Identificar si la relación continente – contenido en el tratamiento psicoanalítico logra una evolución en el re- establecimiento en las relaciones objetales y la relación con el mundo exterior en un paciente adolescente con esquizofrenia paranoide e intento suicida.

2.6.2 Particulares

- Determinar si la psicoterapia psicoanalítica permite una transformación benéfica en las instancias psíquicas y una organización defensiva funcional en un paciente con esquizofrenia paranoide e intento suicida.
- Analizar la identificación proyectiva en la diada madre – hijo y su repercusión en la esquizofrenia e intento suicida en el paciente.
- Identificar si la psicoterapia psicoanalítica logra una mayor flexibilidad en el funcionamiento superyoico en un paciente con esquizofrenia paranoide e intento suicida.
- Identificar si la psicoterapia psicoanalítica puede modificar la angustia de aniquilación a una ansiedad menos amenazante en un paciente con esquizofrenia paranoide e intento suicida.

2.7 Ejes temáticos

Eje I: Esquizofrenia paranoide.

Eje II: Relación continente-contenido.

Eje III: Psicosis en la adolescencia.

Eje IV: Suicidio.

2.8 Población

Es un adolescente residente de Morelia de 17 años de edad, diagnosticado con esquizofrenia paranoide, quien ha presentado intento suicida.

Con la intención de mantener la confidencialidad se cambiaron los datos del paciente y la familia.

2.9 Tipo de alcance: descriptivo

Se busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, donde se utilice la recolección de datos a cerca de diversos conceptos, aspectos y dimensiones.

3 PRESENTACION DEL CASO

3.1 Historia Clínica

I.- Ficha de Identificación:

Nombre. Daniel

Edad. 17 años

Fecha de nacimiento. Agosto de 1988

Sexo. Masculino

Estado civil. Soltero

Ocupación. Estudiante

Escolaridad. Preparatoria al inicio del tratamiento, universidad al final del tratamiento.

Lugar de nacimiento. México D.F.

Lugar de residencia. Morelia

Religión. Católica

Fecha de la entrevista. Julio 2005

Fuente y fidelidad de la información. El paciente y los padres

II.- Motivo de Consulta.

Manifiesto: Decide asistir por que hace unos días tuvo un intento suicida y a él no le gusta ir con el psiquiatra por lo que pide a su mamá asistir nuevamente a terapia y la madre y el padre aceptan; presenta miedo a morir de VIH porque sus papás constantemente le amenazan que los chicos homosexuales lo tienen y su miedo se relaciona a que su primera relación sexual la tuvo a los 13 años con un hombre 20 años mayor que él y después de algunos encuentros no lo volvió a ver.

“Me he sentido mal, intente suicidarme, porque siento que no debo vivir, que sin mí, mis papás no estarían tan preocupados, ellos sufren mucho por lo que me pasa, ¿porque no soy normal?, soy homosexual, estoy gordo, feo, doy asco, siento que si alguien se ríe se está riendo de mí, y me molesta, siento que todos se dan cuenta de que soy homosexual, en la escuela lo saben y me dicen joto, marica y ya ningún hombre se me acerca, porque me tenía que pasar a mí, tiene un tiempo que escucho voces al principio sólo oía voces reírse después me decían mi nombre ahora me dicen que me mate”.

Latente: El paciente presentó intento suicida, inadaptación a su orientación sexual, síntomas psicóticos como alucinaciones auditivas y visuales y sensación de que se ríen de él y que todos saben que es homosexual; al presentar características de este tipo se puede deducir que las relaciones de objeto que existen son de tipo simbióticas y ambivalentes, la madre presenta preocupación por el hijo y por otro lado lo amenaza de enfermedad incurable. Al parecer hay situaciones sexuales en la familia que están ocasionando problemas serios y no se pueden hablar, posiblemente el evento psicótico se esté desencadenando por el estrés de la homosexualidad y la separación – individuación que debería comenzar con la madre por la propia adolescencia.

III.- Padecimiento o Problema Actual e historia de enfermedad.

El tema principal es la autoagresión, la homosexualidad y el odio al padre y a todos lo que no están ligados en parentesco familiar a la madre, así como la autodevaluación.

El paciente menciona que no recuerda la cercanía del padre, refiere no sentirse querido por él, de ésta manera la imago paterna resultaba para el paciente al inicio del tratamiento alguien que no conocía, lejano, sin sentimientos positivos y profundos hacia él, el sentimiento intenso que sentía era el enojo.

Así mismo ha manifestado sentir orientación homosexual desde los 5 años cuando sus compañeritos del kínder le gustaban, sin embargo esto nunca se lo platicó a nadie, el chico que más le gustaba era un compañero, refiere que nunca tuvo ningún acercamiento de tipo sexual con ninguna persona durante la infancia, posteriormente con el avance del proceso psicoterapéutico recuerda que la madre se masturbaba delante de él desde pequeño pero no recuerda la edad que él tenía y no sabía lo que la madre hacía hasta que en la adolescencia (aprox. a los 12 años) les explicaron en la escuela la sexualidad entendió que pasaba.

A los 14 años comenzó a sentir que las paredes de los cuartos eran transparentes y en la noche personas lo observaban desde afuera, por lo que nunca se desvestía en su cuarto, se iba al de los papás.

Posteriormente se presentó con mayor intensidad la sintomatología psicótica, empezó a escuchar voces de una mujer que le hablaba por su nombre, le decía que no servía para nada y en pocas ocasiones le decía que se matara y se reía, a la par de esto surgió el miedo de que le sucediera una abducción, veía demonios algunos con cuerpo de hombre pero la mayoría con el cuerpo de mujer y sombras femeninas que lo observaban en su cuarto esperando para devorarlo y tenerlo en pedazos en el estómago, cuando él pensaba sobre esto, se imaginaba a los demonios frotándose la sangre en la cara, lo que hacía que no durmiera las horas necesarias y al parecer esto genera que se exacerbara su ansiedad. Al preguntarle si cuestionaba la existencia de los demonios y los extraterrestres menciona que si hay un Dios hay un demonio, y que no podemos ser el único planeta donde haya vida, y que es sabido que los extraterrestres vienen por humanos con características extraordinarias para estudiarlos. Presentó ideas delirantes de embarazo. Devaluación hacia los demás que se manifestaba prepotencia hacia las personas de bajos recursos económicos y obesos.

Llegó a tener dos crisis donde se encerraba en su recamara, creía que fuera de la casa estaban esperándolo los extraterrestres para llevárselo, pedía no ser

tocado, lloraba desesperado, se laceraba los brazos y se arrancaba el cabello hasta que los padres entraban, llamaban al doctor para que asistiera a la casa del paciente y lo sedaban, el psiquiatra pidió hospitalización pero ellos nunca lo permitieron, motivo por el cual el primer psiquiatra decide no atenderlo y tienen que llevarlo con otro.

El posible evento desencadenante es el estrés que ha sufrido a causa de reconocer su homosexualidad y la necesidad ambivalente de la cercanía simbiótica y la inquietud de comenzar con la separación – individuación de la madre para acercarse a sus amigos , sin embargo la madre le dice que no será fácil que él pueda salir de casa con amigos y hacerlo constantemente, porque eso se volvería un libertinaje, a esto se agrega el deseo de comenzar a cortejar una pareja y vivir rechazo por su orientación sexual, menciona que desde que reconoció su homosexualidad siente necrosada una parte de él, lo que ha desencadenado tristeza, ideación suicida porque decía que si no va a poder ser feliz para que vivir y en ocasiones se laceraba los brazos y la entre pierna con un exacto, así como, darse latigazos en el cuerpo, la idea suicida se encontraba escindida o es porque no vale la pena vivir si no va a ser feliz y la otra para tener la imagen de mártir y ocasionar un castigo a los demás.

También presenta distorsión de la imagen corporal, se describe así mismo como gordo, asqueroso porque se ve celulítico, con un abdomen muy abultado y feo.

Sufre rechazo de algunos de sus compañeros por su orientación sexual y esto hace que sufra en la escuela y como consecuencia ha tenido bajo rendimiento escolar y no quiere asistir a la escuela.

Asistió al psiquiatra, le receto antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y medicamento para la gastritis, al paciente no le gustaba ir al psiquiatra ya que no sólo lo medicaba sino que también le daba terapia, en las sesiones el paciente refiere que el doctor le mencionaba que era un marrano por ser homosexual y el

paciente se hacia el dormido en la sesión porque no quería estar ahí y el doctor le interpreto que se hacia el dormido para que el psiquiatra abusara de él, lo que hace Daniel se asuste, el psiquiatra citó a los padres sin comentarle nada al paciente y les dejó ver sin aclarar la situación que su hijo es homosexual y le propusieron al doctor terapias aversivas para la homosexualidad (como electroshock con imágenes aversivas hacia la homosexualidad, baños de hielo, etc.) cuando el paciente se da cuenta de esto no quiere regresar a consulta.

En su familia hay antecedentes de pensamiento mágico, brujería y homosexualidad.

Tiene apego a la religión y la percepción sobre ella también esta escindida, en ocasiones es por fallarle a Dios que se daña al sentir culpa y en ocasiones sus creencias son lo que lo detiene a dañarse, sin embargo el resultado final de ambas situaciones es el autorechazo que proyecta a la iglesia o me voy a condenar y evita autolastimarse o lastimo a Dios con mis conductas; mejor me daño porque soy lo peor.

La lectura de pensamiento al finalizar la preparatoria empeoró y se mantuvo hasta el primer año de universidad, sintiendo que sus compañeros le robaban el conocimiento y así comprobaban si era homosexual, por lo que analizaba sus conductas para saber quiénes eran los compañeros que le representaban mayor amenaza y cuidarse más de ellos, y también les tenía miedo por lo que no podía platicar con ellos, este pensamiento variaba de intensidad.

El paciente era muy sensible a las críticas o agresiones externas y sus conductas homosexuales disminuían cuando empeoraba la paranoia.

Padre del paciente: Tiene 44 años, contador. Él no está muy de acuerdo en la enfermedad diagnosticada en su hijo, los primeros años de vida del niño él padre estuvo fuera de la ciudad por trabajo y no convivía con la familia.

Tío menor: Se suicida en la adolescencia, no toleraba a su madre y tenía depresión.

Antecedentes familiares maternos: residen en el Distrito Federal, el paciente se lleva mejor con esta familia.

El abuelo: mencionan que era un hombre de carácter fuerte y muy exigente, abusó sexualmente de las hijas.

La abuela: El paciente refiere que era buena persona con él, lo consentía mucho, mientras vivieron en el Distrito Federal la madre y él se la pasaban en la casa de la abuela.

Madre del paciente. 42 años, contadora, en la empresa conoce a su esposo, trabajó 5 años y cuando iba a nacer el paciente se salió de trabajar, ha sido ama de casa desde ese momento. Abusada sexualmente por el padre, padece un trastorno depresivo es atendida por el mismo psiquiatra que el paciente, en ocasiones practica la lectura de manos, cartas, etc. Al igual que su hermana.

Tío: Casado 38 años, en la adolescencia padeció alucinaciones, el psiquiatra lo diagnóstico con trastorno límite con características depresivas.

Tía menor: 35 años, casada su esposo es abogado, tiene buena relación con el paciente, abusada sexualmente por su padre.

Hermano del paciente.

Varón: de 12 años su relación con el paciente es cordial pero prefiere mantenerse alejado de su hermano, le tiene muchos celos por que le quito la atención de mamá. La madre refiere en una consulta que éste es el hijo completamente opuesto al paciente, “es muy hombre”, por estas características le permiten hacer lo quiera.

V.- Datos Evolutivos.

Datos referidos por la madre:

Desarrollo temprano: Durante el parto la madre en el primer trimestre tuvo amenaza de aborto y refiere la madre que la pusieron en reposo absoluto un mes. Nacimiento eutócico, en un hospital del Distrito Federal, fue un niño sano, fue un niño planeado.

Primera infancia. Docilidad extrema, pocas veces desobedecía, apegado a la madre. Jugaba poco, en el kínder casi no jugaba, era solitario. Un poco tímido. Se puso celoso cuando nació su hermano. Cambian de residencia a la ciudad de Querétaro y al año a la ciudad de Morelia.

Niñez. Mismos datos que en el punto anterior, excepto el cambio de residencia.

VI.- Adolescencia. Era sociable se fue retrayendo a causa de que se burlan de su homosexualidad y los síntomas psicóticos, comenzó con desconfianza hacia los demás. Comenzó el enojo hacia los padres. Físicamente en el inicio de la terapia era un joven que no había cambiado, tenía un cuerpo muy delgado lo que a él le generaba mucho enojo, pues veía a sus compañeros más desarrollados y anchos

en cuanto a estructura muscular, por lo que comenzó a realizar mucho ejercicio para lograr adquirir musculatura.

VII.- Área Escolar.

Preescolar: ingresa a los 4 años en escuela católica, era muy amable, ordenado, tímido y obediente, consentido de las maestras por que no daba lata.

Primaria: ingresa a los 6 años, misma escuela, era muy amable, ordenado, tímido y obediente, consentido de las maestras por que no daba lata, promedio de la primaria 10.

Datos referidos por la madre y el paciente.

Secundaria: ingresa a los 12 años, escuela católica pero hay cambio de institución, comienza a sentirse estresado por su homosexualidad tiene una novia para demostrarse que no era homosexual pero le daba asco besarla, comienza a bajar las calificaciones y por lo tanto a tener problemas con la madre. Su promedio escolar era de 9 y la madre decía que sus amigas se iban a reír de ella porque su hijo entonces no era tan bueno, presionado por la parte académica y miedo a que su madre no lo quisiera por ésto se empieza a deprimir, comienzan los síntomas psicóticos. Algo positivo para él en esta etapa era que tenía muchos amigos y otros que lo buscaban para copiarle sus trabajos hacían que estuviera rodeado de pares y se distraía. Inicia la ideación suicida a la par del rechazo familiar y de los compañeros, comienza la ideación de que sería estar mejor muerto a los 13 años, los padres no lo llevan al médico, cuando se siente muy mal comienza a cantar, tocar, guitarra o dibujar.

Preparatoria: 15 - 18 años, escuela privada, cambio de institución, se exagera la sintomatología psicótica: voces, miedo a la abducción, miedo a los demonios, paranoia, creían que todos hablaban de él y se reían, se mantiene la ideación

suicida e intento suicida. En esta etapa también mencionaba que él estaba embarazado, incluso se veía como con 6 o 7 meses de gestación y en ese tiempo llevaba la playera muy holgada para que nadie lo viera embarazado y le pedía a la madre que lo llevara a terapia para no subirse al transporte colectivo y lo vieran, cuando le pregunto en sesión en un momento delirante que quien era el padre y me dijo: ¿me vas a creer? Y a lo que le respondo que sí y me dijo que el padre de su hijo era su papá, esto se trabaja también trabajando la realidad biológica. Su rendimiento académico baja, promedio de 7 se lleva varios extraordinarios durante la preparatoria, tiene poco amigos, se burlaban de él por la homosexualidad y los compañeros que querían ayudarlo, desconfiaba de ellos. Ingresó a varios tipos de terapia.

Una manera de sacar sentimientos negativos es por medio de la música, el dibujo, a lo que la madre siempre lo critica o que no tiene buena voz o que dibuja feo, en cuanto a la guitarra nunca lo criticaba.

Profesional: Ingresó a contabilidad. Se exacerbaban los síntomas psicóticos como la lectura de pensamiento por lo que como parte del tratamiento es que asista a revisión al psiquiatra o no se le puede atender, los padres aceptan y vuelve a tomar medicamento, sin embargo, nuevamente lo abandona a los 4 meses, se trabajan los delirios sin medicamento.

La lectura de pensamiento: se sentaba a en una orilla y hasta la parte final del salón para evitar que sus compañeros le extrajeran su conocimiento en los exámenes, no supieran que es homosexual y no supieran quien le gustaba. La duración de estos síntomas es de aproximadamente 7 meses y comienzan a retirarse, en un inicio los compañeros lo buscaban para invitarlo a salir, pero él se negaba porque creían que lo querían secuestrar para sacarle el cerebro.

VIII.- Área Laboral. Los padres no permiten que trabaje.

IX.- Relaciones Interpersonales. Tiene habilidades sociales, es educado e inteligente, sin embargo él quería socializar en el ambiente gay pero no podía y en el ambiente heterosexual no se sentía completamente cómodo.

Los amigos con los que socializaba había vínculos muy estrechos e inseguros, es decir, era celoso, tenía miedo a que no estuvieran con él después, presentaba ansiedad de no tener amigos. La mayoría de los amigos con los que mejor se relacionaba refería que llegaban a tomar mucho, faltaban mucho a la escuela y reprobaban.

Otros amigos que no son aceptados por sus padres es por la posición económicamente baja, o que se les nota la orientación homosexual.

Cada vez que conocía a alguien se presentaba por su nombre y le decía soy homosexual, esperando el rechazo, por lo que se le pregunto si los demás le decían hola yo me llamo así y soy heterosexual y se carcajeaba y decía “que ridículo me oí”, poco a poco aprendió que eso es una parte íntima que no a todos les interesa conocer, y si la gente lo quiere es por su persona no por su orientación sexual.

En los dos últimos años de tratamiento mejoraron las relaciones interpersonales, principalmente con persona afines a sus creencias, gustos y orientación sexual, como consecuencia comienza a autoaceptarse pues al convivir con personas afines a él comienza a sentirse querido.

X.- Área Sexual.

Menciona que la pubertad la empezó como a los 10 años, no recuerda bien y tampoco recuerda que se haya emocionado por ello o causado conflicto los cambios físicos. Pero si se estresó por que empezaba a notar su homosexualidad y se sentía como una aberración y lloraba decía que por que le pasaba a él, que por que no podía ser normal.

A los 13 años tiene su primera relación sexual.

Cuando se logra la alianza terapéutica y comienza a hablar de su vida sexual, mencionó que también le llegaban a atraer sexualmente los ancianos pero sólo quedaba en fantasía sexual.

XI.- Vida en pareja.

Noviazgos. Tuvo una novia que le daba asco besarla, posteriormente tuvo cuatro novios con los cuales no duraba su pretexto: demasiado afeminados, les olía una parte del cuerpo, muy promiscuos, etc. Posteriormente conoció a otras personas pero no se convencía por su personalidad o diferencia de edades, pero ya existía un interés mayor por relacionarse con ellos y había desarrollado habilidades sociales con personas similares a su personalidad, esto lo llevaba a sentirse mejor consigo mismo.

Le costaba mucho trabajo tener pareja, las características que pedía era idealistas tales como guapo, amable, cariñoso, fuerte, caballeroso, atento, comprensivo, bondadoso, generoso, adinerado y con un bonito carro, pero sin que lo asfixiara con celos; y como él se comportaba con las otras parejas era contrario a lo que pedía, su comportamiento era celoso, manipulador, demandante no toleraba estar sin ellos cuando sabía que no estaban en clases, los insultaba y en ocasiones los humillaba.

La última relación cercana era más de amigos y se estaban conociendo teniendo en cuenta lo que ya se había trabajado; ¿para que quería una pareja?, ¿cómo le gustaría que fuera? y ¿qué estaba dispuesto a dar?, mencionando en una sesión, “nunca me había dado cuenta de cómo me comportaba con los demás, nunca me había interesado y ni había pensado en los demás de cómo se podían sentir ellos conmigo”.

Se le hace ver que cuando tiene pareja actuaba muy similar a la madre lo que hace que sea más consciente de sus conductas y las modifique para mejorar sus relaciones de pareja.

En la última fase de tratamiento tenía mucho a miedo a quedarse solo, por no poder encontrar pareja.

Constelación familiar.

El paciente con el padre en un inicio del tratamiento no se llevaba bien, estaba muy enojado porque decía que él nunca lo había cuidado, que nunca estaba para él, que su papá era como una sombra y así lo veía literal, mencionaba que cuando su papá lo abrazaba para él no había ninguna emoción.

Durante el tratamiento se trabajó con fotografías de su infancia y se da cuenta de que el papá estuvo más presente de lo que él creyó y se le pidió que tomara nota de anécdotas con el padre y por lo que se da cuenta de que fue un papá muy cariñoso, pero su madre le decía tu padre no nos quiere, siempre estamos solos, hay anécdotas donde el padre estudiaba su maestría con él en brazos dándole el biberón para que se durmiera, en la madrugada el papá lo atendía, se lo llevaba a jugar, y con esto se comienza a reconstruir la imago paterna en el paciente. El paciente tenía más la imagen de esposo que de padre por la influencia del discurso materno, así mismo por influencia de este discurso no toleraba a la

familia del papá, porque ellos no querían a la madre y la madre se enojaba con la familia política, así, el paciente compraba los conflictos de la madre, hasta que se hace un análisis de la familia paterna y realmente ellos nunca le había hecho nada al paciente, no lo rechazaban como él creía, el problema es que viven en otra ciudad y durante el tratamiento también comienza a llevarse mejor con ésta familia. Aunque al final del tratamiento mejora la relación interpersonal con la familia paterna, es decir, hay cortesía, a la abuela paterna no la tolera porque sigue intentando manipular al padre.

Con la madre en un inicio del tratamiento se llevaban muy bien, iban a todos lados juntos, la madre decía que nunca había sentido algo tan cercano como con su hijo (sobre su otro hijo) decía que el paciente era su hijo consentido aunque fuera homosexual y que por eso le dolía que no fuera normal.

La madre siempre tenía atenciones y cuidados con el hijo, siempre y cuando éste no quisiera realizar actividades que sacaran de su estado de confort a la madre, es decir, que no se alejara de ella, que no se acercara al padre, cuando él hacía los mínimos intentos de alejarse de la madre en busca de independencia de acuerdo a su edad la madre se enojaba y lo insultaba, le decía que era un bueno para nada, que no perdiera el tiempo en andar disque cantando que parecía que chillaba. Lo describe como chantajista, débil e inmaduro, en ocasiones cuando Daniel se sentía triste la madre se reía de él, le decía que parecía niña. Uno de sus deseos es que su hijo se arrepienta de ser homosexual y cambie de parecer. El paciente menciona que él sin su madre se desmoronaría.

Daniel describía a la madre como “lo máximo” y que le debía la vida porque ella lo había parido con dolor y por eso admiraba a la mujer porque ella puede hacer hijos, excitar a un hombre y su feminidad. Sin embargo conforme fue avanzando el tratamiento el paciente fue individuándose de su madre y volviéndose más independiente, es decir, podía discutir con su madre sobre lo que él quería, le gustaba, no aceptaba, entre otras cosas la madre comenzó a enojarse y a decir

que no fuera a terapia que no le servía de nada, y aunque una vez interrumpe el tratamiento por comentarios que le hace su mamá, la misma madre le pide que vuelva a iniciar la terapia, ya que la madre en una ocasión pensó que su hijo se había suicidado, así mismo los intentos suicidas fueron con pastillas y la madre le dejaba la medicina para que él solo tomara el medicamento controlado.

Los padres le pedían que no dijera en casa que es homosexual para evitar críticas y que su hermano se avergonzara de él.

La dinámica familiar era el paciente siempre cerca de la madre y cuando la madre quería estar con el esposo el hijo salía sobrando y él se ponía celoso de papá, el paciente mencionaba “cuando yo trabaje me llevare a mi mamá a mi casa para que deje de sufrir al lado de mi papá” y cuando se comenzó a analizar en sesión poco a poco y se da cuenta de que su madre no quería separarse de su papá, él se enojó y comenzó a observar la dinámica de su madre lo que permitió pasarlo al holón fraternal y dejar a los padres en su lugar, y que aunque no estuviera muy de acuerdo le iba dando el lugar al papá. En esta dinámica realmente el otro hijo no tenía lugar importante. Al final del tratamiento el padre con los hijos hacen una alianza y la madre comienza a enojarse con ellos, se le pide ir a terapia familiar o de pareja a lo que la madre no accede, ya que la madre constantemente anula y devalúa al padre, el padre compró un carro para cada uno de los dos hijos y una camioneta del año para la madre, pero como el padre trabaja mucho, la madre está furiosa y dice que la engaña.

La madre es muy ansiosa y si uno de los hijos no hacía las cosas como la madre quería se ponía a gritar y los regañaba. En los últimos meses de la terapia del paciente la relación entre la madre y el hijo ya era más distante, pues el hijo ya no se dejaba absorber tanto por su madre ni cargaba con la angustia de la mamá, al parecer esta dinámica la aprendieron él hermano y el padre y cada quien hacía su vida y aunque la madre somatizaba y decía que se sentía mal la atendían pero ya no manipulaba por medio de la enfermedad lo que al parecer hizo que la madre

comenzara sentirse triste y constantemente lloraba , la llevaron con un psiquiatra para que la atendiera.

XII.- Farmacodependencia. (Adicciones o Hábitos.) No se presenta.

XIII.- Comportamiento Antisocial. No se presenta.

XIV.- Examen Mental.

1.- PRESENTACIÓN:

El paciente se encuentra consciente, llega a sesión puntual, su arreglo personal es un poco desaliñado desfajado, con el pants arrastrando y roto, se presenta de manera muy educada, un tanto reservado, me da la impresión de que es desconfiado, pero colabora, el contenido de la primera sesión es fuerte y muy abierto lo que lleva a la conclusión que hay trastorno psiquiatrico y estructura yoica débil.

2.- CONDUCTA MOTORA:

Sus movimientos tienden a ser lentos, pero sin problemas motores, cuando presentaba pensamientos de abducción y delirios de lectura de pensamiento hacia muecas y se balanceaba, su mirada era muy fija y parecía mostrar enojo.

3.- ESTADO COGNITIVO:

Atención: Generalmente era buena, cuando tenía angustia y crisis psicóticas en ocasiones la perdía por momentos breves.

Concentración y vigilancia: En ocasiones se encontraba desconcentrado o se concentraba en la hipervigilancia sobre los demás o lo que le podía pasar, estar en hiperalerta lo cansaba mucho.

Orientación: Siempre estuvo orientado en las tres esferas, sin embargo, el embarazo era algo que no podía percibir como imposible desde su sexo.

Lenguaje: Había fluidez en su lenguaje, podía obedecer órdenes de complejidad, su lectura y escritura no presentan alteración.

Memoria: Actualmente se encuentra intacta.

4.- PENSAMIENTO:

Orientado a lo concreto.

Proceso: Durante las crisis psicóticas se presentaba incoherente.

Contenido: Alucinaciones de demonios, voces que se reían de él o le daban órdenes, delirios de robo y lectura de pensamiento y abducción, ideación e intentos suicida, porque creía que debía morir por su orientación sexual.

Introspección: Cuando se encontraba delirante no aceptaba realidades basadas en evidencia, con el trabajo terapéutico las iba comprendiendo, menciona que se movían las cosas en su casa y se encendían aparatos solos.

La percepción que tenía el paciente al inicio del tratamiento sobre sí mismo y su propio cuerpo es de un hombre obeso, feo, su cuerpo es merecedor de ser repudiado, menciona que no tiene corazón (no hay órgano dentro del cuerpo) y las personas tristes como él merecen estar en el otro lado (la muerte).

Cuando no presentaba los brotes psicóticos el paciente mantenía la capacidad de planificar, reflexionar y prever.

La asociación intelectual se veía afectada, ya que lograba hacer asociaciones pero matizadas de paranoia.

Su juicio se encontraba alterado realizaba conclusiones erróneas.

CAPACIDAD DE INSIGHT: Adecuada para el tratamiento psicoterapéutico.

5.- ESTADO DE ÁNIMO:

El paciente presenta baja autoestima y se infravaloraba, en un inicio del tratamiento constantemente mostraba aplanamiento afectivo, cuando las emociones se hacían notar las más frecuentes era el enojo y tristeza. Presentaba ansiedad, miedo pocas veces se le veía realmente contento.

3.2 Proceso terapéutico

Enfrentarse a la adolescencia, a una realidad donde era crecer, comenzar la independencia de su madre, encontrar un mundo de exigencias y sexuado era algo que él no podía comprender, para él eran cosas que no podía integrar, esto lo lleva querer mantenerse a salvo, se activa nuevamente el miedo al abandono, a la separación, su vida empieza a estar nuevamente llena objetos que le amenazan, esta realidad se vuelve intolerante al sentir que no tenía los recursos necesarios para crecer por que no se le había dotado de éstos (un aparato para pensar pensamientos, Bion, 1980), esto lo lleva a originar una realidad psicótica, se aparta de un mundo común y él realiza una regresión intensa, mentalmente crea una extensión de su vida infantil, la mantiene, esto aseguraba quedarse con un objeto parcial que lo mantenía con vida a costa de su salud mental, el pensamiento abstracto estaba intentando entrar en funcionamiento, pero esto le generaba conocer su situación (K), por lo que prefiere mantenerse concreto, infantil; sin poder comprender y sin querer conocer su realidad (-k) se regresa, deseaba terminar con su miedo y lo hace bajo un mandato de agresión al yo “suicidio”; aquí inicia nuestro viaje a su mundo interno... el tratamiento con Daniel.

Posición esquizoparanoide

Angustia primaria	Viñeta	Trabajo clínico
<p>Klein (1946), describe como en la fase esquizoparanoide surge la angustia de aniquilación del yo a consecuencia del instinto de muerte innato que opera en el mundo interno, donde se da cuenta el lactante que el objeto bueno no lo es completamente y comienza a desarrollar un serio temor por él y por su supervivencia, así, el yo siente que el peligro proviene del exterior, en su angustia predomina el temor a la aniquilación, separación del objeto y pérdida de amor del objeto.</p> <p>La madre es una mujer dominante, con deseos ambivalentes hacia su hijo, por una parte lo ama y anhela que este sano apoyándolo con la psicoterapia y con la medicación con el psiquiatra, pero por otro lado hay enojo por su orientación sexual que llega hasta fantasías de muerte hacia su hijo, mantiene cercanía extrema con él, cuando el hijo intenta tener conductas diferentes a las del mando materno, la madre</p>	<p>fase inicial del tratamiento:</p> <p>Sabes en la escuela me han molestado y cuando pasa eso quisiera morirme, sigo sin ganas de platicar con mis amigas, me han invitado a salir pero no he salido, he estado encerrado en casa, solo así me siento bien, estando con mi mamá.</p> <p>-¿Cuándo estas con tu mamá cómo te sientes? Bien, tranquilo, protegido, me abraza y siento que nada me pasa.</p> <p>-¿Qué pasa si no está tu mamá? A veces me siento bien estando solo, pero prefiero estar con ella, ella me dio la vida y es la única que me quiere sin pedirme nada a cambio, por eso prefiero no hacerla enojar si es lo único que tengo no quiero estar mal con ella.</p> <p>-A tu edad la mayoría de jóvenes les agrada estar con amigos más que con la mamá ¿No tienes ganas de salir con tus amigas? Bueno, en parte sí quiero salir con ellas, pero a mi mamá le molesta.</p> <p>-Si ya sé que a tu mamá le molesta ¿pero qué quieres tú? Si quiero salir pero me desanimo, porque ya sé que cuando llegue va a estar enojada, dice que no todos son mis amigos, que muchas veces es por pura conveniencia, o piensa que va a haber gays y dice que ellos no son buena compañía para mí, que yo soy de otra clase de gente, o que luego por eso le pasan cosas a los jóvenes como asaltos o algo, me dice que cual es la necesidad de andar de callejero, que si ando con un gay me va a pegar el VPH o el VIH.</p> <p>-¿Qué clase de gente eres tú según lo que dice tu mamá? Pues según ella superior, que hay clases sociales.</p> <p>-¿Tu qué piensas? Pues tal vez en parte tenga razón, no puedo estarme juntando con</p>	<p>Se hace señalamiento de las intenciones maternas y de la relación fusionada entre él y su madre, así mismo se señala la atención que mantiene hacia las necesidades maternas y como las desplaza hacia sí mismo convirtiéndose en intereses de ambos, estos señalamientos se realizan con la intención de que se vaya dando el proceso de individualización.</p> <p>Se trabaja con el vínculo simbiótico, se promueve que identifique sus propios deseos y pensamientos separándolos de los maternos.</p> <p>Se promueve el insight revisando que estar con mamá no es sinónimo de estar seguros de que nada pasará, así pueda ejercer su necesidad de individuación aun cuando la madre se enoje.</p> <p>Se fomenta que salga con</p>

<p>inmediatamente amenaza con enojarse y no cuidarlo.</p>	<p>todos y si ella me lo dice es por algo, mi mamá no me diría cosas por dañarme, es mi mamá.</p> <p>-¿Pero tú quieres salir y no lo haces porque a tu mamá le molesta? Si, estar enojado con ella es muy feo deja de hablarme días y me siento muy mal, me siento perro, a veces termino buscándola y le pido que me perdone, no soporto ver que empiece a consentir a mi hermano y a mí me anula, porque ni me ofrece de comer y si le hablo me ignora me siento perro, me deprimó, por eso es mejor no estar enojado con ella.</p> <p>-¿Cuál es tu sensación cuando ella está enojada contigo y deja de hablarte? Siento que me falta la respiración, como nervioso, me siento triste pero como si me fuera a pasar algo malo, como que el mundo se acaba, siento que yo solo no puedo salir adelante y estando bien con ella me siento tranquilo, protegido.</p> <p>fase media del tratamiento:</p> <p>Estoy hartó mis amigos me invitan a salir pero mi mamá luego, luego se enoja, en cuanto le pido permiso, pone su carota, se pone triste me empieza a decir que entonces ella ya va a empezar a salir sola porque si yo ya no voy a estar con ella entonces tiene que buscar a alguien más que le haga compañía, pero que yo también entonces busque quien me saque de mis problemas y quien me pague mis gastos, entonces que hago, luego el otro día que me dejaron ir a una fiesta fue porque mi papá le dijo que ya estaba creciendo, que podía ir de vez en cuando a una, total me fui y a las dos horas me llamo por teléfono y me dijo, ¿Qué ya estas a gusto, de seguro ya te pegaron un VIH o VPH?, en cuanto llegues te bañas. Y por eso ya no quiero salir, para evitar problemas. Te imaginas mi mamá me dice que tengo esas enfermedades, el VIH mata.</p> <p>-¿Y para evitar problemas con tu mamá, también vas a renunciar a tener amigos, la posibilidad de tener un buen trabajo, porque eso implica que tú le dediques tiempo al trabajo y salgas de casa, también renunciar a tener una pareja, a que más vas a renunciar?</p>	<p>amigos para que vaya teniendo confianza en sí mismo y disminuyendo la percepción de omnipotencia materna y debilidad propia.</p> <p>El punto de fijación es pregenital de tipo oral, por lo que la relación simbiótica y falta de individuación promueven conductas disfuncionales para su edad y esto genera también parte de la patología manifestada por el paciente.</p> <p>El paciente teme ser abandonado o rechazado por su madre, sin ella se siente desprotegido, culpable por el sufrimiento de ella y con la responsabilidad de hacerla sentir bien, Daniel piensa que si él realiza esto ella no necesita de nadie más y así recibirá de su madre protección,</p> <p>La madre ha fomentado una relación donde no ha permitido una individuación adecuada, la forma como ella le ha presentado el mundo ha sido</p>
---	--	---

	<p>No, no quiero, eso me enoja, porque mi mamá no ve lo que yo quiero, sólo ve lo que ella quiere.</p> <p>-¿Tu mamá tal vez no vea tus necesidades, pero tu si y lo grave es que por lo que veo estas renunciando a hacer algo por ti?</p> <p>No, quiero luchar por mis cosas, no importa que se enoje, ya no me importa tanto, sé que es bien chantajista, es una egoísta.</p> <p>-Creo que si, al parecer el egocentrismo de tu mamá hace que solo vea sus necesidades, pero tú la dejas, porque tu papá ya empieza a darte permisos.</p> <p>Ya no quiero, que se compre un perro si quiere a alguien con ella todo el día.</p> <p>-¿Cómo te sientes cuando tu mamá se enoja así contigo? Pues muy enojado, decepcionado a mis amigos no les hacen eso.</p> <p>-Ya sé que a tu mamá le angustia que tú no estés con ella, eso le pasa a la mayoría de las mamás cuando sus hijos empiezan a salir con sus amigos, ¿vamos a imaginar un poco qué pasaría si tu poco a poco empiezas a salir con amigos, que sucedería por no cumplirle a tu mamá estar con ella todo el día en casa?</p> <p>Pues ya vez ella dice que me puedo accidentar, o que me pueden pegar una infección.</p> <p>-Eso dice ella, ¿Y tú que piensas?, le puede pasar a cualquiera, hasta estando con su mamá, podemos cuidarnos para evitar en lo posible algún daño hacia nosotros, pero hasta donde yo sé estar pegados la mamá no es un antídoto comprobable de que no nos va a pasar nada.</p> <p>Jajajajaja, eso se oyó feo, pero es cierto.</p> <p>Hay algo que dice tu mamá que es muy cierto, hay que tener cuidado con las infecciones de transmisión sexual, pero eso no sólo le da a los chicos gay, cualquier persona la puede padecer y todos se tienen que cuidar.</p> <p>Eso sí, no solo los chicos gay tenemos eso, pero eso yo lo tengo claro, que me tengo que cuidar, y tampoco pretendo andar con todos los que se ponen enfrente como mi mamá piensa.</p> <p>-¿Crees que puedas salir adelante sin estar pegado a ella?</p>	<p>devaluando a los demás y dando a las personas características agresivas, por lo que el paciente se siente vulnerable y sólo al lado de la madre idealizada y omnipotente logra la fortaleza para enfrentar su mundo.</p> <p>En este proceso de individuación del paciente uno de los trabajos más importantes son la contención, ya que sólo de imaginar el retar a la madre para individualizarse le daba mucho miedo, por lo que el objetivo fue guiar al paciente para que manejara la situación en casa evitando que la madre se sintiera rechazada por el hijo y fuera acercándose al padre, esto con la finalidad de que en casa el padre fuera otro sostén del paciente y pudiera integrar al padre en su mundo psíquico y como consecuencia dejar de idealizar a la madre.</p> <p>Los celos aparecen cuando la madre le pone atención al hermano, no sabe relacionarse en una dinámica familiar donde existen los otros, busca</p>
--	--	---

	<p>Creo que sí, aquí en terapia he podido ver que si puedo estar sin ella, bueno aunque a ella no le gusta que venga dice que estoy peor.</p> <p>-¿Crees que tu mamá es lo suficientemente fuerte para poder sobrellevar que tu salgas con tus amigos? Siii, no le pasa nada es dramática nada más.</p> <p>Fase final del tratamiento.</p> <p>Pedí permiso para ir al cine, pero ya sabes a mi mamá no le agrada mucho pero ya me deja salir un poco más, a veces le dice a mi papá que salgan juntos y mi papá le dice que tiene que ir a trabajar y ella se molesta con mi papá, le dice que siempre la ha tenido sola, abandonada, que ya está harta de que ella siempre ha sido la sirvienta de la casa y a ella nadie le hace caso, a veces se pone a llorar en la casa y cuando regresamos y le preguntamos que tiene nos dice “como si les importara, primero me dejan sola y ahora ya que se fueron a divertir todos ya se ocupan de mí, me voy a divorciar y no los voy a volver a atender a ninguno para que vean lo que les hago falta” que le pasa, yo no sé qué vamos a hacer ya nos empieza a colmar el plato, ya hasta mi papá nos dijo que no le preguntemos que si quiere llorar que chille y siento feo, a veces me siento culpable por ella, pero como hemos platicado aquí, yo no me quiero quedar con ella toda la vida, una cosa es que estemos al pendiente de ella para que no le pase nada y otra que entremos en su juego.</p> <p>Poco a poco se observa como el paciente va logrando deshacerse de la sensación de angustia de separación, sin embargo por parte de la madre no dejan de existir maniobras para mantenerse fusionada a un miembro tratando de generar culpa o miedo.</p>	<p>ser sólo él para la madre, la percepción es: si la madre le pone atención a otro entonces no está para él, como la percepción del bebé, si la madre está cercana pero no lo abraza o lo sostiene el bebé no deja de llorar, es como si no estuviera.</p>
--	--	---

Fragmentación e instinto de muerte	Viñeta	Trabajo clínico
<p>El instinto predominante es el de muerte:</p> <p>La experiencia del yo que se fragmenta en pedazos es una manifestación del instinto de muerte, este instinto es la fuerza que desde el interior de la personalidad pugna por la destrucción del yo y puede manifestarse mediante el superyó severo.</p> <p>El paciente muestra fragmentación del yo, se presenta cuando siente que se derrumba o se desmorona si su madre se enoja o no está con él, es decir, una parte del yo que esta difusa con la madre se separaría del yo, esta es un parte del yo escindido y no solo pierde a la madre pierde una parte de él.</p>	<p>Inicio del tratamiento: Hablas de tus deseos de morir, ¿para ti que es la muerte? Un lugar donde nadie te molesta, ya nadie te puede hacer nada, eres como un fantasma que nadie puede tocarte y nadie puede verte, no pueden lastimarte, no importa quién eres, es más, en la muerte se paga lo que le hiciste a los demás. -¿Has pensado en el suicidio nuevamente? Sí. -¿Qué has pensado sobre él? Lo quiero volver a hacer, nadie sabe por lo que paso, soy una carga, mis papás no tendrían por qué pasar por esto, soy asqueroso. ¿Has pensado en cómo hacerlo? No todavía no, a veces me imagino mi entierro, personas llorando por mí y sintiéndose mal por lo que me dijeron, aparte la gente dice estar viva a que los órganos funcionen, pero yo a veces me siento muerto, helado, la piel tiesa, no hay nada para vivir, no valgo como persona soy un bulto, no tengo lugar en este mundo, este mundo es para personas perfectas y yo no lo soy. -¿Quién si es perfecto? Nadie. -¿Entonces porque dices que es un mundo para perfectos si no hay nadie perfecto? Mmm... no se -Veo que estas muy enojado porque te molestan los demás, ¿quisieras que no te vieran, que pagaran por lo que te hacen? Sí, ya estoy harto todos se sienten perfectos, como son heterosexuales se sienten con el derecho de criticar a todos, quieren que todos seamos heterosexuales pero yo no puedo serlo, por más que me exijan mi mamá y mi papá y todos. -¿Todos critican a todos?, háblame de ti no de los demás.</p>	<p>El yo se encuentra escindido, no puede ver algo positivo en él, se encuentra identificado con los aspectos de rechazo, enfermedad y muerte que le presentan en casa y la sociedad.</p> <p>Se interpreta como ésta identificación lo lleva a actuar el deseo de los otros.</p> <p>Se propicia a que hable como está él, que no hable de los demás, para quitar importancia a los otros, y trabajar con lo que él siente.</p> <p>Con la interpretación sobre las voces en su cabeza se señala que son un fragmento de su psique y están fabricadas por él mismo.</p> <p>En la fase media después de dos años en terapia, ya recitaba así mismo no quiero morir o no debo pensar en morir, ya no sólo era un pensamiento que reconocía,</p>

	<p>Bueno me critican. -¿Todos? Bueno no todos -¿Tú críticas? Sí, si lo hago, me parezco a ellos verdad. -Y no has pensado ¿por qué a los demás no les dan ganas de morir por lo que tú opinas de ellos? Es cierto que tonto, les doy mucha importancia, si me muero me gustaría ver como se arrepienten los demás de lo que me hicieron, para que aprendan lo que puede pasar. -Creo que si le das mucha importancia a los criticones, al grado de ofrecerles tu vida para que aprendan. No lo había visto así. -Me da la impresión de que tu estas de su lado, ellos te critican y te hacen sentir mal, y hay una parte de ti que los apoya rechazándote, lastimándote e intentando matarte. Es cierto, que tonto, no les voy a dar el gusto, no había pensado en eso, mi mamá me dice del SIDA y ellos me critican y yo también me molesto a mí mismo al grado de querer matarme, que tonto ¿no? -Claro que por lo que pasas es doloroso y fastidioso, pero también solo les pones atención a los que te agreden y entras en juego de querer agredirlos con tu muerte pero el único que pierde eres tú. Es que soy un tonto. -Otra vez agresión hacia ti. Uff!, (sonríe sarcásticamente) estoy acostumbrado a agredirme. -¿Cuándo escuchas voces te dicen que te mates te acuerdas? Sí. -¿Estas voces serán una voz, un eco de la atención que le pones al rechazo de las personas, a lo que tu mamá te dice sobre las enfermedades; y la voz que escuchas eres tú mismo para autoreprocharte y terminar con lo que sientes, cuando tienes alucinaciones te dicen que te mates y cuando no las tienes lo haces tú conscientemente, parece ser la misma persona?</p>	<p>sino que ahora intentaba manipularlo a no quiero morir.</p> <p>El pensamiento sobre su muerte se fue modificando, primero lo pensaba y lo intentaba, posteriormente era un pensamiento que venía a su cabeza pero sabía que no lo iba a intentar, posteriormente se decía a sí mismo no debo pensar en morir, hasta finalizar como no tener en cuenta la idea de muerte para solucionar sus problemas.</p> <p>Se trabaja con la parte no psicótica sobre la parte psicótica, para que comprenda que estos comportamientos son suyos, pero no reconocidos por que no los tolera y para poder expresarlos lo hace durante el funcionamiento de la parte psicótica de la personalidad.</p> <p>Estos fragmentos que no tolera enlazados con el instinto de muerte lo llevan a la destrucción del yo por lo que hay que contener el instinto de muerte.</p>
--	---	---

	<p>¿Por eso dicen que las voces no existen, que yo las hago? -Así, es. Cuando me dijiste eso de las voces sentí como si me quitaras algo, como vacío, triste, solo, pero creo que ahora entiendo por qué dicen eso. -¿Qué pasó, porque te sentiste vacío? Pensar que esa voz la hago yo me da pena, me asusta, pero lo que siento más feo es porque lo hago, porque estoy tan loco, no entiendo, como voy a hacer yo mismo algo que me asusta. -La voz que te dice que te mates son síntomas de la esquizofrenia que dice el psiquiatra, pero lo que te dice esa voz está relacionada con tu tristeza, el rechazo, el enojo, y entonces viene tu deseo de suicidio. No me había fijado, es que no entendía por qué aparecía esa voz. -¿Te das cuenta que esa voz eres tú mismo, ella representa una parte de ti, eso que te exiges a ti mismo de perfección y si no lo cumples te agredes? Ya entiendo un poco más, aunque me cuesta trabajo creer, pero checa lo que las voces me dicen con lo que pienso (empieza a llorar, cuando se tranquiliza se continua con la sesión) -¿Pero también hay una voz interna o una parte de ti que te hace venir y luchar por tu vida no crees? Si, también, creo que es más fuerte sino ya me hubiera matado. -Si es más fuerte, ¿me imagino que también es resistente a las críticas y exigencias de los demás y esta parte entiende que no todos somos iguales y no por eso unos menos valiosos que otros? Tal vez, nadie es perfecto.</p> <p>Viñeta: El otro día discutí con mi mamá, por lo de siempre, no le gustan mis amigos, ya sabes, los critica dicen que solo se quieren aprovechar de mí y que con esa clase de gentuza solo me voy a buscar un VIH o un VPH, no sé qué hacer siento que me asfixia, como si me vigilara todo el tiempo, luego pienso en matarme porque siento que no puedo</p>	<p>En la fase final, se trabaja con la prevención de recaída del paciente, se le hacen señalamientos sobre conductas que antes él realizaba y si le cuestionaba si debía volver a hacerlos, finalmente ya no se permite a sí mismo caer en la dinámica simbiótica con la madre.</p>
--	---	---

	<p>escapar.</p> <p>-O sea que le quieres cumplir su deseo, ella te ve con una enfermedad mortal y tú te matas. (Empieza a llorar) porque es así, soy su hijo, porque no me ayuda.</p> <p>-Tu papá si te está ayudando te está pagando la terapia, te deja salir, pero tu insistes en pensar como tu mamá, en tu autodestrucción, mi pregunta no es lo que piensa tu mamá, es ¿por qué no te cuidas y te quieres tú?</p> <p>No quiero morir, no quiero morir, no quiero morir (cierra sus ojos y se balanceaba mientras lo repetía).</p> <p>Fase final del tratamiento: (sin síntomas psicóticos). Sesión durante la prevención de recaída:</p> <p>Mi mamá está muy sola, prefiere encerrarse o salirse sola, no quiere pasar mucho tiempo con nosotros, dice que se siente abandonada pero no se deja cuidar, si estamos unidos en la familia, pero platicando con mi papá y mi hermano la vemos bien pero lejana, es rara, hemos comentado que es muy chantajista y en cuanto le hacemos caso no nos deja ni respirar y luego, luego nos dice cosas que nos duelen cuando está enojada, a mí me dice cuando intento abrazarla vete a hacer un examen no me vayas a pegar algo que tengan tus amiguitos.</p> <p>-¿Algo como qué?</p> <p>Ya sabes enfermedades como VIH.</p> <p>-No crees que le estás haciendo mucho caso a todos y deberías pasar más tiempo con tu mamá, ir a la escuela y el trabajo y regresar a casa con mamá (este comentario se hace para observar que reacción tiene hacia la conducta simbiótica que en ocasiones presenta).</p> <p>No, no creo, ya sé por dónde vas, mi mamá está cuidada, le ponemos atención, que ella me agrade es su bronca, yo voy a seguir con mis cosas si ella no quiere cambiar es su problema creo que los demás estamos más estables y ella no quiere ver que si cambia su actitud estaría mejor.</p> <p>-¿Ya no piensas en la muerte cuando ella te agrade? No, para nada,</p>	
--	--	--

	<p>siento feo y de repente me pongo triste, pero no voy a dejar que su actitud me enferme otra vez, solo yo sé lo que es estar enfermo y no quiero volver a estar así.</p> <p>-Que bien, pero también es importante entender a tu mamá, que no solo es cambio de actitud, tu sabes que el proceso de terapia fue largo, hay muchas cosas que ella vivió y la hicieron ser como es, como te había pasado a ti.</p> <p>Si tienes razón.</p>	
--	---	--

Mecanismos de defensa primitivos	Viñetas	Trabajo clínico
<p>Las operaciones defensivas del paciente pertenecen a la fase esquizoparanoide, éstos intervienen en el funcionamiento psíquico del paciente y repercuten en la conducta y el pensamiento, se puede observar la falta de integración del yo. Estos mecanismos se organizan para combatir angustias que derivan de la actividad del instinto de muerte.</p> <p>Introyección: El hijo introyecta que el padre es una persona a la cual se le puede anular, roles femeninos de pasividad y agresión hacia los demás; por otra parte se siente observado constantemente por la introyección de la vigilancia materna.</p> <p>Proyección: el paciente considera a las personas como objetos de los que hay que cuidarse, se siente agredido constantemente hasta de personas que no conoce como ejemplo su comportamiento en la calle cuando cree que los demás están conspirando contra él y burlándose por que los desconocidos saben que es</p>	<p>Fase inicial del tratamiento: No sirvo para nada, debería morir eso merezco, soy homosexual, gordo, esquizofrénico, quien quiere a alguien así, pobre de mi mamá, debe sufrir mucho cuando ve a su hijo hecho una porquería, te imaginas tu hijo en el psiquiátrico, uff! Que honor, que orgullo, un hijo loco.</p> <p>Merezco castigo por eso me pego con un látigo. -¿Por qué mereces castigo? Para recordarme lo asqueroso que soy. -¿Qué pasa por tu mente cuando decides golpearlo? Cuando me gusta alguien.</p> <p>-Dijiste en algún momento que te molestó mucho que tus papás le hayan pedido terapia aversiva al psiquiatra para ti para curarte de homosexualidad, pero tú mismo te la aplicas ¿Cómo es eso? Ups!, nuevamente complaciendo a los demás, que raro porque lo hago. -Parece como si una parte de ti te defendiera y otra te atacara pero no las puede juntar, actúan por separado.</p> <p>Viñeta: Cuando estoy muy triste me gusta dibujar, tocar la guitarra, cantar, es una manera de como controlo las ganas de matarme, me concentro y se me pasa, o cuando estoy triste, cuando estaba muy medicado no podía tocar a veces se me olvidaba la canción o me sentía lento y con mucho sueño por eso nada más dibujaba o cantaba. -Está muy bien, aparte lo haces de manera excelente. De hecho te traje un dibujo. -¡Qué bonito!, ¿Cuándo me lo hiciste? Antier, estaba en mi cuarto y me acordé de ti, y me puse a hacerlo, es que pensé que tú me has ayudado mucho y no sé por qué te dibuje así. -¡Ah! ¿Entonces soy yo?</p>	<p>En la fase inicial del tratamiento el yo se encuentra escindido, y él se encuentra identificado con los aspectos negativos de los padres llevando a cabo la autoagresión por una identificación con las fantasías agresivas de los padres.</p> <p>Se trabaja las imágenes de los padres que se encuentran escindidas, por lo tanto la madre se presenta idealizada negando aspectos negativos y el padre devaluado. Se interpreta la introyección del discurso materno sobre la imagen del padre y se confronta como será tener la imagen propia de su padre.</p> <p>La sublimación aparece cuando hay depresión y autorechazo por lo que el impulso lo canaliza hacia actividades artísticas como el dibujo, la música y el canto para evitar la conducta autodestructiva, esta actividad se promueve que la haga.</p>

<p>homosexual, sin darse cuenta que una parte de la agresión proviene de él.</p> <p>Escisión: se encuentra escindo el self y el objeto (bueno o malo) , en ocasiones se considera alguien importante, inteligente, nadie lo merece, los demás le dan asco por sus olores, condición socioeconómica baja o color de piel en estas fases tiende a mostrarse sarcástico y agresivo con el padre y hermano, en otras ocasiones se autonombra cerdo, sucio, por ser homosexual, se odia a sí mismo, menciona que debería morir y se "autoflagela" porque en esos momentos siente que todo se acaba y se desintegra a causa de sus pecados (orientación sexual) por ello se castiga para sanar su alma.</p> <p>La imago paterna es de un hombre lejano, egoísta, le molesta que su padre lo toque porque le da asco, sin embargo en los sueños es un hombre deseable sexualmente.</p> <p>Por otro lado está la imago materna, es un objeto virginal, dotada de todas las bondades, incapaz de hacer daño y que ha sufrido a causa</p>	<p>Sí. -¿Parece una mamá que ya va a dar a luz? Sí. -¿Tú cómo te sientes en terapia? Bien, a gusto, menos ansioso. -¿Te das cuenta de que tienes ocho meses en terapia conmigo, entonces es como un re-nacer, de mí? Oorale, no me di cuenta, qué onda, sí que estoy loco. -¿O sanando? ¡Ups! (tiene cara de asombro) se pone rojo, en esta fase comenzaba a dejar de hablar sobre el suicidio de manera insistente</p> <p>Fase media del tratamiento: Sabes cuál es uno de mis sueños, que un día mi mamá y yo vivamos solos, mi hermano quiere irse a estudiar fuera de Morelia quiere irse al D.F. irse con la familia que tenemos allá, entonces el no estaría con nosotros, y mi mamá dice que ya no aguanta a mi papá, que se quiere divorciar, así los dos estaríamos en paz, sin que nos fastidien, ella sufre mucho, nos atiende, no ejerce su carrera por dar su vida por nosotros, en cambio mi papá ni cuenta se da de lo que pasa en casa, no le importamos, solo viene a la casa a tragar y se regresa, y eso si viene, porque luego hay días que no viene a comer se la pasa en comidas de trabajo.</p> <p>-¿Eso es lo que tú piensas de tú papá? La verdad sí. -¿Me suenas como si una señora le reclamara a su esposo, así habla tu mamá de él? Jajajaja, soné bien doña, si así dice mi mamá (se sonroja). -Entonces ¿eso dice tu mamá o lo dices tú? Bueno los dos. -Otra vez aparece el mismo pensamiento en ti y tu mamá, es muy raro, ¿no será que uno piensa por los dos? Mmm, bueno, creo que sí, si eso es de mi mamá ella cada rato lo dice. -¿Entonces tus planes a futuro, son quedarte con mamá, dedicarte a</p>	<p>Se hace el esclarecimiento en el paciente de los roles familiares, a pesar de que habla del matrimonio de sus padres no sabe dónde colocarse, pues la madre siempre lo ha triangulado en el matrimonio, por lo que se aclara su rol de hijo y se le señala que en las decisiones de pareja él no debe intervenir, esto con el fin de dar estructura en la familia y por consecuencia estructura psíquica.</p> <p>Se interpreta que él me ve como su madre y me dibuja en un embarazo de estado avanzado.</p> <p>Con él dibujo se ve la transferencia positiva buscando darme un regalo como lo hace los niños a su madre o a su maestra.</p> <p>Se interpreta la autoflagelación como castigo por su orientación sexual, pero esta conducta es resultado de la identificación con el pensamiento materno, castigarlo por su orientación</p>
--	--	--

<p>del maltrato paterno y de la desdicha de estar casada con un hombre como su padre, sin embargo en ocasiones puede darse cuenta de la agresión materna, que generalmente la tiene negada.</p> <p>Al estar escindido se pueden negar pensamientos que lo obligan a conocer aspectos dolorosos familiares y propios, lo que lo llevarían a ver un mundo más integrado, pero amenazante, por lo que prefiere escindir y negar y así no conocer.</p> <p>Así Bion menciona que parte de la función de la escisión es atacar la vinculación de los pensamientos (1959).</p> <p>Idealización: la figura femenina esta idealizada y todo aquello que representa a la madre.</p> <p>Negación omnipotente: no puede detectar aspectos negativos de la madre.</p> <p>Identificación: Es la base de la existencia psicológica y del sentimiento de sí. El paciente en un inicio del tratamiento presenta una</p>	<p>ella en cuerpo y alma, mantenerla económicamente, no tener amigos y pareja, solos los dos casi como pareja?</p> <p>Hay no, como pareja no.</p> <p>-Escuchaste lo que me dijiste hace un rato, es tu sueño vivir solos con tu mamá, sin su otro hijo, y desbanca tu padre un señor que traga y se va, es su esposo.</p> <p>Uff! Se oyó feo.</p> <p>- Si tú planeas eso le estas quitando su esposo a tu mamá, y ¿te das cuenta de que te estas metiendo en una relación de pareja donde no te corresponde hacer planes?,</p> <p>No me había fijado, solo quería apoyar a mi mamá.</p> <p>-Y uno de los objetivos para cumplir tu plan es la destrucción de ese matrimonio, tu mamá habla del divorcio pero no lo hace, creo que solo se enoja y ya. ¿Sabes que tu papá tiene funciones en la relación que tú no debes hacer?</p> <p>Hay sí y guáchala me imagine otra cosa, no, no quiero, que se quede con él.</p> <p>-¿También te das cuenta que evalúas a tu papá como esposo y de manera muy negativa y no te corresponde?</p> <p>Es cierto, (se observa avergonzado).</p> <p>-¿Para qué te sirve hablar del rol del esposo y no del papá?</p> <p>No sé, es que hace sufrir a mi mamá.</p> <p>-Y ¿porque si es tan malo, tu mamá no lo deja, porque sigue saliendo con él a los eventos, en ocasiones los ves cariñosos tú lo has dicho?</p> <p>Si es cierto, que le pasa a mi mamá es rara.</p> <p>-¿Y si hablamos de papá que puede pasar?</p> <p>No sé (se queda callado) casi ni lo conozco, nunca convivo con él, se me hace difícil acercarme, a parte ni sé que de hablar, es raro vivimos juntos y yo creo que le saco platica más fácil al vecino que a él.</p> <p>-Será que no quieres conocer otras características que hay de tu papá por qué entonces vez que tu mamá te habla una de un hombre</p>	<p>sexual.</p> <p>Se señala la simbiosis cuando se aclara que uno piensa por los dos.</p> <p>Se interpreta la identificación con el agresor cuando se autflagela y cuando se ve a sí mismo asqueroso, se identifica con el castigo de los padres hacia su orientación sexual.</p> <p>En la fase media avanzada del tratamiento se señalan los pensamientos bloqueados para para no conocer al padre por miedo a perder a la madre.</p>
---	--	--

<p>intensa identificación con la madre, desde compartir conceptos sobre la sexualidad y el elitismo, hasta pensamientos de tipo mágico y religioso.</p> <p>Al finalizar el tratamiento y promoverse la cercanía con el padre comienza a tener mayor identificación con él, le agrada trabajar con su padre y aprender de él, esto le permite integrar aspectos positivos del padre y así mismo integraren mayor grado la psique y se promueve la separación con la madre.</p> <p>Identificación proyectiva: el enojo y deseo de muerte hacia la madre por rechazarlo, la pone en sí mismo y lo lleva al acto.</p> <p>OTRAS DEFENSAS:</p> <p>Identificación con el agresor: el paciente se identifica con aquellos aspectos de exigencia y rechazo que percibe de los padres hacia él, principalmente el de la madre y para bajar la angustia de no llenar expectativas o sentir que el enojo de la madre puede aniquilarlo, se identifica con ella la idealiza, se comporta como la madre desea y así niega la agresión hacia él, esto</p>	<p>diferente que te ha alejado de conocer y le fallas a la lealtad.</p> <p>Solo conozco una parte de mi papá, a parte como nunca está en casa realmente no tengo mucho tiempo de convivir con él y cuando esta mi mamá se va con él.</p> <p>-¿Entonces ella si te deja por él, que curioso, y claro que está bien que vaya con él es su esposo debe darle gusto estar en su compañía?</p> <p>Jaja si es cierto, que feo no lo había visto, bueno si lo había visto, pero no quería pensar en eso (se ríe pero con cierto enojo).</p> <p>-¿Qué pasa si te das cuenta de que hay un hombre bueno en tu padre, un hombre que nunca te ha abandonado?</p> <p>Me daría cuenta de que lo que dice mi mamá no todo es cierto y como dices que me habla de cómo piensa de él, pero no sé, la verdad a veces ni quiero pensar en eso porque viéndolo así tienes razón, como mi papá va a ser tan malo.</p> <p>-¿Entonces ya no existe la buena, buena y el malo, malo?</p> <p>Sí.</p> <p>-¿Te das cuenta que hay pensamientos en lo que no quieres pensar? Ves que tu mamá se va con él, te enojas y no quieres pensar en ello.</p> <p>Si, así es, no me gusta pensar en algunas cosas.</p> <p>-¿Te duele conocer más allá de lo que te han enseñado y te han dicho que así debes pensar?</p> <p>Si (su aspecto facial es muy serio)</p> <p>Viñeta:</p> <p>No tolero a mi papá, me da mucho coraje siempre obedece a mi mamá.</p> <p>-¿A quién se parece? Ya ni me digas, yo ya no hago todo lo que mi mamá quiere.</p> <p>-¿Ahora por qué estás enojado con él?</p> <p>Pues por eso mi mamá le dice rana y el brinca. No tiene que ver conmigo pero me choca ver que mi mamá lo manda bien feo, lo controla.</p> <p>-¿Y eso que tiene que ver contigo?</p>	
---	--	--

<p>puede observarse cuando la madre dice que piensa que su hijo está muriendo en el cuarto y ella no va mejor se espera al siguiente día para no ver a su hijo muerto.</p> <p>Esta es una defensa destinada a protegerse uno mismo contra la angustia que surge del enfrentamiento con una persona poderosa.</p> <p>Así es menos amenazante “yo quiero morir, que él otro desea mi muerte”.</p> <p>Vuelta contra sí mismo: la carga agresiva dirigida contra sus padres por el rechazo y desprotección que siente hacia él, la dirige contra sí mismo, así la aniquilación deseada por la madre hacia el hijo y del hijo hacia la madre queda actuada en el paciente por medio del intento suicida.</p> <p>Sublimación: el paciente por medio de la música y el dibujo logra canalizar su sexualidad, ya que parte de su disfunción personal tiene que ver con no poder aceptar su orientación sexual y sus deseos.</p>	<p>Pues que así es mi mamá y mi papá no lo puede ver. -¿Ese aspecto de tu papá lo tienes tú? Sí, somos iguales, bueno, yo ya no tanto, ¿cómo le hace mi mamá para manejarnos a todos y hacernos sentir mal? -¿Te enoja que tu papá no pueda con tu mamá? Me desespera mi mamá tiene más... valor que mi papá nomás le falta el bigote.</p> <p>Viñeta: Estoy conviviendo más con mi papá desde lo que hemos estado hablando, y que crees estuvimos platicando de mi niñez y mi papá se acuerda de muchas cosas: mi primera palabra, a qué edad camine, me cambiaba los pañales, el me daba el biberón en las noches (empieza a llorar) mi papá siempre me ha querido, y me ha aguantado lo que le he hecho, he sido un desgraciado con mi padre, todo lo que tengo es gracias a él, me ha cuidado y nos ha protegido sabes que me dijo que siempre había deseado que yo me acercara a él, pero que yo era muy agresivo con él y para evitar conflictos se alejaba, me abrazo y lloramos, y le dije nunca me sueltes papá y me dijo cuándo te he soltado hijo. -¿Qué sientes con lo que te dijo tu papá? Tristeza y mucha emoción al mismo tiempo, porque ahora me siento cerca de mi papá, me enojaba no poder estar con él.</p> <p>Fase final del tratamiento: Que crees, mi mamá ha estado muy enojada, me dijo que por qué tanta cercanía con mi papá, no supe que otra cosa contestar y le dije, porque nos quieres separados, no te da gusto de que la familia se una y me volteo a ver con unos ojotes y me dijo, la terapia te ha vuelto muy agresivo, y le dije hay mamá eres bien exagerada y que me dice bien enojada vete al demonio y le dije ¿tú también los ves? y le quiso dar risa pero se aguantó y se hizo la enojada y me salí, le platique a mi papá porque ya sé que cuando se enoje más conmigo le va a decir y mi papá me dijo no te preocupes hijo, déjala.</p>	
---	--	--

<p>Los mecanismos de defensas primitivos (o psicóticos), se organizan para combatir angustias que derivan de la actividad del instinto de muerte, Klein les otorgó un relieve especial, porque a su juicio caracterizaban las fases más tempranas del desarrollo, y ocupaban el período que se solía considerar la fase sin objetos del narcisismo primario. Los mecanismos de introyección y proyección son fundamentales para el desarrollo de un sentimiento de sí y de la personalidad, y en definitiva, de la composición misma del mundo interno.</p> <p>Por medio de éstos la función del juicio, tiene en lo esencial, dos decisiones que debe adoptar, atribuir o desatribuir una propiedad o una cosa, debe admitir o impugnar la existencia de una representación en la realidad, (Hinshelwood, R. 2004).</p>	<p>Y al rato que le empieza a chismear a mi papá lo que le dije y mi papá le dijo, ya deja de hablar mal de nosotros, preocúpate por que estemos bien, ya estoy harto de que solo vienes a hablarme mal de mis hijos y mi mamá que se sale bien enojada.</p> <p>Fíjate que desde que estamos mejor con mi papá, mi hermano también se ha unido más y cuando mi mamá está de buen humor nos llevamos bien, vamos todos, al fut, pero de repente a mi mamá no le agrada algo y empieza a enojarse a pelearse con nosotros, nos dice que somos unos desconsiderados con ella, que somos machistas y cómo ve que nosotros seguimos bien nos deja de hablar y cuando se le baja esta como si nada y nos hace de comer lo que nos gusta, es muy cansado, mi mamá cambia tan feo de estado de ánimo, no sé cómo la ha aguantado mi papá, pero bueno esa es bronca de ellos.</p>	
--	--	--

Psicosis

Estructura psicótica y alucinaciones.	Viñeta	Trabajo clínico
<p>Se manifiestan alteraciones en la percepción de la realidad por lo que la capacidad de ponerla a prueba se pierde.</p> <p>La prueba de realidad consiste en la capacidad de diferenciar el sí mismo del no-sí mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos y la capacidad para evaluar realísticamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de normas sociales ordinarias, (Kernberg, O. 1987).</p> <p>Las alucinaciones son sustitutos de percepciones, que se producen luego de la pérdida o menoscabo de la aptitud para la prueba y juicios objetivos de la realidad.</p>	<p>Las sesiones cuando se presentan los síntomas psicóticos se retoman después de una semana de medicamentos, se modifica la frecuencia de las sesiones a tres por semana. Al paciente le cuesta trabajo concentrarse en la conversación, tarda en contestar ya que se encuentra aletargado, somnoliento por que no puede dormir por las alucinaciones y el efecto del medicamento, me pregunta constantemente si le voy a creer.</p> <p>Desde hace un año, escucho voces me dan mucho miedo, a veces se van, no quiero dormir solo, mis papás no me creen me dicen que estoy nervioso, el psiquiatra dijo que es por la enfermedad pero no es cierto.</p> <p>-¿Cuándo escuchas estas voces, que pasa en ese momento?</p> <p>A veces me desespero me siento raro, mi cuerpo esta flojo y me encierro en mi cuarto, me desespera oírlos, ayer me estuve tirado en el piso y me arranque el cabello, llego mi mamá y me decía que yo podía controlar eso, ahorita el medicamento me ayuda, el psiquiatra habla mucho conmigo que para que yo entienda que eso no existe pero si existen, mi mamá dice que yo puedo superar solo esto, pero ahora el psiquiatra la regaña le dijo que lo mío no era sólo de medicamento.</p> <p>Comienzan a intensificarse los síntomas:</p> <p>No he dormido me siento mareado no puedo apagar la luz.</p> <p>-¿Qué pasa si las apagas?</p> <p>Si las apago se paran demonios junto a mi cama.</p> <p>-¿Para qué están estos demonios ahí?</p> <p>Me quieren matar, hacerme pedazos y devorarme, mis papás me dicen que eso no existe que no hay nada en el cuarto, pero yo los sigo viendo, pero no puedo decirle a la gente.</p> <p>-¿Por qué no puedes decirle a nadie más?</p> <p>No me creen y no pueden ayudar si me hacen algo.</p>	<p>En la primera viñeta se observa una incapacidad de evaluar la realidad y diferenciar las percepciones o creencias internas y la realidad objetiva.</p> <p>Se señala la angustia que le da estar en casa con dos figuras que percibe potencialmente amenazantes, lo que hace que aparezcan las ideas de persecución y daño y que dan forma a los síntomas psicóticos, por otra parte se le devuelve el poder que tiene para controlar donde aparecen o no.</p> <p>Se realiza la contención de su miedo a ser aniquilado o devorado, es decir, no se niega que el perciba las alucinaciones, al contrario se interpreta para que le sirve que las perciba, respetando lo que para él es su realidad y llevándolo a comprobar con la</p>

	<p>-¿Cómo son esos demonios? Grandotes, negros, ojos grandes, cuernos y cola grande, no me dejan de mirar (voltea a la puerta insistentemente). -¿Ves a alguien? No sólo cuida que no oiga nadie lo que digo, aquí no pueden entrar. -¿Por qué aquí no pueden entrar? Porque aquí mandas tú. -¿Dónde mando yo no entran? No. -¿Dónde mando yo quien más no manda? Mi mamá. -¿Yo soy más fuerte que mamá? Asienta con la cabeza que si -¿Y si oyen lo que hablamos que puede pasar? Me devoran y ya no podría venir -¿Se parecen a alguien esos demonios? Si se ríen parecidos a mi mamá, mi mamá tampoco entra aquí. -¿Conmigo estas protegido? Sí.</p> <p>Viñeta: El paciente se encuentra aletargado, en esa semana estuvo visitando al psiquiatra y hay modificación de dosis en el medicamento por un brote psicótico, el proceso de pensamiento es lento: Te acuerdas del día que me quise matar, no sé si de verdad me quise matar o alguien me durmió con gas. -¿Quién te pudo dormir con gas? Como... un extraterrestre. -¿Para qué lo harían? Para llevarme a algún lugar y por eso me veo así -¿Cómo te ves? (Su cuerpo esta encogido, abrazándose a sí mismo, trae una sudadera que le queda grande y oscura) no te había dicho, pero tal vez no quise</p>	<p>realidad que no le ha pasado nada porque no existen.</p> <p>De esta manera se observa como el contenido de las alucinaciones y delirios tiene que ver con los temas que percibe amenazantes o que no tolera en sí mismo, al desconectarse de la realidad, los síntomas psicóticos le siguen recordando sus temores y conflictos.</p> <p>Se interpreta que tal vez el deseo no es del padre sino una posible proyección de él y que el rechazo hacia el padre le sirve para mantener controlado el deseo sexual.</p> <p>Se interpreta que tanto el padre como el hijo se someten al discurso de la esposa/madre y ninguno lo pone a prueba.</p> <p>Se interpreta el deseo de muerte hacia los padres. Al estar fusionado con los objetos no sabe diferenciar los deseos de él y de los otros, desea la muerte de ellos, pero hay un miedo retaliatorio que hace</p>
--	--	---

	<p>suicidarme, alguien me adormeció y me llevaron o en mi cuarto me hicieron algo para yo engordar.</p> <p>-¿Por qué te quieren hacer engordar?</p> <p>Pues no sé, dicen que los hombres no pueden embarazarse, ¿tal vez ellos si puedan embarazarlos?</p> <p>-¿Tú crees que estas embarazado?</p> <p>Si, por eso me da pena venir y traigo la chamarra de mi mamá, para que no se note.</p> <p>-¿Por el tamaño de tu estómago, cuánto tiempo crees que tienes de embarazo?</p> <p>Como 6 meses (se toca el estómago). Ahorita me están hablando otra vez.</p> <p>-¿Cuándo ellas hablan que dicen?</p> <p>Me hablan por mi nombre, se hablan entre ellas, se ríen.</p> <p>-¿Cuándo ella hablan entre sí, que dicen?</p> <p>Dicen que estoy gordo o que no salga.</p> <p>-¿Por qué no quieres que salgas?</p> <p>Pues para que no vean mi estómago, son ordenes que me dan los extraterrestres.</p> <p>-Entonces me quieres decir, que no te quisiste matar, si no que ellos te abdujeron, te embarazan y por medio de las voces te dicen que no salgas.</p> <p>Si, ellos me hablan por medio de la cabeza, no necesitan estar aquí, ello me dijeron que estoy embarazado por medio del pensamiento y me dicen que no deben saberlo todos por eso me puse la chamarra, ello no quieren que nadie sepa.</p> <p>-¿Controlan parte de tu pensamiento?</p> <p>Sí.</p> <p>-¿Quién te trajo hoy?</p> <p>Mi mamá, me dijo que al rato venía por mí, que ella iba a dar una vuelta (se acuesta en el sillón)</p> <p>-¿Estás cansado?</p> <p>Tengo sueño, el embarazo da sueño.</p>	<p>que ésta agresión se le regrese y ahora él queda a expensas de los demonios que lo van a aniquilar, hacer pedazos como su pensamiento y a devorar, así queda dentro de la madre de nuevo y atrapado como lo ha estado hasta ese momento.</p> <p>Se hace la interpretación de la imago paterna como el extraterrestre que tiene un aspecto sexual, así como el padre con el que sueña.</p> <p>Así queda interpretada la madre que aniquiladora, simbiótica y devoradora y el padre sexuado que lo excita y embaraza.</p> <p>Se observa como el paciente no desea salir para que no vean su embarazo, es decir, su lado femenino y homosexual.</p> <p>El paciente muestra su transferencia negativa mencionando que no quiere matar a la terapeuta, la cual se le aclara para que observe sus</p>
--	--	--

	<p>-¿Puede ser también el medicamento? No, me quiero dormir. -La sesión ya terminó. Ya sé. -Tú mamá está afuera esperándote. Ya sé. -¿No te quieres ir? No.</p> <p>Viñeta: ¿Cómo estás? Se queda callado, me observa un momento, siguen los demonios y adentro del cuerpo sentía algo, como una serpiente en el estómago, me arrastre en mi cuarto, gritaba desesperado que me dejara en paz y mi papá entró para ayudarme, me abrazó muy fuerte para detenerme y tratar de levantarme pero lo corrí, me dio asco sentir su cuerpo, sentí que me iba a hacer algo, le dije que se saliera, sentía que el estómago se me deshacía, me quería matar, pero le hablaron al psiquiatra me llevaron con él, me dio medicinas, me inyectó, me quería matar pero me acorde que es pecado. -¿Qué sentiste que te iba a hacer tu papá? Me iba a lastimar (comienza llorar) -¿Cómo te iba a lastimar? Pues que me tocara y eso no se debe. -Me dices que te tocara ¿de qué manera? Me incomoda, como de faje. -¿Algún día te ha tocado tu papá de esa manera? Cuando era chico el me acariciaba pero no me acuerdo que pasara algo. -¿Qué edad tenías? Como 5 años. -¿Entonces no sabes si tu papá al tocarte esta vez te quería excitar? No, no sé, pero me dio mucho miedo, mucho asco. -¿Tú papá te ha hecho algo para que le tengas miedo de que te pueda hacer algo sexual? No, creo que no.</p>	<p>pensamientos y que no se dará una reacción negativa hacia él.</p> <p>En las sesiones se observa la fragmentación de su pensamiento, menciona que lo siente como fotos, pero no puede unirlos.</p> <p>Se trabaja en unir los fragmentos que él percibe pero no puede darles orden,</p> <p>En el proceso anterior se trabaja la relación continente – contenido, aquí el paciente trae imágenes concretas, sin significado, le atemorizan y solo las actúa, la intención es darles orden y devolverlas con menor angustia y sin sentido de muerte.</p>
--	---	---

	<p>¿Él a ti si te excita? (Me observa serio y se queda callado por un rato) no tanto así, pero hubo un tiempo que lo veía guapo. - ¿Te molestó la pregunta? Sí, no me gusto, como le hiciste para saber que pensaba así de mi papá. - Por el miedo que le tuviste a que te tocara y si me dices que él no te ha hecho nada, entonces el pensamiento de lo sexual salió de ti, lo relacionaste tal vez con la sensación de la serpiente en tu estómago y tu sensación de embarazo? (se queda callado un rato) pero eso es incesto. -Si es incesto, pero no estas embarazado. ¿Y los demonios y extraterrestres? -¿El demonio es tu mamá que te devora, y el extraterrestre es tu papá que experimenta con tu cuerpo? (se encorva y empieza a llorar) no sé, no sé, ahora que me lo dices me dio mucho miedo, me dices cosas que no me gustan. -Si los demonios y extraterrestres no existen y así ves a tus papás, entonces no te van a devorar, tú sigues aquí vivo, conmigo. Y si no son y si sí existen. -¿Cuándo te han hecho daño estos demonios? Nunca. -¿Crees que de verdad te quieran hacer algo? No sé. -¿Si esos demonios existen porque aquí no entran? Porque estás tú ya te dije -¿Tú te sientes bien aquí, te sientes seguro? Sí. -¿No será entonces que tú no estás nervioso aquí y tú no los dejas que aquí se aparezcan porque son percepciones tuyas que salen cuando estas angustiado y temeroso? No sé, como las controlo. -Dices que papá nunca está contigo, solo traga y se va y tu mamá</p>	
--	---	--

	<p>piensa que te vas a enfermar de VIH o VPH. Aja, sí. -Si uno mata y el otro solo traga y se va y son esposos, están unidos, ellos te dan miedo. Ya entendí. Y tú no me matas -Sí, así controlas cómo te sientes en cada lado pero el poder es tuyo.</p> <p>Viñeta: -Te veo enojado ¿pasa algo? Estoy enojado me doy asco, soy una persona sucia, todos deberían morirse. -¿Por qué nos tendríamos que morir todos? Bueno no todos, todos los que quieren que cambie, ¿porque soy yo el que tiene que estar mal? -¿Quiénes son lo que quieren que cambies y deben morir? Los de la escuela. -¿Por qué te hicieron enojar? No, ellos no fueron. -¿Quién te hizo enojar? Mis papás (se queda callado) -¿Qué pasó con ellos? Me vieron con mis amigas y dicen que parecen de la calle, que con qué clase de personas me junto, no les parece nada, ahora también las mujeres les caen mal. -¿Los dos te vieron con amigas? Mi mamá y le chismeo a mi papá, y él ni las vio y las critica. -Mmmm que raro, tu mamá te dice de tu papá algo y no lo pones en duda lo crees inmediatamente y te enojas con él, y ahora tu papá hace lo mismo con tu mamá. Si es cierto mi mamá nos manipula bien gacho a todos, ya lo habíamos platicado, y nadie en la casa se da cuenta. -Regresando a tu enojo, ¿debe haber sido muy fuerte el enojo para deseárselo la muerte a tus papás?</p>	
--	--	--

	<p>No, como crees.</p> <p>-Eso fue lo que dijiste al inicio de la sesión, que deberían morir todos, lo que quieren que yo cambie, y el enojo ahora no fue con los chicos de la escuela.</p> <p>Si es cierto a veces quisiera que desaparecieran, ellos no tienen la culpa de que no me controle.</p> <p>-¿De que no te puedes controlar?</p> <p>Ya no me digas nada.</p> <p>-¿Te hice enojar?</p> <p>Sí, pero no te quiero matar.</p> <p>-Yo no dije que me quisieras matar.</p> <p>Es diferente estar enojado con alguien a enojarse con alguien y querer matarlo.</p> <p>Si ya se.</p> <p>-¿Cuándo están enojados tus papás crees que quieren matarte?</p> <p>¿Por qué crees eso?</p> <p>-Cuando tienes alucinaciones, tienes miedo de que un demonio te mate y devore, y has comentado que esos demonios se parecen a tu mamá.</p> <p>Nunca había pensado eso.</p> <p>-¿Tienes miedo a tus padres?</p> <p>A veces, cuando se unen para regañarme, me da coraje pero no puedo hacerles nada, estoy solo, siento que me desmorono.</p> <p>-Estas muy enojado con tus papás por eso piensas en la muerte de ellos, pero, después te entra culpa y hay dos cosas que haces te quieres matar o creas por medio de la alucinación demonios que quieren matarte y devorarte, demonios unidos y dices que ellos se parecen a tu mamá.</p> <p>Me siento confundido, yo escucho las voces, sé que hay demonios, pero el psiquiatra y todos dicen que no existen, tu no me dices que no existen pero cuando me explicas me haces dudar.</p> <p>-El de la idea de muerte eres tú, te das cuenta que hay una sensación de destrucción esta en tu cabeza y si no la controlas te dañás y piensas en dañar.</p>	
--	---	--

	<p>Esto me cuesta creerlo, es que siento la cabeza en pedazos, lo que siento, lo que tú me dices, lo que dicen los demás, lo que veo, pero no entiendo.</p> <p>- Si me pudieras describir como está tu pensamiento en un objeto que estaría pasando. No se no entiendo.</p> <p>- Si por ejemplo yo te digo a mí me gusta el amarillo y te digo del color de un pollito, ya puedes imaginar cual es el color, tu puedes comparar con un objeto como percibes tu pensamiento para darme una idea? ¡Aaah! Si como fotos, tengo como imágenes, pero separadas no entiendo por qué me hablan de algo distinto.</p> <p>-ok, como si tu pensamiento estuviera dividido y cada división es como una foto. Sí.</p> <p>Haber vamos a tratar de unirlas: En una foto están tus papás enojados contigo porque rechazaron algo que a ti te gusta, tú ves esa foto te enojas y cómo estás acostumbrado a pensar en muerte piensas en matarlos, después te entra miedo porque los ves juntos y te sientes solo, al sentirte solo y débil te da tristeza, luego viene la culpa y piensas en muerte otra vez, para ya no contra ellos, sino, contra ti por la culpa, la culpa y el enojo que todavía traes hace que te devalúes y te quieres matar por qué dices que no sirves para nada. Te checa lo que te digo o crees que no.</p> <p>No, si me checa, creo que ya entiendo más.</p> <p>-Las alucinaciones las estas creando tu cuando tienes miedo a tus papás enojados los conviertes en demonios que te quieren matar y devorar, por eso dices que el demonio se parece a tu mamá. Yo puedo hacer eso y no darme cuenta.</p> <p>-Sí, eso es la esquizofrenia, se crean imágenes, sonidos, sensaciones, sabores y olores y realmente no existen.</p> <p>Viñeta:</p>	
--	---	--

	<p>Sabes he soñado varias veces que agredo, golpeo muy fuerte a mi papá y no me daba culpa golpearlo.</p> <p>-¿Cuándo sueñas esto que sientes?</p> <p>Nada me agrada, pero... no se lo cuento a nadie.</p> <p>-¿Por qué?</p> <p>Me da pena, es que... bueno, no me desagrada tocar a mi papá y sentirlo cerca cuando lo golpeo.</p> <p>-¿Te agrada?</p> <p>Sí, bueno el sueño sí, pero no me gusta que mi papá se me acerque, porque siento que me quiere tocar.</p> <p>-¿En alguna ocasión lo ha hecho?</p> <p>Pues es que no me acuerdo, tengo la sensación de que me tocaban, pero no recuerdo nada de hecho la terapeuta con la que antes me llevo mi mamá me dijo que me iba a hacer una regresión a la infancia o vida pasada pero nunca salió nada.</p> <p>-Así como conoces a tu papá ¿crees que te haya tocado en alguna ocasión?</p> <p>-¿A qué edad te diste cuenta de que te gustaban los hombres?</p> <p>En el kínder.</p> <p>-¿Si tú crees que tu papá no te tocó con una intención sexual, puede ser que a ti te haya agradado y no te gusta que te toque para evitar el deseo hacia él?</p> <p>No sé si alguien me toco de niño, pero si evito a mi papá porque no me gusta que me pase eso.</p> <p>-Aliarte a tu mamá y rechazarlo ¿será para fortalecer el mantenerlo alejado de ti por esto?</p> <p>Tal vez, no me había dado cuenta pero así no me preocupa de que se me acerque (empieza a llorar).</p> <p>-Si tú no recuerdas que tu papá te toque con intención sexual y tú tienes claro que eso no se debe ¿podríamos trabajar con la cercanía con tu papá?</p> <p>Uff!!! (suspira) me dan nervios pero sí.</p> <p>-Recuerdas los extraterrestres que mencionas y que tal vez ellos te</p>	
--	--	--

	<p>embarazaron. Si, un poco. -Estos extraterrestres que te embarazan pueden ser una forma de ver a tu papá. Me da pena ver esto, pero parece como si tuviera pensamiento de caricatura, ahorita puedo comprender un poco lo que me dices, me cuesta trabajo, pero cuando estoy mal, siento que si son reales las cosas. -Claro, en ese momento estas angustiado, con miedo, confundido, ahorita no. Si realmente existieran yo te diría para que no estuvieras en peligro. Gracias (sonríe).</p>	
Delirios	Viñetas	Trabajo clínico
<p>Juicios equivocados o erróneas interpretaciones de la realidad, se basan en la proyección de la persona, se hallan organizados sobre ideas más complicadas, en ocasiones se estructuran sobre una necesidad de realización de deseos para compensar aquello de lo que se carece, sin embargo también pueden ser son penosos y atemorizantes, éstos intentan reemplazar las porciones perdidas de la realidad, que a menudo son elementos de la realidad repudiada y exigencias proyectadas del superyó.</p> <p>La forma y el contenido del delirio</p>	<p>Ya no quiero salir a la calle o ir a la escuela, todos voltean a verme, y se burlan. -¿De qué se burlan? Pues de que soy homosexual. -¿Ellos como saben que eres homosexual? Pueden saber lo que estoy pensando. ¿O sea que ellos pueden saber que hay en tu pensamiento? Sí. -¿Y cuando estas en la calle y te das cuenta de que te ven y se ríen siempre estás pensando en tu homosexualidad? No, no siempre, creo. -¿Entonces si las personas leen tu pensamiento, como saben de tu homosexualidad si no lo estás pensando? ¿oye, porque siempre hablamos de homosexualidad? -Hablamos de homosexualidad cuando tú necesitas hablar de ella. Vamos a hablar de otra cosa (se molesta) -No quieres hablar de tu sexualidad. Para que si es malo.</p>	<p>Los temas principales del delirio del paciente es la sexualidad.</p> <p>Presenta lectura de pensamiento, ya que cree que los demás pueden saber qué es lo que piensa, y se angustia porque considera que todos se dan cuenta que es homosexual.</p> <p>Se hacen partícipes a personas cercanas a él para contrastar con la realidad el tema de la lectura del pensamiento, este proceso</p>

<p>se hallan en relación con algo que tiene su base en la realidad.</p>	<p>-No, no es malo, así te han enseñado, pero es parte del ser humano. Mmm quien los entiende, pero dicen que es mala. -¿Y tú qué dices? Pues ya sabes que pienso -¿Cómo podría saber yo? Ves mi pensamiento. No, yo no puedo leerlo y nadie puede leerlo. Entonces porque se ríen. -Pues no sabemos que platican, a parte de la homosexualidad, ¿dime que otra cosa que los demás no sepan de ti, lo han conocido por leerte el pensamiento? Mmm no se sólo quieren saber de mi homosexualidad, lo demás no les interesa, me quieren dañar. -¿Y cómo te dañan? Mmmmm, me destruyen -¿No será que cuando se ríen, tú interpretas que ellos se burlan de que eres homosexual, entonces te dan ganas de agredirlos o dañarlos, pero la agresión es tuya, "tú los quieres destruir"? Se ríe apenado y se queda callado. -Cuando tu creas que los demás pueden saber lo que piensas, pregúntales a alguien que le tengas confianza si sabe que estás pensando vamos a ver que te dicen.</p> <p>En otras sesiones: Ya he estado preguntando si pueden leer mi pensamiento y una amiga me dijo que parezco niño haciendo magia. -¿Tú que piensas de ese comentario? No sé, a veces pienso que puede ser verdad o que me quiere engañar. Otros me dicen que no es telepatía o que como van a saber que pienso yo, eso dicen. -¿Las primeras veces que me dijiste que te leían el pensamiento para dañarte fue hace dos semanas, alguien ha logrado hacerte algo? No, nadie.</p>	<p>dura aproximadamente dos años cada vez que regresaban los delirios.</p> <p>El paciente presentaba una invasión de los procesos mentales irracionales de manera duradera sobre los normales, así se manifestaba el delirio, por lo que había que confrontar con la realidad los procesos irracionales para disminuir la sobrevaloración que le daba el paciente estos pensamientos.</p> <p>En otras sesiones se observa el control de pensamiento, pues él creía que los extraterrestres le decían que pasaba con él y como vestir es decir, le daban información y órdenes.</p> <p>Se presenta robo de pensamiento, el paciente creía que le podían robar el conocimiento para ser mejor que él.</p> <p>Se interpreta la proyección de la agresión.</p> <p>Se utiliza la transferencia</p>
---	---	---

	<p>¿Entonces por qué crees que todos quieren poner atención en ti? Pues no sé, no me ha pasado nada, pero a veces tardan mucho planeando cuando van a dañar a alguien para que no falle el plan.</p> <p>En otras sesiones sus ideas delirantes ya comenzaba a ceder y dejar de ser acusadas, comenzaba a poner a prueba sus creencias: No quiero salir de casa tengo miedo a que sepan lo que pienso, quieren robar mi conocimiento para saber más que yo, y ser mejores que yo, por eso prefiero no salir, el psiquiatra ya mandó una carta a la escuela y no voy a ir esta semana, mi cabeza esta transparente, se puede ver adentro y así me controlan.</p> <p>-¿Tú vez tu cabeza transparente? No me he fijado.</p> <p>-¿Si tu cabeza es transparente que se ve? El cerebro.</p> <p>-¿Y el cerebro tiene algo done se pueda ver el pensamiento? No.</p> <p>-¿A ti te gustaría tener el poder de leer lo que los demás piensan y controlar lo que piensan? Sí.</p> <p>-¿Para qué te serviría eso? Para controlarlos.</p> <p>-¿suena interesante, creo que el que quiere leer los pensamientos de los otros o robarlos para controlarlos eres tú, o no es así? No (se molesta un poco), no sé, porque yo soy el que quiere hacer las cosas.</p> <p>-Piensas mucho en que te leen el pensamiento y cuando les has preguntado a tus amigos no han podido leerlo, pero a ti te preocupa saber que dicen de ti los demás o si saben que eres homosexual para no ser rechazado, parece que el que quiere leer el pensamiento eres tú.</p> <p>El delirio se mantiene varios meses hasta que identifica que la agresión es por parte de él hacia los demás y logra aceptar que el que desea</p>	<p>positiva; por medio de la confianza depositada en la terapeuta, se logra que los síntomas psicóticos se vayan confrontando con la realidad, son momentos que para él paciente son dolorosos por lo que se trabaja por medio de la relación continente – contenido, para sostener los sentimientos displacenteros y promover que su aparato para pensar confronte sus aspectos psicóticos y la realidad externa al ir integrándose la psique va aumentando la tolerancia a la frustración y evita la impulsividad.</p>
--	--	--

	saber que piensan los demás para controlarlos	
Ello, yo y superyó	Viñetas	Trabajo clínico
<p>Ello: Su contenido es inconsciente y radica primordialmente en la expresión psíquica de las pulsiones y deseos, la función del ello corresponde con el principio del placer, es decir, desembarazar a la persona de la tensión, evitando el dolor y encontrando el placer.</p> <p>El yo: es el directivo de la personalidad, parte de su función es dominar y gobernar al ello y al superyó, mantiene contacto con el mundo externo, se encuentra gobernado por el principio de realidad es decir, lo que existe, este yo debe ser lo suficientemente fuerte para mantener la armonía del sujeto y el contacto con la realidad, es un yo que ha alcanzado la introyección del objeto bueno (Klein, 1948), confianza básica (Erikson, 1950) y dependencia madura (Fairbairn, 1952).</p> <p>Integración del superyó: representante de los pensamientos morales y éticos de la cultura, es la</p>	<p>Viñeta: Cuando me siento mal me golpeo la espalda con un lazo para purgar mis penas, saldar mis pecados, por lastimar a mi madre y a Dios con mis porquerías, para recordarme que no debo fallarle a mamá más de lo que lo he hecho, por eso a veces pienso que debería morir. -¿Es tan grave lo que haces para que morir sea la solución? Es que es una manera de que mi mamá ya no se avergonzara de mí y no sufriera, por que como soy no puedo complacerla. -Los padres pueden tener expectativas de los hijos, pero algunas de ellas no las van a cumplir y así se dan cuenta de que su hijo no es un muñeco de fábrica que lo mandas hacer a tu gusto. No sé qué pensar estoy muy cansado de lo que me pasa, no tengo ganas de nada. -Claro que es cansado pelear con la idea de muerte, pero hay una ambivalencia tu mamá te apoya con tus tratamientos para que te mejores y tú no dejas de pensar en morir. Pero ella también llega a pensar en mi muerte. -Si es verdad, ¿recuerdas que tú también has pensado en la muerte de tus padres cuando estás enojado? Si -¿Qué pasaría si murieran? No, no quiero imaginármelo. -¿Mi pregunta que tanto el pensamiento de muerte es ya una costumbre tuya y de tu mamá porque hasta donde sé tu papá y tu hermano no lo hacen? Sí, eso es de mi mamá y mía en cuanto pasa algo que nos hace enojar pensamos en eso, si mi mamá no quiere que tenga novio dice que voy a morir de alguna enfermedad y ya me da miedo y no hago nada.</p>	<p>En un primer momento el yo del paciente se encontraba frágil, utilizaba defensas primitivas, sin capacidad de enfrentar las demandas del ello y del superyó, e incapacidad de hacer una evaluación realista de su entorno y de sí mismo, se manifiestan signos de fragmentación; sin embargo presentaba un yo observador que permitía la capacidad introspectiva y alianza terapéutica. (Calvin, H.1983).</p> <p>No hay maduración de la estructura superyoica, por lo que el superyó está poco integrado, se presenta punitivo y persecutor, interfiere la escisión por lo que las representaciones primitivas de los objetos son sádicas e idealizadas. Se observa como a mayor severidad en la moral, el autoestima se presenta</p>

<p>capacidad para la autoevaluación, crítica y reproche, el ideal del yo es un derivado de éste que consiste en mantener conductas aprobadas y recompensadas.</p> <p>La internalización de la autoridad paterna le permite al niño controlar su comportamiento según los deseos de los padres y al hacerlo asegura su aprobación y evita su disgusto, el superyó del niño no es el reflejo de la conducta de los padres, sino más bien, de los superyós de los padres, (Hall, C. 1983).</p> <p>Freud en 1924 en su artículo "neurosis y psicosis" menciona sobre la diferencia genética más importante entre ellas, menciona que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el entre el Yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el Yo y el mundo exterior.</p>	<p>-Bueno otra vez parece que tu mamá piensa por los dos. ¿Y ahora qué hago? -¿Qué te gustaría hacer? No se siempre me encuentro entre las ganas de morir por que no sirvo para nada, pero también es un pecado. -Si lo pusiéramos en porcentajes ¿Cuánto porcentaje de ti quiere morir y cuanto quiere vivir? Pues ahorita ya no tanto como un 15% morir y el 85% no quiere. -¿Y ese 15% que te da cuando aparece? Cuando estoy en un conflicto con mi mamá normalmente. -¿Es como si la emoción de un momento te hace pensar en muerte, pero realmente no quieres morir? Sí, ya me cayó el veinte parece que cuando me enojo me quiero desquitar de mi mamá y por eso me quiero suicidar, quiero que sufra, y ya no quiero estar así. -Pues hay que revisar opciones, pero primero me gustaría saber si tu mamá va a pensar por los dos y te ahorras energía y obedeces, o piensas por ti mismo y vemos que es lo que tú quieres. No, quiero pensar por mí mismo, porque por eso me siento triste cada vez que quiero hacer algo y me dicen que no, siento que me asfixio a veces sólo es salir con amigos y no me creen. ¿Y en tu pensamiento está aniquilarte? No (abre los ojos sorprendido) -Entonces hay que separar el pensamiento de tu mamá con el tuyo.</p> <p>Viñeta: (meses después) Sabes no quiero morir, quiero divertirme, tener amigos, quiero trabajar y mi papá ya me tiene más confianza dice que vamos a trabajar juntos y nos va a ir muy bien, el ve que a veces me estreso por querer ayudarle mucho y me dice que no quiere que me estrese, que disfrute mi trabajo y disfrute de que estoy mejor, él me ha dicho que no quiere que recaiga y que debo ir poco a poco. Ahora ya no me siento un inútil, en algunas ocasiones quiero ser muy exigente conmigo pero recuerdo lo que</p>	<p>baja.</p> <p>La pulsión de muerte se encuentra constantemente presente predominando sobre la de vida.</p> <p>Presenta culpa inconsciente que forza al yo a ser autopunitivo, corriendo el riesgo de haber suicidio.</p> <p>Ante esto se trabaja con la diferenciación de la madre, ya que al encontrarse fusionados, había incongruencia en el paciente que le generaba ansiedad pues se confundía entre sus deseos y los de la madre, esto lo llevaba a la ambivalencia y sensaciones de locura, pues había pensamientos en él que no deseaba como la muerte, sin embargo sentía que tenía que cumplirlos.</p> <p>El yo del paciente está escindido y el concepto de sí mismo está identificado con el rechazo de los padres (principalmente de la madre) y las exigencias de ellos basadas en las expectativas</p>
--	--	---

	<p>hemos platicado, de que yo soy el primero que debo cuidar.</p>	<p>que tenían sobre su hijo; el no cumplirles a los padres y poder mantenerlos contentos genera que no pueda ver sus aspectos positivos.</p> <p>Este yo que se encuentra angustiado y se cree digno de castigo, crea su propia manera de solucionar una situación y una de ellas es por medio del suicidio, cediendo al instinto de muerte.</p> <p>Se le señala como en realidad no quiere morir sino que es un pensamiento que entra de manera intrusiva y por costumbre.</p> <p>Se señalan los pensamientos de muerte que tienen él y la madre, con esto se promueve que se dé cuenta de que es un pensamiento y como tal se quede, pero que no pase a una conducta.</p> <p>Se confronta como el pensamiento de muerte lo actúa, porque no puede confrontar o percibir la realidad.</p>
--	---	---

		<p>En la fase final del tratamiento presenta aumento de la fuerza yoica, logrando confianza en sí mismo ya que conforme avanzaba en el tratamiento se auto exigía menos e iba incorporando a una vida laboral funcional, mejorando a la par la relación con su padre.</p>
<p>Distorsión de la imagen corporal y somatización.</p>	<p>Viñeta</p>	<p>Trabajo clínico</p>
<p>En la crisis psicótica se presenta alteraciones en la percepción del sí mismo, esto incluye deformaciones del cuerpo, la percepción de estar desintegrado.</p> <p>La representación mental del cuerpo es un elemento básico en la relación de una persona consigo misma y con la realidad.</p> <p>El desarrollo del yo tienen sus bases en el desarrollo de un yo corporal que ésta conformado por aquellas representaciones mentales</p>	<p>Me vi en el espejo, y no me gusta mi cuerpo. -¿Qué tiene tu cuerpo? Me enoja ser homosexual, me duele, sólo yo sé lo que es deshacerse por dentro, me siento gordo, doy asco, estoy amorfo, estoy flácido, tu puedes ver mi cara, parece de cartón, y si la sientes está muy dura no parece piel, parece como si tocara una piel de animal, pero frio. Y un amigo que tengo le dije que me tocara que si el me sentía así y me dijo que no pero al tocarme me sentí molesto no me gusta que me toquen siento que pueden abusar de mí y le dije no mejor ya suéltame. -¿Por qué sentiste que podía abusar de ti? Por la manera de cómo me toco. -¿Él te gusta a ti? Mmm si un poco. -¿Y tú a él? Pues parece que sí. ¿Te da miedo sentir a otras personas cerca de ti por que despierta tu sexualidad que tanto ha censurado tu mamá?</p>	<p>El esquema corporal del paciente carece evaluación realista de sí mismo, ve su cuerpo distorsionado, se rechaza así mismo, por lo que se le hace el señalamiento de que si a un chico le gusta, le gusta tal como es, esto con el fin de ir elevando su autoestima y sirve de apoyo para comenzar a realizar evaluaciones realistas sobre su imagen corporal.</p> <p>La constancia de su cuerpo,</p>

<p>asociadas a percepciones placenteras externas, Winnicott (1954) menciona que en el desarrollo emocional primitivo, la función contenedora de la madre es vital para la continuidad del bebé. La madre que sostiene al bebé con tranquilidad y adecuando la presión de sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, etcétera, le proporciona una vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental, ya que el sostenimiento facilita la integración psíquica del infante.</p> <p>La utilización adecuada de su esquema corporal se encontraba anulada, obturada por una libido que se había enlazado a una imagen del cuerpo inapropiada, arcaica e incestuosa (Dolto, F. 1986)</p>	<p>(Empieza a llorar) si, no sé cómo comportarme con eso, cuando tengo un sentimiento por alguien lo evito, a parte me pongo a pensar cómo es posible que yo le guste a él con la cara de huevo que te tengo y ve mi estómago (en ocasiones manifestaba que seguía viéndose el abdomen abultado como embarazado, aunque lograba entender que no podía embarazarse).</p> <p>-No veo nada raro en ti, pero si así fuera, él te está demostrando que le gustas tal y como eres. ¿Si tú le haces caso a este chico, y vives tu propia pareja que pasa?</p> <p>Sería muy padre</p> <p>-Y luego...</p> <p>Pues tal vez saldríamos juntos</p> <p>-y luego...</p> <p>No, ni me emociono mi mamá no me dejaría.</p> <p>-¿Esa sensación en tu cuerpo de rareza y evitar sentimientos en un escudo para no enamorarte y que tu mamá no te agrede?</p> <p>Me da coraje porque mi mamá otra vez, si es cierto en cuanto alguien me gusta se me viene a la cabeza mi mamá y me da culpa y los rechazo.</p> <p>-¿Estás de acuerdo a que trabajemos un duelo y despedida de tu individualidad, de tener pareja y amigos para que puedas acompañar a mamá siempre?</p> <p>No, no quiero, me siento como tieso, me veo en el espejo y mi panzota, pero no quiero sentirme así. Me molesta cuando me dices eso, no me enojo contigo, pero si con mi mamá y conmigo.</p> <p>Viñeta: (Después de 15 días de vacaciones)</p> <p>-¿Cómo te fue?</p> <p>Bien, y a ti ¿te divertiste, descansaste de tu trabajo?, porque dicen que a veces necesitas descansar del trabajo y eso implica la gente que está en tu trabajo.</p> <p>-Te noto molesto, ¿Qué pasó en tus vacaciones?</p> <p>Pues...(suspira) han sido de mis peores vacaciones, mi mamá se la</p>	<p>es decir, sentirse a sí mismo de manera real, sin deformaciones, con su temperatura corporal, su textura de piel y sus facciones se empezó a conformar mediante el trabajo continente- contenido, para aumentar su autoestima (enseñarlo a cuidar su cuerpo y no autocastigarlo), y la integración de sus pensamientos, esto le permitió personalizarse.</p> <p>Rosenfeld (1982, 1992) menciona que el esquema corporal primitivo psicótico tiene características especiales, porque hay pérdida la idea de una piel continente, la vivencia del paciente es que su cuerpo es fluido, sin cualidad, ni diferenciación, se siente en una membrana débil que no alcanza a contenerlo.</p> <p>Se hace interpretación de su somatización, es decir, cómo lo psicológico lo manifiesta en el cuerpo.</p>
--	--	--

	<p>pasó de borracha, vio amigas que según ella tenía años que no había visto y se iban cada rato al bar, luego igual con mis tíos, ahggg!! Qué horror, peleándose con mi papá por todo, regañándonos de todo, a mí me dio gastritis, que me tumbo como dos días, no podía comer, la leche me daba asco, vomite varias veces, luego me puse a pensar y si se le cumple su sueño a mi mamá y tengo cáncer en el estómago y pronto voy a morir, yo sentí que ya iba a empezar a vomitar sangre, es que el dolor era insoportable, hasta le dije a mi papá que si no tendría un tumor en el estómago y me dijo tomate lo de la gastritis si no se te quita vamos al doctor, pero al siguiente día de todos modos me llevo y el doctor me dijo "nombre si fuera cáncer no platicarías tan tranquilo el dolor".</p> <p>-¿Y cómo mejoraste?</p> <p>Pues me cambió el medicamento y me lo tome una semana y me fui sintiendo mejor, todavía lo tomo pero duré una semana para estabilizarme, pero yo seguía pensando y si tengo cáncer pero me siento mejor.</p> <p>-¿Por qué más fueron las peores vacaciones de tu vida?</p> <p>Pues me aburría, no tenía con quien platicar y yo tenía que aguantar solo a mi mamá porque mi hermano se fue de vacaciones a la casa de una tía y mi papá trabajando, bueno no siempre estaba mi mamá porque te digo que se salía pero luego regresaba oliendo a alcohol y eso me molestaba.</p> <p>-¿Por qué te molesta que tu mamá tome?</p> <p>Es que te das cuenta ella si puede salir y oponerse borracha y a mi quien me dice que ella no se acostó con una amiga que le va a pegar el VPH y el VIH, aaaa verdad, es lo mismo, porque no me tiene confianza, y luego tú te fuiste y no podía platicar con nadie.</p> <p>-Entiendo tu enojo y comprendo esto que tu mamá no se pone en tu lugar y te deja salir, pero hay algo raro y tal vez lo promueva tu mamá... ¿te das cuenta de cómo te enganchas con el pensamiento de tu mamá, tienes relaciones sexuales y te contagian, piensas igual?</p> <p>Si es por enojo que pensé así, es que tiene que ver con que ella no me</p>	<p>Se le confronta la necesidad de estar con la madre, pero el enojo que también esto le causa por no poder separarse de ella y hacerle ver que él toma decisiones para complacer a la madre.</p> <p>Se trabaja con la transferencia negativa, hay enojo por la sensación de abandono, se le aclara que no se le va a abandonar, se contiene su miedo a estar solo.</p>
--	--	---

	<p>deja y en vacaciones todo el día en la casa.</p> <p>-¿No tuviste opción de salir tú de vacaciones con alguien así como tu hermano?</p> <p>No quise para no dejar sola a mi mamá.</p> <p>-¿Y si hubieras dejado sola a tu mamá que le hubiera pasado?</p> <p>Mmmm nada (se sonroja)</p> <p>-Una pregunta ¿no la quisiste dejar sola por cuidarla o tu inseguridad no te dejó salir para que mamá te cuidara?</p> <p>Las dos.</p> <p>-¿Tu gastritis no era de enojo?, por lo que me dices quieres tener más libertad y por agradar a tu mamá te quedas.</p> <p>Si la verdad si estoy enojado, todo mundo se salía a hacer algo, mi mamá ni tomó en cuenta que yo me quedara con ella para que no estuviera sola y se salía y me quedaba solo porque aparte no puedo salir yo, ya sabes por qué.</p> <p>-¿De todo esto que te pasó en vacaciones que deseabas vomitar?</p> <p>La incongruencia de mi mamá.</p> <p>-¿Esto que te hace tu mamá, lo sientes como una traición imposible de tragar y por eso vomitas?</p> <p>No lo veía así, pero ahorita que estamos hablando de eso me siento hastiado, como con un nudo en la garganta, con asco.</p> <p>-Te das cuenta de todo esto que pasó, lo volteas contra ti mismo y piensas en ti poniéndote en peligro, ya estabas pensando en cáncer.</p> <p>Si, otra vez, que raro en mí.</p> <p>-¿Qué te estará avisando el cuerpo cuando te habla por medio del dolor?</p> <p>Que me cuide, que también tengo derecho a hacer mis cosas.</p> <p>-Yo creo que sí, tu cuerpo es sabio y si no manifiestas las cosas por medio de la palabra y haces algo para mejorar, el cuerpo lo va a manifestar y ya te enseñó que si puede, ahora vas a estar inconforme contigo, con malestar psicológico y malestar físico, hay que hacer algo para que no repercuta en tu cuerpo.</p> <p>-¿Conmigo te molestaste porque también me fui de vacaciones?</p>	
--	---	--

	<p>Me da pena decirlo, en parte sí, pero también hay una parte que entiende que tú debes descansar del trabajo como cualquier persona.</p> <p>-¿Cómo fue esa molestia?</p> <p>Me sentí abandonado por todos.</p> <p>-¿Por mí?</p> <p>Sí.</p> <p>-Como tú lo dijiste sólo necesitaba vacaciones, eso no significa que yo te abandone.</p>	
<p>Relaciones objetales</p>	<p>Viñetas</p>	<p>Trabajo clínico</p>
<p>La teoría de las relaciones objetales pone el acento en la singularidad del individuo; estudia el desarrollo de una personalidad altamente individualizada, de una persona consciente de sí misma y de otros seres humanos y el desarrollo en la profundidad de la relaciones interpersonales como requisito principal para la satisfacción de las necesidades psíquicas personales (Kernberg, Otto, 1979).</p> <p>La imagen que tiene el paciente del padre es débil y la de la madre es fuerte, ella posee la verdad, es una figura omnipotente, pero a la vez víctima del padre que la cuida poco, por lo que el discurso materno descalifica al padre.</p>	<p>Viñeta (primeras sesiones de la fase media del tratamiento):</p> <p>-¿Cómo te fue esta semana?</p> <p>Bien, bueno, más o menos.</p> <p>-¿Y eso?</p> <p>Es que no aguanto a mi papá, hay veces que quisiera que se fuera de la casa, nadie lo tolera, siempre está de metiche peleándose con mi mamá por cómo está la casa, eso a él que le importa nosotros no vamos a decirle cómo está su oficina, anda bien neurótico.</p> <p>-Describe a tu papá.</p> <p>Físicamente es moreno, estatura mediana como 1.70m., delgado, cabello negro tiene mucho, ojos grandes color café, su manera de ser es muy egoísta, cada rato se enoja, nunca está en la casa, no le importamos solo el trabajo y sus hermanos y papás le importan.</p> <p>-Describe a tu mamá.</p> <p>Es bonita, ojos grandes, media llenita, estura como de 1.60m., cabello lacio, largo y su forma de ser, es buena onda, cariñosa tranquila, a veces se enoja, pero también tenemos la culpa, muy perfeccionista.</p> <p>-¿A qué te refieres cuando dices que ustedes tienen la culpa cuando se enoja?</p> <p>Pues es que nunca sale a ningún lugar, todo el tiempo está en la casa y</p>	<p>Sus relaciones de objeto son de tipo parcial escindidas (amenazantes e idealizadas), no hay estabilidad y profundidad por lo que presenta alteraciones en la vinculación con los demás.</p> <p>Se presenta angustia en el paciente, ya que temía que la madre se enojara con él por convivir con los demás, incluyendo al padre, por lo que el paciente dedicaba su vida a complacer a la madre, con la fusión el paciente evitaba la angustia de separación que sentían tanto él como la madre, porque la reacción de la madre en cuanto sentía que</p>

<p>La experiencia de la relación con los objetos genera organizaciones internas perdurables de la mente.</p> <p>Las autorrepresentaciones de los objetos están pobremente delimitadas, hay difusión de identidad, presenta baja autoestima, la calidad de las relaciones objetales son predominantemente diádicas.</p> <p>El paciente comenzaba hacer intentos de salir de la fusión con la madre, socializar con la familia, sin embargo en cuanto la madre observaba cualquier intento de su hijo de socializar o que pusiera atención en otros la madre comenzaba a realizar maniobras para amedrentarlo y siguiera apegado.</p> <p>Searles (citado por Ongay 1997) el psicótico existe en la medida que alguien importante de su medio ambiente ha actuado para enloquecerlo. El padre enloquece pero no mata y al mismo tiempo se preserva de enloquecer o morir él mismo.</p>	<p>no le ayudamos, tiene una muchacha que le ayuda, pero dice que somos malagradecidos, que nunca ayudamos y que mi papá ni nos hace caso, que el día que ella falte haber que vamos a hacer.</p> <p>-¿Entonces te llevas mejor con mamá que con papá?</p> <p>Si, con mi papá no convivo, prefiere trabajar, como que ha estado más al tanto de lo hago desde que me enfermé, pero sólo pregunta que como me siento y ya es todo, en cambio mi mamá sufre mucho, y la entiendo mi mamá quería un varón bien hecho y no puedo serlo, eso me deprime, ella no se merece que le pase todo esto, mi papá no le hace caso, y yo como estoy.</p> <p>De hecho yo admiro a las mujeres por lo que sufren nadie las valora, las mujeres manejan el mundo, dan vida, crían hijos, pueden trabajar y mantenerlos, los hombres no hacen eso.</p> <p>-¿Tienes amigos?</p> <p>Hombres no, todos se alejan, amigas como dos, pero solo en la escuela porque no me dejan salir.</p> <p>Viñeta fase media del tratamiento:</p> <p>Ya empecé a platicar más con mis primos y tíos antes no lo hacía, me caían gordos pero más bien no sabía cómo acercarme ni siquiera los había tratado, siempre había sido bien sangrón, nunca platicábamos, es que mi mamá siempre criticaba a las familias dice que la critican que le tienen envidia y yo me creía ese cuento y me enojaba con ellos, me sentía mal, pero hasta ahora veo que mi mamá si hablaba con ellos y también se divierte y yo no.</p> <p>-¿Qué piensas de esto?</p> <p>Fue algo que me cayó de golpe, mi mamá llega a la casa y dice una cosa y con la gente hace otra, me di cuenta de que es muy incongruente, a mí no me deja salir a ningún lado, pero ella si se sale a las apuestas, a desayunar, etc., porque no me daba cuenta de la manipulación. A parte me da un miedo cuando mi mamá me regaña, ya sé que me da una regañada en casa y deja de hablarme.</p> <p>-¿No habías notado esto antes?</p>	<p>su hijo se alejaba era anularlo, conducta que el paciente tampoco toleraba. Una forma de sentir que la madre se iba y no lo quería era cuando la madre no le hablaba era una representación del vínculo o relación entre ellos y la madre se lo negaba al negarle la palabra.</p> <p>En estas sesiones como en la mayor parte del proceso terapéutico se trabaja la simbiosis, haciendo señalamientos e interpretaciones de las conductas de la diada, así como interpretando ganancias secundarias y conductas patológicas que mantienen esta unión.</p> <p>Se promueve que introyécte una imagen más realista de la madre con la intención de que haya espacio relacional con el padre y las demás personas.</p> <p>El tema de la homosexualidad sale nuevamente en terapia, se ha obsesionado con su orientación sexual y ocupa</p>
---	--	---

	<p>Pues sí veía que se juntaba con los que criticaba, pero no que manipula las cosas a su antojo, yo sentía que ella merecía todo porque sufría y yo me tenía que aguantar nomás por ser homosexual, eso me da coraje, estaba platicando con un primo y que crees, me habló mi mamá muy enojada y me dijo ¿qué tanto platicabas con él?, ándale suéltale información de la familia para que al rato nos estén comiendo, mi primo se dio cuenta que me regañó y me dio mucha pena, aaah!, pero ella si feliz con todos”.</p> <p>-¿Qué información podrías soltarle que te puedan criticar? Que soy homosexual.</p> <p>-¿Qué más? No sé, que se pelea con mi papá, que nos regaña o que peleamos.</p> <p>-¿Entonces no quiere que se den cuenta que ella no es lo que presume? Ándale, así, entonces tiene miedo de que los demás la critiquen por como es.</p> <p>-¿Y qué pasaría? Pues se burlarían de ella porque tiene un hijo homosexual.</p> <p>-¿Oye tus primos cuando te ven te dicen hola primo soy heterosexual? Jajajajaja no como crees.</p> <p>-¿Entonces por qué tienes que decir si eres homosexual? Oye si, y si me notan y me preguntan.</p> <p>-Pues tú decides si les dices la verdad es tu sexualidad y no tienes por qué andarla ventilando, la homosexualidad es una parte de ti, no todo tu, tienes muchas otras cosas de que platicar con los demás, como para andar dando explicaciones de algo muy íntimo.</p> <p>Si tienes razón.</p> <p>-¿Entonces cuando tu mamá te dice que no hables porque vas a hablar de más y los van a criticar, olvídate de la crítica por un momento, que está evitando ella al no permitir que hables con otras personas? Que hable con otros.</p> <p>-¿Y qué imagen de los demás te describe para que los evites? Criticones, agresivos, mala onda.</p>	<p>gran parte de sus pensamientos, por lo que se hace contención de este aspecto y se le señala que no tiene que ir dando explicación de su sexualidad a los demás.</p> <p>Nuevamente aparecen sensaciones en él por parte de los padres de seducción al cuerpo, por lo que se le vuelve a señalar que debe haber cierta distancia entre la madre y él.</p> <p>La madre comienza a detectar los deseos y algunas conductas de separación e individualización de su hijo, por lo que ella reacciona enojada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Le prohíbe hablar con primos. 2.- Piensa que la terapia no le está sirviendo, por lo que en ese momento decide decirle que ya no le va a dar dinero para que siga asistiendo a su tratamiento. 3.- Lo imagina suicidándose. <p>En los primeros dos aspectos la madre se muestra activa le</p>
--	--	---

	<p>-¿Ella no es así? Si, y mucho, de lo que se queja de ellos, ella lo hace.</p> <p>-¿Y cuál es su ganancia secundaria? No sé.</p> <p>-Yo tampoco, ¿Qué podría ser? Que ella se sienta tranquila de que no ande de chismoso.</p> <p>-Tal vez, oye ¿podría ser, que no sepas lo interesante y divertido que es relacionarte con los demás, porque implica que te separes de ella, que no te deprimas, no te enfermes y te independices? Tal vez, tienes razón... me cuesta trabajo creer esto que me dices, pero no encuentro otra explicación, justifico lo que hace, pero es egoísta, así es, sólo su familia es buena, los demás son lo peor.</p> <p>-Esto que me dices es importante, ella en parte ve a los demás como personas dañinas, ¿y te has fijado que estas aprendiendo a ver a los demás como los percibe tu mamá? Pues creo que sí, unos si me atacan me dicen cosas, pero de otros como mis primos ni siquiera convivo con ellos y me caían mal. Cuando llegamos a la casa mi mamá me regañó bien feo, me dijo no te está sirviendo la terapia de nada, ya no te voy a dar dinero y me hizo enojar mucho y al siguiente día me dijo: “En la noche no sé porque pensé que podías morir ya mejor entré hasta ahorita para ver qué había pasado” Después me dio el dinero para la terapia y le dije no que ya no voy a ir, y me dice como si nada hay no como crees solo estaba bromeando, después de que me quita la terapia y me mata en la noche sale con que estaba bromeando.</p> <p>-¿Qué pasa cuando tu mamá te imagina muriendo y se desconecta de tu necesidad de ayuda si así estuviera pasando y prefiere ir hasta el siguiente día? Tengo la sensación de inmovilidad, que se me duerme el cuerpo, como que no puedo más con su forma de ser. A veces me siento como que no soy yo, como que mi cuerpo está flotando y me quedo quieto, y eso me pasa cuando pienso en el suicidio, me siento nada, triste me siento</p>	<p>prohíbe los entablar conversación e ir a terapia; en el tercer aspecto es pasiva, no hace nada por evitar el suicidio del hijo si así estuviera sucediendo.</p> <p>Se contiene que hacer sobre la información de su sexualidad, no sabe cómo manejar la información de su sexualidad y cree que tiene que darle a todos una explicación de su sexualidad.</p> <p>Parte fundamental del tratamiento es fortalecer el autoestima del paciente y ofrecerle un espacio donde se contenga la desorganización.</p> <p>A la madre la agradaba mediante actividades que ella aprobaba como las artes; mantenía una coalición con ella para atacar al padre, era preferible no perder al objeto bueno y evitar al objeto malo en que se convertía la madre cuando él intentaba acercarse al padre. La imagen de una persona omnipotente y fuerte la relacionaba con la mujer,</p>
--	--	---

	<p>cayendo en un abismo.</p> <p>-Esto que imagina tu mamá me deja helada, pero lo que tu mamá piense o imagine es problema de ella, tú debes tener tus propios pensamientos y ya tienes edad de decidir tus propios actos y no cumplir los deseos o pensamientos de nadie.</p> <p>Si, lo sé, sabes me siento raro, muy triste y decepcionado porque parece que a mis papás no le importo tanto como hijo, bueno más bien mi mamá piensa que me estoy suicidando y no hace nada, pero también me ayuda saber que cuando menos hay alguien como tú que le importo y no quiere que me mate.</p> <p>-Por supuesto que no quiero que te mates, por eso para mí es importante que tú te aprecies, que tú te enseñes a cuidarte, que no te agredas, que tu pensamiento no sea el de tu mamá.</p> <p>Viñeta:</p> <p>Sabes que pasó, fuimos a una comida y mi mamá se puso un poco tomada, cuando se iba a acostar me llamó y me dijo ayúdame a desvestirme, cuando le estaba ayudando a mi mamá empezó acariciarme el pecho y la cara y se me acercó mucho.</p> <p>-¿Qué hiciste?</p> <p>Me aleje, le dije que se acostara y me fui a mi cuarto.</p> <p>-¿Te fuiste a tu cuarto y que sensación tenías, que pasaba por tu cabeza?</p> <p>Mucho asco, me dio escalofrío ver a mi mamá haciendo eso.</p> <p>-¿Haciendo qué?</p> <p>Tomada, hablando así, acercándose de esa manera, no que muy fina y elitista, si se viera parece una mujer de la calle.</p> <p>-¿Esa sensación como la sentiste?</p> <p>Hay guacala es que no se comporta como mamá, se pone muy coqueta con todos, no es la primera vez, ya lo había hecho dos veces antes, pero yo estaba más chico y no entendía, nunca me hizo nada pero esta vez sí me molestó mucho.</p> <p>-¿No crees que esto nos indica que es necesario tomar más distancia</p>	<p>perteneciendo también a este grupo de mujeres dominantes ambas abuelas.</p> <p>Se puede intuir un conflicto derivado de una persistencia de la simbiosis, de una unión tan intensa que bloqueo la evolución normal de la identificación primaria con la madre y constituirse como un sujeto con sus propias percepciones.</p> <p>Al no poder realizarse adecuadamente la individuación de esta primera figura, no puede darse de manera apropiada el acercamiento e identificación con la figura del padre, que aparece ante los ojos del paciente como un hombre denigrado por la madre y cuyas características de debilidad lo hicieron poco atractivo como figura de identificación.</p>
--	--	--

	<p>con tu mamá? Me refiero en lo físico también, no solo en los pensamientos iguales, los mismos deseos, lo dos sin vacaciones. Si, ahora lo creo más, fue muy feo sentir a mi mamá así, sentí como violación.</p> <p>-Pues si hubo una invasión a tu cuerpo, hay algo que debe quedar claro, nadie tiene por qué invadir tu cuerpo, sea quien sea, no importa la autoridad o importancia que esta persona represente para ti, nadie tiene derecho a tocarte o acercarse de una manera que te moleste, debes tener una persona de confianza en tu familia a quien puedas recurrir para evitar abusos de cualquier tipo y de cualquier persona, queda claro.</p> <p>Si está bien, si entiendo, puede ser mi papá.</p> <p>-¿Y con tu papá como estas, ahora que lo mencionas como una persona de confianza? Ahora lo entiendo un poco más antes me enojaba, pero ahora yo sé que tiene mucho trabajo, pero de repente si le reclamo y me dice hay perdón, hijo, haber platicame otra vez, se la paso por que ya me pone mucha atención, (se ríe).</p> <p>-¿Digamos que tus papás están en su lugar, tú y tu hermano en el suyo? Si antes éramos mi mamá y yo juntos siempre había más división en mi casa, era muy cansado estar así, enojados, peleando contra mi papá, mi hermano solo en su cuarto no sé en qué momento se volvió todo tan aislado.</p> <p>-¿Sabes en que momento mejoraron las cosas? Si, cuando yo empecé a acercarme a mi papá, también lo hizo mi hermano y tuvo que cambiar mi mamá, creo que a ella no le gusta mucho la idea pero también estamos un poco mejor así todos. También ellos ya aceptan un poco más que no soy heterosexual entonces ya no me siento tan mal.</p> <p>Con mi hermano, estoy bien, de hecho nunca hemos estado mal, yo soy</p>	
--	--	--

	<p>el que me ponía celoso, él siempre ha estado alejado, no se mete en problemas familiares, pero creo que sabe que soy homosexual porque nunca me pregunta que si me gusta una chava, ni nada, al contrario cuando me ve tristón me dice no te agüites no pasa nada grave, no sé a qué se refiera.</p> <p>Cuando mi papá me empezó a dar permiso para salir con amigos y no preguntar a donde iba, fue cuando vi que ya hay más aceptación de quien soy, y se lo agradezco porque eso me ha hecho sentirme mejor, ya tengo amigos del ambiente pero son muy educados y buenas personas, como lo quieren mis papás, pero en eso estoy de acuerdo, estoy bien, me siento contento, creo que tenía mucho tiempo que no disfrutaba como lo hago ahora, ya no solo tengo 2 amigas tengo varios amigos de diferentes lugares y me gusta que me estiman.</p> <p>Después de pasar por varias crisis durante el análisis con respecto a sus papás, está en una fase donde está intentando ajustar la imagen que tiene sobre sí mismo y sobre sus padres.</p>	
Narcisismo	Viñetas	Trabajo clínico
<p>El narcisismo no es un estado carente de objeto (Rosenfeld, H. 1988), los pacientes psicóticos mantienen relaciones objetales omnipotentes narcisistas, es decir, presentan una ocupación narcisista con sus pensamientos y construcciones psíquicas, los objetos son recipientes dentro de los cuales deposita aquellas partes de sí mismos que sienten como algo que causa dolor o ansiedad, se</p>	<p>Viñeta: (inicios del tratamiento). Sabes, he estado pensando lo que dice mi mamá, que no puedo ser amigo de cualquier persona, ni andar con cualquiera, somos otra clase de gente, veo a los demás y están muy chumitas creo que es difícil encontrar a alguien del mismo nivel que nosotros. -¿Qué clase de personas son tú y tu familia? Pues educados, como te digo... hasta se nota en el tipo de gente se ven corrientes la mayoría, no tienen personalidad. -¿Qué es chumita? Indios, nacos, salvajitos. -¿Dices que es difícil encontrar a alguien del nivel que ustedes? Si, o sea, educados, limpios, con clase, es más ni la familia de mi papá</p>	<p>Se señala la importancia de tener amigos, y es una meta del tratamiento, que se desarrolle la capacidad de socializar, sin hacer prejuicios.</p> <p>Por otro lado se le confronta como se oye diciendo que pondrá a prueba a los demás para ver si pueden ser amigos, se usa un tono diferente de voz al señalárselo, que él</p>

<p>identifican con el objeto a través de la proyección o introyección hasta el punto de estar fusionado.</p> <p>La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo (Freud, S. 1914)</p> <p>Debido a la fusión ciertas partes del self llegan a formar parte del objeto, estas partes son las cualidades deseables y en ese aspecto piensa que él es el objeto, cuando sucede lo anterior, esto sirve de defensa para evitar confrontar la frustración y sentimientos de agresividad y ambivalencia, que al identificar que los tiene el objeto y no el self produce envidia, esto hace que se mantenga la fusión para no perder aquellos aspectos de los que carece y se produce mayor dificultad de abandonar las relaciones objetales omnipotentes narcisistas.</p>	<p>la tiene, esto es por parte de mi mamá, pero no sé cómo se fijó en mi papá.</p> <p>-Si no es fácil encontrar personas como ustedes, ¿con quién vas a hacer amistades?</p> <p>No sé por el momento he estado un poco solo, pero no importa. Tengo que dedicarme a salir de este semestre y ya después veré no necesito a nadie.</p> <p>Viñeta: (fase media del tratamiento, dos años en terapia)</p> <p>Te dije que solo era esperar, conocí a una chava que me llevo bien con ella, es educada y de dinero, y su hermano está guapo y es gay, pero solo somos amigos, nada que ver, pero los tres nos llevamos muy bien y los amigos de ellos también se ven bien, no los conozco mucho, aunque nunca falta el naquito que se hizo de dinero y el que no tiene dinero que se siente fresa pero son sus amigos no míos.</p> <p>-¿Convives seguido con ellos?</p> <p>Si, apenas los conocí hace como 15 días, no te había dicho nada porque todavía estaba en proceso de ver si podían ser mis amigos, y se los presenté a mis papás y todo bien, con ellos no tengo problemas para salir a él no se le nota lo gay y son muy amables con mis papás, en 15 días he salido mucho y mis papás no dicen nada, me he divertido y eso me ayuda a no sentirme triste, en cambio los compañeros de la escuela, pobres diablos, se sienten mucho, y andan criticando como viejas lavanderas.</p> <p>-Pues si con ellos te llevas bien me da gusto que ya salgas a divertirte. Si fíjate que hasta ahora lo noto, los otros chavos olían mal, son bien promiscuos ahora entiendo por qué mi mamá me lo decía.</p> <p>-Me da mucho gusto que coincidas con estos chicos con los que te agrada salir, y tus papás no ponen objeciones, pero me llama la atención una cosa ¿De verdad te molestan a los que tú les llamas nacos o fresas o es la percepción de tu mamá?</p> <p>De las dos un poco, creo que influye mucho mi mamá.</p> <p>-Vamos a ubicarnos un poco, entiendo que no toda la gente tiene que</p>	<p>interpreta como sarcasmo para marcar como se escucha diciéndolo; el paciente quiere poner a prueba si los demás son como él podrá ser sus amigos, es decir, sólo quiere a los que son su reflejo, una elección narcisista.</p> <p>Se señala la ambivalencia, el deseo de tener amigos y como los rechaza para generar el mismo mecanismo en los demás, así mismo, se le confronta la influencia de la madre en la selección de sus amigos y como esto le sirve para seguirse manteniendo omnipotente, fusionado con el pensamiento materno sobre los demás.</p> <p>Se promueve la socialización para fortalecer la individuación que el paciente estaba trabajando.</p>
--	---	--

	<p>caernos bien, pero ¿qué pasaría si ellos notan ese rechazo hacia ellos? Tal vez se alejarían, o también me criticarían, no lo gay por algunos de ellos son gay, pero no sé, no los ocupo.</p> <p>-¿Te gustaría alejarlos, dices que has salido y te ayuda a no sentirte deprimido, será que no te sientes solo?</p> <p>Si ya no me siento tan solo, y la verdad no quiero dejar de tener amigos, al contrario quiero tener más.</p> <p>-Tu mencionas que no los ocupas, pero por que no quitar barreras y adjetivos y ensayas un poco tu parte amigable, quieres tener amigos y rechazas a la gente que conoces, ¿cómo es eso?</p> <p>No sé, tienes razón, ni yo me entiendo.</p> <p>-En una amistad es importante seleccionar personas que sean compatibles con nosotros y que no nos metan en problemas, pero te imaginas si hacemos una selección de educación y dinero, y no incluimos que sean buenas personas, leales, divertidas, ¿de qué vas a hablar; en qué escuela estudiaste y cuánto dinero tienen tus papás, cuanto nos parecemos, seremos iguales?</p> <p>Jajajaja se oyó raro, ridículo, es cierto, no me agradan mucho, pero voy a ponerlos a prueba.</p> <p>-¿Ponerlos a prueba?</p> <p>Bueno no sé cómo decirlo... conocerlos más.</p> <p>-Ándale se oye mucho mejor.</p> <p>Jajajaja que mala onda.</p> <p>-¿Yo?</p> <p>Es que lo sentí medio sarcástico pero tienes razón.</p> <p>-¿Cómo escuchas, te voy a poner a prueba para ver si te acepto como amigo “y mi mamá también”?</p> <p>A que payaso me escuche, a parte y a ver si mi mamá te acepta oye se oyó bien pañal, y si es cierto, otra vez aparece lo que quiere mi mamá.</p> <p>-Eres muy buen chico, pero ¿No crees que buscas personas como tú, te fijas en tus atributos y quieres que los demás sean como un espejo que reflejen tus cualidades, como no diferenciándose, rechazas a todo aquel que es diferente?</p>	
--	---	--

	Si un poco, que pena, me siento raro, no sé por qué no había notado eso, aparte de que busco a alguien como yo, también rechazo a la gente y yo odio que lo hagan conmigo.	
Carencia de integración de identidad	Viñeta	Trabajo clínico
<p>Se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes.</p> <p>Presenta vacío crónico, autorepresentaciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás (Kernberg, O. 1987)</p>	<p>Desde los 12 años, me he sentido solo, me siento comoapestado, mucha gente dice estar a favor de muchos derechos y diversidad, pero si es cierto que no lo anden publicando que lo hagan, eso no es cierto, yo que soy homosexual sé que la sociedad ha cambiado en apariencia, pero uno percibe que muchos lo dicen de palabra nada más, dime que gente heterosexual desea que su hijo nazca gay. Una cosa es que puedan resignarse otra que lo deseen, ya vez, no es lo mismo. Uno se quedó sin forma, ni hombre ni mujer, nunca podre tener hijos, nunca seré viril, entonces que soy.</p> <p>-Tú dime que eres. Pues nada.</p> <p>-La nada, ¿sabes que es la nada? Bueno, la nada tampoco pero, no soy un hombre completo ni mujer tampoco, sabes me siento como algún objeto que no terminaron de hacer, algo que se quedó a la mitad. No lo terminaron.</p> <p>-¿Qué les faltó? Definirlo, ponerle para que iba a servir ese objeto, y no dejarlo a medias y utilizarlo para lo que les sirva.</p> <p>-¿Si quitamos la palabra objeto y le ponemos humano que se deja utilizar para conveniencia de otros que pasa? Pues que es un menso y se deja.</p> <p>-¿Para qué le sirve a ese humano dejarse? Si no es un objeto bien hecho, bueno un humano bien hecho quien lo va a querer.</p>	<p>Se contiene el enojo y tristeza del paciente en la idea de estar incompleto, algo que no terminaron, esto se refleja en aquellas partes que él no ve, porque no se le ha contenido ni su piel, ni sus emociones.</p> <p>Se hace señalamiento de su aparato para pensar pensamientos, todo lo toma literal, no analiza y no puede diferenciar.</p> <p>La relación continente contenido se hace presente para contener aquellos aspectos que el percibe como negativos y no sabe cómo integrar porque su aparato para pensar no los ha podido procesar por lo tanto no hay comprensión de ellos.</p>

	<p>-¿Físicamente, solo físicamente le falta algo? No.</p> <p>-¿Psicológicamente, emocionalmente? Sí, quererse a sí mismo, aceptarse.</p> <p>-¿Eso lo podrá desarrollar ese humano? Mmm sí, creo si, si lo puede desarrollar.</p> <p>-¿Entonces no está incompleto, falta crecer o desarrollar no? Sí, pero siento que no puedo.</p> <p>-Físicamente estas completo, tu orientación sexual entiendo que a tus padres les conflictua, pero así eres tú, y hay muchos otros chicos como tú que disfrutan, se divierten, se quieren, porque se respetan, porque no sólo ven su sexualidad, aprecian otras cosas que tienen. ¿Qué idea tienes tú de la homosexualidad?</p> <p>Asco, promiscuidad, perversión, libertinaje, drogas.</p> <p>-Eso, no es homosexualidad, esas prácticas las hacen algunos humanos, y no tienes por qué hacerlas tú. Si tienes razón.</p> <p>-La vida digna, respetable y sana la hace cada ser humano y se vive en todas las cualidades que tenemos.</p> <p>Sí, es que hay muchas cosas que no veo, estoy completo, soy diferente, pero hay cosas que me faltan como quererme, y no estar creyendo todo lo que me dicen, parezco papalote, lo que me dicen hay voy y ni lo pienso.</p> <p>-Exacto, no piensas tus pensamientos, no los analizas, lo que te dicen automáticamente lo apropias como tuyos y como te dicen muchas cosas no alcanzas a completar una idea, una forma de pensar, una identidad y te sientes incompleto pero de tus ideales, en lo demás está claro quién eres, ¿un cuerpo masculino y una orientación sexual homosexual, no es cierto?</p> <p>Sí, es así, me lo dices y es como cuando un chiquillo se estira y alcanza a verse por primera completo en un espejo.</p> <p>-Pues que padre, ya te viste, ya sabes que estas completo. Como si hubiera entrado a reparación y me completaste.</p>	<p>Muchos de estos aspectos aparecen como en una pantalla proyectados y aglutinados, sin ilación ni coherencia, por lo que lo abruman, son imágenes y sensaciones a las que no se les dio significado, pero al ser perturbadoras quedan como una impresión en su pensamiento concreto y aparecen como aterradoras.</p>
--	---	--

	<p>-¿Nadia fue el espejo? Sí. -Pero Nadia “espejo” no puede reflejar aquello que no existe, el espejo refleja lo que no alcanzabas a simple vista ver y por eso te asomas, pero eso está allí, solo tienes una imagen más completa de ti cuando te asomas, porque creciste como los chiquillos. Woww que padre sentí, es cierto, si lo veo es porque lo soy (empieza a llorar). NOTA: para llegar a esta sesión fueron dos años de tratamiento.</p>	
<p>Vínculo</p>	<p>Viñetas</p>	<p>Trabajo clínico</p>
<p>Las personas presentan ritmos deferentes de cercanía y separación; en este caso la madre necesita estar apegada a otro sujeto de manera intensa y aglutinada y el hijo necesita diferenciarse y personalizarse, sin embargo la madre no permite esta evolución en el hijo.</p> <p>Para Bion el vínculo debe entenderse como expresión del mecanismo de identificación proyectiva tanto desde el niño hacia su madre como el retorno de la madre al niño “identificación proyectiva de comunicación”</p> <p>El paciente en un primer momento se encontraba inseguro por la ambigüedad del vínculo con su</p>	<p>Viñeta (Inicio del tratamiento) -Platicame de tu familia, ¿cómo te llevas con ellos? Mmmm, con mi mamá muy bien, somos muy unidos, ella dice que es como si yo fuera una parte de ella porque me comporto igual, tenemos los mismos gustos, pensamos igual, nos la pasamos juntos, ahora ya no tanto, porque dice que la voy a volver loca, que estoy mal, ya vez que te dije que soy gay, antes con mi mamá hacíamos todo juntos, nos la pasábamos bien padre, no me importaba si tenía amigos o no, porque mi mamá siempre estaba conmigo, pero desde que le dije que yo era gay, ella primero dijo no preocupes yo te voy a ayudar, eso no importa y me sentí aliviado, pensé que mi mamá si me iba a comprender, pero no, solo fue por decirlo, después de unos días se puso muy egoísta, de hecho en las tardes cuando acababa la tarea me iba con ella a su cuarto y como nunca estaba mi papá y mi hermano estaba en su cuarto ella y yo nos acostábamos y nos quedábamos dormidos, pero ahora ya no quiere dice que yo me vaya a mi cuarto que ya crecí, pero esto lo empezó a hacer después de que el dije que era gay. -¿Cuánto hace que le dijiste que eres gay? Hace medio año. -¿Cómo te has sentido después de esta separación que ha hecho tu madre contigo y que percibes que se da después de que le dices que</p>	<p>El vínculo cumple con una función, que es el ligar desde el inconsciente a dos yoes, en este caso el cuidador primario (la madre) y el lactante, por medio del vínculo, el infante podrá conocer sobre sí mismo y su madre, en este caso, el paciente hace un vínculo donde se presenta un fusión de pensamientos, lo que piensa la madre es adquirido por él, lo que la madre le presenta es la verdad única, se presenta vinculo “H” donde la madre odia todo aquello que no es como ella, todo aquello que interviene entre su hijo y ella y odia todo aquello que no puede controlar, se presenta el vínculo “L” el amor que se</p>

<p>madre, en ocasiones se encontraba accesible y en otras distante y rechazante. El rechazo y amenaza de abandono generaron una fuerte ansiedad e irritación que obstaculizó la posibilidad de exploración del entorno.</p> <p>La amenaza de regresión a lazos tempranos y la incertidumbre en el compromiso son características entre los 18 y 23 años. Se necesita bastante experiencia y elaboración de las relaciones adultas antes de que pueda alcanzarse la constancia en las relaciones (Kernberg, Paulina. 2000).</p> <p>Los niños con apego desorganizado quizá se encuentren demasiado pendientes del comportamiento de sus madres y su estado intencional; no pueden permitirse errores en la predicción del comportamiento de la persona que proporciona el cuidado primario.</p>	<p>eres gay?</p> <p>Decepcionado, por las noches lloro, mi mamá nunca me había tratado así éramos tan cercanos, nunca me imaginé que ella iba a reaccionar así si no mejor no le hubiera dicho nada, por eso pienso que ser gay es como un castigo, ni mi madre me quiere, estoy solo mi familia me rechaza, la escuela, mucha gente rechaza a los gays, me siento muy solo, no nada más no te quieren a parte se burlan, sabes lo que es estar en una casa donde mamá dice que doy asco por ser gay, uno de mis terapeutas me dijo que, que asqueroso es ser gay, en la escuela se burlan, no tengo amigos, para que me quieren vivo.</p> <p>Viñeta (fase media del tratamiento)</p> <p>Me he sentido triste, todas mi amigas ya tienen novio, soy el único que no, a parte ni podría encajar en ese grupo, los novios de mis amigas no van a aceptar gays.</p> <p>¿Sabes qué? a veces me dan muchas ganas de ser más amistoso, de llevarme bien con todos, creo que todos merecemos una oportunidad de conocernos y si ellos no quieren pues ni modo, pero yo haré el intento, tal vez pueda ganar amigos, el otro día le pedí permiso a mi papá para salir con mis amigos, me dejó salir se me hizo raro, es que primero le pedí permiso a mi mamá y me puso carota, y mi papá le dijo a mi mamá ya déjalo salir, y me dijo vete, es que mi papá ha visto que he mejorado calificaciones, y que realmente no hago nada malo, tal vez sea eso. Después de esa fiesta mi mamá anda muy rara me dice que me estoy alejando de ella, que soy un malagradecido y que si pienso que voy a hacer de mi vida lo que quiera que estoy muy equivocado, que no me va a dar mucha libertad porque se va a convertir en libertinaje pero... (Silencio) no importan ahorita me puede decir lo que quiera, mi papá me apoyo, y eso me hace sentir mejor.”</p> <p>Tercera fase del tratamiento:</p> <p>Estoy agüitado por las reacciones de mi mamá -¿Cómo está reaccionando tu mamá?</p>	<p>tienen cuenta con aspectos patológicos por el grado de fusión y agresión, sin embargo, hay también un amor por ambas partes que les permite preocuparse genuinamente por ellos mismos y por otros y el vínculo que se encuentra en “-K” donde el paciente no quiere conocer más allá de lo que la madre le presenta, hay un bloqueo en el pensamiento una detención en su desarrollo que no le permite diferenciar su pensamiento del materno, la madre es el puente entre ella y el padre y ella y la realidad, la madre le ha presentado una imagen agresiva del padre y de los otros, por ello el paciente sin su madre siente que se desmorona, como consecuencia con tal de retenerla creará en su madre a costa de su diferenciación y salud mental.</p> <p>Cuando el paciente va pensando sus pensamiento va adquiriendo la capacidad de pasar su vínculo “-k” a un</p>
--	--	---

	<p>Pues mal, cuando le pido permiso para ir a algún lado me pone cara y me dice que no, o me hace muchas preguntas, con quien voy a ir, a qué hora, no me quiere dejar salir mucho tiempo, y así se la pasa, la verdad pensé que mi mamá me iba a apoyar más, pero la entiendo, yo soy su hijo mayor y varón y le fallé, solo está haciendo lo que puede, y aparte yo sé que se preocupa por mí y que no puede hacer más, pero no sé qué hacer. Luego le volví a pedir permiso para salir y mi mamá me dijo dile a tu papá si te deja salir, yo creo que ella pensó que no me iba a dejar y para sorpresa de ella si me dejó y fue bien enojada con mi papá y le dijo pues allá tú si sale, es tu responsabilidad con quien salga, si anda de noviecito con alguien o si le pasa un accidente o algo es tu culpa.</p> <p>Pues es que me quede pensando en lo que platicamos la semana pasada, sobre que pareja me convenía tener y me di cuenta de que era algo que yo no sabía cómo buscar en los demás, tenía idea de lo que quería, pero ahora me queda muy claro, no es tener pareja, nada más por tener, es tener una que de verdad valga la pena para mí y que yo me sienta a gusto con su personalidad, antes me sentía urgido por tener pareja para no estar como el hongo.</p> <p>-¿Qué piensas ahora de tener pareja, si ya no estas urgido?</p> <p>Que voy a tratar de tener paciencia y de buscar a alguien que de verdad me interese.</p> <p>-¿Qué va a pasar con tus papás cuando encuentres a alguien?</p> <p>Mi papá yo sé que no está de acuerdo, en su momento tendría que ver cómo le hago, pero mi mamá a todos les pone pero, no sé qué voy a hacer, pero ahorita no quiero preocuparme por eso, ya cuando encuentre a alguien me preocupo.</p> <p>-Me parece inteligente de tu parte que no te preocupes por algo que todavía no pasa y así también no te estresas de más, ¿Oye y te has dado cuenta que te ha ayudado a no estar urgido de una pareja?</p> <p>Si, lo que hemos estado platicado, que ya he buscado tener amigos y no trofeos, que debo de disfrutar de estar con otra persona que sea positiva para mí, pero no debo estar en un casting, y eso me ha</p>	<p>vínculo” K “, por lo que al conocer otra realidad de sí mismo, de la madre y el padre, comienza a tener una imagen más realista del padre y por lo tanto de los otros, adquiere mayor seguridad en sí mismo, se modifica la percepción de la realidad y se presenta la diferenciación con la madre en un mayor grado.</p>
--	--	--

	<p>ayudado mucho, no me siento solo, de hecho pues mi papá ya me deja salir seguido y llevar amigos y no me dice nada y él mismo platica de mis amigos y me pregunta como estoy, y ahorita quiero seguir acercándome a mi papá, salir con amigos y mi hermano, ah! también la escuela, los trabajos en equipo y mi amigos me ayudan mucho estoy mejor.</p> <p>-¿En la sesión inicias diciéndome que estas agüitado porque tu mamá no te deja salir y ahora me dices que te sientes mejor?</p> <p>Si tienes razón, me sentía mal al inicio de la sesión pero fui sacando cosas positivas que me ha estado pasando.</p> <p>-¿Pero que también has trabajado mucho para que sucedan?</p> <p>Sí, eso sí, entro de una manera al consul u me pongo de otra ¿qué bipolar no?</p> <p>-Jajaja, no eso no es ser bipolar, las dos existen a tu mamá le cuesta trabajo verte como un joven, pero tú has hecho muy bien tu trabajo de crecer y aparte te está apoyando tu papá en este crecimiento.</p> <p>Si eso es lo más padre, me siento más seguro y tranquilo desde que mi papá está más cerca de mí.</p>	
--	--	--

Intento suicida	Viñetas	Trabajo clínico
<p>El “síndrome presuicida” consiste en cambios notorios en el carácter, con tendencia a la retracción y pérdida de interés, (Beck, 1993).</p> <p>Ajurriaguerra (1986) menciona distintos significados de las personas con tentativa suicida entre ellas la huida, el duelo, el castigo, el crimen, la venganza, el chantaje, el sacrificio y el paso a un estado superior. Aborda también el marcado rasgo psicótico que surge en el momento suicida, en el que afloran los mecanismos de defensa primitivos como la escisión y una pérdida temporal de la prueba de la realidad.</p> <p>En las sesiones se observa cómo se presenta el mecanismo de escisión, del cual él no se percata hasta que durante el proceso de psicoterapia se le va señalando, “si yo me mato van a sufrir mis papás y mi hermano, pero los dejo libres y a gusto y yo soy el que se sufre, para que me tuvieron mis papás, ahora</p>	<p>Viñeta: (inicio del tratamiento)</p> <p>PRIMER SESIÓN DEL TRATAMIENTO: El paciente en un inicio de la psicoterapia presentaba aislamiento, hacia muecas principalmente meter y sacar los labios como si se los humectara, se balanceaba hacia atrás y hacia adelante, las manos entre la piernas y la mirada fija hacia el piso, pocas veces hacia contacto ocular, inicia la sesión diciendo: Hola, pues que digo..., bueno, ya sé cómo es esto de la terapia, últimamente no hablo mucho en la escuela; mis compañeros o amigas con los que me llevo mejor me dicen ya pláticanos algo, di algo no te quedes callado, pero yo les digo es que yo prefiero escuchar, dicen que no hablo, que me aísló, me preguntaron que si estaba depre, pero no sé, solo no me dan ganas de hablar, ni hacer nada, me siento como que estoy adormecido, como si tuviera sueño, pero lo raro es que cuando tengo que dormir me da insomnio.</p> <p>Una de la principales cosas por las que vengo a terapia es porque hace una semana tome muchas pastillas, y me puse muy mal y fue cuando el psiquiatra regañó a mi mamá, le dijo, ¿qué espera a que se mate? Y pues ya mi mamá te llamo. Tomé fluoxetina, olanzapina y clorpromazina, las mezcle y me las tome en mi cuarto, pero mi mamá me cachó le llamó a mi papá le hablaron a los doctores, me inyectaron y me llevaron al psiquiatra, me querían internar, pero mis papás no quisieron porque les da vergüenza que se encuentren a alguien conocido y digan que tienen un hijo loco, cuando me regañan eso me dicen, ese día mi mamá no me dejo salir con amigos porque pensó que iba a con amigos homosexuales, y me dijo que no, que prefería verme muerto que con un homosexual... yo me sentí muy mal, sentí algo helado en mi estómago, muy vacío, me fui a mi cuarto y me acosté, me sentía paralizado, no me podía mover, entonces cuando me pude levantar decidí tomarme las pastillas, pensé si voy a estar así todo el tiempo ni para qué hacerlos sufrir y tampoco ellos a mí, yo no decidí ser así, ser homosexual, doy asco, yo también me odio.</p>	<p>El tema del suicidio estuvo presente en los primeros tres meses del tratamiento de manera intensa, posteriormente se presentaba el pensamiento de muerte constante, sin embargo, solo se quedaba en el pensamiento ya no pasaba a la conducta, el pensamiento aparecía de manera automática, una manera de agredirse y agredir mentalmente a los demás.</p> <p>El suicidio es uno de los factores de riesgo principales que presentaba el paciente, por lo que parte importante del tratamiento fue contener el bajo control de impulsos y la agresión que iban de la mano.</p> <p>Se trabaja con la proyección del instinto de muerte, que promueve la aniquilación.</p> <p>Se trabaja con evitar la recaída del paciente, cuando se presenta una de las dinámicas familiares donde la madre se altera, se</p>

<p>que se aguanten con un hijo homosexual así vivirán todo el tiempo”.</p> <p>Searles (citado por Ongay 1997) el psicótico existe en la medida que alguien importante de su medio ambiente ha actuado para enloquecerlo. El padre enloquece pero no mata y al mismo tiempo se preserva de enloquecer o morir él mismo.</p>	<p>-Descríbeme que pasaba o que estabas haciendo en el momento que decides tomarte las pastillas, si recuerdas detalles de posturas o sensaciones descríbelas también.</p> <p>Estaba solo, encerrado en el cuarto porque no me dejaron salir con mis compañeros, estaba acostado de lado, realmente esperaba que mi mamá fuera a decirme que sí podía ir a la comida pero con un gesto de que me quiere, pero no, nunca llegó, como siempre se enoja y me deja de hablar, quería dormirme pero no podía, solo sentía mucho odio hacia mis papás y hacia mí, me empecé a sentir frío.</p> <p>-¿Qué pasa en ese momento cuando te sientes frío?</p> <p>Pues recuerdo que no puedo moverme, estoy llorando, lo único que quería era hacer que mi mamá sufriera, la odie, no sabes cuánto la odie.</p> <p>-¿Cuándo sientes este odio hacia ella, que imágenes pasaban por tu cabeza?</p> <p>Deshacerla, desaparecerla, desgarrarla.</p> <p>-¿Recuerdas que sentía tu cuerpo?</p> <p>Si... mucho enojo, siempre ella con su maldito poder hace lo que quiere, no piensa en los demás sólo en como ella se siente bien, sentía asco, me sentía inmóvil, pesado, al mismo tiempo sentía como si una sombra triste me abrazara.</p> <p>-¿En ese momento de sentirte inmóvil, para que crees que te servía esa sensación?</p> <p>No se... (Piensa por un momento) tal vez para no matar a mi mamá, (sonríe sarcástico) nunca lo había visto así.</p> <p>-¿Y la sombra triste para que sirvió en el momento?</p> <p>Pues estaba muy triste me sentía nada, como que me desmoronaba, entonces empecé a tranquilizarme, me sentía como dormido, y decidí tomarme las pastillas.</p> <p>-¿Te arrepentiste en algún momento de haberlas tomado?</p> <p>Me dio mucho asco y tenía al principio ganas de vomitar y pensé guacala y me dio miedo pensé para que me las tome, pero eso pasó rápido, porque inmediatamente me acordé de todo lo que me pasa con mi mamá y en la escuela, y me sentí seguro y tranquilo de saber que ya</p>	<p>promueve meterlo nuevamente a la simbiosis con la madre, lo cual el paciente ya no lo permite, dándose el resultado esperado.</p>
--	---	--

	<p>no despertaría, no me acuerdo más.</p> <p>-En este momento que lo estas recordando ¿qué pasa en tu mente o que sensación tienes?</p> <p>Estoy triste, siento como un peso muy fuerte encima, esto no he dejado de sentirlo, el medicamento me ayuda a sentirme mejor pero eso no hace que se mejoren las cosas con mi familia y en la escuela y me vuelvo a sentir mal, he estado pensando que tal vez lo volvería a hacer, no sé.</p> <p>-¿Lo volverías a hacer?</p> <p>Yo creo que sí.</p> <p>-Cuando lo has pensado, ¿qué imágenes tienes de eso?</p> <p>Tomar pastillas otra vez y darme rápido con un exacto en las venas, para asegurarme de no regresar.</p> <p>-¿Te has fijado en qué momento se te viene a la cabeza la idea de matarte?</p> <p>Si cuando peleo con mi mamá, cuando alguien me rechaza o se burla de que soy homosexual.</p> <p>-¿Has imaginado tu velorio?</p> <p>Sí, me imagino que andaría mi fantasmita en el velorio y unos días después para viendo que hacen los demás.</p> <p>-¿Qué te gustaría que pasara?</p> <p>Que sufrieran mucho, sobre todo que mi mamá sufriera, que no pudiera vivir ya a gusto, y que todos se sintieran mal por cómo me trataron.</p> <p>-Hay mucho enojo en ti, veo que eso puede hacer que no pienses con claridad y te lastimas.</p> <p>Sí.</p> <p>-El psiquiatra le dice a tu mamá que vengan, y por eso llama, ¿Tú quieres asistir a terapia?</p> <p>Si, está bien.</p> <p>-¿Te incomoda algo de estar en terapia?</p> <p>No, está bien.</p> <p>-Ok, para poder trabajar juntos, es importante que te comprometas con el tratamiento, un suicidio se comete cuando la persona se encuentra</p>	
--	--	--

	<p>alterada y por lo mismo no puede decidir lo adecuado para sí mismo, tú me acabas de explicar que te sentías enojado, adormecido y triste, y uno de los compromisos, es que si tú te sientes así, debes llamarme y no lastimarte ni lastimar a nadie, ¿crees que lo puedes hacer?</p> <p>Si, ya me siento mejor, me controlo más.</p> <p>-Ok. Necesito hablar con tus papás también, sabes que es parte del tratamiento, ellos deben trabajar con nosotros desde otra manera. Si yo le digo a mi mamá que te hable.</p> <p>Viñeta:</p> <p>-Hola ¿cómo estás?</p> <p>Muy bien gracias, ¿tú como estas?</p> <p>-Bien gracias, te veo mejor ¿Cómo te has sentido? (muestra mejor estado de ánimo, se ve más activo).</p> <p>Bien, mejor que otros días, a mi mamá ya se le bajó el enojo, hemos estado platicando, no le he querido tocar el tema de la homosexualidad, ¿para qué?, es necia no va a cambiar, entonces mejor no hablo nada, a parte como estoy en terapia no necesito hablar de eso con nadie, me espero y lo hablo aquí, mi papá nada más pregunta que como estoy, y ya es todo, mi hermano ni se mete, de hecho no sé si sabe todo lo que me pasa, mi mamá me dice que está muy chico y no entiende que no hay que decirle nada y menos de la homosexualidad para que no se avergüence de mí, y como estoy bien con mi mamá, me tranquilizo mucho.</p> <p>-Veo que el que tu mamá este sin enojarse contigo te hace sentir mejor. Si, la verdad sí, me siento muy diferente, es que cuando mi mamá se enoja parece como un fantasma, da una sensación rara en toda la casa, parece velorio, y eso también lo dijo mi papá y mi hermano, mi mamá lo es todo para mí.</p> <p>-Esto me hace recordar lo que dijiste la sesión pasada, “el maldito poder de mi mamá, ella hace lo que quiere”, y ahora dices que cuando ella se enoja se siente como un velorio, ¿entonces de verdad tiene mucho poder, puede hacer cambiar la sensación de la casa?</p>	
--	--	--

	<p>Si y mucho, y es que yo siempre estoy con ella y cuando nos enojamos pues luego, luego siento su ausencia, mi papá trabaja todo el día, pero igual cuando llega a la casa pues platica con mi mamá y mi hermano encerrado en su cuarto como que ni nos fuma es muy lejano a la familia, pero no le gusta que mi mamá se enoje con él porque le quita los permisos.</p> <p>-¿Y ahora que no estás enojado con tu mamá como ha sido la relación con ella?</p> <p>Igual muy cercana, pero estábamos viendo la tele y salió algo de los gays y luego, luego los criticó, como para que yo me dé cuenta de que estoy mal, eso no necesita decírmelo eso lo sé, soy un asco, pero no puedo cambiarlo, qué más quisiera, crees que yo quisiera pasar por esto, pero ni modo, tendré que cargar con esto.</p> <p>-¿Te das cuenta que piensas en homosexualidad y lo relacionas inmediatamente con asco, rechazo de tu mamá, te enojas y piensas en la muerte?</p> <p>Sí, es cierto. Pero es que me he fijado que en casa no es nada raro pensar en matarse, mi mamá ahora dice que no, pero recuerdo cuando estaba chiquito que ella me platicó que una vez pensó en suicidarse, su hermana lo intento en la preparatoria y un primo también ya lo intento una vez.</p> <p>-¿Entonces ya varios lo han intentado en tu familia?</p> <p>Si y un tío ya se suicidó, no me han dicho por qué y tampoco he preguntado, pero lo hizo.</p> <p>-¿Tú has aprendido que es una manera de solucionar los problemas?</p> <p>Oye si es cierto, hay un problema y todo mundo se quiere suicidar, pero no sé por qué.</p> <p>-Pues es algo que definitivamente tenemos que investigar ¿por qué buscan esa solución? y lo grave es que ya lo aprendieron tú y tu primo. Si es cierto.</p> <p>Viñeta: Estoy hartos apenas antes te dije que estaba mejor y hoy me siento</p>	
--	--	--

	<p>terrible, tengo un amigo gay desde hace mucho, como tres años, y me lo encontré en la plaza, me saludo y fue bastante efusivo es muy gay y mi mamá se puso furica, fue y delante de él me dijo ya vámonos no pierdas el tiempo, él la saludo muy educado y ella ni lo volteo a ver ni le contestó, se quedó sacado de onda, y me dijo “ no inventes como te dejas ver en la calle con esa clase de gente que parece que trabaja en un circo de fenómenos” ¿tú crees? (lo dice enojado e indignado) o sea que le pasa, porque es tan grosera, porque le preocupa más otra gente que yo, ya sé que habíamos visto que aprendí a arreglar las cosas pensando en el suicidio, pero con esta madre cualquiera se mata, cada vez me desespero más porque sé que nunca me va a volver a aceptar como antes, y la única manera de quitarme la homosexualidad es matándome, así no sufren ellos ni sufro yo. Me dice que soy un muchacho estúpido que me quieren ver la cara, que no me puedo cuidar yo mismo que ella lo tiene que hacer, pero si vieras sus ojos, parece que me quiere asesinar con ellos.</p> <p>-Ya veo, ¿entonces parte de tu pensamiento suicida es una manera de complacer lo que tú percibes en ella?</p> <p>¡Hay!, se oyó muy feo eso... sentí muy feo en el estómago.</p> <p>-Lo escuchas feo, pero en el momento de intentar o pensar en suicidarte lo ves muy natural, como la mejor manera de corregirte; otra cosa no sé si la intención que expresa tu mamá en la mirada sea asesinarte, pero así los interpretas tú.</p> <p>Me dolió esto que dijiste.</p> <p>-¿Crees que me equivoco?</p> <p>No, creo que por eso me dolió, como si nunca hubiera visto esa parte.</p> <p>-¿Cómo si vivieras dos fases diferentes que no se tocan?</p> <p>Como no entiendo.</p> <p>-Sí, cuando te alteras aparece una parte de ti que te quiere aniquilar y entonces tienes el pensamiento suicida; y cuando estas tranquilo aparece esta parte que en éste momento siente feo escuchar que te quieres dañar, pero esta parte de que te hace vivir parece estar debilitada por que en momento de crisis no aparece, y llegas al grado</p>	
--	--	--

	<p>del pensamiento de aniquilación. Sí, eso es cierto. -Por supuesto que te sientes terrible, viajar de la vida a la muerte con todas las emociones que esto implica es muy cansado y desequilibra a cualquiera; en dos días estar de un polo emocional al otro, cualquiera se sentiría mal. ¿Qué hago? -¿Cómo quieres vivir, es lo primero que tienes que decidir, tranquilo o así como ahora? Quiero vivir tranquilo, que no me afecte tanto las cosas. -Entonces tenemos que inclinarnos a trabajar porque los momentos de crisis los controles y no te controlen a ti. Ok, ojala que sí, ya no puedo, estoy cansado. -Yo te creo.</p> <p>Viñeta: (fase final, 5 años de tratamiento). Morirme sería lo peor que me podría pasar, ahorita mi sueño es ser muy exitoso en mi escuela, poder tener parejas que me hagan sentir bien emocionalmente y amigos, ya estoy concentrado en hacer todo lo posible por empezar a mejorar, sé que no es de la noche a la mañana pero si le hecho ganas sé que lo puedo hacer, ve mi edad y ya trabajo, estoy en la universidad, creo que tengo todo para lograr lo que yo quiera, bueno dentro de lo normal no voy a ser alguien millonario, o quien sabe, yo le voy a echar ganas, ya sabes mi narciso (se ríe) .</p> <p>Viñetas: las siguientes viñetas se dan en la fase final con 5 años de tratamiento; se comienza la prevención de recaída que se trabaja por 5 sesiones; al obtener el resultado esperado, que es no dejarse estresar y llevar por la dinámica familiar se comienzan a espaciar las sesiones a cada quince días por 6 meses ; y los siguientes 6 meses una vez al mes.</p> <p>Hola, que crees, las fiestas de fin de año, nos la vamos a pasar una</p>	
--	---	--

	<p>fecha con una familia y otra fecha con la otra. No quiero ver a algunos de mis tíos, ya ves que son bien entrometidos, y se la pasan echando pleito, y así como es mi mamá de impulsiva no me quiero imaginar, va a estar hablando de todos, sintiéndose agredida, reclamándole a mi papá que está inconforme, que él no hace nada por ella.</p> <p>-¿Y tú que piensas hacer si a tu mamá le pasa eso?</p> <p>Yo nada, que se peleen, ellos.</p> <p>-¿Tú papá que crees que haga?</p> <p>Pues así como anda, se va a divertir y ella se va a enojar, va a andar toda frustrada.</p> <p>-Pero tú vas a dejar sola a tu mamá, si se frustra es porque está sufriendo, no vas a hacer nada por ella, siempre han sido muy cercanos.</p> <p>No sé qué hacer, pues si se va a sentir sola, pero es bien cansado estar con ella cuando se pone toda neuras, que hago.</p> <p>-¿Cuándo llegan tus familiares?</p> <p>En unos cuatro días.</p> <p>-Pues vamos a ver qué pasa, no hay que adelantarnos, pero eso sí, no sé si te vas a aliar a tu mamá para que no se sienta mal, o con tu papá y te diviertes, o bien, también puedes tomar otras opciones con todos los recursos que has desarrollado, lo que tu creas más apropiado para ti, que no te cause tanto problema y te puedas sentir bien contigo.</p> <p>Pues si a ver qué pasa.</p> <p>Viñeta:</p> <p>Hay! ya llegaron mis tíos, y dicho y hecho mi madre de dramática, y me acordé de ti al ver que estaba toda quejumbrosa con mi papá e intenté calmarla pero luego, luego mi mamá intentando poner a la familia (esposos y los dos hijos) en contra de todos, y nomás de verla, pensé oye mi terapeuta diciéndome todo el tiempo que no me enganche y ahora me dice que como la voy a dejar sola, yo me sentía bien absorbido por mi mamá, y pensé ¿y si me está poniendo a prueba la terapeuta? y luego pensé ¿no será mi paranoia y de verdad la tengo</p>	
--	--	--

	<p>que ayudar?, al final dije hay me vale que se haga bolas yo no me meto en problemas, si la escucho para que no se sienta solilla, pero también le ayudo a mi papá a atender a los familiares y me siento mejor, también pensé, oye tanto tiempo en terapia debo confiar en mí, e hice lo que yo quise.</p> <p>-Muuuy bien, ¿entonces pensaste que te puse a prueba?</p> <p>Hay si sorry, lo siento pero no sabía qué hacer y pensé en eso.</p> <p>-No, está bien, no hay por qué disculparse por que si lo hice.</p> <p>¡En seriooooo!</p> <p>-Sí, ¿qué piensas?</p> <p>Aaaah, pues no sé, pero no hice lo que mi mamá quería.</p> <p>-Eso es lo importante que no dejes llevar por los demás, que ya sepas manejarte de manera independiente y madura.</p>	
--	--	--

Sexualidad

Identidad sexual	viñetas	Trabajo clínico
<p>La identidad sexual es un proceso psíquico, social y cultural que se realiza mediante la intervención de una serie de modelos ofrecidos por la familia, la sociedad y la cultura; la identidad implica ser semejante, parecido a otros: cada varón y cada mujer se construyen de conformidad a otras mujeres y varones que se encuentran en el entorno familiar y social.</p> <p>En la primera parte de la adolescencia el individuo posee una actitud autoerótica, no ha logrado salir de sí mismo pues no posee todavía herramientas psicológicas y sociales que le permitan relacionarse con el mundo exterior, primero le es más fácil relacionarse con personas del propio sexo para pasar posteriormente a relacionarse con alguien del sexo opuesto.</p> <p>Sin embargo el paciente no puede relacionarse con el mundo exterior ya que se mantiene funcionando en la fase esquizoparanoide por lo que la imago materna se presenta como</p>	<p>Viñeta: (Inicio del tratamiento)</p> <p>-¿Recuerdas cómo es que te das cuenta que te gustaban los hombres? Cuando era pequeño recuerdo que me gustaban los compañeros, eso fue desde que estaba en el kínder, veía que a mí me gustaban los hombres y no las mujeres y se me hacía raro, pero no comenté nada, no por miedo a que me regañaran porque ni sabía, pero algo me decía que debía callarme creo que me daba vergüenza, cuando entre a la primaria lo confirme, un compañero de la escuela me gustaba, también me gustaba que lo invitaran a hacer pijamadas o me invitara porque así dormía con él y a veces me imaginaba que nos habíamos casado, porque dormíamos en el mismo cuarto, tampoco nunca dije nada y yo creo que nadie lo notó por que no dijeron nada, en la escuela me gustaba jugar con mujeres, ya como en cuarto de primaria yo sabía que no podía decir nada, pero cuando ellas hablaban de que les gustaba algún cantante o algo yo pensaba lo mismo y me imaginaba que les decía mi opinión, pero obvio no podía, todo fue muy tranquilo hasta que entré a la secundaria, allí por probar a ver si me iban a gustar las mujeres tuve una novia a la que nunca besé porque me daba asco y las chica que no me daba asco era súper presumida y muy mala onda, siempre andaba con los chavos de más dinero o guapos, yo ni al caso, a parte siempre he sido tímido.</p> <p>-¿Qué pasa con esta chica que fue tu novia? Pues nada, nunca las abraza, ni las bese, es más creo que después de que le dije que si quería ser mi novia nos dejamos de hablar, y ya, comprobé que las mujeres no me gustaban.</p> <p>-¿Cuándo te reafirmas que te gustan los hombres después de esta experiencia, hay algún cambio en ti, o como te vives? Mal, me decepcioné, tenía esperanza de que se me quitara, que sólo fuera una confusión como dicen, pero yo no creo en las confusiones,</p>	<p>En la identificación sexual él busca la imagen de un padre fuerte que lo guie y se enoja cuando su padre no representa estas características.</p> <p>Le gustan los hombres masculinos y fuertes, él desea ser protegido, por ello se le interpreta que está buscando en la pareja la figura paterna, esto implica la sensación de protección de un padre de la que ha carecido.</p> <p>Las alucinaciones manifiestan como introyectó la sexualidad invasiva proveniente de los padres, que por su edad y reacciones fisiológicas naturales no puede procesar la vivencia y le generan una ruptura con su propia sexualidad que le genera asco y culpa y una complicación para establecer su identidad sexual.</p>

<p>un elemento indispensable por la fusión de los roles, por ello, el relacionarse con el exterior se le dificulta, y esto repercute en la adolescencia, al no poder relacionarse con los pares y quedarse en la elección de objeto narcisista.</p>	<p>con mis amigas lesbis decimos que en la adolescencia no es confusión más bien te aferras a ser aceptado por la sociedad y eso implica ser hetero, pero no es que uno se cofunda ya lo traemos, si según hay confusión es porque eres bisexual u homosexual, solo falta aceptarlo y quien no pues vive en el closet.</p> <p>¿Esta decepción de la que hablas es la que te hace estarte castigando porque no eres la persona que tus papás y algunas personas en la sociedad te piden que seas?</p> <p>Sí, no sé por qué me tenía que tocar a mí, yo estoy a gusto con ser hombre, por eso no tengo problema, me gusta la ropa de hombre y los deportes, pero, a mí me gusta más ser cuidado, protegido, me gustan los hombres que se ven muy masculinos, fuertes, a mí en ese sentido me gusta ser hombre pero no me gusta ser rudo, ni tosco.</p> <p>-¿Cómo pareja buscas alguien que tenga un rol de papá?</p> <p>Como no entiendo.</p> <p>-Si un hombre masculino, fuerte y protector y tú al que hay que proteger, similar a papá e hijo.</p> <p>Mmm, si tal vez, me checa eso, que raro pero creo que sí, no me imagino siendo como mi papá el que lleva toda la carga de la casa como hombre, o sea, a mí no me gusta ser el que paga las cuentas, ni el que abraza.</p> <p>Viñeta: (fase media del tratamiento)</p> <p>Sabes que estaba pensando, el otro día estaba viendo un programa y decían que la mamá del homosexual es muy agresiva, que es como un hombre y que él papá es medio sumiso, pues estaba pensando que así es mi casa, la que lleva los pantalones es mi mamá, ella es la que manda, la que decide las cosas y mi papá con tal de no tener problemas a todo le dice que sí.</p> <p>-Ahora que tú haces reflexión sobre esto, ¿Qué te parece que en tu familia la que tiene el mando sea la mujer y no el hombre como en las familias tradicionales?</p> <p>No me gusta, como que me da pena.</p>	<p>Su orientación sexual ha influido de manera importante en el desarrollo de su trastorno, por lo que tiene que modificarse la manera de pensar sobre la homosexualidad y sobre sí mismo para controlar algunos síntomas de tipo depresivo y ansioso que lo llevan a la desesperación y el retraimiento de la realidad.</p> <p>La orientación sexual representa un conflicto para su autoaceptación, ya que esta proviene de la poca aceptación de los padres y la sociedad, preferiría ser heterosexual, se siente sucio y con menos valor, esta situación representa un factor importante para las crisis psicóticas, por lo que se hace contención del rechazo hacia la homosexualidad.</p> <p>Es importante que el paciente acepte su orientación ya, que la evolución de un ser humano acaba con el investimento de la identidad sexual (Freixas, 1997), citado por Berengueras,</p>
---	--	--

	<p>-¿Por qué te da pena? Pues porque el fuerte debe ser el hombre, no con eso digo que yo sea machista, pero no me gusta que el hombre se vea como espantado, tal vez que ambos tengan poder pero no que uno someta al otro, eso de que con tal de no tener problemas el otro se aguante...</p> <p>-¿Cuál es el sentimiento hacia tu papá? Enojo, me enoja mucho que no sea capaz de ponerla en su lugar, hay es que sueno como macho.</p> <p>-No importa di lo que te salga, aquí nadie yo no te juzgo, te escucho. Bueno, es que me choca ver como mi papá se somete a mi mamá, no es capaz de calmarla, deja que todo se haga como ella quiera, y ella en lugar de ver que las cosas funcionen mejor, es bien egoísta, si ella está bien, le valen los demás, todas las decisiones que toma son para estar tranquila ella, pero no toma en cuenta como se sienten los demás.</p> <p>-¿No sé si estoy entendiendo, te gustaría que tu papá fuera capaz de controlar a tu mamá en algunas cosas que hace tu mamá? Sí, eso, me enoja ver cómo le obedece en todo, pero no solo le obedece y ya, deberías ver su cara de sumiso.</p> <p>-¿Por qué ese enojo hacia tu papá? Pues así como dicen en la tele si mi papá fuera más fuerte a lo mejor yo no sería... gay, ahí decían que como un hijo va a admirar a un hombre sin valentía, mi mamá veía conmigo el programa y dijo que estaban locos, que por eso a ella no le gustan ni los psiquiatras y menos los psicólogos.</p> <p>-¿Me dices que tu papá tiene la culpa? Mmm, no necesariamente, pero como que me checó lo que dijeron, así como dijeron que eran las familias de los homosexuales así es la mía.</p> <p>-¿Qué pasaría si tu papá tuviera más poder en la familia? Pues mi mamá no mandaría en todo, los permisos, las horas de llegada, donde vacacionamos y con quien, hay muchas cosas.</p> <p>-¿Sabes que el poder nosotros se los damos a las personas? Nadie gobierna si la gente no le da el poder. Sí, es cierto (se queda pensativo y abre más los ojos).</p>	<p>M.</p> <p>Se interpreta que él no es homosexualidad, esta es una característica de él, se promueve que haga amigos, pero conteniendo el riesgo, pues por las constantes prohibiciones de los padres ha buscado personas no adecuadas para compañía.</p> <p>Es importante que busque amistades y pareja en un círculo de amistades sanas y contemporáneas a su edad, ya que al aislarlo de sus coetáneos lo llevaron a tener encuentros de tipo sexual con hombres mayores no conocidos.</p>
--	--	--

	<p>-En tú familia tú te coludes a tu mamá, a la persona fuerte que tu papá le teme y entre los dos atacan a tu papá, y tu hermano se une más a ustedes porque no le conviene estar con el débil, tu papá por lo que tú me dices solo no puede hacer mucho, entonces tu mamá tiene el poder, tú le ayudas mucho a tu mamá a que tenga el poder en casa; toma tu responsabilidad y revisa para que te sirve hacer lo que haces.</p> <p>Que duro esto que me dices, tienes razón.</p> <p>-Si quieres un papá fuerte en casa también tú tienes que hacer algo, ¿Si nos pusiéramos un poco en el lugar de tu papá, que se sentirá ser el papá en una familia como la tuya?</p> <p>Qué horror sin valor, sin fuerza, sin voz ni voto.</p> <p>-¿Sin poder?</p> <p>Si algo así (se queda serio y pensativo).</p> <p>-¿Qué pasó te noto serio?</p> <p>Es que no había visto que yo también le hago lo mismo a mi papá y obvio que no me gustó, porque yo me siento mal por ser homosexual y él que no lo es, no puede también por temor a todos comportarse más fuerte.</p> <p>-Me dices que tu sientes enojo con tu papá por que no controla a tu mamá ¿Qué sentirá tu papá hacia ti al verte coludido con tu mamá?</p> <p>Pobre yo estaría muy enojado, tal vez ya los hubiera mandado a volar.</p> <p>-Entonces tu papá no te ha abandonado, a pesar de todo él sigue ahí al pendiente de tus necesidades y cuando has empezado a acercarte a él, ¿te recibe afectuoso no?</p> <p>Si tienes razón, solo veía la parte que mi mamá me decía, pero no veía que no nos deja y que me quiere. ¿Pero por qué le aguanta a mi mamá?</p>	
--	---	--

CAPITULO 4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una de las principales funciones del psicoanalista radica en ayudar al paciente a descubrir y comprender sus relaciones significativas entre el pasado, el presente y el futuro, actualizados siempre en un presente en el que están contenidos la satisfacción, el amor, la tranquilidad y la alegría a la par de la frustración, sufrimiento, la desesperanza y el miedo.

En esta investigación se hace especial énfasis en la relación madre- hijo con el fin de analizar y trabajar en los conflictos del paciente para promover una evolución en el pensamiento, ya que la introyección de aspectos positivos y negativos en sus relaciones objetales dan origen a componentes de la personalidad de tipo patológicas que en un inicio eran predominantes.

Las operaciones defensivas que el paciente presentaba en un inicio del tratamiento pertenecen a la posición esquizoparanoide de Melanie Klein, se observa como estas han intervenido de manera negativa en el funcionamiento psíquico de Daniel y que repercute en la conducta y el pensamiento, donde se puede observar la falta de integración del yo.

La introyección predominante de Daniel se suscitó por aspectos de la madre, ya que por la relación estrecha que existía entre ellos no permitía mucha aportación por parte del padre y otros objetos externos. La madre del paciente es una persona educada y siempre muy arreglada, su tendencia a ser elitista generaba devaluación hacia los demás, ella se percibía superior junto con su hijo, dentro de los que no están a su “altura” es su esposo y la familia de él, el otro hijo no aparece en su esquema. Sus creencias incluyen la religión donde hay un Dios, pero del otro lado también existe el mal, que lo interpreta a través de demonios persecutorios que conoció por medio de la lectura de cartas y dimensiones alternas donde hay otros tipos de existencias no humanas. Es una mujer exigente, presentaba un cuidado extremo con su hijo, siempre al pendiente de él; el cuidado se refería principalmente a lo académico siempre debía sacar 10, siempre debía

ser educado y siempre, siempre debía estar con ella para asegurarse de que a él no le pasaba nada, las expectativas sobre el hijo eran muy altas y no había opciones, entre estas expectativas eran ser heterosexual. Su pensamiento tiende a ser “estás conmigo o estas en contra” pensamiento que también había adquirido el paciente.

Por el lado del paciente observamos que presenta un self grandioso unido a la madre, ya que la madre siempre lo procuró a él antes que ninguna otra persona, en el discurso materno siempre estaba presente la frase “Daniel es lo más importante”, sin embargo, estos cuidados venían matizados de un intento de la madre de tener el poder mediante la fusión con su hijo y anulación del padre, así el hijo introyecta que el padre está invalidado y que el mínimo intento de diferenciarse de la madre representaba la agresión materna que amenazaba con anularlo igual que al padre; o en aniquilarlo ya que dejaba de hablarle, en este caso la palabra funcionaba como vínculo, si la madre dejaba de hablarle él se sentía aterrorizado, situación que al hijo le generaba sensación de indefensión y culpa porque creía que la madre era buena y el malo era él porque la hacía sufrir, por lo que rogaba por la palabra materna, es decir, por el vínculo - por la vida; por otra parte el sentir que la madre siempre estaba con él provocaba que se sintiera invadido y observado, siente que todas las personas siempre están al pendiente de él y quieren saber qué es lo que piensa o hace, así el cuidado y exigencia materna que en ocasiones era invasiva y controladora lo introyectó como la vigilancia persecutora y exigencias que no podía cumplir (heterosexualidad) esto lo llevaba a el deseo autoaniquilación.

Dentro de la proyección Daniel consideraba a las personas como objetos a los que devaluaba, incluyendo al padre, sin embargo a pesar de ser objetos devaluados, eran objetos de los que había que cuidarse, ya que constantemente lo estaban observando ya sea porque se le notaba lo homosexual, porque querían robarle el pensamiento para vaciarlo y adquirir todo su conocimiento, o lo querían atacar ya sea mediante la burla, desprecio o la violación, el mundo estaba lleno de

agresión, expulsaba también imágenes como demonios que lo vigilaban y lo querían devorar (matar), extraterrestres que abusaban de él.

Esto es un retrato de su psique, se encontraba poblada de aspectos introyectados desde su relación más temprana, de la agresión propia y del mundo que lo había agredido; al transitar estas experiencias violentas que no pudo pensar e integrar les dio un significado persecutor, por lo que necesitaba proyectarlos, tenerlos dentro lo llevaba a la desintegración.

Se encontraba escindiendo el self y el objeto, en ocasiones se consideraba alguien importante, inteligente, nadie lo merecía, los demás le daban asco por sus olores o condición socioeconómica baja, en estas fases tendía a mostrarse sarcástico y agresivo con el padre, hermano y los compañeros de la escuela, en otras ocasiones se autonombra cerdo, sucio por ser homosexual, se odiaba a sí mismo, mencionaba que debería morir y se autoflagelaba porque en esos momentos sentía que todo se acababa y se desintegraba a causa de sus pecados (orientación sexual) por ello se castigaba para sanar su alma.

La imago paterna era de un hombre lejano, egoísta, le molestaba que su padre se le acercara porque le daba asco, sin embargo en los sueños es un hombre deseable sexualmente.

Por otro lado estaba la imago materna, era un objeto virginal, dotada de todas las bondades, incapaz de hacer daño y que había sufrido a causa del maltrato paterno y de la desdicha de estar casada con un hombre como su padre.

La idealización se presentaba en un inicio del tratamiento hacia la madre, esta idealización se extendía hacia la figura femenina y todo aquello que representa a la madre, la mujer; ellas pueden con todos los sufrimientos que les causan los hombres, logran tener hijos y dan la vida por ellos, por ello para tener una parte buena en sí mismo desarrolla su propio embarazo, así logra ser lo que tanto idealiza. Sin embargo este mecanismo al estar vinculado a la escisión y negación y en contraparte a la idealización también en su psique se encontraba una mujer

que daba asco, voraz y persecutora, esa mujer era aquella que representaba en ocasiones su madre y las mujeres que podían ser su pareja.

Por otra parte se daba la negación omnipotente, negando en él y en el objeto materno las agresiones hacia los demás y negando la relación de exclusión que hacían con la familia. El proyectaba todos los aspectos negativos en otras personas, como el padre, los compañeros y en ocasiones la terapeuta, no quería reconocer aquellos aspectos que le generaban miedo de aniquilación y tristeza en sí mismo y en su objeto idealizado, por lo que los plasmaba en sus alucinaciones, expulsaba todo aquello que le resultaba atemorizante del objeto – madre, y así mantenía el control sobre una realidad menos amenazante.

La Identificación proyectiva se manifestaba cuando proyectaba en el objeto partes de sí mismo, como la agresión, el querer devorar al objeto para controlarlo y tener la satisfacción completa, esto hacía que posteriormente él se sintiera en este riesgo de ser devorado, las partes proyectadas y por la cuales quería controlar y poseer al objeto eran partes no integradas, no entendidas vividas en su más temprana infancia.

Presentaba identificación con el agresor, el paciente identificaba con aquellos aspectos de exigencia y rechazo que percibía de los padres, principalmente de la madre, para bajar la angustia de no llenar expectativas o sentir miedo al rechazo materno se identificaba con ella e idealizaba los mismos aspectos que la madre y al no tenerlos se autocastigaba, de igual manera siendo una extensión su pensamiento del pensamiento materno ella mencionaba lo prefiero muerto que homosexual y él llegaba al acto. Esto puede observarse cuando la madre le dice que lo soñó muerto o que tiene miedo a que se suicide y ella se paraliza porque no sabe qué hacer, otra situación es cuando a la madre se le pide que ella de los medicamentos a su hijo para tener control sobre ellos y la conducta suicida y no lo hace, también se le pide a la madre que retire todo lo punzocortante del cuarto de su hijo y ella solo se limita a decirle después de 15 días del intento suicida “yo tengo confianza en ti y sé que lo que hiciste fue una de esas tonterías que haces

para llamar la atención, no considero importante todas las recomendaciones de los loqueros”.

Este mecanismo es una defensa destinada a protegerse uno mismo contra la angustia que surge del enfrentamiento con una persona poderosa o para evitar estar a merced de una persona de estas características, la identificación con el agresor juega un papel muy importante en la resolución del complejo de Edipo, en la formación de la identidad del adolescente y en la formación del superyó “introyección del agresor”, los niños se identifican con sus cuidadores primarios de manera obvia.

En la vuelta contra sí mismo el rechazo y desprotección que él sentía desde pequeño, lo llevaban a generar una carga agresiva dirigida contra sus padres, pero el miedo a la aniquilación y los temores persecutorios promovían que la dirigiera contra sí mismo, así la aniquilación deseada por la madre hacia el hijo y del hijo hacia la madre queda actuada en el paciente por medio del intento suicida.

Estos últimos dos mecanismos de defensa fueron un punto importante desde el inicio del proceso terapéutico, ya que eran un factor de riesgo para la vida del paciente y había que contenerlos en el menor número de sesiones posibles, estaban en riesgo su integridad física y psicológica a través de relaciones sexuales de riesgo, de la conducta autolesiva y el intento suicida.

Los mecanismos de defensas primitivos (o psicóticos), se organizan para combatir angustias que derivan de la actividad del instinto de muerte, Klein (1988) les otorgó un relieve especial, porque a su juicio caracterizaban las fases más tempranas del desarrollo, y ocupaban el período que se solía considerar la fase sin objetos del narcisismo primario. Los mecanismos de introyección y proyección son fundamentales para el desarrollo de un sentimiento de sí y de la personalidad, y en definitiva, de la composición misma del mundo interno (Hinshelwood, R. 2004).

PRUEBA DE REALIDAD Y ALTERACIONES EN EL PENSAMIENTO

Se manifestaban alteraciones en la percepción de la realidad por lo que la capacidad de ponerla a prueba se perdía. Había presencia de alucinaciones de tipo visual donde ha observado demonios afeminados que representaban a la madre que vigila, pero también sexuada y fálica, pues tenía miedo a que estos abusaran de él sexualmente o lo devoraran.

Cuando inician los brotes psicóticos sentía que su piel estaba deshaciéndose o como si se desintegrara, se estaba desestructurando mentalmente y lo que se deshacía era la imagen del sí mismo y de los demás, lo que lo llevaba a una confusión del ser y al sentimiento de la nada, presentaba miedo a todo aquello que no se le puso nombre porque el objeto primario no estaba conectado con las necesidades del lactante, ésta necesidad era eliminar la angustia por medio de la palabra que lo consolara y los brazos que los sostuvieran, alguien que le devolviera esa angustia en sensación de tranquilidad, es decir, la patología del “Reverie” (Bion, W. 1977) .

Las alucinaciones de tipo auditivo son la expulsión de una parte de los introyectos provenientes principalmente de la madre, escuchaba una voz de mujer que lo llamaba por su nombre y le pedía que se matara porque era sucio; así como la madre lo rechazaba por su orientación sexual, al igual que consideraba que por ser homosexual no poseía inteligencia y que se le pegaría una infección de transmisión sexual no curable y podía morir a causa de la infección, desde el discurso materno se encontraban ideas de muerte, por parte de él parecía tener un filtro que sólo le daba importancia a las palabras de rechazo de la madre y de los demás y se evaluaba alrededor de los comentarios negativos hacia él, esto comentarios daban soporte a las alucinaciones auditivas. En cuanto a las conductas cercanas al suicidio, la madre no toma las medidas precautorias para evitar otro intento suicida y le comunica a su hijo los pensamientos y sueños acerca del tema,

Había alienación del pensamiento, presentaba delirios de robo y lectura de pensamiento, creía que le querían quitar su conocimiento, así, las demás personas serían más inteligentes y mejores que él y también creía que los demás sabían lo que pensaba por que podían leer a través de su cerebro, otro tipo de delirio que presentaba era el delirio de persecución, creía que las personas pretendían dañarlo, que estaban conspirando contra él o había posibilidad de abducción y violación. El paciente sentía que podían manipular su pensamiento porque es lo que la madre había hecho con él, sin embargo, esto no lo hace consciente porque es aceptar la patología materna y las consecuencias de su propia salud mental. El paciente presentaba por su edad necesidad de independencia, de ser aceptado para sostener su autoestima, de tener seguridad y apoyo familiar para enfrentarse a la convivencia con el mundo externo, sin embargo en este caso, el paciente no podía controlar ni evitar la invasión de la madre sobre su pensamiento y sobre su cuerpo, no podía manejarlo y lo sentía como cosas que lo violentaban, comentaba que en ocasiones sentía algo que invadía su cuerpo, ese objeto que se arrastraba dentro de él hacía que se tirará al piso y se arrancara el cabello de la desesperación, no sabía que pasaba con él, solo sentía la invasión, él prefería negar su situación y no conectarse a una realidad. El delirio se presenta como un parche colocado en un lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior (Freud, S. 1924).

Este pensamiento descrito promueve que vea a las personas como agresoras, teniendo en cuenta que sí hay personas que lo agreden, pero que también hay otras que lo quieren ayudar, tiene dificultad de empatizar con el otro, la falla en la empatía proviene desde la patología de la identificación proyectiva, sin embargo ésta tiene un beneficio secundario, se aleja porque cree que se burlan de él, mantiene lejanía con su familia nuclear a causa de celos y así se mantiene en la simbiosis.

De acuerdo a lo anterior se observa que existe una incapacidad para evaluarse a sí mismo y a los demás de manera realista.

Tanto en la organización neurótica de la personalidad como en la límite presentan mantenimiento de la prueba de realidad, en contraste con las estructuras de la personalidad psicótica, así la prueba de realidad consiste en la capacidad de diferenciar el sí mismo del no-sí mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos y la capacidad para evaluar realístamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de normas sociales ordinarias, (Kernberg, O. 1987).

Daniel presentaba dificultad de diferenciar su pensamiento de el de la madre, por lo que se hacía evidente la fusión que había en la diada madre-hijo, por otra parte no podía diferenciar entre los estímulos o las imágenes y sonidos expulsados por su psique de los elementos de la realidad en este caso, las voces, los demonios, el robo del pensamiento, es decir, creer que su cabeza era transparente, así como la imposibilidad de comprender que el cuerpo del varón no es apto para el embarazo, ante esta dificultad de mantenerse en la realidad sus afectos, pensamientos y conductas se veían afectados por los síntomas psicóticos y por los vínculos establecidos desde la temprana infancia.

INTEGRACIÓN DE LA IDENTIDAD Y RELACIONES OBJETALES

La representación de sí mismo y de los objetos carecían de diferenciación, reflejaba una historia llena de contradicciones, con labilidad en el estado emocional debido a la confusión y aglutinamiento de experiencias vividas no integradas.

Las descripciones sobre sí mismo y las demás personas significativas presentaban contradicciones que al escuchar el relato parecía que hablaba de dos personas diferentes, su relato dejaba ver vacío crónico y agresión, pero también amor e idealización al no poder integrarlas emocionalmente la percepción del yo y los otros quedaban empobrecidas, se presentaba un caos en el pensamiento, ya

que al existir la escisión se presentaban dos perspectivas diferentes no integradas y esto lo llevaban a la confusión.

Para lograr una integración de identidad sólida, es necesario contar con relaciones objetales estables y profundas que presenten dedicación, empatía, interés y tacto hacia el lactante. “La calidad de las relaciones objetales es en gran parte dependiente de la integración de la identidad, lo cual incluye no sólo el grado de integración sino también la continuidad temporal del concepto del paciente sobre sí mismo y los demás” (Kernberg, O. 1987).

INTEGRACIÓN DEL SUPERYÓ

En la integración del superyó interfiere la escisión, las representaciones primitivas de los objetos eran sádicas e idealizadas, era apegado a la iglesia y de igual manera la idealizaba pero también la vivía como persecutora, esto lo mantiene fusionado con la imagen de la madre por lo que para él la “madre iglesia” está en el mismo lugar que la madre biológica, pensaba que las dañaba o destruía por su orientación sexual, existía una decepción por parte de los padres por no ser heterosexual, manifestándole abiertamente a su hijo que es una vergüenza para ellos y lo consideran menos capaz de lograr las metas por su condición sexual.

Esto daba lugar a creencias relacionadas con la penitencia, bajo la conducta de autoflagelación que manifiesta por medio de azotes con un látigo para limpiar sus pecados, generaba una culpa punitiva por no complacer a los padres que lo lleva a percibirse a sí mismo como un ser despreciable que merecía castigo, merecía morir por carecer de estándares que él desea como ser humano, es decir, orientación sexual heterosexual y la perfección, el superyó era punitivo, todo esto lo lleva al autocastigo, baja autoestima, autolesiones e intento suicida. El superyó institución fundamental de la personalidad, es la rama de la moral o lo judicial, representa lo ideal más que lo real y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad, funciona irracionalmente y puede deformar la realidad. La

internalización de la autoridad paterna le permite al niño controlar su comportamiento según los deseos de los padres y al hacerlo asegurar su aprobación y evita su disgusto, el superyó del niño no es el reflejo de la conducta de los padres, sino más bien, de los superyós de los padres, (Hall, C. 1983).

El yo de Daniel estaba escindido y el concepto de sí mismo estaba identificado con el rechazo de los padres y las exigencias de ellos basadas en las expectativas que tenían sobre él; comenzaba a sentirse angustiado, miedo a perder a los objetos, contactar con la realidad en ese momento era recibir el desprecio de los padres y el rechazo de los compañeros, la percepción hacía el sí mismo era negativa, de fragilidad y soledad, su realidad era abrumadora y no había un objeto que lo contuviera, que le ayudara a digerir las sensaciones que vivía, su pensamiento era una pantalla llena de objetos bizarros para agredirlo, por lo que la ruptura con la realidad y el intento suicida eran opciones para evitar vivir solo ante la angustia.

ANGUSTIA DE TIPO ANIQUILATORIA

El yo sentía que todo el peligro provenía del exterior, en su angustia predominaba el temor a la aniquilación y separación del objeto.

Presentaba miedo a objetos persecutorios, en ocasiones algunas de ellos tenían aspectos sexuales para seducirlo, estas alucinaciones representan como introyectó una sexualidad invasiva proveniente de la madre, cuando estaba expuesto en la realidad a estas invasiones, por su edad y reacciones fisiológicas naturales no pudo procesar la vivencia y le generan una ruptura con su propia sexualidad que le generaba asco y culpa y una complicación para establecer su identidad sexual.

La angustia de aniquilación en Daniel puede observarse por las amenazas de la madre ante los intentos de individuación de su hijo, así como, los actos y pensamiento de la madre entorno a la muerte y síntomas de esquizofrenia del paciente. La madre menciona con tono sarcástico que su hijo no la sorprende porque dice muchas tonterías, de esta manera se justifica y no se involucra en

su enfermedad, en la toma de medicamentos y en los pensamientos de muerte dirigidos hacia el paciente.

Por otra parte él temía a ser abandonado por su madre, ya que representa para él todo su mundo y sin ella se sentía desprotegido.

Klein (1946), describe como en la posición esquizoparanoide surge la angustia de aniquilación del yo a consecuencia del instinto de muerte innato que opera en el mundo interno, donde se da cuenta el lactante de que el objeto bueno no lo es completamente y comienza a desarrollar un serio temor por él y por su supervivencia.

El instinto de muerte es innato y natural como parte de la supervivencia del ser humano, sin embargo, si no hay quien disminuya la angustia, y al contrario lo aumenta, la psique queda expuesta a la desintegración.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

El paciente presenta síntomas de ansiedad, enojo y miedo a los componentes persecutorios, en ocasiones por su escisión presenta aires de superioridad y en la contraparte de devaluación, había culpa que llevaba al paciente a las constantes autolesiones, autoflagelación e ideas suicidas y un intento suicida, no presenta alteraciones ni deterioro cognoscitivo.

Se encuentran en el paciente alteraciones en la percepción de los sentidos, que dan lugar a síntomas de esquizofrenia paranoide como delirios de lectura de pensamiento, robo de pensamiento, creencia de estar embarazado y de haber ser abducido por extraterrestres; alucinaciones auditivas que lo incitan a devaluarse y suicidarse y visuales como demonios que lo quieren devorar y sensaciones de reptación en el interior del cuerpo, todo esto lo sentía como ataques a su cuerpo o a hacía él.

IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual representaba un conflicto para su autoaceptación, ya que la poca aceptación de los padres y la sociedad, lo llevaban a desear ser heterosexual, se siente sucio y con menos valor, esta situación representa un factor importante para las crisis psicóticas.

Daniel llega a soñar con el padre, su contenido tiene que ver con la sexualidad y el deseo.

Se puede observar en Daniel una fuerte identificación con la madre, la mujer es un héroe y es poderosa. Había una identificación en el pensamiento con la madre así “si ella puede él también, tiene el mismo derecho” (Freud, S. 1914) de esta manera el elige un objeto de amor narcisista se promueve la paranoia y el objeto deseado es el objeto odiado y persecutor “el padre”.

Al no haber mecanismos defensivos evolucionados, el poner al padre como el objeto persecutor y odiado, permite evitar el deseo sexual hacia él.

IMAGEN CORPORAL

En la crisis psicótica se presenta alteraciones en la percepción del sí mismo, esto incluye deformaciones del cuerpo, se ve desintegrado o con cambios absurdos, la representación mental del cuerpo es un elemento básico en la relación de una persona consigo misma y con la realidad.

Presenta distorsión de la imagen corporal, se ve a sí mismo como obeso, flácido, menciona que a veces se observa en el espejo y tiene una sonrisa como máscara y en ocasiones se ve embarazado, cuando presenta ideación suicida menciona que su piel es su piel es dura, fría y acartonada.

El desarrollo del yo tienen sus bases en el desarrollo de un yo corporal que ésta conformado por aquellas representaciones mentales asociadas a percepciones placenteras externas, Winnicott (1956) menciona que en el desarrollo emocional primitivo, la función contenedora de la madre es vital para la continuidad del bebé. La madre que sostiene al bebé con tranquilidad y adecuando la presión de

sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, le proporciona una vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental, ya que el sostenimiento facilita la integración psíquica del infante.

Daniel presentaba una carencia de integración corporal con su yo, ya que se percibía a sí mismo con características que no presentaba como gordura, flacidez, temperatura helada en el cuerpo, faltaba no solo la contención psíquica sino también el holding de la madre que lo hiciera encarnar el yo corporal.

PROCESO TERAPÉUTICO

Transferencia

Las regresiones del paciente se encontraban en torno a una época donde las relaciones son de tipo diádicas, parciales, idealizadas y agresivas, por lo que las necesidades emocionales son más tempranas y demandantes, como consecuencia sus respuestas transferenciales eran intensas, demandantes y organizadas alrededor de síntomas psicóticos.

Durante mucho tiempo se sostuvo que estos pacientes no eran capaces de realizar una transferencia, posteriormente se observó que desarrollan un tipo de transferencia particular y compleja que es la llamada transferencia psicótica”. Esta transferencia es múltiple, masiva e indiscriminada en ciertos momentos y en otros daría la sensación de no existir, como si el otro para el paciente no existiera. Esta transferencia irá atravesando distintos matices, va a requerir de objetos reales estables en su entorno para poderse manifestar, sin embargo la fragilidad yoica y la sensibilidad hacia la frustración requiere la presencia real de un objeto que repare la estructura psíquica (Rosenfeld, H. 1947).

La relación vincular es elemental es este trabajo, ya que por medio de ésta, el yo podía ir tolerando los recuerdos dolorosos de aquellas necesidades básicas del paciente que no fueron satisfechas, Balint (1982) menciona que “la falta básica es algo que le falta al paciente en su interior, que debe ser reparado, tienen la sensación de que esa falta es porque alguien les falló o los descuidó”. Describe que la falta básica puede remontarse a una aguda discrepancia en las primeras fases formativas del individuo, entre las necesidades biopsicológicas y los cuidados materiales o cuidados ambientales deficientes o una actitud demasiado áspera, ansiosa o sobreprotectora, groseramente incoherente, inoportuna, o incomprensiva e indiferente.

La transferencia negativa es importante identificarla en el proceso psicoterapéutico ya que ésta surge de los derivados del instinto de muerte, por lo que se dará la agresión y destructividad por parte del paciente hacia el terapeuta, el paciente en ocasiones trata de apartarse del terapeuta reeditando la relación con sus objetos primarios, sin embargo cuando intenta acercarse lo hace de manera masiva, lo cual también puede ser agresivo e invasivo para el terapeuta, Klein definió la resistencia como la manifestación de una transferencia negativa.

Dentro del proceso terapéutico el paciente siempre buscaba agradar, cuando al inicio y fase media del tratamiento del proceso se le interpretaba que si tenía miedo a hacer enojar a la terapeuta y ésta le regrese agresión, menciona que sí, teme a ser castigado o que ya no haya lugar para el en la agenda de la terapeuta.

En los sueños del paciente se observa como en ocasiones las sesiones se volvían amenazantes para él y llevaba al trabajo terapéutico sueños donde lo perseguían animales o personas, se quedaba solo en casa y temía por su seguridad, pues sentía que alguien iba a entrar a matarlo y/o asesinar a los padres, que las sesiones fueran amenazantes generaba en él no querer involucrarse en la sesión pues parecía en ocasiones retraído, el no involucrarse en la sesión era no involucrarse con la terapeuta, este mecanismo adaptativo era lo que hacía en su

vida diaria, el no querer involucrarse o vincularse con los otros se manifestaba por la sintomatología psicótica, y así se retraía de la realidad, así atacaba el vínculo.

Al observar su comunicación no verbal, es decir sus conductas (silencios, risas sarcásticas, balanceos, muecas, movimientos faciales y corporales) y al interpretárselas, parecía en ocasiones molestarle porque se sentía descubierto y esto favorecía para la interpretación del robo del pensamiento, se le hacía reflexionar que sus conductas eran obvias y que las personas podían entender cómo se sentía, podían detectar lo inteligente que era y también se le señalaba como él no lo podía hacer estas autoobservaciones, lo que generaba una ruptura con la información que recibía y la percepción propia, dando él la interpretación de sentirse observado y temeroso a ser atacado.

Cuando se le interpretó su enojo y deseo de muerte la hacia la terapeuta, compañeros y sus padres, mostraba cierto enojo y vergüenza, sin embargo se le señalaba que no pasaba nada, que esto no se hacía realidad y que aunque la terapeuta sabía que él inconscientemente la quería dañar, no tomaba represalias contra él, y al contrario a todo se le iba dando una interpretación, aclaración y se le ponía nombre, se repitió y se comprobó una y otra vez que su pensamiento omnipotente de daño solo era un sentimiento y se le señaló que lo podía sentir pero controlar, que no lo debía actuar y que no pasaba nada, con este trabajo en las sesiones él comenzó a bajar su angustia aniquilatoria y a la par la culpa, hasta lograr comprender que el enojo es normal, pero no de actuarse no consigo mismo ni con los demás.

CONTRATRANSFERENCIA

La contratransferencia ayudó para que los sentimientos generados en el terapeuta fueran un termómetro para llevar a cabo el equilibrio en el proceso psicoterapéutico.

La contratransferencia puede convertirse en un instrumento afinado para examinar la paciente (Heimann, 1960) citado por Hinshelwood. De esta manera Bion (1959) menciona que así el terapeuta puede ponerle palabras a las experiencias.

En ocasiones la demanda, la agresión o afecto de los pacientes van dando una guía al terapeuta durante el proceso de cómo llevar el ritmo de las sesiones, las solicitudes de contención lo hacen externo mediante la palabra, sentimientos, sueños, fantasías, miedos, entre otros.

En las sesiones en un inicio Daniel ponía a prueba constantemente la paciencia y la presencia de la terapeuta, en ocasiones hablaba del suicidio manteniendo una sonrisa burlona, esperando recibir las mismas respuestas que en casa como el rechazo, esto generaban sensaciones contratransferenciales que llevaban de la preocupación al enojo, sin embargo mediante la empatía, de fondo se sabía que el paciente se sentía igual, lo que él hacía era llevar de la mano a la terapeuta mediante las conductas y emociones presentadas por Daniel a un viaje por el interior de sus emociones, no tenía otra manera de enseñar como su labilidad emocional lo mantenían al borde del suicidio, se sentía entre la desesperación y el enojo con él mismo y sus padres, por lo que estas reacciones se metabolizaban y se devolvían conteniendo al paciente y haciéndole saber que la terapeuta no lo iba a insultar y no lo iba a abandonar.

Cuando se presentaban el brote psicótico Daniel esperaba recibir los mismos comentarios “no existe lo que ves, oyes y piensas”, sin embargo, el ver el dolor psíquico del paciente, su llanto, miedo, su mirada perdida, sus palabras tristes, generaban emociones y sensaciones de un vacío intenso, de alguien estar cayendo al abismo sin quien lo sostuviera, por lo que en un inicio no se le contradecía, se caminaba junto al él indagando el contenido del delirio y la alucinación para después interpretar esto que expulsaba su psique sin poder comprender, cuando lograba pensar sobre esto que sentía y estaba listo para recibir el “tú estas creando esta realidad” se señalaba en las sesiones, no sin antes haber contenido las emociones de Daniel e interpretar y unir los elementos desvinculados y aterrizantes.

CONTINENTE –CONTENIDO

Un eje fundamental en la investigación es la contención del paciente, Daniel mantenía una intensa sensación de fragilidad, con delirios y alucinaciones donde dejaba observar lo vulnerable que se sentía ante el mundo, éstos síntomas comunicaban que el escudo que había encontrado para refugiarse de aquello que le atemorizaba era desconectarse de la realidad y hacer una propia; el paciente lograba tranquilizarse después de expresar varias veces sus miedos y con dolor y angustia lograr comprenderlos mediante el análisis estando de por medio la terapeuta para metabolizarlos y devolverle una realidad psíquica sin temores aniquilatorios.

Necesitaba de un continente donde depositar sus fantasía más primitivas que iban cargadas de agresión, miedo, inseguridad y frustración; alguien en quien volcar sus necesidades psicológicas y se las regresara satisfechas y sin represalias.

Para el paciente saber que el estado mental de la madre la imposibilitaba para ejercer funciones de reverie y conectarse con las necesidades básicas de su hijo fue un golpe muy avasallante, se sintió desprotegido y solo, esto lo hace acercarse al padre y cobijarse en el amor paternal que influyo de manera positiva para lograr que el paciente pudiera internalizarlo y comenzar a ensayar nuevas relaciones sociales, por medio de esto, el paciente logró fortalecerse ya que al observar su conducta y las respuestas favorables lo motivaron a socializar.

El paciente se da cuenta en sesión de que existía una parte muy sana en él, de su parte no psicótica, en estos momentos conectado a la realidad podía hablar de una realidad objetiva, hacia planes a futuro y conversaba de sus más grandes deseos que en ocasiones parecían solo fantasías, gracias a esta fase no psicótica, donde los pacientes pueden percibir la realidad, él podía ir reforzando los recursos que tenía, como cierta madurez, deseos de vivir, deseos de tener una pareja y lograr una profesión, entre otras; fortalecer la parte no psicótica permite una mayor conexión con su instinto de vida e integración de su yo, pero esto se hace posible

por la relación continente – contenido, donde el paciente sabía que había alguien en quien confiar sus pensamientos y estos se iban a corroborar con la realidad, como el niño que constantemente le dice a la madre ¿Y por qué?, donde el niño quiere y necesita comprender, apropiarse y conocer su entorno, pero sin temores, la pregunta se la confía a quien se la resolverá sin angustia, y esta confianza pasa al padre.

Cuando hablaba a través de su parte psicótica que escondía o reguardaba a la amenazada parte no psicótica, se podía trabajar con los miedos y distorsiones del pensamiento, estas distorsiones las expulsaban sus sentidos que habían sido objeto de percepciones frustrantes y amenazantes.

Por otra parte se promueve que se transforme el vínculo simbiótico por uno con mayor diferenciación y más sano con la madre por parte del paciente, para lograr esto pasa por el enojo (cuando se da cuenta de que él representa el poder que la madre desea, y lo ejerce contra el padre, pues por medio del hijo manipulaba al esposo), el miedo, el duelo, pero finalmente comprende que a su madre tampoco se le dotó de recursos para metabolizar sus miedos, y que también sufre de miedo a la aniquilación y sufría por su hijo, lo que genera que finalmente el paciente disminuya su enojo y aumente el vínculo positivo con la madre.

La contención en ese momento era vital para su re-estructuración, pues al existir una relación positiva con la terapeuta, había una re-interpretación de mundo externo, así el paciente al finalizar el tratamiento presentaba las siguientes características:

- Utilizaba mecanismos defensivos más sanos como la represión ya que lograba contener y analizar su agresión hacia los otros y hacia sí mismo, su sexualidad estaba contenida, ya que no solo buscaba pareja por sentirse acompañado, ahora buscaba una compañía con quien compartir, a quien respetar y ser respetado, sabía que una pareja no era un cosa de su propiedad con quien fusionarse y controlar. Mantenía la sublimación por

- medio de las artes y actividades sociales como programas de ayuda con personas de su escuela, por otra parte, lograba comprender los aspectos que eran de él y los proyectaba hacia los otros y aun cuando le resultaba incómodo apropiarse de lo proyectado se dio cuenta de que son aspectos de él que en algunos momentos le pueden servir como los aspectos paranoides que le ayudaba a ser precavido sin sentirse perseguido; la vuelta contra sí mismo, es decir, la autoagresión se había controlado ahora lograba pensar la agresión y detenerla, ya que en un principio era como un pensamiento instantáneo que no pasaba por la reflexión, solo lo actuaba, se trabaja por que éste pensamiento él mismo lo contenga, lo analice y lo detenga, pues ya era una costumbre sentirse mal e inmediatamente pensar en su aniquilación. Finalmente la vuelta contra el yo no era habitual que apareciera y si llegaba a pensarlo inmediatamente el mismo se buscaba solucionar de otra manera sus conflictos. Cuando presentaba la escisión lograba en la mayoría de las ocasiones evaluar sus pensamientos y hacer consciente esta visión dividida que aparecía tanto en él como en las demás personas, la identificación proyectiva aunque en ocasiones seguía intentando controlar al otro con intención agresiva, dio paso de manera considerable a una forma más sana: la empatía por el otro, es decir este mecanismo evolucionó para presentar aspectos sanos.
- La prueba de realidad presentaba una evolución importante, el paciente pudo comprender los síntomas de la esquizofrenia paranoide y así logró hacer consciencia de enfermedad haciéndose responsable de sus propias interpretaciones sobre él, su familia y las demás personas. Sabía que debía cuidarse de no caer en estrés, ya que sabe que es un factor que lo puede hacer recaer en un brote psicótico nuevamente. El trabajo sobre el contacto con la realidad y la esquizofrenia paranoide se dio desde un inició hasta el final de las sesiones, sin embargo es importante mencionar que el paciente después de cuatro años de tratamiento no volvió a presentar ningún brote psicótico, siendo la duración total del tratamiento seis años, trabajando los

últimos seis meses una prevención en la recaída en cuanto a la dinámica familiar y principalmente la dinámica de la diada madre – hijo para evitar que volviera a estresarse y a quedar inmerso en la patología familiar.

- El trabajo con sus angustias y relaciones objetales primarias fueron dando origen a una integración de identidad más sólida, su angustia al ser menos amenazante dio paso que el paciente dejara el vínculo -K y usara un vínculo K con él y con el objeto, al poder re- conocer aspectos negados en los demás y en sí mismo favoreció a la integración del yo y por lo tanto de los objetos.

Al finalizar el tratamiento la imagen del yo, los otros y el mundo externo era más integrada y principalmente realista.

- El superyó del paciente era una continuidad del superyó de los padres, se presentaba exigente, moralista, rígido, punitivo y persecutor, conforme se fue trabajando la rigidez
- La angustia del paciente del tipo aniquilatoria de igual manera evolucionó a una menos amenazante, ya que se dio cuenta de que si sus necesidades no habían sido satisfechas como él lo hubiera deseado, sus padres y principalmente la madre con ciertos aspectos ambivalentes, lo que realmente estaban haciendo era luchar por mantenerlo con vida y eso implicaba su tratamiento psiquiátrico, psicológico y médico y que si ellos estaban dispuestos a mantenerlo en tratamiento era porque existe un amor hacia él, la angustia del paciente no hubiese podido evolucionar de una aniquilatoria a una menos amenazante si los padres de verdad no tuvieran amor por el hijo y aspectos positivos que presentarle al hijo durante el proceso terapéutico para que se sintiera amado.

CAPITULO 5 CONCLUSIONES

El procedimiento psicoterapéutico empleado para este caso es la psicoterapia psicoanalítica, basándose principalmente en contener todos aquellos miedos que el paciente venía desarrollando desde su nacimiento.

La psicoterapia psicoanalítica se convierte en un proceso que restablece el aparato mental, éste último por su potencial de hacer cambios y ser moldeado, queda abierto y listo para nuevas percepciones en las cuales el analista debe estar preparado para contener y ofrecer la interpretación de un mundo menos amenazante.

La formación de los síntomas encuentra su origen en la estructura psíquica, por lo que debemos mediante el proceso terapéutico ir estructurando todo aquello que quedó inconcluso hasta llegar al punto donde se encuentra el principal foco de conflicto. El cambio en la estructura no significa que sea de todo o nada, sin embargo por medio de esta psicoterapia es posible llevar a cabo cambios de evolución.

El manejo de la patología psicótica requiere de un terapeuta que realice funciones estructurantes que no se llevaron a cabo de lo largo de la vida del individuo. Así el terapeuta se convierte en un “objeto reparador” (Palacios, A. 1965), donde se presenta un nuevo objeto real que permite la constancia objetal y la contención necesaria para dar estructura al psicótico.

En el paciente encontramos en un inicio un yo frágil, desestructurado y atemorizado, incapaz de enfrentar las demandas del ello, del superyó y del mundo externo, en la actualidad el paciente se encuentra con un funcionamiento yoico capaz de hacer frente a exigencias externas y de controlar situaciones internas que lo lleven a un estrés donde pudieran manifestarse aspectos psicóticos, teniendo en cuenta que el paciente está consciente que su trastorno no es curable y él debe cuidar su estabilidad emocional y hacerse responsable de sus síntomas.

Los elementos que acompañaron este proceso fueron continente- contenido que se mantiene durante el tratamiento para promover que el paciente pudiera desarrollar un vínculo fuera de su primer objeto, extenderlo al padre y de esta manera al mundo externo, así mismo, que al presentar su mundo caótico encontrara con quien poder darle otra re-interpretación a aquellas primeras impresiones sensoriales y experiencias emocionales y poner un vínculo y un significado donde la madre puso distancia y dejó un hueco sin nombre. La finalidad era metabolizar todas las experiencias y eventos y así lograr un primer estado de integración dando paso al crecimiento psíquico.

El holding en el setting analítico con la intención de promover un ambiente propicio para que el paciente pudiera expresar el contenido de su pensamiento y las percepciones que le causaban angustia, era sostener al paciente desde sus miedos más primitivos para que lograra comprender la desestructura mental que le generaba, estar confundido la mayor parte del tiempo, así los fragmentos de su desintegración recogerlos e integrarlos durante el tratamiento.

Con la intención de modificar el mundo interno del paciente se analizan los objetos buenos y malos internos a través de la imagen que mantenía de sus relaciones objetales, se promueve re-interpretar o darles un nuevo concepto de acuerdo a concepciones más realistas, dando peso a los objetos buenos e integrándolas a su mundo interno, para dar origen a un equilibrio más satisfactorio de realidad interna y externa.

Se trabajó en el desarrollo de un vínculo positivo, éste es un eje central de todo tratamiento, donde se despiertan y desarrollan sentimientos de afecto. Dicho vínculo en el psicótico apareció en la medida en que la terapeuta podía comprender realmente la dinámica en la que se encontraba sumergido el paciente y podía dar sentido al caos emocional en el que vivía. Pero para ello fue necesario que el paciente probara y comprobara una y otra vez que esto es así. Ser un objeto constante y contener los movimientos transferenciales que se iban produciendo fueron la base del vínculo.

Es necesario tener presente que tanto para que se desarrolle un vínculo positivo y sano, como para que se dé una estabilidad vincular, en muchos casos el paciente, desarrollará una transferencia negativa, transmitiendo odios y ataques que pondrán a prueba nuestra capacidad y estabilidad, y que se irá desarrollando de forma intensa y masiva. El éxito o fracaso de este manejo de su mundo interno reforzará o debilitará el vínculo de confianza terapéutica.

Estos movimientos transferenciales y vinculares se van a dar en un marco de situaciones regresivas, muchas veces intensas, que pondrán aún más a prueba la relación paciente-terapeuta. Pues así como el bebé busca un yo estable en el cual estructurarse que es la madre, de la misma manera lo hará en el tratamiento.

Durante e las sesiones Daniel ponía a prueba el vínculo, ya que en la primera fase hablaba de sus pensamientos suicidas, explicaba como lujo de detalle cómo se autolesionaba y como perdía el control sobre sí mismo estando en casa, sin embargo, su conducta era retante durante la sesión y al finalizar decía, “no te preocupes no voy a hacer nada por eso vengo a terapia”, posteriormente en la fase final del tratamiento acepta con sonrisas apenadas que lo hacía para hacer enojar y preocupar.

Bion (1977) reemplaza el concepto de cura por el de evolución, donde se generan transformaciones y mejora el paciente. En el paciente no podemos decir que hay una cura de la esquizofrenia, sin embargo, al evolucionar su funcionamiento mental se encuentra menos vulnerable a las recaídas.

El paciente fue presentando diversas transformaciones durante el proceso analítico, en la primera fase del tratamiento existía mucho odio (H) se sentía una persona mediocre y sucia, con sintomatología psicótica presente y distorsiones corporales, así como , idealización hacia la madre y objetos persecutorios que le generaban angustia, en la fase media presenta enojo hacia la madre ya que hay mayor capacidad de análisis sobre su dinámica simbiótica e intenta entablar relación con el padre, los objetos persecutorios ya eran capaces de ponerse en duda y buscaba la socialización con personas con las que pudiera compartir

diversos aspectos de su vida como la orientación sexual, al mismo tiempo que comenzaba una mayor personalización y reconocimiento más real sobre el sí mismo y su piel.

En la tercera fase del tratamiento el paciente presenta mayor estructuración, los objetos persecutorios iban disminuyendo poco a poco, sabía que estaban presentes en su mente y que no podían hacerle nada pues ya estaba conectado con una realidad menos angustiante, la relación con la madre mejora y no permite las amenazas ni intentos de simbiosis por parte de la madre, con su padre y su hermano presenta una relación más estrecha, bromean y en ocasiones llegan a hacer alianzas contra la madre cuando es agresiva verbalmente. Su imagen corporal era acorde a lo real, lo que le permitía sentirse con mayor seguridad para socializar, al término del tratamiento tenía relaciones de amistad estrechas de más de un año, así como, haber ensayado relaciones de pareja.

Remitiéndonos a la pregunta de investigación, después de seis años de tratamiento y la mayor parte de éste trabajado con la relación continente-contenido se puede decir que Daniel tuvo una evolución psíquica logrando una mayor integración en su mundo interno, consiguiendo integrar al padre y otros objetos así como poner distancia entre la madre y él. La identificación proyectiva evoluciona y se promueve una mayor empatía hacia los demás y al sí mismo, en lugar de proyectar el rechazo en el otro, logra comprenderlo, y así mismo se disminuye el pensamiento suicida hasta quedar descartada como una opción para resolver problemas, es decir, el superyó que resultaba punitivo y persecutor, al modificarse la percepción de la realidad al desarrollar un aparato para pensar pensamientos, se vuelve más flexible, pues también había un yo más fortalecido que lograba comprobar la realidad y adaptarse a ella.

Al modificarse la percepción del mundo interno, se modifica la percepción del mundo externo, lo que permite mejorar sus relaciones objetales, pues la persecución que el mismo generaba internamente la proyectaba a los objetos, así evolucionan sus relaciones objetales y la adaptación con el mundo exterior.

La angustia de aniquilación que se desarrolló en la fase más temprana de su vida se modificó a una menos amenazante, ya que el paciente logró comprender que su madre también había padecido carencias emocionales familiares, por lo que ella en ocasiones tampoco podía relacionarse de una manera más sana y diferenciada, al ir avanzando el proceso terapéutico se da cuenta de que la madre no lo quiere muerto, porque también se preocupa por él y no lo va a abandonar, comienza a bajar el miedo a estar solo, así mismo al evolucionar su psique se promueve un desarrollo o madurez mental que le permite comprender que no será aniquilado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aberastury, Arminda. (1988) La adolescencia normal, un enfoque psicodinámico. México: Paidós.
2. Ajurriaguerra, J. (1986) Psicopatología del adolescente. México: Masson.
3. Balint, Michael. (1982). La falta básica, aspectos terapéuticos de la regresión. España: Paidós.
4. Berengueras, María. (2009) Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas. México: Juan Pablos Editor.
5. Bion, Wilfred. (1959/1972) Ataques al vínculo en Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
6. Bion, Wilfred. (1962/1972) Una teoría del pensamiento en Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
7. Bion, Wilfred. (1957/1977) Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas en Volviendo a pensar. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
8. Bion, Wilfred. (1958/1977) Sobre la alucinación en Volviendo a pensar. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
9. Bion, Wilfred. (1980) Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

10. Calvin, Hall. (1983) Compendio de psicología freudiana. México: Paidós.
11. Del valle, Elsa. (1986) La obra de Melanie Klein. Vol. 2 Buenos Aires, Argentina: Lugar.
12. Del valle, Elsa. (1999) Melanie Klein cierre y apertura. Argentina: Lumen
13. Dolto, Françoise. (1986) La imagen inconsciente del cuerpo. España: Paidós.
14. Durkheim, Émile. (2006) El suicidio. México: Ediciones Coyoacán.
15. Etchegoyen, Horacio. (2005) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
16. Freud, Anna. (2004) El Yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
17. Freud, Sigmund (1900/2006) Interpretación de los sueños. Obras completas tomo IV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
18. Freud, Sigmund. (1905 [1904] /2006) Sobre psicoterapia. Obras completas, tomo VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
19. Freud, Sigmund. (1895/2006) Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud “Manuscrito H”. Obras completas, tomo I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

20. Freud, Sigmund. (1915/2006) Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. Obras completas, tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
21. Freud, Sigmund. (1922/2006) Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y homosexualidad Obras completas, tomo XVIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
22. Freud, Sigmund. (1924/2006) Neurosis y psicosis. El Yo y el Ello. Obras completas, tomo XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
23. Freud, Sigmund. (1924/2006) La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. Obras completas, tomo XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
24. Freud, Sigmund. (1940/2006) Esquema del psicoanálisis en: Obras completas, tomo XXIII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
25. Freud, Sigmund. (1925/2006) “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” en: Obras completas, Tomo XIX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
26. Freud, Sigmund. (1911/2006) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente. Obras completas, tomo XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
27. Freud, Sigmund. (1894/2006) Las neuropsicosis de defensa. Obras completas, tomo III. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

28. Freud, Sigmund. (1914/2006) Introducción al narcisismo. Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
29. Goldman, Howard. (2000). Psiquiatría General. México: Manual Moderno.
30. González, José de Jesús. (2001) Psicopatología de la adolescencia. México: Manual Moderno.
31. Hernández, Roberto. (2004) Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
32. Hinshelwood, R.D. (2004) Diccionario del pensamiento Kleiniano. Madrid, España: Amorrortu editores.
33. Kernberg, Otto. (1987) Trastornos graves de la personalidad. Ed. Manual Moderno. México
34. Kernberg. Paulina. (2000) Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México: manual Moderno.
35. Klein, Melanie. (1932/1987). El psicoanálisis de niños. Obras completas, Tomo 2. Barcelona, España: Paidós.
36. Klein, Melanie. (1930/1990). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo. Obras completas tomo 1. Barcelona, España: Paidós.

37. Klein, Melanie. (1935/ 1990) Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. Obras completas tomo 1. Barcelona, España: Paidós.
38. Klein, Melanie. (1960/1988) Sobre salud mental. Obras completas tomo 3. Barcelona, España: Paidós.
39. Klein, Melanie. (1946/1988). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides Obras completas tomo 3. Barcelona, España: Paidós.
40. Klein, Melanie. (1948/1988). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Obras completas tomo 3. Barcelona, España: Paidós.
41. Klein, Melanie. (1960/1988). Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico. Obras completas tomo 3. Barcelona, España: Paidós
42. Klein, Melanie. (1963/1988). Sobre el sentimiento de soledad. Obras completas tomo 3. Barcelona, España: Paidós
43. Kolb, Lawrence. (1985). Psiquiatría clínica. México: Interamericana.
44. Kolb, Lawrence. (1992). Psiquiatría clínica moderna. México: Prensa Médica Mexicana.
45. Lebovici, Diatkine y Soulé (1995) tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, Tomo II. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
46. Lebovici, Diatkine y Soulé (1995). Las psicosis infantiles y las etapas del desarrollo de la separación individuación según Margaret Mahler. Tratado de

psiquiatría del niño y del adolescente, Tomo III. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

47. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2002) Barcelona, España: Masson

48. Marchiori, Hilda. (2000). El suicidio: enfoque criminológico. México: Porrúa.

49. Meninger, Karl. (1972). El hombre contra sí mismo. Barcelona, España: Península.

50. OMS (2008). Disponible en: <http://www.who.int/es/>

51. O’shaughnessy, E. (1994). La psicosis: ausencia de pensamiento en un mundo bizarro. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

52. Palacios, Agustín. (1965). La relación temprana de objeto y sus manifestaciones transferenciales. cuadernos de psicoanálisis. 1; pág. 263 – 279

53. Rosenfeld, Herbert. (1947/2000) Análisis de un cuadro esquizofrénico con despersonalización en Estados psicóticos. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

54. Rosenfeld, Herbert. (1950/2000) Nota sobre la psicopatología de los estados confusionales en esquizofrenias crónicas en Estados psicóticos. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

55. Rosenfeld, Herbert. (1954/2000) Consideraciones relativas al abordaje psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica en Estados psicóticos. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
56. Rosenfeld, Herbert. (1964/2000). Psicopatología del narcisismo: Enfoque clínico en Estados psicóticos. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
57. Russell, Stephen and Kara Joyner. (August, 2001). Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From Study. American Journal of Public Health: Vol. 91, No. 8, pp. 1276-1281. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org>
58. Sarason, Irwing y Sarason, Barbara. (2006) Psicopatología psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Prentice Hall.
59. Segal, Hanna. (1966). Escritos sobre esquizofrenia. Barcelona, España: Gedisa.
60. Segal, Hanna. (2005) Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.
61. Taylor, S. y Bogdan, R. (1994) Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
62. Velasco, Félix. (2011) Psicoterapias psicodinámicas. México: Editores de Textos Mexicanos.
63. Winnicott, Donald. (1956/1999). Preocupación maternal primaria en Escritos de pediatría y psicoanálisis. España: Paidós.