

37

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PSICOSIS Y COMUNIDAD TERAPEUTICA:
UNA RELACION POSIBLE**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

ROSA MARIA CRUZ GARCIA

DIRECTORA DE TESIS

MAESTRA ASUNCION VALENZUELA COTA

**REVISORIA NACIONAL
MAESTRA MARIA ESTERITA ROSENBERG**

MEXICO, D.F.



2000

**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA**

285289



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis papás Manuel y Rosa María por darme la vida, por sus enseñanzas, cuidados, apoyo y cariño.

A mi abuelita Josefina, mis hermanos Teresa, Manuel, Alberto, Miguel y Salvador. A mis sobrinos Mayté, José Antonio, Natalí, Gil, Mariana, Jimena, Daniela y el que viene. A Margarita, Efraín, Rosi y Evelia, por su compañía siempre cariñosa.

A Diego Chauvín, por ser un hermano extra y un gran amigo.

A María del Carmen Castellanos, Claudia. M, Carmen N, Ceci A, por su amistad.

*A Tarcisio
por todo su amor,
comprensión,
apoyo y por ESTAR
en la vida conmigo.*

*A mi bebé
Ignacio José
por quererme,
por dejarse querer
y por existir cerca de mí.*

*A mi analista
Silvia Diamant
por toda su escucha
y palabras.*

*A la Maestra Asunción Valenzuela
por sus clases y
por la valiosa supervisión
a lo largo de toda la tesis.*

*Al Doctor Antonio Mendizábal
por el material que me proporcionó.*

*A los pacientes,
por su confianza y
enseñanzas.*

*A los maestros
María Isabel Haro Renner,
Juan Carlos Muñoz Bojalil,
Roberto Peimbert Ramos,
Roberto Gaitán González,
por su tiempo y disponibilidad
en la revisión de la tesis*

“A veces me pregunto qué razones me mueven a estudiar sin esperanza de precisión, mientras mi noche avanza, la lengua de los ásperos sajones. Gastada por los años la memoria deja caer la en vano repetida palabra y es así como mi vida teje y desteje su cansada historia.

Será (me digo entonces) que de un modo secreto y suficiente el alma sabe que es inmortal y que su vasto y grave círculo abarca todo y puede todo.

Más allá de este afán y de este verso me aguarda inagotable el universo”.

Borges, 1992

1.- CAPITULACIÓN

Introducción	8
Cap. I.- Psicosis, antecedentes: la mirada de Foucault.	11
1.- La psicosis	21
1.1. Conceptualización desde el psicoanálisis.	25
1.2. Lo que dicen diversos autores con respecto al tema de la psicosis.	40
2.- Conceptualización desde la psiquiatría.	46
2.1. Tratado de psiquiatría de H. Ey, P. Bernard y Ch. Brisset.	47
2.2. El DSM-III	51
2.3. El DSM III-R	54
2.4. El DSM IV	56
2.5 El CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento.	59
Cap.II.- El tratamiento de las psicosis.	61
1.- Antecedentes.	61
2.- Abordajes y modalidades de tratamiento.	63
2.1. Modelo médico.	63
2.2. Modelo basado en el aprendizaje.	64
2.3. Perspectiva humanista.	65
2.4. Psicoterapia de grupo.	65
2.5. Terapia familiar.	67
2.6. Terapia del medio ambiente.	68
2.7. Psicoterapia institucional.	69
2.8. Modelo psicoanalítico.	70

Cap. III.- Comunidades Terapéuticas, una alternativa.	71
1.- Desarrollo histórico de la Comunidad Terapéutica.	71
2.- Definición, características y bases teóricas.	74
3.- Psicoanálisis y Comunidad Terapéutica.	83
3.1.- Antecedentes de la inserción del psicoanálisis en los hospitales.	83
3.2.- Comunidades terapéuticas con orientación psicoanalítica, en México.	84
Cap. IV.- El prisma de la psicosis, reflexiones surgidas de la experiencia del trabajo en comunidades terapéuticas.	89
1.- Dinámica que se da entre los que trabajan con el "loco".	89
2.- Algunas contradicciones generadas en y por los profesionales de la Salud Mental.	95
3.- Flujo de personal.	102
4.- Parejas dentro de la comunidad.	103
5.- Dinámica que se presenta en las familias de los psicóticos y entre los que trabajan con éstos.	105
6.- ¿Hogar sustituto para quiénes?	105
7.- Consideraciones para una propuesta terapéutica desde el psicoanálisis.	107
7.1.- Significado de terapéutico, cuando de psicosis se trata.	107
7.2.- El quehacer terapéutico en la comunidad.	108
7.3.- Transferencia como eje central.	113
Discusión y conclusiones.	120
Bibliografía.	130

INTRODUCCION

Tratando de sintetizar los movimientos más relevantes del trabajo con la “locura” hacemos mención de las tres revoluciones psiquiátricas¹:

Dreikurs (citado en López R, 1980) es quien nos habla de tres revoluciones psiquiátricas:

1ª. La liberación de los enfermos mentales por Pinel.

Este en 1793 abolió en Francia el empleo de las cadenas (Ristich citado en Mendizábal, P, 1983), aseguraba (citado en Carroll Herbert, 1972) que no era necesario amarrar a los enfermos, pues estaba convencido de que éstos respondían de manera favorable si se les trataba con amabilidad, confianza y respeto: como humanos.

Sin embargo, Rozitchner (1987) considera que la “liberalización” se dio a partir de que se descubrió una técnica más importante, efectiva y sutil que las cadenas, la cual estaba basada en un poder aún más fuerte y eficaz, que emerge del interior. Con respecto a esto, Foucault (1993) nos habla de la desaparición de los suplicios, y en lugar de estos, la aparición de castigos menos inmediatamente físicos, con discreción en el arte de hacer sufrir, dolores más sutiles, silenciosos, despojados de su fasto visible, todo esto como efecto de reordenaciones profundas.

2ª. El descubrimiento del inconsciente por Freud.

Con Freud el cambio es profundo y total, el consciente no es más que una reducida zona del psiquismo. La fuerza de los deseos deja de ser una fuerza extraña en nosotros. El inconsciente tiene su autonomía, es un lugar psíquico, una “instancia”, esa parte de nosotros que

¹ Es curioso que se les considere “psiquiátricas”, cuando de hecho surgieron como rebelión ante el tratamiento que proponía la psiquiatría.

organiza nuestra historia individual y con la que hemos de coexistir en paz. Reconoce al sueño como el camino real hacia el inconsciente, y de hecho, la revolución freudiana puede datarse a partir de la aparición de “la interpretación de los sueños” en 1899².

Freud, fue profundamente consciente de la revolución que con esto aportaba al mundo de la cultura.

3ª. La creación de la Comunidad Terapéutica

De la que Basaglia (1989) opina que sólo se trata de una reforma en el tratamiento institucional del psicótico y no como muchas veces se piensa, de una revolución mágica.

Por otro lado, encontramos que Calderón Narváez (1984) hace referencia a 4 revoluciones, diciendo que son las consideradas por los historiadores franceses de la psiquiatría. Menciona las tres de las que hablamos anteriormente y añade una cuarta que es:

El desarrollo de la psicofarmacología, a partir de los hallazgos clinicoterapéuticos de Delay y Deniker.

En 1950 se introdujeron los neurolépticos y se fueron ampliando en forma gradual a un vasto arsenal de tratamientos psicofarmacológicos en la década de los sesentas. Esto contribuyó a una disminución dramática en la población de pacientes hospitalizados en los grandes hospitales para enfermos mentales de Estados Unidos (Kernberg, O. 1987).

Pero en relación con esta última, valdría la pena preguntarnos ¿realmente se trató de una revolución, o de un fortalecimiento del tratamiento psiquiátrico que se había venido practicando desde hacía muchos años?, pues a diferencia de las otras tres revoluciones, nos parece que ésta, mas que implicar una ruptura, o una revolución, se trata de una consolidación de lo que había.

² Akoun, A. Bernard, C., et al. (1983).

Pues bien, ésta investigación se basa en una revisión de textos en los que se encuentra recopilada parte del trabajo que se ha realizado con la enfermedad mental, durante los siglos XIX y XX. Comenzaremos tratando de identificar cómo es que se ha definido a la psicosis, tema de nuestro estudio, viendo cuál ha sido la concepción que se ha dado de ésta, básicamente desde el psicoanálisis y desde la psiquiatría, haciendo una revisión de diferentes autores. Posteriormente haremos un recorrido por los diversos tratamientos que se han dado a los enfermos mentales, concretizando y ubicando las tres revoluciones psiquiátricas.

Pondremos especialmente nuestra atención en la última (la creación de la Comunidad Terapéutica), expondremos cómo se ha ido desarrollando históricamente, cómo se le ha ido definiendo, sobre qué bases teóricas se sustenta y hablaremos de la manera tan estrecha en que se interrelaciona con el psicoanálisis. Mencionaremos específicamente algunas de las Comunidades Terapéuticas cuyo eje principal es esta corriente y haremos algunas reflexiones y cuestionamientos que parten de la experiencia de trabajo en tres Comunidades Terapéuticas ubicadas en México.

Para finalizar plantearemos una propuesta terapéutica cuyo nudo principal es el material que surge de la transferencia y de la contratransferencia, trabajo que de llevarse a cabo en las Comunidades Terapéuticas, nos parece que prometería grandes beneficios terapéuticos con los pacientes psicóticos.

CAPITULO I

PSICOSIS.

ANTECEDENTES.

La mirada de Foucault: siguiendo los movimientos que ha ido teniendo la "locura"³ a través de los siglos.

En el S. XII en Inglaterra había muchos leprosarios, con el paso del tiempo, la lepra fue desapareciendo hasta que en el S. XIV ya casi no había leproso. Sin embargo, los lugares y ritos que habían sido creados no para suprimir la lepra, sino para mantenerla a una distancia sagrada, se quedaron flotando, sin objeto al cual dirigirse. No desaparecieron, da la impresión de que quedaron pendientes, a la expectativa de que apareciera un nuevo objeto, que parecía no sólo necesario sino incluso urgente socialmente. Los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso continuaron manteniéndose por muchos años, el círculo sagrado que había en torno a él persistió a pesar de la desaparición de éste. Se puede decir de manera general que las estructuras permanecieron, lo cual nos lleva a pensar que todo esto que rodeaba al leproso era de mayor importancia que el leproso en sí mismo, y como dice Foucault "a menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán. en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde... con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual"⁴.

³ "No hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra lo que corresponde a lo que siempre se llamó y legítimamente se continúa llamando así, las locuras" Lacan, J. Seminario 3. Las Psicosis, Ed. Paidós, Argentina, 1991, p. 12.

⁴ Foucault, M., Historia de la locura en la época Clásica, F.C.E., México, 1964, p. 18.

La necesidad de marginación persevera bajo sorprendentes formas. en algunas ocasiones declaradas y en otras disimuladas (Blanchot, M. 1986).

Al terminar el S. XIV las enfermedades venéreas pasaron a ocupar el lugar de la lepra pero no fueron suficientes, parecía que se requería de un "mal" mayor. Así que en el mundo clásico éstas no lograron desempeñar el papel que tenía la lepra en la cultura medieval.

En el Renacimiento apareció **la nave de los "locos"**, que en poco tiempo consiguió ocupar un lugar privilegiado y resucitar los viejos ritos. Los "locos" de entonces vivían ordinariamente una existencia errante... Las ciudades los expulsaban de su recinto; se les dejaba que recorrieran los campos apartados, cuando no se les podía encarar con un grupo de mercaderes o de peregrinos. Esta costumbre era muy frecuente sobre todo en Alemania: se les confiaban a los barqueros. en 1399, en Francfort se les encargó a unos marineros que librarán a la ciudad de un "loco".

No es fácil explicar el sentido exacto de esta costumbre, pero se puede pensar que se trataba de una medida general de expulsión mediante la cual los municipios se deshacían de los "locos" vagabundos. Sin embargo, esta hipótesis no es suficiente para explicar los hechos ya que habían ciertos "locos" a los que sí se les recibía y atendía como tales en los hospitales. En la mayor parte de ciudades de Europa ha existido durante la Edad Media y el Renacimiento un lugar de detención para los insensatos. Así que los "locos" no siempre eran expulsados. esto nos lleva a la pregunta. ¿qué hacía que a unos se les expulsara y a otros no? Se puede suponer que se expulsaba a los extraños y que cada ciudad aceptaba encargarse de sus ciudadanos.

Posiblemente "las naves de los "locos" hayan sido navíos de peregrinación, navíos altamente simbólicos, que conducían "locos" en busca de razón".

Su partida y embarco no sólo tenía sentido en cuanto a la utilidad social o la seguridad de los ciudadanos, había otras significaciones más próximas a los ritos; la partida de los "locos" era uno de tantos exilios rituales, con esto se aseguraban de que los "locos" irían lejos y a la vez se les volvía prisioneros de su misma partida (Foucault, M. 1964).

En el S. XV se despertó en el hombre una fascinación por las imágenes de la "locura", en las que descubrió uno de los secretos y vocación de su naturaleza. La animalidad con su desorden comenzó a atraer al hombre, el cual consideraba que ésta lo guiaría a un saber. Se puede decir que desde este siglo la "locura" vino persiguiendo a la imaginación del hombre occidental. Da la impresión de ser un saber que "encanta" y a la vez del que nada se quiere saber, y sí exigir que se le encierre por el hecho de que es intolerable.

"El símbolo de la locura será en adelante el espejo que, sin reflejar nada real, reflejará secretamente, para quien se mire en él, el sueño de su presunción. La locura no tiene tanto que ver con el mundo, como con el hombre y con la verdad de sí mismo, que él sabe percibir" (Foucault, M. 1964).

En el Renacimiento la "locura" pasó a ocupar el primer lugar, su voz fue liberada y su violencia dominante, pero en la época clásica (S. XVII) cayó en el silencio y su libertad desapareció; en menos de medio siglo pasó a ser recluida. Se crearon grandes internados en los que fueron encerrados los pobres, desocupados, mozos de correccional e insensatos. En la segunda mitad de este mismo siglo se amplió el criterio de selección, de tal modo que entraron enfermos venéreos, degenerados, disipadores, homosexuales, blasfemos, alquimistas y libertinos, se puede decir que hubo una baja del poder de discriminación en la percepción de la "locura", de tal modo que ésta se perdió aparentemente, y se hizo difícil seguir su rastro el cual tiende a borrarse. Así desde mediados del S. XVII se ligó fuertemente la "locura" con los internados. En 1656 surgió el hospital general (Instancia que se organizó y se extendió rápidamente por toda Francia), y es interesante hacer la observación de que éste más que

ser un establecimiento médico era una estructura semijurídica con un estatuto ético, cuyos directores poseían un cargo moral y se les confiaba todo el aparato jurídico y material de la represión. Fue justo sobre este fondo de la experiencia jurídica de la alineación donde se constituyó la ciencia médica de las enfermedades mentales. Así es que este hospital vino a ser una instancia de orden monárquico y burgués que sirvió para mantener un orden en la estructura familiar que a la vez es social y uno de los criterios esenciales de la razón⁵. Cuando surgió dicho hospital se codificó todo el ceremonial en que se unían con una misma intención purificadora, latigazos, meditaciones tradicionales y sacramentos de la penitencia, de tal modo que la intención del castigo quedó muy precisada: **fortalecer la moral**. Había un gran deseo y necesidad de aquilatar, apreciar, diagnosticar, distinguir lo normal de lo anormal y además tener el honor de curar ó readaptar, lo cuál implica poseer el poder normativo. En realidad esto es lo que impulsaba a formular sus veredictos “terapéuticos” y decidir encarcelamientos “readaptadores”, y no era como muchas veces se pensaba, resultado de sus escrúpulos ó humanismo. Se trató de un movimiento con el cual la iglesia tuvo mucha relación y puso en juego sus antiguos privilegios, adquiriendo así gran fuerza y poder. Incluso, encontramos datos significativos como que la mayor parte de los grandes asilos de Alemania e Inglaterra se establecieron en antiguos conventos y los primeros “hospitales de insensatos” fueron fundados a fines del S. XV en España, precisa y curiosamente por los hermanos de la Merced.

El objetivo que había detrás de todo esto era crear una nueva forma de sensibilidad en la que se dejara de glorificar al dolor y en la que no se hablara ya de una salvación común a la pobreza y a la caridad. Una sensibilidad que en vez de ser religiosa fuera social y que hiciera ver a los hombres, sus deberes para con la sociedad y mostrara al miserable como efecto del desorden y obstáculo al orden, dividiendo

⁵ “La cárcel protege a la sociedad del delincuente, el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma... Ambos responden a una exigencia del sistema social... que tiene como fin último la marginación de quien rompe con el juego social”.

Basaglia, F., et al, Razón, locura y sociedad, S. XXI, México, 1989, p.p. 16 – 17.

a los pobres en buenos y malos, lo cual fue esencial en la estructura y significación del internamiento.

Entonces en el S. XVII la "locura" quedó enganchada a figuras morales y sociales que antes le eran ajenas: el internado pasó a formar parte de una valoración ética y a ser tratado como sujeto moral. Se puede decir que hubo un reajuste del mundo ético que es muy importante retomar para comprender al personaje del "loco". Lo que perseguía el internamiento no era curar, era **corregir y crear el arrepentimiento**⁶. En este mismo siglo fue cuando se comenzaron a internar a los "locos", se desacralizó la "locura" pasándola a relacionar con el pecado y quizá fue allí donde comenzó "...a anudarse, para varios siglos, este parentesco de la sinrazón y de la culpabilidad que el alienado aún hoy experimenta como un destino"⁷.

A fines del S. XVIII la "locura" se encontraba en los hospitales junto con pobres, míseros y vagabundos. La época clásica tenía una determinada percepción de la "locura" y desde ésta creó el internamiento que vino a ser como cosa de policía, surgida no por la preocupación de curar sino por imperativo de trabajo, en el que el ocio fue condenado fuertemente. Inventó el internamiento como reacción original ante la sinrazón. De hecho el hospital general surgió con el claro propósito de impedir la mendicidad y ociosidad, consideradas como fuentes de todos los desórdenes. En fin, el internamiento vino a ser la última de las grandes medidas tomadas desde el Renacimiento para terminar con el desempleo o por lo menos con la mendicidad. Fue la respuesta del S. XVII ante una crisis económica que afectaba al mundo occidental. Conforme la crisis fue pasando, el confinamiento fue adquiriendo un sentido distinto; al dar trabajo a los encerrados se conseguía mano de obra barata, incluso varias veces se intentó transformar las fábricas en hospitales. Era una sociedad que consideraba la ley del trabajo trascendencia ética y en donde la ociosidad era maldita y condenada.

⁶ "Institutos que servían a la custodia del paciente más que a su cuidado".

Basaglia, F., et al. *op. cit.* p. 19.

⁷ Foucault, M., *op. cit.* p. 138

en esta sociedad fue en la que apareció la “locura” y donde creció muy pronto. El mundo clásico marcó una perfecta línea divisoria entre trabajo y ociosidad, desde un principio, los “locos” ocuparon un lugar al lado de pobres y ociosos⁸.

En el S. XVIII⁹ la conciencia burguesa comenzó a soñar una ciudad moral, perfecta en donde hubiera una especie de soberanía del bien y en la que se diera gran importancia a la vigilancia de las costumbres y a la educación religiosa. A tal grado que a fines del siglo se consideraba que ciertas formas de pensamiento “libertino” tenían que ver con el delirio y con la “locura”, la cual pasó a ser espectáculo, escándalo público, exhibición organizada que nada tenía que ver con la libertad con la que se mostraba en pleno día durante el Renacimiento. De tal modo que la “locura” se comenzó a presentar como algo externo (por lo menos ilusoriamente), algo para ser mirado, concentrado en el afuera.

Además, se inició un sistema de seguridad que defendía de la violencia y del desencadenamiento del furor de los alienados, que se consideraba peligro social. Pareciera que más que temer al “loco”, en realidad se trataba de un gran temor a que se desbordara la “locura”, como si él únicamente cumpliera la función de depósito de lo caótico, que a fin de cuentas no le pertenece sólo a él, sino a todos, pero que él de algún modo viene a “ofrecerse” como representante, para disminuir la angustia social. El racionalismo clásico supo “velar y percibir el peligro subterráneo de la sinrazón de ese espacio amenazante de una libertad absoluta”.

⁸ “Quien no responde al juego social, de fuerza de producción, es marginado”.

Basaglia, F., et al. op. cit. p. 17.

⁹ Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, p. 7. Las enfermedades mentales reconocidas por las distintas culturas siempre estuvieron incluidas en sus clasificaciones de enfermedades. Pero la clasificación sistemática y científica de las enfermedades comenzó en el siglo XVIII con las publicaciones: *Nosologia Methodica* de Francois de Lacroix. *Genera Morborum* de Linnaeus. La *Sinopsis Nosologiae Methodicae* publicada por Cullen en 1785 tuvo mucho más repercusión y se empleó en diferentes países europeos hasta el siglo XIX (Knibbs citado por Bertolote, J y Sartorius, N).

A principios del siglo XX se comienza a cuestionar si es preciso el aislamiento social del enfermo mental. A mediados del siglo cuando decae en el modelo asistencial la teoría biológica y aparecen nuevas teorías sobre la génesis de la patología mental, surge la crítica del manicomio como lugar terapéutico y se proponen otras alternativas para el tratamiento.¹⁰

Y fue en este mismo siglo que se integró al trabajador social dentro del equipo de atención de los pacientes mentales. En 1906 la Asociación Estatal de Caridad del Estado de Nueva York, en Estados Unidos, empleó al primer trabajador social profesional para vigilar el cumplimiento de un programa recientemente establecido por el Hospital Estatal de Manhattan para integrar a la comunidad al paciente mental que dejaba el hospital y prevenir sus recaídas. Con esto podemos darnos cuenta de que se empezaba a ver a los pacientes mentales desde una perspectiva biopsicosocial.

Desde hace medio siglo se debate en Europa y posteriormente este debate ha sido trasladado a los Estados Unidos, si los pacientes con enfermedades mentales deben ser tratados en grandes hospitales psiquiátricos o recibir cuidados en lugares más pequeños situados dentro de las comunidades a las que pertenecen.

Actualmente ya no se debate si se deben clausurar los grandes hospitales psiquiátricos, cuasi asilos, situados sobre todo fuera de las ciudades, sino qué es lo que sigue a su clausura y cómo desarrollar cuidados adecuados dentro de la comunidad que reemplacen las funciones desarrolladas por el hospital psiquiátrico. Las palabras clave en este debate han sido **desinstitucionalización y cuidados en la comunidad**.

El mayor énfasis ha sido puesto en la rehabilitación de los pacientes.

¹⁰ M.I. de la Hera Cabero, Catalina Zamora y E. Llano Cerrato. Algunos desarrollos en psiquiatría comunitaria. Del manicomio a la red de servicios psiquiátricos y de salud mental del territorio. Madrid. 1996. (Internet).

tratando de crear una mejor calidad de vida para ellos y sus familiares inmediatos. El mecanismo de rehabilitación se puede describir en términos de aprendizaje social. Para llegar a este objetivo hay diferencias considerables con respecto a la política nacional, la forma en que se considera el problema, la práctica y el entorno profesional en las distintas naciones involucradas en este debate, por lo que se considera que se debe pensar globalmente, pero actuar localmente, teniendo sobre todo en cuenta los recursos humanos y financieros con que se cuenta.

En **Inglaterra** durante los últimos 40 años muchos hospitales psiquiátricos fueron reducidos a un tercio de su capacidad habitual, pero no hubo planes estructurados para reemplazar a los hospitales que se desactivaban y tampoco una evaluación satisfactoria de la política de externación.

En 1985 se estableció en el norte de Londres un Grupo de Evaluación de los Servicios Psiquiátricos creado por la autoridad sanitaria regional a fin de evaluar científicamente el proceso de clausura de dos hospitales psiquiátricos.

Holanda ha sido uno de los países pioneros en el proceso de desinstitucionalización, sin embargo, llama la atención que el número de sus hospitales psiquiátricos no ha disminuido en forma dramática. Uno de los pioneros del movimiento de desinstitucionalización fue el Dr. Arie Querido, psiquiatra holandés que en la década de 1930 desarrolló en Amsterdam un Servicio de Psiquiatría Social cuyo objeto era reducir al mínimo la admisión hospitalaria de los pacientes psiquiátricos brindándoles atención en forma ambulatoria antes de que se presentara una emergencia psiquiátrica, durante las emergencias y también fuera de ellas.

También se gestó en Holanda en la década de los 70s la "Unión de Clientes", que agrupa a pacientes y ex pacientes psiquiátricos. En un primer momento fue un movimiento que se opuso a la psiquiatría

convencional, pero en los años 80 ya estaba dispuesto a participar en los planes de cuidado de la salud mental.

Las críticas a los hospitales mentales se tradujeron en esfuerzos tendientes a reducir su tamaño y trasladar dentro de la comunidad servicios como los Centros Comunitarios de Salud Mental, así como a crear viviendas protegidas y Comunidades Terapéuticas.

En 1984 las autoridades sanitarias de Amsterdam formularon un plan de reformas en el cuidado de la salud mental formalizado en un Protocolo del cual emergen los siguientes objetivos básicos:

- Reducir en lo posible la admisión hospitalaria promoviendo el tratamiento ambulatorio y la semiinternación en hospitales de día, viviendas protegidas y centros de intervención en crisis.
- El cuidado ambulatorio semi-internado e internado debe ser integrado a fin de asegurar la continuidad del tratamiento.
- El cuidado de la salud mental debe estar de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente.

En 1990 se comenzó una evaluación, realizada en conjunto por las Universidades de Ámsterdam y Utrecht y el Departamento de Investigación del Hospital Psiquiátrico Santopoort. Y esto nos parece importante mencionarlo, ya que deja ver que actualmente se continua trabajando al respecto.

En **Estados Unidos** reconocen ahora que los enfermos mentales son fundamentalmente individuos con necesidades diferentes. Ya no es motivo de discusión dónde debe ser realizada la desinstitutionalización: se sabe que debe ser realizada en las ciudades, donde en el mejor de los casos los pacientes tienen soporte familiar y en el peor de los casos accesos a servicios comunitarios de salud mental

Para llegar a construir un modelo de cuidados en salud mental se debe tener en cuenta no sólo al paciente mismo, sino cómo lo afecta el contexto social en el cual vive y a su vez cómo su enfermedad puede afectar a la sociedad.

Sabemos por una parte que la enfermedad mental es más común cuando el medio ambiente es inestable y hay desintegración social.

Es muy importante tomar en cuenta el alto costo de la enfermedad tanto directo por los recursos que se emplean en el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado de los pacientes, como indirecto por los recursos que se pierden por la falta de productividad de esos mismos pacientes, debido a la incapacidad que les origina la enfermedad.¹¹ Pues de otro modo cualquier intento de tratamiento quedará en sólo eso, un intento partido de la idealización.

La lucha contra el hospitalismo fue llevada por algunos autores a posiciones extremas. La anti-psiquiatría con Bassaglia, sobre todo en Italia, promulgó el cierre completo de los manicomios por considerarlos una forma de represión. Otros pensadores norteamericanos como Laing y Sazs coincidieron en negar la cientificidad del diagnóstico psiquiátrico¹² y particularmente de la esquizofrenia al no haberse hallado hasta el momento una alteración anatomopatológica que lo sustentara.¹³

La explicación y comprensión de la psicosis se ha buscado a través de varios caminos, en la presente investigación nos ocuparemos únicamente de dos de éstos: el de la psiquiatría y el del psicoanálisis. Finalmente abordaremos una modalidad relativamente nueva, que es la Comunidad Terapéutica.

¹¹ Volmer, C. Portas, A. Tórtora, G. Revista Alcmeon 18. El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericanas. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires. 1996. (Internet)

¹² Del cual más adelante hablaremos, por considerarlo, a diferencia de estos autores, un elemento importantísimo en el tratamiento a la psicosis.

¹³ M.I. de la Hera Cabero, Catalina Zamora y E. Llano Cerrato. Op. cit.

1.- La Psicosis.

"El porvenir decidirá si la teoría integra más delirio del que yo quisiera o el delirio más verdad de lo que otros creen hoy posible"

Freud, S. (1912)

"Quizá Johny quería decirme eso cuando se arrancó la frazada y se mostró desnudo como un gusano, Johny sin saxo, Johny sin dinero y sin ropa. Johny obsesionado por algo que su pobre inteligencia no alcanza a entender pero que flota lentamente en su música, acaricia su piel, lo prepara quizá para un salto imprevisible que nosotros no comprenderemos nunca".

Cortázar, J.¹⁴

Imaginemos a alguien que posee un discurso **incoherente** y **sin sentido**, con movimientos **sin lógica**, que **no percibe** la realidad y que su conducta es **irrazonable**. Ahora imaginemos a alguien que percibe cosas **diferentes**, que se mueve en función de **otra** lógica, que dice cosas que poseen un sentido distinto al que comúnmente se les da, en fin, alguien que pareciera moverse en **otra** realidad.

Laplanche y Pontalis (1971) nos dicen que en las definiciones más usuales coexisten a menudo criterios como la **incapacidad** de adaptación social, la **mayor o menor gravedad** de los síntomas, la **perturbación** de la comunicación, la **falta** de conciencia de enfermedad, la **pérdida** de contacto con la realidad, el carácter **"incomprensible** de los trastornos".

¹⁴ Cortázar, J., Los relatos 3. Alianza Editorial, Madrid, 1982. P. 189

Continuando con el juego de la imaginación: supongamos que llega un tercero a decirnos que una de las dos imágenes anteriores corresponde a la de un psicótico. Quizá pensemos que del mismo modo podría ser de alguien que ingirió alcohol, drogas o que está sonámbulo y por supuesto además podríamos discutir que ambas imágenes son bastante ambiguas. Podríamos pensar a la psicosis como se describe en la primera imagen, pero igualmente de acuerdo a la segunda, que aunque a simple vista pueden parecer muy semejantes, ambas nos remiten a conceptos radicalmente distintos.

Laplanche y Pontalis (1971), nos hablan de que el concepto de psicosis se toma por lo general en una extensión muy amplia que comprende toda una serie de enfermedades mentales.

¿Por qué no en vez de pensar en una **incapacidad** de adaptación social, se le piensa como una **capacidad** que tienen los psicóticos para adaptarse de una manera **diferente**?. Mendizabal, A. (1986) menciona que es en los “cuerdos” donde hay un déficit, que nos impide decodificar la conducta de los “locos”.

Lacan (1978) remarca que la noción de pérdida de realidad no es todo lo que se ha aportado para la psicosis, nos recuerda que en 1924 Freud llamó la atención “sobre el hecho de que **el problema no es el de la pérdida de la realidad, sino del resorte de lo que se sustituye a ella**”¹⁵.

A nosotros nos interesa saber ¿qué es eso que viene a sustituir la realidad “perdida”?, ¿qué sería lo que diferenciaría a un psicótico de otro que no lo es? ¿qué características se tendrían que detectar para hacer la distinción? pareciera una pregunta sencilla, pues uno cree que si tanto se ha hablado y escrito sobre la psicosis, mínimamente se tiene la definición de ésta. Sin embargo, al revisar la bibliografía nos encontramos con definiciones ambiguas, que nos dejan con la impresión de que se trata de un enigma. Por algo Lacan decía “medio

¹⁵ Lacan, J., Escritos 2, S. XXI, México, 1978, p. 228. (Negritas mías)

siglo de freudismo aplicado a la psicosis deja su problema todavía por pensarse de nuevo, dicho de otro modo en el statu quo ante”¹⁶.

Lo más terrible es que una vez que nos retiramos de los libros, de igual manera encontramos caos en la práctica, por ejemplo diagnósticos que varían de una manera impresionante, dejando muchas veces la sensación de que se hicieron de una manera totalmente subjetiva. Pongamos un ejemplo: un psiquiatra presenta el caso de un individuo haciendo un diagnóstico de psicosis, más tarde llega un psicólogo y discute que en realidad se trata de un “border line”; interviene un psicoanalista diciendo que es un neurótico con brote psicótico, y un tiempo después alguno de los tres reaparece diciendo que ya estudió profundamente el caso, y se dio cuenta de que específicamente se trata de un paranoico con rasgos maniacos. Aunque suene a exageración es algo que constantemente sucede en las instituciones que trabajan con enfermos mentales. Ante tales situaciones, uno como oyente se ve confundido, pero el sujeto del que se trata queda perdido debajo de toda esa confusión, como si fuera poco con la que ya tiene. Sullivan (1963) menciona que en ocasiones ha conseguido probar que algunos de los psiquiatras que rotulan a sus pacientes no pueden explicar qué es lo que quieren decir con esos rótulos; y a su vez, no perciben para nada las deficiencias de esa práctica. Y considera que estos prejuicios diagnósticos muy acentuados dan como resultado la omisión de gran cantidad de información de suma importancia.

Después de esto, ciertamente como primera reacción uno se vería tentado a decir (como los anti-psiquiatras) que convendría rechazar el uso del diagnóstico. Sin embargo, el eliminarlo implicaría quitar una herramienta que muy probablemente sería de gran utilidad si se utilizara adecuadamente (pues parece que el problema no está en utilizarla, sino en el cómo se hace). ¿Sería posible dejar de hacer clasificación con los pacientes? ¿qué trabajo se podría desempeñar con alguien de quien no supiéramos qué lo distingue y en qué se

¹⁶ Ibid., p. 217.

parece a los demás? ¿qué se podría hacer con alguien de quien para comenzar, en vez de asumir y reconocer lo que padece, lo negamos?.

Partiendo de la idea de que hay características evidentes que indican que algo le pasa a alguien, de tal modo que funciona diferente a los demás, parece necesario que se le dé un nombre, con el fin de podernos comunicar lo referente a ese padecimiento¹⁷. Posiblemente el problema no consista en el nombre o "etiqueta" (que es hacia lo que en muchas ocasiones se han dirigido las críticas), sino en lo que se hace con esto. Por ejemplo, si en un fólter se pone la palabra PSICOTICO, con el fin de colocar al paciente a manera de frasco, entre otros identificados igual, no sólo sería inútil el diagnóstico, sino que incluso se tornaría terrible.

Sullivan (1963) expresa un enorme asombro ante el hecho de que muchas veces los psiquiatras reciten largas definiciones de la esquizofrenia, de la psicosis maniaco-depresiva, etc., aplicando frecuentemente esos rótulos a los pacientes, y cuando examinan los datos, resulta que no aparece por ninguna parte el supuesto fundamento que justificó el empleo del rótulo. Aunque éste se refiera únicamente a los psiquiatras, que ciertamente son los que mayormente han hecho uso de las clasificaciones, no podemos negar que también ha sido tarea que hemos hecho y hacemos cada vez más los psicólogos, psicoanalistas, maestros y gente de diversas disciplinas.

Es importante preguntarnos, ¿realmente el problema será el diagnóstico? Otra alternativa podría ser que el diagnosticar no fuese el fin último, sino el paso previo para tener una idea de qué tipo de atención se requiere (y no proporcionarla a "ciegas"). Partiendo de que el diagnóstico es importante para definir en un primer momento el abordaje, en la presente investigación parece fundamental

¹⁷ Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, p. 4. No olvidar que la clasificación importa no por los objetos a clasificar, sino como una manera de hacer que la información y su disposición esté disponible.

comenzar por clarificar en qué consiste la psicosis¹⁸. Se le ha estudiado desde diversas disciplinas; la psiquiatría y el psicoanálisis son dos de ellas que han puesto especial atención y han intentado explicarla, obviamente desde miradas diferentes. Laplanche y Pontalis (1971) nos dicen que el psicoanálisis dirigió su interés primero sobre las afecciones más directamente accesibles a la investigación analítica, y no se ocupó, desde un inicio de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales. Lo cual en cambio, sí hizo la psiquiatría. Sería de gran valor revisar el trabajo que han realizado ambas, para a partir de esto, lograr adquirir una visión más amplia de dicho padecimiento.

1.1. Conceptualización desde el psicoanálisis.

El término psicosis apareció en el siglo XIX y vino a marcar una evolución en la que las enfermedades mentales pasaron a tener un dominio autónomo, diferenciándolas de las enfermedades del cerebro o de los nervios (como enfermedades del cuerpo), y de las que la tradición filosófica consideraba “enfermedades del alma: el error y el pecado”¹⁹. En el mismo siglo la noción de psicosis se difundió, sobre todo en la literatura psiquiátrica de lengua alemana, designando las enfermedades mentales en general, la locura, la alienación. Lo cual no presupone una teoría psicogenética de las mismas. A finales de dicho siglo se establecieron los términos opuestos neurosis-psicosis, que se excluyen entre sí, por lo menos desde el punto de vista conceptual (Laplanche y Pontalis, 1971). Sin embargo nos parece que más que tratarse de términos opuestos, son distintos.

Continuando con el diccionario de Laplanche y Pontalis (1971), encontramos que **el denominador común de las psicosis, es una**

¹⁸ Ibid, La función de una clasificación psiquiátrica es facilitar la comunicación, memorización y registro del material relevante, la recolección y análisis de la estadística y la generación de nuevo conocimiento sobre las anormalidades. Una clasificación se usa principalmente como guía para la acción práctica, lo cual a menudo consiste en la selección de un procedimiento terapéutico.

¹⁹ Laplanche, J., Pontalis, J., Diccionario de Psicoanálisis, Ed. Labor, Barcelona, 1971, p. 321.

perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal.

Así mismo Freud, aunque la mayor parte de su trabajo lo dedicó al estudio de la neurosis, que fue “el primer objeto del psicoanálisis y durante mucho tiempo el único”²⁰, en algunas de sus obras hizo referencia a la psicosis y se puede encontrar material muy interesante si se realiza una revisión minuciosa ubicando cronológicamente sus escritos. Pues fue añadiendo elementos, que van dando una idea cada vez mas pulida al respecto. Al buscar el termino “psicosis” en el índice temático de sus obras, nos remiten básicamente a dos tomos (19 y 20), específicamente al Compendio del Psicoanálisis (1938). Los Orígenes del Psicoanálisis (1887-1902), Escisión del Yo en el Proceso de Defensa (1938). Sin embargo, es limitada esta referencia, pues en realidad son más los textos, en los que Freud atiende, aunque sea poco, cuestiones relacionadas con la psicosis. Por ejemplo, haciendo un recorrido por los textos de Neurosis y Psicosis (1923), La Perdida de la Realidad en la Neurosis y en la Psicosis (1924), Las Neuropsicosis de Defensa (1894), Los dos Principios del Funcionamiento Mental (1910-1911), Tótem y Tabú (1911-3), Moisés y la Religión Monoteísta (1934-8), Compendio del Psicoanálisis (1938), Construcciones en Psicoanálisis (1937), Observaciones Psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito. Schreber. (1910), Introducción al Narcisismo (1914) y la autobiografía (1924)... se encuentran los siguientes datos:

Inicialmente habla de que en la psicosis hay una representación intolerable para el Yo, y que hay la necesidad de expulsarla del pensamiento, rechazarla junto con su afecto y conducirse como si esa representación jamás hubiese llegado a él (1894). Manifestándose un embotamiento afectivo: pérdida de todo interés hacia el mundo

²⁰ Freud, S., Autobiografía. Obras Completas. Tomo. 15. Ed. Orbis, Barcelona. 1988, p. 2792.

exterior (1923), pues al rechazar y desligarse de esa representación (intolerable), a su vez el Yo se desliga total o parcialmente de la realidad (1894), retrayendo de las personas que le rodean y del mundo exterior en general la carga de libido que hasta entonces había dirigido hacia ellos, lo cual hace que todo le llegue a ser indiferente y ajeno²¹.

Freud en 1914 nos dice que los enfermos a los que ha denominado parafrénicos tienen dos características principales: el delirio de grandeza y la falta de todo interés por el mundo exterior del cual sustraen la libido y la aportan al yo dando como resultado un estado que se podría nombrar “narcisismo”. **Y es justo esta libido libertada por la frustración y retraída al Yo, la que marca una diferencia entre estas afecciones y las neurosis de transferencia** (en las que la libido permanece ligada a objetos en la fantasía). Bastante ilustrativo es Schreber cuando dice: <<no amo en absoluto, no amo a nadie>> <<sólo me amo a mí mismo>>. Freud nos dice al respecto, que se trata del “delirio de grandeza en el que se ve una supervaloración sexual del propio ‘yo’”²². Y agrega que el rechazo de la realidad es el procedimiento reservado a las psicosis (1938). Laplanche y Pontalis (1971), nos dicen que Freud hizo ciertas constataciones clínicas que indican que esta “pérdida de realidad” no se da de modo total y sin discriminación. Hasta aquí queda claro que hay un desenlace (aunque no total) de las relaciones entre el Yo y el mundo exterior (1923) debido a que el ‘Yo’ fracasa en su función (a pesar de que se haya esforzado por conciliar las distintas exigencias) y pasa a quedar bajo el dominio del Ello (1923), sometido al principio del placer, dedicándose a laborar por la adquisición del placer y eludir el displacer (1910). Entonces, **el rechazo de la realidad lo podemos marcar como una característica de la psicosis** y como algo que la diferencia de la neurosis, pues en esta última domina el influjo de la realidad y lo que se reprime son las exigencias del ello (1924). Deleuze y Guattari (1985) comentan que este criterio de distinción.

²¹ Freud, S., Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. Obras completas, Tomo 7, Ed. Orbis, Barcelona, 1988, p. 1522.

²² Ibid. p. 1519.

del que habla Freud en 1) Neurosis y Psicosis (1923) y en 2) La Pérdida de la Realidad en la Neurosis y en la Psicosis, fue una idea, que a diferencia de muchas otras (que tardaban un cierto tiempo en llegar), llegó rápidamente a Francia.

Laplanche y Pontalis (1971) nos dicen que Freud al final de su obra mencionó que el rechazo era concreto y específicamente hacia cierta 'realidad': la castración, y que a partir de 1924 comenzó a utilizar el término de renegación (Verleugnung en alemán) en un sentido relativamente específico, al que hizo numerosas referencias entre este año mencionado anteriormente y 1938, definiéndolo como mecanismo de defensa, que rechaza una realidad traumatizante, principalmente la ausencia de pene en la mujer, lo cual posiblemente sea el origen de las demás renegaciones de la realidad. Fue precisamente a través de este mecanismo que Freud explicó el fetichismo y las psicosis, **considerando la renegación como el primer tiempo de la psicosis**, es decir: el psicótico comienza renegando la realidad.

Y habla (1924) de que después de que se arranca al 'Yo' de la realidad, se tiende a enmendar el daño, restableciendo a costa del Ello, la relación con esta realidad. ¿cómo?, creando una nueva, que no tenga los motivos de disgusto que la anterior ofrecía. Así es que la cosa no queda únicamente en negar una realidad (como muchas veces se cree), sino que además se crea otra para sustituirla, sin ser ésta totalmente ajena, pues la constituye a partir del material que se tenía de la anterior, elaborando y transformando un trozo, con el fin de hacerla menos amenazante. Además procura percepciones que fortalezcan esta su "nueva realidad", a través de la alucinación

Pichón Riviere (1975) menciona que detrás de una conducta 'anormal', 'desviada', 'enferma', existe una situación de conflicto, y que la enfermedad surge como intento fallido de resolución. En este sentido, se puede considerar que tanto el delirio como la alucinación y la enfermedad en general son actitudes significativas que toma el sujeto ante su situación sumamente amenazante. Freud (1912) habla de que el enfermo vuelve a construir el mundo, de tal forma que

pueda volver a vivir en él. Reconstrucción que hace con la labor de su delirio, que es producto de su enfermedad y a la vez tentativa de curación. Siendo la fase de las alucinaciones tormentosas una pugna de la represión contra la tentativa de curación que intenta conducir de nuevo la libido a sus objetos (Freud, 1910). Todo este proceso de transformación no se da de manera fácil, pues se realiza contra la oposición intensa de poderosas energías, y el trozo de realidad rechazado, probablemente intentará imponerse de continuo a la vida anímica, oponiéndose a ser fundido en las formas satisfactorias (Freud, 1924). De todos modos a pesar de toda esa resistencia, el Yo termina fracasando (Freud, 1923). En 1912 dijo que no debemos perder de vista la posibilidad de que las perturbaciones de la libido influyan sobre las cargas del Yo, ni tampoco la posibilidad (inversa) de una perturbación secundaria e inducida de los procesos de la libido por alteraciones anormales del Yo. Y ve incluso verosímil que el carácter diferencial de la psicosis dependa de procesos de este género.

Sin embargo, aunque todo lo anterior suene bastante coherente, faltan datos, como por ejemplo, uno se preguntaría ¿de qué se trata ese trozo de realidad y qué es lo que la hace tan insoportable?. Para responder, Freud nos da más elementos al explicar el complejo de Edipo y el de castración. Dice que el niño se halla bajo el influjo de una existencia instintiva poderosa, la cual acostumbra satisfacer por medio de la masturbación, pero se espanta al darse cuenta de que la continuación de esa satisfacción le traerá el peligro de ser castrado (1938), idea que le parece intolerable y le crea gran conflicto: hallándose entre la exigencia del instinto y la prohibición por parte de la realidad. Lo cual resuelve decidiendo por un lado rechazar la realidad, rehusando aceptar cualquier prohibición, y por otro reconociendo el peligro de la realidad, considerando el miedo como un síntoma patológico del cual intenta despojarse. Así es como las dos partes en disputa reciben lo suyo: al instinto se le permite seguir con su satisfacción y a la realidad se le muestra el respeto debido. Éxito logrado a costa de un “desgarrón” del Yo, que nunca se cura y que incluso se profundiza con el paso del tiempo (1938). El efecto patógeno dependerá de que el Yo permanezca fiel en este conflicto a

su dependencia del mundo exterior e intente amordazar al Ello; o que se deje dominar por el Ello y arrancar así la realidad (1923). A lo cual Freud agrega que **la etiología común a la explosión de una psicosis, siempre es la privación, incumplimiento de uno de los deseos infantiles.** Privación que tiene en el fondo un origen exterior aunque parezca partir de una instancia interna (Super Yo) que se ha atribuido a la representación de las exigencias de la realidad (1923).

Así es que para Freud, el temor a la castración es el que genera todo este movimiento. Empero esto no aclara totalmente, pues el temor de la castración es algo que se presenta en todos. Habría que ver qué es lo que hace que ese temor se vuelva intolerable para algunos al grado de llevarlos a crear otra realidad. Específicamente qué es lo que sucede en la psicosis, o qué determina que se resuelva por el lado de la neurosis.

Al parecer es el **complejo de castración el nudo central en el proceso de la psicosis**, y a su vez el complejo de castración se deriva del complejo de Edipo. Aunque Freud se refería a estos como dos complejos tal vez podríamos hablar de un complejo con dos tiempos, y siendo tan importante en la decisiva formación de estructura, desde el punto de vista de Freud, nos parece sumamente necesario explicarlo:

1er. tiempo. El niño (de 2 a 3 años) que llega a la fase fálica tiene sensaciones placenteras, producidas en el miembro viril a través de estimulación manual, excitación que lo lleva a desear poseer físicamente a su madre, y ponerse en el lugar de su padre, al cual percibe como rival. La madre, al intuir que la excitación va dirigida específicamente a ella, decide prohibirle la masturbación.

2º. tiempo. Al no ser obedecida, amenaza diciéndole que le quitarán el pene si continúa, y con el fin de hacer más creíble y terrible esta prohibición, delega en el padre la realización de esta amenaza, esto es, le dice al niño que es su padre quien se encargará de cortarle el pene. Esta amenaza surtirá efecto siempre y cuando el niño haya visto un poco antes o un poco después un órgano genital femenino, que le

haga pensar que sí es posible que ésta se lleve a cabo. Así es como el niño termina "... cayendo bajo la influencia del complejo de castración, sufre el trauma más poderoso de su joven existencia"²³.

En *Observaciones Psicoanalíticas sobre un Caso de Paranoia (1910)* nos dice que las voces de las que habla Schreber son el fundamento de la amenaza de castración; "será usted castigado por haberse entregado a la voluptuosidad" y la <<obligación de pensar>> (a la que se sometía suponiendo que si suspendía su actividad mental, dios le creería idiota y se retiraría de él).

La amenaza de castración lleva al niño a renunciar a la posesión de su madre y abandonar la masturbación, mas esto no implica que las fantasías se eliminen, de hecho se llegan a producir más (Freud, 1938). El renunciar a poseer a su madre, no es algo que se dé de manera simple, surge como horror al incesto; a su vez Freud considera que "los primeros deseos sexuales del hombre son siempre de naturaleza incestuosa y ...desempeñan un papel muy importante como causas determinantes de las neurosis ulteriores"²⁴. **En cuanto a la psicosis, la causa desencadenante radica en que o bien la realidad se ha tornado intolerablemente dolorosa, o bien los instintos han adquirido extraordinaria exacerbación, ambos cambios tienen el mismo efecto** (Freud, 1938). El padre es figura que juega un papel fundamental tanto en el complejo de Edipo como en el de castración; en el primero es el adversario temido, y en el segundo es la figura amenazante que tiene la posibilidad de ser el castrador. "Tanto en el complejo de Edipo como en el complejo de castración desempeña el padre el mismo papel, ...el de un temido adversario de los intereses sexuales infantiles, que amenaza al niño con el castigo de castrarle o el sustitutivo de arrancarle los ojos"²⁵. Y Volviendo al hecho de que lo que el psicótico rechaza de la realidad es la parte que corresponde a la castración, entonces podemos

²³ Freud, S., Compendio del psicoanálisis, Obras completas, Tomo 19, Ed. Orbis, Barcelona, 1988, p. 3407.

²⁴ Freud, S., Tótem y tabú, Obras completas, Tomo 9, Ed. Orbis, Barcelona, 1988, p. 1826. (puntos suspensivos míos).

²⁵ *Ibid*, p. 1830. (puntos suspensivos míos).

deducir que el padre es un elemento crucial en el “juego” de la “locura”.

Lacan²⁶ reinterpreta la noción freudiana de Versagung, traducida habitualmente como privación, significando con ello que la realidad priva al sujeto de un objeto que colme su deseo. Literalmente Versagung quiere decir rechazo, acción de rehusarse, de decir que no. El sujeto de este rechazo no es la realidad, sino el propio psicótico, que rechaza el mandato social de renunciar al objeto materno y socializarse, integrándose con sus pares. El psicótico permanece, como dice Lacan, “junto a la madre”.²⁷

Se establece una lucha intensa que muchas veces se manifiesta a través del delirio. Tomemos como ejemplo a Schreber cuando decía: “Dios ha llegado a parecerme ridículo e infantil. De este modo, mi propia y legítima defensa me ha llevado alguna vez a burlarme de él en voz alta”²⁸. Es importante poner énfasis en que Dios representa al padre. “...el hecho de que no era otro el fin deseado me fue confirmado abiertamente por la siguiente frase pronunciada por el Dios superior y oída por mí infinitas veces: ‘Queremos destruir su razón’ ”²⁹.

En muchas ocasiones no se toman en cuenta los elementos que proporciona Freud en Tótem y Tabú (1911-3), los cuales bien pueden añadirse para dar una idea más global de este o estos complejos. Por ejemplo nos habla de las consecuencias que sufre ese “padre violento y celoso, que se reserva para sí todas las hembras y expulsa a sus hijos conforme van creciendo y deciden vengarse”³⁰. Resulta que

²⁶ Autor que se mencionará en la presente investigación porque consideramos que hizo una muy valiosa aportación respecto a la psicosis, sin embargo, debido a que su teoría es sumamente compleja y amplia, no la profundizaremos.

²⁷ Ipar, J. Revista Alcmeon N. 14: El concepto de Psicosis. Argentina, 1995. (Internet).

²⁸ Schreber citado en Freud, S., Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia, Obras Completas, Tomo 7, Edit., Orbis, Barcelona, 1988 p. 1498.

²⁹ Ibid, p. 1514.

³⁰ Freud, S., Tótem y tabú, op cit., p. 1838.

llega el momento en que los hermanos se reúnen para matar al padre y devorar su cadáver, con el deseo de poner fin a la existencia de la horda paterna. El devorarlo es para identificarse y apropiarse de su fuerza, ya que se trata del modelo envidiado y temido de cada uno de los miembros de la asociación fraternal; después aparece gran remordimiento y culpa, de tal modo que el padre muerto llega a adquirir un poder mucho mayor sobre ellos (en comparación con el que poseía en vida) "...sin embargo, he de hacer constatar que se trata tan sólo de un episodio aislado (el burlarse de Dios) que terminará con mi muerte, y, por tanto, sólo yo entre los hombres tengo derecho a burlarme de Dios. Para los demás, Dios ha de continuar siendo el creador todo poderoso del cielo y de la tierra, la causa primera de todas las cosas y el salvador de su vida futura, y aunque algunas de las ideas religiosas actuales precisan ser rectificadas, merece su adoración y su mayor respeto"³¹. La idea queda más clara cuando Freud (1910) proporciona el siguiente dato: Mientras el padre de Schreber vivió, éste último se mantuvo en franca y abierta rebeldía contra él, e inmediatamente después de su muerte, fue cuando Schreber contrajo una neurosis basada en una total sumisión esclavizada a su voluntad póstuma. Así es, Freud nos dice que después de que matan al padre ninguno de los hijos puede ver cumplido su deseo primitivo de ocupar el lugar de este. Y sí en cambio aparece una gran necesidad de apaciguar el sentimiento de culpa que les atormenta para poder reconciliarse con su víctima. Por esto es que después de que lo sacrifican, le lloran y lamentan su muerte. Esto que aparece como gran culpa y arrepentimiento no es tan genuino, pues a su vez es para satisfacer la necesidad de conservar el recuerdo del triunfo conseguido sobre el padre. Por otro lado, Freud menciona que para que la reconciliación sea total es necesario además renunciar a la mujer: causante primera de la rebelión primitiva.

A diferencia de la tragedia de Edipo, podemos ver que aquí se plantea que el asesinato del padre fue llevado a cabo entre todos los hermanos y que además se le devora. Rozitchner (1987) dice: "Este

³¹ Schreber citado en Freud, S., op. cit., p. 1498. (Paréntesis mío).

hecho inaugural de la historia, a diferencia del Edipo infantil, tiene otras características que permiten comprenderlo más acabadamente. Mientras que el Edipo en el niño es un hecho infantil, imaginario e individual, aquí en cambio se trata, de un hecho colectivo, real y adulto. Por eso se trata aquí de arrepentimiento, y no, como en el caso del niño, de culpa inconsciente”³².

Ciertamente el tomar en cuenta estas cuestiones, nos llevan a pensar las cosas de manera radicalmente diferente. Aunque Freud, en *Tótem y Tabú* (1911-3) no utilizó el término psicosis, y de hecho le puso al texto el subtítulo: “Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los **neuróticos**” (negritas mías), se puede pensar que éste es un texto que da mucha luz sobre el proceso psicótico, si partimos del hecho de que el complejo de Edipo, el de castración y la psicosis se encuentran estrechamente relacionados. Líneas arriba se hablaba de que la etiología común a la explosión de una psicosis, siempre es la privación, incumplimiento de uno de los deseos infantiles (1923) e iba implícito el temor a la castración. Podemos relacionar esto con los tabúes que Freud define como “prohibiciones antiquísimas impuestas desde el exterior a una generación de hombres primitivos, a los que fueron quizá inculcadas por una generación anterior... las dos prohibiciones más antiguas e importantes que aparecen entrañadas en las leyes fundamentales del totemismo: *respetar al animal tótem* y *evitar las relaciones sexuales con los individuos del sexo contrario, pertenecientes al mismo tótem*”³³.

Aquí aparece otro problema fundamental para la cuestión de la psicosis: **el problema generacional**. Catherine Clement (1981) nos dice que el gesto demente es un paso a la acción debido a que lleva tiempo gestándose, no siendo sólo la infancia del interesado lo que le determina, sino la infancia de sus padres, e incluso la institución familiar, y la memoria familiar (que casi nunca se remonta más allá

³² Rozitchner, Freud y el problema del poder. Ed. Plaza y Valdés, México, 1987. p. 44.

³³ Freud, S., Tótem y tabú, op. cit., p. 1767 (puntos suspensivos míos).

de tres generaciones). Es en la memoria familiar donde juegan un papel muy importante los tabúes. Davoine. F. (1944) nos dice que en ocasiones el espanto y la pena vividos en el núcleo familiar alcanzan un nivel tal que se vuelve imposible manifestar cualquier cosa.

De igual manera Freud, en *Moisés y la Religión Monoteísta* (1934-8) ya tomaba en cuenta este aspecto, refiriéndose específicamente al complejo de Edipo y de castración, que como ya dijimos, son temas de gran peso en esta investigación. Menciona que dichos complejos se tornan comprensibles sólo filogenéticamente, por medio de su vinculación con vivencias de generaciones anteriores. En *Compendio del Psicoanálisis* (1938) dice que es posible que en el efecto extraordinariamente terrorífico de la amenaza de castración intervenga un rastro mnemónico filogenético de la familia prehistórica, en el que el padre realmente privaba al hijo de los genitales, cuando éste se volvía demasiado molesto como rival ante la mujer. Esto nos lleva a pensar en que para que se de la psicosis es necesario que se desarrolle de una manera determinada a nivel familiar la vivencia del complejo de Edipo y de Castración. O sea que la cuestión dependería de qué tan tolerable o intolerable es la amenaza de castración, y esto a su vez dependerá de todo un proceso a nivel familiar, esto es, de cómo las generaciones precedentes han ido viviendo estos complejos.

A pesar de que se entresacaron los elementos fundamentales con respecto a la psicosis, siguen pareciendo demasiados datos, lo cual hace difícil construir un concepto concreto de psicosis. Y nos preguntamos, ¿será realmente posible elaborar un concepto concreto de este padecimiento?. Como un intento de aclarar, creemos necesario resumir en unas cuantas líneas lo trabajado por Freud, que nos puede dar pistas para entender la psicosis: **La etiología de la explosión de una psicosis siempre es la privación (originada en el exterior), incumplimiento de uno de los deseos infantiles (1923). La privación más importante es cuando el niño dirige su excitación a la madre, hasta que se le amenaza con la castración (1938), la cual es para el Yo una idea totalmente intolerable y busca urgentemente expulsarla del pensamiento. Así es que por**

horror al incesto (uno de los dos tabúes más antiguos) aunado a la amenaza de castración, el niño decide cancelar el deseo por su madre. Y si no logra expulsar esta idea de su pensamiento, su Yo se desligará total o parcialmente de la realidad y quedará bajo el dominio del Ello, y es cuando se da como resultado un padecimiento psicótico.

Foucault (1976) advierte que el hecho de que el psicoanálisis considere que toda locura tiene sus raíces en la perturbación de la sexualidad, tiene sentido en tanto que nuestra cultura tuvo una época clásica que colocó la sexualidad sobre la línea divisoria de la *sinrazón*. Añade que en todos los tiempos y quizá en todas las culturas se ha integrado la sexualidad a un sistema de coacción, pero que ha sido sólo en la nuestra que se ha repartido rigurosamente entre la razón y la *sinrazón*, entre la salud y la enfermedad y entre lo normal y lo anormal. Schreber en sus memorias, “habla siempre simultáneamente de los trastornos nerviosos y episodios eróticos como si fuesen conceptos inseparables”³⁴.

Las preguntas que continúan surgiendo son ¿cómo es que se da el complejo de Edipo y el de castración cuando se trata de psicosis? ¿qué rasgos distintivos tiene con respecto a como se presenta en las neurosis? Parece ser que el responder esto, sería tocar justo el punto central que nos explicaría en qué consiste la estructura psicótica.

Para Lacan (1991), algo que marca la diferencia entre ambas estructuras es que en la neurosis aparece una pulsión que ya se había puesto en juego en diferentes puntos de su simbolización previa, lo cual permite al sujeto desde su represión enfrentar lo que vuelve a aparecer. En cambio en la psicosis, hay algo que no fue simbolizado y cuando reaparece, al no existir los elementos necesarios, el sujeto no tiene la posibilidad de enfrentarlo y la única manera de integrar eso que surgió será echando mano del delirio. Considera que la distinción esencial consiste en que el

³⁴ Freud, S.. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. op. cit., p. 1499.

origen de lo reprimido neurótico se sitúa en otro nivel de historia en lo simbólico que lo reprimido en la psicosis, aún cuando en ambos los contenidos tengan una muy estrecha relación.

Se podría decir entonces que el complejo de Edipo y de castración, son de contenidos muy semejantes en la neurosis y en la psicosis. De manera general, Freud (1925) nos dice que ya en 1896 descubrió en un caso de demencia paranoica los mismos factores etiológicos que en las neurosis. Añadiendo que Bleuler por su parte también ha descubierto en diversas psicosis mecanismos análogos a los que el análisis ha revelado en los neuróticos. Sin embargo, lo que marca la diferencia de estructura es el modo como el sujeto los va integrando al material que ya tiene acumulado, o la dificultad ó imposibilidad para hacer esto al verse desprovisto de elementos previos. Lacan (1991) habla de que **el fenómeno psicótico es cuando emerge en la realidad una significación enorme, que no se le pudo vincular a nada, debido a que nunca entró en el sistema de simbolización**, y que esto en determinadas circunstancias puede amenazar todo el edificio. Ya que la reaparición de lo no simbolizado viene siendo una significación esencial que afecta al sujeto y se trata justamente de la amenaza de castración, de la que nada quiere saber y que sin embargo se presenta de manera repetitiva con un signo interrogativo implícito.

Mannoni (1988) reconoce en el "alienado" la existencia de sentimientos que corresponden a dificultades no resueltas de los padres, y que es este el que expresa lo que en sus padres se ha mantenido "inconfesable". Así, nos dice esta sensible psicoanalista, lo que el niño hace explotar creando el pánico de los adultos es esto inconfesable, no sublimable. De acuerdo con esto y como ya se dejaba entrever anteriormente, **lo no simbolizado, no sólo tendría que ver con el sujeto, sino también con sus padres y quizás hasta con sus abuelos**. Esto quiere decir que para que algo se simbolice o no, se requiere de toda una preparación que va teniendo lugar en las generaciones anteriores. Y que lo no simbolizado que lleva a la psicosis no sólo es a nivel individual, sino familiar.

El Complejo de Edipo es un elemento común en la constitución del sujeto, por lo mismo se dice que este tiene un carácter estructurante en el sujeto, ya que viene a constituir o integrar los mecanismos de funcionamiento psíquico, esto es, el edipo determinará el tipo de elección de objeto, la identidad y los mecanismos de defensa del individuo. Y este complejo determina el tipo de estructura psíquica de cada sujeto, la cual puede ser: neurosis, psicosis y perversión. Estructuras en las que interviene de manera determinante un mecanismo y/o proceso psíquico:

Estructura psíquica	Mecanismos de defensa
Neurosis	Represión
Psicosis	Forclusión
Perversión	Denegación o desmentida.

En la primera, con la represión se trata de no querer saber nada acerca de la castración, pero de una castración que tuvo lugar, es decir, por la que el sujeto atravesó. En cambio en la psicosis, el sujeto no supo nada de la castración, no la experimentó, y cuando esto, a lo que no tuvo acceso, reaparece, lo hace en forma de alucinación y con la construcción delirante trata de armar para él mismo una significación. Nos dice que a este proceso psíquico, típico de la psicosis, Lacan le llamó forclusión y la definió como lo rechazado de lo simbólico que reaparece en lo Real.

Son diversos los modos como se ha abordado la psicosis, es imposible hablar de una sola manera de abordaje, quizá por eso Lacan (1991) dice que prefiere hablar de la 'cuestión de la psicosis' porque no puede hablarse de tratamiento..., y mucho menos desde Freud que sólo habló de esto de manera alusiva.

Posiblemente para abordar la psicosis, el primer paso consista justamente en aceptar que se trata de algo no claro ni delimitado, contrariamente a lo que algunos han venido haciendo, de buscar dar una explicación perfectamente concreta, encuadrada y cerrada. Lacan (1991) considera que la dificultad al abordar el problema de la parafrenia se debe a que se le sitúa en el plano de la comprensión, y

al hacer esto de manera precipitada queda tapado el caso. "La psicosis pone en tela de juicio al psicoanálisis, más bien incomoda al psicoanalista que pretenda apoltronar el saber y la verdad en su sillón".³⁵

Por su parte Freud, en *Construcciones* (1937) en psicoanálisis habla de que, debería abandonarse el vano esfuerzo de convencer al paciente del error de sus delirios y de su contradicción con la realidad, y, por el contrario, el reconocer su núcleo de verdad proporcionaría una base sobre la cuál podría desarrollarse el trabajo terapéutico.

Por otro lado, Grandinetti nos habla de un orden ético que acepta la búsqueda de las condiciones de producción propias de la verdad del sujeto en la presencia de la alucinación y en la expresión del delirio. Condiciones de producción que muchas veces en nombre de una *teoría adaptativa y pragmática de la curación son acalladas mediante la prescripción prejuiciosa y desmedida de internaciones y neurolépticos*. Ello no quiere decir —y seremos absolutamente claros en esto— que el psicoanálisis pretenda hacer delirar al psicótico, se proponga acompañarlo delirantemente en su delirio o desatienda los aportes de las neurociencias, cosa que —recordemos al pasar—, caracterizó a una parte del movimiento antipsiquiátrico, que si bien tomó partido ético en el "dejar hablar a la locura", hizo bien poco por la psicosis a la hora de escucharla.³⁶

"La paranoia, quiero decir la psicosis, es para Freud absolutamente fundamental. La psicosis es aquello ante lo que un analista no debe retroceder en ningún caso"³⁷. Se trata diremos de una prueba que no deja de convocarnos y embrollarnos hasta el día de hoy. Para concluir: si bien es cierto que tal como nos advierte Lacan, un analista no debe retroceder frente a la psicosis, nada autoriza un avance a ciegas ni un hacer frente heroico.³⁸

³⁵ Citado por Grandinetti, J.

³⁶ Ibid.

³⁷ Lacan, J. citado por Grandinetti, J.. Ibid

³⁸ Grandinetti, J., Ibid.

Pensamos que aunque ciertamente el problema no se resuelve ubicando la cosa al nivel de la comprensión, ésta sí juega un papel fundamental en el trabajo con la psicosis. Es importante pasar por este nivel adquiriendo información que nos permita saber un poco más de qué se trata o en qué consiste este padecimiento, ya que *posteriormente, estos datos serán parte de nuestra base, a partir de la que se creará nuestra manera de enfrentarnos con este padecimiento.* Por lo mismo, a continuación presentaremos lo que diferentes autores han trabajado y que nos puede dar claridad en el tema.

1.2 Lo que dicen diversos autores psicoanalíticos con respecto al tema de la psicosis

Deleuze, G y Guattari, F (1985) hacen una crítica de la explicación que da el psicoanálisis, de la psicosis, a partir del complejo de Edipo. Prefieren pensar que la causa tanto de la neurosis como de la psicosis “radica siempre en la producción deseante, en su relación con la producción social, su diferencia o su conflicto de régimen con ésta, y los modos de catexis que en ella operan”. La producción deseante como presa de esta relación, este conflicto y estas modalidades vienen siendo el factor actual”³⁹.

Sin embargo, esta crítica es cuestionable, pues el psicoanálisis también toma en cuenta y da gran importancia a la producción deseante y a su relación con la producción social. Y aunque explica lo que sucede al individuo, a partir de su historia, de acontecimientos “pasados”, de ninguna manera niega los factores actuales, de hecho busca entenderlos y darles una explicación.

Aparte es necesario recordar que la intención de este estudio consiste en buscar la explicación de lo que sucede en la psicosis, a través de la teoría psicoanalítica y psiquiátrica. Y aunque es muy interesante e incluso a veces necesario saber de las críticas que se hacen a estas

³⁹ Deleuze, G., y Guattari, F., El anti Edipo. Ed. Paidós. España. 1985. p. 134.

disciplinas, dadas las limitaciones de esta investigación, no se ahondará al respecto.

También Deleuze y Guattari plantean que “Entre neurosis y psicosis no existe diferencia de naturaleza, ni de especie, ni de grupo”⁴⁰. En contraposición con esto, nos parece fundamental el estar conscientes de que la diferencia existe, y la cuestión justamente es investigar en qué consiste ésta, pues el negarla implica oscurecer el camino y quedar en una confusión total.

Por otro lado, se revisaron otros autores como Frieda Fromm Reichman, Sullivan, Pichón Riviere, Mannoni y Mendizabal, A. entre otros, quienes partiendo del marco teórico psicoanalítico, han hecho algunas aportaciones:

Frieda Fromm R (1977) nos habla de que en la base de toda psiconeurosis o psicosis hay experiencias emocionales traumáticas, sobre todo experiencias infantiles frustrantes, demasiado duras que impiden que el niño pueda enfrentarlas y mucho menos integrarlas, ya sea debido a la real gravedad de la experiencia, a su significado en la fantasía o a los desfavorables antecedentes constitucionales o ambientales que hacen al individuo hipersensible respecto a las vicisitudes de la vida, lo cual lo lleva a restar eficacia a estas experiencias, expulsándolas de la conciencia, reprimiéndolas (como nos podemos dar cuenta, esto es lo mismo que plantea Freud). Añade que al no integrarse algunas experiencias frustrantes, al proceso de maduración del resto del Yo, el sujeto entrará en conflicto cada vez que se enfrente a situaciones que de algún modo le recuerden la experiencia dolorosa. Aclara que los pacientes psicóticos no caen enfermos por la intolerable repetición de una experiencia frustradora infantil muy temprana, sino debido al grado enorme de **resentimiento, rabia, cólera y hostilidad que acumula como respuesta a las experiencias frustrantes**. Considera que el temor a la propia hostilidad y a la de los demás, es algo que desempeña

⁴⁰ Ibid. p. 136.

un importante papel en la etiología de las psicosis, y aclara que es necesaria la predisposición para que una psicosis aflore.

Sullivan, H. S. (1963) opina que los individuos con desórdenes mentales no son radicalmente diferentes a los demás seres humanos. Subraya la importancia del desarrollo de las diferentes etapas de la personalidad, como determinante en la formación de la estructura y habla de un dinamismo o mecanismo particular que se da cuando hay desorden mental. Considera **los celos como factor precipitante tanto de la esquizofrenia como del estado paranoide, siendo la ansiedad la que produce disociación**. Sin embargo, nos parece que hablar de celos y ansiedad deja con la sensación de estar en la superficie, pues aunque efectivamente son elementos de suma importancia, hay mecanismos internos que los producen generados por ejemplo en el complejo de Edipo y de castración que en realidad son los que nos interesan, para poder entender a fondo lo que sucede en estos padecimientos.

Pichon, R. (1975): clásicamente el psicoanálisis se consideró una posibilidad de tratamiento para las neurosis, pero Pichon Riviere, entre otros, hicieron contribuciones que permitieron encarar el psicoanálisis de personalidades psicóticas. En este sentido fue notoria la creación de su comunidad abierta.⁴¹ Centra su teoría de salud y enfermedad, en el estudio del vínculo como estructura, considera criterio básico de salud, la adaptación activa a la realidad de acuerdo con una operatividad de las técnicas del Yo, es decir, con el funcionamiento de los mecanismos de defensa, proceso en el que se realiza un aprendizaje de la realidad (a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos). Partiendo de lo anterior, **la “locura” viene siendo la incapacidad para soportar y elaborar una cantidad determinada de sufrimiento**. Explica cómo se manifiestan la salud y la “locura”, pero no nos dice en qué consiste o de qué depende este factor disposicional. Coloca a la neurosis y a la

⁴¹ Blanck de Cerejeido, F. Los analistas argentinos en México. Argentina 1999. (Internet).

psicosis como técnicas defensivas contra las ansiedades básicas, marcando que las primeras son técnicas más logradas y cercanas a lo normal, en tanto que las segundas son menos exitosas.

Para Maud Mannoni (1988), el psicótico vive a nivel del cuerpo toda amenaza, que supone para él una relación con el otro. Esta autora se pregunta ¿qué perturbaciones del discurso de la madre llevan al sujeto a tener una respuesta de alienación? ¿qué lugar ocupa el niño en el mito familiar que lo lleva a estar condenado hasta cierto punto a un determinado rol del que nada ni nadie puede desalojarlo?. Concluye que al parecer es en función de la madre y de su separación, que va a asumir una marca significativa y determinante para la evolución futura. Al igual que Sullivan, reconoce que los sentimientos de celos son un factor importante en la alienación, la cual entiende como una respuesta psicótica que el sujeto se ve obligado a “escoger”, ante el discurso de la madre o la dinámica familiar. El psicótico verbaliza cosas que tienen que ver con los otros pero que él no entiende, pues aparte de que corresponden a los otros, no han sido tramitadas; no entiende de dónde vienen, pues en realidad se le han transmitido, y por lo mismo, él las expresa de manera incoherente.

“Vemos a Henri alienado en las preocupaciones maternas hasta el punto de no poder situarse en un linaje ¿El es el hijo, la hija, el padre o el compañero de la madre? Es posible que sea todo al mismo tiempo y, como tal, está perdido como sujeto... Ese discurso no es su palabra, sino una palabra impersonal que no le pertenece, la de otro, la de todos los otros: nos da una especie de grabación de la que no es autor”⁴².

Mendizabal, A. (1987) expresa que en los fenómenos psicóticos es donde parece ser más accesible estudiar aspectos y momentos en

⁴² Mannoni, M., La primera entrevista con el psicoanalista. Ed. Gedisa. Buenos Aires, 1988, p. 91.

que el dolor viene siendo como el pivote donde se establece el giro que marca el desarrollo de estos padecimientos.

Mendizábal y Kolteniuk (citados en Mendizábal, M, 1983) decían que no existe una teoría que explique completa y globalmente el complejo fenómeno de la psicosis que al ser polideterminado y multifactorial su explicación exige múltiples abordajes teóricos de distinto nivel epistemológico⁴³.

Para terminar citaremos a Ipar, J. que nos dice: “es imposible dar una definición rigurosa de la locura, pues habría que poner límites donde no los hay”.⁴⁴

“Es bien conocido el hecho de que la psiquiatría norteamericana estuvo dominada por la escuela psicoanalítica durante la mayor parte de las primeras seis décadas del presente siglo (XX). El punto de vista psicoanalítico reconoce la importancia de estudiar síntomas y quejas de los pacientes, pero no la importancia de estudiar enfermedades, mucho menos de arribar a diagnósticos o a clasificarlos sistemáticamente”. La posición psicoanalítica ortodoxa refuta o rechaza toda posibilidad de explicaciones biológicas de los trastornos mentales. Sin embargo a fines de 1950 se reconsideró la práctica diagnóstica en los Estados Unidos.⁴⁵

⁴³ Fudin, M. Las urgencias en las psicosis. Algunas cuestiones éticas. Ante la psicosis: prudencia y riesgo. Estamos trabajando el límite, que invita a ir paso a paso. Si decimos que la psicosis es una estructura que se diferencia de otras estructuras, habrá diferentes maneras de abordarla. Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica. Organó de difusión de la AAP. Asociación Argentina de psiquiatría. Vol. 1, Argentina, 1999. (Internet).

⁴⁴ Ipar, J. Art. Cit.

⁴⁵ Alarcón, R. Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, N. 1, 1995, p. 20.

2. CONCEPTUALIZACION DESDE LA PSQUIATRIA.

Como podemos darnos cuenta, el presentar una definición concreta de la psicosis, es tarea complicada, incluso parece imposible, pues el tema en sí es bastante complejo y el aclararlo implica una intensa labor. Sin embargo, hay quienes desde la psiquiatría nos han presentado definiciones y hasta clasificaciones, que aunque en algunas ocasiones son tan ambiguas, e incluso llegan a tornar más confuso el tema, en general han ayudado a explicar, describir y/o conceptualizar. A continuación presentaremos lo revisado en el tratado de psiquiatría de H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, en el DSM III, el DSM-III-R, DSM-IV y el CIE-10.

Con mucha razón se afirma que no es necesario mencionar el DSM III y el DSM-III-R porque ya están incluidos en la última revisión, que es el DSM-IV, sin embargo debido a la intención de la presente investigación, nos parece importante señalarlos para aclarar el recorrido y las modificaciones que se han ido realizando con respecto a la psicosis a lo largo del tiempo en este Manual de Psiquiatría, reconocido mundialmente en el campo de la salud mental.

Tanto el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Clasificación de el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American psychiatric Association, APA), tal como se las conoce en la actualidad, tienen más de cuarenta años de vida. Se les han hecho modificaciones y han interactuado enriqueciéndose mutuamente. Las versiones actualmente vigentes son la décima edición de la clasificación de la OMS (CIE-10) y la cuarta edición de la correspondiente a la APA (DSM-IV)⁴⁶.

⁴⁶ Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, p. 2

2.1 El Tratado de Psiquiatría de Henri Ey, P. Bernard y Ch. Brisset.

En este Tratado nos dicen que “el término de alienación es a la vez demasiado rotundo y demasiado vago. Demasiado rotundo, porque supone que el individuo se **ha desposeído de su personalidad**. Demasiado vago porque puede aplicarse a un gran número de enfermedades mentales, incluso a todas en cierto sentido”⁴⁷. Durante el desarrollo de la personalidad se forma un fondo mental, que es un capital de valores lógicos; un conjunto de operaciones intelectuales y de la actividad sintética necesaria para el ejercicio del pensamiento. y a este se dirige el sujeto en el ejercicio de su propio juicio. Y cuando hay una profunda alteración de su ser razonable. el demente se ve privado de su juicio y “le reduce a **no ser persona**”⁴⁸. Llama la atención esta afirmación, pues es delicado decir que el que tiene alterada profundamente su razón ya no es considerada persona. ¿pues, entonces que sería?.

Nos parece importante remarcar esta afirmación, ya que el hecho de que consideren esto, nos va indicando que tienen un concepto de enfermedad mental muy particular. Creen que es conveniente usar el término general de psicosis para definir **todas** las enfermedades mentales, con lo cual nos dan a entender que **Psicosis y enfermedad mental son sinónimos**, lo cual parece importante que quede claro. Aparte hacen la distinción entre enfermedades mentales o psicosis agudas y enfermedades mentales o psicosis crónicas. Las primeras (agudas) se constituyen por síntomas que permiten prever su carácter transitorio, y se dividen en:

Psiconeurosis emocionales.

Manías

Melancolías

Psicosis delirantes y alucinatorias agudas

Psicosis confusionales

⁴⁷ Ey, Henry, Bernard, P. y Brisset, Ch., Tratado de psiquiatría, Ed. Toray – Masson, Barcelosna, 1975, p.p. 111 – 112.

⁴⁸ Ibid, p. 114. (negritas mías).

Trastornos mentales de la epilepsia

Y las segundas (crónicas) son las que tienen una evolución continua o progresiva que va alterando constantemente la actividad psíquica y dependiendo de su grado de potencialidad destructora se distinguen:

- Neurosis
- Psicosis esquizofrénicas
- Demencias

Aquí vale la pena preguntarnos: ¿Cómo es que dentro de las enfermedades mentales o psicosis crónicas se encuentra contemplada la neurosis?. Esto querría decir que la neurosis es una enfermedad mental, y además “crónica”.

Después de presentar esta clasificación, los autores nos dicen: “...aunque la nosografía clásica sea demasiado absolutista, aunque las entidades aisladas no correspondan a aquellas tan específicas que Kraepelin distinguió, ...aún siendo estas nociones nosográficas tan desanimadoras, se hace necesario tener el valor de revisarlas sin contentarse simplemente con negarlas”⁴⁹.

Quizás realmente lo que uno necesita es valor para enfrentarse a estas clasificaciones que revisándolas son bastante confusas. Sin embargo, hay que reconocer que a pesar de las ambigüedades o planteamientos confusos, nos aclara bastante sobre las características de cada una de las enfermedades mentales, obviamente es un trabajo incompleto, que requiere modificaciones y que al igual que todos los demás, se queda corto para explicar un tema tan amplio y complicado.

Volviendo al Tratado de psiquiatría, sus autores, nos dicen que para clasificar claramente las enfermedades mentales es necesario seguir dos principios fundamentales:

⁴⁹ Ibid, p. 195.

1.- No confundir la clasificación clínica de los síndromes psicopatológicos, con la clasificación de los factores o procesos etiológicos.

2.- Disponer de un modelo, de una hipótesis que constituya el plan taxonómico.

Y nos presentan un segundo cuadro clasificatorio de las enfermedades mentales agudas y de las crónicas. VER CUADRO 1.

Este cuadro varía con lo que ellos mismos exponían anteriormente (de hecho, en el mismo capítulo). Anotan: “aunque la psicosis maniaco-depresiva o periódica constituye una **psicosis crónica** por su potencial evolutivo, ha sido encuadrada entre las **psicosis agudas** por manifestarse a través del carácter maniaco o melancólico de sus crisis”⁵⁰. Sin embargo, lo extraño es que no se encuentra (la psicosis maniaco depresiva) en el cuadro de psicosis agudas, ni en el de psicosis crónicas.

Por otro lado aclaran que la **psicosis alucinatoria crónica** es muy heterogénea, ya que engloba las psicosis alucinatorias que pertenecen a los tres grupos de **delirios crónicos** caracterizados por la primacía de las alucinaciones y fenómenos de automatismo mental. ¿Entonces podemos entender que las psicosis alucinatorias tendrían delirios con intenso nivel de alucinaciones crónicas?. Sin embargo, en el cuadro clasificatorio no viene como “**psicosis alucinatorias crónicas**”, sino como “**psicosis delirantes crónicas**”, lo cual no es igual y nuevamente, nos lleva a la confusión.

Y además nos presentan un tercer cuadro en el que nos dicen que las **enfermedades mentales crónicas**, se clasifican dependiendo de su grado de gravedad.

Así, al contar con tres cuadros clasificatorios diferentes, aunque la variación sea muy ligera, lo más probable es que haya confusión.

⁵⁰ Ibid, p. 196.

Aparte en el tercer cuadro añaden que a su vez las formas **más graves** quedan clasificadas en:

- Disociación esquizofrénica y
- Demencia

En cuanto a la **disociación esquizofrénica**, cabe hacerse la pregunta ¿no siempre que se trata de esquizofrenia, hay disociación?

Por otro lado, ¿qué criterios determinan que unas formas se consideren **más graves** y otras menos?

A su vez las **psicosis delirantes crónicas** que anteriormente dividían en:

- Sistematizadas (paranoia)
- Fantásticas (parafrenia)
- Autísticas (esquizofrenia)

Más adelante nos las presentan con una división diferente. VER CUADRO 2.

Se insiste en que el presentar diferentes versiones, se presta a confusión. Por otro lado, por ejemplo nos encontramos con que las **demencias** son un subgrupo de las **enfermedades mentales crónicas**, que se definen como “debilitamiento psíquico profundo global y progresivo que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales. La **demencia** afecta a la personalidad en su estructura de “ser razonable”, esto es, en el sistema de sus valores lógicos, de conocimiento, de juicio y de adaptación al medio social”⁵¹.

Y terminan presentando las **psicosis puerperales** y las **psicosis alcohólicas**.

¿Qué se puede hacer cuando nos presentan varias clasificaciones, aparentando que se trata de una sola?. pues en ningún momento

⁵¹ Ibid, p. 533.

aclaran que se trata de una modificación, pero al revisarlas detenidamente nos encontramos con que poco a poco le van cambiando términos, añadiendo o quitando categorías o subgrupos. Haciendo cambios tan sutiles que apenas y se notan, pero que van modificando el sentido y con esto creando un plano ambiguo.

Stepke, L.⁵² (1995), dice que las dificultades no son por usar distintos lenguajes clasificatorios por parte de diferentes clasificadores, sino por usar el mismo lenguaje con diferente significado. Lo cual hace difícil la transferencia de información.

2.2 El DSM- III

Llama la atención que en el índice del DSM-III no encontramos el tema de la psicosis como tal. Hay gran variedad de trastornos mentales, de los cuales hace distinción entre los **Síndromes Orgánicos Cerebrales** en los que aparecen una serie de signos y síntomas psicológicos o conductuales, y no se hace alusión a su etiología y los **Trastornos Mentales Orgánicos**⁵³ que se dice es un **síndrome orgánico cerebral** particular del que se supone o se conoce su etiología. Así es que podemos entender que ambos son **síndromes orgánicos cerebrales** y la diferencia consiste en el conocimiento o no de su etiología. Pero el hablar de **trastornos mentales** por un lado y **síndromes orgánicos** por otro, nos hace pensar que se trata de cuestiones diferentes. Esto de utilizar gran variedad de términos, en muchas ocasiones no es necesario y sí contraproducente, pues oscurece lo que en un inicio era más simple. Otto Kernberg (1987) nos dice al respecto que uno de los problemas que hay al clasificar los trastornos de personalidad, es precisamente de tipo semántico, pues se utiliza una variedad de términos, para denominar a los mismos síndromes clínicos.

⁵² Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, p. 5.

⁵³ DSM-III, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Ed. Masson, México, 1994.

Así es que, volviendo a lo anterior, podríamos decir que ambos son **síndromes** orgánicos cerebrales, en los que suponemos va implícito el **trastorno** mental. Pero hasta aquí no vemos que se haga referencia a nuestro tema de interés: la psicosis.

Al continuar la búsqueda, nos encontramos con los **trastornos de la personalidad, que es como les denominan a los casos “boderline”**. Que por cierto, la denominación en sí parece bastante amplia y ambigua, pues con “trastornos de la personalidad” se podría abarcar una gran gama de conductas.

De ahí pasamos a los **trastornos esquizofrénicos**, de los que su sintomatología esencial consiste en la presencia de determinados **síntomas psicóticos** durante la fase activa de la enfermedad, con deterioro del nivel previo de actividad, que inicia antes de los 45 años, y dura mínimo 6 meses, alteración que no se debe a un trastorno afectivo, ni a un trastorno mental orgánico. En alguna de las fases se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones o alteraciones del contenido y curso del pensamiento. ¿Trastorno esquizofrénico será sinónimo de esquizofrenia?. nos hablan de síntomas psicóticos que se presentan en la fase activa, pero ¿entonces la esquizofrenia no sería una psicosis, sino un trastorno con síntomas psicóticos? ¿y si el deterioro no es debido a un trastorno afectivo, ni a un trastorno mental orgánico, entonces a qué se debe?.

Presentan diferentes tipos de esquizofrenia:

- Desorganizado,
- Catatónico,
- Paranoide,
- Indiferenciado residual.

Al final nos dicen que en caso de que haya **trastorno psicótico no afectivo** y la información sea insuficiente para hacer diagnóstico de esquizofrenia, o cuando se presente algún síntoma psicótico de esquizofrenia, como ideas delirantes encapsuladas o cambios en la imagen corporal sin que aparezca deterioro en el nivel previo de actividad, entonces se clasificará como **psicosis atípica**.

Nos hablan de síntomas psicóticos y de psicosis atípica, pero es curioso que el tema de psicosis como tal, continúa sin ser abordado.

Por otro lado vemos los **Trastornos Paranoides** que consisten en persistentes ideas delirantes, persecutorias o ideas delirantes de celos, no debidas a otros trastornos mentales.

Estos comprenden:

Paranoia

Trastorno paranoide compartido

Trastorno paranoide agudo

Especifican que la sintomatología esencial de la paranoia está centrada en el desarrollo insidioso de un trastorno paranoide con un sistema delirante permanente e inquebrantable.

Es curioso pero en este manual no encontramos absolutamente ningún cuadro en el que se indiquen los diferentes tipos de psicosis, llama la atención que definen al psicótico, pero no a la psicosis. Recordamos a Foucault quien nos dice en 1976: no sabemos dónde comienza la locura, pero sí sabemos, con un saber casi incontestable, lo que es el “loco”. Y menciona que Voltaire se asombraba al ver que no se sabía cómo un alma puede razonar falsamente, ni cómo puede cambiar algo en su esencia, pero sin embargo y sin vacilar se la conduce a los manicomios.

La definición que ellos dan de “psicótico” es la siguiente:

Alteración grave en el juicio de la realidad y creación de una nueva realidad. Cuando una persona está psicótica, evalúa **incorrectamente** la exactitud de sus percepciones y pensamientos y hace inferencias **incorrectas** acerca de la realidad externa, incluso a pesar de las evidencias contrarias. El término psicótico no es aplicable a distorsiones **menores** de la realidad sobre temas opinables o ambiguos. Sería prueba directa de conducta psicótica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (sin conciencia de su naturaleza

patológica). El término *psicótico* puede emplearse siempre que la conducta de una persona se muestre tan altamente **desorganizada** que permita inferir **razonablemente** que su enjuiciamiento de la realidad está **alterado**. Ejemplos de ello sería la presencia de un lenguaje marcadamente **incoherente**, sin aparente conciencia de su **ininteligibilidad** por parte del sujeto y la conducta agitada, dispersa y desorientada que se observa en el delirium por abstinencia del alcohol.

Las negritas del párrafo anterior (puestas por mí) marcan criterios, que a nuestro parecer son relativos y podríamos decir que son entendibles siempre y cuando se les contraste con la “normalidad”, lo cual nos lleva al cuestionamiento de qué es lo “normal” y qué lo “anormal”. Aparte, en esta definición nos damos cuenta que sólo dan características descriptivas a muy grandes rasgos y que en ningún momento mencionan, ni dejan entrever el proceso que se lleva a cabo en el sujeto, esto es, nos dan una idea muy general de lo que es la psicosis, más no de lo que sucede en ésta, ya en un nivel más profundo.

Además distinguen entre:

- Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- Y Síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

Y nos hablan de psicosis atípica. Pero repetimos: el tema de la psicosis concretamente, no lo abordan.

2.3 El DSM - III - R

En el índice del DSM - III - R ya se encuentran los **trastornos psicóticos**, y esta vez sí colocan a la esquizofrenia entre su clasificación:

- Esquizofrenia
- Trastornos delirantes
- Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados
- Algunos trastornos mentales orgánicos

-Algunos trastornos afectivos

¿Por qué en estos últimos puntos pondrán “algunos” en vez de mencionarlos concretamente? ¿cuáles serán los demás?. Por otro lado, los **“trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados”** están divididos en cuatro categorías específicas:

- Psicosis reactiva breve
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno psicótico inducido

¿Por qué no están clasificados en otros apartados?, en determinado momento, podría hacerse un apartado en el que se les clasificara y con esto se eliminara un tanto la ambigüedad.

Y por si esto fuera poco, añaden otra categoría denominada **“Trastorno psicótico no especificado”**, para incluir ahí los casos que no cumplan con los criterios de un trastorno psicótico específico o sobre los que no se tiene suficiente información para establecer un diagnóstico específico. Aquí valdría la pena preguntarnos ¿realmente existirán los trastornos psicóticos específicos? ¿no será que todos los casos quedarían incluidos en esta última subdivisión de trastorno psicótico no especificado?. De por sí es complicada la labor de ubicar a un paciente dentro de esta clasificación, y si le añadimos que hay **“trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados”**, que a su vez se dividen en cuatro categorías. Y además están los **“Trastornos psicóticos no especificados”**⁵⁴, entonces el trabajo se vuelve tan enmarañado y confuso que terminamos perdiéndonos. Además está la gran variedad de términos que se utilizan para denominar lo mismo, por mencionar un ejemplo: lo que a veces es paranoia, otras es trastorno delirante. Y para terminar están las modificaciones que se hacen con el paso del tiempo; por ejemplo lo

⁵⁴ DSM-III-R, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, México, 1988, p. 254.

que en el DSM-III era “**Psicosis atípica**” en el DSM III-R ya se le llama “**Trastorno Psicótico no especificado**”.

O. Kernberg (1987) nos dice: “El DSM III no es, por supuesto excepcional en las clasificaciones problemáticas; hubo problemas significativos con el DSM I, y el DSM II también. Si bien podemos tener esperanzas que el DSM IV mejore la situación, es sólo realista esperar nuevos problemas junto a nuevas soluciones”⁵⁵. Obviamente O. Kernberg no sabía que entre el DSM-III y el DSM IV iba a aparecer un DSM-III-R

2.4 DSM- IV.

Nos dicen de manera muy clara que finalmente el término psicótico se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. En este manual no se resuelve el viejo dilema de definir qué es un trastorno mental⁵⁶.

Aquí ya existe un apartado denominado **Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos**, dentro del cual se incluyen:

Esquizofrenia con los siguientes subtipos:

Paranoide
Desorganizada
Catatónica
Indiferenciada residual

Trastorno esquizofreniforme⁵⁷

⁵⁵ Kernberg, O., Trastornos graves de la personalidad, Ed. Manual Moderno, México, 1987, p. 83.

⁵⁶ Alarcón, R., Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV. N. 1. 1995, p. 24

⁵⁷ Heerlein, A., Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV. N. 2. 1995, p. 36. En relación a la definición del episodio

Trastorno esquizoafectivo:

Bipolar
Depresivo

Trastorno delirante, donde el delirio puede ser predominantemente de varios tipos:

Erotomaniaco
Grandiosidad
Celotípico
Persecutorio
Somático
Mixto
No especificado

Trastorno psicótico breve:

Con desencadenante(s) grave(s)
Sin desencadenante(s) grave(s)
De inicio en el posparto

Trastorno psicótico compartido⁵⁸

esquizofreniforme observamos algunas discrepancias entre el DSM-IV y el CIE-10 que se basan principalmente en la duración de la sintomatología y en la intensidad.

⁵⁸ DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, México, 1988. p. 280.

Lo que en el DSM-IV es **trastorno psicótico compartido** en el CIE-10 es **trastorno delirante inducido**, aunque las definiciones son exactamente las mismas en ambos.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica⁵⁹:

Con ideas delirantes

Con alucinaciones

Trastorno psicótico inducido por sustancias:

Con ideas delirantes

Con alucinaciones

Trastorno psicótico no especificado: Categoría que incluye una sintomatología psicótica de la que no se tiene suficiente información como para establecer un diagnóstico específico ó que sí se tiene información, pero con contradicciones, también trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos, por ejemplo: La psicosis posparto, que no cumple con los criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico debido a enfermedad médica ó trastorno psicótico inducido por sustancias.

Síntomas psicóticos que han durado menos de un mes, pero que aún no han remitido y, por tanto, no cumplen con los criterios para un trastorno psicótico breve.

Alucinaciones auditivas persistentes en ausencia de otras características.

Ideas delirantes no extrañas persistentes, con período de episodios afectivos superpuestos que han aparecido durante una parte sustancial de la alteración delirante.

⁵⁹ Ibid, p. 280.

Esto que en el DSM-IV es denominado **trastorno psicótico debido a enfermedad médica**, en el CIE-10, se le llama **alucinosis orgánica o trastorno delirante orgánico**.

Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno psicótico, pero en las que es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica, ó inducido por sustancias.

2.5 El CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento⁶⁰

En éste, se encuentran los siguientes padecimientos.
VER CUADRO 3.

Según este manual los trastornos esquizotípicos son muy semejantes a los trastornos esquizofrénicos, pero se distinguen en que los primeros no presentan alucinaciones, ideas delirantes, ni trastornos importantes del comportamiento (que son propios de la esquizofrenia). Consideran que en algunas ocasiones es difícil diferenciar la esquizofrenia, de los trastornos delirantes, sobre todo en los estadios iniciales.

Advierten que las subdivisiones de este capítulo se deben tomar como provisionales. Y dan la definición de cada una de las categorías, presentando detalladamente las características de éstas, pero sin explicar a qué se deben o por qué se dan. Aparte, en ningún momento mencionan posibles abordajes. Sólo dan pautas específicas para el diagnóstico. Por ejemplo, la definición de **Esquizofrenia** es la siguiente: Está caracterizada por “distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las

⁶⁰ El CIE-10 no emplea algunos términos que sí están en el CIE-9. Sólo persiste, ocasionalmente, el término “neurótico”. El vocablo psicótico se ha mantenido con fines descriptivos sin connotaciones psicodinámicas o relacionadas con la capacidad de introspección o en el juicio de realidad. Se lo emplea para expresar la existencia de “alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamiento social grave y prolongado no debido a depresión y ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas”.

Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales, CIE-10 DSM-IV.
N. 1, Fundación Acta Fondo para la Salud Mental. Argentina, 1995. p. 32.

mismas”⁶¹ por lo general se conservan la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual. Con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El esquizofrénico cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros. Puede haber ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en sus actos y/o pensamientos. Se siente el centro de lo que sucede. Alucinaciones se dan frecuentemente, en especial las auditivas (que pueden comentar su conducta o sus pensamientos). Además suelen darse otros trastornos de la percepción. Dan a situaciones cotidianas un significado especial, que por lo general es siniestro y contra él. En el trastorno del pensamiento los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto son utilizados para enfrentarse a las situaciones que se le presenten.

A grandes rasgos esto es lo encontrado, si no realizamos un análisis exhaustivo, es debido a que aunque sería muy interesante, la intención no es hacer el estudio sobre estas clasificaciones, sino retomarlas con el fin de ver qué nos podían aclarar sobre el tema de la psicosis, y aunque las hayamos cuestionado de manera minuciosa, vale la pena mencionar que hay información bastante rescatable que ayuda a identificar una psicosis y a la vez ubicar qué tipo es específicamente, de acuerdo a los síntomas que presente. Como podemos darnos cuenta, básicamente estos manuales ayudan para el diagnóstico, lo cuál no es poca cosa, pues como ya dijimos anteriormente el tipo de abordaje estará estrechamente relacionado con éste. No podemos esperar que en un manual se nos aclare todo, de hecho, vale la pena partir de la idea de que el tema de la psicosis (al igual que todos los demás), nunca quedará totalmente claro.

⁶¹ Ibid

CAPITULO II

EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

“Los tormentos mentales pueden ser indescriptiblemente aterradores” escribía Wittgenstein a Russell en enero de 1914. Y en 1946 confesaba: “con frecuencia tengo miedo a la locura”. Su convencimiento era el de que “si en la vida estamos rodeados por la muerte, así en la salud del entendimiento por la locura”

Manuel Cruz

1.- Antecedentes.

En el tiempo de la colonia, las personas trastornadas mentalmente eran colgadas, encarceladas, torturadas y perseguidas de muchas maneras, por considerárseles agentes de satán, seres infrahumanos que requerían ser encadenados en perreras y jaulas como las de las fieras, eran arrojados en calabozos, o se les hacía trabajar como esclavos. Vagaban desnudos, ahuyentados de un lugar para otro, como perros rabiosos; castigados con azotes (Deutsch citado en H. Carroll, 1972).

En el siglo XVIII los manicomios no eran agencias de curación sino de confinamiento, prisiones de la peor clase. Muchos empleados eran verdaderos sadistas con derecho a golpear y azotar a los “orates” (Herbert, C., 1972). En fin, el manejo del enfermo mental ha variado desde la sujeción física, hasta tratamientos institucionales que la mayoría de las veces ha consistido en custodiarlo para evitar que dañe a terceros o a sí mismo (Mendizábal, P. 1983 y Basaglia, 1989). Es importante recordar que para Foucault, la custodia servía para algo

más allá del simple hecho de evitar dañar o ser dañado, tratándose más de una función compleja del sistema social, cuya finalidad era en realidad, crear un dispositivo y estrategia de poder que permitiera tener un mayor control de los individuos para la producción, ejerciendo así un poder de normalización.

Fue en plena revolución francesa cuando Pinel liberó de sus cadenas a los enfermos mentales de la Salpêtrière, iniciando con esto la etapa humanística de la psiquiatría. Espíritu de cambio que no fue compartido por la mayor parte de los alienistas del S. XX, quienes siguieron por inercia la tradición establecida de aislar a los enfermos de una sociedad que siempre les ha temido y repudiado (Calderón, N. 1984). Por lo mismo no hubo mucho cambio en los manicomios, los cuáles quedaron como defensa en contra de los que se desviaban de las normas (Basaglia, 1989). Protegiendo así el derecho social, el orden, evitando que se imitara al criminal, al rebelde, al traidor a la patria y al ocioso (Foucault, 1993).

Interesante es pensar junto con Foucault en otra razón posible que permitió continuar con esta tradición establecida, y que explica la solidez tanto de las prisiones, como de los manicomios. Pues es simplista pensar que se sostienen sólo por inercia; efectivamente da la impresión, de que se encuentra involucrada toda una dinámica social en la que el temor y el repudio expresado hacia el "enfermo", encubre la necesidad que se tiene de él. la pregunta sería ¿y para qué?, posiblemente para que con su pura existencia confirme la "razón" del resto, para moldear una sociedad en la que la "razón" es premiada y la "sinrazón" fuertemente castigada, sin perder de vista y remarcando que la "razón" va ligada a la productividad que tanto interesa a nuestra sociedad, y la "sinrazón" a la vagancia tan despreciada e "inconveniente".

Durante siglos la atención psiquiátrica fue de tipo hospitalario y carcelario, a pesar de los esfuerzos que realizaron en contra humanistas tan notables como Pinel (1745-1826) en Francia; Tuke (1827-1895) en Inglaterra; Chiarugi (1759-1820) en Italia y Dorothea Dix (1802-1887) en E.U. de América (Calderón, 1984 y Kolb, 1976).

Hasta después de la Segunda Guerra Mundial, los psiquiatras franceses se sensibilizaron debido a la impresionante mortalidad que afectó a la población internada en los asilos psiquiátricos durante la ocupación nazi, por los problemas suscitados con el retorno de los deportados y por las consiguientes demandas de rehabilitación psíquica se abocaron en las llamadas jornadas psiquiátricas de 1945 y 1947, a poner las bases doctrinarias de una transformación profunda de las concepciones y prácticas de la salud mental (Calderón, 1984) y de esto se dio como resultado la psiquiatría de la comunidad.

2.- Abordajes y modalidades de tratamiento.

Las diversas técnicas terapéuticas con las que se aborda la enfermedad mental, proporcionan resultados de acuerdo a los objetivos que se planteen, los cuáles se pueden enfocar a: cambios intrapsíquicos, cambios en la sociabilidad, cambios en la estructura familiar, etc... Algunas de estas técnicas son:

2.1. Modelo médico

La perspectiva médica ha ocupado y ocupa un lugar central en el pensamiento psiquiátrico (ya tratado en el capítulo anterior), retomándose sus conceptos y su lenguaje en el trabajo con la conducta anormal.

En 1952 apareció la clorpromazina (una de las fenotiazinas), como nuevo y potente agente farmacológico para atender las psicosis, después se han ido probando compuestos análogos y nuevas drogas, y con esto ha cambiado el manejo de la psicosis hasta el punto de reemplazar en gran parte el uso de choques y psicocirugía. Se ha logrado, cada vez más, modificar los estados afectivos sin alterar las funciones cognitivas, ya que con los sedantes e hipnóticos que antes se utilizaban, sí se veía afectado.

En este modelo, se clasifican las enfermedades⁶² y se pone especial interés en la etiología (causa de las enfermedades). El clasificar, aunque mucho se ha criticado, es muy importante, pues de este modo se establece un lenguaje común, haciendo posible la comunicación.

El diagnosticar a los pacientes tiene tres funciones:

- Definir el tratamiento que se requiere.
- Facilitar la búsqueda de las causas del padecimiento.
- Prever la probable evolución y desenlace de la enfermedad.

Se realizan investigaciones para ver cuáles son los factores causales predisponentes, cuáles los precipitantes y cuáles los que mantienen o refuerzan una conducta "anormal".

Algo muy importante de tomar en cuenta es que la perspectiva médica, cuando busca las causas de la patología, parte básicamente de una orientación orgánica, y no de una psicodinámica.

2.2 Modelo basado en el aprendizaje

Actualmente, este modelo ha tenido gran aceptación, difusión y reconocimiento en el ámbito científico. propone una serie de métodos de estudio y técnica de tratamiento de la conducta anormal. El aprendizaje juega un papel fundamental en esta perspectiva, entendiéndose como una respuesta que puede lograr ser evocada o intensificada con un estímulo sensorial dado. (Michaca, S. 1989). Se le da gran importancia al control de la conducta a través de sus consecuencias. Entienden la conducta "anormal" como algo que se aprende y resulta inadaptable o contraproducente para quien la realiza (Kolb, 1976).

⁶² Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, p. 3, "Sin embargo, es importante tomar en cuenta que históricamente el estímulo para clasificar enfermedades y causas de muerte no fue médico (como muchas veces se piensa) sino estadístico".

En cambio, nosotros consideramos que la conducta "anormal" tiene una importante función adaptativa, en cuanto a que es una manera que el sujeto encuentra para continuar funcionando (a su modo) en el ambiente caótico que lo rodea.

En este modelo hay criterios de conductas "deseables" "buenas" o "normales" y "conductas "indeseables" "malas" ó "anormales" y lo que se busca es enseñar al sujeto a realizar lo más posible las primera y evitar las segundas.

2.3 Perspectiva humanista

Carl Rogers y Abraham Maslow psicólogos que representan este modelo, le dan gran importancia a la subjetividad del individuo, y a la autorrealización, que consideran como el cumplimiento del potencial que cada hombre tiene, y que en síntesis, Richard Price lo ubica como la parte medular de la psicología humanística (citado en Sánchez Michaca, 1989)

Una diferencia importante con respecto a las otras perspectivas es que en vez de considerar la aparición de síntomas como un hecho perjudicial, como conductas "inadaptadas", "desorganizadas", "desintegradas" ó "regresivas", en el humanismo, hay un grupo que considera que algunas formas de conducta "anormal" son indicaciones positivas y prometedoras de las posibilidades del crecimiento personal. Por ejemplo, Laing considera que la locura o psicosis corresponde a un desnudamiento del Yo externo, quedando al descubierto el Yo interno, manifestando el terror y la ira hasta ese momento latentes (S., Michaca, 1989).

2.4 Psicoterapia de grupo.

Fue iniciada por J. Pratt, quien en 1905 comenzó a utilizar discusiones didácticas y reuniones de grupo, con la intención de cambiar favorablemente el ánimo de los enfermos que por tener algún padecimiento físico, su actividad estaba limitada. Esta terapia surgió a partir de que se observó que los pacientes podían

beneficiarse entre sí, Durkin (citado en Kolb, 1976) hace hincapié en que la base dinámica de todos los grupos es la interacción de los yos y puede ser posible modificar o anular algunas desadaptaciones, si se exponen a la acción continua de un grupo estructurado con un marco más adecuado y sano. Trigant Burrow aplicó a la terapia de grupo los principios teóricos derivados del psicoanálisis. Kurt Lewin, en Alemania elaboró teorías de campo y explicaciones de la dinámica grupal, S.R. Slavson, pionero de la psicoterapia analítica de grupo en los E.U.A., sacó sus esquemas conceptuales, de su experiencia con grupos de niños trastornados conductualmente. J.L. Moreno desarrollo el psicodrama y el sociodrama. S.H. Foulkes fundó la sociedad analítica de grupos y fue el primero que utilizó los principios psicoanalíticos en la psicoterapia grupal en Inglaterra, e inició dicho método para el tratamiento de enfermos en el hospital Mandsley. Actualmente existen terapias de grupo no directivas con esquema psicoanalítica y otras más directivas basadas en principios didácticos ó educativos (Kolb, 1976).

El tratamiento de la psicosis a través de grupos se ha diversificado de varias formas:

Terapia de apoyo

Terapia orientada psicodinámicamente

Grupo de actividades.

Los objetivos principales actualmente están orientados a facilitar el insight de los problemas personales e interpersonales, gran parte de la literatura indica que la mayoría de las terapias pretende ofrecer apoyo y ayudar al paciente a desarrollar habilidades en establecer relaciones sociales. En muchos de los tratamientos externos: hospital de día, consulta externa, hogares intermedios, la psicoterapia de grupo se ha utilizado bastante para auxiliar al paciente psicótico a reincorporarse a su comunidad (Mendizábal, P, 1983).

2.5 Terapia Familiar.

N. Ackerman, D.J. Jackson y sus colaboradores, fueron algunos de los representantes de esta terapia (Kolb, 1976).

Rotrock y colaboradores (citados en Mendizábal, P, 1983) encontraron que, en comparación con la terapia individual, cuando se atendía a la familia había menos readmisiones y un más rápido retorno al funcionamiento en la comunidad. Golstein y asociados (citados en Mendizábal, P, 1983) por su parte descubrieron que se reducían síntomas y se conseguía bastante un ajuste psicosocial.

El objetivo primario consiste en movilizar un sistema racional de comunicación entre los miembros de la familia, provocando la expresión de emociones ocultas y distorsionadas que predominan en las familias alteradas y que afectan especialmente al miembro o miembros enfermos. La diferencia de la grupal es que en la primera se traen al proceso psicoterapéutico diversos papeles y patrones de interacción previamente establecidos. (Kolb, 1976)

La terapia familiar sigue la orientación sistémica, la cual considera que el punto central es entender lo que sucede con un sujeto, en base a la comunicación y la interacción con los demás miembros, tomando en cuenta el contexto o sistema. Siendo elemento fundamental en esta perspectiva la comunicación humana, De hecho consideran que los trastornos de la conducta se presentan cuando la comunicación es poco clara y además repetitiva. Le dan más importancia a lo que mantiene el problema, que a las causas que lo originaron, y plantean que al alterar los patrones de donde se presenta el problema, éste se verá resuelto, independientemente de su duración y origen. (S. Michaca, 1989).

Se puede decir que hay tres corrientes en la terapia familiar en los E.U:

1.- La corriente transicional que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicionales y que tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente, poniendo énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación. Usando como instrumento de cambio la interpretación y la transferencia.

2.- Corriente existencial su objetivo es el crecimiento y expansión de la persona. Pone énfasis en la experiencia presente entre terapeutas y miembros de la familia. La figura más conocida dentro de esta corriente es Virginia Satir.

3.- Grupo de sistema tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia. Poniendo énfasis en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción. Algunos representantes son: N. Ackerman, D. Bloch, Y. Boszarmenyi Nagy, Bony Duhl, Peggy Pap y Carl Whitaker, Murray Bowen. Jay Hailey y Braulio Montalvo.

Pichón Riviere (1975) menciona que el enfermo mental es el portavoz de la ansiedad y conflictos del grupo familiar, que es el que denuncia, el "alcahuete" de la subestructura de la que de algún modo él se ha hecho cargo. Partiendo de esto, podemos pensar que es necesaria la terapia familiar en estos casos, pues atender sólo al individuo, sería olvidarse que el problema del que se trata es más abarcador.

2.6 Terapia del Medio Ambiente.

Moss (citado en Mendizábal, P, 1983) halló que los pacientes agudos se recuperan más en ambientes que tienen un equipo altamente aceptante que apoya al paciente y en donde las intervenciones psicosociales son consideradas positivas.

Es posible convertir el caótico ambiente en que ha vivido el enfermo psicótico crónico, en uno predecible y congruente con el cual puede volver a relacionarse. Se ha demostrado que en ambientes terapéuticos específicos pueden obtenerse iguales o mejores resultados en el tratamiento de psicóticos agudos sin el uso de drogas neurolépticas (Mendizábal, P, 1983).

2.7 Psicoterapia institucional.

Otro método de análisis es la psicoterapia institucional surgida originariamente en Francia, que influye de gran manera en diversos equipos españoles, portugueses e italianos y cuyo máximo exponente es Francesc Tosquelles. Para este autor la psicoterapia institucional es una herramienta de trabajo, un movimiento, que pretende dinamizar el trabajo asistencial terapéutico. Nacido a mediados de los años 30, este movimiento, bebe fundamentalmente de dos fuentes: del pensamiento psicoanalítico y del análisis marxista de los fenómenos sociales. Su función es transformar constantemente la institución en un instrumento terapéutico en sí mismo. Para ello el paciente no debe ser considerado sólo un objeto de cura, sino un sujeto enlazado en los recursos relacionales. En esta institución la terapéutica se realiza mediante el análisis del inconsciente de enfermos y terapeutas. Debe renovarse a cada paso, combatir todo aquello que promueve el aislamiento del paciente, con la finalidad de abrirlo a la heterogeneidad, mediante la constitución de lugares dónde el enfermo pueda establecer un contacto con los otros, y que de esa manera, se produzcan intercambios en los que el individuo pueda situarse como portador de un significado. Para que esta heterogeneidad persista, **debe trabajarse constantemente tanto la patología del enfermo como la derivada del medio**, con el fin de modificar la tendencia espontánea a reproducir los esquemas de alienación masiva.⁶³ (Más adelante profundizaremos con respecto a este modelo).

⁶³ De la Hera Cabero, M. Zamora, C.M.L. y Llano Cerrato, E. op. cit.

2.8 Modelo psicoanalítico.

Según Richard Price (citado en Sánchez, M., 1989) éste es sin duda, uno de los planteamientos que han tenido mayor influencia en el estudio de los trastornos mentales.

Por lo mismo, en este apartado únicamente lo mencionamos pues consideramos que este modelo es de gran interés en la presente investigación y por tanto, lo desarrollaremos a lo largo de ésta colocándolo como fundamento conceptual de la propuesta de Comunidades Terapéuticas en el tratamiento de la psicosis.

CAPITULO III

COMUNIDADES TERAPEUTICAS: UN ALTERNATIVA

1.- Desarrollo histórico de la Comunidad terapéutica.

Al finalizar la segunda guerra mundial, apareció la psiquiatría de la comunidad que tiene la tendencia a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional (Calderón, 1984). En 1944 por primera vez los enfermos tuvieron un programa de rehabilitación externo al hospital, lo que favorecía que salieran de su condición de alienados (Basaglia en Mendizábal, P. 1983).

Kononovich (1981) considera que Sullivan fue el primero que utilizó la expresión de Comunidad Terapéutica al observar los beneficios terapéuticos que una institución podía ejercer sobre sus integrantes, la denominó así y posteriormente ésta tendría un sentido elaborado y preciso. Expresa que es a Maxwell Jones a quien se debe la creciente popularidad de la expresión "Comunidad Terapéutica" pues fundamentándose en una larga práctica, dio a esa ideología una forma clínica definida constituyendo con su experiencia un modelo posible.

Por su parte, Mendizábal, P (1983) y Amaro González (1980) mencionan que aunque la denominación fue atribuida por algunos a Sullivan en 1931, para la mayoría de los autores fue T.F. Main su creador, quien la acuñó por primera vez en 1946 en el boletín de la clínica Menninger, donde relató su experiencia diciendo que fue allí donde tuvo la oportunidad de juntar dos insights: la significancia de un sistema social para decidir la salud o enfermedad y lo fructuoso que resultaba el análisis grupal para el cambio personal, para a partir de ahí crear una tercera idea consistente en que un hospital puede convertirse "en terapéutico, como organización social"⁶⁴. Goti (1990)

⁶⁴ Mendizábal, P. El tratamiento institucional del enfermo mental en una Comunidad Terapéutica, Tesis de maestría, UNAM, México, 1983, p. 15.

por su parte considera que el primero que habla de Comunidad Terapéutica fue Maxwell Jones, en 1952. En Gran Bretaña desarrolla el concepto de comunidad terapéutica, cuyo principio teórico básico será el tratamiento del paciente a través de la relación con otros pacientes, con sus familiares y con el personal que se ocupa de su tratamiento.

Y señala como distintivo esencial de la comunidad terapéutica el hecho de hacer consciente al paciente del efecto de su conducta sobre otras personas y el ayudarles a entender las motivaciones que se ocultan detrás de sus actos.⁶⁵

En la fundación de una sala experimental en el Hospital de Northfield, Bion inició sus trabajos, los cuáles después de la segunda guerra mundial se continuaron con las experiencias de Anna Freud y Dorothy Burlingham. Históricamente, Northfield tiene gran importancia, pues demostró que en un hospital para atender la enfermedad no necesariamente se tienen que descuidar los deseos del enfermo, sino que de hecho es posible reconocer a este último como un ser individual, con necesidades y habilidades, que requiere ser respetado. Jansen a su vez demostró que se pueden pensar el tratamiento y la administración como una actividad clínica total, que requiere de la participación activa de los pacientes (Mendizábal, P. 1983).

La Comunidad Terapéutica surgió como un desafío a los efectos regresivos y antiterapéuticos del modelo médico jerárquico tradicional del hospital psiquiátrico. Main y Maxwell Jones, desarrollaron el concepto de ésta como una modalidad con objetivos que incluían la democratización del proceso del tratamiento (Kernberg, 1987).

Ristich, en 1970 hizo notar que la Comunidad Terapéutica se puede considerar creación inglesa y Conally puede tomarse como uno de los pioneros ya que en 1839 inició la supresión de los métodos de

⁶⁵ De la Hera Cabero, M. Zamora, C.M.L. y Llano Cerrato, E. op. cit.

contención para los 800 enfermos de Hanwell (citado en Mendizábal, P 1983).

Fuera del ejército, la primer Comunidad Terapéutica que funcionó fue la “Unidad de Rehabilitación Social” del hospital Belmont, fundada por Maxwell Jones, quien “a partir de 1947 organizó Comunidades Terapéuticas con excombatientes, y posteriormente con psicópatas en el Belmont Hospital y con psicóticos en los hospitales de Melrose y de Salem”⁶⁶. Actualmente hay gran variedad de comunidades Terapéuticas: para condenados que funcionan en las cárceles; para delincuentes (ubicadas fuera de las prisiones); para madres solteras; para dependientes de la cocaína, que son capaces de mantener una vida “normal”; para niños inhaladores; para alcohólicos; obesos; anoréxicos, personas con VIH, etc... Sin embargo el término comunidad terapéutica es más familiar para los profesionales de la salud mental como un tratamiento residencial para pacientes psiquiátricos (Goti, 1990). Los modelos de Comunidad Terapéutica fueron desarrollados en diversos hospitales de E.U.A. en 1960, especialmente en Fort Logan, Colorado. Austin Riggs y en el Yale Psychiatric Institute. En México, las primeras incursiones en el terreno de comunidades terapéuticas, aparecieron a partir de los 70's (Xóchihua, S., 1990)

Basaglia (1989) menciona que 1968 fue para los que trabajan con la enfermedad mental, un año decisivo, ya que tanto en México como en el mundo cayeron muchas ideologías y en su lugar surgieron contradicciones. De 1975 a 1980 se encontraban informes que revelaban las tristes condiciones de vida de los antiguos pacientes mentales que más que haber sido desinstitucionalizados, habían sido transinstitucionalizados (Kernberg, 1987).

En algunos casos, con la intención de involucrar a la comunidad local en el tratamiento de pacientes mentales, se entrenó a no

⁶⁶ Amaro, G., Valoración de un modelo de Comunidad Terapéutica: Criterios de los pacientes y familiares, Trabajo para obtener el título de especialidad de psiquiatría, La Habana, 1980, p. 12.

profesionales, para que se hicieran cargo de funciones que correspondían a los profesionales, descuidando el control de calidad de los servicios. Tal vez el problema más grave que desanimó al movimiento de salud mental comunitario y que trajo gran decepción en la segunda mitad de 1970, fue la discrepancia entre muchas funciones que se esperaba que realizaran y lo inadecuado de su personal. Hubo choque entre la ideología y buenas intenciones, por un lado, y las realidades fiscales y requisitos técnicos, por el otro (Kernberg, 1987). Otro problema es que en muchos países no existen sistemas de acreditación de Comunidad Terapéutica, ni de las personas que trabajan ahí. Lo cual deja un vacío que muchas veces es llenado por el aventurerismo o la improvisación (Goti, 1990). A diferencia de Goti, pensamos que **la improvisación se da, inevitablemente y además, es necesaria y sumamente valiosa en el proyecto de Comunidad Terapéutica. Aunque valdría la pena diferenciarla de la actuación sin fundamentos terapéuticos ó actuación sin formación previa, diferencia de la cuál hablaremos más adelante.**

2.-Definición y bases teóricas.

Para comenzar creemos que es indispensable saber qué se entiende por Comunidad Terapéutica con el fin de no caer y partir de falsos conceptos, pues junto con Whiteley y Gordon (citados en Kernberg, 1987) creemos que: en la psiquiatría moderna, el término Comunidad Terapéutica ha sido uno de los más mal usados y malentendidos.

Goti (1990) menciona que, con respecto a la Comunidad Terapéutica, todos tienen algo que opinar, y la mayoría de las veces lo hacen a partir de prejuicios y de apasionamientos viscerales. Nos parece que quizás esto no sea por una simple casualidad. Pues, si nos quedamos en un plano simplista queda bloqueada la posibilidad de entender qué es lo que sucede con la "locura" en un nivel más profundo y amenazante, con el cual normalmente no se quiere tener nada que ver por el temor de quedar atrapado. Y muy posiblemente este bloqueamiento sea justo lo que se persigue. Impidiendo así pensar a

la locura como la respuesta a una necesidad social que posee una función específica y muy importante socialmente. Por lo mismo parece de gran importancia hacer un serio recorrido para tener mayor claridad sobre esta propuesta.

Se comenzará con algunas definiciones que hay de Comunidad Terapéutica:

Whiteley y Gordon (citados en Kernberg, 1987) mencionan que es un proceso de tratamiento específico, especializado que utiliza los fenómenos psicológicos y sociológicos inherentes al amplio grupo circunscrito y residencial. Una extensión intensificada de la terapia ambiental con implicaciones y aplicaciones más generales para los pacientes de todas las categorías en la comunidad hospitalaria de salud mental.

Para Goti (1990) es una “institución donde se da un proceso de crecimiento personal acompañado de un proceso de aprendizaje social... no donde alguien se “cura”, sino donde cambia, crece, madura, y aprende a ser un miembro útil y productivo para la sociedad”⁶⁷. Esta definición no tiene ningún detalle particular y exclusivo de la Comunidad Terapéutica, de tal modo que al leerla podemos pensar en una gran variedad de instituciones. Y al tratarse de una definición tan general se deja ver ambigua y confusa.

Otros autores⁶⁸ nos dicen que abordada conceptualmente, la Comunidad Terapéutica “es una técnica especial dentro del proceso psicoterapéutico, que tiene como finalidad la recuperación del enfermo mental en un ambiente en cuyas estructuras se desarrollen las normas adaptativas necesarias para lograr que el paciente asuma el rol destinado a facilitar su reinserción en la sociedad”. En la

⁶⁷ Goti, M. E., La Comunidad Terapéutica, un desafío a la droga. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990, p. 67 (puntos suspensivos míos).

⁶⁸ Marchant, N. Resultados de once años de experiencia de Comunidad Terapéutica en 97 internadas psiquiátricas en el pabellón “Macnan”. Hospital Nacional “Braulio A. Moyano”, Buenos Aires, 1995. Internet.

práctica se establece un sistema colectivo, en el seno del cual las decisiones se adoptan en forma grupal, con la participación activa de los pacientes. Según este enfoque en el análisis de los problemas tanto de la enfermedad como del tratamiento participa no sólo el cuerpo profesional, técnico y auxiliar, sino también los propios pacientes y sus familiares, redistribuyéndose en todos ellos la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones.

Como ya mencionamos anteriormente, Maxwell Jones (citado en Goti, 1990), fue el primero que habló de Comunidad Terapéutica, y lo que éste entendía como tal es lo que actualmente se concibe. Derribó los muros de los antiguos hospicios psiquiátricos, niveló las estrictas jerarquías entre médicos y pacientes, entre sanos y enfermos e introdujo las asambleas, donde todos los integrantes del hospital, en situación de igualdad participaban en la organización diaria de las actividades. De 1941 a 1945 realizó sus primeros experimentos en los servicios médicos de emergencia, a través de discusiones y psicodramas en grupos grandes de pacientes.

La orientación básica originada en Jones y Main es importante porque enfatiza los siguientes puntos:

1.- **Tratamiento comunitario**, personal y paciente funcionan conjuntamente como una comunidad organizada y llevan a cabo el tratamiento de los pacientes quienes participan activamente y son agentes corresponsables en su propio tratamiento, no recipientes pasivos.

2.- **Cultura terapéutica**, todas las actividades e interacciones se relacionan con la meta de reeducar y rehabilitar socialmente a los pacientes con el fin de que les sea posible funcionar en la comunidad exterior⁶⁹.

⁶⁹ Grandinetti, J. (1999), nos dice que esas "actividades" no están, tal como ocurre con la neurosis, fantasmáticamente orientadas, se realizan con el fin de procurar un lugar donde el sujeto psicótico se articule. Es por eso que intervenciones mal consideradas de menor

Por su parte, Sullivan dijo que una institución que funciona como organismo social puede modificar terapéuticamente a un individuo. Y utilizó incidentalmente el término Comunidad Terapéutica para referirse a la acción benéfica de toda una microsociedad sobre el paciente mental (Mendizábal, P, 1983).

Mendizabal, A (1986) explica que quienes sostienen o fundan la Comunidad Terapéutica de algún modo consideran que un medio social puede generar en su interior la salud o la enfermedad mental de sus integrantes. Que es posible conocer los elementos que dan origen a la una y/o a la otra. Para Martín(citado en Mendizábal, P, 1983) la Comunidad Terapéutica se caracteriza por el esfuerzo de utilizar al máximo en un plano terapéutico, la contribución tanto del personal, como de los pacientes; para López (1980) una Comunidad Terapéutica es una estructura con una cohesión interna, cuyo objetivo esencial es lograr una situación que pueda ser en su totalidad, coherentemente terapéutica. Para Whiteley (1979) es un tratamiento que con objetivos terapéuticos, utiliza los fenómenos psicológicos y sociológicos que se dan entre los residentes de una institución.

Habría que ver si es posible que una situación en su **totalidad** sea coherentemente terapéutica. Por otro lado, un fenómeno que frecuentemente se presenta en los proyectos de Comunidad Terapéutica es el mesianismo. En relación con esto, Roberts (citado en Mendizábal, P. 1983) habla de las dos fantasías que suelen emerger en las comunidades, que si no se interpretan serán parcialmente destructivas: la fantasía mesiánica de la comunidad que va a transformar la sociedad, y la fantasía de la comunidad ideal que será la mejor de todas. Ambas son inconscientes y basadas en la idealización del líder y en la negación de conflictos existentes.

cuantía terapéutica, como las ocupacionales, laborales, artísticas, etcétera, adquieren la importancia que verdaderamente tienen en la dirección de una cura estructuralmente entendida.

Kernberg, O (1987) dice que los conceptos de igualdad, democracia y confianza en los efectos benéficos de la comunicación abierta pueden alimentar las expectativas mesiánicas, que a su vez fomentan un entorno hospitalario no realista que entorpece la reincorporación funcional de los pacientes al mundo exterior. Plantea que actualmente para la Asociación de Comunidades Terapéuticas hay **tres tipos de modelos de comunidad:**

a.- El modelo de resocialización estructurado y basado en la acción, en la terapia ambiental, en el desarrollo verbal y de habilidades sociales.

b.- El modelo reeducativo para personas inmaduras con desórdenes de personalidad sociopática, que presentan tendencia a la actuación.

c.- El modelo reconstructivo algunas veces llamado comunidad psicoterapéutica, es utilizado por el psicoanálisis.

Valdría la pena preguntarnos si realmente el problema se resolverá reeducando, o qué es lo que se tendría que reconstruir, Kernberg (1987) dice que pareciera que Jones veía a los pacientes como víctimas sociales que requieren apoyo educativo, que se les den nuevos papeles sociales y vocacionales, y se olvida de las determinantes intrapsíquicas de la psicopatología, apoyando con esto la ilusión de que una atmósfera social saludable puede reemplazar a la psicoterapia y producir un cambio de personalidad. Lo cual le parece (a Kernberg) que es atractivo, pero ingenuo, ya que el no marcar la diferenciación entre los factores sociales y los intrapsíquicos que influyen en la psicopatología, puede llevar a aplicar equivocadamente la teoría de los sistemas a la situación psicoterapéutica, dando como resultado una falta de definición clara de las indicaciones y limitaciones que tienen las modalidades y técnicas de tratamiento grupal y una falta de evaluación crítica de los efectos que hay al combinar y superponer varios tratamientos (Kernberg, 1987)

Características de la Comunidad Terapéutica:

- La horizontalidad en los roles y posiciones jerárquicas.
- La comunicación fluida y continua.
- Respeto a la persona y a la dignidad humana.
- Respeto y comprensión hacia la enfermedad mental.⁷⁰

Según Kernberg (1987) la Comunidad Terapéutica parte de principios básicos de democracia, convivencia, permisividad y confrontación con la realidad.

Por su parte, Xóchihua, S. (1990) en su Proyecto de Casa de Medio Camino, planteó que la característica fundamental de la Comunidad Terapéutica es que posee una organización global que promueve la salud mental en todos sus integrantes, siendo un espacio cotidiano en el que se integran los esfuerzos de los huéspedes, del personal técnico, de las familias⁷¹ y de la sociedad en general. Y retomando a Bion, nos dice que parte fundamental de la filosofía de Comunidad Terapéutica es que se considera que todas las personas poseen partes sanas y partes enfermas estando cada una comprometida consigo misma y con la comunidad para buscar solución y progreso a sus propios conflictos y ayudar para que los otros puedan hacer lo mismo. Esto es, que Médico, familia y "enfermo" comparten una responsabilidad de cambio, en la que están involucrados todos. Y donde la comunidad viene a ser como el médico tratante para cada uno de los integrantes. Mendizábal, P. (1983) considera que los pacientes "borderline" o los que presentan brotes psicóticos agudos

⁷⁰ Artículo informativo del Instituto de Psicoterapia Integral. Sin autor. España. 1999. Internet.

⁷¹ Marchant. N. Op. cit.. En la modalidad de comunidad terapéutica, al trabajar juntamente con el grupo familiar, se logro un mayor compromiso en el tratamiento de los pacientes durante su internación y en su alta y se observo una importante disminución de las reinternaciones, pudiéndose prevenir nuevos brotes. Internet.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

requieren del ámbito tolerable, flexible y creativo que proporciona la comunidad terapéutica.

El objetivo último de la Comunidad Terapéutica debe ser siempre la reinserción a la sociedad de la cual vino el sujeto, cuando este objetivo no está bien claro, entonces es cuando surge toda la patología ligada al "institucionalismo". La Comunidad Terapéutica es una institución, que como tal, tiene todas las características de un ámbito en el que se dan los procesos institucionales: momentos de crecimiento, de reflexión, de detención, de rupturas, de expansión, organización, capacitación y, por qué no, de improvisación (Goti, 1990).

En cuanto a las **Bases Teóricas de la Comunidad Terapéutica** desde el punto de vista psicoanalítico existen tres enfoques paralelos:

El Interpersonal culturalista de Sullivan, está centrado en la dinámica de interacción que se da cotidianamente en un hospital, en la interpretación por parte del terapeuta, y en la reunión de información proporcionada por todo el personal.

El de la psicología del yo, aplicado por William Menninger, Robert Knight y Paul Federn. Remarca la importancia del medio ambiente y la psicoterapia dirigida a fortalecer al Yo, enfatizando la necesidad de que el paciente se adapte al medio y consigo mismo.

El enfoque británico de relaciones objetales, aplicado primero por Thomas Main a "casos especiales" (la mayoría con organización límite de la personalidad) en el hospital y en forma gradual integrado con el enfoque sociológico de Alfred Stanton y Morris Schwartz. Atiende los fenómenos de grupo, explicándolos como una activación de las relaciones objetales intrapsíquicas en relaciones interpersonales con el personal, que da como resultado la puesta en escena de los conflictos del mundo intrapsíquico.

Kernberg considera que el ambiente hospitalario tiene un uso terapéutico además de fortalecer al Yo, pudiendo ser el escenario en

el que se jueguen los conflictos intrapsíquicos del paciente, y teniendo con esto la posibilidad de trabajarlos terapéuticamente. Le parece que la mejor concepción del hospital, es aquella que consiste en un entorno social experimental en el que el paciente pueda manifestar sus relaciones objetales patogénicas internalizadas, de tal modo que se pueda realizar un trabajo terapéutico de diagnóstico y de modificación e interacciones tanto individuales como grupales (Kernberg, O, 1987).

La prevención es otro de los ejes de la psiquiatría comunitaria. A lo largo del siglo xx surge la preocupación por actividades preventivas. Las teorías psicoanalíticas postulan que los trastornos mentales tienen su raíz durante la infancia. Se crean clínicas de orientación infantil y se promueven intervenciones en colegios y en grupos de riesgo con carácter fundamentalmente preventivo. La acción preventiva se extiende a intentos de modificar condiciones sociales, que se piensa son influyentes en la salud mental⁷².

Por otro lado, Barry Sugarman (citado en Goti, 1990) nos habla de **tres niveles que fundamentan, sustentan y encuadran la puesta en marcha de la Comunidades Terapéuticas:**

Nivel filosófico o de conceptos fundamentales, que incluye todas las premisas sobre las que está basada una Comunidad Terapéutica.

Nivel estructural es el de las diferentes estructuras necesarias para lograr los cambios que nos proponemos.

Nivel técnico, como su nombre lo indica, se refiere a técnicas y herramientas empleadas en Comunidad Terapéutica (este último es el más concreto y específico).

⁷² De la Hera Cabero, M.I. Zamora, C. y Llano Cerrato, E., op. cit.

Para Goti (1990) estos tres niveles están íntimamente relacionados y para explicar uno se requiere tomar en cuenta a los otros.

La técnica fundamental utilizada en las Comunidades Terapéuticas es la libre comunicación entre los miembros del personal y los pacientes, esta interacción personal pretende minimizar los efectos regresivos y el aislamiento social de la institucionalización. Se rompe el modelo terapéutico clásico, basado en la relación médico paciente, que supone un papel autoritario del médico y pasivo del paciente, de modo que éste participa en decisiones terapéuticas, administrativas y de gestión de la institución⁷³.

3.- Vivir-aprendizaje-confrontación, flujo abierto de comunicación entre pacientes y personal, que brinda retroalimentación inmediata y a su vez ayuda a los pacientes a hacer frente a la comunidad terapéutica y a la comunidad exterior.

El psicoanálisis proporciona elementos de suma importancia para el trabajo en las Comunidades Terapéuticas y no lo mencionamos anteriormente, debido a que al ser de especial interés para nosotros, decidimos dedicarle el siguiente apartado.

⁷³ Ibid.

3.- Psicoanálisis y Comunidad Terapéutica.

Valdría la pena hacer notar que en este punto se hace referencia a dos de las consideradas revoluciones psiquiátricas, en las que a su vez se encuentra implícita la que se refiere a la liberación de los enfermos mentales por Pinel.

3.1.- Antecedentes de la inserción del psicoanálisis en los hospitales.

Fue en los hospitales pequeños donde comenzó a desarrollarse una nueva filosofía del tratamiento hospitalario basado en principios psicoanalíticos. Entre 1922 y 1929 Sullivan, H.S. trataba pacientes esquizofrénicos en un hospital de E.U; partiendo precisamente de concepciones psicoanalíticas motivaba y fomentaba su rehabilitación (González, A. 1980). En 1929 Shimmel organizó en E.U. la primera sala hospitalaria que partía de principios psicoanalíticos. A finales de los 20s y principios de los 30s, la familia Menninger (padre e hijos) aplicó en su clínica un programa basado en enfoques psicoanalíticos, dirigido a tratar esquizofrénicos y trastornos graves del carácter.

Kernberg, O. (1987) nos dice que las contribuciones del psicoanálisis y de los enfoques de Comunidad Terapéutica que se han hecho al tratamiento hospitalario, han colaborado en la formación de un concepto de administración y estructura hospitalaria en la que disminuyen los peligros del hospital "como institución total", además de que da gran oportunidad de obtener nuevas experiencias de aprendizaje, al prestar más atención a la escucha de lo que le sucede al paciente, cosa que no se hacía desde la estructura jerárquica rica donde el saber lo tenían los psiquiatras.

Según G. Daumézou (en Chazaud, 1980), la dimensión psicoterapéutica del tratamiento institucional es ocasión privilegiada de catexias conflictivas e identificatorias, que ha llevado a muchos a indagar la función del psicoanálisis: Se ha hablado de transferencias y contratransferencias institucionales, de los componentes

inconscientes de la dinámica de grupo, de la asociación y verbalización. Algo muy interesante, que menciona Chazaud (1980) es que los mecanismos del inconsciente de los pacientes, tienden a provocar proyecciones, divisiones y escisiones entre los integrantes del equipo. Habría que preguntarnos si se trata de un movimiento unidireccional, ó si también los mecanismos inconscientes de los "profesionales" tienen efectos en los pacientes, tratándose así de un movimiento bidireccional ó incluso multidireccional, punto que se ampliará en el siguiente capítulo.

El mismo Chazaud (1980) reconoce que es complicada la aplicación de la herramienta psicoanalítica en el tratamiento institucional, debido a que son diferentes las condiciones a las que había en su origen, en que se trataba de una relación dual. Y que algo que puede ayudar a disminuir dicha dificultad sería que algunos de los integrantes del equipo, y sobre todo el líder, tengan una formación y una práctica analíticas extrainstitucionales.

En fin, como podemos darnos cuenta el enfoque de Comunidad Terapéutica es un abordaje bastante moderno que tiene mucha relación con la teoría psicoanalítica.

3.2.- Comunidades Terapéuticas con orientación psicoanalítica, en México.

Rafael López (1980) escribe sobre una Comunidad Terapéutica específica: **CETRAC- Centro de Tratamiento Comunitario**. (Fundada en 1973), basada en la corriente dinámica de carácter psicoanalítico, sobre todo en la teoría Kleiniana; principalmente retoma la posición esquizoparanoide y la depresiva, que (ambas) se interjuegan en el desarrollo normal, pero generalmente implican una diferencia en el proceso de maduración, esto es: a mayor grado de desarrollo del yo, menor la preponderancia de la posición esquizoparanoide y mayor la depresiva y viceversa. Considera que la disociación es la defensa esencial de la posición esquizoparanoide.

Como ya vimos, existen diferentes líneas desde las que se puede regir una Comunidad Terapéutica, creemos que el psicoanálisis, es una teoría que puede conformar la columna vertebral, haciéndole importantes aportaciones, que justifiquen el trabajo teórico y apuntalen y fortalezcan el trabajo práctico.

Antonio Mendizábal, fundador de la **Comunidad Terapéutica Mendao** (que llegó a ser muy conocida en México), nos dice (1982)⁷⁴ que es justamente la teoría psicoanalítica desde donde se intenta comprender a pacientes, personal y terapeutas de Mendao. Y que sus preocupaciones están relacionadas y apoyadas fuertemente en el psicoanálisis, a partir del cual se busca comprender y modificar la psicosis en su aspecto individual, familiar y grupal. De hecho tanto Patricia Mendizábal, como Antonio (también Mendizábal), reconocen que el Psicoanálisis se teje en la infraestructura teórica que conduce la práctica de esta comunidad, e incluso definen a la institución como **“Comunidad Terapéutica Psicoanalítica para Psicóticos: Mendao”**.

Medizábal, A. (1982) entiende a la Comunidad Terapéutica como un medio social que tiene constantes oscilaciones entre lo consciente y lo inconsciente; entre la conducta evolucionada y la regresiva; entre la integración y la desintegración; entre lo sincrónico y lo diacrónico. Considera **esencial** que los que trabajan en este tipo de instituciones, estén o hayan estado en psicoanálisis, con el fin de que puedan desempeñarse más eficazmente y con menos riesgos. Concibe la Comunidad Terapéutica como un recurso técnico directamente relacionado con el concepto de **identificación proyectiva** (retomado de Klein, Bion y Grinberg) y con su representación simbólica: la relación **continente-contenido**, de la que nos dice que es un elemento de suma importancia en el psicoanálisis, y que siempre se da en la relación bipersonal, multipersonal e incluso en la relación que establece la persona consigo misma, siendo importante que el equipo logre desempeñar su función como continente, y sea capaz de

⁷⁴ Mendizábal, A.. Trascendencia del psicoanálisis en la Comunidad Terapéutica Mendao, México. 1982.

tolerar y elaborar los contenidos de la psicosis (tan caracterizada en tener mayor contenido que continente), con el objetivo de que posteriormente el psicótico pueda ser continente eficaz de sus propios contenidos; de elaborar los contenidos de su propia salud y patología; y que también la institución ayude a establecer, modular y elaborar los contenidos de sanos y enfermos. Añade que el psicótico, aparte de tener mayor contenido que continente, tiene poca tolerancia al dolor mental y odia la realidad tanto interna como externa (Bion y Freud también lo mencionan), y al no conseguir ser amortiguador del dolor mental su pensamiento es evacuativo. Al percibir la realidad, ataca con fuerza las funciones y partes del yo que constituyen el aparato perceptual. Rozitchner (1987) considera que la locura consiste en el desborde y la ruptura del aparato de contención que nosotros mismos somos.

Esto es de gran importancia si tomamos en cuenta que al verbalizar sus sentimientos y reconocer los núcleos de verdad que hay en su delirio (Freud, 1937) tendrán menor conflicto y mayor posibilidad de contención. Freud (citado en Mendizábal, A, 1987) observa que cuando una persona consigue descifrar sus sensaciones y emociones, el dolor mental se le hace más tolerable y menos intenso; logrando, con el pensamiento, mitigar la frustración. Lacan (1991) menciona que para el sujeto psicótico es satisfactorio el "simple" hecho de tener la posibilidad de comunicar su delirio.

Mendizábal A. (1982) propone que la institución sea una especie de "matriz elaborativa" de identificaciones proyectivas normales y patológicas de los pacientes. En 1986 menciona que considerando que en el enfermo mental grave, sobre todo en las psicosis, hay un déficit en el funcionamiento mental como continente de los contenidos mentales de la persona, al proyectar y fundar Mendao. se privilegió la relación **continente-contenido** de la que hacía referencia Bion en 1966.

Esto es muy importante, tomando en cuenta que un miedo del que no se tiene conciencia como sucede en la psicosis, sólo se puede

representar sobre un escenario (F. Davoine, 1994), que en este caso es la comunidad.

Lacan nos habla de una compensación del edipo ausente mediante una serie de identificaciones con personajes que le darán la impresión de lo que hay que hacer para "entrar en escena". O en otras palabras "darán letra a su vida".⁷⁵

Aquí convendría detenernos un momento para pensar un poco acerca de qué le correspondería hacer a la institución, con las identificaciones proyectivas que vienen de parte de los "sanos" (integrantes del equipo) que no siempre son consecuencia de lo que sucede a los "enfermos".

Por otro lado, en cuanto a Sergio Xóchihua, fundador de dos comunidades terapéuticas (una en el D.F. y otra en Guadalajara Jalisco), se puede decir que básicamente siguió con la línea de trabajo que se llevaba a cabo en Mérida. Diferenciándose en que cuentan con menor número de pacientes y de personal, tienen más la estructura de casas, que de instituciones con sistema hospitalario, además son de puertas abiertas sin personal de custodia, ni de enfermería, los pacientes pueden entrar y salir cuando quieran, siempre y cuando respeten los horarios del encuadre. Estas son diferencias importantes, ya que proporcionan ventajas como una atención más personalizada entre los que viven y trabajan ahí, mayor libertad para los paciente y menor sensación de encierro. Una desventaja podría ser que al haber menos gente, haya menor necesidad y posibilidad de parte de los pacientes para socializar y para presentar sus identificaciones proyectivas.

En esta comunidad no había un trabajo teórico formalmente estructurado, sin embargo una parte muy rescatable de la experiencia en dicha comunidad, era la oportunidad de interactuar con los pacientes de una manera diferente a como se da en el sistema hospitalario.

⁷⁵ Grandinetti. J. op. cit.

Por otro lado, contrario a lo que hemos venido mencionando, encontramos un estudio realizado en las cercanías de Manchester en el que se evaluaron dos grupos de pacientes esquizofrénicos, uno viviendo en la comunidad y el otro en un hospital psiquiátrico. Se vio que los pacientes que vivían en la comunidad mostraban mayores síntomas de ansiedad, posiblemente debido a estar más expuestos al estrés ambiental. Presentaban asimismo mayor riesgo de suicidio y más síntomas depresivos que los pacientes internados. La atmósfera familiar con su carga emotiva obraba en forma negativa sobre ellos. Estaban también más expuestos a ingerir drogas y alcohol y dejaban de tomar la medicación en mayor medida que los pacientes hospitalizados más controlados. Debido a lo antedicho la dosis de neurolépticos que recibían era significativamente mayor por lo que presentaban síntomas más severos⁷⁶. Esto nos lleva a pensar que la atención terapéutica en una comunidad requiere de gran seriedad, pues al tener los pacientes la posibilidad de interactuar con sus familias y con su entorno en general, también tendrán otros elementos que les provoquen ansiedad y requerirán apoyo terapéutico para poderlos enfrentar.

Ipar, J., nos dice que la institución psiquiátrica —en su carácter de autoridad pública— es la que, a partir del episodio agudo, opera en ocasiones el corte entre el psicótico y su madre, incorporándolo a la vida comunitaria del hospital. Podría aquí entreverse la ineficacia de la internación hospitalaria en la medida en que la institución no hace más que reemplazar a la madre en la relación diádica en la que se mantiene el psicótico. De estar “junto a la madre” pasa a estar “en la institución”.⁷⁷

Aquí una pregunta que convendría hacernos es: ¿Esto no ocurre cuando el paciente entra a una Comunidad Terapéutica?

⁷⁶ Volmer, C. Portas, A. Tórtora. G. op. cit.

⁷⁷ Ipar, J., op. cit.

CAPITULO IV

El prisma de la psicosis: reflexiones surgidas de la experiencia del trabajo en tres Comunidades Terapéuticas.

1.- Dinámica que se da entre los que trabajan con el "loco".

Es frecuente hablar, escuchar ó leer acerca de cómo se manifiesta la "locura" en los pacientes, y cómo se le puede abordar, pero casi no se hace mención acerca de lo que sucede en el equipo de profesionales, dando de repente la impresión de que se tratara de un secreto ó de un pacto implícito. Lo cuál no deja de ser curioso, sobre todo si tomamos en cuenta que la dinámica a ese nivel se presenta compleja y con mucho material que podría ser y de hecho sería muy conveniente tomarlo como parte fundamental en el trabajo con la "locura". Kaës, R.(1989) nos dice que muchísimas veces el hecho de que los procesos y las estructuras psíquicas de las instituciones no se encuentran accesibles, se debe a que detrás de ellos hay justamente una verdadera patología de la vida institucional.

En el presente capítulo atenderemos esto, pues como ya dijimos, consideramos que es de gran importancia en el trabajo referente al tratamiento de la psicosis. Según Kaës, R. (1989) es difícil constituir la institución como objeto de pensamiento debido a que los aspectos psíquicos del personal, entran en juego en la relación que estos tienen con la institución. Y menciona algunas complejidades de la dinámica institucional, como por ejemplo:

- 1.- Existen fundamentos narcisistas y objetales de nuestra posición de sujetos comprometidos en la institución (en la que somos movilizados en las relaciones de objetos parciales, idealizados y persecutorios).**

2.- La institución se vuelve un tanto irrepresentable, pues no se le puede pensar en su dimensión de trasfondo de nuestra subjetividad; nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos, también nos estructura y trabajamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad.

Mendizábal, A (1986), menciona que existen indicadores que muestran cuándo el equipo pierde la ruta principal y cuándo en éste se lee "la carta de la locura"; y considera que es importante reconocer, entender por qué vino a parasitar al equipo, y recuperarse o pagar el precio de haberla dejado entrar debido a situaciones especiales de vulnerabilidad.

Sin embargo creemos que más que tratarse de algo a lo que se le deja entrar, ó algo externo que viene a "parasitar", por lo general es algo que ya estaba adentro y simplemente se manifestó ó movilizó. En relación con esto, Mendizábal, P. (1983) dice que algunas veces parece que las crisis se inician en el grupo de pacientes y en otras ocasiones parece ser el staff quien propicia la crisis. siendo los síntomas de los pacientes una reacción hacia las actitudes del equipo: el staff a su vez reacciona a las tensiones del grupo de pacientes retroalimentándose la situación, además se ha observado que al igual que los pacientes, el equipo tiende a negarlas o bloquearlas en las fases iniciales, debido a las identificaciones proyectivas, conflictos no resueltos del personal y las tensiones externas e internas. Por eso es que se vuelve indispensable tener en revisión constante el material (tanto de lo que sucede en los pacientes, como en el equipo y en la interrelación de estos) que se va presentando, pues de otro modo será muy factible que se vaya contaminando por sí mismo.

Grimson (citado en Mendizábal, A, 1982) observó que la evolución de la enfermedad está estrechamente relacionada con la institución en la que se encuentra internado el paciente. Por lo que considera de gran importancia modificar los factores inconscientes que determinan el surgimiento de conflictos y conductas negativas en el personal que convive y trabaja en las instituciones en que se atiende a personas enfermas mentalmente. Al respecto, Mendizábal, P. (1983) hace referencia al **efecto Stanton-Schwartz** que muestra cómo los

conflictos entre los miembros del personal repercuten de manera muy significativa en la conducta de los pacientes, poniendo como ejemplo el hecho de que cuando varios pacientes presentaban crisis. "casualmente" coincidía con tensiones en todos los niveles de la institución. Caudhill y compañeros (citados en Mendizábal, A. 1982) aseguran que hay maneras de contrarrestar los efectos nocivos y regresivos que se presentan en el personal, cuando el "ambiente terapéutico" de una institución es patógeno. Por lo tanto, podríamos considerar que un trabajo terapéutico con pacientes psicóticos. implicaría un trabajo con los elementos que se vayan presentando a nivel institucional. Es decir, no se podría concebir el primero, si no se da el segundo, y aunque sí se ha llegado a hacer constantemente. valdría la pena preguntarnos ¿realmente se tratará de un trabajo terapéutico?

A continuación se presentarán observaciones y reflexiones que tienen como punto de partida, la experiencia acumulada durante cuatro años, en tres comunidades terapéuticas (dos en la Ciudad de México y otra en Guadalajara), dos de estas fundadas por Xóchihua, S. tienen una misma línea teórico – práctica y otra en el que se realizaba trabajo con adictos a las drogas.

Comencemos con un juego en el que imaginemos un octágono cilíndrico, que en un extremo tiene una puerta, en el interior todas las paredes son de espejo, al entrar vemos nuestra imagen múltiplemente reflejada, cada una diferente, proyectada desde distintos ángulos. Cada pared aparte de recibir directamente nuestra imagen. recibe las imágenes que producen los otros espejos, y además las manda hacia los demás. Complicado imaginar cuántas serían y cómo se presentaría cada una de éstas; es necesario meterse para verlo. seguramente se preguntarán ¿a qué viene todo esto?, pues a que un movimiento muy semejante se da en todos lados donde hay gente y la Comunidad Terapéutica es uno de esos lugares. sólo que con

características muy especiales que hacen que esa dinámica sea bastante compleja, debido a que, como dice Mendizábal, A (1988), el proceso comunitario es establecido y mantenido por múltiples factores que se encuentran interdependientes y muchas veces superpuestos, entremezclados, ó que no son susceptibles de observación directa. Esto es de gran importancia y cada uno de los cruces o confluencias que se presentan, podrían dar motivo a una investigación.

Así es que uno proyecta algo, todos los demás lo reciben, pero no en su forma pura, sino que a la manera de prisma, este material, se verá múltiplemente trastocado, de acuerdo a los propios elementos que tenga cada quien, después de asimilarlo. cada uno emitirá diversas respuestas, que a su vez provocarán efecto en los demás. Esto se da de manera interminable, la simple presencia de uno, inevitablemente tiene implicaciones en los demás y viceversa. Dinámica en la que se juegan tanto el inconsciente como el consciente (de los pacientes y del personal).

Si aparte, con la gente que se trabaja dentro de una Comunidad Terapéutica, tiene estructura psicótica, ya podemos imaginar el nivel de complejidad del proceso.

En la Comunidad Terapéutica, muchas veces dicha dinámica tiende a pensarse como movimientos simples, es decir, el "loco" proyectando su "locura" y aprendiendo lo que le enseñan los profesionales "razonables", y estos últimos proyectando su "cordura" y recibiendo como material de estudio, lo que les dice el "loco" . Como si la comunicación que se estableciera, fuera desde dos planos muy diferentes, perfectamente bien delimitados, y que en ningún momento se mezclaran ó intercambiaran. Sin embargo, vemos que se presenta una dinámica sumamente compleja, pues aparte de la relación y comunicación entre dos diferentes (más no ajenas) estructuras, se presenta una extraordinaria capacidad de percepción y además gran tendencia a la actuación, lo cual produce la impresión de que en ese espacio "pulula" la locura, ó como dice Françoise Davoine (1994) de que "la locura está en el aire".

Pues bien, al ser los psicóticos especialmente perceptivos, en muchas ocasiones hacen comentarios u observaciones muy “atinados” y directos, de tal forma que llegan a incomodar, pues dicen lo que muchas veces, los otros (por ejemplo el personal que labora en la Comunidades Terapéuticas) no quieren saber. F. Davoine (1994) habla de una facultad que tienen las personas borderline para adivinarnos y cuidarnos, de hecho los considera poseedores de un saber y le desconcierta que ese conocimiento llamado psicosis, se encuentre tan desacreditado. La pura presencia del “loco” inquieta, porque pone enfrente un caos que no es tan ajeno a los “cuerdos” dejando ver que la “locura” es más familiar y cercana de lo que se desea. “No se necesita ser un “loco” consumado para estar familiarizado con el campo de la locura, decía Harry Stack Sullivan”⁷⁸. Lo del orden de la locura se tiende a negar, a no querer saber nada al respecto, o a quererlo tener totalmente bajo control. Lo que hace que el personal emita respuestas, que en muchas ocasiones son más del orden del actin out.

Mendizábal, A. (1988) considera que cuando se dan contradicciones insalvables y trascendentales, o cuando se carece de recursos para enfrentarlas, es cuando se pueden originar crisis, que a su vez pueden causar cambios progresivos y avances del proceso comunitario o trastornos graves, que incluso pueden llevar a la desaparición de la Comunidad Terapéutica.

A la manera del enfoque británico de relaciones objétales, podríamos hablar de la activación de las relaciones objetales intrapsíquicas de los pacientes, que a su vez viene a ser desencadenante de fenómenos de grupo. Esto es, los integrantes del equipo pueden ser iatrogénicos y/o ser afectados por las actuaciones e identificaciones proyectivas de los pacientes, y en general por las tensiones que se originan en el trabajo (Mendizábal, A, 1982).

⁷⁸ Davoine, F., La locura Wittgenstein, Ed. Libros de artefacto, México, 1944, p.

Por otro lado, observamos que los pacientes psicóticos establecen transferencia negativa, y contrariamente a lo que dice Freud (1925)⁷⁹, algunos también establecen la positiva. Y además despiertan una fuerte contratransferencia, habiendo una intensa conexión de inconscientes. Lacan considera que esta 'comunicación entre los inconscientes' es "el principio de la verdadera interpretación"⁸⁰. Para Freud (citado por Laplanche y Pontalis, 1971) era de gran relevancia tratar de conseguir que se diera una verdadera comunicación de inconsciente a inconsciente, donde el inconsciente del analista fuera como el auricular telefónico, y el inconsciente del paciente como el micrófono. Theodor Reik (citado por Laplanche y Pontalis, 1971) se refería a esto como el "escuchar con el tercer oído".

Tomando en cuenta esto, podríamos pensar en una ampliación de la propuesta del enfoque británico, considerando que el movimiento que se da es más de tipo multidireccional, es decir, que activación de relaciones objetales intrapsíquicas, se da en todos (pacientes y personal que trabaja con ellos), que a su vez hay interconexiones, y que esta activación a nivel intrapsíquico tiene manifestaciones, que además producen efectos en los otros. Esto nos llevaría a pensar que los pacientes también son afectados por las identificaciones proyectivas de los integrantes del equipo, que como ya dijimos anteriormente se le denomina "efecto Stanton-Schwartz".

Ciertamente, al haber menor contención en los psicóticos, mayormente los conflictos de su mundo psíquico se ponen en escena, y con esto, los elementos del mundo intrapsíquico del personal tienden a verse interpelados y provocados para emitir una o varias respuestas, que a su vez desencadenarán activación en los demás, estableciéndose así una especie de diálogo entre mundos intrapsíquicos (como las imágenes de los espejos de los que se hablaba anteriormente). La conexión de inconscientes explica de

⁷⁹ "...dada la inaccesibilidad terapéutica de estas enfermedades. El enfermo psicótico carece en general, de la facultad de una transferencia positiva, quedando así embotado el instrumento principal de la técnica analítica".

Freud, S., *Autobiografía*. Tomo 15. Ed. Orbis. Barcelona, 1924. p. 2792.

⁸⁰ Lacan, J., 1978. op. cit. p. 107.

algún modo el hecho de que los psicóticos suelen tener una muy fina percepción, logrando fácilmente detectar elementos y movimientos intrapsíquicos de los otros. Lo que hace que la dinámica en las Comunidades Terapéuticas para personas psicóticas se presente con características muy especiales.

Ferenczi, S., (citado en Lacan, 1978) menciona que un problema que no se ha tocado y sobre el que le parece importante poner atención, es el de una **metapsicología de los Procesos Psíquicos del Analista**. Una alternativa de trabajo que nos parece sumamente interesante con la psicosis, sería justamente en relación con ese diálogo que se establece entre mundos intrapsíquicos, esto es, un trabajo cuyo cimiento fuera fundamentalmente el material surgido de la transferencia y la contratransferencia.

2.- Algunas contradicciones generadas en y por los profesionales de la Salud Mental:

Es fundamental tener objetivos bien claros y coherentes con los hechos, evitando en la mayor medida posible, caer en contradicciones, pues el proceso comunitario estará determinado en gran parte por la meta o proyecto de la institución (Mendizábal, A. 1988).

Se piensa que algo muy importante en el trabajo con los psicóticos es transmitirles límites muy claros, en contraste con esto es curioso observar la serie de contradicciones que tienden a presentarse en la Comunidades Terapéuticas, por ejemplo:

-Uno de los planteamientos principales de la Comunidades Terapéuticas es que es democrática, entendiendo esto como: "todos somos iguales". Lo cual es paradójico, pues en realidad todos somos diferentes e inigualables; hay múltiples diferencias, por ejemplo, las que se detectan a simple vista y que es imposible anularlas: los pacientes ó huéspedes (como se les denomina más sutilmente en la Comunidades Terapéuticas) entre estos hay unos externos y otros internos, director, subdirector, gente que hace el

aseo, cocinera, hombres y mujeres, los que pagan, los que administran el dinero, a los que se les paga, prestadores de servicio social y voluntarios (entre ellos los sueldos varían). En relación con estos roles que existen en la institución, Basaglia (1989) nos dice que de algún modo hay semejanza con la división entre burguesía y proletariado; médico, asistente social y psicólogo como representantes del poder, enfermeros y enfermos como representantes del proletariado y subproletariado.

Médicos, psiquiatras ó psicólogos no usan bata blanca, los “locos” no andan uniformados, con pijamas o camisas de fuerza; la gente del aseo no trae uniforme ni delantal, sin embargo las diferencias existen, aunque encubiertas; unas son tangibles y determinadas, otras muy sutiles, apenas o nada detectables. ¿Qué necesidad habrá detrás de ese querernos hacer creer la bonita idea de que todos somos iguales?. parece ser que no se trata de un mensaje o creencia ingenua. Pensemos: ¿Cuál será la intención que hay detrás? ¿Qué significa? ¿Qué encubre? ¿Qué culpas tapa? ¿Qué necesidad(es) satisface?. Aunque no se quiera reconocer y sí encubrir, el hecho es que las diferencias saltan a la vista, e incluso hay una jerarquía perfectamente bien delimitada, que al negársele lo único que crea es una confusión mayor, detrás de la emisión del doble mensaje. Pensamos que posiblemente en las instituciones con mayor estructura de poder, es donde se presenta más el encubrimiento y la sutileza.

Así es que por un lado, se maneja que hay que “darles” juicio de realidad, por otro, se les transmite una no realidad, que es la democracia. Aquí está el doble mensaje: “Todos los diferentes somos iguales” ó “Todos somos iguales, pero unos más iguales que otros”. comunicación muy al estilo de lo que se acostumbra en las familias de los psicóticos. Aunque esto suene simple, sin importancia y sencillo, creemos que es muy necesario tomarlo en cuenta, no pasarlo por alto, pues partir de dicha falsedad, hace que el trabajo se torne contradictorio, insostenible y endeble. Partir de que “todos somos iguales” sería negar las diferencias de estructura (neurótica y psicótica), lo cual es muy delicado, pues se trata de una importante premisa que es fundamental tener bien clara y definida. Y a su vez el

aceptar que hay diferencia de estructuras, no niega que cada uno posee núcleos “sanos” y núcleos “enfermos” Muchas veces las ideas de democracia, convivencia, etc... se terminan convirtiendo en simples “buenas intenciones”⁸¹ y queda difuminado el establecimiento de límites. Difuminación que se vuelve grave cuando con lo que se está trabajando es precisamente con la psicosis. Esto crea gran ambigüedad, pues no queda definido hasta donde hay libertad de expresión, de actuación y de toma de decisiones.

Mendizábal, P. (1983), propone destruir las relaciones de autoridad tradicionales, sin embargo, a nosotros nos parece que es imposible y que si se intenta hacer, lo único que sucede es que se presentan de manera teñida ó se niega su existencia, lo cuál, nuevamente, crea mucha confusión. Creemos que la solución no consiste en destruirlas, sino precisamente en reconocer que existen y ver de qué se tratan, cómo se juega cada quien, cómo es el poder de decisión de acuerdo a cada lugar, cómo se puede un individuo ir moviendo de sitio ó si se queda en el mismo cómo y por qué lo hace. De otro modo ¿por qué habría de destruirlas? ¿cuáles se darían a cambio? ¿sería conveniente?.

Pensar en cómo se juega la autoridad y el poder, es interesante cuando se trata del trabajo con psicóticos, pues estos requieren justamente que se les apoye en establecer un vínculo con la realidad, que se les presenten límites definidos y mensajes claros, aunque tiendan a reaccionar ante cualquier actitud dictatorial. Mendizábal, A. (1986), propone una alternativa interesante que consiste en lograr un juego equilibrado entre la verticalidad y la horizontalidad, con el fin de evitar el caos o la dictadura. Pues considera (1986) que el estado psicótico es una *reacción defensiva que se repite ante cualquier presión emocional, que el sujeto vive como un acto de poder*. Esto hace que sea necesario que los integrantes del equipo, tengan la mayor claridad posible con respecto a sus funciones dentro de la

⁸¹ Grandinetti, J. op. cit. “Algunos caminos de la clínica, igual que los caminos del infierno, suelen estar empedrados de buenas intenciones. nos auguramos finalmente que al tropezar con nuestras propias piedras, luego de acusar el golpe sepamos elegir otro camino”. Internet.

comunidad, con el fin de que no mezclen y confundan roles, que a la larga creen conflicto. Sin embargo no hay que olvidarse que es difícil comprender el punto en que se encuentra el quehacer profesional dentro de la Comunidades Terapéuticas, debido a que el trato con los pacientes no es completamente cotidiano, pero tampoco completamente analítico; lo cual explica que el equipo frecuentemente tienda a quedar en una posición confusa y ambigua; desde este punto, sería interesante preguntarnos ¿cómo se les podría transmitir a los pacientes, límites definidos y claridad bajo estas circunstancias?

Algunos autores ponen bastante énfasis en que se trate con respeto a los enfermos mentales, esto suena razonable y bonito, pero muchos se quedan ahí y nos parece que aunque el respeto es importante, se requiere ir más allá: *analizando lo que sucede tanto en el equipo como en los pacientes, para a partir de ahí abrir una escucha diferente y con esto, la posibilidad de un trabajo verdaderamente terapéutico.*

Por otro lado, Mendizábal, A. (1986) menciona que cuando se dan actitudes anticomunitarias, de aparentes aceptaciones, devaluaciones y ataques al método, se trata de un pseudo proceso. Sin embargo, nos parece muy importante identificar cuándo se trata de esto y cuándo de cuestionamientos justificados y acertados que se hacen a la institución y que los directores o coordinadores se rehúsan a escuchar, y aceptar, prefiriendo interpretarlo como una actitud anticomunitaria.

Se habla de democracia, de proporcionar libertad de acción a los pacientes, de eliminar barreras entre el hospital y el resto de la sociedad, de destruir relaciones de autoridad tradicionales y nivelar la pirámide jerárquica, de subdividir el poder de decisión. A simple vista suena sensacional y pareciera deseable, sin embargo, si se analiza detenidamente se vislumbra algo delicado, pues en primer lugar, quién sabe si en realidad sean planteamientos posibles o sólo un listado de buenos propósitos o intenciones idealistas y en segundo lugar ¿dónde quedarían los límites, tan necesarios en el abordaje con este tipo de estructura (psicótica)? Además, insistimos en que parece

que con todo esto se encubre alguna otra cosa. Kernberg (1987) considera que si se parte de la suposición de que todas las personas son esencialmente buenas y que la comunicación abierta eliminará las distorsiones en las percepciones del sí mismo y de los demás (causa última del conflicto patológico y de la estructura psíquica patológica), se niega la existencia de fuentes intrapsíquicas inconscientes de agresión, que están en notable contradicción. Lo más interesante y de lo que "curiosamente" poco se habla, es que estas fuentes intrapsíquicas de agresión se dan tanto en los pacientes como en el equipo, y quizás esto es lo que se encubre y que con especial atención se quiere negar, pues lo que está en juego es justamente el material intrapsíquico de los profesionales frente al de los pacientes, cosa que es sumamente amenazante.

Otra cuestión paradójica es que por un lado, de acuerdo con Goti (1990), el objetivo de la Comunidades Terapéuticas es que el individuo se reinserte a la sociedad. sin embargo, por otra parte está la necesidad administrativa de tener un equilibrio económico, aparte de querer continuar el trabajo que se desempeña, por lo que se hace difícil buscar dicho objetivo, y aparece el deseo encubierto de mantener pacientes crónicos que siempre requieran de la institución y se mantengan cautivos. Grimson (1972) observa que cuando la institución está más destinada a su propia conservación, el paciente tarda más en retornar a la sociedad.

Muy interesante y de gran importancia es caer en la cuenta de que este deseo (a nivel institucional) de mantener la cronicidad de los pacientes, a su vez tiende a embonar con la necesidad inconsciente de los familiares y del mismo paciente de mantener la "locura". Entendiéndose así el hecho de que muchas veces, los integrantes del equipo parecen volverse aliados de la familia y de los pacientes en la labor de sostener la "locura". Y el cambio o la "mejoría" pueden representar una gran amenaza, estos harán todo lo posible para que no se mueva al que ha sido el depositario, ya que esto implicaría una pérdida de la homeostasis del sujeto, de la familia, del equipo y de la sociedad en general. Pues mucho de lo que se mueve en la psicosis, corresponde al inconsciente, no sólo del sujeto psicótico, sino al de

todos. Por lo mismo suele ser tan amenazante, ya que de una u otra manera nos "toca".

Pichón Riviere (1975) reconoce un interjuego implícito donde el psiquiatra asume el rol de resistencia al cambio. Nosotros diríamos que no sólo es el psiquiatra el que muchas veces asume este rol, sino que también lo hacen algunos de los demás profesionales que se dedican al trabajo con enfermos mentales. El considerar esto, nos lleva a preguntarnos: ¿Entonces cómo se podría realizar un tratamiento TERAPÉUTICO, sin que los familiares, pacientes e integrantes del equipo se sientan amenazados y salgan huyendo despavoridos o terminen boicoteando el tratamiento haciéndolo imposible? ¿O será que sólo hay posibilidad de existencia para aquellos tratamientos que garanticen la no mejoría, el mantenimiento de la "locura", el no movimiento, es decir los que se llevan a cabo en las supuestas Comunidades Terapéuticas, que en realidad son "guarderías de "locos" donde la función de los empleados se limita simplemente a ser una especie de cuidadores o "baby sitter?"

Minuchin (1989) cree necesario que los terapeutas se asocien a la familia y establezcan un sistema terapéutico. Considera que para aliarse a este sistema, se debe aceptar la organización y estilo de la familia, ya que de otro modo, cualquier intento de reestructuración y de alcanzar objetivos terapéuticos fracasará. A nosotros nos parece que más que asociarse o aliarse a la familia, es necesario comprender la dinámica familiar y siempre tomar muy en cuenta los movimientos que tienen lugar en este sistema. El pensar en una alianza o asociación con la familia, nos parece peligroso dados los elementos que se mueven en la psicosis y con los que es necesario tener límites bien claros y definidos, lo cual no implica rigidez.

Muchas veces en el trabajo con los enfermos mentales se despierta una tendencia de ser controlador, impositivo, apegarse rígidamente a un encuadre, técnica ó postura, como si esta fuera una manera de confirmarse que se tiene bajo control la "locura". Xóchihua, S. decía (1993) "Tal vez quienes trabajamos con la locura es porque le tememos y hay la necesidad de controlarla, y una manera de

contrarrestar la fobia es enfrentándonos al objeto fóbico". Frieda Fromm (1977) considera que el temor, ansiedad y hostilidad de una colectividad, pueden ser defensas contra la enfermedad mental. Nos parece que el fin de estas actitudes es evitar en la mayor medida posible, que la propia "locura" salga a dialogar con la de los pacientes, contener los propios elementos intrapsíquicos, impidiendo que se pongan en juego ó se sientan interpelados, ya que esto produce gran angustia. Greenson, R (1979) hace referencia a esto diciendo que algunos analistas se sirven de la técnica para proyectar, otros para proteger su personalidad y algunos se sirven de los pacientes para descargar sus deseos reprimidos. Y menciona que las dos reglas prácticas de Freud: una consistente en que el analista es un espejo y la otra que es la regla de abstinencia, han sido entendidas equivocadamente por muchos analistas y se han basado en esto para justificar una actitud austera, distante y autoritaria con sus pacientes, lo cuál viene siendo incompatible con la formación de una alianza de trabajo eficaz.

En 1982, Mendizábal, A. menciona que muchas veces el personal tiende a usar a los pacientes para satisfacer sus necesidades patológicas, antiterapéuticas o ideológicas. En 1986 expresa que en el equipo siempre se generan contradicciones y aunque es imposible que se dejen de presentar, sí se puede originar un cambio y evolución positivos con el análisis, elaboración y la superación de las que se vayan produciendo. Sin embargo también menciona que se ha observado que al igual que los pacientes, el equipo tiende a negarlas ó bloquearlas en las fases iniciales, debido a las identificaciones proyectivas, conflictos no resueltos del personal y las tensiones externas e internas.

Para terminar, algo que sería muy interesante pensar es ¿qué es lo que nos llevará a inclinarnos a trabajar con la locura? ¿cómo se jugará nuestro deseo en este trabajo? ¿qué es lo que nos hace ofrecernos como barrera de contención, poniendo a prueba nuestra "fortaleza" día con día, tal vez como vigilantes o guardianes de la "locura", como readaptadores ó diques fuertísimos que impiden que se desborde? ¿la locura de quién? Parece ser que muchas veces en ese

colocarse como barra de contención, ó como gran fortaleza que detiene a la "locura", se juega mucho del orden del narcisismo. Por ejemplo, Manning (citado en Mendizábal, P. 1983) menciona que en muchas ocasiones los trabajadores idealizan su labor y se consideran responsables de la vida de otros. Frecuentemente se habla de las múltiples expectativas o exigencias que se depositan en los que trabajan en la Comunidades Terapéuticas, pero parece que la cuestión en realidad consiste en que muchas veces estos mismos son los que se ofrecen como satisfactores de todas esas expectativas y exigencias, presentándose así en cierta medida como figuras "omnipotentes". Aunque también podemos pensar que detrás de esto, esté en juego la necesidad de reparación.

Conviene no colocarnos en una postura humanitaria, sino ética, que muchas veces se confunde con moral, y si no interrogamos nuestra posición, terminaremos colocándonos como amos o esclavos de ese psicótico. Ser humanitarios alivia nuestra conciencia moral, pero es una forma de retroceder frente a la psicosis, porque la cuestión no consiste en ser más o menos humanitario ni de tomar al psicótico como un héroe o un mártir dentro de la tragedia que vive: se trata de ir más allá. Teniendo en cuenta que todo acto tiene un sentido y un por qué, por más incomprensible y desarticulado de la realidad que parezca.

En fin, el fundamento de nuestra reflexión ética consiste en: penetrar en el problema de nuestra propia acción.⁸²

3.- Flujo de personal:

Es muy importante tener suficiente información con respecto a la psicosis, estar en análisis personal e institucional, conocer las bases ó fundamentos, historia, objetivos ó planteamientos de la Comunidades Terapéuticas, con el fin de tener más claro y poder sostener el trabajo, pues de otro modo y aunado a la dificultad que implica el

⁸² Fudin, M.. op. cit.. Internet.

trabajo con los psicóticos desatará gran enojo, actuaciones y desgastes que impidan continuar. Algo que llama la atención es el hecho de que en las dos Comunidades Terapéuticas para psicóticos, sobre las que estamos basando nuestras observaciones, la mayoría de gente del equipo tiene una duración de un año y medio cuando mucho. Después del año, se observa que comienzan a cuestionar acerca del quehacer en el equipo, esto incomoda a los demás y el no ser escuchados les molesta al grado de tomar la decisión de salir, y cuando salen, lo hacen excesivamente enojados. Esto es relevante debido a que es repetitivo. El hecho de que el personal se salga hace necesaria la llegada de nuevos profesionales que no tienen la experiencia, por lo menos en esa Comunidades Terapéuticas y requerirá de un tiempo de adaptación, todo esto afectará a los pacientes ya que una de sus características es la desconfianza y la dificultad para depositar su libido en alguien. Tanto para ellos, como para el equipo, implica gran descontrol y esfuerzo volverse a readaptar, creando así un movimiento importante a nivel institucional.

4. Parejas dentro de la comunidad.

En la comunidad terapéutica se presenta un encuadre, en el que se prohíbe a los pacientes establecer relaciones de pareja dentro de la comunidad. Sin embargo, es curioso observar que estas relaciones tienden a presentarse entre los integrantes del equipo, manteniéndose en secreto, con un tinte de clandestinidad lo cual se considera importante, en la medida en que pasa a ser una variable más en el trabajo, variable que crea gran movimiento y confusión tanto entre los miembros del equipo, como entre los pacientes, pues no se sabe si lo que se percibe es real o parte de las fantasías. Además desencadena actuaciones y gran erotización sobre todo en los pacientes. Y el hecho de que se mantenga en secreto, muchas veces lleva al equipo a hacer una lectura e interpretación errónea o incompleta de lo que sucede dentro de la institución. Tomemos como ejemplo un hecho concreto: un paciente agrede a uno de los coordinadores. Esto se

comprenderá de manera radicalmente distinta si se sabe que esa persona agredida es la pareja de otro de los miembros del equipo, con el cual el paciente ha establecido una transferencia positiva, y que además esta pareja estaba teniendo conflictos.

En relación con esto Mendizábal, A (1985) menciona que en las comunidades tienden a presentarse fenómenos colectivos como por ejemplo la violencia y la eroticidad, que aparecen como defensa ante angustias graves, esto nos lleva a pensar que el establecimiento de relaciones de pareja, pudiera ser un tipo de defensa ante lo que ocurre a nivel institucional.

Llama la atención el hecho de que tanto las diferencias, como las relaciones sexuales tiendan a quedar encubiertas y no podemos dejar de preguntarnos ¿será mera casualidad, ó tendrán algo en común que lleve a mantenerlas ocultas?. Aquí valdría la pena detenernos para recordar la reflexión de Foucault, ya citada en uno de los primeros capítulos, sobre el hecho de que sólo nuestra cultura puso a la sexualidad sobre la línea divisoria que separa rigurosamente a la razón de la sinrazón, y a la salud, de la enfermedad. Si la sexualidad es un elemento clave en las diferencias entre la locura y la razón, detrás de la necesidad de ocultarla puede estar el interés de sostener el papel histórico y complejo que ha tenido durante siglos; es decir, si la sexualidad se manejara abiertamente, la línea divisoria entre "loco" y " cuerdo", quedaría un tanto difuminada y como esto es justo lo que no se desea, entonces se entiende que haya tanto empeño en mantener cubierta la sexualidad, garantizando así, a su vez una línea divisoria bien clara y determinada entre locura y cordura, línea que por supuesto no se quiere reconocer y mucho menos hablar al respecto, pero que da la impresión de que a toda costa se desea mantener.

5.- Dinámica que se presenta en las familias de los psicóticos y entre los que trabajan con éstos.

Como ya vimos, por lo general alrededor del psicótico se juega una dinámica con características muy especiales. frecuentemente se habla de los mecanismos generados por las familias de los psicóticos, desde

algunas teorías se podría entender esto como algo desencadenado por él , sin embargo, también podríamos ver lo que le sucede a éste, como consecuencia de esa dinámica. Lo interesante sería analizar al "loco" y su contexto, como parte de un mismo sistema, considerando como parte de su contexto, no sólo a la familia, sino también al equipo de profesionales que trabajan con él, en el que también se presentan una serie de elementos que resaltan y que bien podrían ser material de análisis muy valioso y necesario en el trabajo con el psicótico.

6.- ¿Hogar sustituto para quiénes?

Como ya vimos anteriormente, algunos consideran que la Comunidad Terapéutica es un hogar sustituto para los pacientes, pero se observa, que el equipo tiende a idealizar e involucrarse demasiado en el trabajo dentro de la comunidad, dejando que le absorba gran cantidad de tiempo, llegando el momento en que casi se convierte en lo único para ellos, depositando gran parte de su libido en ésta. Lo que tal vez se deba a algo de lo que nos habla Mendizábal, A (1985): que el proceso comunitario proporciona a la enfermedad mental un ambiente de comprensión y de calidez emocional, y al personal ofrece cosas de las que normalmente se carece en la vida acelerada e impersonal de las actuales grandes ciudades o en las culturas donde se propende a una lucha por el triunfo personal, a un predominio del yo donde el vínculo con lo colectivo o con la especie casi ni se percibe ni se valora.

Freud, habla de un mecanismo que consiste en apartarse de la realidad o de un fragmento de la misma, cuando ésta le parece intolerable; pareciera que en el equipo se da algo parecido, en su tendencia a refugiarse en la Comunidad Terapéutica buscando crear en esta un mundo ideal, y apartándose así del real. Kernberg (1987) nos dice que el hecho de que los promotores de las Comunidades Terapéuticas construyan una 'sociedad ideal' dentro del hospital puede combinarse fácilmente con las necesidades de los pacientes de negar sus conflictos intrapsíquicos e interpersonales.

Además el hecho de que los profesionales inviertan tanto tiempo y energía en el trabajo de la comunidad, hace que llegue el momento en que la "locura" les absorba o invada. En una ocasión Xóchihua, S. (1993) decía que "la locura es como los vampiros, te chupan la sangre y cuando ya estás debilitado te desechan". Es un trabajo sumamente desgastante, las vacaciones se vuelven urgentes y llega el momento en que ya éstas no son suficientes y muchas veces la salida de la comunidad viene a ser inevitable. Además los profesionales tienden a sintomatizar como respuesta a lo que sucede en el trabajo que desempeñan con los enfermos mentales. Edelwich y Manning (citados en Mendizábal, P, 1983), al conjunto de estos síntomas, le denominan "**Burn Out**", que se traduce como "quemarse", "fundirse" ó "**síndrome de deterioro**". Reconocen que las Comunidades Terapéuticas son exhaustivas, sobre todo para sus líderes, a quienes incluso, en ocasiones los han llevado a un quiebre. Señalan que este síndrome se presenta debido a la falta de entrenamiento adecuado ó a problemas personales no resueltos.

Se puede decir que aunque el trabajo realizado en las Comunidades Terapéuticas sea exhaustivo en sí mismo, la manera como se desempeñe dependerá de la formación teórica que se posea, la experiencia, el análisis personal, supervisión y las características de cada sujeto. Es decir, aunque varios profesionales desempeñen (aparentemente) la misma labor, en realidad hay una marcada diferencia en el modo de hacerlo.

7.- Consideraciones para una propuesta terapéutica desde el psicoanálisis.

7.1.- Significado de terapéutico cuando de psicosis se trata.

Para comenzar es importante definir qué quiere decir “terapéutico”, cuando se habla de psicosis. Sería falso ofrecer o hacer creer que se curará al psicótico, ya que las estructuras permanecen, es decir, la persona con estructura psicótica, tendrá siempre dicha estructura, sin embargo esto no quiere decir que no haya nada por hacer, pues muy al contrario, el quehacer terapéutico en estos casos es mucho. Quizás nos preguntemos ¿si no se van a curar, si van a continuar siendo psicóticos, entonces qué es lo que se persigue?, nosotros diríamos que lo que se busca es una estabilización y una mayor funcionalidad. Lacan, J.(citado por Laurent, E, 1989) en 1976 produjo una nueva orientación que permitió repensar formas de estabilización en las psicosis, pues en 1956 sólo se contaba con la estabilización delirante. El considera necesario tener una idea de lo que produce al síntoma, el cuál se caracteriza por ser inanalizable y por ser estabilizador del paciente y para esta tarea de estabilización nos parece importante retomar lo que Freud recomienda: ayudar al yo, cuando este ha sido debilitado debido al conflicto interno. De modo que **el analista junto con el Yo debilitado del paciente, apoyándose en el mundo real exterior, tomen partido contra las exigencias instintuales del ello y las demandas morales del super yo (vivas como enemigos) (Freud, 1940).**

También es muy necesario tomar en cuenta que en el trabajo con la psicosis uno se enfrenta con movimientos que se presentan en diferentes ámbitos y que requieren ser analizados constantemente debido a que esto interviene y puede determinar el abordaje. Estos diferentes ámbitos de los que hablamos son: institución, familia, grupo de pacientes, equipo técnico y sociedad. Y además de que es importante que se analice lo que sucede en cada uno de éstos.

también es necesario ver qué pasa en sus múltiples interconexiones con los demás.

Hay diferentes líneas desde las que se puede regir una Comunidad Terapéutica, creemos que el psicoanálisis es una teoría que puede conformar la columna vertebral, haciéndole importantes aportaciones que justifiquen el trabajo teórico y apunten y fortalezcan el trabajo práctico. Aunque son varios los elementos que se pueden retomar de esta disciplina, en el presente estudio únicamente queremos atender a dos: La transferencia y la contratransferencia, que nos parecen centrales en esta dinámica y que si se revisan se establecerá una diferencia radical en la labor con la psicosis. También reconocemos que hay otras corrientes que han hecho importantes aportes que pueden ser de gran utilidad en la construcción de un modelo teórico para la Comunidad Terapéutica, sin embargo, por el momento, dadas las limitaciones de la presente investigación, únicamente nos abocaremos a pensar desde el psicoanálisis, sin dejar de ver que posiblemente en un futuro se pueda ir complementando con las otras líneas de trabajo.

7.2.-El quehacer terapéutico en la comunidad.

Se proporcionan a continuación una serie de fenómenos que se trabajan en la realidad interna del paciente, mediante el programa terapéutico del Instituto de Psicoterapia Integral⁸³.

- A. La integración y uso de una imagen adecuada del esquema corporal.
- B. Desarrollo del proceso simbólico.
- C. Desarrollo del proceso de comunicación. Adquisición de la capacidad de recordar y no alucinar, de abstraer y dar cauce al pensamiento verbal.

⁸³ Artículo informativo del Instituto de Psicoterapia Integral. op.cit.. Internet.

- D. Elaboración de la conflictiva personal.
- E. Ruptura de los estados regresivos.
- F. Tolerancia al dolor mental.

Algunos objetivos específicos terapéuticos de una comunidad, podrían ser:

- Ofrecer un espacio donde los individuos con estructura psicótica sepan que pueden vivir siendo aceptados, rompiendo así en parte con la historia de rechazo y encierro.
- Proporcionarles elementos, que les ayuden en la tarea de buscar ser más funcionales, partiendo de la idea de que la enfermedad mental no implica que tengan que permanecer inactivos ó aislados deteriorándose cada vez más.
- Que aprendan a vivir con su estructura. Desarrollando sus partes "sanas" y conociendo las "enfermas".
- Que caigan en la cuenta de que pueden hablar(se) y ser escuchados, y que lo que dicen tiene un sentido que merece ser descifrado. A su vez, que aprendan a escuchar(se) y participar con respecto a lo que los otros dicen o hacen y de esta manera, salir de su ensimismamiento.
- Una de las características de los pacientes psicóticos y de sus familias es su especial tendencia a romper límites, manifestando así la necesidad (de hecho da la impresión de que en alguna parte piden a gritos la presencia de alguien firme) de alguien que venga a ponerlos de tal modo que les impida sobrepasarlos. Así, una de las funciones del profesional en la comunidad, sería el de marcar claramente los límites haciendo a su vez que estos se respeten. Esto es para los pacientes y sus familiares una medida que ayuda a su contención, pues saben que esto les impedirá en gran medida que su "locura" se desborde.

- Muy importante (terapéuticamente) es que ellos puedan estar en un espacio aparte de su familia, cuya dinámica ha colaborado grandemente en hacer de él un sujeto psicótico. Así, al alejarlo de esta dinámica psicotizante, el individuo podrá irse moviendo de lugar, esto es, ir funcionando de una manera diferente a como lo había venido haciendo.
- También parte de la labor de los profesionales que trabajan en una comunidad es establecer comunicación tanto con el psiquiatra, como con el terapeuta y con la familia del paciente. logrando así una mayor comprensión de lo que a este le sucede.
- Que sea un espacio donde los individuos psicóticos puedan vivir sus crisis, pues aunque frecuentemente hay la tendencia a considerarlas como retroceso, recaída, y motivo para asustarse. Rapaport (citado por Mendizábal, P. 1983) menciona que éstas generalmente son favorables para el paciente y que sería importante poder utilizar sus potenciales terapéuticos y minimizar los antiterapéuticos, reconociendo su proceso y significado, y pudiendo detectarlas a tiempo. Savalle y Wagenborg (citados en Mendizábal, P. 1983) dicen que se les puede usar como situaciones terapéuticas valiosas que promuevan la reconstrucción y el proceso de elaboración de problemas esenciales⁸⁴.
- Un lugar donde puedan convivir con personas de estructura semejante.
- Donde puedan conectarse afectivamente con los demás.
- Que en ocasiones puedan recibir apoyo y en otras brindarlo.
- Que caigan en la cuenta de que no son seres “peligrosos”, que requieran amarras, encierro ó tranquilizantes en dosis fuertes.

⁸⁴ Mendizábal, P. M., op cit., p. 34.

-Fomentarles el cuidado del espacio en el que viven y de su propia persona.

-Que al mantenerse más activos se sientan "útiles" y satisfechos, no teniendo a la "locura" como única salida ó única posibilidad de relacionarse consigo mismo ó con el exterior.

Se considera que especialmente para los psicóticos, ya el hecho en sí de vivir en comunidad, tiene por decirlo de algún modo, propiedades terapéuticas implícitas, para Mendizábal, P (1983) todas las relaciones que se entablan, tanto las que tienen lugar entre los propios pacientes, como la interacción entre pacientes, médicos y enfermeras son consideradas como potencialmente terapéuticas. Sin embargo, aparte de lo que implica en sí el vivir en comunidad, podemos hablar de un quehacer sistematizado que se puede implantar o llevar a cabo en ésta, un quehacer organizado que integre formación teórica, análisis individual e institucional y experiencia del personal; un trabajo serio en equipo, con fundamentos teóricos firmes, que lo respalden y lo hagan sostenible.

Recordemos que Daumezón, G. (citado por Chazaud, J., 1980) considera que la dimensión psicoterapéutica del tratamiento institucional es una ocasión privilegiada de catexias conflictivas e identificatorias. Dice que es justamente eso lo que ha conducido a algunos a indagar la función que tiene en él el psicoanálisis. Kernberg, O (1987) por su parte menciona que la mejor concepción del hospital es la de un entorno social experimental dentro del que el paciente puede mostrar sus constelaciones predominantes de relaciones objetales patogénicas internalizadas, y en el que estas relaciones objetales activadas pueden diagnosticarse y modificarse terapéuticamente en el contexto de interacciones psicoterapéuticas individuales y grupales. Y que las contribuciones del psicoanálisis al tratamiento hospitalario y las contribuciones de los enfoques de Comunidad Terapéutica han facilitado un concepto de administración y estructura hospitalaria que reduce los peligros del hospital como

una “institución total” y aumenta al máximo la oportunidad para nuevas experiencias de aprendizaje.

Un espacio en el que se tome en cuenta lo que Lacan (1978) dice que es como un testimonio que se da y que llama la atención sobre un “Otro sitio”, del que Freud menciona que es un inconsciente que está articulado, lo cual no implica que este sea reconocido. Y vienen a dar testimonio de su dimensión llamando sobre él nuestra atención: el enclaustramiento, la rebeldía, el deseo, el hastío, la vigilia, la oración y el pánico. Nos dice Lacan (1991) que en la psicosis hay una constancia que da fe de algo que aparece obstinadamente, se impone y se muestra. Añade que el sujeto psicótico ignora la lengua que habla, Freud, en 1937 menciona que cuando este sujeto logra verbalizar sus sentimientos y reconocer los núcleos de verdad que hay en su delirio, disminuye su conflicto y se incrementa su posibilidad de contención. El mismo (citado en Mendizábal, A. 1987) observa que cuando una persona consigue descifrar sus sensaciones y emociones, logra hacer más tolerable y menos intenso su dolor mental, mitigando con el pensamiento la frustración. Lacan (1991) considera que para el sujeto psicótico es satisfactorio el “simple” hecho de tener la posibilidad de comunicar su delirio. Por su parte, Freud (1937) dice que se debería de abandonar el vano esfuerzo de convencer al paciente del error de sus delirios y de su contradicción con la realidad, y, por el contrario, el hecho de reconocer su núcleo de verdad proporcionaría una base común sobre la cual se podría desarrollar el trabajo terapéutico.

Así partiendo de un amplio bagaje precedente, puede surgir la improvisación necesaria y tan importante que se requiere en las Comunidades Terapéuticas, una improvisación respaldada que emerja en vez de las actuaciones repentinas sin fundamentos, ni seguimiento y sin una idea de a qué corresponden, ni de donde parten. Nos parece importante recalcar que hay una diferencia abismal entre ambas. Esta primera es necesaria ante lo imprevisto o impredecible que aparece constantemente en las Comunidades Terapéuticas.

Fudín, M., se pregunta: ¿Cómo manejar en las urgencias la compleja trama transferencial? Abordar la urgencia conlleva la responsabilidad de soportar cierta ignorancia y no precipitarse compulsivamente al hacer o al decir⁸⁵.

Freud (citado en Laplanche y Pontalis, 1971) propone que el analista escuche al analizado dejando funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspendiendo las motivaciones que habitualmente dirigen su atención. Tomando en cuenta esto, podríamos pensar la improvisación de la que venimos hablando como algo proveniente de la actividad inconsciente del analista. Al respecto, Lacan (1991) habla de que el neurótico trabaja con el psicótico desde todo su material (consciente e inconsciente), llevando consigo su represión. Por lo mismo y recalcando, nos parece fundamental estar al pendiente y revisar constantemente lo que vaya sucediendo con dicho material, pues después de todo éste tiene una íntima relación con el trabajo que se realice con la psicosis.

7.3.- Transferencia como eje central.

Freud, en Compendio del Psicoanálisis (1938), nos dice que el Yo del psicótico no podrá ser un aliado útil en nuestra labor, debido a que éste arrojará nuestra persona, junto con la ayuda que le ofrezcamos. De hecho considera que es necesario renunciar a la aplicación de su plan terapéutico en el psicótico, añadiendo que puede ser que dicha renuncia no sea definitiva, sino transitoria, mientras se encuentre un plan más apropiado para ese propósito.

A nosotros nos parece que en vez de renunciar, es posible encontrar (retomando los elementos que él mismo propone) ese plan más apropiado para abordar al psicótico, ya antes considerábamos que tanto la transferencia del paciente, como la del terapeuta (en cuyo caso usaremos el término *contratransferencia*, para distinguir), son elementos de importancia fundamental en el trabajo con la psicosis.

⁸⁵ Fudin, M. op. cit., Internet.

La transferencia se define (Greenson en González, N., et al, 1986) como el conjunto de pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales de una persona, como repetición de reacciones formadas con respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales. Se caracterizan por aparecer con gran intensidad. Hay diferentes tipos de **transferencia**:

- Positivas**: Sentimientos de aprecio, cercanía, cariño, admiración, etc...
- Negativas**: Sentimientos de enojo, rechazo, odio, etc...
- Neuróticas**: Cuando el paciente entiende que lo que siente hacia el analista es impropio e imaginario.
- Psicóticas**: Cuando lo que siente el paciente no es vivido como imaginario, es decir, cuando la situación de impropiedad la toma como real.

Nos dicen que todas estas transferencias están al servicio de la curación del paciente, pero con frecuencia se convierten en resistencias al tratamiento.

No nos olvidemos que el analista también tiene un inconsciente y que a veces le juega malas pasadas y lo convoca a otro de los discursos a modo de resistencia⁸⁶.

Esto es la **Contratransferencia** de la que podemos decir que fue Freud el primero que utilizó este término, entendiéndolo como la distorsión que se puede presentar como sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes, ideas ó defensas por parte del terapeuta (Freud, S. 1937). Distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una relación de objeto específica y que consiste en proyectar sobre el paciente sentimientos que no le corresponden, sentimientos que en realidad sintió (el terapeuta) hacia otras personas en el pasado y que ahora los transfiere hacia el paciente (González, N., et al, 1986). Según Reich (citado por González, N., et al, 1986) hay

⁸⁶ Ibid.

algunas reacciones contratransferenciales permanentes y otras agudas. Las primeras son efectos de un problema caracterológico del psicoterapeuta, por lo general son inconscientes y se convierten en "puntos ciegos" que dan lugar a errores psicoterapéuticos. las segundas son como efectos de las diferentes manifestaciones de la transferencia del paciente, se originan en la interacción entre paciente y psicoterapeuta y producen en el último una captación del paciente. para lo que es necesario que los objetos internalizados del paciente entren en contacto con los objetos internalizados del terapeuta.. González, N (1986) menciona que esta captación se vuelve un instrumento psicoterapéutico ó de diagnóstico que permite trabajar con más precisión y que se puede utilizar para retroalimentar al paciente acerca de su problemática y poner esta captación a su servicio, a través de las confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones.

Con respecto a la **contratransferencia** Laplanche y Pontalis (1971) mencionan tres orientaciones técnicas:

- Una que consiste en reducir lo más que se pueda las manifestaciones contratransferenciales, mediante el análisis personal.
- Otra en la que se utiliza de manera controlada la contratransferencia, tomando en cuenta lo que decía Freud de que cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el que puede interpretar las expresiones del inconsciente de los demás.
- Y la tercera se refiere a que en el momento de la interpretación uno se guíe por las reacciones contratransferenciales, considerando la resonancia <<de inconsciente a inconsciente>> como la única comunicación auténticamente psicoanalítica.

Se podría decir, que la **transferencia-contratransferencia** si no es la, sí es por lo menos **una de las piedras angulares** en este trabajo. En su Autobiografía (1924), Freud menciona que la transferencia

constituye el mejor instrumento de la cura analítica, después de ser el arma más importante de la resistencia. Por lo que su aprovechamiento y manejo es la parte más difícil y relevante de la técnica analítica. En 1912 dijo que la transferencia es la palanca más poderosa del éxito, sin embargo, él mismo, añade que el estudio analítico de las psicosis pareciera excluido de todo resultado médico, dada la inaccesibilidad terapéutica de estas enfermedades ya que el enfermo psicótico carece en general de la facultad de una transferencia positiva, quedando así embotado el instrumento principal de la técnica analítica, no obstante, a pesar de que Freud hablaba de la imposibilidad de mantener transferencia en las psicosis. Melanie Klein en 1946 fundamenta con el concepto de identificación proyectiva la posibilidad de manejar la transferencia en las psicosis. sería interesante pensar esto como la transferencia en general (tanto del paciente como del terapeuta). Del mismo modo, la resistencia desde ambos. Pues como dice F. Davoine "La transferencia psicótica designa un lazo con el analista"⁸⁷. Avigo, L. (1999), dice que tomando en cuenta que el sujeto no es todo psicótico, las transferencias se dan. Y el proceso terapéutico transcurre por distintas etapas que implican la instalación de una transferencia particular.⁸⁸ Carl Whitaker (citado por Minuchin, 1989), quien trabajó mucho tiempo con pacientes esquizofrénicos, tomaba muy en cuenta los estados emocionales y los procesos irracionales del terapeuta. González, N. (1986) menciona que ante la angustia contratransferencial, el terapeuta tiende a levantar sus propias defensas.

Lourau (1970), considera que la transferencia del enfermo sólo se puede controlar a partir de la respuesta que se le da, esto es, desde la contratransferencia. Para Lacan (1978) lo que se responde es menos importante que el lugar desde donde se responde. Nosotros pensamos que si muchas veces el sujeto psicótico no establece transferencia positiva, no se debe sólo a una incapacidad de su parte, sino también tiene que ver con lo que se mueve en el profesional. Y de hecho, nos

⁸⁷ Davoine, F. op cit., p. 10.

⁸⁸ Avigo, L. Psicoterapia en los procesos psicóticos. Mesa redonda Simposio Regional de la WPA, Buenos Aires, 1999. Internet.

parece que en ocasiones puede suceder que el sujeto psicótico sí establezca una transferencia positiva y que el profesional por sentirse amenazado o por alguna otra razón sea incapaz de reconocerla y/o que incluso bloquee su salida.

Creemos que para desempeñar un trabajo realmente terapéutico en este ámbito, es sumamente necesario: reconocer que tanto la transferencia, como la contratransferencia se dan, saber identificarlas y revisar constantemente de manera profunda el material que se presenta en éstas, considerándolo **fundamental**. Pues de acuerdo con Davoine, F. (1944), el tipo de tratamiento hacia las personas psicóticas no dependerá tanto de reglas, técnicas, ni de escuelas, sino de la actitud fundamental que tenga el terapeuta hacia las personas con este padecimiento. Y además junto con Mendizábal, A. (1988) vemos que es muy importante identificar los movimientos colectivos, como por ejemplo la transferencia institucional, la contraidentificación proyectiva, etc., valorando tanto la intensidad, como su naturaleza y cómo es que alteran el funcionamiento de la comunidad.

Quizá sea una teoría de la transferencia la que deba girar nuestro hacer y el deseo del analista nos sostendrá más allá de ser valientes o cobardes, evitando así retroceder frente a la psicosis y no remar en la arena⁸⁹.

La contratransferencia puede aparecer como incapacidad de comprender un determinado tipo de material que ataca problemas personales del psicoanalista. Puede ser una fuente de error que intervenga en el tratamiento psicoanalítico de cualquier paciente, debido a que esta postura no permite al analista actuar con libertad, pues está ligado de manera inconsciente a su pasado, a las características neuróticas ó psicóticas actuales de su personalidad y a su propia compulsión a la repetición. Algunas de las cosas que tienden a verse alteradas y detrás de las cuáles se juega la contratransferencia son:

⁸⁹ Fudin, M. op.cit., Internet.

Escucha

Escuchar el discurso del “loco” es difícil, en gran parte por la amenaza que implica. Esto puede llevar a:

Simplemente no escuchar lo que se nos dice.

Escucharlo e ignorarlo.

Escucharlo tergiversado.

Bloquear de algún modo para que no se mencione lo que no queremos oír.

Angustiarse ante lo escuchado, respondiendo con una actuación.

Si se tergiversa, se ignora, se bloquea, etc., no se puede hablar de una escucha real. Y de lo que se trata es de ESCUCHAR lo que nos dice la psicosis. Por eso es que es tan importante el análisis (tanto individual, como institucional), pues de otro modo, como dice W. Stekel (citado por Freud, 1912), habrá muchos *puntos ciegos* que nos impidan escuchar libremente.

Comunicación

Cuando se encuentran poco definidas las funciones de cada quien y se carece de bases teóricas que sostengan el trabajo, se dan conflictos entre los miembros del equipo, problemas en la escucha, exceso de caos o material del orden de la “locura” que sobrepasa las posibilidades y desatan angustia de los que trabajan o viven ahí. Lo cual acarrea problemas en la comunicación, como por ejemplo:

1.- No comunicar algo necesario.

2.- comunicarlo de manera confusa.

3.- comunicarlo tergiversadamente

- 4.- Comunicarlo con la intención de que el otro no lo capte, lo tergiversa ó simplemente no lo escuche.

Olvidos, Actuaciones, Sintomatizaciones, Lapsus.

Son elementos que frecuentemente se presentan entre los miembros del equipo, creando por momentos un ambiente de caos, paradójico con la función de “coordinadores”. El que esto aparezca es inevitable, pues los que trabajan en las Comunidades Terapéuticas tienen material intrapsíquico que se ve expuesto a gran movimiento. Lo que sí se puede y de hecho es indispensable hacer, es reconocer y analizar este material con el fin de poder utilizarlo para desempeñar un trabajo mayormente terapéutico.

Es decir, el hecho de que esto se presente, lejos de ser indeseable (como muchas veces se cree), puede aportar material sumamente importante para el trabajo con la psicosis. Por ejemplo, Davoine, F. (1994) considera que si se analizaran los sueños de los psiquiatras y se tomaran en cuenta las observaciones que hacen sobre ellos sus pacientes, aparecerían una serie de interrogantes sobre el inconsciente que se manifiesta, el discurso que allí se produce, su escucha y la demanda que se expresa en la institución. Por su parte, Lourau (1970) advierte que cada vez más el analista quiere elaborar y controlar permanentemente su contratransferencia.

Pero Lacan dice que a aquellos que “creen tener un Yo bien adaptado, razonable, que sabe navegar, reconocer lo que debe y lo que no debe hacer, tener en cuenta las realidades, sólo queda apartarlos de aquí”⁹⁰ (refiriéndose al trabajo con la psicosis).

⁹⁰ Lacan, J., (1991), *op. cit.*, p. 120

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Hubiera sido interesante hablar más de mi experiencia de trabajo con la psicosis en Comunidades Terapéuticas, sin embargo, es importante mencionar que cuando comencé la tesis, yo tenía varias vivencias, pero muy poca claridad acerca de lo que éstas significaban, había gran confusión, mucho enojo y muy poca objetividad. De hecho esta investigación, surgió como una necesidad por explicarme lo que había vivido en ese recorrido. Además me di cuenta de que los profesionales que trabajaban en esos centros, tenían muy pocos fundamentos teóricos acerca de la labor que desempeñaban, por lo que me pareció importante hacer una revisión de textos que dieran elementos suficientes para cimentar el trabajo con la psicosis en dichas Comunidades.

Al revisar los diferentes autores, se encontró que mucho de lo que estos dicen acerca de la psicosis ya estaba abarcado en la teoría propuesta por Freud, por lo que, podríamos colocar la teoría freudiana, como núcleo y lo de los demás autores, como información que lo va complementando, para así formar una idea más amplia de lo que sucede en este complejo padecimiento.

Resalta el papel tan importante que juega el padre del psicótico (Lacan, J. Freud, S), sobre todo precisamente cuando su hijo está pasando por el complejo de Edipo y de castración, que son los momentos en que se determina la psicosis. El lugar desde donde se juega este padre, tiene que ver con cómo vivió él este proceso durante su infancia y lo que le transmitieron a su vez sus propios padres. Esto es, la psicosis es algo del orden de lo que se va transmitiendo de generación a generación (Catherine, C. Mannoni, M. Lacan, J).

Dicha amenaza reaparece repetitivamente a manera de interrogación y cuando el sujeto no logró simbolizarla se puede decir que éste no tiene los elementos suficientes para poderla enfrentar, lo cuál le llevará a desorganizarse produciéndose la estructura psicótica (Lacan, J). Justamente parte importante del trabajo con el psicótico sería

escuchar eso que se presenta de manera repetitiva y motivar al sujeto para que pueda ir poniéndolo en palabras, con el fin de que de algún modo vaya elaborándolo y con esto disminuyendo su angustia y las actuaciones (Lacan, J. Freud, S. Catherine, C. Mannoni, M. Davoine, F).

Este trabajo se ve constantemente teñido de dificultades, lo cuál muy probablemente se debe a que también en la neurosis se pasa por ese proceso en el que se buscó simbolizar la castración, sólo que en este último caso sí se consiguió. Aunque, se puede decir que nadie lo resuelve del todo, haciéndose con esto complicada la relación con el psicótico, que es quien pone en escena justamente ese material que tanto moviliza internamente a los miembros de su familia, a la gente que trabaja con él y en general a las personas que lo rodean, pues eso que pone enfrente es más familiar de lo que cualquiera desearía (Mendizábal, A. Mendizábal, P.).

En cuanto a la información presentada en los manuales de psiquiatría, podemos decir que ciertamente es muy cuestionable, debido a la gran diversidad de términos y de cuadros que se utilizan y que en muchas ocasiones no coincide el contenido dejando gran confusión. Sin embargo, mucho de este material se puede rescatar y ser muy útil para poder hacer el diagnóstico y a partir de éste poder decidir el tipo de abordaje que se requiere.

Con respecto a la labor terapéutica de las comunidades, concretamente lo que se puede hacer es:

- Promover un trabajo conjunto entre psiquiatra, psicoanalista, familiares, pacientes y trabajadores de la comunidad que juegan el rol de acompañantes terapéuticos.

- Darle un lugar importante a la escucha de lo que el sujeto vaya verbalizando o prestarle mucha atención a lo que vaya actuando, impulsándolo a que también lo verbalice. Buscando el sentido que este material tiene (Lacan, J. Freud, S. Mannoni, M. Davoine, F).

- Motivar en cuestiones como la socialización y el autocuidado.
- Mantener comunicación constante con los familiares observando la dinámica que hay entre ellos, para así poder comprender más lo que va manifestando el psicótico.
- Brindar contención necesaria tanto a los familiares, como al paciente para que no se les desborde la "locura" llevándolos a lo tan acostumbrado por ellos que es, boicotear el tratamiento (Mendizábal, A. Mendizábal, P).
- Vigilar la toma de medicamentos y asistencias a las sesiones con el terapeuta o psiquiatra.

Una ventaja de la comunidad terapéutica es que saca al individuo psicótico, de su núcleo familiar tan caótico y psicotizante (que por lo general no aceptan asistir a terapia), favoreciendo así la mejoría de este paciente. A cambio se le proporciona una vida en comunidad en la que se tiene que revisar constantemente el material que va surgiendo (en los pacientes, en el equipo, en la familia y en las relaciones que se dan entre estos), con el fin de que no se torne ambiente psicotizante para los que viven ni para los que trabajan ahí. Dicha revisión se realiza en diferentes espacios: asambleas en las que están pacientes y toda la gente que labora en la comunidad, juntas del equipo de profesionales y además en el análisis individual de éstos últimos. Después de todo, el instrumental con el que se trabaja, viene siendo el propio material psíquico que de no tenerse en análisis, se corre el riesgo de que la intervención sea inadecuada y/o de que el mismo profesional se desorganice y provoque un caos en la institución (Chazaud, J., Daumezón, G., Mendizábal, A., Mendizábal, P)

Ponemos énfasis en la importancia que tiene esto de que los profesionales analicen su propio material intrapsíquico, considerando que es justamente esto lo que marca radicalmente el tipo de contacto (contra-transferencia) que se establece con los psicóticos, lo que a su vez es el eje central del trabajo que se realiza. Dicho análisis no se

puede suplir con una revisión exhaustiva de la teoría, ni con muchos años de práctica (Freud, S) y tampoco se puede aprender de lo que los otros transmiten.

Quizás esto suene un tanto extraño, pues la tendencia ha sido centrar la atención en analizar, conceptualizar y explicar lo que sucede en los enfermos mentales, tomándolos tal cuál como objeto de estudio. Sin embargo, vale la pena tener claro desde un inicio que en la Comunidad Terapéutica se juega tanto el inconsciente, como el consciente y tanto de los neuróticos, como de los psicóticos. (Lacan, J. Chazaud. Pichón, R).

El estar inmerso en el proceso de Comunidad Terapéutica y en contacto constante con las personas de estructura psicótica, permite tener una oportunidad excepcional para establecer relación con el propio material interno, pues como decía Françoise Davoine, los psicóticos son como termómetros, que en muchas ocasiones nos indican lo que sucede en y con nosotros (incluso cosas que no habíamos hecho conscientes), pues estos tienen una facultad muy fina para percibir. Este mayor conocimiento se podrá adquirir en la medida en que estemos abiertos ante los cuestionamientos que estos sujetos planteen, pudiéndolo tomar como un saber y no como un discurso proveniente de un "loco" que dice puras cosas sin sentido. Este estar abiertos, implica estar dispuestos también a enfrentarnos a los propios cuestionamientos y caos, a lo que por lo general le damos la vuelta por ser tan amenazante, dispuestos a enfrentar lo que nos produce dolor o angustia, a lo que la presencia del psicótico interroga en nosotros, en pocas palabras: dispuestos a trabajar, por principio de cuentas con el propio inconsciente. De otro modo es difícil concebir que lo que se hace sea un trabajo serio (Freud, S. Lacan, J).

Nuestro inconsciente está de alguna manera, inevitablemente, fluyendo, circulando, "puesto sobre la mesa" en ese contacto con el psicótico, por esto, es indispensable estar en análisis, pues de no ser así, se crea un caos sin ton ni son, sin tener una idea de dónde viene lo que va surgiendo (tanto en el paciente como en el profesional), ni lo que significa, y al no tener cierto conocimiento de lo que hay en el

propio inconsciente (analizando olvidos, actuaciones, sintomatizaciones, lapsus y sueños), mucho menos podremos aspirar a entender lo que sucede en el de los pacientes.

Tomando en cuenta que el material que van presentando los psicóticos es en gran medida impredecible, la improvisación y la intuición son necesarias y juegan un papel sumamente importante, pero es esencial que esta improvisación e intuición estén respaldadas por formación teórica, experiencia y análisis (Goti, M., 1990).

A pesar de que el proceso de Comunidad Terapéutica es un terreno empedrado o minado, podemos decir que hay gran posibilidad de realizar un trabajo bastante interesante, si se pone en análisis, en vez de encubrirse lo que sucede en el equipo de profesionales. Hasta ahora, la preocupación y el empeño por lograr mantenerlo tapado, ha sido, a nuestro parecer, justamente lo que ha generado una serie de planteamientos insostenibles. Si se abre y analiza dicho material, estos planteamientos dejarán de ser necesarios y muy probablemente pueda surgir en su lugar algo mucho más claro, sólido y coherente. Esto plantea una postura radicalmente diferente a la que comúnmente se ha venido practicando, pues ya no se puede seguir considerando que el psicótico es el objeto de estudio, sino que se tiene que tomar en cuenta que todos tenemos elementos intrapsíquicos por analizar.

Freud dice que el psicótico arrojará nuestra persona junto con la ayuda que le ofrezcamos y efectivamente, en la práctica es algo que suele verse con gran frecuencia, no siendo sólo el psicótico, sino también la familia e incluso (curiosamente) los integrantes del equipo los que tienden a arrojar cualquier cosa que suene a ayuda terapéutica, como si entre todos se resistieran. Llama mucho la atención que esto, sobre todo se presente justo cuando el sujeto va pudiendo funcionar "mejor" (Minuchin, S. Mendizábal, A. Mendizábal, P). Parte importante del trabajo que se realiza con la psicosis consiste en detectar esta resistencia a tiempo y el hacer que ninguno de estos consigan expulsar el plan terapéutico.

Idealmente uno pensaría que una Comunidad Terapéutica con bases teóricas bien estructuradas, con personal que cuente con una formación teórica seria; con un análisis personal y con una supervisión, debería de tener buenos resultados en el abordaje a la psicosis, sin embargo dadas las características de este padecimiento y la dinámica familiar que se da alrededor, justo eso es lo que se tiende a sabotear, porque lo que ellos persiguen de algún modo es hacer que siga la locura y cualquier cosa o tratamiento que amenace con romper esto que persiguen, les disgusta y terminan abandonándolo. Por lo mismo muchas veces ellos prefieren "atender" a su familiar psicótico en una casa de las que se dicen "Comunidades Terapéuticas" pero que en realidad funcionan como guarderías, que no implica mucho movimiento ni cambio. Aquí lo que valdría la pena preguntarnos es qué tan posible es el tratamiento en una Comunidad Terapéutica verdadera o cómo podría llevarse a cabo sin ser sabotado. Para esto, es indispensable incluir a la familia en el tratamiento tomando en cuenta que estos son parte fundamental de la "locura" del individuo. Si la familia queda fuera del tratamiento, el proceso terapéutico queda cojo. Y ahí es altamente probable que ellos ó el paciente sean el principal obstáculo para el desarrollo exitoso de la terapia. Lo curioso, es que en la práctica se da al revés: esto es, si se toma en cuenta a la familia y ellos perciben que se realizará un trabajo terapéutico serio, salen huyendo o ponen trabas que terminan siendo fundamentales en el fracaso del proceso terapéutico. Es una lucha que va más allá de su deseo consciente (pues aparentemente ellos quieren una mejoría de su familiar). Esto hace indispensable crear una estrategia de acercamiento a la familia y al psicótico, con el fin de que un tratamiento serio no les amenace tanto como para obstaculizarlo.

Me he encontrado con que tanto el paciente como la familia no toleran que éste sea más funcional (esta es una de las principales luchas en una Comunidad Terapéutica). Lo pueden soportar por un tiempo pero cuando ya es muy evidente esta funcionalidad, ellos hacen todo para enloquecerlo nuevamente, pues se ven muy amenazados cuando su depositario de locura se mueve aunque sea un poco de lugar. Es necesaria la estrategia de la que hablábamos antes.

en la que la comunicación con la familia y con el paciente debe tener una lógica diferente a la que comúnmente se establece.

¿Será posible un encuentro real, esperanzador y efectivo terapéuticamente entre psicosis y Comunidad Terapéutica? Creemos que sí es posible. Para esto, pensamos que sería muy fructífero que los dos ejes principales fueran la psiquiatría y el psicoanálisis (Kernberg, Mendizábal, A. Mendizábal, P.). Pues muchos elementos de ambas disciplinas se pueden retomar para estructurar las bases teóricas de una Comunidad Terapéutica seria.

En vez de descalificar (como frecuentemente se hace) el trabajo realizado por diversas disciplinas, de lo que se trataría sería de retomar lo que se considere útil para el trabajo terapéutico. Si bien ha habido muchos "errores" (si es que se les puede llamar así), también ha habido importantes "avances", que conviene tomarlos en cuenta en la delineación o a la hora de hacer el esbozo del difícil trabajo con la psicosis en las Comunidades Terapéuticas.

Una característica del psicótico es manifestar constantemente algo a manera de interrogación (Lacan, J), Y en el estudio de la psicosis vemos también que mucho queda planteado como pregunta y que quizás no tenga una respuesta.

Ciertamente falta mucho por caminar, Lacan en 1958 decía que un siglo de freudismo aplicado a la psicosis deja su problema todavía por pensarse de nuevo y que estaban en el "statu quo ante" (posición donde estaba antes). Sin embargo, ahora parece que se podría decir que el problema está para continuarse pensando y trabajando, desde los elementos ya adquiridos, lo cual nos coloca en el "statu quo pergo" (posición donde proseguir).

Cuadro N. 1⁹¹

Enfermedades mentales agudas (Desestructuración del campo de la conciencia)	Enfermedades mentales crónicas (Desorganización del ser consciente. Patología de la personalidad)
-Crisis emocionales (reacciones neuróticas agudas) -Síndromes maniaco depresivos -Síndromes delirantes y alucinatorios agudos -Síndromes confuso-oníricos	-Neurosis (de angustia, fóbicas, obsesivas, histéricas) -Psicosis delirantes crónicas sistematizadas (paranoia) <ul style="list-style-type: none"> ◆ Fantásticas (parafrenia) ◆ Autísticas (esquizofrenia) ◆ Demencias

⁹¹ Tratado de Psiquiatría de Henry Ey. P. Bernard y Ch. Brisset.

Cuadro N. 2⁹²

Sin evolución deficitaria	<ul style="list-style-type: none">1. Psicosis delirantes sistematizadas (paranoia)2. Psicosis alucinatorias crónicas3. Psicosis fantásticas	<ul style="list-style-type: none">Delirios personalesDelirios de interpretación
Con Evolución deficitaria	Formas "paranoides" de la esquizofrenia	

⁹² Tratado de Psiquiatría de Henry Ey. P. Bernard y Ch. Brisset.

Cuadro N. 3⁹³

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> Paranoide Hebefrénica Catatónica Indiferenciada Depresión post-esquizofrénica Esquizofrenia residual Esquizofrenia simple Otras esquizofrenias Esquizofrenia sin especificación
Trastorno esquizotípico	
Trastornos de ideas delirantes persistentes	
	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos de ideas delirantes Otros trastornos de ideas delirantes persistentes Trastornos de ideas delirantes persistentes sin especificación
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	
	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes Otros trastornos psicóticos agudos transitorios Trastorno psicótico agudo sin especificación
Trastornos de ideas delirantes inducidas	
Trastornos esquizoafectivos	
	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto Otros trastornos esquizoafectivos Trastorno esquizoafectivo sin especificación
Otros trastornos psicóticos no orgánicos	
Psicosis no orgánica sin especificación	
	<p>*Más adelante añaden en el cuadro de la esquizofrenia, una parte llamada: "quinto carácter para especificar la forma de evolución"</p> <ul style="list-style-type: none"> -continua -episódica con defecto progresivo -episódica con defecto estable -episódica con remisiones completas -con remisión incompleta -con remisión completa -otra forma de evolución -con período de observación menor de un año
*Y consideran a la esquizofrenia como "el cuadro más frecuente y más importante de este grupo"	

Nota: Los trastornos que en el CIE-10 son denominados **esquizoafectivos**, vienen siendo los mismos a los que en el DSM-IV están como trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos no congruentes.

⁹³ Guía Comparativa de la Clasificación de los Trastornos Mentales. CIE-10 DSM-IV.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuria, G. y colaboradores. La elección terapéutica en psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson, España, 1970.
- Amaro, G. Valoración de un modelo de Comunidad Terapéutica: Criterios de los pacientes y familiares. Trabajo para obtener título de primer grado de especialidad en psiquiatría, La Habana, 1980.
- Basaglia, F., Langer, M., Caruso, I, et al., Razón, locura y sociedad. S. XXI, México, 1978.
- Bernal, S.,
- Blanchot, M. Michel Foucault tal como yo lo imagino. Ed. Pre-textos, España, 1986.
- Braunstein, N. Teorías del sujeto hacia Lacan. S. XXI, México, 1980.
- Calderón, N. Historia de la. Ed., México, 1996.
- Calderon, N. Salud mental comunitaria. Ed. Trillas, México, 1984.
- Carroll, H. Higiene mental. Ed. CECSA, México, 1972.
- Catherine, C. Vidas y leyendas de Jaques Lacan. Ed Anagrama, Barcelona, 1981. .
- Chazaud, J. Introducción a la terapia institucional. Ed. Paidós, Barcelona, 1980.
- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditos, Madrid, 1992.
- Davoine, F. La locura Wittgenstein. Ed. Libros de artefacto, México, 1944.

Deleuze, G. y Guattari, F. El anti-edipo. Ed. Paidós, España, 1985.
DSM-3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1984.

DSM-3-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1988.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 19...

Ey, H. Bernard, P. y Brisset, Ch. Tratado de psiquiatría. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1975.

Foucault, M. El gran encierro. Vol. 2. Ed. FCE, México. 1976.

Historia de la locura en la época clásica. Vol. 1. Ed. FCE, México, 1967.

Vigilar y castigar. S. XXI, México, 1993.

Freud, S. Obras Completas. Ed. Orbis, Barcelona, 1988.

Análisis terminable e interminable. Vol. 19.

Autobiografía. Vol. 15. 1924.

Compendio del psicoanálisis. Vol. 19. 1938.

Construcciones en psicoanálisis. Vol. 19. 1937.

Escisión del "yo" en el proceso de defensa. Vol. 19. 1938.

Introducción al narcisismo. Vol. 11. 1914.

La dinámica de la transferencia. Vol. 8. 1912

La neuropsicosis de defensa. Vol. 2. 1894.

La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. Vol. 15. 1924.

Los dos principios del funcionamiento mental. Vol. 8. 1910-11

Moisés y la religión monoteísta. Vol. 19. 1934-8.

Neurosis y psicosis. Vol. 15. 1923.

Orígenes del psicoanálisis. Vol. 20.

Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. Vol. 7. 1910.

Tótem y tabú. Vol. 9. 1911-3

Frieda, F. Psicoterapia de emergencia. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1977.

Goffman, E. Internados. Ed. Amorroutu. Buenos Aires, 1984.

Goti, M. E. La Comunidad Terapéutica, un desafío a la droga. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.

Greenson, R. Técnica y práctica del psicoanálisis. S. XXI, México, 1979.

Grimson, W. Sociedad de "locos". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires. 1972.

Kaes, R., Bleyer, J., et al. La institución y las instituciones. Ed. Paidós, México, 1989.

Kernberg, O. Trastornos graves de la personalidad. Ed. Manual Moderno, México, 1987.

Kolb, L. Psiquiatría clínica moderna. La prensa médica mexicana, México, 1976.

Lacan, J. Escritos 2. S. XXI, México, 1978.

Seminario 3. La psicosis. Ed. Paidós, Argentina, 1991.

De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos 2. S. XXI, México, 1978.

Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1971.

Laurent, E. Estabilización en la psicosis. Ed. Manantial, Buenos Aires, 1989.

López, R. La tercera revolución psiquiátrica. Ed. Ateneo. Caracas, Venezuela, 1980.

Lourau, R. El análisis institucional. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

Mannoni, M. La primera entrevista con el psicoanalista. Ed. Gedisa, Argentina, 1988.

Mendizábal, A. Algunos problemas en relación con el paciente hospitalizado en la Comunidad Terapéutica. Tiempo de internamiento. Trabajo presentado en el 50 aniversario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría con sede en Morelia, México, 1987.

Comentario al libro el grupo operativo de aprendizaje del Dr. Juan Tubert Oklander. Trabajo leído en la presentación del mencionado libro en la Universidad de Queretaro, 1991.

Disminución del dolor mental mediante la multiterapia en el ambiente de la Comunidad Terapéutica. Trabajo presentado en el

Congreso Treinta años de psicoanálisis en México, de la APM, Puebla, 1987.

El encuadre de la Asamblea General en la Comunidad terapéutica, del Instituto Mendao. Trabajo presentado en el V Nacional de AMPAG, Cuernavaca, Morelos 1993.

El estado psicótico en el contexto del psicoanálisis y el poder. Trabajo presentado en el XVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, México. 1986.

El grupo terapéutico de pacientes internados –grupo especial-. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional con el tema la Praxis Grupal, México. 1984.

Estudio de la Asamblea General en la Comunidad Terapéutica Mendao. Trabajo presentado en el Instituto Mendao en la reunión anual, Querétaro, 1990.

Funcionamiento del yo y dolor mental. Trabajo presentado en el Congreso Treinta años de psicoanálisis en México, de la APM. Puebla, 1987.

La estructura axiológica de una Comunidad Terapéutica, el Instituto Mendao, SC. Trabajo presentado en el IV simposio nacional sobre Comunidad Terapéutica, Morelia, México. 1986.

La relación continente – contenido y la Comunidad Terapéutica Mendao. Trabajo presentado en el II simposio de Comunidad Terapéutica, México, 1982.

La socio terapia en el Instituto Mendao, SC. Trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional de Psicoterapia de grupo, México. 1984.

- Notas sobre el proceso comunitario. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Neurociencias y salud mental, Guanajuato, México, 1985.
- Trascendencia del psicoanálisis en la Comunidad Terapéutica Mendao. Trabajo presentado en el XXV aniversario de la APM, México, 1982.
- Vicisitudes del proceso comunitario. Trabajo presentado en el Tercer Congreso de la APM, Queretaro, 1988.
- Mendizábal, A. y García, G. Algunas observaciones del liderazgo ejercido en la Asamblea General de la Comunidad Terapéutica del Instituto Mendao. Trabajo presentado en el V Congreso Nacional de AMPAG, Cuernavaca, Morelos, 1993.
- Mendizábal, A. y Núñez, P. La vida cotidiana, factor o función del proceso comunitario, México, 1984.
- Mendizábal, A. y Ponce, B. Los procesos de la Asamblea General en la Comunidad Terapéutica. Trabajo presentado en el IV Congreso de AMPAG, León, Guanajuato. 1991.
- Mendizábal, A. y Zubillaga, G. La Asamblea General sin ser un grupo directamente terapéutico ayuda a la elaboración de problemas, que a veces abarcan a toda la comunidad. Trabajo presentado en el V Congreso Nacional de AMPAG, Cuernavaca, Morelos, 1993.
- Mendizábal, P. El tratamiento institucional del enfermo mental en una Comunidad Terapéutica. Tesis de maestría en psicología clínica, UNAM, 1983.
- Michaca, S. Las diferente interpretaciones de la enfermedad mental. Tesis de licenciatura de psicología, México. 1989.
- Minuchin, S. Familias y terapia familiar. Ed. Gedisa, México, 1989.

Riviere, P. El proceso grupal. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.

Rozitchner. Freud y el problema del poder. Ed. Plaza y Valdés, México, 1987.

Stepke, L., Bertolote, J., Alarcón, R., Frances, A., et al., Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10 DSM-IV. Fundación acta. Fondo para la salud mental. Números 1, 2 y 3, Buenos Aires, 1995.

Sullivan, H. Estudios clínicos de psiquiatría. Ed. Psique, Buenos Aires, 1963.

Xochihua, S. Proyecto de Comunidad Terapéutica, México, 1990.

INFORMACION SACADA DE INTERNET

De la Hera Cabero, M.I., Zamora, C. y Llano Cerrato, E. Algunos desarrollos en psiquiatría comunitaria. Manual del Residente de Psiquiatría, Area del conocimiento 16, Madrid, 1996.
www.intersep.org/manual/al6nz.htm

Marchant, N., Resultados de once años de experiencia de Comunidad Terapéutica en 97 internadas psiquiátricas en el Pabellón "Magnan", Hospital Nacional "Dr. Braulio A. Moyano", Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica editada desde 1990 por la Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Revista 14, Vol. 4, N. 2, Buenos Aires, Agosto 1995,
www.alcmeon.com.ar

Ipar, J.J., El concepto de psicosis, Alcmeon 14, Vol. 4, N. 2, Buenos Aires, Agosto 1995.
www.alcmeon.com.ar

Volmer C., Portas A., Tórtora, G., El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericanas. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires, Alcmeon 18, Vol. 5, N. 2, Buenos Aires, Septiembre, 1996, www.alcmeon.com.ar

Avigo L., Mesa Redonda Simposio Regional WPA. Concomitancias y divergencias en el contexto institucional. Psicoterapia en los procesos psicóticos, Alcmeon 31, Vol. 8, N. 3, Buenos Aires, Noviembre, 1999, www.alcmeon.com.ar

Grandinetti, J. Psicoanálisis y psicosis (marchas y contramarchas). Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica órgano de difusión de la AAP- Asociación Argentina de psiquiatras y personería jurídica, Vol. 1, Dinámica 2, Argentina, 1999. www.aaps.com.ar/dinamica/2/

Fudín, M., Urgencias de la Psicosis. Algunas cuestiones éticas, Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica órgano de difusión de la AAP- Asociación Argentina de psiquiatras y personería jurídica, Vol. 1, Dinámica 4, Argentina, 1999. www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/Vol1/4/indice.htm

Blanck de Cerejeido, F., Los analistas argentinos en México, México, 1999, www.cultura.df.gob.mx/babel/argen/index.html

Sin autor, Artículo informativo del Instituto de Psicoterapia Integral, Comunidad Terapéutica, España, 1999, <http://members.es.tripod.de/inpi/informacion.htm>