



**UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA**

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

---

**PROPUESTA SOBRE LA FORMACIÓN DE LA  
PSICOSIS EN EL ENTORNO  
DEL SUJETO**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**XAVIER ALFONSO ESPINOSA RODRÍGUEZ**

**ASESOR DE TESINA  
LIC. NOEL MORALES SOSA**

OZUMBA, MEXICO

NOVIEMBRE, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 padres y familia:

Quienes han sabido ser pacientes

Conmigo, estar ahí cuando lo necesito y

Apoyarme un incontable número de veces

A mis maestros:

De quienes he aprendido, en especial

Al profesor Juan Carlos quien me ayudó a

Comenzar este proyecto

A Noel:

Quien me ayudo a terminar este trabajo,

Me apoyo y me ayudó a seguir adelante

A Melissa:

Tú que has estado conmigo y me ayudaste en  
El inicio de este proyecto, sé que puedo contar  
Contigo en cada momento. No necesito decirte

Nada más, ya lo sabes...

*“Así como la locura, en un grado superior es el principio  
de toda ciencia, así es la esquizofrenia el  
principio de todo arte, de toda fantasía.”*

***Hermann Hesse, Lobo estepario***

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOSIS</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO II: DEFINICION DE LA PSICOSIS</b>	<b>19</b>
<b>CAPITULO III: LA PSICOSIS</b>	<b>24</b>
A) ESQUIZOFRENIA	25
B) MELANCOLÍA	29
C) CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL DSM IV	34
D) ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	40
<b>CAPÍTULO IV: ALGUNAS CONSIDERACIONES</b>	<b>45</b>
A) SIGMUND FREUD	45
B) JACQUES LACAN	48
C) RONALD LAING	49
D) GAETANO BENEDETTI	51
<b>CAPÍTULO V: PSICOSIS Y FAMILIA</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO VI: LA PSICOSIS EN LAS INSTITUCIONES</b>	<b>59</b>
<b>SOBRE LA FORMACIÓN DE LA PSICOSIS EN EL ENTORNO DEL SUJETO</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>67</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>69</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe una gran cantidad de casos de enfermedades mentales bajo las cuales se encuentra relacionada la estructura psicótica, tales como la esquizofrenia, la paranoia y la melancolía; según datos de la organización mundial de la salud (OMS) nos dicen: “*La esquizofrenia... afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.*” Y la depresión: “*Se calcula que afecta a unos 350 millones de personas...*” (OMS, 2016). La aparición y aumento de estas enigmáticas enfermedades en los sujetos, la dificultad de su diagnóstico y aun más su tratamiento, deja entrever que a pesar de los años de investigación médica y psicológica queda mucho por desenmarañar.

La dificultad en la accesibilidad de la información y la poca difusión de la misma da lugar a lagunas, respuestas poco satisfactorias e incluso sesgos erróneos a propósito de las psicosis. Cabe hacer notar que la información encontrada ha variado muy poco en la literatura encontrada de hace más de cuarenta años comparada con publicaciones más recientes, lo que lanza al aire diversas interrogantes, entre ellas ¿si en verdad la línea seguida en el estudio de estas enfermedades es correcta? Y ¿si se dirige hacia a algún lugar en donde la cura es factible?

El esfuerzo por comprender a las psicosis de forma clara, con el fin de dilucidar las dudas existentes, muestra a su vez un interés mayor; aportar nuevas respuestas al campo de las enfermedades mentales que permitan una visión más

amplia al respecto y que a su vez ayuden a enfrentar las problemáticas que presenta la sociedad actual.

A lo largo de la historia, la concepción de las psicosis ha estado cargada de tabúes propios de cada época, sin embargo estas ideas son también formas de dar explicaciones a los fenómenos percibidos entre la gente, esto habla de la constante necesidad de entender nuestro entorno.

Encontrar la piedra con la que el sujeto sano tropieza y cae en la locura, ofrece la metáfora indicada cuando de encontrar el origen de la psicosis se trata, dirigir la mirada hacia los diversos aspectos de la vida de estas personas constituyentes de la personalidad es siempre viable, desde núcleos pequeños fundamentales como la familia y el propio individuo; hasta núcleos más amplios como las instituciones y la sociedad en general como causantes de la misma. Es Frederick Nietzsche, filósofo alemán quien nos dice que: *“la civilización es una carga tan pesada que... reina una inquietante neurosis y en cada individuo hay un miembro próximo a la locura.”* (Nietzsche, 2014). El cómo y porque son aun preguntas sin respuestas precisas.

Es menester retomar las partes funcionales de los diferentes modelos psicológicos y formar un modelo transdisciplinar que permita entender a las psicosis de forma más amplia, como una enfermedad que engloba diversos factores biopsicosociales y culturales entre los cuales existe la posibilidad de encontrar su origen.



Con los constantes cambios vividos hoy en día en la sociedad, el cambio de paradigmas y la creciente necesidad de contribuir con nuevas aportaciones al campo de la psicología, surge también la necesidad de dar nuevas interpretaciones a los temas respecto a las enfermedades mentales con el fin de satisfacer de forma más clara a las problemáticas crecientes en la actualidad.

## **CAPITULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSICOSIS**

Antes de entrar de lleno al tema de las psicosis y para tratar de entender a la estructura psicótica es necesario echar un vistazo a su historia, cuyo fin es entender el camino que se ha seguido a lo largo de su investigación, lo que permitirá ver el posicionamiento actual de su concepción y hacia a donde se encuentra proyectado su ulterior estudio.

Al hablar de historia de la psicosis, es necesario hablar también de historia de la psiquiatría y de sus conexiones. El origen de gran parte de sus conceptos científicos tiene su raíz en el pasado. Los conceptos de enfermedad que se encuentran entre los pueblos primitivos difieren claramente de los que las comunidades científicas hoy sostienen; no obstante, de vez en vez, se observan en la población general de las sociedades más avanzadas, restos de tales ideas primitivas sobre la enfermedad y que se conservan como verídicas. Tales hitos de la enfermedad mental forman parte de las creencias que determinados grupos sostienen a través de generaciones y por tanto son prácticamente imposibles de dejar atrás, van de la mano con las actuales concepciones que se sostienen de estos fenómenos conocidos como enfermedades mentales.

Desde la antigüedad nos encontramos con vestigios entre los cuales existen ligeras definiciones e intentos por explicar a los hoy llamados trastornos mentales, por ello, se puede dar cuenta de que las enfermedades mentales no han pasado desapercibidas por las personas en ningún momento de la historia. Es incluso que

encontramos estos intentos de explicación de la psicosis tanto en la biblia, como en la antigua Grecia.

Existen de igual forma atribuciones a las causas de lo que podrían provocar estas enfermedades. Como se sabe, todo el pensamiento pre-renacentista estuvo influenciado por el pensamiento religioso que buscó estas explicaciones en lo divino. Es claro que el misterio es uno de los elementos que ha acompañado comúnmente a la locura incluso hoy día. Este misterio, en cada época, surge constantemente con cada cambio de pensamiento, cuando se habla de locura se abren abismos difíciles de evitar, pues con ello se da paso a preguntas que difícilmente tendrán una respuesta satisfactoria para nosotros, pues nos será complicado entender uno de los enigmas más complejos en la historia de la humanidad, es decir, la comprensión de las estructuras psíquicas del ser humano. Es por ello que en cada época se han llamado a estos abismos de diferente forma, tal como: demonios, embrujamiento, enajenación, subconsciente o angustia y libertad, con el fin de aliviar aquellas inquietudes que le atañen al ser humano desde el inicio de los tiempos.

Hasta nuestros días se ha tenido preferencia por las explicaciones demonológicas, que son particularmente poderosas cuando de dar sentido a las enfermedades mentales se trata, aún más cuando dichas enfermedades afectan de forma severa la conducta de un sujeto.

En los primeros tiempos de la cultura griega, la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura. Es precisamente Belloch quien nos dice que: *“Dentro de esta tradición, la locura era el resultado de la*

*posesión de los espíritus malignos personificados por dos diosas, Manía y Lisa, que eran enviadas por los dioses en estado de cólera.” (Belloch, Sadín, & Ramos, 1995).*

Ha de tomarse en cuenta que tales ideas fueron concebidas dentro de un marco de pensamiento determinado, es decir, que es a partir de las experiencias que las personas tenían con respecto a los psicóticos, fueron formándose estas explicaciones y solidificándose con el paso del tiempo, además, de que al mismo tiempo las personas trataban de dar respuesta a las diferentes interrogantes de su vida diaria, como por ejemplo: la vida y la muerte; el bien y el mal; y el más allá.

La falta de conocimientos en las conductas de estas personas los llevo a buscar explicaciones en las pocas fuentes de información que poseían (historias contadas de generación en generación, mitos) probablemente, esto fomento el concepto de la posesión demonológica a causa de los cambios conductuales tan peculiares que aparecían en el enfermo.

Algunos personajes de la historia hicieron aportaciones importantes en el campo de las psicosis, por ejemplo: Empédocles (490–430 a.C.) quien sugería la teoría humoral sobre la base de los cuatro elementos (fuego, tierra, agua, aire), que se caracterizaba por cuatro cualidades (calor, sequedad, humedad, frío), postulándose para cada elemento un humor orgánico correspondiente: sangre (corazón), flema (cerebro), bilis amarilla (hígado), y bilis negra (bazo). De los cuales nos queda hoy vestigio en la depresión o melancolía (desequilibrio de la bilis negra). Se decía que la enfermedad se producía por un desequilibrio entre estos humores y el tratamiento requería la administración de drogas con cualidades opuestas al humos que se suponía estaba en desequilibrio.

Por su parte Hipócrates (460-377 a.C.) A quien debemos su gran aportación de considerar a la medicina como un verdadero conocimiento inductivo. Con respecto a los trastornos mentales sugirió que estos se debían a causas y procesos naturales, al igual que las enfermedades físicas. Con ello, el concepto de locura sufrió un cambio radical ya que pasa de ser considerada como una maldición o imposición divina a conceptualizarse como una enfermedad.

También, Alcmeón, consideraba que el cerebro era el órgano central de la razón. Diseñó una primera aproximación para la clasificación de las hoy llamadas enfermedades mentales, que incluía la epilepsia, la manía (estados de excitación anormal), la melancolía (estados de depresión anormal) y la paranoia (este último estado implicaba para él un deterioro mental extremo). También identificó la histeria, a lo que no consideraba como una enfermedad mental sino como un achaque físico propio de las mujeres que era debido a la ausencia de relaciones sexuales y causadas por el movimiento del útero, órgano considerado susceptible de cambiar de posición si se desprendía de su amarraje en la cavidad pélvica.

En Platón (427-347 a.C.) encontramos que defendió el elemento místico en la explicación del comportamiento y el modo de ser de las personas. La consideración de la existencia de dos principios (el espíritu y la materia) lo llevó al planteamiento de la dualidad psicofísica (cuerpo y mente) en su concepción de la naturaleza del hombre, en la que concebía dos almas: el alma racional y el alma irracional. Dentro de este esquema se producía un trastorno mental cuando el alma irracional se enfermaba al romper su débil conexión con lo racional. Platón distinguía

dos clases de locura: una resultaba de la enfermedad mientras que la otra era de inspiración divina y dotaba a su poseedor de cualidades proféticas.

Y, por último, Areteo dio interés por las personalidades pre-mórbidas de sus pacientes. Sus observaciones sugerían que ciertos trastornos mentales no eran más que una extensión o exageración de los llamados rasgos normales de la personalidad también fue uno de los primeros en señalar que los estados maniacos y depresivos se producían a menudo en el mismo individuo y que, entre periodos de trastorno, el paciente estaba lucido.

En la edad media la iglesia no toleraba explicaciones que se encontraran fuera del campo de lo divino, por lo que la ciencia en general fue suprimida al máximo. Es por esto que toda explicación de los fenómenos de la mente humana fue controlada por los grupos eclesiásticos quienes estaban más preocupados por encontrar un camino que los guiase hacia la redención, que por la explicación de los diversos fenómenos naturales que se encontraban a su alrededor. Sin embargo, no todo el pensamiento se vería influenciado por estas concepciones, en el siglo XIII podemos encontrar a también a grandes pensadores escolásticos como Alberto el Grande (1193-1280) y Tomas de Aquino (1225-1274) quienes mantenían una posición marcadamente organicista acerca de los trastornos mentales.

Para ellos, el alma no podía estar enferma debido a un origen cuasidivino, por lo que ellos entendieron a la locura como una enfermedad primariamente somática, fue entonces que en esta época que comenzaron a buscar las causas de las enfermedades bajo otras líneas de pensamiento como a un uso deficiente de la

razón. Sin embargo, no se descartó del todo la idea de la posesión demoniaca. Idea que muchas personas conservaron y defendieron durante mucho tiempo.

Tal como nos lo cuenta Michel Foucault, aparece a finales de esta época una curiosa practica que consiste en poner a sus locos en barcos de marineros que son enviados a alta mar, la “nef des fous” o nave de los locos, hecho con un gran contenido simbólico, en un primer momento debido a la significación del viaje al que es enviada esta tripulación en busca de su razón o al menos de acercarse a dios. En estas prácticas la enfermedad a palabras de Foucault: “...*manifiesta a Dios, puesto que es marca a la vez, de la cólera y de la bondad divinas.*” (Foucault, 1998); En segundo término encontramos el hecho de la exclusión social que esto representa y que no solo encontramos en la locura, sino en todo aquello que no cuadra dentro de los parámetros considerados como “normales”. Tal es el resultado de este pensamiento que nos llevó a apartar de la sociedad a los enfermos mentales a cárceles, confinamientos alejados, viajes mágicos y posteriormente a instituciones mentales en donde nadie pudiera verlos, dando así la percepción de una sociedad utópica en donde no todos tenemos cabida.

Más adelante en la historia de las psicosis, los datos históricos nos dicen que: “*Gilbert Jofré (1350-1417) Fundó la primera institución, en 1409, dedicada exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales. En 1547 el hospital Bethlem (Londres) se convertía en un asilo para los insanos.*” (Belloch, Sadín, & Ramos, 1995). De igual forma dentro de la historia de México encontramos también que en 1565 se fundaba en México gracias a Bernardino de Álvarez el hospital de San Hipólito, con el objetivo de tratar a los enfermos mentales. Después de estos

acontecimientos, a partir del siglo XVII fueron proliferando en Europa las instituciones de este tipo. El surgimiento de estos hospitales no fue, sin embargo, un movimiento cuyo objetivo fuera mejorar del todo la calidad de vida de estas personas debido, a que el trato y la condición de vida que tenían no eran óptimas, pues los tratamientos por parte de estas instituciones aún eran demasiado crueles y las instituciones eran más prisiones que hospitales, los cuales usaba la gente para deshacerse de sus enfermos.

Las ideas de la locura y el loco se han transformado a lo largo de la historia, los conceptos pueden llegar a ser ambiguos u oscuros, ya Foucault consideraba que: “...*la locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres.*” (Foucault, 1998). La idea medieval y renacentista del “loco” y de la posesión demoniaca fue paulatinamente desapareciendo con las nuevas tendencias religiosas, una visión más crítica de los pensamientos filosóficos, el avance de la técnica y los nuevos postulados sobre la investigación científica, los cuales fueron desencadenantes fundamentales para la nueva visión de la enfermedad mental y su investigación.

Años después, tuvo lugar un nuevo resurgimiento del interés en el cuidado humanitario del enfermo mental. En Estados Unidos de América, se dejó de encadenar a los pacientes, y se empezó a atenderlos en instituciones de tipo hospitalario. Se dio importancia en el origen de los trastornos mentales al desenfreno de las pasiones y a los tratamientos morales. Es Kolb quien dice: “*Según Dain ha subrayado, el tratamiento moral que emergió en esta época utilizaba las*



*fuerzas psicológicas para producir cambios en la conducta.*” (Kolb, 1992). Era un tratamiento psicoterapéutico, en el que se creía las actitudes y las conductas de las personas a cuyo cargo estaban los enfermos eran los elementos importantes para producir alivio en el sufrimiento y en la conducta anormal de los enfermos.

Cuando Pinel (1793) quitó las cadenas de los pies y las manos de los enfermos mentales en el hospital Bicetre en París, pidió el apoyo público para aplicar a los dementes el mismo humanitarismo que se exigía para toda persona en la asamblea nacional de Francia; pidió los derechos de igualdad y libertad. Siguió durante todo el siglo XIX una labor de descripción y clasificación de las enfermedades psíquicas que culminó, hacia el cambio de siglo, con Emil Kraepelin (1906) quien dio a la psiquiatría la primera descripción global de lo que él creyó que eran entidades de la enfermedad mental. Estas entidades patológicas eran definidas y análogas a las enfermedades físicas que se distinguían por su etiología, sus síntomas, su evolución y su resultado final. Lo que le obligó a dar mayor importancia a las observaciones clínicas y a buscar causas físicas de las enfermedades mentales.

Al terminar el siglo XIX, junto con el éxito que siguió al descubrimiento de la anatomía patológica y la etiología de las enfermedades, los científicos trataron también de comprender la etiología de los trastornos mentales. En los años posteriores para Zabaleta: *“La psiquiatría ha visto el desarrollo de los tratamientos biológicos (electrochoques, choque de insulina) y de los psicofármacos. Con ellos dejaron de existir las tradicionales escenas de enfermos agitados, vociferantes y peligrosos...”* (Zabaleta, 1971). Sin embargo, a pesar de los grandes pasos dados

en el avance del estudio de la enfermedad mental, estos tratamientos no curaban a los pacientes, sino que actuaban como tranquilizantes para el enfermo, las llamadas camisas de fuerzas biológicas, esta solución que solo contiene al sujeto se ha mantenido hasta nuestros días debido a la pobreza en los resultados que buscan curar la enfermedad.

Un avance importante en la comprensión de la psicosis y del avance en su estudio sucede cuando Feuchtersleben dio un cambio a la concepción de estas enfermedades mentales al introducir el término de psicosis con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos, las neurosis, de los trastornos psiquiátricos, las psicosis (Jeammet, 1999).

Para concluir con la historia de la psicosis, se hace referencia a una reflexión de Belloch la cual nos dice que: *“Podemos apreciar que si la sociedad idealiza o valora positivamente un modo determinado de ser, de sentir, de pensar o de comportarse, la ausencia de los valores implícitos en esos modos e incluso supuesta entre dicho serán probablemente considerados como impropios e inadecuados para la imagen de <<ser humano>> dominante. La consecuencia de ello es obvia: las imágenes que una sociedad o un grupo humano dominante posean acerca de lo que es <<verdaderamente humano >> y, por extensión, de lo normal y ajustado a derechos serán imperativos Inescapables a la hora de construir las imágenes de lo patológico.”* (Belloch, Sadín, & Ramos, 1995). Es decir, que la construcción de un concepto a través de los años, se verá siempre impregnado por una carga en la que la sociedad aporta de manera positiva o negativa, sus propias impresiones de los fenómenos con lo que vive día a día. La psicosis no será

entonces la excepción, puesto que la sociedad ha tratado de encasillar entre lo bueno; lo malo; lo normal y lo anormal, con el fin de excluir todas aquellas conductas que se creen que no van de acuerdo con la sociedad. Pero todo esto no es malo, pues a través del tiempo y de las investigaciones se ha podido formar un concepto cada vez más claro de lo que representan las enfermedades mentales y, la psicosis, por esto que la historia de la psicosis resulta tan importante en su estudio, ya que, no se puede mirar hacia el futuro sin antes echar un vistazo al pasado con el fin de entender porque se siguió la línea de investigación que llevo a tener el concepto que hoy en día se posee y como este podrá modificarse posteriormente.

## CAPITULO II: DEFINICION DE LA PSICOSIS

Para continuar con el estudio de las psicosis, es de cabal importancia tener una definición que se ajuste al contexto dentro del cual pretende justificarse el presente trabajo. Tras las investigaciones realizadas se ha encontrado que dicho término carece de una definición exacta, ya que, cada especialista de la salud enfatiza en los distintos puntos que están en función de su área y que a su vez, permiten un uso más claro para los propósitos a los que se disponga el termino de psicosis, locura o estructura psicótica.

Hasta ahora habrá de entenderse que dirigir la mirada hacia el contexto en que un individuo ha de desenvolverse es debido a que es en esta instancia con la cual el sujeto tiene contacto desde muy temprana edad y de la que obtiene sus primeras experiencias, las cuales serán los pilares de su futuro desarrollo. Antes de detallar sobre el tema habrán de retomarse algunos conceptos que resultarán útiles y se encuentran dentro del plano que ha de tratarse. A su vez, si bien no son una definición precisa, describen de forma más o menos clara puntos importantes a considerar en la estructura psicótica.

Comenzando con Jaspers quien separo a las enfermedades en dos grupos. Aquellas cuyo desarrollo era comprensible, y las perturbaciones cuyo desarrollo no es comprensible, entre ellas la psicosis. Jaspers nos dice: *“La naturaleza de la psicosis no corresponde para nada al acontecimiento del cual surge...ella se desarrolla según su propia ley, totalmente independiente del acontecimiento original.”* (Jaspers, 1913).

Jaspers considera que la psicosis se apodera del individuo en su totalidad. Para aspirar el rango de psicosis, el proceso patológico debería tener la fuerza suficiente para anular el desarrollo normal del individuo.

Winnicott nos dice que: *“La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originariamente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tengan éxito.”* (Winnicott, 1959).

Es decir, que la enfermedad psicótica está relacionada con un fracaso ambiental en una fase temprana del desarrollo emocional del individuo y que la regresión resulta entonces un intento por corregir los errores pasados.

Garma afirma que en la psicosis, la regresión se efectúa a un estadio oral o posiblemente anterior. Enfatiza, oponiéndose a Freud, que en la psicosis, junto con la realidad externa, los que resultan rechazados son los instintos “el ello” y la correspondiente actividad del yo. (Garma, 1971).

Al hablar de Kaplan destaca tres parámetros que resultan importantes para delimitar las psicosis y que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad. (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994)

Bión hace una diferencia entre la personalidad psicótica y la no psicótica en donde nos dice: “Projective identification of conscious awareness and the associated inchoation of verbal thought is the central factor in the differentiation of the psychotic from the non-psychotic personality.” (Bion, 1984). Estos elementos,

forman parte del enfermo psicótico y que utiliza con el fin de expulsar de su personalidad tanto la realidad interna, como externa, una en forma de represión y otra proyectando el pensamiento hacia afuera.

Pichón Rivière Plantea que: *“Toda psicosis se inicia con una depresión...”*, y que la estructura melancólica es la *“única enfermedad”* donde todas las otras estructuras son intentos del yo para deshacerse de esa situación depresiva básica. (Pichon-Rivière, 1977). Asegura que el sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada, por lo cual la salud mental consiste, entonces, en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos.

Para Lacan: *“El carácter clínico del psicótico se distingue por esa relación profundamente pervertida con la realidad que se denomina un delirio.”* (Lacan, 2001). En el cual diferencia una realidad, de una realidad externa, siendo esta última en la que ocurre una ruptura. En la psicosis, el mecanismo de proyección se encuentra al servicio de la Verwerfung, cuya función es devolver lo rehusado en el orden de lo simbólico a lo real en forma de delirio.

Laing nos dice que: *“La palabra esquizoide designa a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos maneras principales: en primer lugar, hay una brecha en su relación con su mundo y, en segundo lugar, hay una rotura en su relación consigo mismo. Tal persona no es capaz de experimentarse a sí misma “junto con” otras o “como en su casa” en el mundo, sino que, por el contrario, se experimenta a sí misma en una desesperante soledad y completo*

*aislamiento; además, no se experimenta así misma como una persona completa sino más bien como si estuviese “dividida” de varias maneras, quizá como una mente más o menos tenuemente ligada a un cuerpo, como dos o más yos, y así sucesivamente.”* (Laing R. , 1993). El principal carácter de la concepción de Laing se encuentra en la relación profundamente distorsionada con su exterior y con su propio pensamiento.

Por último, Freud se acerca a una posible definición de psicosis que se ajusta al tema tratado cuando nos dice que: *“La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior.”* (Freud, 2000). Si bien esta definición no hace mención de factores importantes y características de la enfermedad, que deben ser retomados posteriormente, nos habla sobre la base que habrá de sostener la investigación, es decir, un conflicto entre el yo y la realidad circundante.

Según Freud: *“El lactante aún no discierne su yo de un mundo exterior, como fuente de las sensaciones que le llegan. Gradualmente lo aprende por influencia de diversos estímulos.”* (Freud, 2007). Es decir, que gracias a las diversas sensaciones que llegan al niño, éste comienza a diferenciar el sí mismo de la realidad circundante (formación del yo). Este proceso resulta importante por el hecho de que estas experiencias y los estímulos recibidos sirven para que el lactante acepte la realidad, y Freud continúa: *“...esto es, la aceptación de un <<afuera>>, de un mundo exterior, lo dan las fuentes, múltiples e inevitables sensaciones de dolor y displacer que el aún omnipotente principio de placer induce a abolir y a evitar. Surge así la tendencia*

*a disociar del yo cuanto pueda convertirse en fuente de displacer, a expulsarlo de si, a formar un yo puramente hedónico, un yo placiente, enfrentado con un noyo, con un <<afuera>> ajeno y amenazante.” (Freud, 2007).*

Llegados a este punto, tal definición de psicosis habría que tomar en cuenta la aceptación de la realidad como uno de los principales factores para su entendimiento.



## CAPITULO III: LA PSICOSIS

Con el fin de introducirse al marco de las estructuras psicóticas, se hablará por separado de cada una de ellas, con el propósito de hacer una distinción entre los mecanismos que actúan entre los diferentes estados psicóticos, las diferencias y las similitudes entre cada una de ellas.

De la misma manera se hablará lo que se sabe de éstas y los puntos a los que han llegado algunos autores en cuanto a sus características, diagnóstico, etiología y tratamiento. Cabe aclarar aquí, de que no habremos de introducirnos de lleno a las especificaciones de cada una de las sub-estructuras, ya que, el interés se centra en la formación de la estructura psicótica en general y no en su descripción completa, por lo tanto, tendremos que mantenernos al margen de profundizar en cada una de ellas.

De una forma simplista, las estructuras psicóticas son un fallo de origen psíquico en la formación de un sujeto más o menos sano, que puede ocurrir desde el desarrollo temprano o a lo largo de un determinado tiempo, puede entenderse como su surgimiento a partir de un hecho traumático insoportable o con una serie de eventos que obligan al sujeto a dar una respuesta rápida a estos sucesos ocurridos en el entorno del sujeto.

Las estructuras psicóticas no poseen una etiología tan diferente a la neurosis, incluso a la perversión, son bien los caminos que los sujetos deciden tomar teniendo en cuenta el carácter; los eventos que viven en los entornos que se encuentran, sean familia, escuela, sociedad; la previa formación inicial de la personalidad y

disposición a las mismas. Si se entiende esto de tal forma, entonces la concepción al momento del estudio estará más abierta y su comprensión será mucho más amplia en los fenómenos implicados.

### **a) Esquizofrenia**

Usualmente el término esquizofrenia es utilizado sin ninguna distinción aparente entre el de psicosis o locura pues, es esta la enfermedad más reconocida entre las personas. Por esta razón se comenzará a hablar de ella, ya que ha sido una de las más estudiadas dentro de la comunidad y que sin embargo más enigmas posee. Para comprender el fenómeno de la esquizofrenia, es necesario comprender que esta no es una entidad nosológica definida, sino que la esquizofrenia abarca todo un conjunto de enfermedades.

Con el inicio del estudio es necesario entender el concepto de esquizofrenia, es a Bleuler a quien se le debe este concepto. Belloch nos dice: *“Bleuler recalco que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era la <<división o fragmentación del proceso de pensamiento>>”* (Belloch, Sadín, & Ramos, 1995). A partir de entonces el concepto ha sido cambiado e incluso se han añadido tipos de esquizofrenia, sin que la esencia general del concepto haya cambiado de forma considerable, es decir, la fragmentación del pensamiento.

La alteración del pensamiento en este tipo de personas es una de las más graves conocidas por el hecho de que el sujeto se encuentra completamente apartado de la realidad, es decir refugiado en su propio mundo, lo cual afecta sus relaciones interpersonales y las costumbres más arraigadas que hasta el momento

de la fractura con la realidad poseía. Tal parece ser que la desorganización que posee el individuo esquizofrénico en cuanto a sus conductas y actitudes son el reflejo de lo que ocurriese en su mente.

Una explicación de tales consecuencias, es que en la esquizofrenia el individuo no puede dar una respuesta satisfactoria ante las situaciones vitales debido a la pobre integración yoica y la dificultad para encontrar un equilibrio entre los deseos personales y las limitantes provenientes del medio en el que se encuentra, Kolb nos dice: “... *los esquizofrénicos representan al grupo que no ha logrado desarrollar los procesos integrativos, ni la fuerza del yo necesarios para resolver con flexibilidad los conflictos entre los impulsos coercitivos (del ello), las aspiraciones del ideal yoico y las actitudes demasiado exigentes del superyó.*” (Kolb, 1992). Este es uno de los aspectos más comunes, el carácter extraño, lo imprevisible de los afectos y las ideas intelectuales y la conexión inadecuada entre unos y otros.

Todos estos síntomas asociados al concepto de esquizofrenia se encuentran íntimamente ligados al de regresión cuya expresión no solo es observable en la estructura psicótica, sino también en la neurótica. La regresión resulta del momento en que la realidad del sujeto no es agradable para él o no puede cumplir las demandas del *Ello*, por lo tanto tiende a buscar un sustituto del objeto en figuras pasadas, en el caso del esquizofrénico, una regresión al narcisismo primario, es decir, el inicio de la formación yoica. Tal y como nos lo dice Fenichel: “...*en la esquizofrenia, el colapso de la aptitud para el juicio de realidad..., también pueden ser interpretados como un regreso a la época en que aún no se había constituido el*

*yo o comenzaba apenas a constituirse.*” (Fenichel, 2008). De tal forma que podría fundamentarse la idea de que el papel desempeñado por los factores etiológicos somáticos en la estructura psicótica, probablemente no sea en principio diferente del desempeñado en la neurosis.

En la esquizofrenia, los diversos síntomas pueden ser agrupados en dos categorías: algunos son expresiones directas del derrumbamiento de la personalidad (regresiones) y la anulación de las diferenciaciones adquiridas a lo largo del desarrollo mental que tienden a la primitivización del sujeto, tales como las ideas de destrucción del mundo, despersonalización, ideas de grandeza y formas arcaicas del pensamiento. Otros síntomas son representan intentos de recuperación, a decir del intento de la restitución de la personalidad, entre ellos los delirios, alucinaciones y peculiaridades sociales y del habla del esquizofrénico.

En cuanto a los síntomas de regresión, uno de los primeros encontrados es la fantasía de que se aproxima el fin del mundo, cuyo sentido no se encuentra del todo incorrecto, pues lo que de verdad experimenta el sujeto es el colapso del mundo objetivo. Tal idea es el resultado de la retracción de la libido al mundo exterior, al retraerse este revestimiento, el mundo comienza a perder sentido por lo tanto un esquizofrénico habrá de quejarse de que el mundo parece vacío, monótono o sin sentido. El retraimiento libidinal al mundo exterior como resultado de la regresión al narcisismo primario trae consigo el aumento del tono libidinoso corporal (total o en ciertas partes) que se expresa en forma de sensaciones hipocondriacas. Una regresión al narcisismo es también una regresión a la omnipotencia narcisista primaria que se expresa en forma de megalomanía, en este caso, el amor por los

objetos (revestimiento libidinal) es sustituido por el amor así mismo y la sobreestimación de que se hace objeto habitualmente a la persona amada, es dirigida hacia el propio Yo.

Los conceptos y las palabras en las personas con esquizofrenia no se encuentran de ninguna manera en una forma desorganizada, sino que cada sujeto presenta un orden definido en su manera de pensar, aun cuando este orden no sea el que se utiliza comúnmente, tal pensamiento se encuentra más parecido al que se encuentra en el inconsciente de un neurótico, niños pequeños, incluso en de personas en condiciones de fatiga. Lo mismo que sucede en el contenido ideacional que expresan con mucha libertad como por ejemplo el complejo de Edipo. Fenichel cree que: *“Este desarrollamiento del yo puede ser el resultado, sin embargo, de una regresión defensiva.”* (Fenichel, 2008). Es decir, que el sujeto lo utiliza para salir de un mundo peligroso y amenazante a uno más placentero y libre de represión y que además ha de vaciar su pensamiento precisamente por la ansiedad que representa encontrarse consigo mismo en ese mundo. De ahí la afirmación de Salomón quien dice: *“El paciente esquizofrénico teme la realidad y no estima su aparato psíquico que lo pone en contacto con esa realidad.”* (Resnic, 1982). No dejando otro escape que el de la propia regresión hacia estadios más tempranos del desarrollo.

Otros síntomas asociados a la esquizofrenia, que hablan acerca de la regresión a estados primitivos del desarrollo son la ecolalia y la ecopraxia, por ejemplo la obediencia automática que correspondiente a la imitación en el bebe o las posturas catatónicas que sugieren un regreso a la vida intrauterina del paciente.

En los intentos de recuperación que se presentan en las etapas posteriores del paciente los síntomas son un intento por restaurar aquello que fue perdido en un primer momento. Entre estos encontramos a las alucinaciones que aparecen como sustitutos de las percepciones objetivas de la realidad, las alucinaciones tienen el objetivo de evitar un conflicto con la realidad, mediante la negación de esta y se esfuerzan por crear una realidad nueva. En términos analíticos, las alucinaciones son la fuga del yo, además del fracaso de esta fuga, un retorno deformado de los impulsos rechazados. Si las alucinaciones se encuentran relacionadas con las sensaciones perceptivas, los delirios se basan sobre ideas más complicadas, estas representan el intento por reemplazar las partes perdidas de la realidad, a su vez también contienen elementos de la realidad repudiada.

En cuanto a las funciones del *súper Yo* del esquizofrénico representan las sombras del mundo de los objetos que ha perdido, el *súper Yo* de cierta forma copia los objetos externos para formar una representación en la mente, es por eso que hace su aparición una vez consumada la regresión narcisista con el fin de recobrar estos objetos perdidos pero sin poder hacerlo.

## **b) Melancolía**

Para entrar en el terreno de la melancolía es necesario entender el mecanismo de formación de síntomas que aparece en la depresión. Se presenta de forma leve en casi todas las neurosis y en su forma más intensa se convierte en un angustioso estado psicótico de melancolía. La depresión está basada sobre una fijación al estado en que el autoestima está regulada por suministros externos o que los

sentimientos de culpa han hecho regresar a esa fijación y responden a la necesidad de tales suministros, es uno de los tipos de regulación del autoestima más arcaicos en el niño que corresponde a la previa formación del *súper Yo*, quien se encarga de desarrollar los suministros narcisistas y la regulación interna del autoestima. En este sentido una depresión grave corresponde al estado que es llevado un sujeto que carece de los suministros vitales y los intentos de regulación se dirigen al *súper Yo*; una depresión leve es la anticipación a este estado.

Los periodos largos de privación o frustración tienden, incluso en personas normales, a volver al sujeto, apático, lento o carente de interés, lo que habla de la importancia de los suministros narcisistas externos, la falta de ellos puede expresarse en forma de depresiones simples, lo que puede llevar a estados pasivos de satisfacción alucinatoria de los deseos ya que no se encuentran en el mundo real.

La pérdida de autoestima o de los suministros que aseguraban o elevaban su autoestima son factores que conllevan a una depresión, que son fracasos en el mundo exterior y formaban parte de gratificaciones narcisistas, en ocasiones pueden acusar a sus objetos de falta de amor y actuar sádicamente con los objetos externos. La diferencia entre las depresiones neuróticas y las psicóticas no es muy marcada debido a que los conflictos que se encuentran entre el *súper Yo* y el *Yo* no son tan diferentes y tal conflicto se expresa de igual forma en todo aquel que posea necesidades narcisistas.

Una característica importante en la depresión psicótica, es que los intentos por restablecer el equilibrio narcisista a través de la introyección de los objetos fallen debido a que son percibidos como un peligro o sensación de culpa, de esta forma es el *súper Yo* quien se vuelve en contra del Yo con gran fuerza. Aquí entra en juego el papel del duelo que consiste en un primer momento a llevar a cabo una introyección para después realizar una desligazón de este objeto introyectado, así es como funciona el proceso de duelo bajo condiciones normales, sin embargo puede convertirse en patológico cuando la relación con este objeto ha sido ambivalente entonces la introyección adquiere un carácter sádico y los intentos de conservación de objeto también son un intento por destruirlo.

En cuanto a la personalidad de los maniaco-depresivos existe una estrecha relación con los neuróticos obsesivos y su orientación anal en la que juega un papel significativo el dinero en cuando a la pérdida del mismo o del poder, de forma similar la fijación oral que parece ser la *conditio sine qua non* puede desarrollarse una depresión, por ejemplo las negativas a comer cuyo síntoma es el más común en la melancolía.

Resulta entonces que las características asociadas al desarrollo de una depresión son una necesidad narcisista, ambivalencia y una oralidad aumentadas. La depresión es una pérdida parcial o total del autoestima en la que el sujeto afectado trata de anular inútilmente con la introyección sádico-oral del objeto cuyo amor es deseado como suministro narcisista en forma tal que el *súper Yo* ahora con un sadismo que se ha puesto a su disposición lucha contra el Yo.



Otra característica importante, es la fuerte tendencia del suicidio del deprimido en donde se refleja la intensidad de la lucha. Visto desde el punto de vista del *súper Yo*, el suicidio es la vuelta del sadismo contra la propia persona. Tener el deseo de vivir significa que se posee cierta dosis de autoestima, es decir, sentirse apoyado por las fuerzas protectoras del *súper Yo*, de igual manera pueden adoptar un carácter de cesar la presión del mismo, esto significa que el suicidio se lleva a cabo porque las esperanzas e ilusiones de gratificación se hayan ligadas a esta idea. Usualmente, estas ideas de autodestrucción tienen a aparecer durante el periodo de convalecencia después de un periodo agudo de depresión. También es necesario hacer notar que las ideas generadoras de dolor son percibidas por el sujeto como un estado mental adecuado y que, todo intento por eliminar siquiera el más mínimo fragmento de este contenido provocan en el sujeto respuestas de ira y cólera.

La diferencia entre una depresión neurótica y una depresión psicótica está determinada por el grado de profundidad de la regresión narcisista en donde las relaciones de objeto son reemplazadas por relaciones dentro de la personalidad. La existencia del yo comienza cuando el bebe empieza a percatarse de los objetos además de este proceso Freud nos dice: *“El hombre aprende a dominar un procedimiento que mediante la orientación intencionada de los sentidos y la actividad muscular adecuada, le permite discernir lo interior (perteneciente al yo) de lo exterior (originado por el mundo)... ”* (Freud, 2007). Esto da como resultado la instauración del Yo y de los objetos, en la psicosis esta estructura se haya perturbada debido al hecho de que la regresión se instaura en una época anterior a

esta formación del Yo lo que conlleva a revivir los factores que caracterizan a un Yo arcaico.

Para continuar en la comprensión de la melancolía, también es necesario explicar el estado opuesto a la depresión que es la manía. Sin embargo tal fenómeno es menos comprendido al del mecanismo de su contraparte, pero que a su vez se encuentra íntimamente ligada a la depresión, incluso suele ser una característica asociada al mismo concepto. Sullivan da una definición de las depresiones melancólicas la cual nos dice: *“En las psicosis maniaco-depresivas la depresión es auténtica, con lo cual responde a mi propia definición, en el sentido de que constituye una preocupación de la consciencia, con muy limitada progresión de las ideas que provocan dolor, caracterizada además por la reducción más o menos notable de la actividad.”* (Sullivan, 1974). La característica esencial de esta subestructura son las depresiones y exaltaciones recurrentes que aparecen de forma cíclica o intervalos.

En la manía, se presenta un aumento muy grande de la autoestima o a su vez la disminución de la consciencia. En la explicación relativa a la manía, Fenichel nos dice: *“...aquello que la depresión se esforzaba por conseguir, parece haber sido logrado en la manía.”* (Fenichel, 2008). Es decir una completa victoria narcisista. Empero la naturaleza de la manía no es una auténtica liberación de la depresión, sino a una formación reactiva, un torpe intento por negarla.

Según lo anterior, la melancolía parece presentarse en diversas formas clínicas y cuyas características están relacionadas con una fijación en la etapa oral,

ambivalencia reflejada en la pérdida de interés por el mundo exterior, autoreproches y autocastigo y que usualmente presenta estados recurrentes de manía.

### **c) Clasificación de acuerdo al DSM IV**

Con el objetivo de conocer más acerca de las psicosis, es necesario hablar sobre lo que los estudios médicos han encontrado sobre esta enfermedad y la forma en que ha sido clasificada de manera que pueda ser entendida con más facilidad. Tal clasificación ha partido de las primeras concepciones de enfermedad que introdujo en su tiempo Freud, es decir, el de neurosis; psicosis; perversión, y que a su vez fueron sufriendo modificaciones por diversos autores, hasta conseguir clasificaciones mucho más específicas y elaboradas, entre ellas la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) cuyos últimos volúmenes han conservado muy poco o nada de los conceptos psicoanalíticos, por lo que habrán de tomarse solo aquellos que se encuentren *ad hoc* a este estudio, excluyendo psicosis inducidas por sustancias o estados alucinatorios asociados a otras enfermedades que pueden ser entendidas como grupos mixtos o enfermedades involutivas y retomando aquellas más cercanas al marco de la estructura psicótica.

En cuanto a la esquizofrenia y su clasificación la encontramos íntimamente ligada a la paranoia, tanto en la lectura psicoanalítica, como en el DSM IV no ha sido muy marcada la diferencia entre ambas, por lo que deben ser trabajadas a la par haciendo énfasis en sus diferencias y similitudes.

Para el DSM IV el punto principal de los estados psicóticos versa en su carácter alucinatorio, en cuanto al término utilizado como psicótico, lo ha definido de la siguiente forma: *“Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.”* (DSM-IV, 1999). En cuanto a la definición de la esquizofrenia esta se caracteriza por las alteraciones y su duración, tomando en cuenta al menos 6 meses siendo persistentes (*criterio A y C*), tales características se encuentran divididas en signos y síntomas positivos y negativos, asociados a disfunciones sociales o laborales (*criterio B*), a su vez, esta alteración no se encuentra explicada por un trastorno esquizo-afectivo; trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos; o reacciones fisiológicas debidas a sustancias o enfermedades médicas, correspondiente a los criterios D y E.

El diagnóstico de la enfermedad está en función de la identificación de un gran número de síntomas asociado a la percepción, el pensamiento inferencial, lenguaje y comunicación, pensamiento y el habla, motivación, atención, entre otras. Los síntomas positivos hacen referencia a un exceso de las funciones normales, mientras los negativos a una disminución o pérdida de las mismas. En cuanto a los criterios utilizados y sus conceptos encontramos a las ideas delirantes (Criterio A1) entendidas como creencias e interpretaciones erróneas a percepciones o experiencias cuyo contenido es siempre muy diverso, las ideas de persecución son las más habituales, es por esto que esquizofrenia y paranoia se encuentran tan ligadas al ser estas ideas delirantes la principal característica de la paranoia, para cumplir con tal criterio, las ideas deben ser juzgadas como extrañas y por el grado

en que son sostenidas. También encontramos a las alucinaciones (Criterio A2) siendo las auditivas las más comunes, aunque aparecen en cualquier modalidad sensorial, la persistencia de las mismas es bajo la forma que se integra el criterio. Otros criterios encontrados son el lenguaje desorganizado (Criterio A3) y el comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) o los síntomas negativos como el aplanamiento afectivo, la alogia (pobreza del habla) y la abulia (Criterio A5).

Todos estos síntomas se encuentran relacionados entre sí y poseen sus exclusiones, debido a que síntomas negativos pueden ser consecuencia de los positivos o de otros factores como efectos secundarios de la medicación o hipostimulación ambiental. En esta etapa conocida como fase activa solo se necesitan cumplir dos ítems durante al menos un mes para el diagnóstico.

Para la clasificación de los subtipos de la esquizofrenia, se toma en cuenta el cuadro clínico utilizado al realizar la primera evaluación y por lo tanto, éste puede cambiar y se encuentra definido por la sintomatología persistente, aunque en una enfermedad pueden estar presentes síntomas de diferentes subtipos de esquizofrenia.

Para la esquizofrenia de tipo paranoide cuya clasificación es F20.0x (295.30), el manual nos dice: *“La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas,”* (DSM-IV, 1999). Las ideas delirantes a pesar de ser de múltiples temáticas, estas están organizadas en derredor de un tema coherente y se encuentran relacionados con

las alucinaciones, ansiedad, ira, retraimiento y a discutir. Habitualmente este tipo de esquizofrenia no presenta deterioro en pruebas neurológicas y cognoscitivas.

El tipo desorganizado clasificado como F20.1x (295.10) dice: *“las características principales... son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada”* (DSM-IV, 1999). Las muecas, risas sin conexión con el contenido del discurso, manierismos y graves alteraciones para realizar actividades de la vida cotidiana se encuentran incluidas, estos deterioros pueden ser observados en las pruebas cognoscitivas. También es conocido como hebefrénico.

En el tipo catatónico F20.2x (295.20) se define como: *“... es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.”* (DSM-IV, 1999).

Para el tipo indiferenciado F20.x3 (295.90) encontramos: *“La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.”* (DSM-IV, 1999).

El tipo residual clasificado como F20.5x (295.60) es utilizado cuando: *“ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos...Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos...”* (DSM-IV, 1999). Y que puede representar una transición un episodio u otro.

Es conveniente detenerse hasta este punto en la clasificación de subtipos de esquizofrenia debido a que los siguientes apartados describen ligeros cambios respecto a las principales descritas, tales como la duración de síntomas positivos, negativos o la aparición o no de los mismos, tanto como por el tipo de idea delirante, sin embargo es importante hacer notar lo difícil que puede ser llegar a un diagnóstico debido a la cantidad de síntomas que posee la esquizofrenia y la irregularidad de la presencia y duración de estos, por esta razón el manual tiene diversas sub clasificaciones más homogéneas cuyo fin es un diagnóstico más acertado.

Para continuar con la clasificación de acuerdo al DSM IV, se retomarán los trastornos del estado de ánimo, al igual que en la esquizofrenia y paranoia, delimitando hasta el punto que nuestro estudio permita en cuanto a la clasificación de la subestructura psicótica conocida como melancolía.

De acuerdo al DSM IV, los trastornos del estado de ánimo, incluyen todos aquellos cuya característica principal son los estados de humor y se encuentran divididos en trastorno depresivo o depresión unipolar, trastornos bipolares y los basados en su etiología como enfermedad médica e inducidos por sustancias. La mayoría de los trastornos afectivos requieren la presencia o ausencia de estados afectivos, es decir, que la clasificación de un trastorno afectivo está en función de la duración de estos estados afectivos como lo son:

Estado depresivo mayor que aparece por lo menos dos semanas en el que hay un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en las actividades incluyendo síntomas como pérdida de apetito o peso, del sueño y la actividad

psicomotora; culpa y sentimientos de infravaloración; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos de muerte, planes o intentos suicidas. Este episodio se acompaña de deterioro social y laboral. El estado de ánimo puede ser descrito como deprimido, desanimado triste o desesperanzado (criterio A1) los sujetos pueden decir que han perdido interés en sus aficiones o han dejado de disfrutarlas (criterio A2) el apetito disminuye y hay que esforzarse por comer o por el contrario más apetencia por ciertas comidas que llevan a una pérdida o ganancia significativa de peso (criterio A3) insomnio y menos frecuente la hipersomnia (criterio A4) cambios psicomotores como agitación, enlentecimiento del lenguaje, pensamiento o movimientos corporales, mutismo (criterio A5) falta de energía o cansancio (criterio A6) sentimiento de inutilidad o culpa que pueden tener proporciones delirantes (criterio A7) capacidad disminuida de pensar, concentrarse o tomar decisiones (criterio A8) pensamientos de muerte, ideación o tentativas suicidas (criterio A9). Para los siguientes criterios encontramos a los episodios mixtos que alternan entre episodio maniaco y depresión mayor (criterio B) malestar clínico significativo o deterioro social (criterio C) asimismo el episodio no debe ser causado por una enfermedad médica (criterio D) y si no es anterior a la pérdida de un ser querido amén que incluya síntomas del criterio A (criterio E)

Por último, los episodios maníacos entendidos como estados de ánimo anormal, persistentemente elevado o irritable cuya duración es mínimo de una semana (criterio A) y se acompaña de aumento de la autoestima o grandiosidad, fuga de ideas, distraibilidad, disminución en la necesidad de dormir o lenguaje verborreico (criterio B) además no debe cumplir con los criterios del episodio mixto



que incluyen síntomas del episodio depresivo mayor (criterio C) y ser lo suficientemente grave como para causar deterioro social, hospitalización o síntomas psicóticos (criterio D) y no estar inducido por alguna sustancia tóxica o medicamento (criterio E).

La característica que define a un trastorno depresivo mayor (F32.x) es la cantidad de episodios depresivos mayores sin episodios maníacos o mixtos y estos episodios no se explican a través de trastornos esquizoafectivos o están superpuestos a una esquizofrenia o trastorno psicótico no especificado.

#### **d) Etiología, Diagnóstico y Tratamiento**

Ya se ha hablado de características esenciales para comprender a la estructura psicótica, que han partido desde las concepciones que se tienen actualmente en términos de enfermedad, a decir de los llamados estados maniaco-depresivos y las depresiones mayores, cuya diferenciación resulta muy poco perceptible en la literatura encontrada debido a que resulta ser muy cambiante en los individuos que la presentan dentro de la clínica; y a las psicosis esquizo-paranoideas que de forma igual poseen nexos bastante cercanos, llegados hasta tal punto que el diagnóstico usualmente suele ser el de esquizofrenia de tipo paranoide haciendo notar que son una sola y única enfermedad, en palabras de Sullivan: *“Desde el punto de vista conceptual, la paranoia pura y la esquizofrenia pura constituyen dos polos absolutos, y por consiguiente imaginarios.”* (Sullivan, 1974). Es entonces también necesario hablar acerca de su etiología, el diagnóstico y algunos de los tratamientos psicoterapéuticos que se han utilizado y la eficacia de sus resultados.

Comenzando con la esquizofrenia, fueron los tratamientos farmacológicos primeramente utilizados cuyo fin era contener a la enfermedad, un tratamiento meramente somático que tranquilizaba al paciente, las llamadas camisas de fuerza químicas, pero impedía que este expresara libremente sus conflictos. Tales tratamientos se han mantenido por tiempo prolongado debido a los estados delirantes y a la dificultad de la aplicación de una terapia psicológica en este tipo de enfermedades.

En cuanto a la aplicación de un tipo de psicoterapia para pacientes esquizofrénicos es necesario tener en cuenta que el delirio es ahora su realidad y esta es percibida como ideal para el sujeto, por consiguiente los intentos de modificar esta misma realidad resultan una amenaza y darán como respuesta una oposición a las acciones que impliquen su modificación. La utilización de la psicoterapia interindividual está basada en la relación que el paciente tiene con su terapeuta o las personas con quienes convive, sean enfermeras o enfermeros, su objetivo versa en la modificación del concepto que tiene sobre su delirio llevándolo a una cierta aceptación, lo cual es posible si se establece una buena relación terapeuta-paciente. Respecto a esta propuesta Boustra nos aclara: "*La psicoterapia interindividual está definida por intercambios verbales regulares entre un terapeuta y un sujeto en espera de modificaciones psicoafectivas que deben conducir hacia un mayor bienestar.*" (Boustra, 1978). La efectividad del trabajo terapéutico implica la confianza que pueda brindar el primero y el interés del segundo.

Diversas escuelas han tratado de implementar sus terapias con el fin de mejorar la condición del paciente junto con el tratamiento farmacológico. El

psicoanálisis resulta poco efectivo cuando los pacientes carecen de ciertas bases institucionales, sin embargo diversos psicoanalistas han intentado tratamientos cuando las defensas resultan ser cercanas a estructura neurótica. Existen pacientes que a lo largo del tratamiento pasan de posiciones delirantes a neuróticas y viceversa, lo que también indica la inexistencia de abismos absolutos entre ambas estructuras. La dificultad en la aplicación de este tipo de psicoterapias puede incluso empeorar el estado de los pacientes, alimentando nuevos delirios, lo que es posible rescatar de estas es la relación establecida entre el terapeuta y paciente que puede tomar dos vertientes, la relación de inspiración psicoanalítica y la relación existencial.

En la relación psicoanalítica, la dinámica se encuentra en la transferencia ejercida en la cual el paciente reviste al terapeuta con la figura paterna o materna, se permite el análisis de lapsus, sueños y el delirio lo que permite dar más respuestas y menos frustración al paciente; en cuanto a la existencial, esta se enfoca en ver y entender al paciente como si se estuviera en su lugar, no permite interpretaciones, solo se interesa en lo existente. Su principal objetivo es estudiar la angustia como interrogante esencial del hombre.

Debido a que la cura de la esquizofrenia dista de ser una realidad en la actualidad, se ha optado por un tipo de terapia unificadora que combina la utilización de neuroléptico, anti psicóticos y las psicoterapias que permitan mejorar el curso de la enfermedad.

La depresión es una de las enfermedades más relevantes que existen en la actualidad, debido a su característica incapacitante en el individuo, a su índice de mortalidad por suicidio y a las consecuencias que pueden llegar a tener costes a nivel personal y familiar. Las personas que desarrollan un trastorno depresivo mayor suelen presentar síntomas en los últimos años de la adolescencia, la difícil detección temprana de los síntomas, diagnóstico y tratamiento adecuado en la depresión pueden provocar que el sujeto presente problemas más graves en años posteriores. Los acontecimientos estresantes y la vulnerabilidad genética en conjunción parecen ser los detonantes de un episodio depresivo mayor, tales factores genéticos, neuroendocrinos y psicosociales se encuentran íntimamente ligados con el estrés y aparecen con mayor frecuencia en mujeres a lo largo de su vida posiblemente por los cambios hormonales en etapas importantes de su vida como lo son la adolescencia, el embarazo, los periodos postparto y menopáusico.

A pesar de que no se sabe claro cómo funciona la producción hormonal en la evolución de la depresión en mujeres, es bastante conocido el papel de los estrógenos en la regulación afectiva y los procesos metabólicos de neurotransmisores como la serotonina y los glucocorticoides en las situaciones de estrés. Para Greden: *“Estos datos corroboran la idea de que las hormonas gonadales desempeñan un papel etiológico en la depresión...”* (Greden, 2003).

En cuanto al tratamiento de las depresiones los estudios aún se encuentran en sus primeros pasos, en la actualidad ha comenzado a considerarse que la depresión evoluciona bajo sus propios cursos y ya no es posible considerarla en términos episódicos. Se considera que la terapia combinada con psicoterapias

concretas y la utilización de fármacos antidepresivos cuyo fin pretende evitar que la enfermedad continúe de forma prolongada posee una efectividad más elevada. La psicoterapia interpersonal, cognitivo y conductual suele tener resultados eficaces en el tratamiento de la depresión crónica en combinación con fármacos específicos.

En 1992 uno de los primeros estudios acerca de la utilización de psicoterapia y farmacoterapia fue con la terapia cognitiva basada en las teorías del aprendizaje que explica a la depresión en términos desadaptativos a pensamientos en los sujetos muy arraigados, se encuentran agrupados en tres categorías que consideran: una visión negativa de sí mismo, interpretación negativa de los acontecimientos pasados y de los acontecimientos futuros, Greden nos dice: *“El objetivo de la terapia cognitiva es reconocer y poner en tela de juicio estas distorsiones para, finalmente, corregir los pensamientos y comportamientos distorsionados.”* (Greden, 2003). Este tipo de terapia activa también hace uso de recursos de la intervención breve como la educación y el abordaje del estrés, la aplicación de estas estrategias estructuradas pueden enseñarse con un manual y con tareas que los pacientes llevan a sus casas, los problemas aparecen debido a que en la mayoría de los casos los tratamientos no son llevados conforme a las indicaciones, no tomando los medicamentos y la falta de interés que puede traer consigo resultados negativos.

## **CAPÍTULO IV: ALGUNAS CONSIDERACIONES**

Para continuar con el estudio de las psicosis, es necesario hablar sobre lo que algunos autores hablaron en específico respecto a tal estructura. Tales consideraciones retomadas tienen el fin de comprender la formación psicótica en los inicios de la vida del sujeto y los pasos que posiblemente los llevaron hasta el límite de la cordura.

Estos acercamientos e intentos por comprender a la psicosis, resultarán de utilidad pues proporcionarán las bases que sustentarán las posteriores aportaciones. Por ello, los datos y referencias que han de retomarse, serán explicados en medida que resulten útiles al marco cuyo objetivo se enfocan.

### **a) Sigmund Freud**

Freud es el primero de los autores a considerar. Sus aportaciones a la materia son de gran importancia para el desarrollo de la comprensión hacia las estructuras psicóticas, estas aportaciones distan de ser meras aproximaciones a la realidad psicótica, pues en ellas se encuentran los primeros focos de atención en cuanto a la estructuración del sujeto psicótico, si bien las aportaciones de Freud con el tiempo fueron sufriendo transformaciones a lo largo de su pensamiento, habrá de comprenderse que estas observaciones mantienen nexos notables y que por consiguiente podrán mantener una relación cercana que no será difícil de ligar.

Como se ha dicho en el capítulo segundo, Freud remarca el conflicto existente entre el Yo y el mundo exterior, es decir, que las perturbaciones del sujeto

se encuentran íntimamente relacionadas con las contradicciones entre estas dos instancias, el *Yo*, cuya estructura mantiene una especie de equilibrio entre lo que el *Ello* desea pero, que las exigencias del afuera mantienen limitadas ante las represiones culturales y el mundo exterior de donde las reglas y cultura proviene.

Para Freud el mundo exterior gobierna al *Ello* mediante dos formas de percepción, las actuales en constante formación, es decir las formas en que se interpreta la realidad y las anteriores de las cuales el *Yo* se forma un mundo interior. Según Freud *“En la amentia no sólo se rehúsa admitir nuevas percepciones; también se resta el valor psíquico (inversión) al mundo interior, que hasta entonces subrogaba al mundo exterior como su copia; el yo se crea, soberanamente un nuevo mundo exterior e interior.”* (Freud, 2000). Con esto, se entiende que en la psicosis el sujeto rechaza toda nueva interpretación de la realidad, además las representaciones del sujeto se ven afectadas por la pérdida de afecto en ellas, esto permite al *Ello* su libre paso que da cabida a la formación de un nuevo mundo cuyo móvil son los deseos del mismo quitando al *Yo* así la habilidad que permite mediar entre lo interno y externo gracias a una frustración que es insoportable para el sujeto.

Freud dará el nombre de denegación a esta frustración. Sin embargo cuando ocurre la fractura del sujeto hasta entonces sano, se activa un proceso en el cual el *Yo* da paso a formaciones delirantes que funcionan como un parche que se sitúa en donde se produce la desgarradura entre el *Yo* y el *Ello*. Se puede entender al delirio no como un síntoma del psicótico sino como el intento último de reparación del daño producido; la reconciliación de las exigencias de las instancias implicadas. De forma

igual la frustración proveniente del exterior y el incumplimiento de los deseos infantiles son en primer término, el origen de toda psicosis.

Con su subsecuente estudio, Freud va a afirmar que tanto como en las neurosis como en las psicosis, la raíz de estos padecimientos se encuentra en el conflicto entre el Yo y las instancias que le gobiernan (*Ello, Súper Yo*), empero en un trabajo posterior afirma que en ambas estructuras psíquicas el *Ello* expresa su rebelión en contra del mundo exterior, decir es, ante la incapacidad de adaptarse a las exigencias de la realidad; a aceptarla. Entonces ¿en que radica la diferencia entre ambas instancias? Ha de recordarse que el objetivo principal es saber cómo es que se construye la psicosis en el sujeto, por ello resulta necesario tener clara la forma en que Freud diferencia estas estructuras, pues hasta ahora podría parecer que ambas poseen la misma etiología. En 1924 Freud nos dice: “*la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla.*” (Freud, 2000). Dicho esto, la diferencia entre neurosis y psicosis se encuentra en la forma en que el sujeto se interpreta e interpreta la realidad, de forma evasiva pero soportable o la forma que deniega y fragmenta al sujeto.

A manera de retro alimentación, los puntos que se comprenden importantes dentro de la concepción de la psicosis son: el conflicto entre el yo y la realidad circundante, que se encuentran también en la neurosis; la aceptación de la realidad, cuyo proceso existe desde las primeras etapas del infante; el mecanismo por el cual el sujeto niega o deniega a la misma; y la aparición del delirio como recurso último



del yo por restaurar el daño causado por la frustración proveniente del mundo exterior.

## **b) Jacques Lacan**

Otro autor que dio gran importancia a la comprensión de las psicosis es Lacan, quien posee una estrecha relación con los pensamientos de Freud, pero que aun así, ha llegado un poco más lejos en cuanto a su concepción de la locura. Tales conceptos retomados han de limitarse al enfoque de la formación de la estructura con el fin de no alejarse de su objetivo.

La importancia que tiene para Lacan el inconsciente, es uno de los puntos centrales de la comprensión no solo de las psicosis, sino de su tesis misma. Lacan cree que el hecho de que en el sujeto psicótico el inconsciente se encuentre afuera, decir es, invertido; hacia el exterior, no por ello significa que por tal razón se conozca el contenido del mismo, o bien, se sea “consciente” de ello. El inconsciente es un lenguaje y a pesar de que este sea articulado o verbalizado, el sujeto no habrá de reconocer el significado del mismo. Por ello Lacan nos dice: *“Si es que alguien puede hablar una lengua que ignora por completo, diremos que el sujeto psicótico ignora la lengua que habla.”* (Lacan, 2001). Es decir, que a pesar de haber verbalizado lo hasta entonces reprimido, no solo sigue siendo desconocido, sino que a su vez también puede fallar su interpretación como es que sucede en la estructura psicótica.

También habrá de diferenciar entre el móvil de las neurosis y las psicosis. Si para Freud la diferencia radica en la forma en que el sujeto interpreta la realidad,

para Lacan la diferencia se encuentra en la respuesta que da el sujeto a tal interpretación. En la neurosis, la respuesta se encuentra articulada en los síntomas y los diversos fenómenos ya conocidos; En la psicosis el resultado es diferente, pues aquí entran en juego la Verwerfung o Forclusion cuyo mecanismo será devolver al sujeto aquello rehusado en el orden de lo simbólico a lo real, con mucha más fuerza en forma de delirio. La diferencia con Freud aquí yace en que el delirio que aparece en el registro de lo real es la consecuencia de la forclusión del significante simbólico, es decir, el hecho de no poder deshacerse de aquello insoportable. Podría decirse que el delirio resulta aquí el síntoma característico de la psicosis y no el intento por reparar el conflicto entre el Yo y el mundo exterior, dicho de mejor manera, más bien por reparar lo rehusado por el sujeto; el registro simbólico.

Para comprender aún más este punto, debe considerarse la idea de Lacan del símbolo en tanto que nos encontramos sumergidos en él, en todo aquello en que el lenguaje se encuentra, en esta relación en la que se encuentra el sujeto y el símbolo existe la posibilidad de que algo no sea simbolizado y aparezca en el registro de lo real. Lacan da a este punto el nombre de Verwerfung primitiva, cuyo destino es totalmente diferente a una simbolización más o menos normal.

### **c) Ronald Laing**

Al hablar de Ronald David Laing, habremos de enfocarse en sus términos fenomenológicos, los cuales ayudaran a explicar las características que presentan las personas esquizoides y esquizofrénicas con ejemplos que permitirán tener una

mayor comprensión de dichas personas y los tratos propuestos para la ayuda al paciente esquizofrénico.

La definición que Laing nos brinda acerca de la esquizofrenia es la siguiente: *“La palabra esquizoide designa a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos maneras principales: en primer lugar, hay una brecha en su relación con su mundo y, en segundo lugar, hay una rotura en su relación consigo mismo. Tal persona no es capaz de experimentar a sí misma “junto con otras” o “como en su casa” en el mundo, sino que, por el contrario, se experimenta a sí misma en una desesperante soledad y completo aislamiento; además, no se experimenta a sí misma como una persona completa sino más bien como si estuviese “dividida” de varias maneras, quizá como una mente más o menos tenuemente ligada a un cuerpo, como dos o más yos, y así sucesivamente.”* (Laing, 1993). Debido a que la persona no se experimenta a sí misma como una persona completa, Laing propone entenderlos desde un punto fenomenológico-existencial, pues visto desde otro enfoque se reduciría a dar explicaciones complejas o podría entenderse a la persona como solo un organismo o cosa y su explicación simplemente se limitaría a una teoría, lo que Laing intenta expresar es la significación humana; por lo cual la tarea de la fenomenología existencial será articular lo que es el mundo de este otro y su manera de ser en él; y así conocer al esquizofrénico sin que se le destruya.

Propone que la cordura o la psicosis se prueban conforme al grado de conjunción o de disyunción entre dos personas, cuando una de ellas es cuerda por consenso universal. Pues bien la persona a la que solemos llamar esquizoide se

siente a la vez más expuesta, más vulnerable y aislada a lo que una persona normal podría sentirse.

Es preciso, antes de entender al sujeto esquizofrénico, entender la desesperación que dichos individuos sienten en las circunstancias diarias de su vivir, ya que, pueden sentirse más irreales que reales; más muerto que vivo, precariamente diferenciado del resto del mundo, de modo que su identidad y autonomía están siempre en tela de juicio. Es así como ante esta vulnerabilidad a la que ellos experimentan, es como se ocultan a sí mismos. Entonces, este puede carecer de la experiencia de su propia continuidad temporal, esta persona puede sentirse más insustancial que sustancial, e incapaz de suponer que la estofa de que está hecho es genuina, buena, valiosa, y es como siente que su Yo está parcialmente divorciado de su cuerpo, a decir de Laing: *“La persona ontológicamente insegura está más preocupada por preservarse que por complacerse a sí misma: las circunstancias ordinarias del vivir amenazan su débil umbral de seguridad.”* (Laing, 1993).

A la persona ontológicamente insegura, Laing le considera tres epígrafes, tres formas de angustia los cuales son, temor a ser tragado, implosión, petrificación y despersonalización, en las cuales, se hace énfasis en la pérdida de autonomía e identidad, sensación de vacío y ser tratado como si no tuviese sentimientos.

#### **d) Gaetano Benedetti**

Finalmente, Gaetano Benedetti da importantes explicaciones sobre la psicosis a través de lo observado en sus pacientes, dándose ayuda de nuevos conceptos que

introdujo con este mismo fin. Debido a que, creía que la tarea del terapeuta era comprender conceptualmente lo que se vuelve empíricamente evidente, introdujo conceptos que pretenden aportar un modelo más completo de la esquizofrenia.

Para Benedetti, es el paciente quien en un principio da una visión de su psicopatología, a la que llama “existencia negativa” y la describe como una experiencia límite de la existencia humana, justo antes de la demencia. Explica el estado mental de los pacientes en el que se encuentran, la sensación de no existir. Tal sensación es el resultado de la fragmentación de la mente que ocurre en el sujeto, este concepto propuesto por Gaetano tiene el propósito de explicar de mejor forma la vivencia del paciente y abarcar un mayor número de casos en los cuales los pacientes no parecían presentar signos de fragmentación, escisión o disociación, características principalmente asociadas a la estructura psicótica.

Es cierto que en el paciente neurótico también existen estas sensaciones de no existencia, las defensas de tal sensación han de ser creadas por nosotros mismos con ayuda del psicoterapeuta, ya que, estas defensas no existen en un principio sino que son más bien el producto del trabajo terapéutico.

Una modalidad de no-existencia es la identificación del paciente con las imágenes que poseen de él los demás, debido a que en la pérdida de su yo, solo vive en préstamo de los demás, tal esfuerzo por adaptarse a tales imágenes equivale a la pérdida de autonomía. Benedetti nos dice: *“En el paciente, este salir de sí para entrar en la imagen que poseen de él los demás, significa al mismo tiempo la única posibilidad de existir y la definitiva renuncia a existir”* (Benedetti, 1996). Tal

afirmación significa que esto no solo satisface algunas necesidades en el paciente, sino, también, le da sentido a su existencia.

Otro punto del que habla Benedetti son las *áreas de muerte* las cuales son áreas de interacción entre los familiares en donde se crean espacios vacíos, luego entonces ciertos potenciales humanos no habrán de desarrollarse, es decir, experiencias que permiten al niño la integración de su Yo de una forma más o menos normal, por lo que el desarrollo psíquico del sujeto se verá entonces coartado por estas zonas muertas en el inconsciente que un miembro de la familia interioriza, por lo cual, estas áreas de muerte dejan de formar parte de la dinámica familiar y pasan a formar parte del sujeto, habríamos de centrar la atención en el porqué de la introyección de tales áreas de muerte en el sujeto, si éstas son adoptadas por ser el eslabón más débil de la unión familiar o si son adquiridas por el Yo del sujeto con un fin particular, es decir, de un acontecimiento en el desarrollo que no pueda ser soportado y sean estas (áreas de muerte) la vía de escape del psiquismo de la persona.

Otra característica importante a destacar es, que en los procesos normales de identificación empática con lo otro, poseen los sujetos esquizofrénicos un móvil diferente, pues esta percepción falta en ellos. Probablemente dicha falta de identificación con los otros sea una consecuencia de la incapacidad de percibirse a sí mismo, este proceso es de gran importancia debido a que el sujeto puede reconocerse en los otros a través de las semejanzas y diferencias que encuentre en el otro, en el esquizofrénico esta necesidad de comprender al otro es sustituida por la necesidad de alejar el objeto reduciéndolo a un puro mecanismo.

En ocasiones el paciente se vive así mismo en un objeto externo, para lo cual utiliza dos mecanismos que son la identificación proyectiva y la identificación introyectiva los cuales le permiten existir en el otro o en lo otro por el miedo a perder su propia subjetividad, ha de convertirse en objeto de la actividad de otro.

Una de las partes importantes de la concepción de la esquizofrenia para Gaetano es esta relación que existe entre el Yo del sujeto y el mundo exterior en cuyo proceso normal este “afuera” funciona para diferenciar a la persona, reconocerse e identificar el mundo como algo que no forma parte del sí, en la estructura psicótica este proceso de negación de lo externo para la propia reafirmación no es posible.

Así puede verse que la concepción que los autores retomados para este capítulo, poseen a su modo de entender, una visión que resulto útil en las observaciones y los estudios que realizaron en su momento, por ello entender estos conceptos habrá de ser el soporte del que la investigación ulterior habrá de sostenerse. Si bien es cierto que estas observaciones pueden ser confusas y diferentes entre ellas, en la práctica también podrán ser aseveradas y entendidas conforme las necesidades lo requieran, tal objetivo facilitara el trabajo del estudio de las psicosis.

## CAPÍTULO V: PSICOSIS Y FAMILIA

Al hablar de enfermedad mental, resulta necesario saber acerca de los inicios de la vida del sujeto, con el fin de tratar de encontrar un problema en el desarrollo infantil y que posiblemente ha sido el desencadenante de los eventos posteriores que lo llevaron a enfermar. Por ello, es conveniente hablar de una de las instituciones más antiguas en la vida del ser humano, la familia, en la cual se forman los primeros nexos bajo los cuales el infante habrá de sustentar su personalidad y futuras relaciones cuando se enfrente a círculos sociales más grandes, pues reproducirá en ellos lo aprendido de cada elemento que compone el sistema, como roles y reglas que han de permitirle desenvolverse dentro de su entorno.

Los modelos sistémicos conciben a la familia como una totalidad, es decir, como una unidad indisoluble en la que cada parte se encuentra relacionada, por ende, el cambio en uno de los miembros del sistema modificará de alguna u otra forma a los demás. Por esta razón, es natural pensar que el fallo en una de las partes de este sistema, provocara el fallo de sistema completo y viceversa, el fallo en el sistema afectará a una parte del mismo o eslabón más débil.

Cada familia posee distintos estilos de crianza, se deben tener en cuenta los detalles de estas interacciones dinámicas en el desarrollo y proceso de la relación entre familiares, para poder ampliar el panorama del tipo de familia que se está tratando, así puede ser una madre fría y que tienda al rechazo, como un padre pasivo e ineficaz, lo que conducirá posiblemente a un hijo esquizofrénico, siendo estas actitudes interpersonales las que pueden desempeñar un factor importante



para la formación de una fobia, una tendencia a la ilusión ficticia o una reacción esquizofrénica.

Los estereotipos en la familia pueden no ser aptos para convivir con un integrante que no se ajusta a los rangos de la normalidad que consideran, por lo que el impacto de una enfermedad como la psicosis o la esquizofrenia suele ser por lo general devastador, donde surge miedo, incertidumbre, frustración, seguida de la culpabilidad entre los familiares, así como los reproches y la incapacidad para reconocer dicha enfermedad; buscando una fácil salida, se puede recurrir al aislamiento. La familia constituye un soporte fundamental, para la persona psicótica ya que es el núcleo donde pasa la mayor parte de su tiempo, considerando que esta tiene que ser más paciente y tolerante con los integrantes más vulnerables. Esta también puede contribuir, agravando con conductas negativas la enfermedad.

Sin duda alguna la formación del individuo en la familia es parte importante de su desenvolvimiento. A su vez, este también atraviesa por un desarrollo propio en el que su percepción del entorno y de si mismo actúan con la finalidad de dar respuesta a los diversos problemas y situaciones que presenta día a día. Esta forma de percibir el mundo que nos rodea va cambiando con el paso del tiempo, diversos autores, entre ellos Piaget, Erickson y Freud, han clasificado estos elementos en etapas o fases en las que agrupan diversas características propias de la edad. Para el psicoanálisis estas etapas comprenden una parte importante no solo del desarrollo psicosexual, sino también de la personalidad. Tal como Dolto dice: *“Es la historia de estas etapas de organización provisional la que nos permite comprender las bases del comportamiento ulterior no solo de los individuos considerados*

*normales, sino también de aquellos que presentan anomalías, desde las simples excentricidades hasta los trastornos graves de la adaptación a la sociedad.*” (Dolto, 2010). Bajo este concepto, el psicoanálisis hace hincapié en diversas situaciones de la dinámica familiar que podrían ubicar al infante en una de las tres estructuras que constituyen el psiquismo humano, en el mejor de los casos, la neurosis.

La forma en que el niño perciba y afronte estas etapas han de determinar el curso de su desarrollo psíquico. Así por ejemplo, la etapa oral que comienza con el reconocimiento de su entorno y el establecimiento entre los límites del Ello con la formación de un Yo que regula estas interacciones, seguirá el curso cuya relación con el primer objeto de amor, la madre, siga. O en palabras de Dolto: *“La actitud frente al mundo exterior va a conformarse a este modelo de relación amorosa.”* (Dolto, 2010). Estas sensaciones de placer y displacer ayudan a formar el principio de la realidad que usualmente es rechazado en la estructura psicótica, de ahí las regresiones a estadios primarios que buscan satisfacción en etapas previas a la formación de este principio en las que el Ello domina completamente.

Es en estas etapas del desarrollo psicosexual del niño en que también tendrá sus primeros contactos con la cultura, desde el uso de reglas simples como avisar cuando este necesita ir al baño, hasta la asimilación completa de la cultura que implica la búsqueda de los sustitutos simbólicos a los deseos demandados por el Ello en la misma. La forma en que se afronta el contacto con el mundo exterior que puede percibirse como amenazante o no y las presiones que la sociedad ejerza sobre el sujeto, pueden desencadenar en el sujeto reacciones psicóticas que no fueron previstas en etapas anteriores, otorgando un papel importante a la cultura en

la cual obtenemos experiencias necesarias y gratificaciones importantes, pero a su vez ser la causante de los males que hacen enfermar a los individuos.

## **CAPÍTULO VI: LA PSICOSIS EN LAS INSTITUCIONES**

Antes de finalizar nuestro estudio de las psicosis, se ha destinado este capítulo para hablar acerca de lo que a institucionalización de las enfermedades mentales se refiere, es decir, de los hospitales, granjas y centros de adaptación social en los que se encuentran las personas recibiendo atención.

Este apartado no tiene la finalidad de exponer datos históricos de las mismas, sino más bien de lo que dentro de ellas acontece o al menos de lo que se percibe dentro de ellas. Limitarse a exponer datos estadísticos es también dar una visión bastante general acerca de las instituciones y posiblemente alejar del punto de vista personal perseguido, el mío, aunque también ofrece un panorama acertado sobre lo que ahí acontece y lo que se proyecta ante la sociedad. La oportunidad de visitar algunos hospitales y granjas a los largo de este estudio, ha permitido, aparte de conseguir ciertas experiencias que junto con la teoría sustentan las bases de la investigación, observar el móvil dentro de estos lugares y a su vez, formar una concepción propia de los mismos.

La dificultad en la accesibilidad en las instituciones psiquiátricas es un arma de doble filo, si bien esto tiene como objetivo proteger los datos e integridad de los pacientes, también limita el acceso a personas ajenas a las mismas instituciones que pretenden ofrecer su ayuda, ya sea con el objetivo de aprender más sobre estas enfermedades o la implementación de programas que podrían mejorar la calidad de vida de estas personas, si bien es posible que no todas las personas que buscan

acceso a estos lugares están preparadas para enfrentar a las problemáticas que se viven ahí dentro, hay propuestas que quedan olvidadas debido a estas restricciones.

A su vez el trato dado a estas personas por parte del personal, lejos de ser malo, solo se limita a la contención de los enfermos a través del medicamento y la observación de la evolución de su padecimiento a nivel físico, dejando de lado aspectos psicológicos que en principio, es la razón por la que se encuentran ahí. Pareciera que el objetivo del personal solo es seguir con el tratamiento mientras este contenga al paciente.

La limpieza en las instituciones y en los pacientes resulta también cuestionable, es cierto que una característica general en estas enfermedades es la falta de aseo personal, pero mantener por largos periodos sucios a los pacientes y las instalaciones como camas y pasillos en los que se encuentran no parece ser la culpa de ellos sino más bien del personal de limpieza.

Finalmente, se puede apreciar que el manejo de este tipo de lugares carece aún de los elementos básicos y necesarios para que una persona este en ellos, aunque esto no siempre depende solo del personal que labora las instituciones, sino también de las personas encargadas de los mismos, en este caso el gobierno encargado y los presupuestos otorgados que también son necesarios para la remodelación y mantenimiento de las instalaciones. Si se hace memoria, a lo largo de la historia de la psiquiatría, estos centros destinados para los enfermos mentales, han pasado por una serie de momentos que cuentan con maltratos, abusos, abandono y falta de cuidados óptimos para las personas e incluso en la

actualidad aun pueden encontrarse estas situaciones en muchas de estas instituciones dejando en claro que queda mucho por mejorar en el tratamiento y contención de estas enfermedades.

El trato justo a enfermos psiquiátricos no tendría porque ser diferente al de una persona sana o con algún padecimiento físico, solo porque estos no fuesen conscientes de lo que acontece a su alrededor, es más bien un derecho que todos deberían poseer.

## **SOBRE LA FORMACIÓN DE LA PSICOSIS EN EL ENTORNO DEL SUJETO**

Tal como se ha observado respecto al tema de las psicosis, la explicación sobre la formación de la misma recae en los factores tanto internos, como externos, que van desde la formación de la personalidad a lo largo de un proceso de desarrollo en la que el individuo busca adaptarse, ora a la satisfacción de su propio hedonismo; ora las exigencias provenientes del exterior, hasta la percepción de su entorno y de sí mismo.

El desarrollo óptimo de las instancias psíquicas como lo son el Yo y el Superyó es también, un factor importante en la decisión ulterior que habrá de tomarse inconscientemente en la elección de la estructura psíquica en la que ha de situarse un sujeto. Estos elementos junto con la relación que se mantiene con los demás miembros del círculo social en el que uno se desenvuelve y las relaciones que se mantienen entre los mismos, son las bases no solo de las psicosis sino que permiten explicar de forma más o menos clara la etiología de los diversos trastornos psicológicos conocidos.

Generalizar de esta forma la explicación de los diversos fenómenos psicológicos supone un regreso a lo que usualmente se realiza en su estudio, tratar de agrupar los diferentes trastornos de forma específica, encasillándolos de forma en la cual se ajusten a las diversas variaciones del mismo trastorno dando lugar a tipos y subtipos de la misma enfermedad. Sin embargo, es evidente pensar que esto de cómo resultado a ambigüedades gracias a que un mismo fenómeno psicológico

puede presentarse bajo circunstancias muy diferentes o circunstancias similares den como resultado fenómenos diferentes.

Por ello, es necesario un modelo que permita no solo responder a los vacíos que posee toda explicación de la psicosis, sino también se ajuste a las necesidades propias, la idea de una concepción de las estructuras psicóticas basada en las experiencias y la formación teórica previa, tiene el fin de hacer un uso efectivo de esos mismos conocimientos en el apoyo de los pacientes y familiares que padecen estas enfermedades.

Sobre la formación de las psicosis bajo una concepción propia, había que elegir un punto de partida, sobre el cual recayera el desarrollo de la explicación y cuyo fin fuese esclarecer desde el origen como es que la estructura se construyó. El duro golpe que supone la aceptación de la realidad estudiada por Freud deja entrever la profunda relación existente entre el mundo circundante y la formación del Yo, el infante aprende gradualmente a diferenciar entre los límites de sí mismo y el inicio del exterior, lo que finalmente lo lleva a conformar a un mediador entre ambas instancias con el cual regulara los estímulos provenientes de afuera hacia adentro, permitiendo discernir entre sensaciones placenteras y displacenteras con las que habrá de formarse una impresión básica de lo que este mundo desconocido puede ofrecerle.

Por esta razón, entender este proceso de la formación inicial del Yo resulta fundamental en la construcción de las psicosis. Los estímulos cuyos polos son opuestos me han llevado a suponer que la formación del Yo, requiere adquirir de



una habilidad que permita agrupar estas sensaciones en función del goce, es decir, separarlas entre las que causan placer o son beneficiosas para el propio ser y aquellas de las cuales necesita protegerse. Esta habilidad del Yo propiciaría entonces una defensa importante contra las amenazas del mundo exterior, y cuyo límite se encuentra influenciado entre sus propias experiencias, la mejora de la capacidad para mantener su integridad y los constantes ataques y presiones que la sociedad ejercerá sobre el individuo a lo largo de su vida.

La marcada preocupación sobre las impresiones y cambios que genera el mundo exterior, nos lleva a dirigir la mirada hacia las primeras relaciones que mantiene el infante con los miembros de su familia y que precisamente son las primeras interacciones con la sociedad. La comprensión de la dinámica familiar puede resultar bastante útil en el móvil de la estructuración psicótica, estudios como los de Laing hacen énfasis en esta dinámica y han permitido sustentar las suposiciones sobre la formación de las psicosis.

La dinámica bajo la que se encuentra el niño no solamente es unidireccional sino multidireccional, es decir que el flujo libidinal viaja a través de todos los miembros y por lo tanto influye en cada uno de ellos. Desde la aparición de un nuevo miembro en la familia, implica la modificación completa de las interacciones que el círculo social mantiene. La aparición de los diversos trastornos psicológicos tiene su origen a partir de lo que sucede en torno a estas mismas interacciones, con esto no pretendo decir o asegurar que la causa de los males que aparecen a temprana edad en los niños sea culpa de quienes conforman la familia, sino que entre estas interacciones sucede un fenómeno en el cual se adquieren características

esenciales en la formación de un sujeto que pueden predisponerle a desarrollar una u otra enfermedad.

Para entender esto de mejor manera, podríamos entender a la familia de forma análoga a una obra teatral en la que cada miembro de ella adquiere un papel que desempeña sobre ciertos lineamientos y que le dan un rol con el que se juega a lo largo de la obra. Este papel no es definible por la posición o rango que un miembro que posea dentro del grupo, por ello se pueden ver hermanos o tíos que actúan como padres, aun cuando exista un padre real, pero ausente, dentro del mismo; la elección del papel parece de forma inexorable en función de las necesidades del propio usuario.

El inicio de esta obra marcada por la aparición de un nuevo miembro en la trama quien también es protagonista de la misma, provoca la acumulación de libido a través de las diversas situaciones que se presentarán a lo largo de la trama, culminación de la lactancia; las lecciones para aprender a ir al baño; eventos sociales; cambios de escuela o trabajo de los padres; discusiones entre los personajes, todas estas situaciones acumularan cada vez más tensión libidinal en el entorno en que se desenvuelven los personajes hasta que ineludiblemente tenga que ser liberada.

Esta obra posee actos o fases que coinciden con las etapas de desarrollo psicosexual y que precisamente conforman un cambio en el pensamiento en la que el infante comienza a notar cada vez de forma más consciente los acontecimientos de su alrededor. La culminación de la obra sucede cuando el niño resuelve el Edipo

y el complejo de castración, en el que decide el rumbo que habrá de elegir sobre su personalidad, sexualidad y roles que conformaran su propio Yo durante el tiempo que dure la latencia. La inmensa acumulación de libido no pudiendo ser absorbida por el protagonista será entonces repartida entre todos los que conforman la obra y de la que cada uno tomara la cantidad que de acuerdo a lo vivido a lo largo de la trama, merezca.

El exceso en la acumulación de libido que ha obtenido un miembro de la familia provocara cambios también en su personalidad y la capacidad que tenga el Yo para protegerse de este ataque lo pondrá en una situación la cual habrá de mantenerlo relativamente sano reforzando las defensas de su aparato psíquico o enfermarlo de tal forma en que su Yo no pueda hacer más que disociarse y conformar así una estructura psicótica que permita evadir la realidad a través del delirio.

## CONCLUSIONES

Como podemos ver, el concepto de las enfermedades mentales ha cambiado a lo largo del tiempo, así como la percepción que las personas tienen sobre la misma cada vez más en función de las necesidades que la sociedad presenta. Siempre este concepto cargado del pensamiento propio de la época que se modifica de forma más lenta comparada con los estudios científicos que respaldan a los trastornos psicológicos.

Aun hoy en día se pueden encontrar grandes círculos entre los cuales se mantienen estigmas y estereotipos negativos sobre los llamados locos, dejando entrever la falta de conocimientos que la sociedad posee, usando incluso estas palabras como ofensas sin entender necesariamente en qué consiste la enfermedad.

El avance en el estudio de las enfermedades mentales lejos de entender el funcionamiento de estas, debe también poseer la habilidad de transmitir esos conocimientos a los sectores de la población que cada vez más sufren estos padecimientos o están cerca de personas que los tienen, pues uno de los objetivos de su estudio es precisamente reintegrar a los sujetos a la sociedad, cosa que resulta imposible en una sociedad que no es incluyente en todo aquello que es diferente o resulta amenazante.

Por esta razón la psicología y sus diferentes modelos deben buscar explicaciones que ayuden a comprender de forma más clara a los trastornos y que a su vez permitan mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen. El

entendimiento de estas enfermedades, la formación, tratamiento y rehabilitación debe enfocarse a hacer capaz al individuo de utilizar los recursos de los que dispone con el fin de que no recaiga, hacer que sus defensas sean lo suficientemente fuertes para afrontar los retos que le sean impuestos de forma asertiva e incluso que aprenda a buscar su felicidad y la armonía entre los diferentes ámbitos de su vida diaria.

De tal forma, el modelo presentado en este trabajo es solo una más de las explicaciones que pueden darse a la formación de la estructura psicótica y que ha sido funcional gracias a las experiencias y sustentos teóricos bajo los cuales está esta forma de comprender a la enfermedad, por lo que habrá de modificarse con el paso del tiempo con el fin de ser más funcional de acuerdo a las aplicaciones que puedan hacerse del mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belloch, A., Sadín, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Benedetti, G. (1996). *La Esquizofrenia en el Espejo de la Transferencia*. Bs. As.: Edelp (ecole lacanienne de psychanalyse).
- Bion, W. R. (1984). *Second Thoughts: selected papers on the psycho-analysis*. London: Karnac Books.
- Boustra, J. (1978). *La Esquizofrenia*. Barcelona : Herder.
- Dolto, F. (2010). *Psicoanálisis y Pediatría*. México: Siglo XXI Editores s.a de c. v.
- DSM-IV. (1999). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S. A.
- Fenichel, O. (2008). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Mexico: Paidos  
Psicología profunda.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Santafé Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (2000). *XIX. El yo y el ello, y otras obras*. Bs. As.: Amorrortu Editores.
- (2007). *El Malestar en la Cultura*. Barcelona: Ediciones Folio.
- Garma, A. (1971). *El Psicoanálisis. Teoría, Clínica y Técnica*. Bs. As.: Paidós.

Greden, J. F. (2003). *El Tratamiento de la Depresión Recidivante*. Barcelona: Ars Medica.

Jaspers, K. (1913). *Psicopatología General* (segunda ed.). Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Jeammet, P. (1999). *Manual de Psicología Médica*. Barcelona: Elsevier Masson.

Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1994). *Sinopsis de Psiquiatría*. Bs. As.: Panamericana.

Kolb, L. C. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México : Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.

Lacan, J. (2001). *Seminario 3 Las Psicosis*. Bs. As.: Amorrortu editores.

Laing, R. (1993). *El Yo Dividido un Estudio Sobre la Salud y la Enfermedad*. España: Fondo de Cultura Económica.

Nietzsche, F. (2014). *Humano, Demasiado Humano*. México: Tomo Editorial.

OMS. (abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Miercoles de Noviembre de 2016, de who.int:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Pichon-Rivière, E. (1977). *Contribución a la Teoría Psicoanalítica de la Esquizofrenia. La Psiquiatría, una Nueva Problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (II)*. Bs. As.: Nueva Visión.

Resnic, S. (1982). *Persona y Psicosis Estudios Sobre el Lenguaje y del Cuerpo*.  
Barcelona: Paidós.

Sullivan, H. S. (1974). *Estudios Clínicos de Psiquiatría*. Bs. As.: Psique.

Winicott, D. (1959). *La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*.  
Bs. As.: Paidós.

Zabaleta, I. I. (1971). *El Gran Libro de la Salud*. México: Reader's Digest.