

01962

XP7/083 d 1979

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

18

EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO EN PSIQUIATRIA

Y EN PSICOLOGIA Y PSICOANALISIS

Tesis que para optar el grado de

Maestro en Psicología Clínica

Presenta

Paciencia Ontañón de Lope Blanch

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002

5767



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA DE LA QUÍMICA

LABORATORIO DE QUÍMICA ANALÍTICA

ANÁLISIS QUÍMICO DE UN  
MUESTRA DE UN  
MUESTRA DE UN  
MUESTRA DE UN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA DE LA QUÍMICA

1958

1000

1

INDICE

	Pg.
Introducción.....	2
Primera parte	
Consideraciones previas.....	5
El diagnóstico.....	9
La terapia.....	12
Una "concesión" a la psicología:	
los tests.....	16
instituciones.....	20
La familia.....	22
Segunda parte	
Casos clínicos.....	29
Conclusiones.....	149
Bibliografía.....	153

3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Introducción

Al cursar ciertas materias de la Maestría en Psicología Clínica, tuve la oportunidad de ponerme en contacto con centros hospitalarios psiquiátricos de la ciudad de México y conocer algunos aspectos de los métodos terapéuticos allí empleados.

Debido a la orientación que yo había recibido anteriormente, me sorprendió mucho el diferente enfoque con que en esas instituciones se atiende a los pacientes: puesto que se trata de enfermos "mentales", es ese aspecto de su estado el que, en mi opinión, debería tenerse en cuenta primordialmente. No es así; con mucha frecuencia el individuo es internado o llevado a consulta por un simple acuerdo entre familiares y médicos. Sus problemas personales, su formación psíquica, sus relaciones familiares, son cuestiones que nunca llegan a conocerse, porque no tienen mucho significado allí. Al enfermo se le administran fármacos o choques eléctricos, según las circunstancias o las preferencias del médico que lo trata, atendiendo a sus síntomas visibles y tratando de eliminarlos -lo cual sucede en raros casos-, o de disminuirlos y aliviarlos.

En algunos de estos centros se le concede un crédito mínimo a la psicología. Un psicólogo aplica una batería de tests al paciente, de la cual extrae cifras, rótulos, definiciones, que se utilizan, fundamentalmente, para reafirmar el diagnóstico de los psiquiatras, previamente elaborado.

No voy a tratar de hacer mucho énfasis en el funcionamiento interno de estos hospitales, en primer lugar, porque no es el tema directo de este trabajo; en segundo porque no lo conozco

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

suficientemente bien para juzgarlo. Mi impresión ha sido que el saber psicológico de los médicos era deficiente. Y no sólo esto, sino que, (lo que me parece más serio), he podido observar, en general, un profundo desprecio hacia todas las disciplinas psicoanalíticas y psicológicas y una inclinación total hacia la medicina orgánica, donde la mente es tratada como un órgano más. Los reportes de los psicólogos son escuchados como una concesión a materias ociosas y cualquier otro intento de penetrar en la psique del paciente, es desechado por impráctico.

Es costumbre en algunos hospitales celebrar reuniones periódicas públicas a las que asiste el personal calificado de la institución y donde se presentan historias clínicas de pacientes allí tratados, con el fin de someter a discusión el caso. Lo que se busca principalmente es llegar a establecer un diagnóstico del paciente en el cual coincida la mayoría. Más adelante discutiré esta premura por trazar un diagnóstico.

He tenido la oportunidad de participar en algunas de esas sesiones y de conocer las historias médicas de casos allí tratados; he logrado también acceso a otras a través de médicos residentes, en contacto directo con los pacientes. De todas ellas he elegido, como más significativas, doce, que voy a exponer en este trabajo. Mostraré los casos, con sus antecedentes y características, tal como son presentados habitualmente en los sanatorios, así como las posibilidades de haber empleado otro tipo de terapia, o tal vez, simplemente, de recurrir a otras maneras de comprender su estado. Creo que los métodos terapéuticos empleados con ellos han sido, en la mayoría de los casos, inútiles, y, en ocasiones, de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

una crueldad innecesaria. Sus síntomas no responden a ningún mal orgánico, y, tratados como tal, perseveran o empeoran. Penetrar en las raíces psíquicas o sociales de ellos hubiera sido, probablemente, la forma de resolverlos. ¿Por qué no cobrar conciencia de esta realidad?

A través de este trabajo pretendo:

a) presentar los métodos terapéuticos empleados usualmente en buena parte de las instituciones psiquiátricas de la ciudad de México

b) demostrar que es frecuente que dichos métodos carezcan de eficacia, y

c) proponer un cambio a través del cual se establezca una apertura hacia otras formas terapéuticas

Como hipótesis sugiero la posibilidad de que métodos psicológicos y psicoanalíticos puedan producir resultados más satisfactorios que los exclusivamente fisiológicos aplicados actualmente.



Primera parte

Consideraciones previas

El problema medular en el tratamiento que los enfermos mentales reciben en los hospitales psiquiátricos, es la orientación, predominantemente organicista. El hecho de que los pacientes no tengan, en la mayoría de los casos, daños orgánicos <sup>(1)</sup>, parece ignorarse por completo. Se elaboran complicados estudios buscando lesiones cerebrales, genéticas, traumáticas, y se olvida la constitución psíquica del hombre.

Una de las causas a que esta actitud puede responder es a la preparación fundamentalmente organicista que reciben los médicos psiquiatras.

Casi un siglo después de los grandes descubrimientos de Freud, la situación que él describe en este mismo sentido parece que no ha cambiado mucho. Por ello creo importante revisar algunos de los conceptos por él expresados en varias de sus obras.

En Análisis profano (Psicoanálisis y medicina) <sup>(2)</sup>, se refiere con mucha precisión al problema:

"La Psiquiatría debería ocuparse, por su parte, de las per-

---

(1) "Las neurosis, y probablemente las principales psicosis, no se desarrollan en base a un sustrato lesional verificable". Franco Basaglia, La institución negada. Ediciones Corregidor, Buenos Aires, 1972, p. 289.

(2) En Obras Completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973. Tomo III, pp. 2911-2959. Todas las citas de obras de Freud serán de la misma edición.

turbaciones de las funciones anímicas, pero ya sabemos en qué forma y con qué intenciones lo hace. Busca las condiciones físicas de las perturbaciones psíquicas y las trata como otros motivos de enfermedad" (p. 2941).

La misma actitud que hoy tienen los médicos psiquiatras hacia los factores psíquicos, la había señalado también Freud, indicando cómo, por su orientación científica unilateral, estaban incapacitados para relacionar los factores físicos, básicos en la medicina tradicional, con los psíquicos, cuyo conocimiento estaba (y está) relegado en las Escuelas de Medicina. "Los médicos, cuyo interés por los factores psíquicos de la vida no ha sido despertado, resultan así predispuestos a no darle la importancia debida y a motejarlos de ajenos a la ciencia. De este modo, no llegan a tomar en serio sus manejos, ni se dan cuenta de las obligaciones que de ellos se derivan" (Análisis profano, p. 2941).

Existe, además, otro factor importante: mientras que el enfermo orgánico se convierte en un ser digno de todos los respetos y la conmiseración de los que lo rodean, (facultativos o familiares) y posee una gran dignidad como ser que sufre, el paciente mental es visto, todavía, como una "escoria irracional", que puede producir risa o furia, tanto en la familia como en los médicos. El carácter peyorativo de las afecciones neuróticas, ya fue señalado por Freud: "Dicha disciplina [la Psiquiatría] se limita a distribuir calificativos a las diferentes obsesiones y a sostener que los sujetos portadores de los síntomas de las mismas son siempre "degenerados", afirmación nada satisfactoria, pues no constituye un esclarecimiento" (3).

---

(3) Teoría general de las neurosis. En Obras Completas, II, p. 2284.

Al usar el término "enfermos mentales" se incurre ya en un error. La denominación se emplea con la misma connotación de "enfermedad pulmonar" o "enfermedad cardíaca", que significa daños en esos órganos. Pero, ¿qué es la mente? Si no es un órgano con realidad anatómica, no es posible usar la expresión "enfermedad mental" con el mismo significado que las otras<sup>(4)</sup>. No es posible, pues, usar tampoco los mismos métodos terapéuticos.

Es necesario, en primer término, que el médico conozca científicamente los procesos que tienen lugar en la psique humana. A este respecto, Freud se mostraba optimista: "Todo nos lleva, sin embargo, a creer que no puede tardar ya en imponerse la convicción de que una psiquiatría verdaderamente científica ha de poseer un profundo conocimiento de los misteriosos procesos inconscientes que se desarrollan en nuestro psiquismo"<sup>(5)</sup>.

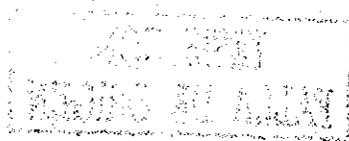
Precisamente Freud, buscando "no fundar una ciencia, sino dar respuesta a una demanda, la de pacientes que exigían "curación" y a una carencia, la de su tiempo"<sup>(6)</sup> crea el psicoanálisis.

---

(4) Cfr. Néstor A. Braustein, "El encargo social y las premisas operantes en la psicología clínica" en Psicología: ideología y ciencia. Siglo XXI, México, 1976, p. 391.

(5) Teoría general de las neurosis, p. 2281.

(6) M. Pasternac, "El método psicoanalítico", en Psicología: ideología y ciencia, p. 204.



sis. Cuando en 1926 publica Análisis profano, se lamenta de que la formación médica universitaria no proporcione medios para el estudio y el tratamiento de las neurosis, y así el neurótico se convierte en un ser indeseado para la medicina.

En consecuencia, el psicoanálisis ha pasado a ser considerado más bien como una parte de los estudios de Psicología, ignorados o de importancia secundaria para la medicina tradicional. Los médicos "caen en una profana falta de respecto a la investigación psicológica y se facilita así considerablemente su labor" (7).

La consecuencia de estas apreciaciones es que la psiquiatría clínica no utiliza los medios terapéuticos adecuados, cuando no habría, en realidad, ninguna contradicción en adoptarlos como complemento a su actividad. En "Psicoanálisis y psiquiatría" (Lección XVI de Teoría general de las neurosis), Freud se ocupó pormenorizadamente de esto, y lo expuso con claridad: "El psicoanálisis y la psiquiatría se complementan uno a otra" (p. 2280), y establece un paralelo claro entre ambas disciplinas, demostrando que es imposible una contradicción entre ellas. Al mismo tiempo observa algo significativo: "Es el Psiquiatra y no la Psiquiatría lo que se opone al psicoanálisis" (p. 2281); es decir, es la orientación, inclinada hacia las materias tradicionalmente impartidas en las escuelas de medicina, lo que impide aceptar las nuevas formas terapéuticas.

Se puede verificar que las cosas no han cambiado mucho hoy. De nuevo habría que recordar a los médicos psiquiatras las pala-

---

(7) Freud, Análisis profano, en Obras completas, T. III, p. 2941.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

bras de Freud: "Por tanto he de hacer constar, como testimonio de esta primera lección, que existen amplios grupos de perturbaciones nerviosas cuya comprensión resulta fácilmente transformable en poder terapéutico, y que en estas afecciones, difícilmente accesibles por otros caminos, logra el psicoanálisis obtener resultados nada inferiores a aquellos que se obtienen en cualquier otra rama de la terapia interna" ("Psicoanálisis y psiquiatría", p. 2281).

El diagnóstico.- Como ya he señalado, el fin principal de gran parte de los médicos psiquiatras parece ser el de establecer un diagnóstico del paciente lo antes posible; antes, muchas veces, de haber entrevistado personalmente al enfermo; aún antes de haber sido terminados los estudios de revisión física.

Posiblemente esto responda a los mismos criterios nosológicos de los médicos, ya mencionados. Cuando un individuo enferma fisiológicamente, es preciso, antes que nada, determinar en qué órgano está el mal y cuáles son las causas que lo han producido, y después procede en consecuencia. Pero el criterio no es válido para los padecimientos mentales, que no tienen un foco específico de procedencia y cuyas causas no pueden determinarse, casi nunca, a través de un diagnóstico.

Así pues, con una orientación orgánica, los médicos psiquiatras se apresuran a encasillar al paciente mental en una definición que exprese exactamente su mal.

Ciertas rotulaciones ofrecen un gran atractivo en los diagnósticos. Por ejemplo, con mucha frecuencia un paciente que pre-

bras de Freud: "Por tanto he de hacer constar, como testimonio de esta primera lección, que existen amplios grupos de perturbaciones nerviosas cuya comprensión resulta fácilmente transformable en poder terapéutico, y que en estas afecciones, difícilmente accesibles por otros caminos, logra el psicoanálisis obtener resultados nada inferiores a aquellos que se obtienen en cualquier otra rama de la terapia interna" ("Psicoanálisis y psiquiatría", p. 2281).

El diagnóstico.- Como ya he señalado, el fin principal de gran parte de los médicos psiquiatras parece ser el de establecer un diagnóstico del paciente lo antes posible; antes, muchas veces, de haber entrevistado personalmente al enfermo; aún antes de haber sido terminados los estudios de revisión física.

Posiblemente esto responda a los mismos criterios nosológicos de los médicos, ya mencionados. Cuando un individuo enferma fisiológicamente, es preciso, antes que nada, determinar en qué órgano está el mal y cuáles son las causas que lo han producido, y después procede en consecuencia. Pero el criterio no es válido para los padecimientos mentales, que no tienen un foco específico de procedencia y cuyas causas no pueden determinarse, casi nunca, a través de un diagnóstico.

Así pues, con una orientación orgánica, los médicos psiquiatras se apresuran a encasillar al paciente mental en una definición que exprese exactamente su mal.

Ciertas rotulaciones ofrecen un gran atractivo en los diagnósticos. Por ejemplo, con mucha frecuencia un paciente que pre-

senta ciertos síntomas es calificado de "esquizofrénico", y aunque no se puede determinar que lo sea, como tampoco se puede determinar lo contrario, se acepta el resultado y se actúa en consecuencia.

Antes que nada habría que tener en cuenta que las denominaciones en las enfermedades mentales no tienen la precisión de las físicas, y muchas veces un término no se refiere a algo preciso, sino que abarca una serie de alteraciones que no se pueden ubicar en ningún punto particular. A este respecto es ilustrativa la explicación de Cooper acerca del término "esquizofrenia", que no debe tomarse como entidad nosológica, "sino como cierto conjunto más o menos especificable de pautas de interacción personal; es decir, debía tomar la esquizofrenia no como algo que ocurre en una persona, sino más bien entre personas" (8).

La premura en establecer diagnósticos previos se transforma, en muchas ocasiones, en resultados precipitados, y con frecuencia erróneos, a través de los cuales el enfermo queda etiquetado con una marca indeleble y expuesto a las formas de terapia más violentas.

Parece un hecho general el fenómeno de que "los pacientes reciben distintos diagnósticos cuando pasan de un hospital a otro, incluso durante su estancia dentro del mismo hospital" (9).

---

(8) David Cooper, Psiquiatría y antipsiquiatría. Paidós, Buenos Aires, 1974. P. 87.

(9) C.H. Patterson, Orientación autodirectiva y psicoterapia. Ed. Trillas, México, 1970. P. 226.

Hunt y sus colaboradores se dedicaron a hacer estadísticas de los desacuerdos fundamentales en diagnosis, y los porcentajes son realmente asombrosos, aún tratándose de las clasificaciones más generales, como neurosis y psicosis.,

En realidad el diagnóstico no tiene gran importancia, o tal vez ninguna, en los trastornos mentales, puesto que no está establecido un método preciso de cura para cada padecimiento. Además, en la práctica el diagnóstico psiquiátrico influye poco en los métodos terapéuticos. Como bien ha dicho Patterson, "los métodos de terapia dependen más del entranamiento, experiencia y preferencias del terapeuta que del diagnóstico" (op. cit., p. 229). Incluso en muchos casos es más sencillo prescindir del diagnóstico y dedicarse a la terapia sin prejuicios de ningún tipo. "Muchos analistas y psiquiatras -particularmente influidos por el pensamiento de Rank- prefieren iniciar la terapia sin previo estudio diagnóstico" (10).

Conceptos semejantes ha expresado Bataglia al afirmar: "es necesario aproximarse al enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis, porque la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta, que sobrepasa la significación real de la enfermedad en sí misma" (La institución negada, p. 45).

Además, un diagnóstico prematuro está siempre expuesto, en el difícil terreno de la psique, a errores fundamentales. Freud señala cómo un cuadro externo, con todos los síntomas de una neu-

---

(10) Carl R. Rogers, Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, Buenos Aires, 1975, p. 194.

rosis, puede ser algo muy diferente. "La distinción, -el diagnóstico diferencial- no es siempre fácil ni puede establecerse en todas las fases" (Análisis profano, p. 2947).

Ya en 1902 Kraepelin había hecho notar cómo muchos fenómenos de los padecimientos son comunes a varios de ellos, y cómo es casi imposible diferenciar los síntomas de unos y otros<sup>(11)</sup>.

Son numerosos los estudios que se han hecho para demostrar la falibilidad de un diagnóstico, muchos de ellos con estadísticas, teniendo en cuenta, además, la cantidad de síntomas comunes a diferentes padecimientos, o la falta de exclusividad en las definiciones de trastornos psiquiátricos. Los trabajos de Wittenborn, Gertin, Thorne, etc., dan mucha luz sobre esto.

¿Por qué, pues, el interés de nuestros psiquiatras al establecer inmediatamente un diagnóstico? Se pueden citar, como respuesta hipotética a esta interrogante, las palabras de Patterson: "Sin embargo los psiquiatras se apegan fuertemente al uso de estas palabras, tanto porque desean identificarse con la medicina y con la profesión médica, como porque desean mantener el monopolio legal sobre el tratamiento de los trastornos emocionales" (op. cit., p. 225).

La terapia.- Según se vio en la Introducción, casi la única terapia que se imparte en los centros psiquiátricos es a base de fármacos o de choques eléctricos. Es bien sabido que en momentos crí-

---

(11) Emil Kraepelin, "Psiquiatría clínica", en T. Millon, Psicopatología y personalidad. Ed. Interamericana, México, 1974, p. 18.

rosis, puede ser algo muy diferente. "La distinción, -el diagnóstico diferencial- no es siempre fácil ni puede establecerse en todas las fases" (Análisis profano, p. 2947).

Ya en 1902 Kraepelin había hecho notar cómo muchos fenómenos de los padecimientos son comunes a varios de ellos, y cómo es casi imposible diferenciar los síntomas de unos y otros<sup>(11)</sup>.

Son numerosos los estudios que se han hecho para demostrar la falibilidad de un diagnóstico, muchos de ellos con estadísticas, teniendo en cuenta, además, la cantidad de síntomas comunes a diferentes padecimientos, o la falta de exclusividad en las definiciones de trastornos psiquiátricos. Los trabajos de Wittenborn, Gertin, Thorne, etc., dan mucha luz sobre esto.

¿Por qué, pues, el interés de nuestros psiquiatras al establecer inmediatamente un diagnóstico? Se pueden citar, como respuesta hipotética a esta interrogante, las palabras de Patterson: "Sin embargo los psiquiatras se apegan fuertemente al uso de estas palabras, tanto porque desean identificarse con la medicina y con la profesión médica, como porque desean mantener el monopolio legal sobre el tratamiento de los trastornos emocionales" (op. cit., p. 225).

La terapia.- Según se vio en la Introducción, casi la única terapia que se imparte en los centros psiquiátricos es a base de fármacos o de choques eléctricos. Es bien sabido que en momentos crí-

---

(11) Emil Kraepelin, "Psiquiatría clínica", en T. Millon, Psicopatología y personalidad. Ed. Interamericana, México, 1974, p. 18.

ticos del enfermo es necesario recurrir a estos procedimientos, pero unicamente como sistema de restaurar un cierto equilibrio que permita seguir adelante en el tratamiento del paciente. Como sistema curativo de resultados definitivos, es muy dudosa su utilidad.

Me parece de capital importancia a este respecto el libro de Lothar Kalinowsky y Paul Hoch, Treatments in Psychiatry <sup>(12)</sup>, donde se revisan pormenorizadamente los tratamientos biofísicos y sus efectos en la anatomía humana.

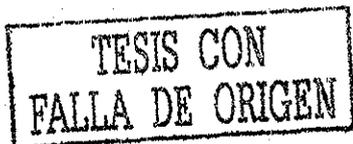
Resumiendo sus investigaciones es indispensable recordar que ningún concepto teórico condujo a la introducción de las drogas en psiquiatría, ni se ha comprobado que ayuden a comprender los fenómenos fisiopatológicos. Sólo existen teorías especulativas en relación con los neurolépticos, y la base de ellas está unicamente en los experimentos con animales o las observaciones en humanos.

Se conoce cuáles son las regiones del cerebro donde afectan las fenotiacinas (tálamo, hipotálamo, formación reticular y el resto del sistema extrapiramidal). Se sabe también que la clorpromacina, en pequeñas dosis, bloquea las excitaciones orgánicas (las actividades del sistema nervioso simpático) y que, en dosis altas, estimula el sistema de alerta. Todo ello alivia delirios y alucinaciones y aumenta la actividad psicomotora, pero no hay explicación de por qué.

Existen una serie de hipótesis nacidas de la experimenta-

---

(12) Grune and Stratton. N. York, 1961.



ción (ninguna comprobada) acerca de cómo las drogas influyen en la anatomía humana. Una de las más extendidas es la de Saunders;<sup>(13)</sup> para él, en la esquizofrenia la trasminación del cerebro es excesiva, en tanto que en la depresión, la desaminación oxidativa es excesiva. Las fenotiacinas aumentan el nivel de cobre del plasma y modifican su acción, y tal vez produzcan la cantidad necesaria para controlar la reacción de transaminas a la proporción apropiada.

Para Gliedman<sup>(14)</sup>, uno de los principales efectos de las drogas es el de aislar a los organismos de estímulos a los que no están sujetos pero que no poseen un significado aprendido.

Una de las últimas hipótesis, la de Ostow<sup>(15)</sup>, enunciada en términos psicoanalíticos, afirma que los neurolépticos y los antidepresivos afectan a la función que Freud señaló, hipotéticamente, como "energía psíquica" y que proviene del ello. Según Ostow, las fenotiacinas reducen la cantidad de energía psíquica y la iproniacida la aumentan.

El hecho es que no se sabe aún en qué forma las nuevas drogas ayudan en psicoterapia, y para Kalinowsky y otros investigadores, los sedantes antiguos, como el fenobarbital, son tal vez más efectivos (cfr. op. cit., capítulo 7).

---

(13) Saunders, J.C., N. Radinger y N. S. Kline, "A theoretical and clinical approach to treating depressed and regressed patients with iproniazid". 12th annual meeting. Society of Biological Psychiatry. (1957).

(14) Citado por Kalinowski y Hoch, op. cit. Capítulo 7.

(15) id.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Mucho más numerosas, y mucho más imprecisas también, son las teorías que a los choques eléctricos se refieren. Existen más de cincuenta hipótesis, algunas de las cuales coinciden, mientras que otras difieren. Para Kalinowsky, de acuerdo con las ideas de varios investigadores, "no existe teoría alguna sobre la naturaleza de los tratamientos por choque suficientemente completa para ser tomada muy en serio".

Cuando Meduna en 1935 introdujo las nuevas formas de tratamiento, los choques eléctricos e insulínicos, partió de un punto de partida falso: la esquizofrenia y la epilepsia son antagónicas (así, las convulsiones epilépticas en enfermos esquizofrénicos producían efectos beneficiosos). Aunque hoy no se sabe mucho acerca del origen de ambas enfermedades, se ha llegado a establecer una relación entre ellas, no plenamente aceptada, pues existe también la teoría de que ni se relacionan ni son antagónicas.

Es cierto que los choques eléctricos producen cambios en el sistema vegetativo, como mejoras en el sueño, apetito, peso, digestión y circulación, pero no se ha demostrado que las alteraciones de las funciones vegetativas sean causa de la esquizofrenia.

Por el momento es preciso reconocer que, puesto que formas diversas de tratamiento proporcionan los mismos resultados, ninguna puede considerarse específica para enfermedad mental alguna.

Es un hecho que los choques eléctricos afectan temporalmente a las células corticales (y según algunas teorías eliminan las células nerviosas enfermas). En este sentido, los choques son una forma moderada de la lobotomía frontal (es decir, en la lobo-

tomía se cortan definitivamente los conductos entre los centros corticales y sub-corticales; en el tratamiento por choques se afecta temporalmente la función de las células corticales).

En realidad, las visibles mejoras experimentadas por enfermos esquizofrénicos y psicóticos maniaco-depresivos a causa de electrochoques, han sido únicamente de carácter temporal. Es decir, lo único que ha desaparecido han sido los síntomas; la recurrencia de la enfermedad o las recaídas han demostrado que los factores básicos no han sido eliminados.

Una "concesión" a la psicología: los tests. -- Como he dicho anteriormente, en las instituciones psiquiátricas los únicos tratamientos que tienen lugar son a base de fármacos o de choques eléctricos. La psicoterapia, de cualquier tipo, está excluida. Sin embargo, para la elaboración del diagnóstico se hace una concesión a la psicología -la única-: Un psicólogo (o varios), como parte del personal de la institución, tiene como misión aplicar una batería de tests a los enfermos y obtiene así una descripción de su estado. Se puede advertir, sin embargo, un gran escepticismo en cuanto a los resultados. Evidentemente, al lado de la ciencia médica, esto no representa más que una condescendencia a escuchar amablemente, pero sin tomar en cuenta, otros puntos de vista.

Si se considera esta actitud de los médicos psiquiatras aunada a las razones que enseguida expondré, se puede llegar a la conclusión de que el esfuerzo por admitir a "la psicología" en los hospitales, es totalmente inútil.

tomía se cortan definitivamente los conductos entre los centros corticales y sub-corticales; en el tratamiento por choques se afecta temporalmente la función de las células corticales).

En realidad, las visibles mejoras experimentadas por enfermos esquizofrénicos y psicóticos maniaco-depresivos a causa de electrochoques, han sido únicamente de carácter temporal. Es decir, lo único que ha desaparecido han sido los síntomas; la recurrencia de la enfermedad o las recaídas han demostrado que los factores básicos no han sido eliminados.

Una "concesión" a la psicología: los tests. -- Como he dicho anteriormente, en las instituciones psiquiátricas los únicos tratamientos que tienen lugar son a base de fármacos o de choques eléctricos. La psicoterapia, de cualquier tipo, está excluida. Sin embargo, para la elaboración del diagnóstico se hace una concesión a la psicología -la única-: Un psicólogo (o varios), como parte del personal de la institución, tiene como misión aplicar una batería de tests a los enfermos y obtiene así una descripción de su estado. Se puede advertir, sin embargo, un gran escepticismo en cuanto a los resultados. Evidentemente, al lado de la ciencia médica, esto no representa más que una condescendencia a escuchar amablemente, pero sin tomar en cuenta, otros puntos de vista.

Si se considera esta actitud de los médicos psiquiatras aunada a las razones que enseguida expondré, se puede llegar a la conclusión de que el esfuerzo por admitir a "la psicología" en los hospitales, es totalmente inútil.

En primer lugar: hay muy pocas pruebas, -si es que hay alguna- de que los tests sean útiles en un diagnóstico psiquiátrico, salvo en casos de organicidad (cfr. Patterson, op. cit., p. 234). En lo que se refiere a tests de personalidad, se debe tener ciertas reservas para aplicarlos, porque sus resultados pueden ser amenazadores para el individuo<sup>(16)</sup>.

En segundo lugar: la información que los tests proporcionan es sólo desde un punto de vista externo, sin dar una comprensión del individuo desde un punto de vista interno o fenomenológico.

Meehl opina que tanto la preparación de tests como su elaboración ocupan miles de horas clínicas, que, dedicadas a la investigación científica proporcionarían una contribución a la ciencia mucho más valiosa. Pero para él, como para otros investigadores, la razón por la que "muchos psicólogos clínicos emplean tanto tiempo en la rutinaria actividad diagnóstica, es porque así lo esperan y exigen de ellos los psiquiatras"<sup>(17)</sup>.

Objeciones de índole teórica podrían también presentarse a los tests. Es necesario tener en cuenta que el contenido de la conciencia cambia de un momento a otro y sus cambios son conti-

---

(16) "Considérese qué quien entra en el manicomio está casi siempre en una situación de fuerte angustia por los propios problemas psicológicos y sociales, en ocasiones perplejo y confuso, y más frecuentemente de lo que se supone ofendido y perturbado" G. Jervis, Manual de psiquiatría. Anagrama, Barcelona, 1977; p. 117.

(17) P. E. Meehl, "Wanted -a good cookbook", en *American Psychologist*, 1956, 11, pp. 263-272.

nuos, así como que está llena de relaciones y que es, primordialmente, un agente selector. Los procesos de organización y selección son preconscientes y tienen gran importancia en el pensamiento creador. Los procesos preconscientes permiten llegar a conclusiones intuitivas que sólo se pueden verificar o rechazar tras largos razonamientos conscientes. No hay ninguna respuesta para determinar la forma en que el preconsciente trabaja, cómo lo hace libremente o cómo bajo algún constreñimiento. Lo que aparece en la conciencia es el resultado y no el proceso de pensar. Ninguna actividad de la mente es consciente: lo que conocemos son los productos finales de los procesos; es decir, que la persona no puede ser consciente de todos sus procesos mentales. El conjunto de estas operaciones preconscientes influye en los contenidos conscientes y refleja los esfuerzos del individuo para enfrentarse al ambiente que lo rodea. Pero, además, hay que tener en cuenta otro proceso más: el de los mecanismos inconscientes, que son los que, supuestamente, se manifiestan en la conducta de los neuróticos y psicóticos y pueden bloquear el flujo normal de los procesos preconscientes. Estas son las regiones exploradas por el psicoanálisis, pero, ¿cuál de estas regiones exploran los tests? El preconsciente y el inconsciente son las amplias zonas donde se encierran todos los procesos, ¿qué utilidad puede reportar el obtener un resultado, parcial y dudoso, de esas vastas e indescriptibles regiones? (18).

---

(18) Cfr. A. Miller, Introducción a la psicología. Alianza Editorial, Madrid, 1974. Cap. 4.

Para algunos autores, el entusiasmo por hacer medidas complicadas y precisas de los seres humanos procede del interés de ciertos psicólogos por demostrar que la psicología es una disciplina plenamente científica (Miller, op. cit., p. 115).

Es necesario también tener en cuenta que uno de los objetivos de las medidas obtenidas a través de los tests es el de la "confiabilidad". Esto significa que una prueba, aplicada dos o más veces al mismo sujeto, tendrá que proporcionar resultados semejantes que no difieran en términos estadísticos. Y, naturalmente, la gran cantidad de variables que no pueden controlarse en el momento de la medición (cansancio, estado físico, ansiedad, etc.), tendrán que producir una serie de "errores de medición" (19).

Sería imposible negar la aportación con que algunos tests proyectivos (como el Rorschach) pudieran colaborar a la formulación de un diagnóstico. Sin embargo, no se atiende en general más que a las cifras o datos que encasillan al paciente en niveles "culturales", "sociales", "adaptativos", dejando de lado informaciones de importancia, como índices de dispersión, deterioro, etc.

Con el uso de las pruebas se han descubierto nuevas aplicaciones de ellas, pero se ha hecho patente la necesidad de una integración, así como de una explicación teórica -que hoy existe sólo parcialmente- de las relaciones entre los diferentes tests; es decir, es totalmente necesario el uso de una teoría psicológi-

---

(19) Cfr. Gloria Benedito, "El problema de la medida en psicología" y "El método de los tests e inventarios", en Psicología: ideología y ciencia, pp. 156-200.

ca para la elaboración de nuevas pruebas<sup>(20)</sup>.

Instituciones. - La mayoría de los pacientes cuyas historias he podido seguir, permanecen temporadas cortas en los hospitales o asisten únicamente a consulta externa. Es frecuente que lleguen a un centro psiquiátrico enviados de otro (o de otros), o que reingresen por segunda o tercera vez en la misma institución en que ya estuvieron recluidos. Un factor de gran importancia para el proceso de su enfermedad es su reacción ante una nueva internación. Y, efectivamente, se pueden observar comportamientos totalmente diversos, desde el paciente que experimenta una cierta complacencia, hasta el que se aísla absolutamente con una actitud de tipo autista.

Sin embargo, me ha llamado la atención el hecho de que los miembros del personal clínico presten poco interés a los cambios de conducta o actitud que el paciente experimenta al pasar de un medio ambiente a otro completamente diferente.

Sería necesario tener en cuenta, en primer lugar, lo que supone, en nuestro medio social, el ser internado o simplemente el haber pasado por una institución psiquiátrica. El individuo queda por ello clasificado en el grupo social de "los locos", se convierte en "el paciente identificado", como lo ha definido Cooper. "A pesar de que los nuevos sedantes, distribuidos con generosidad, han contribuido a suprimir las manifestaciones más vi-

---

(20) Cfr. L.J. Cronbach y P.E. Meehl, "Construct validity in Psychological tests", en Psychological Bulletin, 1955, 52, pp. 281-302.

ca para la elaboración de nuevas pruebas<sup>(20)</sup>.

Instituciones. - La mayoría de los pacientes cuyas historias he podido seguir, permanecen temporadas cortas en los hospitales o asisten únicamente a consulta externa. Es frecuente que lleguen a un centro psiquiátrico enviados de otro (o de otros), o que reingresen por segunda o tercera vez en la misma institución en que ya estuvieron recluidos. Un factor de gran importancia para el proceso de su enfermedad es su reacción ante una nueva internación. Y, efectivamente, se pueden observar comportamientos totalmente diversos, desde el paciente que experimenta una cierta complacencia, hasta el que se aísla absolutamente con una actitud de tipo autista.

Sin embargo, me ha llamado la atención el hecho de que los miembros del personal clínico presten poco interés a los cambios de conducta o actitud que el paciente experimenta al pasar de un medio ambiente a otro completamente diferente.

Sería necesario tener en cuenta, en primer lugar, lo que supone, en nuestro medio social, el ser internado o simplemente el haber pasado por una institución psiquiátrica. El individuo queda por ello clasificado en el grupo social de "los locos", se convierte en "el paciente identificado", como lo ha definido Cooper. "A pesar de que los nuevos sedantes, distribuidos con generosidad, han contribuido a suprimir las manifestaciones más vi-

---

(20) Cfr. L.J. Cronbach y P.E. Meehl, "Construct validity in Psychological tests", en Psychological Bulletin, 1955, 52, pp. 281-302.

sibles de la "locura", la actitud social hacia el enfermo mental no ha cambiado por ello" (Basaglia, op. cit., p. 261).

La duración del internamiento del paciente depende, en general, de cuestiones poco relacionadas con su estado y muy frecuentemente referidas a la situación económica de la familia. La tendencia más generalizada es la de tratarlo en consulta externa si su estado no es agudo, y, en caso de que así sea, calmarlo por medio de fármacos o choques eléctricos y devolverlo lo antes posible al seno familiar.

Tres objeciones, para empezar, pueden establecerse a esta situación: 1) Los exámenes tanto fisiológicos como mentales (en caso de que los haya) se hacen con tal rapidez, que incomodan al paciente y por ello carecen de precisión. 2) El exceso de fármacos administrados desde el momento de la admisión y antes de conocer el carácter de la enfermedad invalidan los efectos que puedan tener posteriormente. 3) El enfermo abandona la institución casi siempre antes de obtener los resultados de los exámenes realizados y queda por lo tanto, en la misma situación anterior a su internamiento. Pero, lo que es más grave, es que, en el corto lapso de contacto con el personal clínico, no ha habido tiempo suficiente para que el enfermo sea observado ni estudiado, ni para que el médico haya aprendido nada acerca de él.

Pero, por otra parte, las largas internaciones también tienen aspectos negativos, ya sea por la forma rutinaria en que la mayoría de las instituciones psiquiátricas se manejan, ya por la despersonalización que el individuo sufre al someterse a reglamentos generalizados y poco apropiados para cada caso particular. No

voy a insistir en este aspecto que ya ha sido tratado en detalle por psiquiatras bien familiarizados con los grandes problemas que muchos hospitales presentan (Basaglia, Cooper, Laing, Jones, etc.).

En realidad la psiquiatría debería tener en cuenta sus fines últimos, muy generalmente definidos como "conseguir el equilibrio del metabolismo de la conducta"<sup>(21)</sup> y someter a ello todos los procedimientos terapéuticos, para que, de la forma que sea más conveniente, se logre el ajuste de la situación del paciente.

La familia.- No voy a ocuparme aquí del papel de la familia en el origen y la génesis de las enfermedades mentales. El tema, apasionante en sí mismo, ha sido y sigue siendo objeto de multitud de estudios, que, aunque nunca suficientes, rebasan los límites de lo que yo podría realizar en estas páginas. Yo me voy a referir aquí, únicamente, a la actitud de la familia ante el enfermo mental.

En primer lugar habría que tener en cuenta la resistencia -inconsciente o consciente- de los miembros de la familia por impedir que se descubra lo que ocurre dentro de ella, y el empleo de estratagemas para que todo se mantenga en la oscuridad<sup>(22)</sup>

---

(21) Adolf Meyer, "El papel de los factores mentales en psiquiatría", en Millon, Psicopatología y personalidad, p. 410.

(22) Cfr. R.D. Laing, El cuestionamiento de la familia. Paidós, Buenos Aires, 1976, p. 93.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

voy a insistir en este aspecto que ya ha sido tratado en detalle por psiquiatras bien familiarizados con los grandes problemas que muchos hospitales presentan (Basaglia, Cooper, Laing, Jones, etc.).

En realidad la psiquiatría debería tener en cuenta sus fines últimos, muy generalmente definidos como "conseguir el equilibrio del metabolismo de la conducta"<sup>(21)</sup> y someter a ello todos los procedimientos terapéuticos, para que, de la forma que sea más conveniente, se logre el ajuste de la situación del paciente.

La familia.- No voy a ocuparme aquí del papel de la familia en el origen y la génesis de las enfermedades mentales. El tema, apasionante en sí mismo, ha sido y sigue siendo objeto de multitud de estudios, que, aunque nunca suficientes, rebasan los límites de lo que yo podría realizar en estas páginas. Yo me voy a referir aquí, únicamente, a la actitud de la familia ante el enfermo mental.

En primer lugar habría que tener en cuenta la resistencia -inconsciente o consciente- de los miembros de la familia por impedir que se descubra lo que ocurre dentro de ella, y el empleo de estratagemas para que todo se mantenga en la oscuridad<sup>(22)</sup>

---

(21) Adolf Meyer, "El papel de los factores mentales en psiquiatría", en Millon, Psicopatología y personalidad, p. 410.

(22) Cfr. R.D. Laing, El cuestionamiento de la familia. Paidós, Buenos Aires, 1976, p. 93.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Así, cuando unos de los componentes se siente diferente, comienza a vivir su "fracaso" como algo que se debe ocultar<sup>(23)</sup>. Muchos signos conductuales del adolescente (agresión, sexualidad, etc.), responden a intentos de autoafirmación y son los preliminares de una actitud independiente. Pero todo ello crea en la familia un fuerte estado de ansiedad, porque puede destruir una forma de vida ya preestablecida y adoptada, cuyo único modo de preservación es -una vez que la situación no se puede ocultar- el descubrimiento de una enfermedad mental. Y de esta manera se establece una clasificación: el "bueno" o "sano" y el "malo" o "loco"; éste será expulsado posteriormente del grupo y de esta forma se mantendrá segura la homeostasis de la familia (cfr. Cooper, op. cit., p. 45). A este respecto es interesante el estudio de Sartre sobre la necesidad de "crear" enfermos, con el fin de que los "sanos" puedan continuar siendo "sanos"<sup>(24)</sup>.

---

(23) Es bien sabido que "Madres y padres resuelven generalmente sus frustraciones ejerciendo constantes violencias sobre los niños que no satisfacen sus ambiciones competitivas. El niño se ve inevitablemente obligado a hacer tal o cual cosa mejor que éste o aquel otro y a vivir como un fracaso el hecho de ser diferente" Basaglia, La institución negada, p. 130.

(24) "Il y avait autrefois, en Boheme, une industrie florissante qui paraît avoir périclité: on prenait des enfants, on leur fendait les levres, on leur comprimait le crane, on les mettait jour et nuit dans una boîte pour les empecher de grandir. Par ce traitement et par d'autres de meme espece, on faisait d'eux des monstres tres

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Desde el punto de vista social, el enfermo mental no puede ser tolerado, "su forma de ser y de vivir debe ser ocultada y reprimida" (Basaglia, La institución negada, p. 261). Así, el medio por el cual la familia "se salva" del disidente, es su internación en una institución psiquiátrica, aunque ello le deje ya marcado con una señal indeleble que difícilmente le permitirá volver a formar parte de la sociedad a que pertenece. "En el hospital psiquiátrico tradicional... la persona vomitada", expelida de la familia y la sociedad, es "tragada", absorbida por el hospital y luego digerida y metabolizada hasta que desaparece como persona identificable" (Cooper, op. cit., p. 44).

La familia nunca admitirá que trata de desembarazarse del enfermo a través de su internación. Desde su posición de "sana", no acepta tampoco que el estado del paciente se ha producido en el estrecho contacto con ella. Cooper ha señalado cómo, la mayoría de los casos que trató, fueron precipitados a la situación psiquiátrica a través de terceros, casi siempre la familia. Para él la esquizofrenia no es una enfermedad individual, sino "una situación de crisis microsocia en la cual los actos y la expe--

---

amusants et d'un excellent rapport". J. P. Sartre, Saint Genet. Gallimard, Paris, 1952. p. 33.

(Había en otros tiempos en Bohemia una industria floreciente que no parece haber terminado; se tomaba a los niños, se les hendían los labios, se les comprimía el cráneo, se les metía, día y noche en una caja para impedirles crecer. A través de ese tratamiento y de otros semejantes, se hacía de ellos monstruos muy divertidos y de una utilidad excelente).

riencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles" (op. cit., p. 14).

De esta manera, el enfermo agudo está casi siempre consciente de que una de las causas de su separación es que "molesta a todos" (Basaglia, op. cit., p. 272).

En el paciente internado se produce una tensión entre el mundo del establecimiento y el mundo del hogar, mediante la cual es manejado. Pero si esa tensión se afloja y llega a encontrar deseable la vida del interior, su futuro como parte constituyente de la sociedad y de la familia, queda definitivamente frustrado (cfr. Goffman, "El mundo de las personas reclusas", p. 370).

Al entrar en contacto con el mundo psiquiátrico, el enfermo es entregado por su familia a la omnipotencia del médico y de los enfermeros, y se convierte así en un ciudadano sin derechos, del cual pueden hacer las autoridades lo que quieran, sin posibilidad de apelación (cfr. Basaglia, op. cit., p. 138). Hasta ese momento el paciente poseía un yo, más o menos equilibrado, pero que le había permitido sobrevivir. Entonces, "es despojado sistemáticamente de sus elementos de apoyo acostumbrados y su yo es sistemáticamente, -y aún en ocasiones intencionalmente- mortificado" (Goffman, op. cit., p. 368).

El internamiento del individuo es pues, en la mayoría de los casos, un acuerdo tácito entre la familia y los médicos, en lo cual él no tiene la menor participación, y que, en frecuentes ocasiones, se lleva a cabo a través de engaños o violencia. Algo semejante sucede con la administración de fármacos, que en

algunas circunstancias, y con la anuencia de las autoridades científicas, se ejecuta a escondidas del enfermo, mezclados con los alimentos (cfr. Basaglia, op. cit., p. 262). De esta manera el individuo queda como un ser inerte, sobre el cual la familia, en colaboración con los médicos, toma las decisiones, elabora los procedimientos y asume las responsabilidades.

La situación socio-económicas y la "locura"..- Voy a abordar someramente esta cuestión, puesto que por su importancia y enorme extensión podría convertirse por sí sola en un amplio trabajo de dimensiones sociales.

El primer factor, que ya en sí constituye un tema largamente debatido, es el criterio de normalidad, el cual, como es bien sabido, varía en relación con la época, civilizaciones, ambientes sociales y culturales (25).

De esta manera, el término "locura" se convierte en algo relativo, que depende del contexto en que se exprese. Así, en determinados niveles, la locura es un juicio sobre el comportamiento de una persona, la cual se desvía de las normas establecidas. Cada cultura, en cada nivel, tiene sus propios límites aceptables de comportamiento, por lo tanto éstos no constituyen una regla fija, universal, aplicable a todos los individuos. Así, cuando se identifica a una persona como "loca", puede ser debido a una serie de factores sociales, prejuicios, mecanismos de marginación o cri-

---

(25) Cfr. E. Guarner, Psicopatología clínica y tratamiento analítico. Ed. Porrúa, México, 1978. Cap. I, pp. 5-25.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

terios exclusivamente parciales.

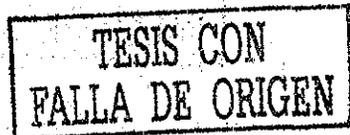
Naturalmente que en condiciones económicas adversas es más difícil el mantenimiento del equilibrio mental que la sociedad exige. Como es bien sabido, la miseria puede destruirlo, disminuyendo inteligencia, capacidad afectiva, energía. Incluso las lesiones orgánicas (cerebrales a causa de parto, infecciosas, etc.) son más frecuentes en las clases sociales más bajas. "No es por azar que de esta situación de sufrimiento surjan con más frecuencia y gravedad los trastornos mentales reconocidos oficialmente" (26).

Pero, en realidad, toda persona considerada como sana tiene trastornos mentales y toda persona considerada como loca tiene problemas que no son muy diferentes a los de la sana. Considerar enferma a la segunda "implica defender que la dinámica del trastorno es totalmente diferente de la de la psique normal" (Jervis, op. cit., p. 83).

Así, los conceptos de "normalidad" y "locura" dependen mucho del poder que tenga una persona dentro de su propio grupo. "Quien por dinero o posición social, dispone de un poder muy grande en el seno de su comunidad, puede permitirse comportamientos discrepantes; quien, por el contrario, dispone de un poder social muy bajo, es fácilmente juzgado como una persona que se comporta de manera ilegítima si no se somete diligentemente a todas las reglas del juego" (Jervis, op. cit., p. 94). En relación con esto,

---

(26) Giovanni Jervis, Manual crítico de psiquiatría, p. 84.



el dictamen de enfermedad mental va siempre unido a la cuestión de poder. A ello se une la productividad o improductividad del "enfermo". Son bien conocidos los casos de ancianos tranquilos reclusos en asilos u hospitales, o el de los adolescentes que, cuando nadie sabe qué hacer con ellos a causa de no tener trabajo, son internados bajo diferentes pretextos. Quien tiene una independencia económica establecida, cultura e inteligencia, puede permitirse trastornos relativamente visibles, e inclusive obtener beneficios sociales de ellos. "Los que tienen posibilidades no vienen aquí" -decía un paciente del hospital psiquiátrico de Gorizia (Italia)- "se hacen tratamientos en privado, o bien van a las casas llamadas de reposo" (Basaglia, op. cit., p. 119).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA PARTE

Casos clínicos

Como ya dije anteriormente, en esta parte incluyo las historias médicas de doce pacientes, presentadas en asambleas públicas para someter los casos a discusión. Proceden de diferentes instituciones psiquiátricas, cuyos nombres se omiten por razones obvias. Los originales son parte de los archivos de dichas instituciones. De cincuenta historias se seleccionaron doce al azar, aunque considero que cada una de ellas es representativa de otros muchos casos semejantes. Es lo que sucede, por ejemplo, en el adolescente tardío con problemas de toxicomanía y drogadicción, tan frecuentemente repetido, o el de la mujer joven histérica por problemas de represión. Incluir un número mayor de historias no haría sino repetir circunstancias y situaciones semejantes. Dado que no persigo fines estadísticos (más fáciles de obtener y seguramente de resultados semejantes, aunque de menos interés desde el punto de vista del individuo), sino únicamente ejemplificar cierto tipo de padecimientos, métodos terapéuticos y diagnósticos comunes, acumular un número mayor de expedientes, no conduciría más allá mis fines particulares.

Presento las historias de la misma manera en que fueron redactadas, omitiendo únicamente detalles personales precisos. A ello se debe la falta de uniformidad y, en muchos casos, las imprecisiones y los datos confusos. Lo que considero importante exponer aquí es el criterio general de la mayor parte de las clínicas psiquiátricas en su relación con los pacientes, algo que, por otra parte,

no es desconocido para los que han estado en contacto con ellas.

A continuación de cada historia expongo mis comentarios sobre el diagnóstico y el tratamiento aplicados, así como una visión de los padecimientos enfocada desde otro punto de vista del exclusivamente organicista con el que han sido tratados.

He señalado ya en la Primera parte la impaciencia de los psiquiatras por trazar lo antes posible un diagnóstico. A diferencia de lo que ocurre en medicina, el diagnóstico raras veces significa en psiquiatría alguna perspectiva nueva para el paciente, y, en muchos casos, no es sino un conjunto de definiciones que impiden la visión total de los factores que integran el padecimiento. La precipitación por definir parece más bien una exigencia que la sociedad demanda del psiquiatra. Y no basta sólo definir, sino que es necesario clasificar lo clasificado, es decir, situar el padecimiento dentro de un orden preestablecido de "enfermedades mentales". Todo ello convierte al psiquiatra en una máquina registradora de datos, capaz de someter al paciente a cualquier tipo de tratamiento o experimentación.

No se trata, a través de este trabajo, de hacer una obra de psiquiatría o antipsiquiatría. Si se pudieran escoger fines ideales, sería "el verdadero límite" (el que pasa equidistante entre ambas)<sup>(27)</sup>. Pero sí coincide con uno de los objetivos de la antipsiquiatría: "defender al loco contra la sociedad" (op. cit., p.

---

(27) M. Mannoni. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Siglo XXI, Buenos Aires, 1976, p. 163.

p. 159), en cuanto dicha sociedad se enfrenta a él desde un punto de vista de antagonismo, y entendiendo por sociedad toda la constelación que lo rodea en relación con su padecimiento.

Es necesario recordar, con Mannoni, que el saber psiquiátrico no es un discurso científico, sino un conjunto de hipótesis e instrumentos de trabajo. Las conclusiones médicas no pueden tener el valor de un fallo inapelable, ni el médico el papel "policia-  
co" que la sociedad le asigna para protegerse del miedo a la locura. (Cfr. op. cit., p. 158).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

THE  
LIBRARY  
OF THE  
MUSEUM OF  
ART AND HISTORY

1.

Paciente masculino. 29 años. Estudios hasta 2o. de Secundaria. Sin ocupación. Soltero.

Historia elaborada en el momento en que el paciente ingresa por quinta vez en la misma institución psiquiátrica. Previamente ha estado internado en tres instituciones diferentes. Cada vez que es dado de alta abandona la medicación que le ha sido recetada y los síntomas reinciden. Las altas han sido recomendadas "por mejoría clínica".

Los síntomas aparentes son "alteraciones en la conducta, agresividad, consumo de fármacos e intoxicaciones con cemento", (algunos de ellos son rechazados después por el paciente) y por su propio abuelo, quien afirma que el cemento lo usa sólo para armar aviones, uno de sus pasatiempos). Se alude también a soliloquios, risas inmotivadas, autismo, ideas delirantes, "aislacionismo" y "negativismo".

El paciente refiere que siempre ha sido obligado a internarse. En la última ocasión fue violentado a salir del hotel, donde se encontraba viviendo, por su abuelo y el administrador, quienes forzaron la puerta de su cuarto y lo condujeron a la clínica.

Allí inmediatamente se le aplicaron choques eléctricos (de uno a tres diarios) y después cada tercer día, además de suministrarle dos fármacos (Sinogan y Orap).

La asamblea de médicos del hospital opina que, de poderlo tener siempre controlado con este tratamiento, mejoraría considerablemente, puesto que después de unos días de internado es obvia su mejoría, principalmente en el terreno físico (se alimenta, duerme bien, se muestra optimista y presiente un futuro produc-

tivo)

Recientemente ha permanecido un año sin internar; en ese tiempo ha viajado con su abuelo y después ha decidido vivir en un hotel, pues en su casa "siempre han tratado de fastidiarlo y perjudicarlo, no le dejan hacer lo que quiere y lo calumnian como drogadicto y agresivo y lo internan a la primera ocasión".

En los últimos tiempos ha estado deprimido, sin ganas de comer, durmiendo doce o trece horas diarias. Mientras estaba dormido, refiere que su abuelo y el administrador del hotel se metieron por la ventana y lo llevaron a la clínica, diciendo que era por su bien.

El abuelo refiere, por su parte, que el dueño del hotel le avisó por teléfono que su nieto llevaba cuatro días sin salir del cuarto ni comer, por lo que decidió sacarlo a la fuerza e internarlo, sin gran resistencia por parte del paciente. No cree que sea drogadicto, porque nunca ha habido pruebas de ello. Niega también su agresividad: sólo en una ocasión fue violento con una de sus hermanas, aunque sí se agrede verbalmente con ella. No piensa que el joven tenga síntomas patológicos: simplemente no trabaja y trata de que él le de dinero y se niega a comer. Esta actitud comenzó cuando el paciente tenía diez y seis años: se mostraba apático, no asistía a clases ni estudiaba y el director de la escuela sugirió que le dieran un descanso.

En esa época el paciente vio por única vez a su madre, reclusa hace veinte años en una institución psiquiátrica con diagnóstico de esquizofrenia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La madre tiene actualmente cincuenta años. Después de seis años de matrimonio fue recluida y separada de la familia. El paciente se niega a hablar de ella y no quiere saber nada. Su abuela paterna le decía que estaba "enferma de pereza". El padre tiene cincuenta y seis años; desde que tenía veintinueve años dejó de trabajar y actualmente es mantenido por sus hijas. Viaja mucho tiempo y sólo de cuando en cuando ve a la familia. Según el abuelo es desobligado, irresponsable y enfermo.

El paciente se niega también a hablar de él y no quiere saber nada suyo ni de la familia. Tiene dos hermanas menores, ambas secretarías bilingües, una alegre y extrovertida, otra seria y enérgica (la autoridad de la familia). El sujeto tiene malas relaciones con ella y le atribuye sus internamientos.

El abuelo, de ochenta y siete años, recogió a sus nietos y piensa que la situación del paciente es una desgracia, puesto que le ha faltado cariño y ha sido incomprendido por todos. El y su esposa (que murió cuando el paciente tenía diez y nueve años) trataron de ser unos padres para él, pero reconoce que no lo lograron, principalmente por la interferencia del padre.

El tema de la enfermedad de la madre se considera como algo inmencionable. Sus hijas la visitan, pero no hablan de ello. El paciente no quiere saber nada. Todos piensan que su problema es hereditario.

El sujeto nació con forceps. A los nueve meses fue separado de su madre. No hubo problemas en la infancia, "niño alegre, inteligente, simpático". Brillante hasta los quince años. Nunca tuvo novia, tal vez "porque no puede sostener una conversación". Mas-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

turbaciones ocasionales desde los catorce años. Relaciones heterosexuales eventuales con amigas y prostitutas, satisfactorias. Desea llegar a casarse.

No hay enfermedades importantes en su historia médica ("Alcoholismo ocasional y tabaquismo").

En el examen mental se proporcionan los datos externos: delgado, desaliñado; cooperador en el interrogatorio. Tono de voz normal, sin alteraciones; discretas fallas de memoria. Niega su enfermedad. Cree que ciertas personas se inmiscuyen en su pensamiento, lo que le parece mal, y que tratan de perjudicarlo. Supone que adivinan su pensamiento a causa de la telepatía. Desea salir de la clínica y ponerse a trabajar y estudiar.

La mayoría de las opiniones médicas, en el momento de emitir un diagnóstico, coincide en dictaminar que se trata de una esquizofrenia simple con rasgos paranoides por la alteración de la percepción (soliloquios). Se subraya el cuadro genético como importante para el origen de la esquizofrenia.

Comentarios al caso I

La historia médica que aquí se presenta, fue elaborada solamente tres días después de la última internación del paciente. La mayoría de los datos, pues, corresponde a historias anteriores. Es necesario advertir también que la mayoría de los datos fue proporcionada por el abuelo del paciente, y no por él mismo.

A causa de lo impreciso de muchos datos, no debería aceptarse ningún diagnóstico definitivo; la opinión generalizada de los médicos al calificar el padecimiento como una esquizofrenia simple, es muy aventurado y con muchos puntos discutibles. Uno de ellos, los soliloquios del paciente (y no alucinaciones) es fácilmente rebatible, puesto que es bien conocido el hecho de que dichas manifestaciones son consecuencia de los electrochoques aplicados masivamente.

No creo que en el presente caso sea necesario hacer énfasis en el fracaso de los métodos terapéuticos empleados hasta el momento: las cinco internaciones en la misma institución, más las tres anteriores en otras, sus mejorías pasajeras, que poco tiempo después le devuelven a la situación primitiva, son pruebas contundentes de que la terapia aplicada no es oportuna.

Existiendo otros métodos terapéuticos jamás intentados con el paciente, no se puede tampoco aceptar el diagnóstico de "enfermo incurable".

Sería necesario, pues, en este caso concreto, un cambio radical en la forma de abordarlo.

Es preciso atenerse a la historia conocida del paciente pa-

SECRET  
MAY 19 1950

ra detectar los comienzos de su mal. Allí precisamente se encuentra un elemento importante: el quiebre sufrido por el sujeto a los quince o diez y seis años, que coincide con la única visita a su madre en el hospital, a partir de lo cual comienza un proceso depresivo. (Tal vez podría pensarse en un proceso psicótico crónico, puesto que experimenta ciertos alivios pasajeros con los choques eléctricos). Desde sus puntos de vista externo (la familia), a partir de entonces se observa un cambio evolutivo: el niño alegre, inteligente, simpático y brillante y se torna deprimido, taciturno, se aísla y pierde el interés por vivir.

Un cambio tan radical y repentino exige investigar las razones que lo produjeron, las cuales, pueden encontrarse también en la historia médica de su madre que él niño, a los nueve meses, nueve meses de contacto con su madre, el padre deja de ejercer sus funciones como tal. La familia queda en manos del abuelo, el cual parece haber fracasado como padre sustituto, capaz únicamente de subvencionar económicamente a sus nietos.

Así, el niño carece desde un principio de figuras con las cuales identificarse. La distancia frustrante entre la madre y el hijo y entre las apariencias y la realidad psicológica del objeto, son elementos generadores de un trastorno. Si no existe comunicación auténtica y directa entre el niño y su madre, no la hay entre el niño y la realidad, puesto que la madre, identificada con el objeto en las etapas primeras, es la depositaria exclusiva de acceso a la realidad. Ya como es bien sabido, uno de los factores que puede precipitar más activamente la aparición de un estado psicótico, es la pérdida de objeto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como S. Nacht ha afirmado, <sup>(28)</sup> las evoluciones de tipo psicótico son formas catastróficas de la angustia de abandono. Abandono en la primera infancia por parte de una madre frustrante que rechaza al niño; abandono repetido antes de que la psicosis se manifieste y antes de sus ataques evolutivos, por parte de objetos sustitutos. Ciertos síntomas de las psicosis no son en realidad sino expresiones de abandono del vacío existencial resultante, como compensación de ese abandono por la creación de un objeto imaginario y como defensa contra el traumatismo de abandono y su repetición activa.

La función parental presenta pues características patológicas para este sujeto. Y como Freud había observado (Cartas a Fliess, 1897), los trastornos neuróticos de los padres favorecen en los hijos la aparición de características de tipo psicótico.

En estas circunstancias el paciente llega a su adolescencia. En ese momento "descubre" a su madre, internada desde hace muchos años en una institución psiquiátrica, en condiciones precarias. El encuentro le devuelve de repente la imagen de lo que él representa para sí mismo: un ser negativo para los demás, autodevaluado. Esta representación de sí mismo y de su familia (personificada por la madre) produce en él un traumatismo narcisista; el modelo sujeto-objeto que había llegado a establecer hasta ese momento queda gravemente maltrecho por las heridas narcisistas a consecuencia de ese encuentro. A causa de ello se niega a volver a ver a su madre y hasta a mencionarla siquiera.

En una etapa crítica de consolidación de la personalidad,

---

(28) Curar con Freud. Ed. Fundamentos, Madrid, 1972.

quedan ausentes las condiciones para la estructuración de un sujeto, y a esta carencia responde su actitud: no es nadie. En primer lugar, para sí mismo. Después, para los demás. Ello explica que deje de comer, que viva precariamente, que no tenga amistades.

No se trata, de ninguna manera, como se afirmó en la historia, de un cuadro depresivo, sino de un cuadro de personalidad sin integrar. Esto llevaría también a rechazar las posibilidades genéticas del mal.

El estado presente del paciente podría pues caracterizarse como un estado prepsicótico, ya que los rasgos que se descubren en esa situación corresponden a "un defecto de integración del yo, así como de relaciones objetales en cuanto tales" (S. Nacht).

Como Recamier señala, (29) las actitudes autistas responden a una necesidad de escapar de la angustia que nace en el paciente en cuanto existe el más mínimo acercamiento objetal, y la situación está reforzada por los que rodean al sujeto, que sienten menos angustia y más seguridad si lo abandonan en su actitud ambivalente.

Algunos obstáculos externos, sin embargo, son reales, y forman parte de las consecuencias de la actual situación: el joven ha fracasado en sus intentos de independencia, puesto que depende económicamente de su abuelo. Cada uno de los intentos fracasados ha producido en él reacciones psicóticas. Los deseos que manifiesta de "ponerse a trabajar y a estudiar", son deseos de

---

(29) "Connaissance et psychotérapie de la relation schizophrénique", Journé d'études psychiatriques de Bonneval, abril 1957.

acabar con la atadura material que lo detiene y que le cuesta soportar.

Teniendo en cuenta que los problemas de terapéutica y de teoría son solidarios, es necesario recordar algo: De la misma forma que el organismo crece, no por superposición de estructuras, sino por elaboración y complicación progresiva de las estructuras primeras, es decir, por integración paulatina de los nuevos lazos funcionales, sucede igualmente con el yo: se trata de una integración de factores, no de un amontonamiento de ellos. Esas funciones del yo se instalan y evolucionan en la infancia, a condición de que ciertas condiciones de madurez estén presentes. La integración de procesos perceptivos y cognoscitivos de aprehensión de la realidad va unida a la integración del objeto primario.

Así, para el individuo cuyo problema se presenta aquí, con una personalidad desintegrada desde la infancia, el psicoanálisis, como factor de integración, podría dar resultados, puesto que un paciente vive en el análisis, de forma pasajera, su necesidad de unión fusional. La Unión-comunión con el analista, y, a través de él, con el objeto materno perdido, le permitiría alcanzar las fuentes esenciales de la vida que todavía no son accesibles para él.

42

II

Paciente masculino. 27 años. Estudios de Leyes incompletos.

Los datos son proporcionados por el mismo paciente, el cual no desea que sus familiares intervengan. Llega a la Institución a través de un médico, al cual consultó y le recomienda que asista a la consulta externa. En el momento en que la historia es elaborada ha asistido a cinco consultas y ha sido tratado con choques eléctricos y Ativán de 1 mgr. Se le ha pedido también que redacte una autobiografía.

El paciente ha solicitado la consulta debido a su "mal alien to", lo que le preocupa hasta el punto de que le impide las relaciones interpersonales y le hace sentirse rechazado por los que lo rodean. Piensa que el origen de la halitosis puede ser psicológico, y esta es la causa de que decida solicitar una consulta psiquiátrica.

Su mal comenzó un año y medio antes de la primera consulta. Piensa que podría deberse a la caries de una muela, pero "teme asistir al dentista".

Su situación vital ha cambiado a causa del padecimiento. De ser muy popular, ha pasado a avergonzarse de sí mismo y a irse aislando paulatinamente, hasta el punto de que en los últimos tiempos se ha encerrado en su recámara, de donde sale sólo para comer y para ver a escasos amigos.

Su situación le impide trabajar, puesto que un abogado necesita comunicarse con sus clientes y él no podría hacerlo en sus condiciones. Recientemente ha estado tan molesto que se ha visto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

obligado a viajar en taxi, pues siente que en camión ofendería demasiado a los demás.

Su familia se ha desinteresado del problema, y aún cuando se encerró en su recámara, no se interesó por saber qué ocurría.

Es el segundo de ocho hermanos, el quinto de los cuales murió a los quince años en un accidente. La hermana mayor es casada. El hermano siguiente no hace nada, es "el vaguito de la familia". Los restantes son estudiantes. Viven con sus padres. Apenas se menciona al padre. De la madre afirma que se preocupa mucho por todo.

Su nacimiento y primera infancia fueron, aparentemente, normales. A los siete años lo llevaron a vivir con su abuela paterna a causa de problemas de espacio en el hogar. El niño dormía en un sillón. "Creo que no me querían y si me aceptaron es porque no tenían más remedio que hacerlo".

Sus estudios de Primaria y Secundaria fueron normales. Tenía buena capacidad para relacionarse e incluso era líder de grupos y organizador de actividades deportivas y sociales. La vida familiar era de gran pobreza.

A partir de los diez y siete años, tuvo relaciones sexuales esporádicas con prostitutas y masturbaciones ocasionales. En una ocasión intentó relaciones sexuales con una amiga suya, pero al entrar al hotel "descubrí que había perdido los preservativos y quise ir a comprar otros, pero entonces ella me dijo que lo dejáramos para otro día". Después la muchacha murió. Las relaciones con las chicas no son buenas. Piensa que son banales. No ha tenido relaciones ni fantasías homosexuales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Desde hace cuatro años no trabaja. Se ha emborrachado en alguna ocasión, pero no bebe regularmente ni fuma. Hace seis meses padeció gastritis. Tuvo una dieta y medicamentos que lo mejoraron. Escribe un diario y dejó consejos en él a sus padres por si se moría, pero nunca lo leyeron.

Su actitud, en las consultas, es inquieta y ansiosa. Repite constantemente palabras. Habla coherentemente y se lamenta siempre de su halitosis. Al mencionar sus reprobados en la Universidad los achaca a culpas de los profesores. Refiere que puede pasar varias horas pintando o armando figuras, y considera que su situación se debe a sus nervios, por lo que confía en la ayuda psiquiátrica.

Siente que produce un efecto desagradable en los médicos a causa de su halitosis. Afirma sentirse mejor con el tratamiento a que es sometido.

El examen físico revela ausencia de un molar y caries en otro; estado normal. No presenta halitosis.

Se lleva a cabo un examen psicológico (una batería de tests). Los resultados muestran una inteligencia normal. El test de Machover indica homosexualidad e instintos agresivos. El de Minesota, conflictos psicológicos canalizados somáticamente; rebeldía, agresividad y rechazo a las reglas. El T.A.T., tendencias homosexuales y rinfomanía.

No se llega a precisar un diagnóstico de este paciente, aunque se estima que es importante para decidir el tratamiento. Se mencionan elementos paranoides e histeria conversiva. Se recomienda no descartar un posible problema del lóbulo temporal. Se hace

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hincapié en los elementos obsesivos. Se recomienda un cambio en los fármacos: ningún tricíclico, que producen sequedad y mal sabor de boca. Es recomendable monoxidasa, de síntomas secundarios mínimos, y neurolépticos para modificar el cuadro obsesivo.

Comentarios al caso II

Aunque en la presente historia faltan muchos datos que serían necesarios para un acercamiento al padecimiento del sujeto, por ejemplo, algo sobre sus sueños, no cabe duda que parte del diagnóstico insinuado es correcto, básicamente lo que se refiere a síntomas paranoides. Y, en un caso como el que aquí se trata, es conveniente, si no un diagnóstico tajante, sí un punto de partida que permita organizar los síntomas y las características del comportamiento del sujeto de una manera clara y sugerente.

Si se toman en cuenta los síntomas de la paranoia y los estados paranoides descritos en cualquier texto psiquiátrico, se puede advertir que no es dudoso el estado del paciente. Sin embargo, una diagnosis no es algo que resuelva sus conflictos. Es necesario ahondar en ellos tratando de encontrar sus orígenes.

Las ideas obsesivas del paciente son evidentes en la intelectualización con que lleva a cabo en todos sus procesos mentales. Es clara también su anulación retroactiva, en la forma en que modifica su pasado. Reconoce la anormalidad de su estado y trata de rechazarlo a través de ritos.

Es necesario recordar que a los siete años es expulsado de su casa y que es a partir de ese momento cuando empieza a dar razón de su vida. Como obsesivo representa la completud de su madre, y, por lo tanto, un enfrentamiento con su padre. Esto enlazaría el caso con la amenaza de castración (El padre lo castra, lo convierte en mujer, lo anula. Ser mujer es aceptar la castración; es convertirse en un ser devaluado, sin acceso a la femini-



dad ni a la masculinidad).

Posteriormente el padre no ha funcionado como promesa. La figura paterna aparece casi invisible en el relato: es el mismo comportamiento que el padre ha tenido con él, lo ha ignorado. El objeto amado, la madre, se va a convertir en el objeto odiado, que a su vez odia y persigue. (Freud, Collected Papers, II).

La homosexualidad no se llega a percibir en este caso. Pero sin duda el paciente huye de ella: huye lo mismo que de la heterosexualidad; su única salida es la halitosis.

A través de su aliento se rodea de un círculo de protección, establece una distancia entre él y el mundo para seguir viviendo, y, al mismo tiempo, lo utiliza para convencerse de la persecución de que es objeto. (Cuando su mamá dice: "el muerto y el arrimado a los tres días apestan" se está refiriendo a él, lo mismo que cuando el doctor huele una rosa o la señora en la carnicería dice "qué mal huele aquí").

Así, a través de la halitosis, el enfermo puede organizar sus relaciones interpersonales, explicar la ruptura con el elemento preexistente y justificar su situación actual. De esta forma la halitosis no es una idea delirante primaria, sino un instrumento que justifica su situación. A través de un síntoma orgánico se revela el intento del sujeto por negar su incapacidad de adaptación. Proyectando la culpa a otros, evita reconocer sus propias deficiencias.

Su actitud de búsqueda de ayuda caracteriza al punto de sobrealoración, así como las preocupaciones hipocondríacas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Si podrían considerarse ideas delirantes de autorreferencia las alusiones a lo que la gente piensa de él. A través de ellas, el paciente sustituye la parte negada de la realidad externa por otra realidad suya interna. Y de esta forma el sujeto no se retira completamente del mundo, pero distorsiona algunos de sus aspectos para adaptarlos a sus propias necesidades.

Los problemas, de esta manera, no son afrontados franca y realmente, y por lo tanto nunca serán resueltos. En el futuro esta derrota podría ser fatal a causa de la intolerancia al fracaso, típica del carácter paranoide. Dicha intolerancia es fruto de un fuerte sentimiento de inseguridad, producto también de una educación basada en la competencia. El deseo de superar y dominar a los demás, tan importante para la aparición de síntomas paranoides, fue sin duda exacerbado en la infancia del paciente, en el momento de su expulsión del hogar paterno y su traslado a una situación relegada y humillante.

A pesar de las evidentes lagunas de la historia de este paciente, pueden detectarse en él puntos luminosos para aclarar el origen de sus síntomas. Tal vez trabajando profundamente con el sujeto sería posible resolverlos. Es necesario recordar que, después de respetar por muchos años la opinión de Freud, acerca de que los psicóticos eran inanalizables por no ser susceptibles a la transferencia, Federn demostró que no son inaccesibles. Más tarde Fromm-Reichmann descubrió las peculiaridades de la transferencia psicótica (1939) y desde allí comenzó el desarrollo de la psicoterapia analítica de las psicosis y estados psicóticos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Más tarde Abraham y Tausk descubrieron que el secreto de las psicosis está en las formas más arcaicas de la relación objetal y de la constitución del yo. Los trabajos de M. Klein con su revelación de la vida del niño en su periodo preverbal originaron una psicopatología de las psicosis que descubrió cómo éstas son regresiones a diferentes posiciones defensivas. El psicótico, como el infante, buscando la preservación de su propia identidad, adopta una posición defensiva ante los ataques, tanto del interior como del exterior. Se ha comprobado cómo las evoluciones psicóticas son formas catastróficas de la angustia de abandono, primero de una madre frustrante, después de los demás. Así, los síntomas de la psicosis son expresiones de ese abandono y del vacío existencial que deja.

Las producciones delirantes del psicótico son reveladoras de hechos significativos de su vida, y todo delirio tiene relaciones directas con el conflicto. De esta forma el delirio es un intento de solución del conflicto: cuando éste se acentúa, el delirio se acentúa también.

La investigación psicoanalítica permite conocer cada vez mejor las estructuras psicóticas, llegar hasta los orígenes más remotos de los conflictos y, de esta forma, resolverlos. (30)

En el caso del paciente aquí presentado se podrían rastrear sin gran dificultad los orígenes de su padecimiento a través del psicoanálisis, única forma de solucionarlos.

---

(30) Cfr. S. Nacht, "Psicoanálisis de la actividad delirante" en Curar con Freud. Ed. Fundamentos, Madrid, 1972, pp. 127-197.

III

Paciente masculino. 6 años. Segundo año de Preprimaria.

El niño es llevado a una institución psiquiátrica por sus padres para valoración. Ellos lo describen: "Inquieto, grosero, destructor, insoportable, con dificultad en pronunciar las palabras, poca capacidad de entender e incapaz de relacionarse". Recibe, desde hace seis meses, tratamiento de rehabilitación en otra institución psiquiátrica.

Los padres refieren que el padecimiento se inició a los cuatro meses, en que tanto el biberón como el seno los tomaba "con mucha tensión nerviosa". A partir del año se evidenciaron más sus síntomas: dificultad en pronunciar palabras e inquietud exagerada. La madre afirma: "Le empecé a gritar al año de edad, quise imponerle disciplina a base de gritos; yo quería que se sentara: pues era inquieto y no obedecía". Lo obligaba a sentarse en un caballo de plástico, lo cual aterrorizaba al niño y lo ponía tenso.

El niño no hablaba, no pedía leche, era llorón y padecía cuadros diarreicos, que alternaban con fiebre hasta de cuarenta grados.

La situación se fue agudizando hasta los cuatro años. "Nosotros lo rechazamos demasiado; no nos dejaba convivir socialmente; no se podía convivir con él; lo dejábamos siempre con la mamá de mi esposo que le gritaba y le pegaba. No le dolían los golpes".

Desde los tres años se ve frecuentemente en el espejo, sobre todo cuando llora; le agradan sus gestos. Busca su sombra o la sombra de los juguetes con que juega, le gritan y pegan con frecuencia y reacciona poniéndose tenso: cierra los puños y golpea y da de patadas.

Cuando habla no lo hace de frente: siempre de lado. Agrede a otros niños, pero cuando le pegan no se defiende y pide que le peguen más. La madre: "Le digo que no hable, que no diga nada, o bien lo distraigo, porque me siento mal de que lo rechacen. Yo lo sobreprotejo; nunca habíamos tenido un niño así; me apeno de él, le mando a la recámara cuando tenemos visitas".

El niño rehuye estar en casa. Busca salir a la calle, otros niños para jugar. Cuando sus padres van a recogerlo al colegio les cierra la puerta, los rechaza. Lo sacan con engaños; siempre lo engañan. "Le decimos que vamos a la feria, a cualquier parte; como no le cumplimos, desobedece. Sólo a golpes lo sometemos".

El niño es producto de la tercera gestación, después de un embarazo con peligro de aborto. Parto normal; desarrollo físico, normal (a los cuatro meses levantó la cabeza; sonrió a los seis; se sentó solo a los siete; caminó al año y dos meses; habló al año, pero con claridad, a los dos; control de esfínteres, a los cuatro).

Padre de treinta y seis años, que declara falta de carácter, desatención por las cosas; vive casi siempre en la calle; le gusta el orden, y el hogar conflictivo y los hijos problemáticos le irritan; grita todo el tiempo; discute siempre con su esposa porque se pasa la vida fuera.

Madre de treinta y cuatro años. Ante la indiferencia de su esposo, ella impone el orden en la casa. Es rigurosa en el aseo y con los hijos; les exige que saquen buenas calificaciones.

Hermana mayor de trece años. Niña introvertida, temerosa, desordenada. Le pegaron constantemente hasta los once años. La madre declara que llegó a odiarla porque era la favorita de su suegra, quien la sobreprotegía y llegó a decirle que ella no era su madre. La mamá le pegaba simplemente por ese motivo, simplemente "para que a mi suegra le doliera".

Hermano de once años, alegre, bromista. No se le puede hablar, porque llora. Es muy cariñoso y el preferido de la madre.

El paciente tiene malas relaciones con sus hermanos. Duerme con su hermana mayor y con las luces prendidas, porque teme la oscuridad. No se deja tocar por las personas extrañas; sin embargo él toca todo, buscando los detalles; se lleva todas las cosas a la boca; tiene terror a los perros.

La relación entre los padres es mala. Se casaron ante un embarazo inminente. Tuvieron desde el principio dificultades económicas y familiares. Ambos lo atribuyen a sus malas relaciones sexuales, rechazadas casi siempre por insatisfactorias. Marido indiferente y evasivo; mujer celosa y autoritaria.

En los últimos tiempos el panorama ha mejorado. Piensan que la enfermedad del niño los une.

Se han practicado exámenes físicos y neurológicos, a los que el paciente se resiste. No responde preguntas y si la madre le presiona, menos. No se deja desvestir ni que lo toquen; se muestra agresivo. Los resultados fisiológicos son normales.

Se intentó un estudio psicológico. Sólo se logró que hiciera dos dibujos. Se escondía bajo el escritorio; gritaba: "papá, mamá".

Se le aplican los tests a los padres. Resultados:

Padre, psicótico, obsesivo compulsivo; depresión; aislamiento; preocupación por lo sexual; exhibicionista; incapacitado para resolver problemas.

Madre: Psicótica depresiva, sin relación interpersonal; aislada; muy desconfiada (casi paranoica); resistencia pasiva al medio ambiente. Depresiva. Rasgos obsesivo-compulsivos.

Tratamiento: Metilfenidato, un comprimido de 10 mgr. cada mañana (sin resultados)

Tratamiento rehabilitatorio hace unos meses, donde se reporta una lenta evolución. La madre señala que el progreso se debe a que ella lo regaña y golpea para que aprenda las lecciones.

Diagnóstico: Retardo mental no específico. Síndrome hiperquinético de la infancia. Probable psicosis autista.

Comentarios al Caso III

El caso aquí tratado ofrece serios problemas. La psicosis infantil (término preferido al de esquizofrenia) es poco conocida. No existen muchas investigaciones confiables, y, en general, se refieren a casos aislados, que no permiten extender el tratamiento empleado a otras situaciones particulares.

La terapia electroconvulsiva (que ha sido recomendada para este caso), que hace años L. Bender señaló como conveniente, es muy discutible desde el punto de vista metodológico y además ha probado ser desastrosa en aplicaciones prácticas.

Es necesario rechazar el diagnóstico de autismo. Dos síntomas servirían para ello: el paciente no presenta inversión pronominal, enuncia claramente: "Yo quiero irme". En segundo lugar, el sujeto busca contacto con otros niños, con sus propios hermanos, a través de la agresión. La madre es la única que le empuja hacia el autismo: "Yo le digo que no diga nada".

La historia clínica de un niño no puede manejarse como la de un paciente adulto. Es necesario absolutamente tener en cuenta la historia familiar. Hay que conocer la historia de los abuelos y la relación de sus hijos con ellos. En el caso presente hay datos que se deben tener en consideración: El hijo segundo es el preferido de la madre, porque se parece a su padre. La hija es golpeada y odiada en ocasiones porque se parece a su abuela. Es necesario desentrañar cuál es el papel del más pequeño. Mucho de lo que sucede en la familia demuestra que no tiene lugar alguno y que significa un estorbo.

Lo que la madre desea es su anulación: lo manda salir cuando llegan las visitas; lo manda callar; debe obedecer sin respuesta. En los últimos tiempos parece haber encontrado un lugar para él: "La enfermedad del niño nos ha unido". Esto significa que si se cura, volverán a desunirse, luego deberá seguir enfermo.

En el presente caso, pues, no es recomendable ninguna terapia familiar. El niño necesita un tratamiento aislado de la familia. Lo que los padres buscan de él es convertirlo en una criatura realmente autista, que no estorbe y que pueda utilizarse en ciertas funciones. De no establecerse inmediatamente una psicoterapia individual, tal vez lo logren.

IV

Paciente femenino; 22 años; divorciada; estudios de primaria secundaria y secretariales; ocupación, cajera de banco.

Llega a la institución por orden de su médico particular, el cual opina que debe de ser internada.

Los motivos de su internación son los síntomas agudos que viene experimentando desde hace un mes y medio: vómitos, trastornos de conducta, alteración en sus relaciones familiares.

La paciente se muestra de acuerdo con su internación porque sus padres se lo piden.

Los padres afirman que obedecen lo que los médicos dicen. La madre afirma que la joven necesita cariño y cuidados.

La paciente es la tercera de seis hijos.

Madre dedicada al hogar, mexicana de ascendencia europea, es "la típica madre mexicana: a veces cansa a todos" (sic. la paciente). La paciente afirma que no se entiende con ella, que quisiera irse de su casa. Es dominante con los hijos; sumisa con el marido.

Padre de 52 años. Propietario. Problemas de obesidad (110 kg. de peso). Tiene otra familia y otros dos hijos en ella, de 31 y 22 años de edad. Afirma que tiene la otra mujer porque se lleva mejor con ella. La madre de él es enferma psicósomática. Tiene un hermano diabético.

La familia está constituida por seis hijos. El mayor, de 25 años, estudia y trabaja. La segunda, de 23, está casada; la cuarta, de 18 años; el quinto de doce años y una hermana menor de ocho años que estudia primaria.

Relata la tía que en cierto momento la madre se enteró de la existencia de la otra familia y entonces todo cambió para ella. Según ella a los hijos no les afectó nada.

La paciente nació de parto normal. Los dos primeros meses comió mal. Los padres reportan que fue consentida en la infancia. Hacía constantes berrinches. Buscaba el apapacho. Enfermita. Muy dócil pero rebelde con la madre.

En la escuela fue niña normal. No parece la etapa escolar significativa para la paciente.

Su adolescencia fue tranquila. A los 14 años se enteró de la existencia de la otra familia por una amiga que era novia de su medio hermano. A los 16 años el padre declara oficialmente a la otra familia. Ella dice sentirse desilusionada. Tuvo muchos novios; uno duró un año.

Comienza la menarca a los 13 años y medio. Masturbaciones ocasionales a partir de los 16, con sentimientos de culpa.

A los 18 años comienza a trabajar como secretaria con sueldo mínimo. Después pasa a una sucursal bancaria y por sus propios méritos asciende a cajera principal de un banco importante. Le gusta mucho su trabajo, donde es muy positiva y labora con gran rendimiento. Trabaja horas extras por gusto. Tiene muy buenas relaciones con compañeros y jefes.

En su casa es aislada y prefiere estar sola. Es insegura. Lloró con frecuencia (esto lo niega la paciente que afirma que lloró una vez a causa de una película.) Duerme mal y padece insomnios. Escribe su diario en esos momentos.

A los 18 años conoció a un muchacho de 24 con el cual se casa.

por lo civil sin permiso de los padres y no tiene relaciones sexuales con él (Al preguntársele la causa de esto afirma que deseaba que él la respetara hasta que el padre diera el consentimiento y entonces casarse por la iglesia. Además él la reclamaba a causa de su poco peso y ella quería que la aceptase tal como estaba. Siente que no la quería mucho y es su máxima aspiración, encontrar a alguien que la quiera realmente). El padre va a buscarla y regresa a su casa, aunque con disgusto de ella. Hace checar con un médico su virginidad. Durante un año ella se siente desilusionada, hasta que logra autoconvencerse de que él no vale la pena, porque fuma marihuana y bebe.

En ese tiempo trata de resolver su tendencia hacia la obesidad (Medía 1.52 y pesaba 57 kg.). Tomó pastillas que una amiga le recomendó. Se sintió ansiosa y acelerada. Más tarde tomó Neovex y en tres meses bajó ocho kilos. Esto preocupó a la madre que la obliga a comer. El padre afirma que la hija se veía bien con 57 kilos.

La paciente llega a cierta intimidad con su jefe. El la invita a su departamento privado y tiene relaciones sexuales con él. Resultan satisfactorias, pero después ella se siente mal, pensando que es casado. Toma medicamentos que la hacen sentirse bien. Padece amenorrea.

Cinco meses antes de su internación comienzan sus padecimientos. Baja veinte kilos de peso. Comienzan náuseas. Vómitos en posos de café. Se le interna en dos famosos sanatorios (Durango y Mosel), donde se le hacen estudios completos. Todo aparece normal. Se le recomienda terapia familiar. Padece estreñimiento. Se piensa en un proceso neoplásico de tubo digestivo.

Posteriormente ella se somete a una dieta de jugos y su estado empeora. Es internada en el Instituto de Nutrición. Se descubre una hernia esófago-gástrica, pero el resto de los exámenes son normales o negativos. En el departamento de psiquiatría se recomienda terapia individual y familiar. Dieta líquida y anti-ácidos. Citología: no coincide el examen hecho en Nutrición con el de otros sanatorios.

Al salir de Nutrición los síntomas regresan.

Nuevas internaciones en Nutrición. Se diagnostica anorexia nerviosa. Se le interrumpe la regla por varios meses.

Todo esto va unido a malas relaciones con los padres. En varias ocasiones la paciente ha tratado de abandonar su casa. La última vez, tras una crisis, trató de hacerlo en la madrugada. El padre lo impidió con violencia.

La paciente fuma cajetilla y media de cigarros diarios. Toma de seis a ocho tazas de café. Toma chicles constantemente y chocolates, que una vez llegaron a intoxicarla. Se automedica para los problemas gástricos.

Examen mental. - En el momento de la internación se muestra renuente a ser internada. Aparece despeinada, desarreglada, angustiada. Se puede observar la presión de los familiares, especialmente de la tía. Ella dice que cuando la dejaron en el Sanatorio sintió que la abandonaban. Está aislada, tensa. Unos días después la visita el médico particular y le explicó que sólo estaría un mes internada. Ella se siente mejor y comienza a cooperar y a tener mejores relaciones. Se le permite hablar por teléfono y visitas. Se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

entrevista con su madre, y la relación parece mejor.

Memoria, normal.

Inteligencia, media-normal, correspondiente a su desarrollo cultural.

Discurso, coherente; se muestra reiterativa e insistente en lo que se refiere a su peso. Afirma textualmente: "No veo porqué tanto escándalo por algo que es de mi incumbencia"

Insiste también en que no está loca. Está internada por sus malestares estomacales, pero se siente de lo demás perfectamente bien. Por otra parte, no ha tenido vómitos ni síntomas desde que está internada (13 días en el momento de esta historia).

Le preocupa específicamente lo que va a hacer al salir del hospital.

Afectividad alterada; ansiedad, miedo, suspicacia en torno a su internamiento promovido por su médico y por su padre.

Capacidad adecuada para mantener relaciones.

Su actitud es constructiva en relación con su trabajo, el financiamiento económico de su enfermedad.

Es pasiva en sus relaciones. Tiende a seguir a las personas mayores. Demostrativa. Afirma ser tierna con los niños y desea tener un hijo un día. Quiere ser "una mujer normal".

Según sus padres está "alejada de la senda del bien y los principios de la iglesia". Ella siente dudas con respecto a la religión.

-----

El peso actual de la paciente es de 37 kilos. Los exámenes practicados en este centro reportan bien la salud. Miopía. As-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tigmatismo. Caries múltiples.

Se diagnostica un cuadro neurótico que, de continuar, se transformará en depresión conversiva.

No puede saberse el tratamiento actual, porque es enferma de médico particular y eso queda en sus manos.

-----  
El diagnóstico final es el siguiente:

Se acepta la anorexia nerviosa diagnosticada en Nutrición.

Se menciona también la neurosis histérica.

Depresión. Se sugieren medicamentos antidepresivos. (La ausencia de reglas sería un síntoma de la depresión).

La preocupación de la paciente por su peso se interpreta como un elemento obsesivo y se sugiere medicación antiobsesiva.

Otra opinión médica, además del cuadro depresivo, la califica de hip maniaca (síntomas de ello: el casarse, el no dormir). Se sugiere también una psicosis tóxica causada por las anfetaminas ingeridas.

La anorexia se ve como característica en las mujeres vírgenes de su edad (baja de peso, amenorrea).

Se insiste en los antidepresivos para que se maneje bien al salir del sanatorio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Comentarios al caso IV.

Cuando Freud, en 1895, escribe sus Estudios sobre la histeria, deja ya claramente descritos los síntomas, variadísimos, que caracterizan a este padecimiento. El caso aquí presentado es, como el freudiano de Catalina, "el prototipo de aquello que hemos denominado "angustia virginal", consistente en una combinación de neurosis de angustia e histeria. La primera crea los síntomas y la segunda los repite y labora con ellos. Por otra parte, se trata de un caso típico de las frecuentes neurosis juveniles, calificadas de histeria " (Obras Completas, T. I, p. 141).

Varios de los síntomas que la paciente presenta, como la anorexia, vómitos, etc., fueron descritos por Freud. Dichos síntomas producen muy poco o ningún beneficio secundario al sujeto, por lo cual tiende a luchar contra ellos y no resulta un paciente difícil. La ausencia de "ganacias secundarias" se considera en general como garantía de recuperación.

Los síntomas mostrados por la joven son formas de satisfacer impulsos reprimidos inaceptables y de defenderse contra ellos. Todo ello corresponde a una inmadurez sexual, que es característica de este tipo de neurosis. El desarrollo sexual, iniciado en la infancia, se ha detenido por alguna causa y desplaza las actividades sexuales en otras direcciones. Ese estancamiento en el desarrollo puede representar un fracaso para alcanzar la madurez. Todo ello indica dificultades en los problemas de identificación sexual en la niñez. Dadas las características familiares de la paciente, se podría pensar que las relaciones con sus padres en la infancia, con los elementos de ternura, sexualidad, identificación, etc.,

que deben ser modelos para experiencias futuras, fracasaron de alguna manera y se convirtieron en un obstáculo para la maduración.

Es interesante llegar a establecer el grado de intensidad que el conflicto presenta, el volumen de las inhibiciones de la joven y la fuerza de sus sentimientos de culpa. Para conocerlo, habría que examinar la estructura de su carácter. Es evidente la tendencia a depender de las figuras paternas, lo cual demuestra la persistencia de un estado infantil, Pero al mismo tiempo se pueden observar ciertos intentos de la paciente por desligarse de dicha dependencia. Un super yo excesivamente rígido obstaculiza la adaptación de sus valores a una realidad adulta y le hace aferrarse excesivamente a sus pasadas tendencias.

El análisis de estos casos revela que son neurosis sexuales, como ya Freud describió ampliamente. No se trata, pues, de hacer desaparecer los síntomas, sino de analizarlos. La terapia consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, las resistencias a asociar su estado con una representación patógena. "Este fin se consigue, en primer lugar, por el apremio, o sea por el empleo de una coerción psíquica que oriente la atención del enfermo hacia las huellas de las representaciones buscadas" (Freud. op. cit. p. 147).

De esta manera el tratamiento tiene un objeto triple: Fortalecer el yo del paciente, del cual ha perdido el control; ayudarlo a afrontar sus impulsos reprimidos y ayudarlo a manejar las circunstancias ambientales.

Es necesario que se establezcan buenas relaciones entre la

paciente y el terapeuta: de esta forma ella se identificará con él e irá obteniendo fuerza a través de la relación, de la misma manera que el niño la obtiene de sus padres. Y así, los conflictos internos a los que nunca ha querido enfrentarse, podrán ser comprendidos y perderán su aspecto amenazador.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

66

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY  
1100 EAST 58TH STREET  
CHICAGO, ILL. 60637

Paciente femenino. 52 años. Dedicada al hogar. Estudios comerciales. Divorciada.

La paciente llega a una institución psiquiátrica trasladada de otra, sedada y en camilla. Los datos son proporcionados por su hijo.

Este refiere que, durante un viaje en compañía de sus familiares, ella comenzó a experimentar alucinaciones visuales a las horas de las comidas. En los platos o en frutas veía los rostros de algunos miembros de su familia, especialmente el de un niño, todo ello acompañado de risas inmotivadas. En un principio lo atribuyeron a un fármaco que tomó para el mareo.

Pero los síntomas continúan dos días más, para intensificarse después en una reunión social, donde comienza a expresarse en un lenguaje incoherente y ampuloso. Por la noche presenta insomnio y malestares difusos. Despierta a su hijo y le revela que acaba de tener un infarto; una bomba ha estallado dentro de ella y Dios se le ha aparecido para anunciarle que sus días estaban contados. Mas tarde vuelve a aparecersele Dios y le anuncia que vivirá veintidós años más. Sin embargo la paciente hace llamar a un religioso que le administra los últimos auxilios. A continuación permanece rígida, verborreica, incoherente, sin reconocer a sus parientes, escuchando y viendo únicamente a la Virgen de Fátima que le perdona todos sus pecados.

Al día siguiente la situación se agudiza. La paciente se presenta agitada, verborreica, hablando febrilmente de pasajes dolorosos de su vida (como su divorcio) y repitiendo ciertas palabras constantemente. Todo alternado con periodos de lucidez. Su

médico de cabecera le administra intramuscularmente 10 mgr. de Diazepan, sin que se evidencie ninguna mejoría. Horas después le inyecta Valium, con el resultado de breves sueños, después de los cuales se despierta en mayor estado de excitación. Se presentan crisis de llanto alternadas con ejercicios de yoga. Se recomienda una consulta neurológica y es internada. Se le practican estudios, que resultan normales. La paciente es sedada y conducida a una institución psiquiátrica. Allí permanece doce días, durante los cuales es tratada con fármacos (Haldol, Artane, Dalmadorm) y sufre una evolución completa: desde el momento de su internación, en que presenta negativismo, excitación psicomotora, mutismo e inmovilidad totales, hasta que, en sus facultades normales, solicita ser dada de alta y afirma no recordar nada de lo sucedido en días anteriores.

La paciente es la tercera hija de una familia de seis hermanos. El padre, muerto hace veinte años, es considerado como una gran persona por su hija. La madre, en buen estado de salud, de setenta y nueve años, es dominante, estricta y rígida, considerada aún como jefe de la familia.

A los veinticinco años la paciente contrajo matrimonio con un hombre al cual no quería, por imposición de la familia. Sus relaciones con él, pues, fueron malas desde el noviazgo, principalmente porque él no era creyente. El matrimonio duró cinco años, al cabo de los cuales la esposa pidió el divorcio, en el momento del nacimiento de su hija segunda. Ello fue ocultado a los otros hijos, a los que hizo creer que su padre había muerto. Años más tarde conocieron la realidad, pero no tienen contacto

con su padre.

La infancia de la paciente aparece como normal. Estudios positivos de Primaria, Secundaria y Comercio. Su vida sexual comienza a los veinticinco años, pero se niega a proporcionar ningún detalle sobre ello. Histerectomía hace siete años. Padecimientos de cistitis recientes. Cefaleas hemicraneanas repetidas.

A partir de su divorcio la paciente se encargó del mantenimiento de su hogar, con una economía desahogada y sin problemas. Se mencionan disgustos frecuentes por intromisión de la madre y un hermano en el círculo familiar.

Se practican exámenes mentales y físicos, donde todo resulta normal.

En el momento de redactarse esta historia, la paciente presenta un comportamiento normal, buenas relaciones con otros enfermos, carácter alegre, sin problemas, Poco expresiva y renuente a hablar de ciertos temas.

Se le aplica una batería de tests. Resultados:

Machover: Dibujos seniles o de deficiencia mental.

Bender: Angustia, imposibilidad de mostrar agresión.

Minesota: Cuadro de desorden psiquiátrico. Dificultad de comprensión debido a retardo mental o a una gran tensión.

Dominó: No puede resolverlo.

Rorschach: Inteligencia. Capacidad perceptual muy disminuida.

Falta de capacidad para lo práctico. No maneja la afectividad.

Capacidad creativa para actualizar su potencial. Afectividad manejada por la represión. Intelectualización para evitar compro-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

misos afectivos. Apego excesivo a lo convencional. Introversión. Posible miedo a la vejez. Preocupación ansiosa por la afectividad.

No se llega a establecer un diagnóstico preciso.

Se hacen alusiones a una patología relacionada con la menopausia. Se mencionan posibles psicosis tóxicas u orgánicas. Posible iniciación de una esquizofrenia.



Comentarios al caso V

Todo intento de penetrar o de resolver este caso tendría que estar basado únicamente en hipótesis. Si en las historias de otros pacientes existen difíciles lagunas por rellenar, en la presente faltan casi totalmente los elementos en que apoyar alguna teoría. Se puede observar que apenas se sabe nada directamente de la paciente. Casi todos los datos, proporcionados principalmente por su hijo, muestran la configuración externa de una persona, ciertamente hermética, ciertamente conflictiva, con la que nadie realmente se ha puesto en contacto.

Los delirios y su contenido serían la única ventana al mundo interno de la paciente.

S: Nacht, en su "Sicoanálisis de la actividad delirante", recuerda que el delirio tiene una composición propia, lo mismo que el sueño, la cual resuelve un conflicto y emana del miedo. Recuerda también que el mecanismo esencial de la objetivación delirante es la proyección. Estas realidades conducirían a un yo psicótico y a la organización de las relaciones objetales en el delirio.

Federn demostró también que el delirio está fabricado con "residuos de la víspera", a los que se aferran recuerdos, deseos y miedos inconscientes, mecanismo semejante al del sueño, que a través de una oscura sensación inmediata se relaciona con recuerdos infantiles y tendencias inconscientes.

Parte del delirio sufrido por la paciente responde a las descripciones establecidas por las autoridades en psicopatología. Se caracteriza por una angustia sin límites: la angustia

de la muerte. En enfermo experimenta la destrucción de su ser y la devastación del mundo. Regresa a su estado pre-objetal, en el que desaparecen las fronteras entre el mundo externo y el mundo interno. Las funciones del yo quedan desorganizadas a causa del miedo.

Frida Fromm-Reichmann<sup>(31)</sup> resumió el punto de vista analítico sobre los delirios afirmando que "son el producto a la vez de la angustia del enfermo y de su defensa contra ella".

Sería positivo tratar de encontrar una explicación a los trastornos visuales de la enferma a través de los conceptos psicoanalíticos freudianos. En la obra Conceptos psicoanalíticos de las perturbaciones psicógenas de la visión habla Freud de la doble función de ciertos órganos, que al mismo tiempo sirven al yo y a los instintos sexuales. Cuando surgen conflictos entre los dos instintos fundamentales, uno de los dos tiene que imponerse al otro, y, al mismo tiempo, la relación de los órganos visuales y la visión del yo rompen con la conciencia. El yo pierde su imperio sobre el órgano, el cual se pone a disposición del instinto sexual reprimido. Este intensifica su dominio sobre el órgano puesto a su servicio. "La pérdida del dominio consciente del órgano no es una sustitución nociva de la represión fracasada, sólo a este precio posible" (op. cit., p. 1634). Para Freud, las perturbaciones psicógenas de la visión van siempre acompañadas de otras. En un caso como el presente, donde una gran represión sexual es claramente visible, el inicio del trastorno está marcado

---

(31) "Remarks on the philosophy of mental disorder" Psychiatry, 9, 1946.

por las alteraciones visuales. ¿Qué representan para la paciente las imágenes que empieza a recrear en su delirio? ¿Qué significado específico tiene para ella el niño que se le aparece en varias ocasiones? Sólo trabajando directamente con ella se podrían descubrir sus procesos inconscientes.

El hecho de que hasta el momento se haya presentado la actividad delirante en una sola ocasión, impide la accesibilidad a muchos materiales inapreciables para desentrañar el caso. Es necesario observar la evolución posterior. Aunque muchos pacientes con siguen una adaptación social satisfactoria después de un delirio, se suele comprobar que sólo era aparente y formal.

La búsqueda de daños orgánicos llevada a cabo para rastrear un posible origen del mal es innecesaria. Aunque en su inicio el delirio pueda responder a lesiones orgánicas, se puede afirmar que ningún desorden orgánico puede explicar por sí solo el delirio. El trastorno biológico sólo produce efectos psicopatológicos en un psiquismo predispuesto a la situación patológica.

En los estados delirantes, como afirma Nacht, desfila y se revela la biografía del paciente, clara para quien sabe leer en la expresión deformada del enfermo. El delirio, como el sueño, entrega productos metabolizados y disfrazados. Algunos fieles seguidores de Freud, como Rosen, afirman, incluso, que es un disfraz del inconsciente. Así, en las palabras de la paciente se revelan una serie de puntos que sería necesario investigar. ¿Cuáles son los personajes que aparecen en sus primeras alucinaciones visuales y qué significan en su vida? ¿A qué pecados se refiere, que le perdona la Virgen de Fátima?

S6lo un análisis psicol6gico de los diferentes sntomas po-  
drfa dar luz sobre ellos.

VI

Paciente masculino. 36 años. Estudios de Primaria y Secundaria.  
Sin ocupación. Soltero.

El paciente es internado por enésima vez en la misma institución, después de haber sufrido internaciones anteriormente en seis clínicas diferentes. En esta ocasión, el motivo es un acceso de agresividad con un desconocido, sin motivo que lo explique.

Los datos para la historia médica están proporcionados por su padre y una hermana, y algunos por él mismo.

Le interrogan acerca de las causas de su último ataque y responde que no las había, como en la mayoría de las situaciones en que esto ha sucedido. Pero ante la insistencia del cuestionamiento, responde que el individuo golpeado "lo vio feo". En otras ocasiones ha contestado que "le tocaban las nalgas al pasar". Durante su internación se muestra tranquilo, "sin ganas de agredir", y pide irse a su casa.

El padecimiento comenzó cuando el sujeto tenía diez y siete años. Lo notaron "inquieto" en la escuela, retraído y "prácticamente autista" y agresivo con sus compañeros. En su casa se encerraba en su cuarto y no hablaba con nadie; era agresivo con sus familiares; su discurso era incoherente. La situación se fue agudizando, y, según refieren los familiares, comenzaron ideas delirantes, alucinaciones de tipo auditivo (no pueden especificar su contenido) y agresiones con cualquiera que pasara por su lado. Fue internado por vez primera en una institución neurológica y calmado con inyecciones, choques eléctricos y altas dosis de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Clorhidrato de Fenotiacina, con lo cual disminuyó parcialmente la sintomatología.

Posteriormente comenzaron otros trastornos: risas inmotivadas, discurso incoherente y alucinaciones auditivas. Sin embargo, fueron desapareciendo y lo único que prevaleció fueron los accesos de agresividad, aunque bastante controlados, pues no llega a golpear a la gente, sino que nada más amenaza. Las crisis de agresión son eventuales; en los últimos tiempos golpeó únicamente a una sirvienta; se limita a destruir objetos. En los períodos tranquilos que median entre los accesos, el paciente permanece apático, aplanado afectivamente, cometiendo actos bizarros (invierte todo su dinero en comprar colonias y exige inmediatamente la devolución del dinero), padece insomnios (se levanta varias veces en la noche y camina por las calles).

Durante todo este tiempo ha estado sufriendo tratamientos: choques insulínicos, terapia electroconvulsiva (series hasta de veinticinco choques seguidos) e innumerables fármacos en las dosis más altas. Todos ellos impartidos en diferentes instituciones psiquiátricas, donde ha estado internado frecuentemente y se ha mostrado agresivo físicamente con otros internos. La única mejora experimentada ha sido una ligera disminución de la agresividad. Paciente de numerosos psiquiatras, ha recibido variados y diferentes diagnósticos.

Desde 1975 se inicia un nuevo tratamiento farmacológico (Atemperator, Tegretol, Sinogan, Artane, Semap, Leponex) que lo ha mantenido sin accesos de agresividad, hasta el último, mencionado anteriormente.

El paciente vive con sus padres y con tres hermanos menores, descritos como "irritables".

Nació con forceps, mientras la madre era anestesiada con gas. Desarrollo primero aparentemente normal. El padre lo describe como niño temeroso, de reacciones angustiadas ante las discusiones de sus padres y ante situaciones nuevas. Estudios primarios iniciados a los seis años, con aprovechamiento medio. Es expulsado de la Escuela Secundaria sin que se conozcan las causas, y es trasladado a una escuela especializada en problemas de conducta. Inicia después estudios de locutor, que abandona a los tres meses. Buen deportista.

El paciente refiere que se masturbaba frecuentemente y que ha tenido numerosas relaciones sexuales con prostitutas. Tuvo una sola novia, durante tres años, con la que mantenía relaciones sexuales. Actualmente fuma de dos a tres cajetillas de cigarrillos diariamente.

El examen mental muestra un sujeto tranquilo, consciente, cooperador en el interrogatorio, bien orientado, con buena memoria y capacidad de abstracción disminuída. Resuelve difícilmente sumas y restas; interpreta curiosamente refranes comunes. Su discurso es coherente y está afectivamente aplanado. Acepta su enfermedad a través de los ataques agresivos, pero la rechaza en lo que al resto se refiere. Menciona las voces que le llegan por la noche, aunque no puede explicar su origen ni contenido.

El examen físico reporta a un individuo normal. La exploración neurológica, normal también. En su expediente existe el reporte de un electroencefalograma practicado en 1958, que mostró

"existencia de anormalidad por registro irregular y pobremente organizado de las actividades alpha y theta, sobre todo en la región temporal posterior de ambos lados". En 1971 se toma otro, cuyo resultado fue "anormal foco temporal medio y posterior izquierdo, probablemente epileptógeno por las pequeñas descargas generalizadas que observamos. No se aprecian elementos paroxísticos de origen centroencefálico agregados. La actividad del hemisferio izquierdo se aprecia ligeramente de mayor lentitud y mayor voltaje que el derecho".

Existen algunos estudios psicológicos, pero muy breves, porque se le practicaron "en estado psicótico". Muestran dependencia de la figura materna y poca afectividad. En 1962 no se pudieron realizar pruebas psicométricas a causa de la atención dispersa.

En tiempos recientes, su padre ha comenzado con el paciente un tratamiento nuevo para la esquizofrenia. Consiste en un marcapasos que envía una corriente al cerebelo. Según una teoría, los trastornos conductuales se deben a una actividad eléctrica anormal del cerebelo, y los fenómenos psicóticos son una alteración de la función eléctrica cerebral. El aparato estimula los núcleos profundos y provee un estímulo para el circuito de la emoción. De esta forma se supera la disritmia y se eliminan los síntomas en el circuito del placer. Las explosiones de la emoción como agresión, deben mejorar con la inhibición de los fenómenos eléctricos.

El diagnóstico establecido es esquizofrenia indiferenciada. Se menciona también la posibilidad de un padecimiento somático

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

o un trastorno electro-fisiológico [sic.], más que bioquímico, que haya producido deterioro orgánico. Porque el EEG no está muy claro. Posible epilepsia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Comentarios al caso VI

Para poder establecer cualquier conclusión acerca de este paciente, sería necesario remontarse a los orígenes de su enfermedad. Es extraordinario que un paciente con diez y nueve años de tratamiento tenga una historia clínica de una pobreza tan absoluta.

La primera descripción de su estado, a los diez y siete años, lo reporta como "inquieto", "retraído", "prácticamente autista" y "agresivo con sus compañeros". Aquí, en estas contradicciones, se encuentra la primera incongruencia. Se mencionan "alucinaciones auditivas", pero ¿cuáles? ¿con qué frecuencia? ¿quién las describe? Y, a continuación, se le administra la primera terapia extrema, que, posiblemente, le causa ya daños irreparables.

Por otra parte existen unos vagos datos, proporcionados por su padre, que lo reportan como un niño temeroso, angustiado ante las "discusiones de sus padres" y ante "situaciones nuevas". ¿De qué carácter son esas "discusiones" de los padres? ¿Qué "situaciones nuevas" lo angustian? Infortunadamente diez y nueve años de tratamientos físicos implacables han tenido que causar daños serios en la psique del ser humano, y tantas interrogantes que sólo él podría resolver, quedarán para siempre en la oscuridad.

Nada se sabe de los padres ni de la constelación familiar que produjo ese niño temeroso y angustiado. Un parto difícil puede crear, en determinadas circunstancias, unas relaciones peculiares entre padres e hijo (J. Zac. p. 110). También es conocido que la frustración en el deseo de dependencia del niño produce,

en la adolescencia, tendencias antisociales y agresivas (A. Bandura, Adolescent Agression).

En cuanto al comienzo de los delirios, parece que jamás se trató de investigarlo. Un breve resumen del "Psicoanálisis de la actividad delirante" de S. Nacht, dará mucha luz sobre las causas que pudieron originarlos. El niño, a través de la madre, entra en contacto con el mundo exterior, con su propio cuerpo, es decir, con la realidad, y logra así la integración de su personalidad. Si, por falta de condiciones propicias, esa integración no se logra, se producirá posteriormente una intensa angustia contra la cual luchará el sujeto. Su propia imagen, no estructurada, fragmentada, estará siempre amenazada, lo cual lo hace particularmente sensible a las heridas narcisistas. El sujeto teme así la aproximación a los demás. Al no haber superado la etapa de relaciones preobjetales, no puede experimentar el contacto íntimo, mezcla lo real y lo irreal, lo externo y lo interno, lo bueno y lo malo, y el delirio se produce. La mayoría de los delirios se desencadenan en la adolescencia, es decir, en el momento de la reactivación del complejo de Edipo. Esto sucede porque se destruye una organización psíquica vulnerable, a causa de que el conflicto saca a la luz los miedos primitivos, es decir, la apariencia de relación entre el sujeto y objeto, que no existe en realidad.

"No hay observación del delirio en que no podamos encontrar la secuencia fundamental conflicto-miedo-delirio" (S. Nacht, op. cit., p. 159).

Es bien sabido que la primera función del delirio es la de

resolver un conflicto. Si esto se hubiera tenido en cuenta, y por medio del análisis se hubieran averiguado los orígenes de esos delirios, la evolución del enfermo hubiese sido muy diferente. "Uno de los méritos más evidentes y mejor conocidos del psicoanálisis es el de haber mostrado que las producciones delirantes son significativas a condición, naturalmente, de que se saque su significado de su aparente inanidad por el método que, originariamente, es el de análisis de los sueños". "Como el sueño, el delirio es un lenguaje cifrado. Como el sueño, espera que se le traduzca y será fácilmente admitido que el psicoanálisis está mejor colocado que nadie para hacer esa traducción" (Nacht, pp. 97 y 129).

Es bien sabido también que los trastornos psicopáticos de los adolescentes se pueden diagnosticar clínicamente y tratar con posibilidades de éxito. Si esto no se hace "el proceso evolucionaria hacia el derrumbe" (Zac. Psicopatía, p. 206).

Cuando el adolescente, en la fase de comienzo de su enfermedad, está imposibilitado de expresar sus emociones, reacciona con irritabilidad e impulsividad, que gradualmente se van traduciendo en conductas agresivas y hostiles. Sobre él está siempre pendiente la amenaza de una perturbación grave y repentina del equilibrio que agrave la situación o desintegre psicóticamente al yo. Lo que los diferentes tratamientos han logrado en este sujeto, ha sido disminuir los síntomas, sin acercarse jamás a la solución del conflicto.

El diagnóstico de esquizofrenia debe rechazarse: No existen, en este paciente, características psicóticas. El tratamien-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

to del marcapaso no está, pues, justificado. Existen, efectivamente, áreas deterioradas. Posiblemente el sistema nervioso está dañado, lo cual sería normal en una complexión sensible tratada durante diez y nueve años en la forma en que lo ha sido. Durante todo ese tiempo, el enfermo ha estado aislado, rechazado. Nada se ha hecho para lograr una vida más aceptable para él. Unicamente se han aplicado sistemas para impedir sus accesos violentos.

La situación es probablemente irreversible. Se podría sugerir un tratamiento mixto: fármacos para contener las crisis y una terapia ocupacional que permitiera al sujeto llevar a cabo actividades de algún tipo. Tal vez de esta forma podría continuar este sujeto destruido una vida más satisfactoria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY

VII

Paciente masculino. 26 años. Estudios universitarios de Historia hasta tercer año. Soltero.

El sujeto se niega a ingresar en una institución psiquiátrica y es conducido y encerrado en ella con engaños. Las causas que se aducen para su internación son "serias alteraciones de la conducta".

Los datos de la historia son proporcionados por la madre del paciente. Refiere que a los diez y ocho años comenzó a estar acelerado y nervioso, que entraba y salía sin pedir permiso y que reprobó algunas materias (último año de Preparatoria). Asistía a fiestas, su actitud era desordenada, consumía drogas (marihuana, hongos, LSD) y fumaba exageradamente. Ocho meses después, prosigue la madre, comienza a mostrarse corajudo y enojón, verbalmente agresivo con ella, usando palabras coprolálicas. Ante los deseos de la madre de investigar en la Preparatoria lo que ocurre, el joven amenaza con dejar "su casa". Más tarde decide abandonar la escuela, por que no le gusta el ambiente, y desea escapar y correr y correr. Comienza estudios en un Instituto de Publicidad y a los tres meses desaparece y se va a otra ciudad. Localizado por su madre, se niega a dar explicaciones y posteriormente es enviado a Estados Unidos donde trabaja en faenas agrícolas. Regresa a los pocos meses y trabaja en un hotel dos meses; más tarde estudia mecánica de aviación durante tres meses. A los diez y nueve años decide irse de nuevo a Estados Unidos, de donde regresa a los tres meses en malas condiciones físicas. Refiere

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

re que se dedicó a predicar el Evangelio, que dormía donde podía. Presenta una conducta extraña: soliloquios, risas inmotivadas, estados cambiantes de la agresividad al afecto, distracción. Es llevado con un psiquiatra, que diagnostica paranoia y farmacodependencia. Su agresividad aumenta. Un nuevo psiquiatra le receta vitaminas: ciento sesenta inyecciones, a razón de tres por día. En esa época el paciente mejora; termina la Preparatoria y comienza sus estudios universitarios.

Posteriormente, en una ausencia de la madre, que ha ido a trabajar a Estados Unidos, la situación vuelve a empeorar: el joven, según su madre, tiene soliloquios, declara, incoherentemente, conocer a presidentes y artistas, duerme en el baño porque teme que lo asesinen, descuida su aseo personal. Se le interna en un hospital durante dos meses y es dado de alta por motivos económicos. Durante una nueva ausencia de la madre vuelve al estado anterior, y a partir de entonces es visto por diversos psiquiatras con tratamientos y diagnósticos desconocidos.

Ocho días antes de su reciente internamiento, el paciente deja su casa y se va a la de un amigo. Allí muestra un comportamiento peculiar: camina sin cesar, jala constantemente la llave del baño, se baña cuatro o cinco veces al día, fuma hasta cinco cajetillas de cigarros diarias, presenta soliloquios, risas inmotivadas, agresividad; siente que le muerden la espalda, bebe agua sin cesar, insulta a sus familiares con frases coprolálicas, escribe cartas al presidente de Estados Unidos insultándolo, etc. A continuación es internado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El sujeto nació con forceps tras un parto de diez y ocho horas. Primera infancia, normal. El padre abandonó a la madre en el momento del nacimiento. Cuando el niño tenía tres años fue a visitarlos y estuvo con él. Nunca más lo ha vuelto a ver.

La madre tiene cuarenta y nueve años. Trabaja en una cantina en la frontera de Estados Unidos. Desde los seis años el paciente preguntaba por su padre. La madre tenía relaciones con hombres que le ayudan económicamente. La situación del joven, que ha dormido siempre con su madre, parece un poco confusa al respecto, pero se muestra sumiso.

De los cuatro a los seis años fue un niño inquieto, impositivo y berrinchudo. La visita de su padre, junto con un viaje en automóvil, le causó honda impresión.

A los nueve años se cayó desde un segundo piso y sufrió una fractura craneana, aunque no llegó a perder el conocimiento. Sufrió ataques convulsivos, fue llevado a un hospital y se le intervino quirúrgicamente (dos trepanaciones con canalizaciones para debridar el hematoma). A los tres meses su recuperación es total.

Sus estudios de Primaria fueron normales y también los de Secundaria hasta tercer año, cuando, por un problema con el profesor de dibujo, es reprobado. Pierde un año y lo envían a Veracruz, donde es empleado en una farmacia. Como no se porta responsablemente, lo devuelven con su madre. Inicia una mitomanía (sus tías envían con él dinero a su madre y él lo niega). Se va con un tío a Estados Unidos y cuando regresa comienza la Preparatoria, con los resultados descritos antes. Pasa por diferentes empleos y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

últimamente ha impartido clases de inglés en una escuela técnica, sin éxito. Según el director se sentaba en el escritorio y callaba durante media hora. Después iniciaba discursos coprolálicos e incongruentes (el paciente sentía que los alumnos le insultaban en inglés). También ha impartido clases de historia, con problemas semejantes. Como alumno ha sido calificado como raro, aislado y sin amigos.

Inició sus relaciones sexuales a los diez y ocho años con una compañera de la escuela. En Estados Unidos ha practicado unas cuantas veces relaciones homosexuales, en una ocasión por dinero, con roles activos y pasivos. Aparentemente muchas de estas experiencias fueron bajo el efecto de drogas.

Alguien le pregunta por sus ideas religiosas y responde: "Como hijo de familia, imposible acostarme con mi madre; como historiador, respeto la religión; como hombre, me iría y me estaría con una muchacha".

Fuma, como promedio, desde los diez y siete años, dos cajetillas de cigarros diarias. Marihuana también, desde los diez y siete años, una o dos veces por semana, fumada o en te. La usaba para escuchar música muy placenteramente, pero la abandonó porque le producía depresión (sueño pesado, risa, llanto). Hongos alucinógenos una sola vez, a los diez y nueve años. LSD en tres ocasiones. Nubarenes (derivados de la metacualona), una tableta diaria durante tres meses, que abandonó por dejarle el cuerpo muy pesado. De diez a quince tazas diarias de café.

La madre refiere que desde hace tres años se queja constantemente de que "mi casa huele a mierda". Desde el traumatismo de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de la infancia, cefaleas que desaparecen con Anacin.

Al día siguiente de su internación se le practica una exploración mental, que resulta normal. Muestra un abecedario con un significado propio para él, basado en ideas de tipo místico (cree que está exorcisado y ha pasado por experiencias de exorcismo); (la madre le dijo después que por qué había dicho todo eso a los médicos, si era un secreto entre los dos). Cree que es su madre la que necesita los consejos; usa simbolismos sin aparente explicación lógica. No recuerda nada de la escuela Primaria. Afirma que no está enfermo, aunque si tiene algo, "no lo puede resolver como historiador". Muestra deseos de cooperar para su recuperación.

El examen físico reporta signos vitales normales. Se solicita un EEG que se realiza y se reporta como normal también. (Poco tiempo después el paciente destruye y tira todos los estudios y radiografías).

Se le aplica una batería de tests (Bender, Machover, Wais, Minesota). Se muestra nervioso por resolver las pruebas, tratando de demostrar que lo puede hacer. Habla en inglés, se lava las manos; va al baño. Su actitud es de seducción hacia la examinadora.

Bender: Planeación flexible y espontaneidad. Angustia que trata de disimular. Sus problemas con la figura materna lo hacen agresivo. Pérdida en la capacidad de sintetizar.

Machover: Identidad con su rol sexual; percepción de la figura materna; inseguridad y timidez. Agresividad controlada. Evasión de la responsabilidad. Sentimientos de rechazo materno.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Wais: Escala 102; normal promedio en todo. Verbal: superioridad en su desarrollo, atención y memoria. Capacidad de juicio disminuída. Disturbios emocionales.

Minnesota: Distorsión en las respuestas para mostrar control de sí mismo. Autorrelación insegura. Temor a presentar un cuadro de problemas mentales. Protocolo aceptable.

Conclusiones: IQ: 99; flexible, espontáneo; rol sexual adecuado, aunque a veces sea homosexual. Esporádica impotencia heterosexual. Hostilidad hacia la madre. Timidez, inseguridad. Búsqueda del éxito y el poder sin los recursos adecuados.

Se diagnostica, según la clasificación de las Naciones Unidas, esquizofrenia paranoide o tal vez hebefrénica. Epilepsia del lóbulo temporal.

El tratamiento, desde su internación, ha sido a base de Hal-dol (5 mgr.), Artane (5 mgr.) y después Dalmadorm (30 mgr.)

Su estancia en la clínica será breve por motivos económicos: la madre desea sacarlo cuanto antes.

Comentarios al caso VII

"El concepto de esquizofrenia es un chaleco de fuerza que ahoga a psiquiatras y a pacientes: Deshaciéndonos de él podremos ver lo que ocurre realmente" (Laing, El cuestionamiento de la familia, p. 75).

Es preciso señalar que, aún desde el punto de vista psiquiátrico más extremado, que exigiese un diagnóstico previo antes de comenzar cualquier tratamiento, el aquí emitido sería dudosamente aceptable; la mayoría de los síntomas no corresponden a la etiqueta de "esquizofrenia" con que el caso ha sido rotulado..

Para abordar la situación sería útil recordar las palabras de Cooper, ya citadas anteriormente: La esquizofrenia no puede comprenderse como entidad nosológica, sino como un conjunto de pautas de comportamiento: es algo que no existe en una persona, sino entre varias personas.

El origen de los rasgos esquizoides de este paciente es obvio: A partir de los estudios iniciados en 1949 se descubrió que, en una gran mayoría de casos, el camino hacia la esquizofrenia partía de la naturaleza de las relaciones entre padres e hijos, relaciones extremadamente insatisfactorias, donde la madre era manipuladora, dominante y sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, y el padre pasivo o ausente.

En una ocasión este paciente afirma que "es su madre la que necesita los consejos". Efectivamente, sería difícil avanzar en el estudio de este caso sin conocer más a fondo la figura materna.

Esta madre que periódicamente abandona a su hijo, pero que sin embargo se inmiscuye en los detalles de su vida; que comparte la cama con él, pero que recibe también a otros hombres; que hospitaliza al hijo contra su voluntad, pero que se aflige si él revela "un secreto entre los dos".

Retrocediendo en la historia de este joven, se puede advertir un complejo de Edipo que no pudo ser resuelto normalmente. Como es bien sabido en la teoría psicoanalítica, dicho complejo tiene dos formas de terminación: la identificación con el padre o la sumisión a la madre activa (fálica). La ausencia del padre impidió la primera, es decir, la normal. La segunda "constituye una regresión que se transforma en un desafío crítico en la pubertad, cuando el niño alcanza su maduración física" (Bloss, Psicoanálisis de la adolescencia, p. 48). De esta forma, existe una falla en el proceso temprano de identificación, que, junto con la dependencia prolongada de la madre, convirtieron a este niño en un ser totalmente vulnerable, el cual tendrá que ser siempre "alimentado" y reasegurado para mantener su angustia dentro de límites tolerables. Las separaciones de la madre a temprana edad, es decir los "abandonos" parciales que interrumpieron su relativa seguridad, originaron sus primeros síntomas patológicos. Al mismo tiempo, este niño probablemente inmaduro ya al llegar a la etapa fálica, necesita del abandono de las ansias edípicas: la renuncia a éstas asume la forma de represión (Bloss, op. cit., p. 161).

Por otra parte, ciertas características de el presente adulto nos llevarían a detectar por qué, cuando llega a la etapa edí-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pica, es ya un niño inmaduro, para el cual es más difícil todavía resolver los problemas a que se enfrenta. Se sabe que era un niño "inquieto y berrinchudo"; que tiene preocupaciones "coprolálicas", ideas obsesivas de limpieza; que intenta resolver sus problemas a través de ritualizaciones. Todo ello, según la teoría psicoanalítica freudiana, permitiría determinar una fijación en la etapa anal. Conociendo ciertas características de la madre, se puede deducir que la educación de esfínteres del niño debió de ser en una época temprana y a través de una gran rigidez. Así, su lucha por la autonomía en este periodo tuvo que sufrir una violenta derrota. "Impotente en su propio cuerpo e impotente afuera, se verá obligado otra vez a buscar satisfacción y control a través de una regresión o de un falso progreso" (Erikson, Infancia y sociedad, p. 72).

Aquí estaría, pues, el origen de muchas de las características neuróticas (y no esquizofrénicas) que este paciente muestra: Su falta de espontaneidad, sus ritualizaciones, sus fantasías de suciedad, sus sentimientos hostiles contra muchos individuos, la ambivalencia de sus afectos, sus intentos autocráticos de controlar a los demás, su necesidad de anular, compensar o expiar sus acciones a través de la fantasía (Erikson, op. cit., p. 51).

Se sabe que los estudios de Primaria de este sujeto fueron normales, y los de Secundaria, hasta el tercer año. Esto nos muestra una etapa de latencia donde toda su fuerte problemática infantil aparece invisible. Pero es precisamente al comenzar la adolescencia cuando todo ello emerge con violencia. Su inesta-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tabilidad revela una gran confusión interna que Bloss describe precisamente. ("Como resultado se manifiesta clínicamente la ruptura de las funciones del yo; esto se presenta en las fallas típicas del adolescente para sobrellevar las demandas normativas de su vida, tales como el estudio, cumplir con un horario, autoorientarse para el futuro, juzgar las consecuencias de la acción, etc." p. 167). Y, a continuación, surgen los artificios sobrecompensatorios: la beligerancia de sus poderes masculinos, que le llevan a unirse a grupos de muchachos, a pandillas, al uso de drogas, todo lo cual permite que sus tendencias inhibidas encuentren un escape.

La adolescencia tardía, época decisiva, y, por tanto de crisis, muestra en este joven los conflictos no resueltos, pero no permite, por la gran problemática que en ella tiene lugar, que se resuelvan tampoco, sino que significa una intensificación y exacerbación de todos ellos. Se desarrolla el carácter neurótico y la formación de síntomas, es decir, un intento de "autocuración", al fracasar la resolución de fijaciones infantiles.

La vida amorosa del adolescente tardío, descrita por Freud, responde casi exactamente a la problemática de este joven: 1) necesidad de una persona ofendida; 2) amor a prostitutas; 3) una larga cadena de objetos; 4) intento de rescate de la persona amada; 5) hendidura neurótica entre ternura y sensualidad.

La visita en esta época a un "psiquiatra", que diagnostica "paranoia y farmacodependencia" y que receta dosis violentas de vitaminas, contribuye al fracaso en el desarrollo de este sujeto. Su evolución normal queda detenida, y los años posteriores podrían

ser descritos como lo que Bloss llamó "adolescencia prolongada en el hombre", que es, en resumen, la prolongación de la crisis adolescente, y cuyas características podríamos encontrarlas en este paciente: aislamiento alternado con participación en grupos; amenazas de envolvimientos homosexuales; adhesión dependiente a una joven, si llega a sentirse atraído por ella; fantasías de fama, grandeza, pasión, aventura; batalla por la emancipación; autoexpectación exaltada. (Bloss, pp. 315-317).

Creo que lo visto hasta aquí sería suficiente para explicar la conducta de este paciente. El consumo excesivo de drogas daría luz con respecto a otras características menores.

Expertos en el estudio de adolescentes (Erikson, Bloss, etc.) han afirmado que en este tipo de pacientes la intervención psicoterapéutica es la oportuna, puesto que el desarrollo de la personalidad es aún altamente plástico. Las resistencias "en contra del progreso y en contra de la regresión revelan una fortaleza considerable que puede ser utilizada en el trabajo terapéutico" (Bloss, p. 325). El paciente se muestra dispuesto a cooperar con los médicos, actitud característica de este tipo de sujetos, que buscan una solución a la apremiante tensión producida por sus conflictos.



VIII

Paciente femenino. 29 años. Estudios hasta primer año de Universidad. Sin ocupación. Soltera.

La mayoría de los datos de esta historia son proporcionados por una hermana de la paciente, que asiste con ella a las entrevistas y se interesa por su diagnóstico y por su pronóstico.

Se trata del tercer internamiento en la misma institución! En el primero fue tratada con fármacos (Sinogán, Lexotán, Glyvenol, Orap) y un mes después fue dada de alta por aparente mejoría. En el segundo se le administra Pramin, Tegretol y Sinogán. Su actitud entonces fue variable: a veces dócil y amable, a veces ofensiva, tanto con otros pacientes como con el personal clínico; rehusaba tomar los medicamentos, y se le administraron forzadamente por vía intramuscular. Unos días después se escapó. En el internamiento actual se continúa el mismo tratamiento y se añade complejo B.

Ante la negativa de la paciente de internarse en la última ocasión, se le administró en los alimentos Majeptil (sin que ella lo supiese), con objeto de que, al sentir ciertos síntomas, fuese ella misma quien solicitase su hospitalización.

Las causas que la familia aduce para internarla son las siguientes: "Conducta verborreica y desinhibida; insomnio, fuga de ideas e ideas de daño y perjuicio con relación a sus familiares".

Informado el médico de cabecera y consciente de la negativa de la paciente a ser internada, receta el sistema de los neurolépticos en los alimentos.

Hace ocho años la paciente abandonó la casa paterna (en la provincia) y vino a estudiar a la ciudad de México y se hospedó en diferentes casas de huéspedes, de donde suele salir siempre por su conducta agresiva. Pide dinero a sus padres diciendo que está enferma, aunque no sea cierto. Mientras estudiaba, lograba que alguien le hiciese los trabajos. Cada vez que visitaba a la familia llegaba en andrajos, según la hermana "para apenarnos frente a la gente". Al llegar se portaba dócil y tierna, aunque después tomaba su conducta habitual, tratando de enojar a su padre.

En las historias médicas anteriores, elaboradas por familiares, se habla siempre de la conducta agresiva de la paciente con ellos y, al mismo tiempo, las quejas de ella con sus amistades por los sufrimientos en su casa, en busca de ayuda y comprensión. Pero después se volvía también agresiva con sus amigos. Reprochaba a sus padres haberla concebido en un momento de placer, motivo por el cual no les debía nada. Nunca aceptó las normas de la familia. Afirman que usaba algún tipo de tóxico (lo cual fue negado rotundamente por la paciente). La hermana lo cree por haberla observado con "midriasis e hiperemia conjuntival y comportamiento retraído".

La familia describe el comportamiento desinhibido de la muchacha: Fuma en público, toma algunas cervezas y viste incorrectamente en casa: sólo ropa interior y a veces sólo pantaletas. Se dormía tarde y se levantaba a las once de la mañana o más tarde y se aislaba. Se metía en el baño y se quedaba allí hasta tres horas, sobre todo si alguien de la familia deseaba bañarse o te-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

nía prisa. En ocasiones dejaba correr el agua para que se acabase la del tinaco. Usaba lenguaje coprolálico; tenía actitudes de alucinada (decía que veía al demonio); pero en otras ocasiones decía que el demonio eran sus familiares, y trataba de quitarse el veneno que le habían inyectado haciendo como que se limpiaba el cuerpo. Cuando uno de sus hermanos fue operado, afirmó que se alegraba. Su padre murió mientras ella estaba ausente; al regresar a la casa dijo: "Ya supe lo que le pasó a papá".

Entre la primera internación y la segunda cambia su actitud, en un principio, y se muestra de acuerdo con su familia. Pero poco después reinicia su conducta anterior, llevando una vida "de aventuras"; desempeña diversas ocupaciones y se reúne con todo tipo de sujetos, "aunque no le asignen un papel femenino". (En una ocasión la muchacha dijo que era así más conveniente). Se niega a hablar de su vida sexual. La familia sabía poco de ella: solamente dónde se hospedaba, pero no dónde se encontraba en determinado momento. Se relacionaba con ella sólo para pedir dinero y llegaba a la casa con ropa muy sucia y desaliñada, por lo cual los padres se angustiaban. En una de esas visitas es internada por segunda vez contra su voluntad y escapa de la clínica.

La paciente es la última hija de una familia compuesta por siete hermanos (un hermano mayor y seis mujeres) y la madre, de sesenta y ocho años. El padre murió unos meses antes de la última internación, a los setenta y tres años. Las relaciones con los hermanos son malas, menos con la hermana que la acompaña (aunque, según ésta, sólo mientras le da dinero; si deja de dárselo la trata como a los demás). Como el resto de las mujeres de la fa-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

milia, presenta un problema de exceso de vello, de tipo masculinoide.

No hay problemas aparentes en la infancia. La paciente es descrita desde pequeña como rebelde e inquieta. Desde los tres años imponía su voluntad. A los cuatro años amenazó matarse con un cuchillo si no le daban lo que quería. A los diez años permaneció varias horas en una pileta con el agua hasta el cuello como acto de protesta. En una ocasión agredió "sin razón ninguna" a un niño de su edad, golpeándolo con un palo con un clavo en la punta. La hermana describe el ambiente familiar como bueno, pero la paciente dice "me castigaban mucho". En esa época tenía muchos amigos y los conserva aún.

A los seis años comienza la primaria y la cursa con calificaciones normales y cambios frecuentes de escuela debido a su carácter. Lo mismo la Secundaria, cuyo tercer año cursa en un internado.

Según la hermana, durante la Preparatoria le encuentran una "doble personalidad": quería muchísimo a sus amigos y "daba la camisa por ellos" y era correspondida (Se quejaba amargamente con ellos del mal trato de su familia), mientras que en su casa era violenta y agredía e insultaba a todos. Es descrita como manipuladora: amable con las personas mientras puede obtener algo de ellas; si no, agresiva y violenta.

Se traslada a la capital e ingresa en la Universidad, pero es mala estudiante, y según su hermana se dedica "a las fiestas". Pide dinero a su padre frecuentemente, "lo chantajea".

A los veintitres años comienza a trabajar en una oficina,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

que abandona a los tres meses porque se siente explotada. Ha tenido después otros trabajos que la familia no conoce.

Buena salud; desarreglos menstruales que son tratados con hormonas.

No se sabe nada de su vida sexual, de la cual se ha negado siempre a hablar con su familia. Se desconoce si ha tenido novios, y tanto la hermana como la paciente niegan la existencia de relaciones homosexuales.

Uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas (marihuana). Negado rotundamente por la paciente.

Todos los hermanos están casados actualmente menos la hermana informante, que es la única que asiste a las citas y se muestra preocupada por la situación. Desea que sea dada de alta pronto a causa de los problemas económicos que un tratamiento prolongado acarrearía.

Se le practica un examen mental.- Su conducta es variable durante su internamiento, como ya se ha indicado. Lo mismo sucede con su presentación externa, que varía de la corrección al desaliño extremo, donde incluso se presenta con crecimiento de barba. Parece mostrarse, entonces, orgullosa de ella y la acaricia constantemente. En otras ocasiones pide consejo sobre cómo erradicársela. Se muestra cooperadora al interrogatorio. Su inteligencia es normal baja; su discurso, normal, salvo cuando se refiere a los temas que no quiere tocar. Desea salir pronto de la clínica para continuar su vida. Su afectividad "no es la correcta" [sic.], porque habla con frialdad de su padre. Afirma que su familia no se interesa por ella y que desearían dejarla interna-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

da siempre. Su actitud hacia la familia es evidentemente agresiva porque se siente agredida por ella, y su conducta no es sino una forma de defenderse.

Se practica también un examen físico. Revela una complexión atlética, un aspecto masculino (el cual no parece molestarle, sino lo contrario: dada la vida que lleva siente que así puede enfrentarse mejor a cualquier situación). No fue posible practicar un examen ginecológico que había sido solicitado. Los exámenes de laboratorio y de gabinete practicados en todos los internamientos, son normales.

En el primer internamiento se aplica una batería de tests: Bender, Wais, MMPI y HTP con las siguientes conclusiones: Inteligencia: C.I. verbal, 89; C.I. de ejecución, 78; C.I. total, 84 (por debajo de lo normal).

Grave falla de juicio. Frente a la angustia se muestra impulsiva y agresiva. Sin capacidad para el aprendizaje. Desinterés por el futuro. Coordinación visomotora, normal. Perseverante e indiferente al medio. Poca tolerancia a la frustración. Agresividad y hostilidad.

Primer diagnóstico: Esquizofrenia

Segundo diagnóstico: Personalidad psicopática; conducta sociopática; probable daño cerebral mínimo, no detectable en EEG.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Comentarios al caso VIII

Ni los diagnósticos ni los tratamientos empleados en el presente caso tienen la menor realidad, ni responden a ningún estado concreto.

La primera y principal interrogante no ha sido aclarada:

¿Se trata de una enferma?

En esta historia encontramos una serie de datos -acusaciones, para ser más precisos- de uno de los familiares de la paciente, que, desde su subjetivismo, la juzga implacablemente. En muchos de ellos hay evidentes contradicciones (la paciente se cansa de sus amistades- la paciente conserva fielmente sus amistades de la niñez; las relaciones entre las dos hermanas son buenas-las relaciones entre las dos hermanas son malas, etc.); muchos son recuerdos lejanos o relatos de las actividades de la paciente en otra ciudad y en otro ambiente. Todo ello suficiente para no poderlo considerar científicamente clínico ni de valor diagnóstico. Todo ello periférico, externo, rodeando por fuera la problemática de una vida adulta.

Mientras la paciente no colabore en su propia historia clínica no se puede considerar una historia clínica hecha, ni menos terminada. Es necesario absolutamente establecer contacto con la persona, lo cual no se ha hecho (no se pueden considerar como contacto los interrogatorios llevados a cabo en la institución, que sólo proporcionan más datos periféricos). Es necesario abrir el campo a la palabra de la paciente, saber -a través de ella misma- el origen de sus actitudes, de su agresividad. Si no se puede lograr esto, no es posible hacer nada, ni habrá cambios de ninguna especie, como ha quedado demostrado a través del

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

fracaso de las internaciones y las medicaciones.

¿Cuáles son las causas de sus internaciones? Son evidentes: a la familia le preocupa su propio desprestigio. La paciente no tiene conflictos con la autoridad, sino con su familia; su agresividad está dirigida exclusivamente contra ellos. Han internado a la muchacha porque es diferente a los demás, no acata las normas establecidas por ellos, su forma de afecto "no es la correcta".

La primera internación rinde -por breve tiempo- los frutos deseados: se somete a las leyes familiares. ¿Cuáles son las causas que le llevan a abandonarlas de nuevo por una "vida de aventuras"? ¿Son estos datos suficientes para establecer una "personalidad psicopática"?

Muchas más interrogantes se ciernen sobre el presente caso; interrogantes de cuya respuesta se podría obtener alguna luz. Por ejemplo: En la segunda hospitalización la paciente está internada cinco meses, al cabo de los cuales se escapa. ¿Por qué entonces? ¿Por qué no antes ni después? ¿Es un problema para ella la identidad sexual, o no lo es? En algunas ocasiones parece ser gratificante, ¿no podemos equivocarnos al considerarlo, subjetivamente, como problema, si no lo es para ella? etc., etc.

Las pruebas de personalidad que se han llevado a cabo durante las hospitalizaciones no pueden tener ningún valor: nadie, en una internación forzada, en una situación de violencia y bajo la acción prolongada de fármacos daría probablemente un cociente de inteligencia superior al normal-bajo que ha dado la paciente.

Si el presente caso es problema médico, cosa que habría que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

dilucidar, sería a partir del sufrimiento que la paciente experimente. Y no se puede saber de la existencia o no existencia de ese sufrimiento si no es a partir de las demandas voluntarias que la paciente presente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

106

IX

Paciente femenino. 33 años. Estudios de Primaria. Sin ocupación. Unión libre.

Cinco días antes de la internación, e inmediatamente después de una operación quirúrgica, la paciente presenta trastornos de conducta y de pensamiento. Después de su último embarazo fue atendida de una infección vaginal complicada con peritonitis. Al ceder los síntomas comenzó a mostrar una conducta desusada en ella: gran excitación, con insomnio y comportamiento frívolo (se maquilla, se suelta el cabello), verborrea, risas inmotivadas, insultos a su madre ("ahora sí voy a hacer mi propia vida"). Es enviada al Instituto de Neurología, donde se recomienda una institución psiquiátrica.

Al ingresar se muestra agresiva y hostil. Se niega a comer y a dormir. Afirma ser una Virgen, que se va a casar con su amante y será feliz. Quiere dejar su casa para asistir a fiestas.

La paciente es la segunda hija de una madre soltera, la cual, al ser abandonada, entrega la hija mayor, de ocho años, a una hermana suya sin hijos y se queda con la menor. Con objeto de subsistir económicamente, inicia un negocio con una comadre suya, soltera también y con dos hijos, con los cuales viven desde entonces. (Según la paciente, ambas mujeres son lesbianas, porque ella cuando tenía diez años presencié sus relaciones; el deseo de su madre es que ella fuese también lesbiana).

Aparentemente la infancia de la paciente fue normal. Inició sus estudios de Primaria con bajo rendimiento y reprobando cursos.

Terminó con dificultad y se negó a estudiar más. Tuvo pocos amigos y apenas se relacionó con nadie. Nunca ha trabajado y únicamente ha ayudado en tareas domésticas del negocio familiar y del hogar.

La madre refiere que a los diez años la niña hizo un berrinche y se negó a comer durante cinco días, durante los cuales lloraba constantemente; fue tratada por un médico. Se mostraba rebelde por el mal trato recibido por su amiga (la hija de la comadre que vivía con ellos), la cual al fin abandonó la casa para siempre.

La madre, diabética, tiene cincuenta y siete años, aunque aparenta más. Se muestra llorosa y afligida por el estado de su hija. No se sabe nada del padre. Parece que hace tiempo (trece o catorce años) la paciente preguntaba mucho por él y lo buscó hasta encontrarlo. Pero él no la reconoció ni mostró el menor interés, por lo cual no volvió a verlo. La hermana mayor tiene treinta y ocho años y está casada.

La propia paciente narra su vida sexual. Sus primeros novios fueron a los quince años ("fíjese, doctor, cuando yo era bonita"). A los diez y nueve años tuvo las primeras relaciones sexuales, con un muchacho que lo propaló ruidosamente, lo que le produjo a ella gran angustia. A los veinticinco años tuvo su tercer novio, del cual nació su primer hijo, cuatro años después. La hermana mayor refiere que los padres de él visitaron a la madre para pedirle que se casaran. Pero ella se negó y los echó de su casa. Desde entonces comenzó a insultar con palabras soeces a la paciente, llamándola fea y prostituta. Las relaciones de los jóvenes con-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tinuaron, aunque de forma esporádica y desobligada por parte de él. A los treinta y dos años el novio la forzó a tener de nuevo relaciones sexuales, de las cuales nació el segundo hijo, cuyo parto ocasionó las dolencias señaladas anteriormente. La paciente refiere que actualmente su novio es alcohólico y drogadicto y que por ello no lo quiere su madre.

El hijo mayor tiene tres años y medio de edad. Ante una enfermedad que tuvo, la paciente dejó de comer durante ocho días, lo cual le provocó desnutrición y anemia. Después del último embarazo el amante no ha regresado.

La hermana de la paciente describe a ésta como agresiva, irritable, hostil, aislada y sin amistades. De llanto frecuente y carácter débil, manejada por su madre o por la comadre de ella.

Se intenta practicar un examen mental, al que la paciente acude sucia, despeinada, pálida y delgada, verborreica e incongruente. No responde a las preguntas y profiere insultos violentos contra su madre y su amante. En vista de ello se le aplica intramuscularmente Haldoperidol.

Se le receta después una terapéutica antipsicótica, (Haldol), que la paciente se niega a tomar; también se niega a ingerir alimento. Presenta un cuadro delirante de grandeza y un cuadro estuporoso con pocas respuestas a los estímulos, por lo cual se decide aplicar terapia electroconvulsiva (tres choques cada veinticuatro horas). Con ello se modifica el cuadro y se reinicia la alimentación, aunque persiste la labilidad emocional y la verborrea. Tres semanas después desaparecen los delirios. Dos semanas más tarde, en un nuevo examen, se queja de que sus malesta-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

res físicos continúan. Se siente perseguida en el hospital. Aparece angustiada, tensa, verborreica, con trastornos de memoria. Dice que va a tener mucho dinero y muchas cosas, que el ser una Virgen es cosa del pasado. Desea salir del hospital para atender a sus hijos. Evidencia una profunda tristeza.

Diez días después habla de su vida. La describe como muy triste; sin amistades, porque su mamá no le dejaba. Achaca los problemas a la convivencia de las madres y a sus relaciones. Siempre ha tenido que obedecer las órdenes de su mamá, su comadres y el hijo de ésta. Afirma que sólo comía tortilla y frijoles. Quiere mucho a su hermana que le da todo lo posible. Cree que su trastorno se debe a la mala alimentación. Su amante es marihuano y borracho; no la quiere porque es fea. Ella no quería el segundo hijo, pero el hombre la tiró en el corredor y la forzó, y con una vez bastó. "Ya no quiero llorar porque he llorado toda mi vida. Yo soy fea, en mi casa me lo han dicho". Actualmente hasta su hijo mayor le da órdenes, le dice "báñate, cochina". Presiente que va a ser muy feliz, porque vivirá con su hermana. "Si seguimos allí, va a hacer lo mismo con mis hijos, los va a dominar ella" [su madre].

[Los exámenes físicos demuestran normalidad.]

Terapéutica empleada:

Haldoperidol (intramuscular y después oral). T.E.C.

Artane y Sinogán. Piperazine y Metronidazol. Tryptanol (25 mgr.)

Melleril (100 mgr.).

Ocho días después de la última entrevista es dada de alta por mejoría y por problemas económicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Pruebas psicológicas (Tres días antes del alta): Tests de Bender, Machover, Wais, Minesota, Rorschach.

Bender: Agresiva; opuesta a las figuras de autoridad. Miedo a las relaciones interpersonales. Tensa. Agustiada. Posible lesión cerebral.

Machover: Figura masculina como autoridad. Falta de confianza. Social y extrovertida; deseosa de aceptación social. Mal ajuste sexual; infantilismo; inmadurez.

Wais: 77; 84; 89; memoria remota disminuída. Concentración y aprendizaje normal.

T.A.T.: Falta de meta; abandono, desorden; sexualidad conflictiva; figuras paternas conflictivas. Padre tierno, pero alcohólico y abandonador; madre regañona e incapaz, pero causante de sufrimientos. Hombre joven: borracho, drogadicto. Mujer joven: sufre, puede llegar al suicidio; triste sola, abandonada; idea obsesiva de llegar a ser feliz.

Rorschach: Nivel de aspiración alto, más de lo posible. Rigidez. El ajuste personal descansa en sus experiencias personales. Control inadecuado de sus emociones. Miedo a lo desconocido.

Minesota: Inteligencia baja; perturbación emocional; llamada de ayuda; desconfianza a los demás; dependencia.

Nivel bajo. I.Q.: 79; Poco control afectivo. Impulsos controlados. Miedo y desconfianza. Incapacidad para relacionarse con los demás. Deseos de hacer algo, pero sin meta definida.

Diagnóstico: Psicosis sintomática aguda

Psicosis maniaco-depresiva; esquizofrenia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Neurastenia post-infecciosa.

Tratamiento recomendado: Terapia electroconvulsiva. Antidepresivos para la neurastenia y la depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Comentarios al caso IX

El diagnóstico, psicosis sintomática debida a una afección orgánica, responde a las clasificaciones usuales sobre enfermedades mentales. Responde, también, a los síntomas mostrados por la paciente, surgidos a raíz de una operación quirúrgica: Actitudes delirantes; trastornos de conducta y de pensamiento.

Pero todo ello no son sino descripciones periféricas, que parecen estar tan lejanas de los sufrimientos de la paciente como la obra que las contiene. Detrás de los síntomas está un ser humano conformado biológicamente, si, pero también provisto de un complicado psiquismo. Es necesario recordar, pues, que "ningún desorden orgánico puede explicar por sí solo el delirio" "Nos parece evidente, a menos que nos neguemos a verlo, que el trastorno biológico sólo produce efectos sicopatológicos sobre un siquismo predispuesto y ya orientado hacia la solución delirante" (S. Nacht y P.C. Racamier, "La teoría psicoanalítica del delirio", p. 144).

La psiquiatría, al tratar de comprender el fenómeno delirante, se encontró con la alternativa de fondo y forma. La forma fue "el punto de vista que animó numerosos trabajos clínicos, dedicados todos ellos a esa especie de etiquetamiento y de clasificación que durante mucho tiempo fue la única ambición que la siquiatria se autorizó" (op. cit., p. 101).

La mayoría de los autores que se ocuparon de investigar el delirio lo hicieron desde el punto de vista naturalista o anatómico de él. "Al aislarlo y conferirle una especie de existencia autónoma, vieron en él simplemente los efectos intelectuales de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

algún accidente mecánico de la sustancia nerviosa. Esa técnica de observación nos parece de tipo claramente obsesivo. A fuerza de diseccionar el delirio, se deja de ver al delirante" (op. cit., p. 101).

El delirio está profundamente arraigado en la vida psíquica, hasta tal punto que no es posible el acercamiento a él sin tener en cuenta toda una psicopatología, la cual a su vez supone "explícitamente o no, una sicología".

El punto de vista del psicoanálisis es diferente del psiquiátrico; lo que dentro de él se lleva a cabo es tomar los problemas del delirio en su forma propia, es decir, en su aspecto dinámico, en su función. "No se contenta con elucidar lo que el delirante delira, quiere entender y dar a entender cómo es - qué es lo que hace que delire" (p. 99).

No es necesario insistir, puesto que está bien demostrado, que muchos individuos, y especialmente los psicóticos, tienen desde su nacimiento una importante inmadurez en su organismo, a la cual corresponde una inmadurez psíquica. Todo ello predispone al sujeto a brotes psicóticos. Así, "el delirio es una historia" (p. 191). Partiendo de ello, es necesario estudiar las circunstancias que rodean la génesis de una personalidad delirante.

Si retrotraemos la historia del individuo hasta sus orígenes, será necesario recordar que el mundo exterior del infante está confundido con el objeto primario: la madre. A través de ella realiza su enlace con la realidad e integra los objetos percibidos. Pero si la madre está ausente o si su presencia no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

responde a ciertas condiciones necesarias, la integración no se realiza y el mundo de los objetos se queda en una existencia de irrealdad. Sobre ella se desarrollan las estructuras psicóticas. El individuo, de esta forma, no llega a integrar su propia imagen, que está constantemente amenazada e hipersensible a las heridas narcisistas. Al no haberse podido diferenciar del objeto original, sigue a merced del objeto sustituto y teme la aproximación a los otros. Al no haber logrado la integración objetal, está siempre a punto de confundir lo "bueno" y lo "malo", el amor y el odio, lo que procede del interior y del exterior.

Cuando el delirio aparece, no es sino el esfuerzo del sujeto para liberarse del "caos y la anarquía del mundo interior y exterior desintegrado, que había perdido sus objetos, sus límites, sus perspectivas, su forma y su estructura. Desde el momento en que el delirio aparece y se organiza, el espacio interior y exterior del enfermo recupera forma, vida y unidad" (p. 181).

El nacimiento del delirio, aunque es aparentemente repentino, exige un trabajo previo, "una auténtica gestación síquica" (p. 179). Cuando llega a su fin y se produce externamente la idea delirante, el enfermo siente una especie de victoria, a través de la cual se produce una proyección. "Esa proyección es lo que el psicoanálisis define como un mecanismo por el cual el yo rechaza fuera de la persona hacia objetos exteriores el origen de estímulos sentidos como intolerables, que originariamente se ejercen desde el interior mismo del sujeto" (p. 171). Así, el delirio, en su forma clásica, es de fabulosa riqueza, de omnipotencia, megalomaniaco. Cuanto más miserable para la propia dignidad

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y el narcisismo del sujeto de el estado anterior, más fantásticas serán sus megalomanías. Precisamente Freud afirma que la psicosis consiste en una devolución narcisista de las pulsiones objetales del yo.

A través de la teoría psicoanalítica del delirio se puede explicar el caso aquí presentado. Su historia revela una existencia de verdadera víctima. La madre rechazante, el padre ausente, no le permitieron nunca integrar su personalidad. La búsqueda desesperada del padre en la niñez, no es sino un intento de lograrlo. Un nuevo rechazo por parte de él, lo impide. De esa forma, toda una vida de ser relegado y hostigado por todos no hace sino acrecentar su inmadurez, la cual, al mismo tiempo, le impide reaccionar contra su situación.

Los temas de los delirios de la paciente revelan bien claramente cuáles son los estímulos intolerables que, a través de la proyección, quiere echar hacia afuera. "Ahora sí voy a hacer mi propia vida" (es decir, "ya no estaré más a merced del objeto sustituto"). Si es una Virgen, los insultos de su madre llamándola prostituta ya no herirán su narcisismo. Era bonita a los quince años y trata de serlo de nuevo, con lo cual perderá su miedo a acercarse a los otros. Aparece la megalomanía ("tendré mucho dinero, muchas cosas, seré feliz"). Su madre y su amante son, naturalmente, los dos principales recipientes de su agresividad.

A través del delirio y de la historia de la paciente se puede conocer, pues, el origen y la evolución de su padecimiento. Y al mismo tiempo se puede comprender que la terapia empleada has-

hasta ahora no lo resolverá. Es necesario iniciar otro tipo de terapia que permita rescatar los elementos valiosos que esta personalidad maltratada sin duda conserva todavía y que son susceptibles de ser salvados.



X

Paciente masculino. 23 años. Estudios hasta Preparatoria (incompletos) y un año de estudios técnicos. Empleado. Divorciado.

Las causas de su internación son conductas agresivas y síntomas depresivos. El propio paciente refiere los datos: desde los catorce años tiene la manía de arrancarse los cabellos en cuanto está solo, que le comienza la angustia. Agresivo ante cualquier tipo de autoridad (padres, hermanos, maestros, policía). Atribuye la angustia a las múltiples enfermedades de sus familiares. Desde los diez y siete o diez y ocho años se hizo más agresivo, física y verbalmente. Hace un año y medio estuvo durante cuatro meses tomando bebidas alcohólicas, una botella de vino o media botella de whisky diariamente. Coincidió con una gran apatía, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio. Durante el último año ha continuado en este estado, con sentimientos de minusvalía, falta de intereses vitales, etc. En ese tiempo tuvo dos intentos de suicidio. La primera vez a partir de un problema con su hermana (no quiso decir cuál problema). Se encerró en el baño, se metió en la tina y comenzó a hacerse cortes en los antebrazos. Intencionalmente los hizo superficiales y no ameritaron suturas ni curas específicas. La segunda vez, cinco meses antes de su internación, fue también a causa de un disgusto con su hermana. Después de discutir, "sólo por asustarla", disparó un balazo al aire. La muchacha se asustó y abandonó la casa. El se quedó sólo y se sintió muy deprimido. Escribió una carta a sus padres reprochándoles muchas cosas (se niega a decir cuáles). Se metió de nuevo en la tina y comenzó a beber whisky y a cortarse, primero

superficialmente mero superficialmente, luego más profundamente. Trataba de reflexionar y también de gozar "esta venganza contra sus padres". Cuando se empezó a sentir mal, debilitado, se arrepintió. Habló por teléfono a su ex esposa y como no estaba se comunicó con su ex cuñado, que no le hizo el menor caso y nunca llegó a su casa. Mientras, el paciente logró hacer un torniquete y detuvo la hemorragia. Estuvo dos días dormido y allí terminó todo.

Hace tres años fue visto por un especialista, que lo trató con antidepresivos y apenas mejoró. Hace cinco meses volvió a ver a otro que le recetó un tratamiento farmacológico a base de Imipramina, con lo que mejoró algo. Pero no lo tomó muy regularmente ni acudió a las citas.

Inmediatamente antes de su internación acudió a una fiesta en casa de su ex esposa, donde, borracho, discutió con el hermano de ella. Refiere que sin causa alguna lo agredieron unos vecinos, que lo golpearon y patearon, le echaron una especie de gas lacrimógeno que lo paralizó, lo amarraron con una cuerda y lo arrastraron por el piso. Una patrulla lo llevó a un hospital de emergencias y posteriormente, desde allí, fue conducido a la institución psiquiátrica.

La madre del paciente comunica, por su parte, que ha sido siempre muy agresivo e inquieto: "hiperquinético", dice. Hace unos meses tuvo un violento altercado con su padre, y las cosas llegaron al punto que quiso ahorcarlo.

La familia está compuesta del padre, sesenta años, de carácter dominante, exaltado (y violento, según el paciente) y con

constantes disgustos con su esposa; la madre, cuarenta y ocho años, sometida frecuentemente a tratamientos psiquiátricos a causa de depresiones. La relación del paciente con ella ha sido mejor que con el padre, aunque tampoco muy satisfactoria. El es el segundo de cinco hermanos, las cuatro restantes, mujeres. La mayor, casada, las tres más jóvenes de veintiuno, veinte y diez y ocho años, estudiantes. La de veinte años es madre soltera, lo cual le ha producido problemas y ha estado en tratamiento psicoterapéutico. Es con ella con la que el paciente tiene dificultades.

El sujeto nació de parto prematuro (a los siete meses), pero su desarrollo fue aparentemente normal. A los seis meses fue hospitalizado por una deshidratación. La madre refiere que siempre fue un niño triste, peleonero y agresivo y que tenía amigos de su edad. El paciente dice que su infancia fue triste, siempre rodeado de mujeres, con su padre ausente casi siempre y sus raras presencias, objeto de disgustos. Pasaba mucho tiempo solo y no tenía amigos.

Estudios de Primaria, secundaria y preparatoria mediocres, acabando todo irregularmente. Nunca hizo grandes amistades, prefería estar solo y peleaba frecuentemente. Rebelde ante las autoridades. Se niega a hablar de su vida sexual.

A los diez y nueve años se casó con una muchacha dos años menor, embarazada de un producto del cual él no era el padre. Las relaciones maritales fueron muy malas; se disgustaban, discutían y estaban días enteros sin hablarse. En una ocasión él golpeó a ella, por lo cual ella se fue con sus padres e inició

el divorcio. Actualmente se ven algunas veces y salen juntos. Existe una niña de cuatro años, a la cual él dice querer mucho, como si fuera su hija. Después del divorcio él vivió solo un tiempo y después regresó con sus padres.

Se practica un examen mental. El paciente se presenta tenso y preocupado. Refleja las huellas de los traumatismos pasados. Se muestra cooperador con el personal médico; se relaciona bien con otros enfermos. Su comportamiento es completamente normal. Es capaz de mantener bien la atención, la concentración; algunas lagunas en la memoria. Cultura, inteligencia, discurso, normales. Se muestra preocupado por su futuro tratamiento y la duración de él. No hay ideas ni pensamientos morbosos [sic]. Tampoco delirios, alucinaciones, fobias o rituales. Parece deprimido, pero sin ideas de suicidio. Tiene consciencia de su enfermedad: dice que mientras no solucione los problemas más profundos (no especifica cuáles), no mejorará del todo. Muestra capacidad de hacer relaciones; parece reservado, frío, en ocasiones dominante, ambivalente, indiferente. A veces, despectivo, cohibido y preocupado. Su estado de ánimo es estable, pesimista, irritable. Le gusta estar solo y escuchar música.

El examen somático, aparte de los traumatismos, no revela nada anormal. Se practica un electroencefalograma que revela un daño cerebral difuso. Pero teniendo en cuenta los medicamentos administrados, puede considerarse dentro de lo normal.

Ha sido tratado por su médico particular con Tioridazina (75 mgr. cada veinticuatro horas) y Carbamazopina (400 mgr. cada veinticuatro horas). Durante su internación no se le ha apli-

cado ningún tipo de tratamiento.

El diagnóstico sugerido es: Trastorno de la personalidad, -- personalidad explosiva (CIE, 301.3) y personalidad antisocial (CIE 301.7). Cuadro depresivo que no ha mejorado con los tratamientos. Posible personalidad histérica. Carácter de estructura pasivo-asténica o psicopática.

Los médicos de la institución en que está recluido no se muestran de acuerdo con la internación, que califican de innecesaria, ni con el tratamiento. Pero como es enviado por un médico particular, respetan sus decisiones.

Un mes y medio después de su internación es dado de alta por razones económicas y es trasladado a otra institución psiquiátrica.

Comentarios al caso X

Tratar de acercarse a un diagnóstico en un caso como este, es muy difícil. Desde el punto de vista descriptivo se presenta un estado de ánimo fluctuante, con predominio depresivo y, bajo la influencia del alcohol, agresivo.

"Trastornos de la personalidad" es un término tan amplio e impreciso, que puede abarcar todo y que, por lo tanto, no describe nada. En este paciente se podrían encontrar toda clase de características, hasta paranoides, con un criterio amplio. Por todo ello sería imposible trazar un diagnóstico preciso, y, en caso de aceptar alguno, carecería de valor

Si se dirige la atención hacia la estructura familiar, se ve sobresalir a la figura materna, melancólica, en constantes tratamientos psiquiátricos, desvalorizada y por ello incapaz de valorar sus productos. Como es bien sabido, el hijo de madre melancólica es desvalorizado, incapaz de afectos ni de valoración narcisística. A ello se une un padre ausente y agresivo en sus raras presencias, lo cual aumenta los efectos de su lejanía. Sin embargo, esta figura es para el niño la única posibilidad de ser algo y necesita la identificación con él. Los dos intentos de suicidio no son sino la confirmación de todo esto: lo que busca a través de ellos es únicamente la venganza del padre, como él mismo confirma. Pero no quiere morir: en los últimos momentos, abandonado por todos, él mismo es el que impide que el final llegue.

La iniciación del alcoholismo tiene una explicación psicoanalítica que confirmaría todo lo anterior: "Si se acepta el com-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

plejo de Edipo, la ansiedad de castración y la teoría de los instintos de Freud, entonces la etiología y la dinámica del alcoholismo se desarrollan y se explican sobre esta estructura básica" (Trastornos mentales y emocionales, p. 168).

El paciente se niega en todo momento a hablar de su vida sexual. ¿cuáles son las causas? Con respecto a esto se levantan una serie de interrogantes: ¿por qué se casa con una muchacha embarazada, a la cual no quiere, si el hijo no es de él? ¿Cómo resolvió este paciente su complejo de Edipo, con padres de semejantes características, y cómo el temor a la castración? ¿O no lo resolvió? ¿Es, quizá, la impotencia sexual lo que le lleva a obrar de semejante manera? ¿O el temor a las tendencias homosexuales? "Las consecuencias de la amenaza de castración son múltiples e imprevisibles, interviniendo en todas las relaciones del niño con el padre y con la madre" (Freud, Compendio de psicoanálisis, p. 3407). Como es sabido, el niño, para salvar su miembro sexual, renuncia a la madre; al mismo tiempo, cae en una actitud pasiva frente al padre (la actitud que atribuye a la madre). Las amenazas le hacen abandonar la masturbación, pero no las fantasías que la acompañan, única forma de satisfacción sexual; en ellas se identifica con el padre, pero también con la madre. Al mismo tiempo se acrecienta el temor y el odio al padre. La masculinidad del niño se retrotrae, y se inicia una actitud de terquedad frente al padre. Todo esto sufre una fuerte represión y se queda en el inconsciente, dispuesto a perturbar la posterior evolución del yo. "Cuando el proceso somático de la maduración sexual reanima las antiguas fijaciones libidinales, aparentemente superadas, la vi-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

da sexual quedará inhibida, careciendo de unidad y desintegrándose en impulsos mutuamente antagónicos" (op. cit., p. 3408).

Si se acepta el diagnóstico de personalidad histérica, es necesario recordar, con Freud, que el rasgo esencial de la histeria es una represión sexual superior a lo normal, "un desarrollo exagerado de aquellas resistencias contra el instinto sexual que se nos han dado a conocer como pudor, repugnancia y moral, manifestándose en estos enfermos una aversión instintiva a ocupar su pensamiento en la reflexión sobre las cuestiones sexuales" (Freud, Tres ensayos para una teoría sexual, p. 1189).

Otro aspecto que llama la atención y que queda sin aclarar es las relaciones del paciente con su hermana tercera; son malas, evidentemente, pero no se sabe por qué. Los dos intentos de suicidio tienen lugar después de disgustos con ella. ¿En qué consisten esos disgustos, que lo afectan hasta tal punto?

Los estudios sobre adolescentes con problemas han observado cómo el crecimiento mental suele deteriorarse en esta etapa. Como consecuencia de una cosmovisión particular, el joven experimenta deseos de venganza contra sus objetos primarios o los sustitutos de ellos, Pero como el logro de este objetivo equivale a una nueva frustración, los deseos vengativos aumentan, lo que conforma un círculo vicioso donde constantemente se repite la compulsión (Zac. Psicopatía, p. 193).

La historia de este joven revela muchos afectos dolorosos reprimidos, defensas neuróticas ejercidas bajo la presión del super yo y procesos defensivos ocasionados por la angustia ante la fuerza de los instintos. Anna Freud, junto con otros psicoa-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

nalistas, demostró que la terapéutica analítica tiene muchas posibilidades de éxito en esos casos, puesto que quiebra las defensas y obliga a los impulsos y a los afectos reprimidos a reingresar a la conciencia, dejando al yo y al super yo la tarea de ponerse de acuerdo sobre ellos (A. Freud. El yo y los mecanismos de defensa, p. 73).

and a large number of other persons who  
 are interested in the same subject  
 and who are desirous of obtaining  
 information in regard to the same  
 are invited to attend the same  
 at the residence of the undersigned  
 on the 15th day of the month of  
 August at 10 o'clock in the forenoon  
 at the residence of the undersigned  
 at the residence of the undersigned  
 at the residence of the undersigned

XI

Paciente masculino. 22 años. Estudios universitarios. Soltero.

Al regresar el paciente de un viaje de dos años en el extranjero, sus padres se muestran en desacuerdo con su actitud, por lo que consultan a un psiquiatra en demanda de consejos acerca de cómo manejar la situación. Se le receta Haldol, y como no da resultado y comienza a mostrarse agresivo con su padre y con deseos de independencia, se le interna, contra su voluntad y con lujo de violencia, en una institución psiquiátrica.

Los síntomas se iniciaron hace tres años, cuando el brillante estudiante que era el paciente comienza a disminuir su rendimiento, a relacionarse con hippies, a interesarse más por la música que por sus estudios y tal vez a usar drogas. En vista de ello es enviado al extranjero. Durante dos años todo parece solucionado, pero a partir de entonces comienza a escribir cartas extrañas, deshilvanadas. Poco tiempo después anuncia que regresa. Llega cansado y contento y manifiesta que desea trabajar para casarse con una muchacha que ha conocido en el extranjero. Regresa con las malas amistades, se muestra agresivo con su padre, descontento del sistema, por lo cual es consultado el psiquiatra.

Durante su internación reacciona violentamente contra la terapia empleada y se muestra agresivo contra sus padres y el personal, incluso golpea a su padre con la cabeza mientras lo sujeta con los brazos para atrás en el momento de la internación. A continuación le empiezan a aplicar electrochoques, tres diarios.

La familia del paciente está constituida por el padre (69 años), la madre (60 años), un hermano (adoptado) de 32 años, ca-

sado y divorciado recientemente, que ha regresado a vivir al hogar paterno y una hermana (adoptada) de 18 años.

Después de muchos años de matrimonio, la adopción de un sobrino y un aborto, nació el paciente normalmente. El padre declara que nunca deseó hijos y que era su esposa la que los deseaba vivamente. La última niña fue adoptada por dar compañía al paciente, aunque no dio resultado y se mostró muy celoso de ella. El padre, un profesional brillante, rígido, sin vicios, siempre ha estado muy próximo a su hijo, con una gran responsabilidad en cuanto a su educación, considerando que ciertos aspectos deben dejarse en manos de especialistas. Así, cuando su hijo llegó a la pubertad, lo envió a unas pláticas sexuales con un maestro especializado.

El hermano mayor es el hijo segundo de parientes empobrecidos. Se adoptó, primeramente, al hijo mayor, pero extrañaba a sus padres y regresó con ellos. Posteriormente fue adoptado el segundo, que se acopló con su nueva familia. Tenía diez años cuando nació el paciente, así que no hubo relación estrecha ni problemas entre ellos. Su situación actual (fracaso en su matrimonio y alcoholismo incipiente) lo atribuye el paciente a culpa de sus padres, sin más especificaciones que lo aclaren.

Las relaciones con la hermana menor han sido normales: celos de niño, a veces cruel con ella y rechazante, pero todo dentro de estructuras habituales.

En la primera infancia el paciente fue un niño normal, mimado por todos, lleno de encantos y muy inteligente. Egoísta y celoso de sus hermanos, fue muy apegado a su padre. Gustoso de la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

escuela, obtiene siempre las mejores calificaciones. En las contadas ocasiones que no fue así, reclamaba a los maestros, por atribuirlo a envidia de sus compañeros. En la adolescencia experimentó un cambio, al comenzar a demandar más libertades y a tener amistades "con aspecto de vagos y malvivientes", todo lo cual desagradó a sus padres. Empezó a criticar el sistema y todo lo establecido y a cuestionar la autoridad paterna. Se sitúa "en el otro bando" y critica los métodos de los opuestos. Se hace insociable, lee mucho, oye música clásica, lee obras de izquierda. En forma ocasional fuma marihuana, solo por curiosidad. Toma hongos en Oaxaca, que le proporcionan sensación de bienestar, lo mismo que L.S.D. Durante su estancia en el extranjero consume hashish en tabletas. Recientemente tomó también hongos. Se siente molesto con la demagogia del sistema.

Su vida sexual se inicia en el extranjero, con la muchacha que desea desposar. Se muestra enamorado de ella y quiere terminar la carrera rápidamente para independizarse y casarse. Las relaciones han sido satisfactorias. Desde su regreso se ha quejado de los prejuicios de las muchachas de aquí en cuanto a la libertad sexual.

En conjunto ha sido un buen muchacho, con amigos y amigas, novias, brillante en sus estudios. Ha estado inconforme con las decisiones de sus padres, especialmente de la madre, por quien se siente rechazado. Considera a su padre demasiado rígido, consigo mismo y con los demás, anticuado, con ideas de otra generación. Los padres consideran que le han dado todo lo posible, aunque el muchacho nunca ha sido exigente, sino muy considerado con

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

con los gastos. Tiene un afecto especial por su hermana; por su hermano también, aunque más distante. Considera su fracaso matrimonial como ocasionado por sus padres, que no le permiten ser como es en realidad, por la excesiva rigidez de su educación.

Se practicaron dos exámenes mentales, uno al ser internado, otro unos días después. La primera vez se rebelaba contra la terapia y consideraba a todos sus secuestradores; agresivo hasta con sus padres. Le hablaron durante media hora para convencerlo de que todo estaba bien así, y no tuvieron éxito.

En el segundo examen aparecía confuso y desordenado (le acababan de aplicar tres electrochoques) y había dormido muy mal. Sin embargo se observaba una brillante inteligencia, una amplia cultura. Obsesionado por la idea de ser dado de alta, ofrece, infantilmente, dejar la droga.

Su actitud es ya cortés y se disculpa de su comportamiento anterior. Sin embargo ha estado nervioso y se ha visto el cinturón de su bata colgado en la ventana, lo que ha dado a pensar en un intento de suicidio (había advertido que si lo encerraban se mataría, por lo que se pensó que quería llamar la atención).

Muestra sentimientos variados hacia sus padres: cariño y respeto a veces, crítica a sus actitudes rígidas represivas y autoritarias, otras. A pesar de su apego anterior al padre, parece que en el presente se siente más próximo a la madre. No hay delirios ni ningún tipo de trastorno; sólo han aparecido trastornos de la percepción bajo el efecto de las drogas.

Se practica un examen físico, que resulta normal, con presión ligeramente baja.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se iniciaron pruebas psicológicas pero hubo que interrumpir-  
las por el tratamiento convulsivo.

Se sugiere, como diagnóstico, un cuadro depresivo, esquizo-  
frenia de tipo afectivo, drogadicción.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Comentarios al caso XI.

El diagnóstico sugerido en este caso puede ser ampliamente rechazado: no existía depresión antes del internamiento ni del tratamiento seguido. Los síntomas del paciente no corresponden a los de esquizofrenia. El uso esporádico y aislado de drogas no supone drogadicción.

¿A qué responde, pues, el internamiento de este joven? Si existe un evidente estado de angustia, pero no es precisamente en el paciente, sino en sus padres. El caso no es nuevo: la psiquiatría inglesa se ha ocupado ampliamente de ello; en el seno de ciertas familias, los intentos de independencia de los hijos originan un miedo extremado a la destrucción del sistema de racionalidad imperante, y luchan violentamente contra ello para evitar dicha destrucción. Parte de la posición de que el mundo está dividido en personas "buenas y sanas" y lo contrario, "malas y enfermas". Ellos son, por supuesto, las "buenas y sanas" y todo lo que de ellas se aparte caerá en el grupo opuesto.

Es un hecho frecuente el que muchas familias no acepten la autonomía de uno de sus miembros. Autonomía, es decir, autogobierno, a través del cual el individuo se separa de un sistema que lo obliga a realizar un rol y a ser, únicamente, el depositario de las proyecciones paternas. Naturalmente que esta autonomía supone una amenaza para la estructura familiar, y, los que tratan de preservarla, lucharán contra la posible emancipación de cualquiera de sus miembros.

Así, en el presente caso, son los padres los que están padeciendo una crisis de urgencia: no saben cómo manejar la situación.

La solicitud de ayuda psiquiátrica es para ellos. El médico particular y la institución psiquiátrica responden de inmediato a su llamado. Las medidas institucionales aplicadas no son pertinentes para el hijo, pero sí obedecen a las necesidades de los padres:

Ellos no están preparados para la independencia del hijo y su levantamiento contra las normas impuestas. Tal vez a través de estos sistemas logren envolver de nuevo al hijo en su sistema familiar e imponer otra vez sus principios.

The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as  $t \rightarrow \infty$ . It is shown that the solutions of the system (1) are bounded and tend to zero as  $t \rightarrow \infty$ . The second part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as  $t \rightarrow 0$ . It is shown that the solutions of the system (1) are bounded and tend to zero as  $t \rightarrow 0$ .

XII

Paciente masculino. 24 años. Estudios hasta primer año de Preparatoria. Soltero.

El paciente ingresa por octava vez en la misma institución. Anteriormente ha tenido otros siete ingresos en hospitales psiquiátricos.

Hace tres meses fue dado de alta con un tratamiento de litio, antidepresivos y fenotiacínicos. Hace un mes suspendió la medicación y ha permanecido indiferente y apático, casi siempre en la cama. Sus padres le proponen la internación hospitalaria y accede. Todas las veces anteriores ha sido contra su voluntad.

Su padecimiento se inicia a los quince años, al tomar pastillas de Bencedrina para estudiar. Después continúa con marihuana, tres o cuatro cigarrillos diarios, Ha inhalado cocaína. Cuatro intentos de suicidio con sobredosis de los medicamentos prescritos (en dos ocasiones ha sido necesario un riñón artificial para salvarlo del estado comatoso).

El mismo es el principal informante. Refiere que a los nueve años, en la playa, se dio cuenta de que le gustaba su mamá: "Tuve la primera ercción, traté de calmarme, pero no pude; de ahí empecé a usar prendas de mi madre, dormía con sus pantaletas; es un grato recuerdo; me quedaba dormido temiendo que me descubrieren. Me gustaba la textura y el olor, no entiendo la razón de todo esto", Antes de eso se había puesto en una ocasión unas medias y pantaletas de su mamá, y todo el mundo se rió. "Creo que debieron haberme castigado, ya que no era una gracia".

"Mi mamá era como una hermana, era muy joven; todo el trabajo en casa lo hacía mi nana, a quien siempre quise y respeté; mi

verdadera madre es mi nana; siempre me molestó que mi madre no me atendiera; cuando discutía con mi padre, siempre se refugiaba con mi nana. Por cuestiones de trabajo mi madre siempre estaba ausente. Cuando tenía trece años tuve dolor en la espalda y tomé el vibrador de mi madre para aplicármelo allí. Por curiosidad lo puse en el pene, me excité y tuve la primera eyaculación. Embarazado de semen acudí con mi padre; me dijo que no me asustara, que ya era hombre. Yo esperaba más explicaciones, pero mi padre es así. Continué usando el vibrador hasta que se fundió. Ya no quería asistir a clases; me declaraba enfermo para masturbarme, cuatro o cinco veces al día. Sentía que debía superar la masturbación, pero no podía. Estaba desganado, desesperado; el rendimiento escolar había bajado".

Fue entonces cuando tomó la primera Bencedrina para pasar un examen, lo que hizo brillantemente. Se sintió bien, fuerte y ícuido. Comenzó a tomarla diariamente, cuatro o seis tabletas, y se sentía bien. Conoció a una chica y quiso tener relaciones sexuales con ella, pero nunca se atrevió a decírselo. Tenía muchos granos y eso le hacía sentirse mal. "Sentía que me rechazaban por mis granos y por que me masturbaba; cuando mis amigos pasaban a buscarme yo me escondía, me aislaba y seguía usando para masturbarme ropas de mi madre. Si me sentía triste o aburrido tomaba Bencedrinas".

Tuvo un fracaso escolar y entró a trabajar de ayudante con su padre; no le gustó. "Era para mí más importante tener relaciones sexuales, resolver mis problemas sexuales; ya no quería seguirme masturbando".

Fue entonces el primer intento de suicidio, tomando cien pastillas de Bencedrina. Había robado unas alhajas a su madre, se sentía apático, indiferente, culpable de haber defraudado a sus padres, de haber terminado con la imagen que tenían de él. Fue necesario riñón artificial y terapia intensiva. A continuación se le envió al extranjero, donde estuvo internado quince días recibiendo terapia grupal. Al regreso continuó en el mismo estado y trató de nuevo de suicidarse. Sentía que no podía vivir sin las drogas, no resolver sus problemas sexuales.

Después de desintoxicarlo fue trasladado por primera vez a la institución actual, donde permaneció un mes. Se le aplicaron diez choques eléctricos.

Al salir continuaba la idea de suicidio, y una semana después vuelve a tomar Bencedrinas, después de fumar marihuana. Es trasladado a un hospital psiquiátrico en España. Nunca vio ni habló con ningún psiquiatra y la primera vez que lo dejaron salir se emborrachó y llegó cinco horas más tarde de la hora fijada. Lo esperaban para inyectarlo; no quiso dejarse y agredió a los enfermeros. Lo amarraron y estuvo un mes y medio en la bartolina, hasta que se escapó.

Hace dos años intentó nuevamente suicidarse, tomando entre doce y quince pastillas de Artane. Pensó en arrojarse desde un octavo piso, pero resbaló y cayó en unos tendederos.

En 1975, al no pagar en un restaurante donde estuvo tomando LSD y marihuana con unas muchachas, fue encarcelado. De nuevo fue conducido a la clínica actual, y, a causa de su violencia al no servirle pronto su comida, fue detenido por los vigilantes, rodó por las escaleras y fue conducido al cuarto de aislamiento.

Nueva salida de la clínica: abre una caja fuerte para obtener dinero; toma Bencedrinas, marihuana, alcohol. Afirma hacerlo por molestar a sus padres, "y a quien deben de internar es a mi madre, ya que es la que complica todas las cosas; funciona como una señora, pero engaña a mi papá".

Nueva internación en la clínica al mes de haber salido.

Recientemente fue detenido fuera de México por haberle encontrado droga. Apareció alucinado y en fase maniatiforme. Fue internado y se le aplicaron choques eléctricos sin anestesia. Refiere que mientras estuvo detenido continuó fumando marihuana. "escupía a todos los que se me acercaban, pues mi saliva era agua y de un escupitajo podía matarlos. Mi madre me visitó y le escupí. Antes yo había fornicado a la tierra para agrandarla y poder vivir, pues ya éramos muchos y pronto se vendría el diluvio. Sólo se salvarían los elegidos como mi madre. Yo era hijo de mi na-na, que era Virgen, y por eso era yo el profeta y tenía que fornicar la tierra, por lo que metí mi semen, excremento, orines y gargajos, que eran puros, en un agujero del piso que tenía forma de vagina y clitoris".

Después de ser trasladado a la capital y permanecer dos meses en la institución (la penúltima vez), vuelve a trabajar con su padre y ante su postración reciente, él mismo, de acuerdo con sus padres, decide la última internación. "Quiero trabajar y estudiar, no quiero sólo pastillas; quiero armas para no estar triste, quiero agarrarme de ustedes, de mi familia, de quien sea, para no pensar en el suicidio; tener relaciones sin droga; aceptarme como soy; romper el círculo de ser carne de hospitales. No

quiero que se cumpla lo que en alguna ocasión me dijo mi madre: que al morir mi padre me encerrarían en un hospital del gobierno para toda la vida. Es la primera vez que tengo comunicación con los doctores".

El paciente es el hijo segundo de seis hermanos. El mayor es homosexual y tiene malas relaciones con él. "Cuando sabe que estoy en problemas, les pide a mis padres que me encierren". Los cuatro más jóvenes estudian en el extranjero. Declara buenas relaciones con ellos, menos con la hermana menor, a la cual le tiene cierta envidia.

El padre tiene cincuenta y un años. Piensa que la causa del problema puede ser lo poco hogareña que es su esposa. Reconoce que el paciente es su consentido y está dispuesto a ayudarlo.

La madre, de cuarenta y nueve años, se considera dócil a causa de una educación profundamente religiosa. Hace unos años se psicoanalizó a causa de lo insatisfactorio de sus relaciones sexuales y de que todo le parecía pecado. Cree que el problema de su hijo se debe a lo poco comunicativo que es el padre y a lo mal que ha canalizado la sexualidad del muchacho. Siente culpabilidad por haber descuidado al paciente en la infancia y la adolescencia, pero lo hizo porque todo lo consideraba pecado. Confiesa que se siente alejada de su hijo porque la ha hecho sufrir mucho, pero que "muchos de sus problemas se deben a mi".

El paciente dice que siempre sintió ausente a su madre; no tenía comunicación con ella, y disminuyó con los años. Viajaba mucho, y a veces no la veía en cinco o seis meses. No estaba a gusto en la casa. Cree que su padre la trata como a una niña mal-

criada.

La infancia del paciente fue normal. Refiere que tenía miedo a la oscuridad y que una vez soñó que una mano helada le agarraba el brazo; lo perseguía y él sentía terror. Desde entonces rezaba mucho para no ser perseguido, y por las noches buscaba a su nana. Fue alumno brillante hasta que comenzó con la droga. El se sentía egocéntrico; le gustaba llamar la atención, escoger a sus amigos.

De su vida sexual dice: "Mi problema siempre ha sido el sexo. Cuando tuve mi primera relación, no me agradó, ya que la comparé con la masturbación. Siempre temo no poder penetrar a una mujer o no tener erección. Cuando he tenido relaciones ha sido drogado. Quisiera abandonar esto y tener buenas relaciones. En la actualidad sigo masturbándome tres o cuatro veces a la semana, especialmente cuando no puedo dormir, recordando a una sirvienta que vive en el piso de arriba de mi casa. Le pido que tengamos relaciones; ella me dice que sí, pero que me ponga su ropa. Yo le digo que se ponga la mía. Cuando esto sucede yo me excito y al eyacular yo me convierto en ella".

Se practica un examen médico que resulta normal, así como un EEG que no muestra daños cerebrales.

Se practica un examen mental, que muestra una persona obesa, de expresión deprimida, cooperadora al interrogatorio. Bien orientado en tiempo y espacio; lenguaje coherente; buena atención, concentración y memoria. Ambivalencia afectiva y aplanamiento en relación con el núcleo familiar.

Tratamiento actual: Litio; Anafranil. Urdaban

Tratamiento anterior: Haldol; Valium; Sinogán; Dalmadorm; Tegre-  
tol; Akinetón; Melleril

Lagarctil. Serie de diez choques eléctricos con Epontol.

Serie de cuatro sin anestesia.

Diagnósticos:

Desviación sexual (travestismo)

Dogomanía o toxicomanía

Neurosis de ansiedad en personalidad inmadura

Enfermedad maniaco-depresiva bipolar

Sociopatía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Comentarios al caso XII

La teoría psicoanalítica proporciona datos suficientes sobre el desarrollo infantil para explicar la génesis de los problemas de este joven. Recordemos el origen del complejo de Edipo con palabras del propio Freud: "El varón (de dos a tres años) que llega a la fase fálica de su evolución libidinal, que percibe sensaciones placenteras emanadas de su miembro viril y que aprende a procurárselas a su gusto mediante la estimulación manual, convirtiéndose al punto en amante de la madre" (Compendio de psicoanálisis, p. 3407).

La amenaza de castración, si el niño persevera en sus actitudes, puede terminar con la masturbación, pero no con las fantasías que la acompañan. Si por salvar su miembro sexual renuncia a su madre, que da en una actitud pasiva frente al padre. En sus fantasías se puede identificar con él, pero quizá también, predominantemente, con la madre. Todas las vivencias que en esta época tengan lugar, marcarán definitivamente la vida del sujeto.

El exceso de ternura por parte de la madre es perjudicial para el niño, porque puede acelerar su madurez sexual. Es posible que esta madre, sexualmente insatisfecha, volcase su ternura en su hijo. Un dato importante que serviría para corroborar todo esto, sería el miedo infantil del paciente a la oscuridad, sus sueños de terror y la necesidad de la presencia de su nana. "Y precisamente al miedo no se inclinan más que los niños que poseen un instinto sexual exagerado, desarrollado prematuramente o devenido exigente por un exceso de mimo. El niño se conduce aquí como el adulto, transformando en angustia su libido, cuando no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

logra satisfacerla" (Freud, Tres ensayos para una teoría sexual. 2. La sexualidad infantil, p. 1226). El caso del hermano mayor, homosexual, podría tener también aquí su origen. El resolvería su complejo edípico en forma diferente: en la pubertad, en el momento de cambiar la madre por otro objeto sexual, "se identifica con ella, se transforma en ella y busca objetos susceptibles de reemplazar a su propio yo y a los que amar y cuidar como él ha sido amado y cuidado por su madre" (Freud, Psicología de las masas y análisis del yo, p. 2587).

Refiere el paciente cómo, a los nueve años, el amor por su madre se hizo consciente y comenzó a usar las prendas de ella (aunque en realidad ya lo había hecho antes. Como se verá a continuación, lo único que adquiere en ese momento es la conciencia de sus sentimientos, que, evidentemente, existían con anterioridad).

De nuevo este hecho nos conduce al problema original del paciente. En 1927, Freud, en su artículo Fetichismo, explica analíticamente las causas y el propósito del uso del fetiche: "Considero el fetiche como un sustituto del pene, de modo que me apresuro a agregar que no es el sustituto de un pene cualquiera, sino de uno determinado y muy particular, que tuvo suma importancia en los primeros años de la niñez, pero que luego fue perdido. Para decirlo con mayor claridad todavía: el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre), en cuya existencia el niño creyó otrora y al cual -bien sabemos por qué- no quiere renunciar" (p. 2993).

Naturalmente que el niño no mantiene su creencia en la exis-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tencia de un falo femenino. La abandona, pero no deja de conservarla también en el pensamiento inconsciente, es decir, en los procesos primarios. Así, en el mundo de la realidad psíquica, la mujer conserva un pene, pero ya no es el mismo que antes, y otra cosa, el fetiche, "es un emblema de triunfo sobre la amenaza de castración y como salvaguardia contra ésta; además le evita al fetichista convertirse en homosexual, pues confiere a la mujer precisamente aquel atributo que la torna aceptable como objeto sexual" (op. cit., p. 2994).

En esa época parece que el paciente estaba bastante identificado con su padre. Freud señala cómo, en estos casos, el sujeto adopta el papel de padre, pues a ésta habría atribuido la castración de la mujer.

A partir de entonces el niño empieza a masturbarse incesantemente. Se revela entonces su prematura madurez sexual, pues desde el punto de vista cronológico estaría en el período de latencia, donde, según Freud, esta actividad disminuye. El señala tres períodos: 1) la masturbación del lactante; 2) la masturbación infantil y 3) la masturbación puberal (que puede seguir inmediatamente a la anterior o quedar separada de ella por el período de latencia). Las fantasías que la acompañan revelan, una vez más, el objeto erótico. Y, junto con todo ello, se produce una de las consecuencias de dicha actividad: violentos sentimientos de culpabilidad. A través de ellos pueden explicarse ciertos actos de delincuencia cometidos posteriormente por el paciente (Cfr. Freud, "Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad" p. 2427).

Una de las consecuencias negativas de la masturbación, señalada por Freud (Contribuciones al simposio sobre la masturbación,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

p. 1707), tiene lugar en el presente caso: La fijación a fines sexuales infantiles y la permanencia en el infantilismo psíquico. "Con ella está dada la predisposición a la neurosis".

En estas condiciones el paciente llega a la adolescencia. Encuentra entonces un padre lejano, una madre que lo abandona. El proceso hacia la melancolía y la depresión queda iniciado (32).

El comienzo con las drogas, a través de la Bencedrina, no es, pues, sino un escape del paciente para huir de su infelicidad, su pesimismo, su futilidad; un intento de lograr buenas relaciones, de asumir roles sexuales apropiados, de salvarse de la frustra-

---

(32) "Al principio existía una elección de objeto, o sea, el enlace de la libido a una persona determinada. Por la influencia de una ofensa real o de un desengaño, inferido por la persona amada, surgió una conmoción de esta relación objetal, cuyo resultado no fue el normal, o sea la sustracción de la libido de este objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro muy distinto, que parece exigir, para su génesis, varias condiciones. La carga del objeto demostró tener poca energía de resistencia y quedó abandonada; pero la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto, sino retraída al yo, y encontró en éste una aplicación determinada, sirviendo para establecer una identificación del yo con el objeto abandonado. La sombra del objeto cayó así sobre el yo; éste último, a partir de ese momento, pudo ser juzgado por una instancia especial, como un objeto, y, en realidad, como el objeto abandonado. De este modo se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del yo".  
Duelo y melancolía, p. 2095.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ción y la depresión. El mismo lo sabe: "para sentirme seguro, practico, pues había conocido a una muchacha y en ella veía la solución a mis problemas".

El fracaso del intento de conseguir éxito a través de las drogas conduce a los actos delictivos y al suicidio. Ni los choques eléctricos ni los fármacos podrán aliviar la inmensa angustia de este sujeto. A los nueve años, cuando comienza a hacerse consciente de sus problemas, tal vez podrían haberse resuelto más fácilmente que en la actualidad. Como A. Freud afirma, "La vida emocional infantil es menos complicada y más fácil de comprender que la del adulto" Una cadena de procesos mal comprendidos han conducido hasta el adulto delincuente y suicida, de pronóstico actual difícil.



## C O N C L U S I O N E S

Puesto que buena parte de las llamadas enfermedades mentales, neurosis y psicosis, no se desarrollan en base a una lesión orgánica, su tratamiento como enfermedades fisiológicas difícilmente conducirá a la "salud mental".

Retomando las palabras de Freud, es preciso que una psiquiatría verdaderamente científica posea un profundo conocimiento de los procesos inconscientes del psiquismo, para, de esa forma, poder organizar una acción racional.

No hay por qué suponer contradicción entre psiquiatría, psicología y psicoanálisis, sino que debe entenderse que las tres ciencias se complementan, lo cual es necesario tener en cuenta para aprovechar al máximo las posibilidades de las tres en favor del tratamiento y cura de los pacientes psiquiátricos.

Mientras que el enfermo orgánico es tratado con toda consideración, tanto por parte de los facultativos como de la sociedad (familia, relaciones, etc.,) el paciente mental es visto todavía, en la mayoría de los casos, como un desecho humano, el cual carece de derechos como individuo, es motivo de vergüenza para su allegados, y no es digno de las consideraciones que otros pacientes merecen.

En consecuencia, los tratamientos que se aplican en sus padecimientos no son por lo común discutidos desde perspectivas reduccionistas, por violentos o inadecuados que sean.

Muchas de las consideradas enfermedades mentales no son sino

los desajustes normales en todo individuo sometido a situaciones familiares y sociales a las que no pueden sustraerse. A través de los casos aquí presentados puede demostrarse esta situación.

El interés que existe por establecer lo antes posible un diagnóstico del padecimiento es con frecuencia inútil, puesto que la terapia aplicada es prácticamente la misma en todos los casos.

Ni siquiera la hospitalización depende del diagnóstico, pues en la mayor parte de las ocasiones, salvo en casos extremos, está condicionada por cuestiones económicas.

El respeto al médico particular de algunos pacientes por parte de los médicos hospitalarios o de la familia, no está de acuerdo con la ética profesional: ningún facultativo es infalible, y por tanto deben cuestionarse frecuentemente sus decisiones; el único sujeto en esta constelación que merece la dedicación y el esfuerzo de todos, es el paciente.

Como conclusión final, citaré las palabras de Freud: "La Psiquiatría es actualmente una ciencia esencialmente descriptiva y clasificadora, de orientación aún más somática que psicológica y carente de explicación de los fenómenos observados. Pero el psicoanálisis no se contrapone a ella, como pudiera creerse por la actitud casi general de los psiquiatras. Como psicología profunda, como psicología de los procesos anímicos sustraídos a la conciencia, está llamada a procurar a la Psiquiatría una subestructura imprescindible y a ayudarla a superar sus limitaciones actuales.

El porvenir creará seguramente una psiquiatría científica, a la cual habrá servido de introducción el psicoanálisis" (Psicoanálisis y teoría de la libido. En Obras completas, T. III, p. 2672).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025

BIBLIOGRAFIA

- Adler, Alfred, El carácter neurótico. Paidós. Buenos Aires, 1965
- Adler, Alfred, Psicología del individuo. Paidós. Buenos Aires, 1967.
- Alexander, Franz, Psiquiatría dinámica. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- Bandura, A. y R. Walters, Adolescent Agression. Row Peterson, Chicago, 1958.
- Barnes, Mary y J. Berke, Viaje a través de la locura. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, 1974.
- Basagliá, Franco. La institución negada. Barral Editores. Buenos Aires, 1972.
- Bender, L., "Schizophrenia in Childhood - its Recognition, Description and Treatment", American Journal of Orthopsychiatry 26 (1956), 499-506.
- Bender, L., A. Maslow y otros, Trastornos mentales y emocionales. Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Benedek, Th. y M. W. Gerard, Psicoanálisis del desarrollo y de las perturbaciones de la personalidad del niño. Paidós. Buenos Aires, 1967.
- Blos, Peter, Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz, México, 1975.
- Bosselman, B. Ch., Neurosis y psicosis. La Prensa médica mexicana, México, 1967.
- Braunstein, Nestor A., Psicología: Ideología y ciencia. Siglo XXI México, 1976.
- Cooper, David, Psiquiatría y antipsiquiatría. Paidós, Buenos Aires, 1974.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Cronbach, L. J. y P. E. Meehl, "Construct validity in Psychological tests", en Psychological Bulletin, 1955, 52, pp.281-302.
- Crow, L. D., y otros, Conducta adaptada. Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Engel, George, Psychological Development in Health and disease.  
W. B. Saunders. Philadelphia, 1962.
- Erikson, Erik H., Infancia y sociedad. Paidós, Buenos Aires, 1970.
- Freud, Anná , El yo y los mecanismos de defensa. Paidós, Buenos Aires, 1973.
- Freud, Sigmund, Análisis profano. En obras completas. Biblioteca Nueva; Madrid, 1973. Tomo III.
- Freud, Sigmund, Compendio del psicoanálisis. En Obras Completas, t. III.
- Freud, Sigmund, Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión. En Obras Completas, Tomo II.
- Freud, Sigmund, Contribuciones al simposio sobre la masturbación.  
En Obras Completas, Tomo II.
- Freud, Sigmund, Duelo y melancolía. En Obras Completas, Tomo II
- Freud, Sigmund, Estudios sobre la histeria. En Obras Completas, T. I.
- Freud, Sigmund, Fetichismo. En Obras Completas, T. III.
- Freud, Sigmund. Introducción al narcisismo. En Obras Completas, T. II.
- Freud, Sigmund. La interpretación de los sueños. En Obras Completas, Tomo I.
- Freud, Sigmund. "La pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis", en Esquema de psicoanálisis. Obras Completas, T. III.
- Freud, Sigmund. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. En Obras Completas, T. II.

- Freud, Sigmund, Psicoanálisis. en Obras Completas, T. II.
- Freud, Sigmund. Psicoanálisis y teoría de la libido. En Obras Completas, T. III.
- Freud, Sigmund, Psicología de las masas y análisis del yo. En Obras Completas, T. III.
- Freud, Sigmund, Teoría general de las neurosis. En Obras Completas T. II.
- Freud, Sigmund, Tres ensayos para una teoría sexual. En Obras Completas, Tomo II.
- Fromm-Reichman, F. "Remarks on the philosophy of mental disorder" Psychiatry, 9, 1946.
- Goffman, Erving, "El mundo de las personas recluidas", en Millon, Psicopatología y personalidad, pp. 367-371.
- Guarner, Enrique, Psicopatología clínica y tratamiento analítico. Porrúa Hnos., México, 1978.
- Hornaý, Karen, La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Paidós Buenos Aires, 1974.
- Hunt, W. A., C. L. Wittson y Edna B. Hunt, A theoretical and practical analysis of the diagnostic process. En P. H. Hochy y J. Zubin (directores), Current problems in psychiatric diagnosis, N. York, Grune and Stratton, 1953.
- Jervis, Giovanni, Manual crítico de psiquiatría. Ed. Anagrama, Barcelona, 1977.
- Jones, Maxwell, The therapeutic community. Basic Books, New York, 1954.
- Kalinowsky, Lottar y Paul Hoch, Treatment in Psychiatry, Grune and Stratton, New York, 1961.

- Kraepelin, Emil, "Psiquiatría clínica", en Millon, Psicopatología y personalidad, México, 1971.
- Laing, R. D., El cuestionamiento de la familia. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- Laing, R. D., El yo y los otros. Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
- Laing, R. D. y A. Esterson, Cordura, locura y familia. Fondo de Cultura Económica, México, 1969.
- Lebovici, S., "Une observation de psychose chez l'enfant. Étude des mecanismes de défense psychotique". Conferencia del 20-12-55. en Evolution psychiatrique, 1958 (N. 204.)
- Mahani, Maud, El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Siglo XXI, Buenos Aires, 1976.
- Meehl, P. E., "Wanted -a good cookbook", en American Psychologist, 1956, 11, pp. 263-272.
- Meyer, Adolph, "El papel de los factores mentales en psiquiatría" en Millon, Psicopatología y personalidad. México, 1971
- Milleñ George A. Introducción a la psicología. Alianza Editorial, Madrid, 1974
- Millon, Theodore, Psicopatología y personalidad. Interamericana, México, 1973.
- Nacht, S., Curar con Freud. Ed. Fundamentos. México, 1972.
- Nacht, S., La psychanalyse d'aujourd'hui. P.U.F., París, 1956.
- Patterson, C.H. Orientación autodirectiva y psicoterapia. Ed. Trillas México, 1970.
- Recamier, P. C., "Connaissance et psychothérapie de la relation schizophreñique", en Journées d'études psychiatriques de Bonneval, abril, 1957.

- Reich, Wilhelm, Análisis del carácter. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
- Rogers, Carl R., Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, Buenos Aires, 1975.
- Rosenfeld, H., "Note on the psychopathology of confusional states in chronic schizophrenia" en International Journal Psychoanalytic, 1949, 30, pp. 36-47.
- Sartre, Jean-Paul, Saint Genet, comédien et martyr. Gallimard, Paris, 1952.
- Sechehaye, M. A., La realización simbólica, Diario de una esquizofrénica. Fondo de Cultura Económica, México, 1973.
- Spitz, René, El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica, México, 1969.
- Sullivan, Harry Tack, La entrevista psiquiátrica. Psique, Buenos Aires 1974.
- Weitbrecht, Hans Jorg, Manual de psiquiatría. Ed. Gredos, Madrid, 1978.
- Zac, Joel, Psicopatía. Ed. Kargleman. Buenos Aires, 1973.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN