



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA S.C.

3344-25

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE TRATAMIENTO
PSICOANALÍTICO OFRECIDO A PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA EN INSTITUCIONES
PRIVADAS DE MÉXICO.**

P R E S E N T A :

ERIKA MORALES RUBIO

ASESOR:

ERICK GÓMEZ COBOS.

CIUDAD DE MÉXICO 2018



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, **Juan Manuel Morales** y **Rocío Verónica Rubio**, quienes me dieron el maravilloso regalo de estudiar una carrera universitaria de la cual instantáneamente me enamoré. Agradezco enormemente su apoyo y amor incondicional durante cada paso y cada obstáculo de mi vida, por hacerme la mujer que soy y por siempre motivarme a dar lo mejor en cualquier cosa que haga. Sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermano **Iván Morales**, quien ha sido mi compañero de vida desde el momento en que nacimos, quien deposita siempre su confianza plena y su apoyo incondicional en mí, alentándome a seguir construyendo mi vida profesional con esmero y dedicación.

A mis abuelitos “**Vivis**” y “**Rafa**” por todo el apoyo y ánimo que me brindaron siempre, especialmente durante mi paso por la universidad, por estar presentes y ser parte siempre de mi vida, pero sobre todo por regalarme los mejores recuerdos de infancia que alguien pudiera tener.

A todos esos excelentes **profesores** y a mi **asesor de tesis Erick Gómez Cobos**, con quienes tuve la fortuna de cruzar mi camino. Por su paciencia y dedicación, por esa capacidad que tienen de transmitir en cada una de sus clases y prácticas la pasión que tienen por la psicología y la labor a la que se dedican. Gracias por cada reto y obstáculo que me hicieron atravesar, por cada plática, curso, aprendizaje, e incluso por la amistad.

A mis **amigas** y **amigos**, quienes estuvieron presentes desde el inicio de este sueño y quienes se mantienen a mi lado hasta el día de hoy. Gracias por cada risa, aprendizaje, reto superado, por cada consejo y anécdota que guardo con mucho cariño en mi corazón.

A mi psicoanalista, la **Dra. Anabertha León**, quien me ha acompañado los últimos años en la construcción de mi desarrollo personal e influido indirectamente en mi formación profesional. Por su profesionalismo y atención, muchas gracias.

INDICE

Resumen.	1
Introducción.	2
Planteamiento del problema.	5
Justificación.	8
Pregunta de investigación.	10
Objetivos.	10
Capítulo I. Psiquiatría e instituciones psiquiátricas.	11
1.1 Historia de la psiquiatría.	11
1.2 Historia de las instituciones psiquiátricas.	15
1.3 Psiquiatría e instituciones psiquiátricas privadas en México.	18
Capítulo II. Psicosis.	23
2.1 Concepto y diagnóstico.	23
2.2 Clasificación de las psicosis desde el psicoanálisis.	26
2.3 Psicosis esquizofrénicas desde el psicoanálisis: Origen, desarrollo y adolescencia.	27
2.4 Tipos de psicosis esquizofrénicas.	30
2.5 Sintomatología.	32
2.6 Psicodinámica de la psicosis esquizofrénica.	34
Capítulo III. Intervención psicoanalítica.	38
3.1 Bases para la intervención psicoanalítica.	38
3.1.1 Otros conceptos teóricos para la práctica psicoanalítica.	41
3.2 Relación entre paciente y analista.	44
3.3 Intervención psicoanalítica en pacientes con psicosis esquizofrénica.	45
3.3.1 Transferencia y contratransferencia en el tratamiento psicoanalítico con pacientes altamente regresivos.	52
Capítulo IV. Metodología.	58
Capítulo V. Propuesta de intervención psicoanalítica en pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofrénica.	59
5.1 Uso de herramientas psicoanalíticas en el tratamiento de pacientes con psicosis esquizofrénica.	59
5.1.2 Uso de la transferencia y la contratransferencia.	65
5.2 La escucha analítica, el ámbito afectivo y el contexto físico como factores en el proceso de intervención psicoanalítico.	69
5.2.1 Empatía, ámbito afectivo y escucha analítica.	69
5.2.2 Sociodinámica del hospital y su influencia en la psicoterapia.	74

5.2.3 Hospital psiquiátrico como sostén del paciente.....	75
5.3 Hacia un cambio de paradigma: Propuesta para un trabajo interdisciplinario entre psiquiatría, psicoanálisis, terapia cognitivo conductual y terapia ocupacional.....	82
5.3.1 Bases para un trabajo de intervención interdisciplinaria.....	89
5.4 La importancia de la familia en el proceso terapéutico, una perspectiva psicoanalítica.	93
Discusión.....	97
Conclusiones.....	99
Referencias.....	101

Resumen.

La tesina presentada a continuación, propone considerar al psicoanálisis como un elemento de intervención y colaboración en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofrénica en instituciones privadas de México, ya que los métodos de intervención tanto psicológicos como médicos o farmacológicos implementados en la actualidad dejan de lado la individualidad, la subjetividad, la vida intrapsíquica y la dinámica inconsciente de los pacientes que atienden. Además, ésta propuesta establece la sugerencia de realizar trabajos interdisciplinarios entre psiquiatría, psicoanálisis, terapia cognitivo conductual y terapia ocupacional dentro de las mismas instituciones psiquiátricas, con la finalidad de brindar atención integral a los pacientes, considerando establecer sesiones de intervención y seguimiento con las familias de los pacientes anteriormente mencionados.

Abstract.

The thesis presented below proposes to consider psychoanalysis as an element of intervention and collaboration in the psychological treatment of patients diagnosed with schizophrenic psychosis in private psychiatric institutions in Mexico, because the methods of intervention both psychological and medical or pharmacological implemented today leave aside individuality, subjectivity, Intrapsíquica life and the unconscious dynamics of the patients they attend. In addition, this proposal establishes the suggestion to carry out interdisciplinary work between psychiatry, psychoanalysis, cognitive behavioral therapy and occupational therapy in this psychiatric institutions, with the purpose of providing integral care to patients, considering establishing intervention and follow-up sessions with the families of the patients mentioned above.

Introducción.

Atravesamos por tiempos en los que asumir la complejidad, profundizar, analizar, cuestionar e innovar no es considerado viable, ya que impera un reduccionismo que busca soluciones rápidas, fáciles y concretas a temas difíciles.

Pertenece en este momento a una sociedad donde es más sencillo aceptar una “receta de la felicidad” de cualquiera que lo ofrezca para cualquier fin, que aceptar que lo humano no puede ser totalmente objetivable desde la ciencia, ya que posee componentes profundamente subjetivos e individuales.

Podríamos plantear, que tal negación o evitación frente a esta realidad, está relacionada a la búsqueda constante de perfeccionismo, resultados rápidos, a una tendencia de reducir el trabajo y ganar tiempo o no “desperdiciarlo” buscando simplificarlo todo, para protegernos de la incertidumbre y el “fracaso”, sin darnos cuenta, que la complejidad no tiene solución, ya que es parte de la vida.

David Cooper (1985, p. 18), plantea que en las ciencias de las personas se ha observado que la repetición total y completa de una situación o de una historia de vida de un individuo o grupo es imposible, por tanto, los criterios de las ciencias de la naturaleza acerca de la verificabilidad de las hipótesis resultan inadecuados.

Sin embargo, autores y psicoanalistas recientes (Cruz, F. L., Muñoz, N. F. & Rojas, M. H., 2014) indican que los hallazgos y los análisis realizados sobre la psicopatología contemporánea, obligan a replantear otras formas de percibir y de plantear la resolución de lo complejo, como lo son las psicopatologías graves, que a pesar de salirse de los cánones clásicos conservan el fundamento propiamente psicoanalítico es decir, atender a la escucha de las formaciones de lo inconsciente bajo la transferencia y contratransferencia, etc., para permitir la apertura del trabajo clínico frente a la demanda en contextos institucionales.

Por tal motivo, y entendiendo que las ciencias duras y los métodos de intervención psicológicos directivos combinados con el tratamiento farmacológico, que se ofrece hoy en día dentro de las instituciones psiquiátricas, en este caso de sector privado, no son suficientes, se plantea a continuación la propuesta de considerar al

psicoanálisis como un elemento de colaboración para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofrénica, ya que los métodos de intervención tanto psicológicos como médicos o farmacológicos, dejan de lado la individualidad, la subjetividad, la vida intrapsíquica y la dinámica inconsciente de cada uno de los internos, así como los afectos que se viven y reviven dentro de la institución generados por la transferencia y la contratransferencia inherente a toda interacción humana.

El presente texto, dará inicio con el planteamiento de problema que establece los desafíos a los que se enfrenta la concepción psicoanalítica hoy en día a causa de lo anteriormente mencionado, para continuar con un planteamiento teórico de perspectiva psicoanalítica sobre la psicosis, además de una revisión sintetizada de las instituciones psiquiátricas privadas en México y su transformación con el paso del tiempo, desde sus inicios hasta el día de hoy; para posteriormente adentrarnos teóricamente en lo que ofrece el psicoanálisis dentro del ámbito de la salud mental, tanto a pacientes en general como a aquellos que padecen psicosis esquizofrénica, principalmente.

Finalmente, se realizará una propuesta de intervención psicoanalítica para dichos pacientes, la cual establece la sugerencia de realizar trabajos interdisciplinarios entre psiquiatría, psicoanálisis, terapia cognitivo conductual y terapia ocupacional dentro de las instituciones, que atiendan de manera integral al paciente y que consideren también sesiones de grupo que atiendan a la familia del paciente ya que representan en gran medida el rumbo del tratamiento, de esta manera se realizará una labor tanto preventiva y de seguimiento, como de intervención a la par del tratamiento individual de paciente interno en la institución.

Quizá el trabajo escrito a continuación sea ambicioso, incluso cuestionado, sin embargo, a través de las constantes revisiones de textos impresos, libros y artículos en línea, realizadas para la construcción de la presente tesina, he podido observar que son muchos los profesionales que desde hace tiempo, establecen el planteamiento de las mismas preguntas y sugerencias de respuestas similares, quienes siguen apostando por el psicoanálisis como método de intervención de

padecimientos graves, incluso contrariando a exponentes del psicoanálisis como Freud en el planteamiento inicial que hacía cuando insistía en que no es posible trabajar con pacientes psicóticos, o a autores como Winnicott, que sugiere no hacer labores interdisciplinarios, todo esto para lograr por fin dejar de decir que los casos de psicosis esquizofrénica son casos perdidos y no tienen solución, ni si quiera mejoría, para dejar de “cosificar” a un ser humano como cualquiera de nosotros y para abrir puertas que nos permitan realizar estos planteamientos con la finalidad de verificar su eficacia o bien, su ineficacia, en la mejoría de este tipo de pacientes.

Para ello deberemos empezar por preguntarnos qué estamos dispuestos a hacer por los pacientes de las instituciones psiquiátricas, en este caso privadas de México, y plantearnos si en primer lugar como representantes de la salud mental queremos hacer “lo más que se pueda” o “lo menos que se pueda” por dichos pacientes, aun sabiendo que esto supone un coste elevado, tanto en el aspecto económico, como en inversión de tiempo y esfuerzo, así como en la preparación académica de las personas interesadas en los fenómenos planteados a continuación.

Planteamiento del problema.

Actualmente se sabe que es más eficaz la combinación de psicoterapia y psicofármacos, que indicar solo uno de ambos ejes de intervención, no solo en las psicosis, sino en otros numerosos trastornos. Sin embargo, la manera de intervenir en cuanto a la afección de los problemas psiquiátricos o psicológicos es principalmente el tratamiento basado en recetas de psicofármacos, restando importancia al tratamiento psicoterapéutico.

En ocasiones, cuando una persona acude a consulta psiquiátrica, lo más probable es que la enfermedad que se diagnostique esté relacionada con ciertas circunstancias que haya vivido o esté viviendo, así como con el modo en que dicha persona esté enfrentando esas circunstancias, por lo que es posible que el estado en el que se presenta el paciente no tenga un origen de carácter orgánico, aunque se observen cambios químicos neuronales y modificaciones estructurales en el cerebro que afectan los procesos cognitivos.

Antes que nada, habría que tener en cuenta que en el ser humano existen estados psíquicos y procesos orgánicos, y que ambos se influyen recíprocamente. Es decir, si en una persona se ve afectada alguna extremidad u órgano interno, se producirá un efecto psicológico, o si por el contrario, en la persona afectada observamos un problema psíquico, es posible que se observe también algún cambio físico, ya sea en la estructura cerebral, es decir en cualquiera de las diversas secciones que componen el cerebro humano, o en la actividad de las neuronas, que constantemente sintetizan sustancias químicas para comunicarse y que involucran a su vez células nerviosas que a través de contactos eléctricos determinan acciones, pensamientos y emociones.

En la actualidad es frecuente que las enfermedades llamadas “orgánicas” se relacionen y se curen a través de la medicación con psicofármacos, y que las enfermedades psíquicas, por ser intangibles, sean tratadas de la misma manera, con métodos que no impliquen directamente un cambio, ya sea estructural o en la síntesis neuronal mediante algún tipo de intervención física, sino mediante una

intervención psicoterapéutica. Esto ocurre sin tener en cuenta que no son manifestaciones separadas, si no que estamos frente a una dualidad.

El ritmo que lleva la sociedad actual en la que vivimos, exige que las personas estén realizando sus labores diarias de manera habitual, sean activas, productivas y estén prontamente recuperadas de las afecciones psicológicas que pudieran presentar lo más rápido posible. Debido a la exigencia actual de la sociedad y a que en ciertos casos es urgente la medicación, ya que pone en riesgo la integridad del paciente o de las personas cercanas a él, se ha visto una gran ventaja en poner gran peso del tratamiento en la psicofarmacología, pues tiene como virtud la relativa rapidez en el tratamiento y la exigencia de menor esfuerzo en la persona afectada, en cambio la terapia psicológica requiere cierta dedicación, tiempo y esfuerzo por parte de paciente y del terapeuta.

Las principales ventajas de esta última intervención, la psicológica, es que se rescata la importancia del origen real de la aparición de los síntomas, además de ofrecer estrategias de afrontamiento para empezar a realizar modificaciones que faciliten superar alguna situación, quedando este aprendizaje en la persona, ayudándolo a estar más preparado para afrontar situaciones difíciles futuras, reduciendo la probabilidad de recaídas, así como facilitando el autoconocimiento y exploración del origen de la enfermedad que padece.

Cabe mencionar que a pesar de las ventajas del tratamiento farmacológico ya mencionadas anteriormente, también son conocidas ya sus desventajas, como la reducción de síntomas, pero la persistencia de la situación que no es capaz de afrontar el paciente, lo que hace necesario mantener la medicación de manera prolongada, potenciando el riesgo de cortar el tratamiento y presentar una recaída. Otra de las principales desventajas en la medicación, son los efectos secundarios que se producen en el paciente, como alteraciones en el movimiento, alteraciones hormonales, sedación, alteraciones metabólicas, etc. que ocurrirán a corto o largo plazo, dependiendo la persona y el tratamiento.

En cuanto a la terapia psicológica, una opción que viene siendo fiable desde hace muchas décadas, es el tratamiento psicoanalítico. El psicoanálisis que empezó a

ser estudiado por Sigmund Freud debido a los estudios que realizó a cerca de la histeria en 1893, ha sufrido grandes transformaciones y aportaciones a partir de este momento, lo que nos ha regalado una perspectiva diferente en cuanto a intervención psicológica en el ámbito clínico (Greenson. R, 2014, p.24). Actualmente se sabe de numerosas investigaciones que aseguran que, tras algunos meses de terapia psicoanalítica, en los pacientes se producen cambios en diversas áreas cerebrales, entre estas áreas destaca la corteza prefrontal medial, amígdala y el hipocampo (áreas pertenecientes a una red neurobiológica que se asocia a las emociones), principalmente (Buchheim. A, 2013).

De manera que la idea que se busca recuperar con el presente trabajo es que estamos inmersos en una cultura ya predispuesta al uso de fármacos, incluso a la automedicación, y que además rechaza la idea de la psicoterapia. Muchos de nosotros como interesados en el ámbito de la psicología todavía debemos enfrentar la visión negativa que se muestra entorno al tratamiento psicológico, además de las opiniones divididas entre médicos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas. Esto se ve en mayor proporción dentro de las instituciones psiquiátricas, sean privados o públicas; por esta razón sería sumamente importante rescatar el valor que puede llegar a tener intervenciones que impliquen una cercanía ente el paciente y el terapeuta, en donde esta cercanía tenga más relevancia en el proceso de curación de un paciente, que reducir los síntomas de la enfermedad, o usar una terapia ocupacional que se base solamente en habilidades cognitivas y sociales, ya que el origen desde el psicoanálisis de enfermedades como la esquizofrenia tiene que ver con el ámbito afectivo y con la relación con el otro, dejando que el paciente en cuestión lleve su propio ritmo de tratamiento y así no fomentar una frustración más para su psiquismo.

De ahí que la propuesta será fomentar el tratamiento psicoanalítico dentro de las instituciones mentales privadas en México, así como considerar intervenciones interdisciplinarias, que finalmente logren el objetivo perseguido por cualquiera de las disciplinas sumadas en dicha intervención; es decir, el logro del mayor bienestar para el paciente que se encuentra interno en la institución psiquiátrica.

Justificación.

El diagnóstico de esquizofrenia es la forma más grave de las psicosis, se presentan en forma de brotes con periodos de remisión espontánea, llegando incluso a la cronicidad y desorganización de la personalidad si no existe una intervención temprana (Coderch. J, 2011). Para diagnosticar la esquizofrenia, se requiere de una evaluación clínica y del sustento de los criterios del D.S.M. En general, los síntomas que se observan en este trastorno psiquiátrico son las alucinaciones, los delirios, así como comportamiento y afectos desorganizados (Cruz, F. L., Muñoz, N. F. & Rojas, M. H., 2014).

Los pacientes con dicho diagnóstico son intervenidos de forma privada o por medio de un servicio de salud pública, ambulatorio o mediante el internamiento, en todos los casos, una vez que se observa la mejora de la persona afectada, se mantiene un seguimiento espaciado, lo que potencializa el riesgo de sufrir recaídas, ya que en muchos de los casos los pacientes dejan de tomar su medicación y asistir a supervisiones médicas (Cruz, F. L., Muñoz, N. F. & Rojas, M. H., 2014).

En ocasiones, la estancia en la institución psiquiátrica no es suficientemente prolongada como para que se lleve a cabo una intervención psicológica más profunda, por lo que generalmente las intervenciones son breves y de carácter ocupacional en donde se trabajan sobre todo las habilidades sociales que el sujeto en tratamiento necesitaría una vez que se reintegre a su contexto social.

El psicoanálisis en general, ofrece para cualquier tipo de paciente, y a diferencia de otros enfoques, la atención dirigida a los procesos psíquicos; es decir, a la vivencia de sus afectos, angustias, problemas de socialización, entre otros que aquejan al paciente con la finalidad de dirigirse al Yo, creando así un acceso al ello y al superyó (y a su vez al mundo exterior), con la intención de que se modifiquen las defensas patógenas, haciendo uso también de la alianza de trabajo, ofreciendo una transferencia positiva que ayude al paciente a encontrar una nueva perspectiva de lo que antes era amenazador (Greenon. R, 2014, p.43).

Todas las psicoterapias ofrecen el esfuerzo por tratar de aliviar los síntomas del paciente, pero sólo el psicoanálisis lo hace intentando resolver y entender el origen de los síntomas para generar cambios inconscientes que ayuden a evitar recaídas futuras y asegurando cambios estructurales en el psiquismo de la persona afectada. De modo que, el intento de la intervención aquí propuesta tratará de hacer conscientes las defensas y mecanismos patógenos que en otras intervenciones sólo serían calmados o reducidos y no analizados y comprendidos.

Otro método en el que el psicoanálisis pone gran énfasis es en el uso de las transferencias que ocurren durante la sesión, es decir, la importancia que tiene la relación entre analista y paciente, esto es así debido a que tanto las transferencias, como las resistencias aportan al analista información inconsciente reprimida por el paciente (Greenson. R, 2014, p.42). En diferentes documentos sobre la transferencia en la psicosis, existen puntualizaciones teóricas que aseguran la importancia del lugar que debe ocupar el analista en el tratamiento (Soler, 1991) recordemos que en el paciente psicótico, específicamente en el esquizofrénico, el conflicto psíquico es generado debido a un conflicto en los afectos del paciente vividos a temprana edad, que han generado un trauma psíquico o desestructuración, y que debido a ello se han manifestado los síntomas anteriormente mencionados; por lo que la relación interpersonal y los afectos positivos o negativos que se manejen en la intervención de cada paciente serán de gran importancia para la conducción del tratamiento.

Cabe destacar que el psicoanálisis también ofrece generalidades en sus sustentos teóricos, sin embargo, es imperativo en que cada uno de los pacientes tiene vivencias sumamente particulares, lo que hace necesario que durante la intervención psicoanalítica dentro de la institución mental se brinde seguimiento, tratamiento, técnica, comunicación y observación individual en cada caso de diagnóstico de esquizofrenia, esto justificado en que cada uno de los pacientes le dará significado y percibirá el mundo en el que se encuentra (aun siendo similar) según sus propias vivencias y angustias.

Quizá lo que marque la diferencia en el rumbo de la salud mental de los pacientes con esquizofrenia sea sumar a los servicios que el hospital ya brinda, una atención que considere su individualidad, además de la escucha analítica que sea receptiva ante el lenguaje específico que se emplea en los trastornos psicóticos, con el fin de entender su discurso y lo que significa para él lo que experimenta en su malestar, asumiendo como “real” todo lo relatado por el paciente, ya que para él se trata de una experiencia real que vive y siente; como si del tratamiento en psicoterapia infantil se tratara, donde las fantasías y discursos, símbolos y relatos del niño son tomados con tanta seriedad, importancia y veracidad como cualquier discurso de un adulto neurótico.

Pregunta de investigación.

¿Qué puede aportar el psicoanálisis al tratamiento de pacientes psiquiátricos con diagnóstico de esquizofrenia?

Objetivos.

General:

Proponer el modelo psicoanalítico como método de intervención clínica en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de esquizofrenia.

Específicos:

- 1.- Mostrar los beneficios que tiene la terapia psicoanalítica en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.
- 2.- Definir la importancia que tiene la relación entre el paciente y el analista en la intervención clínica de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- 3.- Proponer un modelo de intervención interdisciplinario entre psiquiatría, psicoanálisis, terapia cognitivo conductual y terapia ocupacional.

Capítulo I. Psiquiatría e instituciones psiquiátricas.

1.1 Historia de la psiquiatría.

Los primeros planteamientos a cerca de los trastornos psicológicos en las antiguas civilizaciones eran atribuidos a fenómenos mágicos o divinos, por lo que los intentos de tratamiento eran administrados principalmente por sacerdotes mediante ritos religiosos (Goldman. H, 2001, p. 7).

Por otro lado, la sociedad griega aplicaba el conocimiento básico de medicina que poseía basado en la teoría de los humores postulada por Hipócrates (460 a.C-377 a. C), la cual hacía referencia a la estructura orgánica del ser humano que se componía de cuatro humores correspondientes a un determinado temperamento: la sangre correspondía al temperamento sanguíneo, la bilis negra al temperamento melancólico, la bilis amarilla al temperamento colérico y la flema al temperamento flemático (Goldman. H, 2001, p. 7). El padecimiento psíquico ocurriría según su teoría si existía un desequilibrio entre todos los humores, el origen del desequilibrio estaba asociado a la forma de vida del individuo afectado, su alimentación, bebidas que ingería, incluso se relacionaba con su sexualidad. El tratamiento era basado en la creencia del opuesto, ya que cada enfermedad estaba asociada con un estado (frío, caliente, húmedo o seco), eran administrados medicamentos contrarios, es decir: medicinas frías para las enfermedades calientes, y remedios secos contra las enfermedades llamadas húmedas, y viceversa (De la Fuente. R, 1997, p. 35).

Hipócrates, nombrado el padre de la medicina, expresó también por primera vez que el cerebro es el órgano del pensamiento y afirmó que las lesiones en la cabeza pueden ser precursores de alteraciones motoras y sensoriales; además, basaba el tratamiento en la creencia de la capacidad curativa del organismo (De la Fuente. R, 1997, p. 35).

Platón (428-347 a. C) planteó que la salud depende del equilibrio entre mente y cuerpo y que cuando las pasiones no son inhibidas, los deseos tienden a ser satisfechos y que las actividades delictivas hechas por enfermos mentales están

fuera de su control, por lo que no son responsables de sus actos y no deberían ser castigados (De la Fuente. R, 1997, p. 35).

Sin embargo, durante la edad media, pareciera que hubo un retroceso a las creencias primitivas relacionadas con las enfermedades mentales y su origen demoniaco, por lo que, para sanar a los enfermos, era necesario recurrir a una persona espiritual, volviendo a ponerse en práctica los exorcismos. Durante esta época el hombre se dividió en dos, las operaciones del espíritu y las del cuerpo, lo que ocasionó también la separación entre lo médico y lo psicológico.

Durante la última parte del siglo XV las prácticas realizadas para el tratamiento de enfermedades mentales iban desde los azotes, el hambre, hasta encadenamientos, inmersión en agua fría, etc. (De la Fuente. R, 1997, p. 39).

Después de esta época, en los siglos siguientes se produjeron cuestionamientos y surgieron con lentitud nuevos postulados como el de Descartes, que propone el dualismo entre alma y cuerpo, la publicación de Burton "La anatomía de la melancolía" que resume los conocimientos de la neurosis y propone la diferenciación de las pasiones comunes, así como señala la tristeza como rasgo fundamental de la melancolía (De la Fuente. R, 1997, p. 43).

Conforme pasaba el tiempo, se acentuaba la actitud científica y se dio paso a la creencia de que las enfermedades mentales estaban relacionadas con causas naturales, por lo que el tratamiento de los enfermos mentales fue siendo más empático, y en el año 1792, Pinel, director del hospital de La Bicetre en París logró remover las cadenas de algunos pacientes del instituto, debido a la creencia de que si eran tratados dignamente, estos sanarían más rápidamente, siendo este hecho uno de los grandes antecedentes de los avances en el conocimiento de la enfermedad mental.

Durante el siglo XIX, a causa de la falta de herramientas necesarias para la demostración del origen de muchos de los trastornos psiquiátricos surgen distintos enfoques de pensamiento teórico.

Los estudios fueron desde Johann Caspar Lavater que durante los últimos años del siglo XVIII y las primeras décadas del XIX introdujo la creencia de la relación entre el comportamiento y la fisionomía del rostro de los individuos, hasta Franz Joseph Gall quien desarrolló la teoría de la frenología, que consistía en conocer el estado de ciertas funciones cerebrales a través del cráneo (Sahakian. S. W, 2007, p. 613-616).

Para el siglo XX, Emil Kraepelin hizo su contribución en las primeras clasificaciones de los trastornos psiquiátricos, clasificaba las enfermedades en dos grandes grupos: el primero sería el de la categoría maniacodepresiva, en las que se engloban las enfermedades psiquiátricas que en la actualidad se relacionan con los trastornos emocionales, y la categoría de demencia precoz, que correspondería a las psicosis como el trastorno esquizofrénico y enfermedades relacionadas (Goldman. H, 2001, p. 8).

Durante el siglo XX se establece entre la comunidad científica gran interés por saber la causa y no solo el tratamiento de las enfermedades mentales es en esta época donde figuran representantes de máxima importancia para la psiquiatría y la psicología en la actualidad. Uno de ellos es Sigmund Freud, quien empezó a dar consulta a pacientes de los cuales su padecimiento no podía ser explicado mediante la neurología de esa época, gracias a las teorías publicadas surge el psicoanálisis, que proporcionaría posteriormente herramientas para comprender las conductas, enfermedades emocionales y trastornos psiquiátricos, abordando conceptos como la estructura psíquica, fases de desarrollo psicosexual, material inconsciente, formación de síntomas y el análisis de los sueños, entre otros (Sahakian. S. W, 2007, p. 375-387).

A raíz de las postulaciones de Freud, y de manera independiente fue evolucionando otro enfoque teórico y de tratamiento para las enfermedades mentales denominado Conductismo, basado en fenómenos observables.

Este movimiento teórico comienza con los experimentos de Iván Pavlov quien introdujo un nuevo paradigma: El condicionamiento clásico, que hace referencia a la asociación entre un estímulo incondicionado con un estímulo neutro, originando

posteriormente una respuesta incluso sin estar presente el estímulo incondicionado. A este postulado le siguió el condicionamiento operante, puesto en práctica por J.B Watson, quien influenciado por Pavlov condujo un experimento en el que se observó que es posible la manipulación de conductas mediante reforzadores o castigos que condujeran a una respuesta o conducta final (Goldman. H, 2001, p.12-14).

Posteriormente, Adolf Meyer desarrolló una perspectiva psicobiológica de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en el origen y tratamiento de las enfermedades mentales, por otro lado, Egas Moniz introdujo la práctica de la lobotomía, técnica que consiste en seccionar el lóbulo frontal del cerebro para conseguir calmar la excitación de algunos enfermos psicóticos (Sahakian. S. W, 2007, p. 422-427)

Finalmente, a partir de la segunda mitad de siglo, surgió con gran fuerza la industria farmacéutica y las investigaciones de las neurociencias de la actividad relacionada con los neurotransmisores que indicaban un origen fisiopatológico de los trastornos mentales (De Protestad. F & Zuazu. A. I., 2003).

En los últimos años, el número de publicaciones científicas ha crecido, así como nuevos fármacos e investigaciones de los procesos básicos del funcionamiento cerebral.

Cabe señalar que en 1952 surge la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-I), como una variante del CIE-6, sin embargo, debido a los desacuerdos que siguieron se fueron generando nuevas versiones de cada manual posteriormente, naciendo 15 años después de la primera edición una segunda versión modificada (DSM-II), para que un año más tarde se publicara nuevamente añadiendo su revisión (DSM-IIR) (Pérez. T, 2015).

Más tarde, en 1980, se establecieron nuevos criterios diagnósticos con base empírica, produciendo una versión que reemplazó al modelo psicoanalítico de base teórica por uno descriptivo basado en evidencia empírica. En el DSM-III, la “neurosis” pasaría a denominarse “trastorno de ansiedad” y se eliminaría la homosexualidad como trastorno.

Para 1994 se publica el DSM-IV, para lo cual se reunieron grupos de investigación de los trastornos basándose en tres etapas que implicaba más pruebas de confiabilidad y validez. Este proceso incluyó revisión de publicaciones, análisis profundos de los datos de investigación e investigaciones de campo con entrevistas a miles de pacientes con trastornos diagnosticados (Pérez. T, 2015).

En 2013, se publica la última versión y la más criticada, debido a esto el Instituto Nacional de salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) anunció que dejaría de utilizar el DSM y no habría más investigaciones para futuras versiones del manual (Pérez. T, 2015).

La dispersión entre las opiniones de los expertos en psiquiatría y psicología clínica desde sus diversos enfoques ha dificultado la comprensión e integración total del conocimiento acerca de los trastornos mentales durante el siglo XXI. Al respecto Goldman opina que, para brindar la mejor calidad en la atención de los pacientes psiquiátricos, es necesario un enfoque interdisciplinario e integrativo, que requiere de la aplicación de la ciencia médica y la psicología, además de la apreciación del contexto social del padecimiento de una persona afectada (2001, p. 15).

Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano publicaron un artículo en el 2003 que comienza con la misma observación realizada anteriormente en el presente texto. Ambos coinciden en que la psiquiatría y la psicología en la actualidad se siguen enfrentando a grandes retos, mencionan que “La elaboración de una epistemología psicopatológica que sirva de soporte a la hora de comprender de forma biopsico-social los trastornos del comportamiento humano sigue siendo un problema histórico sin resolver” (De Protestad. F & Zuazu. A. I., 2003, p. 9).

1.2 Historia de las instituciones psiquiátricas.

Los manicomios se establecieron por primera vez en la época medieval, se tienen documentos históricos, que constatan que los siglos XVII y XVIII tenían los manicomios con peores condiciones tanto de salubridad, como de trato humanitario (Goldman. H, 2001, p. 7).

Pasado el medievo, en España, situada ya en la edad moderna, se contaban con tres instituciones para el tratamiento de la locura. Estas estaban ubicadas en Sevilla, Toledo y Valladolid, además de siete hospitales generales con departamentos para dementes en Barcelona, Zaragoza, Valencia, Palma de Mallorca, Lérida, Granada y Córdoba, por lo que se encontraban en la situación más avanzada de Europa (Pileño, M. E., Morillo, F. J., Salvadores, P., Nogales, A., 2003, p. 31). Dentro de las instituciones no era permitido que el enfermo mental se mantuviera desocupado, pues se creía que al estar de ocioso la enfermedad regresaría.

El personal estaba compuesto por el hospitaler, quien cumplía con funciones de cuidado, el dependiente, que atendía las necesidades básicas de los enfermos (actividades que hoy en día realiza el personal de enfermería) y el escriba, entre otros cargos, bajo el mandado del riguroso mandato del administrador en turno quien recibía su propio salario y recidía en el hospital (Pileño, M. E. *et al*, 2003, p. 32).

En 1641 en París, se funda la Mansión Charenton, dedicado al cuidado de dementes. Estos institutos, anteriormente llamados asilos, fueron lugares en donde se recluían a las personas denominadas “lunáticas”; no obstante, el objetivo del Estado al crear estos lugares no era el del cuidado de los enfermos, si no el de proteger sus propios intereses (De la Fuente. R, 1997, p. 43).

Phillipe Pinel ubicado en Francia durante 1792 y William Tuke en Inglaterra, fueron los principales defensores del tratamiento humanitario con los pacientes psiquiátricos y fueron responsables de los primeros antecedentes que originaron los antiguos intentos de rehabilitación. Posteriormente a finales del siglo XVIII, Franz Mesmer inició trabajos que anteceden lo que hoy se considera como psicoterapia, trabajando de manera individual practicando la hipnosis (Goldman. H, 2001, p. 7).

Pinel, como director de La Bicetre en París, puso en marcha un experimento al desencadenar a los pacientes internos, lo que dio resultados positivos y se les empezó a dar un mejor trato, buena alimentación, mayor libertad y trato humanitario. Su discípulo Esquirol siguió sus pasos y fomento la apertura de nuevos espacios

parecidos a los que dirigía Pinel con la misma filosofía humanitaria. (De la Fuente. R, 1997, p. 44-46).

A partir de ese momento se revolucionó progresivamente el cuidado de los enfermos mentales, se buscaba la tranquilidad del enfermo, sin métodos correctivos, ofreciendo cuidados y limpieza, con habitaciones acolchadas para evitar autolesiones. Esta vez el personal se componía del médico propietario, un médico residente, un practicante, así como enfermeros y enfermeras. Los enfermos eran admitidos por voluntad propia, por indicación médica o por orden judicial (Pileño, M. E. *et al*, 2003, p. 33).

Posteriormente, surgió un nuevo movimiento nombrado Antipsiquiatría, en 1960 se publicó “El yo dividido”, de Ronald D. Laing, una de las figuras representativas, en esta obra, se vuelven resaltar las relaciones familiares, ya que podrían ser causantes de del inicio y evolución de los síntomas psicóticos (Laing. R. D, 2000).

Entre 1962 y 1966, David G. Cooper estableció una el “Pabellón 21” dentro de un hospital psiquiátrico en Londres. En esta unidad, se buscó cambiar el rol tradicional de los médicos e investigar el contexto familiar de pacientes con esquizofrenia, los resultados obtenidos en el pabellón fueron positivos y logrados sin haber utilizado electrochoques o grandes dosis de medicamento (Cooper. D.G, 1985).

Sin embargo, el elemento sustancial de la práctica clínica de este siglo es la práctica clínica basada en evidencia científica (De Protestad. F & Zuazu. A. I., 2003, p. 12). En las dos últimas décadas del siglo pasado, como ya hemos revisado anteriormente, se ha hecho uso intensivo de inventarios que pretenden brindar una categorización precisa de los trastornos mentales dentro de la práctica psiquiátrica, los cuales sin duda han sido de gran ayuda hasta el día de hoy como breviaros, manuales básicos o herramientas clasificatorias de síntomas, sin embargo, es frecuente encontrarse con casos clínicos que difieren en la práctica y la teoría.

Sin embargo, como menciona De Protestad y Zuazu en su Artículo titulado *La salud Mental en el siglo XXI*, “en muchos casos, el diagnostico efectuado mediante estos manuales no tiene valor añadido, es decir, es pura tautología”, además de que este

continuo uso desmedido y excesivo pragmatismo de dichos manuales, supone como los autores lo mencionan, un peligro al hacer reduccionista la condición humana (2003, p. 11).

A pesar de las dificultades mencionadas, en la práctica clínica y tratamiento de los trastornos psiquiátricos dentro de las instituciones mentales, es frecuente observar que se atiendan las necesidades de los internos unificando el conocimiento del psiquiatra y el psicólogo clínico, integrando tratamientos farmacológicos, psicológicos y tratamiento de rehabilitación psicosocial basados en pruebas científicas recientes. Esta transformación de la práctica psiquiátrica y psicológica se basa actualmente en tres niveles principales de estudio e intervención de la conducta humana: ciencias neurobiológicas, ciencias de la conducta y ciencias sociológicas (De Protestad. F & Zuazu. A. I., 2003, p. 12).

1.3 Psiquiatría e instituciones psiquiátricas privadas en México.

El primer hospital de salud mental en México fue el “Manicomio General de La Castañeda” inaugurado en 1910 durante el gobierno de Porfirio Díaz (Becerra. O. F, 2014, p. 240).

Becerra (2014, p. 240) menciona en su artículo a cerca de las instituciones psiquiátricas en México, que el manicomio tenía la función de hospital y asilo para enfermos mentales de ambos sexos y de edad indistinta. Este hospital se encontraba habitado por niños, adolescentes, delincuentes, ancianos, alcohólicos, drogadictos, prostitutas, pacientes con enfermedades venéreas y homosexuales, seccionados en pabellones destinados para “Pacientes distinguidos” (miembros de familias ricas que no hubieran sido remitidos por la policía y que no tuvieran comportamiento agresivo), “Pabellón de observación” (pacientes que asistían ahí por primera vez hasta ser canalizados a un nuevo pabellón), un “Pabellón para pacientes peligrosos” (destinado a los pacientes agresivos y criminales), el “Pabellón de epilépticos”, “Pabellón de imbeciles” (pacientes con retraso mental) y finalmente, el “Pabellón de pacientes infecciosos” (pacientes con diagnóstico de tuberculosis, sífilis, lepra o fiebre tifoidea, etc. Además de sexoservidoras sin ser diagnosticadas con alguna de las enfermedades antes mencionadas).

Entre 1960 y 1970 el Estado creó once hospitales en todo el país, con el fin de sustituirlos por el hospital psiquiátrico “La Castañeda” como era popularmente conocido. En 1968 se trasladaron a decenas de internos. Quienes poseían un diagnóstico agudo eran enviados a hospitales bajo terapias farmacológicas y los considerados como crónicos a Granjas-Hospitales basadas en la rehabilitación mediante el trabajo (Sacristán. C, 2005, p. 13)

Después de haber sido cerrado el hospital psiquiátrico “La Castañeda” debido a sus pésimas condiciones, y hasta 1984 se promulga la Ley General de Salud, dando inicio al cuidado de la salud mental del paciente psiquiátrico mexicano (De Protestad. F & Zuazu. A. I., 2003, p. 12).

Actualmente, el marco legal que regula a las instituciones psiquiátricas es muy extenso y se basa principalmente en el artículo No. 72 de la Ley General de Salud, que deposita principal importancia al conocimiento de los factores, las causas, los métodos de prevención y control multidisciplinario de los trastornos mentales, así como aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la salud mental (Becerra. O. F, 2014, p. 241).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una investigación en el año 2011, que arroja datos importantes relacionados con la salud mental en México.

El artículo señala que del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental, siendo destinado el 80% al mantenimiento de los hospitales, por lo que las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas debido a la mala organización del porcentaje correspondiente.

Así mismo, plantea que la atención de la salud mental durante el 2011 se encontraba en un tercer nivel contando con el funcionamiento de 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado, y el resto al sector público destinado a aproximadamente al 47% de la población que cuente con servicio del ISSSTE (patrón-empleado) o en su defecto, con IMSS (patrón-empleado-gobierno); así como 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, 8 establecimientos residenciales y 63% integrados como

establecimientos de salud mental ambulatorios. La mayoría ubicados en la zona metropolitana o en estados aledaños a esta.

A continuación, se presenta el número de hospitales privados y públicos de acuerdo a la entidad federativa a la que pertenecen (OMS, 2011):

Tabla 1. Numero de hospitales psiquiátricos en la República Mexicana.

Entidad federativa.	No. Total de Hospitales Públicos.	No. Total de Hospitales Privados.
Nacional	33	13
Aguascalientes	1	---
Baja California	1	2
Baja California Sur	1	---
Campeche	1	---
Coahuila	2	0
Colima	NA	NA
Chiapas	1	---
Chihuahua	1	---
Distrito Federal (CDMX)	4	SD
Durango	1	---
Guanajuato	1	---
Guerrero	NA	NA
Hidalgo	1	NA
Jalisco	3	4
Estado de México	3	SD
Michoacán	1	---
Morelos	NA	NA
Nayarit	NA	NA
Nuevo León	2	---
Oaxaca	1	2

Puebla	1	2
Querétaro	NA	NA
Quintana Roo	NA	NA
San Luis Potosí	1	---
Sinaloa	1	---
Sonora	1	---
Tabasco	1	---
Tamaulipas	1	---
Tlaxcala	NA	NA
Veracruz	2	3
Yucatán	1	---
Zacatecas	NA	NA

*NA= No Aplica, SD = Sin datos.

Un estudio más reciente realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) dice que se cuenta con 41 Clínicas de Salud Mental (ocho son dirigidos por el gobierno federal y 32 por los gobiernos estatales), en donde la mayoría padece de irregularidades en cuanto a la función o existencia de comités de bioética dentro de las instituciones, a pesar de que por disposición oficial, en México según la Ley General de Salud, todo hospital debe contar con este organismo de manera activa (Becerra. O. F, 2014, p. 241).

El funcionamiento de las instituciones psiquiátricas privadas en México, dependen de las políticas y filosofía de cada una de ellas. Sin embargo, tienen en común, el objetivo de proporcionar la mejora en la calidad de vida de los pacientes que de manera voluntaria asistan para su tratamiento. La mayoría cuenta con equipos multidisciplinarios de especialistas médicos psiquiatras y psicólogos, así como con equipos interdisciplinarios de investigadores, y docentes de distintas ramas.

Dependerá de cada institución la cuota de tratamiento de cada paciente y la cantidad de ellos que se integren a las estancias, ya que en ocasiones se considera importante tener un número reducido y controlado de pacientes, con la finalidad de

brindar tratamiento individual y específico a cada uno de ellos, poniendo énfasis en la comodidad y modernidad de sus instalaciones para facilitar el tratamiento o recuperación de los trastornos psiquiátricos que aquejen a sus visitantes. Cabe señalar que el tiempo de estancia de cada paciente dependerá del diagnóstico y curso del tratamiento correspondiente al padecimiento clínico que presente.

En dichas instituciones se reciben generalmente pacientes con diagnóstico de trastornos como bipolaridad, depresión, esquizofrenia, problemas de adicciones, entre otros. De acuerdo a su reglamento, generalmente se requiere de consentimiento informado, que el paciente cuente con la mayoría de edad o la asistencia del padre o tutor en todo momento para iniciar el diagnóstico y tratamiento.

La mayoría de estos institutos brindan asistencia psicológica con un enfoque Cognitivo Conductual y de Neurorehabilitación, sin embargo, aunque en menor cantidad, en otros lugares se cuenta con asistencia psicológica con enfoque psicoanalítico, incluso de enfoque sistémico para el mejor tratamiento del paciente.

Estas instituciones se caracterizan por el intento de readaptar a los pacientes en su entorno social en la brevedad posible, mediante la reinserción social y estimulación de habilidades sociales y de autocuidado, dejando al margen los ámbitos afectivos e inconscientes del paciente.

Como podemos observar, todavía nos quedan grandes retos que enfrentar como nación desde los múltiples enfoques en lo que se puede intervenir en materia de salud mental, sin embargo, no podemos dejar de lado que a lo largo de la historia, de manera lenta, pero progresivamente se han alcanzado metas que en un principio se veían inalcanzables.

Capítulo II. Psicosis.

2.1 Concepto y diagnóstico.

El concepto de psicosis independientemente del área desde la cual se aborde está asociado en general con la pérdida de contacto con la realidad, falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es la propia persona, llevando en ocasiones a la persona afectada a presentar delirios y alucinaciones o ambos.

A través de los años, las clasificaciones psiquiátricas han ido evolucionado en cuanto a la definición del término “Psicosis” y en cuanto a los síntomas asociados, empezando desde que Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos, clasificados como neurosis, de los trastornos psiquiátricos que tomarían el nombre de psicosis (Ban, & Ucha, 1995). Desde entonces, psiquiátricamente se ha ido asociado este término al de enfermedad mental y a su vez ha sustituido el término “locura” que era anteriormente usado. Sin embargo, este término aún carece de definición exacta, debido a que existen distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento y tratamiento muy diversos, quienes enfatizan distintos aspectos dependiendo su área de abordaje.

Por ejemplo, en el ámbito psiquiátrico, la principal base para conceptualizar y diagnosticar los trastornos mentales es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que es un manual que como ya se mencionó anteriormente, ayuda a realizar diagnósticos e investigaciones de los diversos trastornos mentales. Esta obra ha sido varias veces modificada, por lo que actualmente se encuentra vigente la quinta edición, publicada en el 2013. La nueva edición es de nuestro interés ya que la nueva categoría diagnóstica en la que se encuentra la esquizofrenia es titulada como “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos” (Calafell, R. M., & Giráldez, L. S., 2014), dicha categoría contiene algunos cambios importantes en el diagnóstico de este trastorno en las anteriores ediciones del manual.

De las modificaciones realizadas para la presente edición, podemos rescatar principalmente que, para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, uno de los síntomas debe ser alguno de los siguientes: delirios, alucinaciones y habla desorganizada. También distingue entre síntomas positivos y negativos, en función de una disminución o aumento de algún síntoma o comportamiento, por ejemplo, la abulia y la expresión emocional disminuida, que son aspectos claves de los síntomas negativos. Así mismo se describen otras sintomatologías que incluyen distorsión de la realidad, presentando alucinaciones y delirios, desorganización, deterioro cognitivo, comportamiento psicomotor anormal, depresión y manía. La severidad de estos síntomas se debe valorar en una escala de 0 a 4 (no presente a presente y severo). Finalmente, otro criterio importante para su diagnóstico es la temporalidad de los síntomas afectivos, ya que el episodio afectivo mayor debe estar presente durante la mayor parte de la duración del trastorno (Calafell, R. M., & Giráldez, L. S., 2014)

Frecuentemente, la psicosis es dividida en dos grupos dependiendo del origen de los síntomas, estos son: psicosis orgánicas y psicosis funcionales o endógenas (Coderch. J, 2011, p.287). El primer grupo corresponde al origen en patologías cerebrales o somáticas, como lo es un tumor cerebral, traumatismo, infección, degeneración de tejido encefálico o el abuso de sustancias que ha ocasionado daños al funcionamiento cerebral; por otro lado el segundo grupo engloba a la psicosis en las que no se observa alteración orgánica desencadenante de dicho trastorno, o si la disfunción cerebral es consecuencia de la enfermedad psíquica que padece el paciente, a este grupo pueden estar asociadas causas como cuestiones hereditarias, dinámicas, familiares, psicosociales y de personalidad. Las psicosis funcionales, son de las que podrían ocuparse los tratamientos psicoanalíticos, según Coderch (2011).

Desde el enfoque psicoanalítico, se describe el concepto de “psicosis” como un tipo de estructura, es decir una combinación de características que presenta la psique de una persona, que a su vez se encuentra diferenciado de las estructuras neuróticas. La estructura dependerá entre otras circunstancias, del lugar en dónde

se encuentre fijada la persona. En el caso de la psicosis, hablamos de una fijación en las primeras etapas de la vida, que originará una preorganización, y ocurrirá en el transcurso de la primera y segunda fase oral, hasta la primera fase de la etapa anal (nombrada fase de rechazo), según la hipótesis genética (Bergeret. J, 2005), manteniéndose fijada en esta etapa.

Lo que se toma en consideración para observar o diagnosticar a qué línea estructural pertenece una persona, en este caso una persona con estructura psicótica será la naturaleza de la angustia inconsciente, el modo de relación de objeto, los mecanismos de defensa que utiliza principalmente ante situaciones que le generan angustia y el grado en la expresión de los síntomas.

En el libro “La personalidad normal y patológica” de Jean Bergeret (2005) se da una descripción general de lo que caracteriza a la estructura psicótica. A continuación, se dará un breve resumen.

Esta estructura se caracteriza por una debilidad en el desarrollo del narcisismo primario. Para que se desestructure y se *preorganice* la persona durante la primera infancia, es necesario que se imposibilite la separación madre-hijo. El conflicto estructural que padece es entre el Ello, el Yo y la realidad del paciente. La angustia no está relacionada con la castración genital, ni con la pérdida del objeto a diferencia de las estructuras neuróticas y límites respectivamente, si no con la muerte o el fraccionamiento de sí mismo (Bergeret, J. 2005). Si la estructura psicótica niega de cierto modo la realidad que le ha parecido perturbadora o frustrante, recurrirá al delirio para así crear una nueva realidad, que aunque pareciera perturbadora también, la vivencia en la realidad para quien lo padece es percibida de peor manera.

Los mecanismos de defensa que utiliza principalmente son la proyección, clivaje del yo y negación (Bergeret, 2005). Cuando hay presencia de situaciones extremadamente angustiantes para el sujeto, el Yo se vuelve disfuncional ocasionando fallas en las llamadas “Doce funciones yóicas”.

Cabe destacar que, para el psicoanálisis, la psicosis no es una enfermedad mental como tal, sino que se trata de una estructura que está presente desde su formación hasta el final, y que posiblemente se desestabilice en algún momento. Cuando por algún motivo se desequilibra, ocurren los llamados brotes o episodios psicóticos, donde pueden surgir síntomas como alucinaciones y delirios o fragmentación de la realidad. Los síntomas podrán ser generales, pero aparecerán específicamente dependiendo de cada caso.

Así mismo, vale la pena recordar que mientras no haya un desequilibrio producido por un hecho angustiante, las personas con estructura psicótica no exhibirán características relacionadas con el brote psicótico, sin embargo, será fácil observar rasgos o comportamientos asociadas a estructura a la que pertenecen.

Cabe mencionar que las estructuras no cambian, ya que son fijas, sin embargo, podría existir algún tipo de intervención o influencia como segunda oportunidad de estructuración, sobre todo durante la adolescencia.

2.2 Clasificación de las psicosis desde el psicoanálisis.

En la clasificación de las psicosis, se encuentran tres estructuras: la estructura esquizofrénica, paranoica y melancólica o depresiva, las cuales describiremos a continuación, para posteriormente enfocarnos en la estructura de la psicosis esquizofrénica.

La estructura esquizofrénica es la más regresiva en cuanto al desarrollo libidinal y al desarrollo del yo de las tres estructuras nombradas anteriormente. El sujeto que se ha estructurado de esta manera espera que la realidad cambie en vez de sus necesidades y que estas sean satisfechas de manera total e instantánea, ya que se encuentra fijado en la etapa Oral causado por frustraciones predominantemente provenientes de la madre y el padre en los primeros meses de vida (Bergeret. J, 2005, p. 99).

Lo anterior sucede debido a que el Yo del bebé está depositado en la figura materna, y si esta falta, el menor no se reconoce (Wolff. S, 2010, p.10). Una característica

más de esta estructura es que el sujeto no habla con las palabras, si no que las actúa (Soler. C, 1991).

La siguiente estructura que abordaremos es la estructura psicótica. Esta se encuentra fijada en la primera etapa Anal, por lo que está más desarrollada la libido, sin embargo, el Yo no se encuentra de la misma manera (Bergeret. J, 2005, p.104). En cuanto a los mecanismos de defensa, se encuentra predominantemente la proyección, asociado con la característica más representativa de dichas estructuras, el sentimiento de persecución, el cual se desarrolla de la siguiente manera:

Una primera etapa en donde se niega el afecto y se invierte la pulsión, es decir al otro a quien amo, no lo amo, lo odio; entonces se da paso a la proyección que sigue actuando con la inversión de la pulsión convirtiendo el sentimiento de odio que tiene por el otro en un sentimiento de que es a él a quien odian. Ya organizados los sentimientos de esta manera, aparece en la conciencia el sentimiento de ser odiado, por lo que él debe odiarlos también. Los síntomas están relacionados a la necesidad de controlar al objeto introyectado y una lucha por evitar la penetración anal, según nos explica Jean Bergeret (2005, p.104).

La última estructura se sitúa entre la estructura esquizofrénica y la paranoide a nivel libidinal, sin embargo, en cuanto al desarrollo y adaptación del yo se sitúa frente a las estructuras paranoicas (Cameron. N, 2015, p.508). La estructura melancólica se refiere a los episodios depresivos psicóticos y a cuestiones maniacas defensivas que permiten que el sujeto no dañe a otros o a sí mismo. Esta estructura está relacionada con una demanda de amor y evitación de castigo paterno (Bergeret. J, 2005, p.117).

2.3 Psicosis esquizofrénicas desde el psicoanálisis: Origen, desarrollo y adolescencia.

El paciente esquizofrénico es de todas las patologías el más regresivo, este llega a puntos de fijación en fases primeras del desarrollo y revive miedos, deseos, conflictos y fantasías tempranas. Como en cualquier persona, as fijaciones se dan debido a la exposición ante estímulos o afectos, ya sea de manera excesiva o nula,

por lo que será pertinente revisar las generalidades que existen en el proceso de desarrollo de vida que tiene cada paciente.

Numerosos estudios indican que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia están relacionados con ambientes familiares patológicos (Cameron. N, 2015, p. 44). Este ambiente familiar patológico es principalmente influido por las figuras paternas que lo conforman, existiendo casos de padres que se muestran sádicos, indiferentes, agresivos, negligentes, o incluso padres que siendo psicóticos no se dan cuenta del comportamiento patológico que tienen contra sus hijos, de manera que estos comportamientos se vuelven inconscientes y se reflejan en el vínculo familiar transgeneracional.

Anteriormente se hizo referencia a que las fijaciones del orden psicótico están asociadas al primer año de vida del niño, en donde desde que nace hasta aproximadamente los 3 o 6 meses de edad, el bebé no es capaz de reconocer objetos y personas o de distinguirse a sí mismo diferente de otros. Sin embargo, sus sentidos están ya desarrollados (Wolff. S, 2010, p.4).

Previo a esto, nos explica Sula Wolff (2010, p.p.4-8) que inmediatamente después de las tres semanas de vida, el bebé empieza a experimentar la relación mirada a mirada, además de experimentar también su primer actividad social, la “respuesta sonriente”, que posteriormente se volverá selectiva a partir de los 3 a 6 meses de vida, a los 7 meses aproximadamente ya no solo seleccionará a quien dirigir su sonrisa, si no que se producirá en él un llanto al verse abandonado por su madre o cuidador, y finalmente a partir de la segunda mitad del primer año, empezará a darse cuenta de que es diferente a otros.

Para que este proceso suceda de manera relativamente normal es sumamente necesaria la participación de la madre, en conjunto con el padre, que funcionará como una extensión de esta. Al respecto, Winnicott ha sido un exponente clave, proponiendo el concepto de “madre suficientemente buena”.

Una madre suficientemente buena, está caracterizada por tener una identificación sana con el niño, darse por completo, además de sostener físicamente al bebé, así

como de proveer al bebé un ambiente tranquilizador y cuidadoso, lo que propiciará que el niño pase a las siguientes etapas con mayor facilidad, y que, así como se dio un apego madre e hijo, posteriormente se pueda facilitar la separación de ambos para contribuir con su independencia (Guillerault. G, 2009).

En la primera etapa de vida de un paciente psicótico, en este caso de tipo esquizofrénico, es probable que no haya tenido una madre suficientemente buena dotada de las características mencionadas anteriormente, y que, por el contrario, el bebé haya sido expuesto a una madre toxica y frustrante, sobreprotectora, pero a su vez ansiosa y culpabilizada, y especialmente frígida afectivamente, en donde seguramente tampoco haya existido un ambiente adecuado para el lactante (Bergeret. J, 2005, p.109). Winnicott consideraba que la clave de las psicosis se encuentra en el desarrollo afectivo primario sucedido antes de que el niño se conozca a sí mismo y a los otros, justo en la etapa en donde el bebé depende de otros (Guillerault. G, 2009, p.48).

Madre y bebé forman un todo en los primeros meses de vida, es decir, formarán una relación simbiótica, si ocurre una fijación durante este desarrollo ocasionado por algún suceso sumamente angustiante a temprana edad o en su defecto surgen micro traumas, aunado a la relación toxica materna, se facilitará que posteriormente se reproduzca dicho patrón volviendo a tener relaciones simbióticas con otros, lo cual es una de las características principales en el paciente con psicosis esquizofrénica.

Los síntomas de la psicosis esquizofrénica pueden aparecer desde la niñez hasta la etapa adulta. En la niñez los síntomas empiezan a mostrarse en comportamientos muy rígidos o alejados de otros, los niños se niegan a integrarse con las exigencias sociales establecidas, presentando estados de ira si se les contradice (Wolff. S, 2010, p.p.39-43).

Por otro lado, la adolescencia, es considerada como transición del desarrollo evolutivo y una posibilidad de modificación de problemáticas atravesadas durante la infancia, se diferencia del periodo de latencia normal, ya que el niño experimenta la posibilidad de mediar el Yo y el Ello. En la pubertad se alteran nuevamente las

pulsiones, es entonces cuando el Yo debe poner en funcionamiento las defensas con las que cuenta el adolescente según su estructura psíquica, además de que se ven inmersos aspectos a lograr como la elección de objeto, incorporación a la cultura, alejamiento de los padres, duelo por la pérdida de la infancia y búsqueda de la identidad sexual, etc (Bertoni. M, 2008); todo esto representa para el psiquismo grandes modificaciones y adaptaciones que generarán angustia a diferente nivel según el paciente y el grado de patología que presente.

Durante la adolescencia, las relaciones sociales son sumamente importantes. La estructuración psicótica podría afectar los vínculos que surjan en dicha etapa, ya que posiblemente vuelvan a repetirse los métodos de relación que han prevalecido hasta entonces y que se originaron desde el primer vínculo con la figura primaria, es decir, la figura materna (Aryan. A, & Torres de Aryan. D, 2007), si a dicha predisposición se le añade un quiebre o brote psicótico, este se dará de forma abrupta, lo que quiere decir que se interrumpirá el proceso o crisis adolescente normal (Bertoni. M, 2008).

2.4 Tipos de psicosis esquizofrénicas.

Actualmente existen oficialmente ocho clasificaciones de esquizofrenia, las cuales abordaremos en este apartado, sin embargo, dejaremos de lado el tipo indiferenciado agudo, indiferenciado crónico y el tipo residuo, ya que estas conceptualizan cuadros cénicos que son difíciles de diagnosticar o de tratar (Cameron. N, 2015, p.569).

Anteriormente, se consideraba cada uno de los tipos de esquizofrenia independientes, pero a raíz de la unión de todas en un solo rubro, hecho por Kraepelin, esquema que no ha sido superado a la fecha (Cameron. N, 2015, p.570), se ha podido esquematizar de manera diferente, sin embargo, a la fecha no hay un acuerdo total en la conceptualización de estos, ya que muchos de los pacientes esquizofrénicos manifiestan síntomas de más de uno de los subtipos.

Empecemos a definir brevemente al primer tipo. El *tipo sencillo* aparece de manera lenta y poco notable. Se observa que el desarrollo se encuentra aparente mente

normal y de pronto se ve deteriorado, aunque antes el sujeto tampoco haya sido una persona muy entusiasta. Esta también se caracteriza por qué no hay presencia de delirios ni alucinaciones. Lo que caracteriza este tipo de esquizofrenia es un nivel de adaptación bajo, son personas que comunmente se dedican a vagar y no hacen nada en especial de su tiempo, sin que lo anterior esté relacionado con algún tipo de afección intelectual (Cameron. N, 2015, p.p. 569-571).

El siguiente tipo es nombrado *hebefrénico*. Este puede aparecer de la misma manera que el anterior, o por el contrario, ser rápido y desatado a causa de una pérdida o fracaso. Se observa una conducta desorganizada, risas vacías o sin sentido, llanto sin razón aparente, gestos extraños, al igual que sus delirios, así mismo parecen neologismos y la persona afectada se va adentrando cada vez más en su mundo interior. En algunos casos es posible que orinen o defecuen en sí mismos o requieran ayuda para alimentarse (Cameron. N, 2015, p.571)

Canmeron (2015, p.572) resume la siguiente categoría nombrada *catatónica* como una serie de perturbaciones motoras representadas por inmovilidad o excitación incoherente e incapacidad de dormir o alimentarse. Los pacientes son reconocidos por que su cara representa un estado frígido con los ojos cerrados o abiertos, y en ocasiones pueden también quedarse mirando fijo algún lugar. Los delirios que presenta son aterradores y de carácter místico o religioso, al igual que las voces que escucha. La catatonía que presentan surge espontáneamente y desaparece de la misma manera.

En la categoría de *tipo paranoico* aparecen actitudes tensas e incómodas, se muestra apartado, con presencia de alucinaciones comúnmente de tipo auditivo que refuerzan sus creencias, además se caracterizan por tener un habla poco organizada e incoherente (Cameron. N, 2015, p.p.572-574).

Y finalmente, el *tipo esquizoafectivo*. Se caracteriza por la mezcla con síntomas esquizofrénicos y depresivos, los delirios son desorganizados y las alucinaciones son perturbadoras, sin embargo, tienen mayor posibilidad de recuperación que los anteriores subtipos (Cameron. N, 2015, p.474).

2.5 Sintomatología.

El cuadro clínico del paciente esquizofrénico va a depender de lo eficaces que estén siendo los mecanismos de defensa utilizados por el sujeto, sin embargo, existe una generalidad en la aparición de la esquizofrenia basada en la regresión de la catexia propuesta por Freud, que consta de tres categorías de la sintomatología esquizofrénica (Coderch. J, 2011, p.294), las cuales abordaremos a continuación.

En el libro *Psiquiatría dinámica* de J. Coderech (2011, p.p. 2087-300) se abordan las fases anteriormente mencionadas y la sintomatología que como consecuencia traen.

La primera fase es caracterizada por una ruptura con la realidad, esto sucede ya que la libido es retirada del mundo externo, haciendo que los objetos parezcan irreales o dejen de ser percibidos como vivos. La libido retirada regresa a un estado anterior, el narcisismo infantil, originando *síntomas relacionados con la percepción del mundo*, como sentimientos de cambio y amenaza, que a pesar de que siguen ahí, aunque haya sido retirada la libido, en ellos es vivido un sentimiento real de muerte, catástrofe o desaparición de algo o alguien.

A esta *primera fase* también se le atribuye un segundo síntoma, las *alteraciones en la psicomotricidad*, que tienen que ver con la reaparición de características arcaicas de movimiento de tipo oral, como si se tratara de la imitación de un bebé, dando lugar a manifestaciones catatónicas, ecolalia, obediencia automática, etc.

El tercer síntoma asociado es la *hebefrenia*, causado por la retracción de la libido, en donde el Yo se abandona por la pérdida de relaciones de objeto, manifestándose conductas progresivas como dificultad de estudio, incapacidad de relacionarse socialmente, empobrecimiento afectivo, entre otros comportamientos típicos de la esquizofrenia.

Finalmente, aparecen síntomas de *pensamiento paleológico* o también llamado arcaico. El pensamiento arcaico se da debido a la regresión del Yo al igual que la regresión de la libido que se asemeja al de las primeras etapas infantiles de un funcionamiento psíquico inmaduro, en donde al igual que en etapas anteriores, se

da la exigencia de una gratificación inmediata (descarga de catexia), se facilita el desplazamiento de una energía o representación mental de un objeto a otro y la tendencia a la condensación de varias representaciones mentales en una.

La *segunda fase* se da debido a la *hipercatexis*, que surge a raíz del retiro de la libido de los objetos y del mundo, siendo depositada en sí mismo (*self*) y en el propio cuerpo, de ahí que se produzcan ideas de grandeza, hipocondría, preocupación por su imagen y su cuerpo, distorsiones del propio valor, entre otras características dirigidas a él y a su cuerpo.

Las fases terminan en una *tercera de restitución de la libido a los objetos (recatexis)*, esto sucede debido a que la persona psicótica trata de recuperar a los objetos, pero lo hace de forma distorsionada, como un intento de cura a través de él mismo. Esto no sucede satisfactoriamente ya que ha sufrido estragos por la regresión. La representación mental no se *recatetiza*, es decir la libido no vuelve al estado original, únicamente la representación verbal, por lo que surgen las características típicas en el lenguaje de estos pacientes, de la misma manera que surgen ideas delirantes de persecución y alucinaciones de distintos tipos.

Respecto al lenguaje, la realidad no está del todo invertida y se puede apreciar que el sujeto actúa con las palabras, ya que el objeto no está separado del sujeto (Bergeret. J, 2005, p.106).

El lenguaje se presenta desorganizado, en casos de esquizofrenia severa, incluso puede ser inservible en el esfuerzo por comunicarse con otros, las conjunciones y a fluidez se ven afectados, se muestra disperso, incluso pueden crear neologismos o idiomas particulares, que no significarán nada si no se encuentra su traducción en función de la particularidad de cada paciente (Cameron. N, 2015, p.p.586-588), ya que la palabra y el símbolo se confunden (Warner. E, 1978, p. 140).

Del pensamiento y el delirio, podemos decir que se deben a la inadecuación del “yo” y “no yo”. Los delirios que sufren en ocasiones son aceptados y los usan como medio de construcción de canal de comunicación, sin embargo, en mayores ocasiones se presentan delirio de distintas índoles que pueden resultar

perturbadores para los sujetos con esta condición. Ambos, tanto delirios como alucinaciones son efecto de mecanismos de defensa de negación y proyección (Cameron. N, 2015, p.39), asociados con la pérdida de la realidad, relacionado con el aislamiento narcisista (Warner. E, 1978, p.138).

2.6 Psicodinámia de la psicosis esquizofrénica.

Una sola línea hipotética no basta para la explicación de la psicosis esquizofrénica y difícilmente se podrán separar entre sí por completo, es decir la explicación que pueda referirse desde la línea de la hipótesis genética, tendrá relación en algún punto con la hipótesis tópica y estructural, dinámica, económica y adaptativa. Por ello, en el presente apartado trataré de abordar de manera breve todas las hipótesis anteriormente nombradas, sin enlistar ninguna y sin intención de diferenciar cada una de ellas.

En apartados anteriores se ha hablado de que la génesis de este trastorno está ligado a experiencias tempranas traumáticas o un híper estimulación sexual (Warner. E, 1978), así como una experiencia en el nacimiento lo suficientemente perturbadora para afectar la relación del bebé con la madre, nulo contacto emocional o físico, poco tiempo de sostén del menor, incapacidad de la madre de percibir al sujeto como un ser independiente, micro traumas, etc., que facilitarán la fijación del paciente en la etapa oral y se impedirá la diferenciación del self y no self (Coderch. J, 2011, p.301).

Durante los primeros meses de vida el infante no reconoce el exterior de sí mismo (incluyendo a su madre), poco a poco, a través de la internalización del objeto, gracias a cuidados efectivos y afecto positivo, se va ofreciendo la oportunidad de dirigir al bebé hacia la independencia de la madre facilitando el abandono de la simbiosis normal de esta etapa. En el proceso de individuación de los pacientes esquizofrénicos (niños o adultos) no se observa la capacidad del Yo de percibir a la madre diferente del *self* del paciente (Coderch. J, 2011, p. 144).

Los pacientes que se encuentran en este estado muestran también una alteración en sus relaciones objetales, ya que son procesados como objetos parciales, no se

encuentran integradas las partes “buenas y malas” del *self*, ni de los objetos que lo rodean (Warner. E, 1978), dando lugar a que ambos tipos de objetos (persecutorio o idealizados) contribuyan a la formación del superyó del paciente (Coderch. J, 2011, PP.598-604). Esto quiere decir, que los sujetos se encuentran en constante lucha con los objetos internalizados, debido a esto podemos observar discursos o actitudes de persecución, sentimiento de que están siendo criticados o acusados, etc.

Desde la teoría de Melani Klein, el objeto idealizado funcionará como compensación de los malos (persecutorios), pero a la vez como la base para la exigencia de satisfacción inagotable e inmediata de deseos (Bleishmar. N & Lieberman. C, 1989). Debido a que durante la posición esquizo-paranoide, son usados los mecanismos de defensa de negación, idealización y omnipotencia (mecanismos de defensa primitivos que se asocian a la fijación en la etapa oral o en este caso a la regresión a la posición esquizo-paranoide que conceptualiza dicha autora), en el esquizofrénico se darán nuevamente fantasías de ataque que darán paso al temor de ser atacado por el “pecho malo” (ansiedad persecutoria) y recurrirá a los mecanismos de defensa anteriormente nombrados, además de la realización alucinatoria de deseos y disociación del objeto y el *self* (Coderch. J, 2011, p.598).

Otro mecanismo de defensa usado por el paciente es la identificación proyectiva, en el que partes del *self* son proyectadas en los objetos externos, cuando este mecanismo se da de forma excesiva, se produce una desintegración a causa del debilitamiento del Yo, ya que han sido proyectadas y perdidas las partes buenas y malas del *self* del paciente. Esto trae como consecuencia relaciones de objeto narcisistas, debido a que el *self* es confundido con el objeto, teniendo finalmente relaciones de objeto con características del propio *self* (Coderch. J, 2011, pp. 595-604).

La ruptura con la realidad se da debido a que la angustia generada por los impulsos destructivos contra los objetos crea la necesidad de proteger a los mismos objetos de la propia agresividad, por lo que se vuelven irreales, negando todas las partes perturbadoras, por lo que el delirio aparecerá si para mantener la vida se hace

necesaria la construcción de una nueva realidad (Bergeret. J, 2005, p.107). El delirio también está relacionado con el pensamiento del proceso primario, que no ha sido reprimido y que ha invadido la organización preconscious y consciente del paciente esquizofrénico, siendo a su vez negado y proyectado como si estos fuesen externos, como sucede en los delirios somáticos proyectados como cambios corporales, o cualquier tipo de alucinaciones, siendo más frecuentes en este trastorno las alucinaciones auditivas (Cameron. N, 2015, p.587).

La angustia de estos sujetos se encuentra en la angustia de muerte. Al estar el Yo fraccionado, este busca lidiar con la angustia de manera primitiva, deformando la realidad (Bergeret. J, 2005). El Yo defectuoso fallará en el intento de represión desde la niñez, por lo que será más visible el material del proceso primario y las fantasías infantiles.

De manera igualmente primitiva se encuentra el funcionamiento de sus otras dos estructuras, el ello y el superyó. El funcionamiento del superyó queda alterado debido a la regresión sufrida, haciéndose muy intenso e impulsivo, imposibilitando al sujeto el cumplimiento de dichas exigencias mediante la fantasía y siendo descargado el deseo en los objetos, el *self* o algún sustituto de estos; como consecuencia, tenemos comportamientos en pacientes como la automutilación, autodestrucción, fanatismo, entre otros (Coderch. J, 2011, pp.599-603), a la vez que las defensas toman energía del ello para operar (Warner. E, 1978).

Finalmente, en cuanto a la etiología del lenguaje tan particular que caracteriza a las psicosis esquizofrénicas, podemos agregar que las palabras son sometidas al proceso primario, es decir, son tratadas como si fueran cosas (Bergeret. J, 2005, p.106). El lenguaje normal se caracteriza por expresar una emoción, señales para la comunicación y representación de hechos, pero en el lenguaje de estos pacientes el símbolo y la palabra se confunden y son idénticos (Warner. E, 1978). En el paciente psicótico la realidad no está totalmente invertida y existe un grado relativo de inadecuación del deseo al objeto, el continente llega a contar más que el contenido y se asocia a las pulsiones agresivas (Bergeret. J, 2005), de este modo el vocabulario se vuelve menor y repetitivo.

Lacan menciona que el lenguaje del esquizofrénico se presenta de esta manera, ya que la experiencia de la realidad de un objeto requiere de dos experiencias simultáneas, la primera es que debe ser *imaginada*; es decir, debemos distinguir una forma específica y hacernos una imagen de ella, y la segunda es que debe ser *simbolizada*, que sería el hecho de otorgarle un nombre para poder entrar al universo del lenguaje. Leclaire (1999) cita a lacan diciendo: “La experiencia de lo real supone el uso simultáneo de dos funciones correlativas, la función imaginaria y la función simbólica”. Y aclara que, toda forma y todo objeto asumen en distinto grado un valor simbólico, del mismo modo ningún símbolo es ajeno a un soporte imaginario.

El conflicto psicótico desde la concepción de lacan, es que se da la utilización parcial o total de una de esas funciones, lo que trae como consecuencia lo que llamamos pérdida de la realidad en el carácter psicótico. De esta manera, el esquizofrénico parece vivir en un mundo simbólico sin ningún carácter imaginario, mientras que el delirante paranoico experimenta la realidad de modo imaginario, sin apertura simbólica. Es en el fenómeno psicótico en el que vemos este signo lingüístico, la palabra como tal disociarse en sus elementos constitutivos, significante y significado (Leclaire. S, 1999, pp. 122-140)

Así funciona el lenguaje de un esquizofrénico, sin embargo, el significado del lenguaje en la esquizofrenia estará relacionado al significante en el discurso de la madre, es decir, sonidos de los cuales los conceptos carecen de sentido, separándose el significante del signo, debido a esto es difícil deducir lo que un paciente en este estado quiere decir con los conceptos y discursos que emplea ya que impide la metáfora (Maleval, J. C, 1991).

Capítulo III. Intervención psicoanalítica.

3.1 Bases para la intervención psicoanalítica.

A. Freud (1936, pp. 45-70) propone que el objetivo de la terapia psicoanalítica es que las antiguas maniobras defensivas del paciente, que hasta la fecha le han sido insuficientes, sean sustituidas por otras nuevas, diferentes o en su defecto, se ausenten para abrir la posibilidad de reducir la presión instintual y dotar de mayor fortaleza al Yo del paciente, basándose en la protección de la alianza de trabajo y la transferencia positiva no sexual, ofreciendo una mirada nueva de las vivencias presentes y pasadas, con el fin de probar nuevos modos de lidiar con sus conflictos (citado en Greenson. R, 2014, p. 43).

El tratamiento psicoanalítico, es la única forma de psicoterapia que analiza las relaciones trasferenciales, contrario a las formas anti analíticas de psicoterapia, donde las transferencias no se analizan, sino que son satisfechas y manipuladas por el terapeuta (Greenson. R, 2014, p. 49), éste asume el papel de alguna figura del pasado, real o imaginada y satisface algún deseo infantil del paciente, pero estas solo duran mientras la transferencia idealizada del terapeuta se mantiene intacta.

Otro aspecto de la terapia psicoanalítica de gran importancia en el procedimiento terapéutico es la interpretación.

Greenson escribe en su libro *Técnica y práctica del psicoanálisis* que "La palabra *analizar*, vine de una expresión taquigráfica que alude los procedimientos que favorecen al insight", y se compone de cuatro procedimientos (2014, pp. 51-58):

La *confrontación*, en donde se hace un hecho evidente para el Yo consciente del paciente. El siguiente paso, que recibe el nombre de *aclaración* en donde se enfocan los fenómenos psíquicos que se están analizando; un tercero (el cual distingue al psicoanálisis de otras psicoterapias, siendo este el instrumento final y definitivo) que es la *interpretación*, y se refiere a hacer consciente lo inconsciente, ir más allá de lo observable para revelar el inconsciente, la empatía y la intuición, así como de conocimientos teóricos que serán la base para llegar a dicho fin.

Para ello, será necesario ir observando las reacciones del paciente para determinar el momento en el que será eficiente comunicar una interpretación, que tendrá como objetivo enunciar de otra manera lo expresado por el paciente y relacionarlo con material inconsciente que ha llegado cerca de la superficie consciente, en caso de ser rechazada dicha interpretación, el analista deberá repetirla o esperar a que el psiquismo del paciente se encuentre preparado para escucharlo nuevamente (Coderch. J, 2011, p. 742).

Finalmente, el cuarto y último paso, la *traslaboración*, se refiere a una serie de complejos procedimientos y procesos producidos después del insight. Principalmente se basa en exploraciones repetitivas y progresivas de las resistencias que se oponen al insight y al cambio, por lo que deberá observarse qué parte de la labor de la traslaboración realiza el paciente fuera de la consulta. Cabe señalar que este proceso es el que consume mayor tiempo en la terapia psicoanalítica.

Es importante considerar, que, aunque se enuncien por separado los pasos anteriormente mencionados, estos siempre van de la mano.

Un componente más del psicoanálisis que se origina desde las prácticas clínicas de Sigmund Freud, es el uso del diván con el fin de evitar distracciones producidas por el analista en las asociaciones libres que el paciente realiza durante la consulta, manteniéndose invisible y sin interferir, a menos que fuera claramente necesario (Coderch. J, 2011, p. 724).

Así mismo, la interpretación de los sueños es una práctica que desde los inicios del psicoanálisis viene siendo útil para el tratamiento. Cuando un paciente informa acerca de un sueño manifiesto, el analista escuchará todo lo que el paciente diga, pero prestará mayor atención a todo lo que rodee el discurso del paciente. No siempre será posible ser analizado el material que comunique un paciente totalmente, ya que los sueños manifiestos son sumamente complejos y contienen gran cantidad de condensaciones, simbolizaciones y desplazamientos del proceso primario (Coderch. J, 2011, p. 743).

Estos hacen uso de maniobras defensivas, resistencias y acciones del Superyó, por lo que a veces, solo un fragmento tiene sentido; de hecho, sin el soporte de la historia clínica y las asociaciones del analizado durante el proceso terapéutico, este fragmento carecería de sentido.

Una de las características del trabajo de un psicoanalista es aprovechar absolutamente todo lo que surge de la conducta del paciente, dese que éste entra al consultorio, hasta la manera en la que sale, lo que dice, como luce, movimientos, posturas, suspiros, ruboración, ritmo, inquietud, concentración, flujo de asociaciones libres, etc., ya que estos pueden ser mayores indicadores inconscientes que el propio discurso.

Coderech (2011, p. 743, 744) indica que la duración y frecuencia del tratamiento, es un tema que ha sido debatible durante años, lo que se cree actualmente y se pone en práctica, es que se trata de un proceso de largo tiempo, ya que tiene como intención resolver las dificultades del paciente que permanecen en el inconsciente desde la infancia. En el tratamiento, un conflicto puede aparecer y desaparecer una y otra vez de diferentes maneras, y cada una de ellas deberá de ser manejada nuevamente, brindando así al paciente la oportunidad de volver a experimentar sus ansiedades que persisten desde la infancia, pero esta vez con la posibilidad de enfrentarlas con recursos de un Yo más maduro. En cuanto a la frecuencia de sesiones, se cree que, si se tienen sesiones continuas, la resistencia bajará y aumentará la transferencia, contrario a sesiones menores en el transcurso de la semana, que dificultarían al paciente la posibilidad de exponer situaciones dolorosas.

De cualquier manera, es bien sabido en estos días, que la personalidad de cada paciente, la alianza de trabajo y el compromiso que se tiene con el tratamiento, tanto de paciente como del analista, influirán en mayor medida en el proceso; es decir, importará más la calidad que la cantidad de sesiones de análisis, dependiendo del paciente y el conflicto psíquico, así como la capacidad del paciente de poner en funcionamiento lo elaborado en las sesiones, pero esta vez en la vida diaria.

Es preciso señalar, que en la práctica clínica con psicóticos es necesario hacer modificaciones en la intervención y en el uso de los conceptos teóricos usados normalmente en la práctica con pacientes neuróticos.

Por ejemplo, con respecto al uso del diván, se recomienda que el terapeuta respete el deseo del paciente de mirarlo o no mirarlo, sentarse o acostarse en el suelo, caminar por el consultorio o preferir llevar a cabo la sesión en algún otro sitio (Díaz. I, 1998, p.198). No se trata de adoptar una postura pasiva, si no de lograr la comodidad del paciente evitando ser intrusivo; de hecho, si la situación lo requiere y el ambiente es óptimo, el entrevistador o terapeuta, puede ser flexible en cuanto a guardar silencio con el paciente, sentarse en el suelo a su lado, etc.

Isabel, Díaz Portillo, menciona que otro aspecto que se diferencia del tratamiento normal psicoanalítico del paciente neurótico al de los pacientes psicóticos, es la duración de la sesión, por lo menos en la entrevista inicial. La duración estará dada por la tolerancia del paciente a la misma y dará fin cuando él lo exprese de algún modo. Esto dará lugar a que posteriormente se explore el motivo de la interrupción (1998, p.199).

Finalmente, y coincido con Jaime Icho Kozrk en el planteamiento de que: “la guía que tiene el analista para aplicar variaciones técnicas es su comprensión inconsciente de lo que está pasando en el análisis y deberá asignar mayor importancia a actuar adecuadamente que a la aplicación de una u otra forma de enfoque técnico” (1987, p. 26), sobre todo en casos clínicos especiales, como lo es el trastorno de psicosis esquizofrénica.

3.1.1 Otros conceptos teóricos para la práctica psicoanalítica.

Para emplear adecuadamente la teoría en el tratamiento psicoanalítico, habrá que dominarlo primero intelectualmente, sin dejar de lado el empleo de la empatía y la intuición (Greenson. R, 2014, p.31), es por eso que en el presente apartado se abordarán algunos de los principales conceptos teóricos que servirán para la intervención psicoanalítica.

Zetzel (1958) define la *alianza terapéutica* como la relación objetal real que sustenta la movilización de atributos autónomos del Yo (citado en Rangel. M. E, 2016, p.99), que se verá representado en la capacidad del paciente para trabajar y seguir el tratamiento; es decir, se trata del deseo consciente e inconsciente del paciente de cooperar en el tratamiento.

Contrario de lo que podría pensarse, la alianza terapéutica o alianza de trabajo, se distingue de la *transferencia positiva*, a pesar de estar muy relacionada con ella. La transferencia positiva sostiene en gran medida a la alianza terapéutica. Ésta se refiere a las reacciones de transferencia compuestas predominantemente por los sentimientos de amor que el paciente siente por su analista como cariño, confianza, deseo, gusto, interés, admiración, ternura o respeto (Greenson. R, 2014, p.43). La alianza terapéutica será el límite y balance de las cargas de transferencia para que no perturben la terapia.

No siempre la transferencia ha de ser positiva, en ocasiones, el paciente puede también tener sentimientos hostiles contra el terapeuta. Tanto la transferencia positiva, como la *transferencia negativa* son derivados de deseos o fantasías inconscientes del paciente que están relacionados con figuras importantes de su pasado (Freud, 1909, citado en Rangel. M. E, 2016, p.174).

Es preciso señalar, que lo que se revive en la transferencia no es solo una repetición del pasado como una copia, sino una combinación de transformaciones de experiencias reales y fantaseadas, y que solamente a través de la transferencia se experimenta esa parte de la vida emocional que ha sido olvidada conscientemente (Rangel. M. E, 2016, p.181).

Existe otra modalidad de transferencia denominada por Freud (1915) como *amor de transferencia* o *transferencia erótica*, esta se refiere a la transferencia positiva, pero sexualizada, lo que representa una resistencia muy severa para el debido proceso terapéutico (Rangel. M. E, 2016, p.184).

Otro concepto que habría que tener en cuenta, es el de la *contratransferencia*. En la relación terapéutica, como ya se ha descrito anteriormente, se ven inmersos

sentimientos del paciente hacia el terapeuta. Del mismo modo, el terapeuta deberá ser consciente de que se produce el mismo efecto en él hacia el propio paciente. La contratransferencia tiene que ver con actitudes del terapeuta conscientes e inconscientes, que son respuesta a los atributos reales y fantaseados del paciente, dichas actitudes emergen como si el paciente fuera una persona importante en la vida pasada del analista y se asocian a la presencia de ansiedad en el terapeuta (Cohen, 1952, citado en Rangel. M. E, 2016, p.191).

La contratransferencia se produce por el material emergido del paciente y siempre tendrá que ser analizada, ya que además de ser un fenómeno que posibilita la resistencia, ésta también es una herramienta útil que puede ser un “vehículo de entendimiento en donde el terapeuta puede llevar a cabo una identificación transitoria con su paciente, pero controlada por el Yo, en oposición al *acting out* de la contratransferencia” (Greenson. R, 2014, p. 274).

Un concepto relacionado con la transferencia y la contratransferencia es la nombrada *regla de la abstinencia*, esta tiene que ver con evitar que el paciente neurótico encuentre en el analista satisfacciones sustitutivas de los síntomas que contienen instintos escondidos que lo llevaron al tratamiento y que están en búsqueda de satisfacción (Greenson. R, 2014, p.43). Esta regla llevada al extremo es la contraparte de la alianza de trabajo, por tanto será esencial que el analista se mantenga en constante autoobservación durante la sesiones, incluso también que se encuentre en análisis o ya haya elaborado un análisis con anterioridad, además de que en dado caso, será necesario mantener supervisiones de los casos en los que esté interviniendo, con la finalidad de brindar un buen proceso terapéutico, manteniendo óptimas las reacciones de transferencia y contratransferencia, evitando *acting outs* y facilitando la alianza de trabajo.

Finalmente, es necesario tener presente el concepto de *resistencia*. Coderch define la resistencia como toda actividad que se oponga al encuadre terapéutico, o al acceso del analizado al propio inconsciente, a menudo este no tendrá consciencia o desconocerá la razón de su persistencia en el tratamiento (2011, p. 724).

La resistencia también puede ser preconsciente o inconsciente y expresarse por medio de emociones, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones (Díaz. I, 1998, p. 63).

Es común que en el transcurso de la psicoterapia psicoanalítica se pongan en marcha constantemente resistencias, ya que en el proceso se producen variadas situaciones que provocan tensión, aunque en ocasiones la resistencia psicológica se debe a las ganancias secundarias que el paciente obtiene de su padecimiento; es decir, ventajas conscientes o inconscientes que no se está dispuesto a perder. Aunque pareciera difícil de creer, incluso en trastornos graves también existen ventajas. Aunque estas ventajas no sean conscientes o reconocidas por el paciente, cobran fuerza en el inconsciente y generan una resistencia al cambio, que hace que el estado actual de las cosas perdure. La ganancia que podría producirse en un trastorno psicótico, por ejemplo, podría ser la evitación de una realidad que ha perturbado al paciente.

3.2 Relación entre paciente y analista.

Uno de los errores más graves de muchos tipos de psicoterapia hoy en día, es que reducen al mínimo o simplemente niegan la importancia de los factores inconscientes de la transferencia y contratransferencia (Coderch. J, 2011, p.725). Recordemos que ambos se originan desde las fantasías, miedos o deseos, afectos negativos y positivos, mecanismos defensivos y percepción de la propia realidad tanto del paciente como del analista, procesos que son normales en todo ser humano y en cualquier situación, lo que no permite que se ausenten o sean ajenos al proceso terapéutico.

Las transferencias durante el proceso terapéutico aparecen en distintos momentos y de distintas maneras tanto en el paciente, como en el analista. Freud (1954,1965) manifiesta que en el paciente las reacciones de transferencia predominan en la fase media del análisis, mientras que la relación real se está en su mayoría al principio del proceso y vuelve a adquirir importancia en la fase final (citado en Greenson. R, 2014, p. 204).

En el analista la alianza de trabajo debe estar presente de principio a fin en el proceso terapéutico y la actuación de la contratransferencia dependerá de la estrategia terapéutica que se acomode con cada paciente. Greenson recomienda que el analista debe permitirse cierta flexibilidad en las actitudes que muestra frente al paciente y que es importante mostrar en ciertas ocasiones y modos de comportamiento que el analista también es un ser humano (Greenson. R, 2014, p. 225)

Tanto en el paciente, como en el analista, las relaciones de transferencia son irreales e impropias, pero genuinas y sentidas (Greenson. R, 2014, p. 220). La verdadera relación entre paciente y analista; es decir, una relación genuina y realista, se construye por el terapeuta a través de la constante actitud de aceptación y tolerancia, su constante búsqueda de insight, su rectitud y su completa intención terapéutica.

Como se ha podido observar, las relaciones de transferencia y contratransferencia nos proporcionan datos importantes inconscientes del paciente, y aunque no convenga siempre comunicar su interpretación, si es necesario que el analista se mantenga observando y analizando permanentemente.

El analista por la importancia que tiene realizando su labor, tendría que ser una persona capaz de ser empático y sentir compasión sincera, pero que a la vez sea capaz de restringirse (Greenson. R, 2014, p. 224).

3.3 Intervención psicoanalítica en pacientes con psicosis esquizofrénica.

Freud creía que, por ser los pacientes psicóticos esencialmente narcisistas, no podrían ser tratados por el psicoanálisis, debido a que no podían desarrollar una neurosis de transferencia, sin embargo, un gran número de psicoanalistas creen que es posible, pero que había que hacer desviaciones del proceso psicoanalítico normal (Greenson. R, 2014, p.65).

Serge Leclaire, como introducción en su libro *Principios de una psicoterapia de la psicosis* (1999, pp. 27-33) nos facilita una recuperación de varios autores que se han aventurado a contradecir lo que el padre del psicoanálisis puntualizaba,

postulando nuevas teorías y haciendo intentos por intervenir mediante principios del tratamiento psicoanalítico a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia haciendo uso de desviaciones del proceso terapéutico normal.

Paul Federn (1952), elaboró una nueva teoría del Yo del esquizofrénico y realizó aplicaciones clínicas modificando el método clásico de Freud. Kurt Eissler, por su parte, se interesó por la conducta que habría que adoptar, advirtiendo de la necesidad de completa sinceridad en la admisión y el tratamiento de pacientes en esta condición e insistió en la atmosfera terapéutica libre de violencia y experiencias que pudieran detonar alguna alucinación. Indicaba la necesidad de no empeorar al enfermo, devolverle constantemente a la realidad y entablar una relación personal con él.

Federn (1952), insistió en la perturbación de la catexis libidinosa en las esquizofrenias. Su método terapéutico consistió en consolidar el Yo, una vez que el paciente se encontrara en una relación transferencial, este comprendía que su Yo se encontraba en mal funcionamiento, y solo entonces la labor terapéutica se podría poner en práctica. La enfermera G. Schwing, alumna de Federn, logro resultados acertados al hacer uso del concepto de regresión de la libido genital a un estado narcisista. Planteaba que el esquizofrénico era una persona que había sufrido perturbaciones tempranas careciendo de una verdadera madre. La técnica consistía en realizar una función sustitutiva brindando al enfermo una experiencia que no tuvo durante sus primeras etapas de vida, una vez realizada esta fase se podría iniciar la labor terapéutica.

Frieda Fromm-Reichmann siendo fiel al psicoanálisis clásico, concluyó en que el esquizofrénico sufrió de un traumatismo psíquico precoz de rechazo, por lo que los síntomas son consecuencia de este hecho, y convendría dirigirse al paciente, no solo como a un niño, sino también como al adulto que en realidad es.

Jhon Rosen también asoció al paciente esquizofrénico con una carencia infantil y una madre perversa, y depositó en el terapeuta el deber de fortaleza que brindaría al paciente la posibilidad de superar dichas angustias. Así mismo, Milton Wexler puso primordial importancia en que el analista tenía el deber de funcionar como un

superyó externo del paciente con psicosis esquizofrénica, permitiendo según su teoría la mejora del paciente.

Finalmente, pero no menos importante, encontramos a la psicoanalista Marguerite Sechehaye, que publicó un libro en donde expuso un caso de tratamiento exitoso con una paciente esquizofrénica, innovando el método psicoanalítico mediante lo que propuso como “realización simbólica” que consiste básicamente en el reconocimiento de traumas y constantes interpretaciones del inconsciente de la paciente, para poder responder de manera simbólica con una actitud apropiada en cada suceso del tratamiento, que iniciaría en la niñez de la paciente, pasando por la preadolescencia hasta finalizar el tratamiento años más tarde en su juventud, manteniendo sesiones periódicas posteriormente.

Otra propuesta para el tratamiento de pacientes psicóticos es la corriente winicottiana, que busca en la clínica de estos pacientes, y de los casos límite, encontrar en el trabajo terapéutico las carencias infantiles mediante el enfoque clínico denominado *regresión a la dependencia*, en la que el analista realiza una función materna. El paciente necesitado de una regresión deberá atravesar nuevamente la fase de dependencia infantil y el analista tomará el papel de madre lactante con el objetivo de restaurar el *self* del paciente (Guillerault. G, 2009, p. 23-25).

En el tratamiento con pacientes neuróticos, se le pide al paciente tratar de dejar venir ideas y decirlas sin importar lógica ni orden, o si se trata de un comentario trivial, vergonzoso o descortés, para que de esta manera se produzca la regresión al servicio del Yo y se facilite el brote del Yo inconsciente, el Ello y el Superyó (Greenson. R, 2014, p.41). En el tratamiento con pacientes psicóticos, es necesaria una intervención distinta a ese procedimiento.

Desde que se realiza la entrevista inicial con un paciente que padece algún tipo de psicosis, especialmente psicosis esquizofrénica, habría que tener en cuenta que gran cantidad, si no es que toda la vida de un paciente con esta condición se encuentra inmersa en el delirio y la irrealidad. Si bien esta condición no nos impide obtener conocimiento valioso del paciente, el discurso obtenido no es fiable para obtener información que nos ayude a reconstruir su pasado y a elaborar su historia

clínica. Será necesario entonces, hacer uso de un informante, es decir, un pariente, conyugue, o persona cercana al entrevistado para obtener los datos necesarios respecto al curso del padecimiento actual (Díaz. I, 1998, pp. 193-195).

Isabel Díaz Portillo, menciona que, en la entrevista inicial con pacientes en esta condición, el principal objetivo en este primer acercamiento es establecer en medida de lo posible, una relación interpersonal mediante la empatía, respeto y confiabilidad, tratando, como segunda prioridad, de explorar con el paciente cuanto sea posible de el mismo (1998, p. 194).

El analista, como en el tratamiento neurótico, se encontrará permanentemente observando el lenguaje no verbal del paciente, la manera en que se protege de la angustia, así como la manera de expresar sus ansiedades, y tendrá siempre presente que aunque parecieran incomprensibles sus gestos, actos y palabras, éstos contienen gran cantidad de significado, ya que son expresiones deformadas con la intención de encubrir pensamientos y afectos inconscientes con relación a su contexto y personas que lo rodean. Progresivamente, con paciencia y con una cantidad suficiente de interacciones, se irá descubriendo el origen y significado de las angustias del sujeto.

La sinceridad es un aporte crucial para establecer contacto con el nuevo paciente, por lo que se le explicará el motivo de la entrevista, ya sea con fines de investigación, didácticos o terapéuticos.

En el libro titulado “El alma, la mente y el psicoanalista” de D. Rosenfeld (2006, pp. 202-208) se exponen varios casos de intervención psicoanalítica, entre ellos el de un paciente psicótico adicto a distintos tipos de sustancias nocivas, como la cocaína. El tratamiento de este paciente fue basado en lo que el autor nombra “*teorías o hipótesis ad hoc*”. El terapeuta trató exitosamente durante largo tiempo a dicho paciente haciendo uso de la parte neurótica o sana del paciente, comprendiendo y analizando minuciosamente la historia clínica que presentaba, para así poder trabajar con la parte infantil del paciente, que parecía detenida en los primeros años de vida.

Rosenfeld, intervino a su paciente tratando de fomentar la expresión de sus emociones (por medio del taller de pintura o dibujo y lenguaje no verbal) hasta que las emociones lograron expresarse en sueños, así como crear una transferencia con el analista. Además, se basó en brindar constante contención y fortaleza psíquica a través de encuadre fijo y un riguroso horario de sesiones que a la vez eran dotadas de cuidadosa transmisión de calidez, comprensión, empatía y afecto positivo.

Hizo uso también de interpretaciones de la contratransferencia del niño que vive dentro del paciente, según describe en su libro, y logró trabajar con el mundo interno del paciente analizando meticulosamente todos los aspectos posibles de su Yo. Cabe señalar, que el autor considera toda interpretación como una hipótesis, las cuales son propuestas al paciente para posteriormente ser trabajadas en conjunto para la comprensión de algún discurso, fantasía, sueño, etc.

El terapeuta propone que durante el tratamiento se interpreten las relaciones de objeto primitivas y se reviva o re-actúe en la transferencia las relaciones de objeto tempranas. Sostiene que “solo a través de la intensa y emotiva experiencia de la transferencia se puede lograr modificar la estructura de un paciente” (Rosenfeld 2006, p. 205). Rosenfeld deposita gran peso en tratar de ubicar debidamente el tiempo pasado en la psique del paciente, ya que esto significa el reconocimiento del cambio de determinados objetos, explica que, si fuese dejada de lado esta característica en el tratamiento, se impediría el duelo y significaría mantener identificaciones tóxicas con las primeras figuras de objeto.

El terapeuta o entrevistador debe estar dispuesto a trabajar en condiciones muy diferentes a las que comúnmente acostumbra en intervención con pacientes no psicóticos (Díaz. I, 1998, p. 193). Un aspecto en el que se verán diferencias entre ambos tratamientos es en que posiblemente durante la intervención con pacientes psicóticos, en las sesiones, se deposite mayor peso al uso de herramientas de trabajo como la contratransferencia y a la interpretación verbal y no verbal. Rosenfeld insiste en que, en el tratamiento con psicóticos, se dará primero el insight en el analista, para posteriormente darse en el psicótico, ya que el espacio mental

del paciente se proyecta en el analista; de manera inconsciente, su aparato perceptual es ubicado en otro espacio, como la mente del terapeuta, cuando detectan experiencias dolorosas que no puedan tolerar (Rosenfeld. D, 2006, p. 282).

Por otro lado, Martindale. B, Bateman. V, Crowe. M & Margison. F, hacen una recopilación de tratamientos para la psicosis, entre los que se encuentra una descripción y estudio piloto del modelo psicoanalítico individual basado en la reorganización del self, realizado por Roberta Siani y Orazio Siciliani (2009, p.333-359).

Dicho estudio es inspirado en la psicología del Self de Kohut, con algunas adaptaciones para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, debido a que inicialmente, el abordaje de Kohut (1977, 1996) se elaboró para tratar casos de dificultad mayor, donde el paciente se estructura en la relación terapéutica, como los casos de trastornos narcisistas graves, que se excluyen de las practicas psicoanalíticas tradicionales. Además, este modelo permite la flexibilidad y modificación de la técnica para transformar las resistencias en fuerzas impulsoras (Kohut, 1979, 1991) pudiendo ser aplicada en pacientes psicóticos (Siano, 1992, Shapiro, 1995, Lichtenberg *et al* 1996) (citado en Martindale. B, Bateman. V, Crowe. M & Margison. F, 2009, p. 334).

Las primeras concepciones psicoanalíticas ponían énfasis en el mundo interno del paciente, consideraban a los acontecimientos externos como desencadenantes liberadores de pautas intrínsecas que requerían satisfacción. La concepción actual apunta a que existe una interacción entre acontecimientos internos y externos. Kohut considera a las relaciones como necesidades primarias, y que, en una relación, es normal satisfacer algunas necesidades narcisistas del self, haciendo a los otros actuar como objetos narcisistas del self o self-objetos (Martindale. B, Bateman. V, Crowe. M & Margison. F, 2009, p. 334).

Habrá que tener en cuenta, que la relación self-objeto también se da en una relación terapéutica, que moviliza algo de la dinámica primeriza del paciente. Pudiendo actuar como self-objeto de distintas formas, llamadas self-objeto *especulares*,

idealizados y gemelares (Martindale B, Bateman. V, Crowe. M & Margison. F, 2009, p. 334):

- a) Las transferencias *especulares* reflejan los aspectos grandiosos y exhibicionistas del self, Del mismo modo que una madre distingue a su hijo de otros niños, así mismo el paciente espera que su terapeuta lo vea como único. El fracaso especular en la infancia produce una cohesión del self.
- b) En las transferencias *idealizadas* el paciente experimenta al otro como perfecto para fortificar su autoestima.
- c) En las transferencias *gemelares*, el individuo se siente inseguro de sí mismo, de sus aptitudes o talentos, refugiándose en un *alter ego* fantaseado de cualidades más sólidas que proporciona un self-objeto externalizado, al cual recurrir en momentos de angustia o soledad.

Estas transferencias sucederán en función de la manera de acompañamiento empático que practique el analista en la dinámica transferencial.

Este modelo propone no dar interpretaciones, y no considera como resistencia la inaceptabilidad de alguna interpretación, por el contrario, el terapeuta será conducido por el paciente, aceptando las funciones de objeto que el paciente le atribuye en ese momento, con la finalidad de restaurar la autoestima del paciente ya fragmentado por la dinámica psicótica (Martindale. B, Bateman. V, Crowe. M & Margison. F, 2009, pp. 335-139)

Para Martindale. B, Bateman. V, Crowe. M & Margison. F (2009, p.139) este modelo, también distingue el comportamiento y técnica necesaria que usará el terapeuta en caso de comportamiento agresivo. Cuando sucede un comportamiento agresivo durante una sesión sin acontecimientos extraños al encuadre, no se pensará en lo que él pudo declarar que detonara dicho comportamiento, si no que tratará en medida de lo posible, de entender lo que ocurrió antes fuera del encuadre que pudiera haber afectado al paciente como, por ejemplo, conductas irónicas de la familia, algún tipo de crítica, actitud del personal psiquiátrico, etc. Si el detonante de la agresión es externo al encuadre, es posible que ésta detone contra el terapeuta debido a que es posible que el paciente considere como un cómplice al terapeuta

de la gente externa al tratamiento individual o que el terapeuta haya resultado no ser tan empático.

El terapeuta, después de aceptar las funciones de self-objeto que le deposita el paciente de vez en cuando, podrá cautelosamente cambiar estas funciones e introducir frustraciones optimas (siempre acompañadas de adecuada empatía y certeza de que el paciente hace lo mejor que puede) y confrontaciones con la realidad, donde la empatía tiene capital importancia, esta no es equivalente a una aceptación estereotipada, sino una conducta que facilite al paciente darse cuenta de los efectos que produce inconscientemente en los demás.

Lo que deseo rescatar de la modalidad del *self* propuesta por Kohut es que no va ligada a la verbalización del insight, sino a la experiencia emocional correctiva.

Por otro lado, será importante también para el terapeuta, considerar que, incluso finalizando el tratamiento, el trabajo en análisis se ve amenazado a causa de la propia reintegración del psicótico con su familia, ya que suele surgir comúnmente y no en todos los casos, actividades hostiles por parte de los familiares del paciente intervenido. Esto sucede debido a un mecanismo inconsciente en la familia originado por el miedo de recibir de vuelta la parte psicótica de ellos mismos que se proyectaba en el paciente, además la familia percibe de manera inconsciente la recuperación de su familiar como una acusación, se sienten de esta manera debido a que no tuvieron la facultad de proporcionarle la ayuda suficiente ellos mismos, como si el éxito del terapeuta representara algún tipo de ineptitud de su parte (Rosenfeld. D, 2006, p.201).

3.3.1 Transferencia y contratransferencia en el tratamiento psicoanalítico con pacientes altamente regresivos.

Llamamos transferencia a la manifestación cíclica inconsciente de antiguos sentimientos y emociones que reaparecen en el presente de un sujeto tal y como se vivieron o fantasearon en el pasado, la transferencia da inicio desde el vínculo establecido en la infancia con personas significativas, para mantenerse repetidamente en relaciones futuras con otras personas. La transferencia como ya se ha revisado anteriormente, puede ser transformada en resistencia cuando lo que

se proyecta es una transferencia negativa o sexualizada, aunque, por el contrario, la transferencia de sentimientos tiernos o amistosos, es decir, la transferencia positiva, favorece el progreso de la cura.

Rafael Arroyo Guillamón, médico psiquiatra del Hospital Universitario Infanta Sofía en Madrid, publicó en 2013 un artículo relacionado a la transferencia en pacientes graves con los que trabajaba. Para ello, el médico psiquiatra, recurre a diferentes obras de Sigmund Freud, en los que el psicoanalista indica que, en algunos estados psicóticos, como en la paranoia, la transferencia es negativa y que, por ende, estos pacientes se verían imposibilitados para acceder al psicoanálisis, ya que la libido de objeto es siempre dirigida hacia el propio yo.

Sin embargo, Freud hizo énfasis a lo largo de sus obras en la idea de que el psicoanálisis es útil en la comprensión de la vida psíquica de estos pacientes en función del análisis y comprensión de los delirios, y agrega que:

“Aun en el caso de estados, que se han distanciado tanto de la realidad efectiva, como ocurre en una confusión alucinatoria (amentia), uno se entera, por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento, de que, en un rincón de su alma, según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal” (Freud. S, 1940, citado en Guillamón. R, 2013).

En *Sobre la dinámica de la transferencia*, S. Freud afirma que la transferencia es inherente a todo ser humano (Freud. S, 1912, citado en Guillamón. R, 2013). Es decir, de acuerdo con Freud y en palabras de Rafael Arroyo Guillamón, aún en los casos más graves, existe una parte neurótica susceptible de transferencia (Guillamón. R, 2013).

Guillamón (2013) agrega que su experiencia clínica corrobora dichas afirmaciones, comenta que los miembros del hospital psiquiátrico que conviven una gran cantidad de horas con los pacientes les ofrecen un contexto relacional muy amplio, en el que a medida que se empieza a conocer la historia clínica de cada paciente, es posible observar que los afectos que se depositan son repeticiones transferenciales que en

el pasado fueron dirigidos a personas significativas; dichas transferencias surgidas en cada uno de los pacientes van dirigidas a cada uno de los miembros del equipo del hospital psiquiátrico, a la propia institución como conjunto y al resto de sus compañeros.

Guillamón insiste en que cada relación transferencial hacia cada uno de estos objetos es muy particular, y que se dará dependiendo la historia de cada paciente y terapeuta, agregando que “el trabajo con pacientes graves, a pesar de ser conflictivo, es también privilegiado para entender las interacciones patológicas de los pacientes con su entorno, por ello se hace muy necesario el trabajo, no sólo con los personajes internalizados deformados por la realidad psíquica del paciente; sino con los miembros de la familia físicamente presentes” (Guillamón. R, 2013).

La transferencia, entonces, en pacientes graves sería útil en cuanto se actúen los personajes de su mundo interno con los miembros de la institución, para que, a su vez, paradójicamente, de inicio la resistencia inconsciente al avance del tratamiento, por lo que el personal debe estar consciente y preparado para que el paciente se vea comprometido ante la compulsión de repetición.

En casos de pacientes con trastornos graves, es difícil que, lo reprimido se haga consciente mediante recuerdos o sueños con los cuales pudiéramos obtener un *insigth* que modifique la estructura psíquica, en su lugar, el paciente reproduce lo olvidado y reprimido como acción sin ser consciente de ello (Guillamón. R, 2013). En *Recordar, repetir y reelaborar*, Freud (1914, citado en Guillamón. R, 2013) apunta que “la repetición es un intento de recuerdo y que se repite aquello que ya ha empezado a abrirse paso hacia lo consciente”.

Guillamón (2013) concluye su artículo en la insistencia de mirar la *virtualidad sana* del paciente, lo que permitirá identificar la petición de ayuda que se esconde detrás de los síntomas que pueden llegar a manifestarse, y que aunque se trate de una difícil tarea para el actuar diario en una gran cantidad de horas involucrados en el trabajo de pacientes graves, “apreciar la parte necesitada por encima de la boicoteadora nos permite seguir trabajando” en tratar de disminuir que la contratransferencia influya en hacer fracasar el tratamiento.

A propósito, existen dos perspectivas para la comprensión de significado de la contratransferencia, la primera es la perspectiva clásica que Freud usó, la cual define a este proceso como la reacción inconsciente del analista ante la transferencia del paciente, y ante la cual recomendaba al terapeuta resolver su contratransferencia, ya que es derivada de los propios conflictos neuróticos infantiles. La segunda perspectiva, denominada “totalística” apunta a algo similar, sin embargo, esta toma en cuenta las respuestas conscientes e inconscientes ante la realidad del paciente y su transferencia durante la sesión, así como de la realidad del propio analista y sus conflictos neuróticos; este enfoque concuerda en que habría que resolver la contratransferencia, pero a su vez utilizarla para una mejor comprensión del paciente (Kernberg. O, 2010, p.57).

Otto Kernberg explica que, al tratar pacientes fronterizos o muy regresivos, contrario al tratamiento con neuróticos, el analista empieza a experimentar desde muy temprano en la terapia fuertes reacciones emocionales relacionadas con la caótica transferencia del paciente y con la capacidad de tolerar la ansiedad y tensión psicológica, más que con conflictos de su pasado (2010, p.61).

Little (1951) afirma que cuanto más desintegrado esté el paciente, mayor integración psíquica es necesaria en el analista, además, hace un importante aporte sosteniendo que, en pacientes psicóticos, la contratransferencia sea quizá la única herramienta en la que puede basarse un tratamiento (citado en Kernberg. O, 2010, p.61).

La actitud del analista está basada en la empatía, que a su vez depende de una “transitoria identificación tentativa” con el paciente, según Fliess (1942), lo que podría ser visto como una forma de regresión al servicio del Yo (citado en Kernberg. O, 2010, p.62).

Kernberg (2010, p.63-66), en su libro titulado “Desordenes fronterizos y narcisismo patológico” dedica todo un capítulo para abordar el tema de la contratransferencia en pacientes altamente regresivos, donde explica que cuando en la transferencia se manifiestan relaciones objétales conflictivas de muy temprano origen, el terapeuta se ve envuelto en un proceso de regresión empática, en la que en algún

momento es posible que se activen tempranas identificaciones del terapeuta, al tiempo que se pone en marcha el mecanismo de identificación proyectiva. Debido a los procesos anteriores, en el analista se pondrán en marcha mecanismos compensatorios con los que podrá seguir funcionando la parte madura de su Yo, que incluye la propia identidad Yóica más elaborada y las propias estructuras adaptativas y cognitivas ligadas con ella.

El autor hace una observación más respecto a la dinámica que acontece con estos pacientes, y sugiere que, desde el punto de vista práctico, será de gran importancia poner límites ante el paciente, como intervención hacia un intento de estructuración externa, señalándole directamente las acciones que no estén permitidas durante las sesiones.

Racker (1957) realizó un estudio de la utilización de la contratransferencia como fuente de información acerca de la vida emocional del paciente, y dividió dicho concepto en dos partes; a la primera le nombró *identificaciones concordantes*, que hace referencia al tipo de identificación del aparato psíquico del analista con el aparato psíquico del paciente, lo que le permitirá sentir una emoción parecida a la que el paciente siente en ese momento. La segunda división lleva por nombre *identificaciones complementarias*, a estas nos referimos cuando el analista se identifica con los objetos internos del paciente. Por ejemplo, el analista puede identificarse con la figura del padre del paciente, siendo esta rígida y prohibitiva, por lo que podría despertar de manera contratransferencial en este tipo de identificación, un sentimiento de deseo de control y crítica hacia su paciente, mientras este revive la rebeldía, sometimiento o temor que vivió con la figura real de su padre (citado en Kernberg. O, 2010, p.65).

La aportación de Racker podría brindar una base significativa al trabajo que se realice con algún paciente en particular, únicamente si el analista es capaz de comprender y elaborar dichas contratransferencias. Una vez siendo logrado el manejo contratransferencial, el analista podrá abordar al paciente de manera correctiva, e impedir la posible repetición traumática vivida por él durante experiencias pasadas con figuras parentales.

Krnberg indica que la preocupación sincera por parte del analista hacia su paciente es un eficaz recurso contra el mal uso de la contratransferencia, ya que intervienen el deseo y necesidad de ayudar al paciente, que implica una permanente autocrítica, búsqueda constante de una nueva manera de cómo manejar las crisis prolongadas, además de la capacidad de admitir la conveniencia de recurrir a consulta y trabajar con ayuda de otros colegas, así como de analizar las causas que frenan la terapia, debido a que podrían existir sensaciones en el terapeuta derivadas de la falta de experiencia o conocimientos técnicos, etc. (2010, p.69).

Ante los planteamientos anteriormente establecidos, nos damos cuenta de que, la eficiencia de la labor psicoanalítica con pacientes diagnosticados con psicosis esquizofrénica tiene dos componentes primordiales: la parte sana del paciente y el manejo de la contratransferencia del psicoanalista. Frente a ambos elementos, el deseo de mejoría sería el motor que encamine al logro de avances o cambios en el paciente.

Capítulo IV. Metodología.

El trabajo que durante todo el texto se presenta, así como la propuesta que a continuación se describe, están basados en revisión bibliográfica que permite tener en cuenta los beneficios que brinda la psicoterapia psicoanalítica en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que residen en instituciones psiquiátricas privadas.

Para este fin se estructuró una investigación acerca del tema a tratar, haciendo uso de bibliografía obtenida en casa, libros, artículos y revistas de bibliotecas públicas y privadas, así como en medios electrónicos para obtener material en línea.

La selección de bibliografía de apoyo fue basada en la revisión del contenido de cada uno de los materiales, tanto impresos como electrónicos, obtenidos con la finalidad de saber si respaldaría la argumentación del presente trabajo, dando prioridad a los textos que tuvieran fechas recientes, sin embargo, en repetidas ocasiones se realizaron excepciones, ya que los textos contienen información de gran relevancia además de mantenerse vigente.

Una vez recabada la información, se estructuró de manera que fuera comprensible para el lector, manteniendo revisiones constantes en la redacción y contenido de los capítulos planteados, para finalmente conducir al lector al tema final que es la propuesta de intervención psicoanalítica en los hospitales psiquiátricos privados, reiterando la importancia del uso de métodos psicoanalíticos en el tratamiento de trastornos psiquiátricos, así como la propuesta de intervención interdisciplinaria entre las principales ramas de la psicología, con la finalidad de brindar un tratamiento integral y completo al paciente, específicamente al paciente con psicosis esquizofrénica.

Capítulo V. Propuesta de intervención psicoanalítica en pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofrénica.

5.1 Uso de herramientas psicoanalíticas en el tratamiento de pacientes con psicosis esquizofrénica.

Sabemos que la intervención psicoanalítica con pacientes psicóticos no es sencilla, debido a que involucra muchos elementos. El psicoanalista Marco Antonio Macías López, se ha interesado a lo largo de su carrera en la investigación acerca del acompañamiento psicoanalítico de pacientes graves, en su libro “Experiencia psicoanalítica y acompañamiento” intenta rescatar la idea de que “la locura”, como sucede en la psicosis, podría presentarse como si fuese un texto en búsqueda de un lector, aunque para ser leídas y puntualmente intervenidas las reacciones psicóticas como actos violentos, comportamiento suicidas, etc., las intervenciones creativas de parte del psicoterapeuta, no se producirán únicamente por intuición; sino que dichas habilidades serán adquiridas a través de los años (2006, pp.26-31).

Cuando se habla de patologías graves, Nemirovsky (2009) señala que nos referimos a patologías en situaciones difíciles o no cotidianas, y menciona que dependiendo cada uno de los casos clínicos denominados como graves, se deberá instrumentar el recurso teórico y el modelo de intervención que sea necesario y resulte más adecuado para brindar el mejor cuidado y atención tanto del paciente, como del analista.

La práctica psicoanalítica va más allá de las distintas modalidades de trabajo; ésta se rige en función de los fundamentos metapsicológicos que la sostienen y en el objetivo de lograr una acción transformadora durante el tratamiento, con el fin de fomentar en el aparato psíquico de los pacientes la creación o descubrimiento de algo que no se encontraba antes allí, por lo tanto, el analista deberá construir un modelo interno de trabajo con y para cada paciente, la teoría que se utilice es, hasta cierto punto, secundaria (Ortiz. E, 2011, p. 231).

El enfoque de intervención psicoanalítico, como ya se mencionó, tiene numerosas escuelas que se han ido sumando al psicoanálisis clásico de Freud, contando actualmente con exponentes del psicoanálisis como Bion (1962) quien aporta para

la intervención de casos psicóticos, la idea de que en el proceso terapéutico coexisten partes psicóticas y no psicóticas. Las partes no psicóticas servirán de base durante el tratamiento de los trastornos psicóticos, ya que, gracias a éstas, será posible establecer una alianza terapéutica que favorezca la aparición de la transferencia y la contratransferencia, que como ha sido revisado anteriormente, podría arrojar datos y servir de herramienta de acceso al inconsciente de nuestro paciente.

Un modelo más presentado por Killingmo (1989) hace la propuesta de que no existe la necesidad de develar significados ocultos, sino ayudar al Yo a experimentar el significado mismo, con este proceso denominado “transferencia de déficit”, los pacientes tendrían la posibilidad de repetir necesidades dirigidas a objetos que no han sido internalizados, ya que según explica el autor, los pacientes de este tipo necesitan un objeto capaz de brindar las condiciones adecuadas para corregir las representaciones objetales pasadas que se encuentran distorsionadas e internalizar adecuadamente las funciones de objeto.

Aurelio Gracia explica lo anterior planteando que el saber que le otorga el neurótico al analista, en el caso de los psicóticos se encuentra del lado del paciente. La interpretación en el sentido de aportar un saber al discurso del paciente puede resultar en efectos negativos cuando se trata de casos psicóticos debido a que la interpretación llama al acto en estos pacientes (2014, p. 145).

Este autor nos proporciona un ejemplo del postulado anterior con la narración de una anécdota de una de sus colegas, la cual menciona cómo una paciente psicótica que se mostraba resistente a expresarse dando vueltas en un tema sin profundizarlo, que toma de manera literal la señalización de su psicoanalista quien le propuso de una manera prudente la posibilidad de “ir más directa a los lugares de interés”, por lo que la sesión siguiente llegó mucho más temprano, y al indagar los motivos de dicho suceso ella respondió: “Usted me dijo que fuera más directa, así que en lugar de venir dando un paseo como lo solía hacer, he venido directamente” (2014, p.145).

La Doctora Sechehaye, varias décadas antes (1947/2014, p. 43) también había observado un proceso similar en una paciente con diagnóstico de esquizofrenia, donde la explicación o interpretación de los símbolos no resultaba funcional, debido a que si el mensaje lograba ser captado era únicamente de manera pasajera e intelectual y casi siempre era rechazado.

Durante el principio del tratamiento, Sechehaye se dio cuenta de que la razón del rechazo era la incapacidad que tenía la paciente de la separación de sus propios símbolos, por esta razón el método de comunicación que estableció fue mediante el uso del propio lenguaje simbólico del enfermo, lo que aligeraba parcialmente su angustia.

Sumado a este método de comunicación, la autora puso en práctica un nuevo método de intervención clínica que nombró *realización simbólica* la cual consiste en la satisfacción simbólica de las necesidades fundamentales afectivas del paciente bajo formas infantiles inmediatas.

Como ejemplo, retomaré el fragmento de su libro en el que relata la primera intervención mediante la *realización simbólica* en el caso de esquizofrenia con su paciente de nombre Renée (1947/2014, p. 44-48).

Como en todo paciente, la historia clínica que se presenta es fundamental para el diagnóstico e intervención psicoanalítica. Conocer el pasado del paciente nos dará pautas para realizar asociaciones entre los síntomas y los traumas infantiles. La intervención que aquí se narra no podría haberse realizado sin el conocimiento de lo que aconteció en el pasado de Renée, quien entre muchos otros incidentes, tuvo graves problemas de alimentación debido a que su madre no le proporcionó el alimento adecuado durante su primer año de vida, en la que era totalmente dependiente de ella, poniendo en riesgo su salud. El síntoma que presentaba la paciente en estado grave de la enfermedad era su negativa a ingerir alimento alguno que no fueran espinacas.

La doctora en su interpretación y análisis del síntoma comprende que las espinacas son el único alimento permitido debido a que no aportan los nutrientes necesarios,

lo que hace que no se despierte en ella un sentimiento persecutorio de culpabilidad, además de que puede ingerirlas porque son producto de la tierra (símbolo de maternidad. Tierra = “madre”). Otro alimento que podía ingerir eran las manzanas de un árbol que arrancaba contra el consentimiento de una campesina a quien le pertenecían, lo que ocasionaba constantes regaños dirigidos a Renée.

Renée confirmó la hipótesis de la psicoanalista cuando expresó su negativa a ingerir “manzanas para adultos” y asegurar que deseaba comer “manzanas de la madre” como las que la analista poseía (señalando al pecho de la analista) y agregando que “esas manzanas únicamente las da la madre cuando se tiene hambre”. Para probar su hipótesis, la analista le dio directamente las manzanas que representaban la leche materna de manera simbólica, sin intermediario como enfermeras y a horas fijadas durante las sesiones correspondientes de Renée.

La primera intervención del método de *realización simbólica* fue el siguiente: Al tiempo que la ahora “madre analista” le decía: “Es tiempo de beber la buena leche de las manzanas de la madre. Mamá te la dará”, la paciente se recargaba en el hombro de Sechehaye, colocando trocitos de manzanas cortadas sobre su pecho, comiendo por primera vez con felicidad.

Renée se encontraba psíquicamente en un estado infantil donde lo que la madre permite es bueno y lo que prohíbe es malo y además punible, en su inconsciente se había formado la idea de que alimentarse era una acción merecedora de castigo, y por lo tanto la acción de vivir también se encontraba condenada. La angustia originada por la culpabilidad se encontraba directamente ligada con las necesidades orales de la primera infancia de la paciente.

Para llegar a acceder a la intervención simbólica correcta en determinado caso clínico, será necesario considerar que el analista atravesará invariablemente por interpretaciones e intervenciones fallidas antes de que pueda acertar en alguna, y que esto se dará únicamente gracias a la cercanía y empatía que se genere entre terapeuta y paciente a lo largo del tiempo que compartan en sesión, conocimiento de historia clínica e interpretación del discurso y síntomas del paciente.

Por las razones anteriormente expuestas, el abordaje clínico con pacientes psicóticos, como los casos esquizofrénicos, no contempla el recurso de la interpretación cómo se maneja en otras patologías. Lo que seguramente generará un cuestionamiento en cuanto si dentro de este método de intervención psicoanalítica, se está haciendo realmente psicoanálisis. La respuesta que ofrezco es afirmativa, ya que las bases teóricas se encuentran precisamente en la teoría psicoanalítica desde sus diferentes escuelas y postulados; además de que el analista se encontrará realizando su labor analítica cotidiana con todo lo que ello supone, sin embargo en esta ocasión la interpretación no se dará como en un tratamiento neurótico de manera verbal y explicativa, sino que se abordará desde la actuación y reparación simbólica haciendo uso del lenguaje mismo del paciente, ya que como Sechehaye explica con éste caso clínico: *“el sentimiento de culpabilidad exige que se encubra el deseo reprimido, debido a esto es necesaria la actuación mediante el símbolo y no mediante la realidad”* (1947/2014, p. 46).

No quiere decir que se tenga que omitir definitivamente la verbalización de interpretaciones, si no que se realizaran en determinados casos y/o en determinados momentos del proceso terapéutico, de modo que será necesario intervenir dependiendo de las características del propio paciente, del avance y del tiempo que esté en tratamiento.

Este método podría ser comparado con la labor en el tratamiento de psicoterapia de juego infantil. Dentro del marco de la psicoterapia infantil, el tratamiento se da a través de una dinámica en la que participa paciente y analista, donde el menor trabaja a través de las fantasías que moderan el juego que el mismo elige en sesión, el trabajo del terapeuta está en descifrar los símbolos que se presentan en la dinámica de juego durante la sesión e intervenir dentro del mismo juego haciendo uso de los elementos que el niño vaya proyectando en el transcurso del análisis (Zullinger. H, 1920/1981, pp. 29,30, 45-63).

Rushford (1981, p.37, citado en West. J, 1992/1994, p. 186), manifiesta que *“El inconsciente se comunica en imágenes y los símbolos son su lenguaje”* y *“Cuando*

hay conflicto, los símbolos con frecuencia muestran el camino a la resolución” (Nwemann, 1954, p. 414, citado en West. J, 1992/1994, p. 186).

La palabra símbolo deriva del término griego “*juntos*” (Macdonald, 1973, p. 1367, citado en West. J, 1992/1994, p. 188), lo que Stevens define como “*un puente que conecta lo conocido con lo desconocido y lo consciente con el inconsciente*” (1982, p. 242, citado en West. J, 1992/1994, p. 188), a diferencia de un signo, que representa lo que es, cuando se habla de símbolo, se habla de algo más de lo que es en sí. Un signo, como una mesa, es una mesa en sí, sin embargo, ésta podría representar otra cosa, es decir, podría simbolizar una casa en la que un niño juega a habitar.

Un símbolo es cambiante, crece, es creativo, lo que la mesa representaba como casa, en un instante puede significar un auto o una cueva.

El símbolo, funciona como transformador (Jung 1956, citado en West. J, 1992/1994, p. 189). Quizá, así como los símbolos una vez expresados, ya sea verbalmente o no, conducen a una función redentora que puede ayudar a cambiar la conducta del niño, en el paciente esquizofrénico pueda suceder algo parecido.

Así como en la psicoterapia de juego infantil, el símbolo es sutil y aunque pueden existir interpretaciones universales, cada símbolo es único en cada individuo y poseen a su vez una pluralidad de significados diferentes, es decir un símbolo significativo para un paciente probablemente no lo sea para otro (Ryce-Menuhin, 1988, p.70, citado en West. J, 1992/1994, p. 188). Además, un símbolo, sólo posee un significado dentro del contexto de un niño o una persona en ese momento en particular (West. J, 1992/1994, p. 188).

Lo cierto es, que la diferencia entre el primer y segundo tipo de intervención psicoanalítica radica en que, podríamos decir que el psicótico vive inmerso en una “*fantasía*” que no puede abandonar a voluntad, como lo hace el infante al crear elementos que no son reales (pero que sin embargo contiene partes de su propia realidad inconsciente) para construir el juego; en los psicóticos podemos presenciar dicha “*fantasía*”, por ejemplo en las alucinaciones que en ocasiones contienen

personajes, situaciones, objetos extraños, animales, etc., que no son reales para nosotros, pero sí para ellos, por lo que, así como en la intervención con niños, habría que tomar dichos elementos y usarlos a nuestro favor, es decir, aun sabiendo que la mesa no es una casa, un auto, un cohete, etc., hacer uso del mismo como elemento simbólico en nuestra intervención.

5.1.2 Uso de la transferencia y la contratransferencia.

Como ya se ha explicado anteriormente, el paciente esquizofrénico se caracteriza por no haber tenido la experiencia y la posterior separación de la relación simbiótica sana con su madre durante su primer infancia, por esta razón, será necesario que llegue a establecer este tipo de vínculo en la evolución de su relación transferencial con el terapeuta, lo que significaría hacer una regresión al nivel transferencial para comenzar y avanzar hacia una integración de la personalidad más sana (Searles. H, 1994, p. 57). Lo anterior será llevado a cabo sin la intención de eliminar la historia pasada del paciente sustituyendo dicho objeto transferencial, si no como una oportunidad de “revivir” afectos y sensaciones, y que estas sean manejadas de mejor manera por la figura que ahora representa el analista, y así poder brindar una experiencia psíquica nueva al paciente.

La propuesta para el uso de la transferencia en pacientes psicóticos será la sugerida por el estudio piloto del modelo psicoanalítico individual basado en la reorganización del self, ya que considera el uso de relación self-objeto en la relación terapéutica (Siani y Orazio Siciliani, 2009, p.333-359).

En dicho modelo se analizarán y manipularán los distintos tipos de transferencia; es decir, las *transferencias especulares*, donde el paciente espera que su terapeuta lo vea como único, las *transferencias idealizadas*, en las que el paciente experimenta al otro como perfecto para fortificar su autoestima y las *transferencias gemelares*, que se distinguen como aquellas en donde si el individuo se siente inseguro de sí mismo, se refugiará en un *alter ego* fantaseado de cualidades más sólidas (Siani y Orazio Siciliani, 2009, p.333-359).

El terapeuta tendrá que analizar y aceptar las funciones de self-objeto que le deposita el paciente, para posteriormente poder ir modificando dichas funciones e introducir frustraciones y confrontaciones con la realidad para crear una nueva experiencia emocional correctiva, pero esta vez de manera saludable.

La transferencia como herramienta de intervención en pacientes graves debe ser libre de fluir, para que posteriormente sea posible trasladar sus impulsos inconscientes del ámbito de lo motor a la elaboración psíquica.

Para ello, Guillmón (2013) propone que *en los diferentes espacios terapéuticos que atraviesa el paciente, nuestra práctica incide en reforzar la conciencia de enfermedad. Es decir:*

“Actuar mediante una reconciliación del sujeto con lo reprimido y/o escindido, mediante la integración de lo olvidado o, más frecuentemente, a través de un vivenciar afectos y nombrar representaciones con los que co-construyamos su historia, de la que fue violentamente expulsado”.

Lo que se ofrece desde el psicoanálisis, es una mirada desde lo transferencial, ámbito que frecuentemente es pasado por alto en centros de salud mental, ya que supone brindar al paciente una experiencia emocional reparadora distinta a la que el paciente vivenció en sus primeros años de vida, esperando que lenta pero continuamente, se vayan dando mejorías en cuanto a la compulsión a la repetición que se manifiesta; es decir, cortar una cadena de acciones que se han ido repitiendo a lo largo de la vida del paciente con la intervención de los profesionales de la salud mental.

Anteriormente, se hizo mención de que no sólo existen relaciones transferenciales de terapeuta a paciente dentro de la institución mental, sino que también la transferencia se dirige a la institución en su conjunto y a cada uno de sus compañeros, que cada una de estas relaciones transferenciales poseen características particulares según el paciente y el objeto a quién está siendo dirigido, y que por ello, sería favorable para la comprensión de la dinámica psíquica de los pacientes, así como para definir un comportamiento adecuado del personal hacia

cada uno de ellos, implementar reuniones periódicas entre los miembros del equipo (Guillamón. R, 2013).

Es decir, médicos, psicólogos, asistentes, psiquiatras, enfermeros, etc., en conjunto, dedicando un horario de la jornada laboral en donde cada profesional exprese lo experimentado con cada paciente.

Searles, explica que el modo simbiótico de relación causado por la transferencia con el paciente se experimenta tanto en el paciente, como en el terapeuta, con las ansiedades que la falta de diferenciación con el otro implica, pero a su vez a un nivel más profundo, de esta manera se da la sensación de tener una comunicación con el paciente que no necesita de palabras, igual a la de una madre amorosa con su hijo (1994, p. 58).

El mismo autor considera que el ingrediente esencial en la relación terapéutica es la libertad interior del terapeuta a experimentar hacia el paciente psicótico múltiples sentimientos, así como la libertad de aceptarse a sí mismo como un ser humano capaz de amar, pero también de odiar, por lo que el autor considera que el temor del analista a cometer errores técnicos irreparables se relaciona con una tendencia a condenarse por cualquier sentimiento negativo hacia su paciente (Searles, 1994, p. 151-155).

Sería necesario entonces, tener presente que dentro de la relación terapéutica es normal que se desarrollen sentimientos de confusión e impotencia en ambos participantes; y una vez que el analista haya comprendido la imposibilidad que tiene como ser humano de no cometer errores y de tener una comprensión omnipotente de las necesidades del paciente, dejará de percibir las fallas como errores catastróficos, para así poder confiar en su intuición, es decir en sus propios procesos inconscientes y preconscious que le ayudarán a realizar una intervención eficaz.

En cuanto al uso de la contratransferencia, aclaremos nuevamente que, metodológicamente, la contratransferencia es una hipótesis que el terapeuta crea en su campo de trabajo. No es una certeza, sino una hipótesis que debe usarse

para pensar y que puede sernos de gran utilidad si identificamos qué es lo que el paciente nos hace sentir que no puede expresar en palabras, ni durante su infancia, ni en la actualidad (Rosenfeld. D, 2006, p.185-187) por lo que, siguiendo la propuesta de Racker (1957), el analista deberá tratar de identificar:

- a) Identificaciones concordantes: sentir una emoción parecida a la que el paciente siente en ese momento.
- b) Identificaciones complementarias: identificación por parte del analista con los objetos internos del paciente.

Saber identificar la contratransferencia que surge con estos pacientes ayudará al terapeuta a realizar intervenciones óptimas, además de que el análisis correcto de dichas contratransferencias nos podría servir como base para dirigir al paciente hacia una experiencia emocional correctiva, en donde se evite la repetición de experiencias que afecten negativamente, mostrándole una nueva experiencia emocional.

Para ello, es imperante que el psicoterapeuta psicoanalítico que desee aventurarse en la investigación e intervención clínica de pacientes, en especial de pacientes de tipo psicótico, trabaje su propia historia personal con el fin de lograr escuchar al paciente como un sujeto único sin que interfiera su vida personal.

Macías, M. A. Hace gran énfasis en lo que Freud ya antes había proclamado en cuanto a la indispensable necesidad que tiene un analista de haber pasado por un análisis efectivo antes de realizar cualquier tipo de intervención psicoanalítica, menciona que es tan importante que si no se realiza de esta manera puede empeorar la situación de la patología con la que llegó a nuestra consulta un paciente (2006, pp. 44-50).

5.2 La escucha analítica, el ámbito afectivo y el contexto físico como factores en el proceso de intervención psicoanalítico.

5.2.1 Empatía, ámbito afectivo y escucha analítica.

Macías, M. A. (2006, p. 59) reflexiona acerca de “la locura” y menciona que debe ser insoportable querer transmitir un mensaje y no ser escuchado, y además debido a esto ser ridiculizado. La verdad que el enfermo transmite y que en ocasiones es imposible de comprender, a menos que sea en un marco de psicoterapia psicoanalítica, no es admitida ni tolerada por la mayoría de las personas, incluyendo a la familia del paciente. Por tanto, es sumamente importante que el analista sepa que la primera entrevista puede ser la única oportunidad que tiene un paciente de decir algo de sí mismo, ya que el simple hecho de ser escuchado es justamente lo que menos le sucede cotidianamente, y que como señala Searles a cerca de la nueva experiencia interpersonal que el terapeuta significa para el paciente, ésta debe ser de enorme significación, pues de no ser así, la transferencia no evolucionará ni se resolverá (1994, p.72).

Al respecto Aurelio Gracia (2014), menciona que los profesionales de la salud mental tendrían que mantener cierta distancia del paciente, pero no cualquier distancia, se trata de una “distancia acogedora”, que mantenga la confianza entre terapeuta y paciente, pero que a la vez tenga en cuenta que una proximidad afectiva inadecuada podría resultar perjudicial para ambos.

En cuanto a la escucha adecuada de un paciente psicótico, será necesario, de acuerdo al autor, entrar en el delirio del paciente. Es decir, conferirle al delirante la posibilidad de hablar de sus ideaciones. El objetivo entonces no será el de confirmar o refutar dichas palabras desde la lógica admitida, sino darles precisamente un carácter del que carecen en el momento de ser pronunciadas: el carácter de lo real (Gracia. A, 2014, p.116).

El mismo autor explica lo que Lacan había establecido anteriormente como un paralelismo entre sueño y delirio, sin embargo, admite que “el sueño debe ser interpretado, mientras que el delirio es en sí mismo una interpretación”. De esta manera aclara que entrar al delirio del paciente psicótico es convertir el delirio en un

sueño; es decir convertir la interpretación en un discurso interpretable. Explica también que el delirio del psicótico podría ser experimentado como la sensación que deja un sueño de profundo realismo al estar en vigilia, con la diferencia de que en un brote psicótico, el paciente nos habla desde el “sueño”; es decir, no nos relata algo que ya ocurrió, sino algo que le ocurre en el momento y que le está resultando sumamente angustiante (Gracia. A, 2014, p.116).

La idea es que, al menos en un principio, la intención del analista no sea la de “despertar” al paciente, sino la de invitarlo a hablar de su “sueño”, es decir, escuchar su delirio con tanta seriedad como si fuese real. Quizá esta actitud del analista frente al discurso delirante pueda mandar un mensaje implícito que le diga al paciente que si alguien lo está escuchando es porque el discurso es importante y digno de ser escuchado, facilitando de alguna manera que el sujeto se confirme como persona, eliminando progresivamente la etiqueta de “loco” con la que viene a nosotros o a la institución psiquiátrica.

Ya lo mencionaba también la Doctora Sechehaye (1947/2014, p. 11), si se le explica al paciente psicótico lo simbólico de su pensamiento y de sus síntomas tratando de traducirlo a conceptos de su entendimiento, no comprenderá el discurso y únicamente se producirá en él confusión y desesperación. Sechehaye considera que establecer un dialogo con un paciente psicótico es como tratar de comunicarse con una persona que no habla la misma lengua que el analista, deberemos entonces, ajustarnos al él (1947/2014, p. 11).

De la misma manera, será importante que el analista valore los avances del paciente, por mínimos que sean, facilitando de esta manera, alentar a continuar trabajando en el análisis e impulsar la propia capacidad introspectiva del paciente (Ortiz. E, 2011, p. 234), además será necesario que las interpretaciones no sean declaradas con rigidez, si no como sugerencias, evitando ser invasivo, haciendo uso de proposiciones y cuestionamientos al paciente a cerca de lo qué piensa sobre lo interpretado, así como de no hacer uso anticipado de palabras que el paciente pueda malinterpretar, así como interpretaciones sobre niveles edípicos y sexuales (Rosenfeld. D, 2006, p.278).

Un elemento más para la adecuada intervención con pacientes psicóticos, como manifiesta Kernberg (2010, p.63-66), en relación con la escucha analítica, es poner límites claros ante el paciente, los cuales funcionarán como intervención hacia un intento de estructuración externa, señalándole directamente las acciones que no estén permitidas durante las sesiones. Ante esta práctica, el analista deberá permanecer firme con dichas limitaciones. Cuando cualquier demanda de satisfacción no sea posible ser satisfecha por el analista, o cualquier norma establecida en el encuadre sea rota, el analista deberá explicar en forma veraz el porqué de la negativa, con la intención de que el paciente pueda percatarse de la racionalidad de la restricción, siempre manejando un lenguaje y tono de voz seguro, sutil y claro (Díaz. P. I, 1998, p.199).

Es evidente que la intervención que se realiza con pacientes graves no es de ninguna manera similar a la que se realiza con pacientes menos regresionados, es por ello, y debido a la etiología relacionada a la falla en la vinculación con los objetos primarios en etapas tempranas de vida, que gran parte del tratamiento radica en “revivir” ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función, esta vez se tenga éxito (Winnicott.1959, citado en Nemirovski. C, 1999).

Nemirovski, en un artículo publicado para la revista electrónica *Aperturas Psicoanalíticas*, explica que es a través del mecanismo llamado “edición” que se posibilita el registro de lo aún no vivenciado para su posterior integración en el *self* (Lerner & Nemirovsky, 1989, 1990,1992, citado en Nemirovski. C, 1999). El autor indica que la “edición” en pacientes con patologías graves está sumamente relacionada con la capacidad del paciente para confiar, que será redescubierta gracias a la confiabilidad del analista y en el encuadre profesional; así mismo, hace mención en la probabilidad de que la confiabilidad del analista sea el factor más importante en la intervención, debido a que el paciente no la experimentó en el cuidado materno de la infancia, y necesitará encontrarla por primera vez en la conducta del analista para poder hacer uso de ella posteriormente (Winnicott, 1960, citado en Nemirovski. C, 1999).

Antes de continuar es necesario reconocer que la correlación que hace Winnicott entre el desarrollo de los bebés y la madre, en cuanto a la posición y actitud del analista, ha llevado a una lectura simplista que confunde la posición del analista con la posición materna (Pelorosso. E. A, 2003), por lo que nos encontramos ante la necesidad de separar ambos conceptos, ya que la labor de una madre y la labor del terapeuta de un paciente grave es sumamente distinta; sin embargo, la paciencia en el analista, como en la madre que recién acaba de tener a su bebé, es crucial en el tratamiento, ya que sólo a través del tiempo es como se podrán ir observando ligeros cambios en el paciente gracias a un largo trabajo que requiere en primera instancia esfuerzo y tiempo.

Nemirovski (1999), agrega que analizar a un psicótico requiere ciertas condiciones anteriormente mencionadas relacionadas a *una madre suficiente mente buena*, como ser audaz, permitirse ser contradictorio, desear realmente atender al paciente, e incluso “animarse a considerar al paciente como lo más importante de nuestra vida en ese momento, para luego, poder rescatarse de todo esto”.

El autor también hace hincapié en que:

“Los caminos del tratamiento de un psicótico son idiosincráticos, y requieren de un gran esfuerzo personal del analista para conducirlo, incluso también del apoyo de nuestra propia familia debido a la demanda que implica atender a alguno de estos pacientes, por lo que sería recomendable que se atendiera únicamente 1 o 2 pacientes de estas características por vez” (Nemirovski. C, 1999).

De cualquier manera, es importante también que el analista tenga la capacidad de poner tiempo y espacio entre sí y el paciente, para que *contratransferencialmente se des-identifique* de la relación de objeto que el paciente le propone sin abandonar el objetivo inicial de aceptar ser su objeto de transferencia (Pelorosso. E. A, 2003).

La paciencia será indudablemente uno de los recursos más importantes para determinar la estabilidad del propio terapeuta, pero será necesaria también “cierta audacia en él, en función de crear y recrear caminos que sólo serán plasmados en esa relación; además de permitirse a sí mismo sentirse capaz de ilusionarse con la

idea de la posibilidad de poder ayudar a este particular paciente *conviviendo* con él o ella un tiempo” (Nemirovski. C, 1999).

Ha sido sumamente reiterada a lo largo del presente texto, la idea de que la relación entre psicoanalista y paciente, es una relación muy particular, ésta se basa en normas que llamamos *regla de abstinencia*, las cuales se refieren a la postura limitante que mantiene el analista entre él y el paciente, dichas normas o reglas, que tienen que ver con el contacto físico innecesario, aconsejar al paciente, emitir juicios, hablar a cerca de nosotros, etc., permiten que el terapeuta se posicione en una actitud neutral frente a las manifestaciones transferenciales del consultante, evitando la repetición del rol de los objetos significativos de su historia actuando mediante la contratransferencia (Pelorosso. E. A, 2003).

Freud, en 1911 al habar de la regla de abstinencia, insiste en la necesidad de mantener un clima de frustración con la intención de introducir al paciente al principio de realidad (citado en Pelorosso. E. A, 2003); por lo que Pelorosso (2003) menciona que el éxito de la tarea del analista reside en el reconocimiento de la transferencia y la contratransferencia, que será alcanzable gracias a la labor realizada del psicoanalista dentro de su propio análisis individual, así como a la capacidad que tenga de asumir responsabilidades, de conocer y reconocer el límite de su omnipotencia.

La abstinencia que compete al analista es un punto clave en el análisis de pacientes no graves (Pelorosso. E. A, 2003). Sin embargo, habría que repensar si ésta regla sería modificable ante un paciente con algún tipo de trastorno grave como la psicosis esquizofrénica, ya que quizá como sucede con otros campos de intervención, la regla de abstinencia podría flexibilizarse de algún modo debido a su condición y necesidad afectiva.

Con pacientes graves, Winnicott (citado en Pelorosso. E. A, 2003) trata de adecuar el encuadre terapéutico al paciente, por ejemplo, en la duración de las sesiones, las cuales podrían llegar a durar hasta tres horas, o en cuanto al contacto físico, el cual estaría permitido de manera ocasional debido a las necesidades de contacto que tiene este tipo de pacientes. Dicho autor sugiere que el terapeuta debe permitir la

regresión en el tratamiento, ya que una vez alcanzado el momento de gran dependencia, el paciente se hallará en un profundo estado de regresión a los procesos iniciales de desarrollo, por lo que un encuadre distinto al encuadre neurótico, facilitaría la dependencia del paciente con el terapeuta, la omnipotencia inicial y la posterior frustración que permitirá al paciente crear en el análisis un objeto transicional para posibilitar el inicio de la simbolización y finalmente, ya avanzado el tratamiento, un posterior alejamiento de paciente de sus necesidades de dependencia con el terapeuta.

5.2.2 Sociodinámica del hospital y su influencia en la psicoterapia.

Harold Searles, durante los años que se mantuvo trabajando con pacientes esquizofrénicos en las salas del hospital psiquiátrico, se dedicó a observar e investigar distintos factores que influían de manera inconsciente en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, uno de dichos factores es la socio-dinámica que se da entre pacientes y el equipo de trabajo del hospital psiquiátrico.

Searles, menciona que a primera vista la situación que emerge en el hospital psiquiátrico parece caótica, sin embargo, únicamente se trata de la representación de una *simbiosis social* que satisface tanto necesidades neuróticas, como psicóticas de los participantes. Cada una de las personas que son significantes para un paciente psicótico, representan una figura transferencial y un elemento externalizado de su propio Yo, de tal suerte que los complejos fragmentos no integrados del propio *self* del paciente, se proyectan en la situación de la sala del hospital debido a la incapacidad de asumir que dentro de él existen conflictos Yóicos graves, haciendo que de manera casi siempre inconsciente, se generen conflictos entre el personal con respecto a él; y aunque dicha situación genere ansiedad en todos los miembros involucrados, constituye una etapa inicial necesaria para la diferenciación e integración psíquica del paciente esquizofrénico (1994, p. 47).

Gracias a esta dinámica, en el personal del hospital se verán representadas dos tipos de “madre”: la “madre buena” y la “madre mala”, y estas a su vez representarán aspectos positivos y negativos de paciente. Ambas partes son necesarias para el proceso terapéutico del paciente, ya que la continuidad de ambos le permite

preservar sentimientos de amor y de odio ligados a los objetos, categorías afectivas que son necesarias para a vida adulta (Searles. H, 1994, p. 49).

Sabemos entonces, que la hipótesis planteada de buscar un ambiente completamente ausente de perturbaciones psíquicas para el paciente, además de ser imposible de cumplir en su totalidad, no aportaría los beneficios psíquicos inconscientes que Searles describe en la dinámica anterior. Sería suficiente entonces con mostrarse respetuoso y empático, más no de evitar a toda costa la incomodidad o malestar del paciente.

5.2.3 Hospital psiquiátrico como sostén del paciente.

Pareciera que aún persiste la antigua función de encierro para los individuos que no son abordables por técnicas preventivas, simplemente ahora es regulado de manera más severa por distintas leyes que protegen la integridad del paciente como ser humano; pareciera también, que en algunos hospitales (sobre todo públicos) las condiciones son tales, que, de ser posible, el internamiento es evitado. Si de algún modo la patología hace necesaria la hospitalización o internamiento psiquiátrico de un paciente, es frecuente observar que los cuidados que recibe son generadores de afectos negativos y que el tratamiento es poco personal (Cameron. N, 2015, p. 726).

Lo anterior nos lleva a darnos cuenta de que las instituciones psiquiátricas lejos de verse como un medio facilitador de salud mental, de calidad de vida y recuperación emocional, son vistas como un lugar tétrico, en el que nadie quisiera verse o ver a algún miembro de su familia inmerso.

Aunque no sea tan evidente, la manera en que la institución psiquiátrica sigue siendo percibida, como cuando de “manicomios” se hablaba, es un factor muy importante a nivel social para la cura del enfermo, ya que se va construyendo en el imaginario colectivo un lugar que más allá de funcionar como “sostén” del paciente, sirve como estancia en la cual serán internados las personas que no aporten nada a la sociedad y que sean generadores de conflictos inmanejables para sí mismos o su familia, lo que facilita que tanto la familia del paciente, como el paciente mismo llegue al internamiento con una concepción equivocada de la atención que en

realidad debe brindarse dentro de las instituciones psiquiátricas, independientemente de si son públicas o privadas, situación que a su vez aumenta las resistencias del paciente al tratamiento.

Un hospital psiquiátrico, que brinde “sostén” real al paciente interno, debería ser aquel que ayude a restablecer rutinas diarias que el paciente por sus propios medios no puede establecer, que se asegure de brindar atención necesaria a pacientes que se vean incapacitados en sus tareas más básicas como lo es alimentarse, asearse, beber, dormir, e incluso ejercitarse. Si el paciente es incapaz de relacionarse con otros debido a su enfermedad, un hospital psiquiátrico debería tratar de usar los recursos de salud mental que el afectado tenga para que vuelva a establecer contacto humano, sin embargo, no obligará al paciente a hacerlo antes de que se encuentre listo, a la vez que se asegurará de reducir la posibilidad de que el paciente se dañe a sí mismo o a otros si se encuentra bajo un estado maniaco (Cameron. N, 2015, p. 726). En mi opinión, una institución mental que brinde “*sostén*” real, será conformada por personal que comprenda la singularidad de cada paciente.

Las generalidades del método, conocimiento teórico, o la propia experiencia del personal, no podrán cubrir la totalidad de cada tratamiento, ya que cada uno tiene siempre características particulares a pesar de compartir un mismo diagnóstico. Además, el personal que brinde atención dentro de este ámbito institucional debería ser empático, no verse atemorizado, agresivo o indiferente ante muestras de afectos, tanto negativos como positivos, experiencias delirantes o alucinaciones de cualquier paciente.

Así mismo, una institución mental adecuada será aquella que brinde un marco de restricciones que impida ciertos actos impulsivos que el paciente no puede controlar, tratando de reducir en los pacientes sentimientos inconscientes de culpa, o bien, la sensación de haber sido puesto en prisión (Cameron. N, 2015, p. 726).

En cuanto al espacio físico, un espacio físico neutro, bien iluminado, espacioso y debidamente aseado, podría contribuir de manera general en el tratamiento de todos los pacientes, aunque definitivamente, cada paciente con su propio padecimiento interpretará un mismo medio de manera distinta; es decir, un mismo

medio circundante triste y pobre afectivamente, puede ser desmoralizador y poco motivante para algún tipo de paciente, sin embargo para otro, por ejemplo de características depresivas y con sentimientos fuertes de culpa, dicho ambiente podría significar la satisfacción de la necesidad inconsciente de autocastigo y ayudar en un principio (o no) a su recuperación. De ahí la importancia de la labor del psicoanalista dentro del hospital al brindar la interpretación de la dinámica psíquica y mundo interno de cada paciente, ya que ésta podría servir de base en la manera de actuar del personal hacia el interno.

Continuando con la labor de sostén que debería ofrecer la institución psiquiátrica al paciente, habría que reconocer la benéfica función e insistir en conservar el cuidado hospitalario diurno y nocturno que se ha ido implementando, dado que beneficia a los pacientes que están en condiciones de ser dados de alta, pero que todavía no se encuentran listos para seguir con la rutina diaria familiar que demanda el transcurso del día, o por el contrario, cuando se considera que es inadecuado el reingreso a su hogar, por lo que durante el día el paciente tiene la posibilidad de ir a trabajar o a la escuela y regresar a la institución por la noche (Cameron. N, 2015, p. 726).

En conclusión, el servicio de internamiento que brinda atención a personas con algún padecimiento psiquiátrico podría ser comparado con las funciones maternas que realiza la madre de un infante en sus primeros años de vida, en donde, basándonos en la teoría de Donad Winnicott, las funciones maternas primordiales son el sostén emocional o *holding*, la manipulación o *handling* y la presentación objetal u *objet-presenting*. Estas tres funciones determinan, la forma de desarrollo del bebé, en el que progresivamente pasa de un primer proceso de integración, en la fase de dependencia absoluta, a un proceso de personificación, es decir, saberse distinto a la madre, y por último un proceso en el que el bebé es capaz de establecer relaciones interpersonales (Winnicott. D.W, 1990, p. 23).

Una madre suficientemente buena, será aquella que realice funciones necesarias para el bienestar de un bebé, ya que posee sentido de responsabilidad y se encuentra comprometida de una manera especial con el nuevo ser, dicho

sostenimiento facilita la integración psíquica del infante, es decir sostiene emocionalmente al bebé (Winnicott. D.W, 1990, p. 23). Una actitud similar podríamos esperar por parte del personal que conforma la estructura de la institución psiquiátrica, no olvidemos que el amor y la empatía pueden ser factores curativos importantes para el restablecimiento de la salud mental de un individuo.

Por otro lado, la manipulación o *handling*, contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite diferenciar lo real de lo irreal (Winnicott. D.W, 1980, p. 33). Encontramos aquí un inconveniente, ya que las normas de los hospitales psiquiátricos generalmente son muy limitantes en cuanto al contacto físico o demostraciones efusivas de afecto de los pacientes con sus compañeros o con el personal de la institución, sin embargo habría que replantearse la importancia que en un lugar como éste tendría el contacto físico como muestra de afecto, ya sea con un abrazo prolongado, una palmada en el hombro, o incluso sostener empáticamente la mano de quien así lo demande.

Quizá, si como lo menciona Winnicott, la manipulación favorece la personalización del bebé, esta misma pueda favorecer la personalización del paciente psiquiátrico, que, aunque es adulto, su psiquismo se encuentra regresionado a una etapa dependiente e infantil.

Junto con el sostén y la manipulación, Winnicott describe una tercera función materna: la presentación objetal, la cual consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad al infante, es decir promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con los objetos, en otras palabras, la capacidad de relacionarse con otros individuos, así como con el medio (Winnicott. D.W, 1980, p. 34). Esta función podría verse representada en las actividades que imparten psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y demás personal dentro de la institución con el objetivo de estimular o desarrollar las habilidades sociales, cognitivas y afectivas de los pacientes.

A medida en que la madre enseña al bebé la capacidad de relacionarse con los objetos, éste despliega su capacidad de ser parte del mundo y fomenta la realización individual del niño, lo contrario ocurriría si existen fallas en la función

materna, ya que impedirían la capacidad del bebé para sentirse real (Winnicott. D.W, 1980).

Así como sucede en la maternidad, en donde no existe un estado de perfección, de las instituciones psiquiátricas podríamos esperar lo mismo: una gran variedad de imperfecciones, sin embargo estas tres funciones de cuidado básicas, el sostén emocional, físico y el acercamiento progresivo al mundo real, en el mejor de los casos conduciría a la relativa independencia de paciente dependiendo de su estado, pero para que lo anterior sea logrado, probablemente será necesaria la función de una *institución psiquiátrica suficientemente buena*.

En cuanto a la creación del espacio clínico que requiere el tratamiento psicoanalítico, como se había comentado anteriormente, la institución emerge como obstáculo a la configuración de la relación de análisis, mediante una transferencia previa a la transferencia analítica, ya que está configurada por la relación regresiva que el paciente mantiene con la institución, además de la función sofocante de la subjetividad que toda institución mantiene con los individuos (Galende. E, 1990, p. 267). La pregnancia que en el imaginario social tiene la institución médica refuerza estos efectos de sometimiento regresivo cuando alguien se siente enfermo e idealiza los cuidados que habrán de aliviar su sufrimiento (Galende. E, 1990, p. 267). Yo agregaría incluso, que en el imaginario colectivo también se genera la contraparte de la idealización de la institución como proveedor de alivio al sufrimiento. Es decir, una fantasía en donde se cree que aquel que ingresa a un centro psiquiátrico es porque los niveles de salud emocional y psíquica son graves, o de efectos negativos irreversibles, por lo que únicamente la institución servirá como lugar de aislamiento que evite posibles conflictos generados por el paciente a la sociedad, a el mismo o a la familia.

Para combatir la manera en que la institución emerge como obstáculo a la configuración de la relación de análisis, mediante la transferencia previa a la transferencia analítica anteriormente mencionada, podríamos apoyarnos en aterrizar las fantasías individuales generadas por el imaginario colectivo a un plano

de lo real; esto tiene que ver con un trabajo psicosocial arduo en cuanto al estigma social de los enfermos mentales en primer lugar.

Un trabajo que va desde combatir la distinción entre personas con padecimientos psiquiátricos y personas que se asumen como “normales”, dejar de asumir que el paciente “es” esquizofrénico y empezar a asumir que “padece” esquizofrenia, hasta generar un método de sensibilización de alcances importantes a nivel nacional, en donde a su vez se modifique la percepción que se tiene de la institución psiquiátrica como lugar de reclusión.

Una manera de empezar la erradicación del estigma erróneo del paciente psiquiátrico que se mantiene en la actualidad, podría ser la modificación de imágenes y mensajes transmitidos desde los medios de comunicación y entretenimiento, los cuales se caracterizan por ofrecer visiones extremas de los pacientes con características específicas, siendo la violencia y la incurabilidad la más frecuente.

Lamentablemente, no solo en la población se da la estigmatización errónea de los pacientes graves, en especial los que padecen esquizofrenia, sino que, aunque de modo distinto, también se puede percibir en los profesionales de la salud mental opiniones sobre las personas con dicho padecimiento, las cuales no difieren significativamente de las de la mayoría de la población y se mantienen fuertemente sesgadas.

Del mismo modo, en el paciente se generan consecuencias originadas por el imaginario colectivo, se producen efectos conscientes e inconscientes de desmoralización, asumiendo los estereotipos peligrosidad, incurabilidad, vergüenza, inseguridad, así como conductas de aislamiento; incluso pueden llegar a generarse en las personas con los padecimientos psiquiátricos ya mencionados, dependiendo de variables personales, contexto social, nivel de apoyo institucional y familiar, etcétera, la interiorización de actitudes como la indiferencia y la autoafirmación.

A pesar de que existe una gran escasez de estudios orientados a medir consecuencias y nivel de influencia del estigma y la fantasía social en el paciente y en la sociedad en general, es posible afirmar, que rehabilitar a una sociedad por medio de distintos métodos es viable. Como propuesta encontramos las siguientes que van dirigidas a evidenciar, informar y sensibilizar a la sociedad a cerca de los padecimientos psiquiátricos y las instituciones mentales:

Realizar campañas y movilizaciones sociales, ya que confrontan y cuestionan el pensamiento o ideas que las personas poseen. Hemos sido testigos a lo largo de los años de la disminución o supresión al menos temporal de muchas formas discriminación en poblaciones minoritarias, reflejados en cambios en los mensajes emitidos por parte de los medios de comunicación, por ejemplo. Sin embargo, no ha sido suficiente para generar una mejora a largo plazo en las actitudes e ideas reales de la gente. Quizá este método sea útil en un principio y como primera fase para evidenciar un problema concreto y darle difusión. Afortunadamente el “boom” de la tecnología y las redes sociales está presente en esta era de cambios, y habrá que recurrir a estas herramientas tecnológicas para generar la propaganda necesaria en búsqueda de nuestro objetivo.

Generar programas educativos e informativos de larga duración, en los que las personas reciban información de manera pasiva, pero sobre todo de manera activa. Es decir, que los participantes no sólo sean receptores de información, sino que se vean involucrados en discusiones, propuestas, presentación de casos reales y sobre todo contacto con personas que tengan algún padecimiento psiquiátrico, en este caso esquizofrenia.

Lo anterior tampoco garantiza que un programa informativo o educativo, resuelva el problema de la estigmatización errónea de los padecimientos psiquiátricos y las instituciones que los atienden, ya que suelen impactar principalmente a los ya convencidos, o a la gente interesada.

Habría entonces que agregar a estos programas educativos, además de elementos que alineen las fantasías colectivas con lo que realmente sucede en el campo de la

psiquiatría, información que confronte y haga consciente a la población de la estigmatización social de la que la misma población forma parte.

Los profesionales de salud mental tendremos que asumir la responsabilidad directa y principal en la lucha contra los estigmas. Para ello no podríamos establecer un programa o método general, se tendrían que establecer intervenciones con objetivos claramente definidos dependiendo al sector al que nos estemos dirigiendo. Los sectores principales a los que deberían dirigirse los programas mencionados serían: Pacientes con padecimientos psiquiátricos, familiares de pacientes con padecimientos psiquiátricos, personal del área de salud mental (psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.), estudiantes de las carreras asociadas a la salud mental y público interesado en general. Todas ellas enfocándose en informar, sensibilizar y cambiar el estigma social anteriormente mencionado.

5.3 Hacia un cambio de paradigma: Propuesta para un trabajo interdisciplinario entre psiquiatría, psicoanálisis, terapia cognitivo conductual y terapia ocupacional.

Galende opina que “La deducción, demasiado rápida y aventurada, del objetivismo médico fue que el efecto beneficioso y corrector de los psicofármacos habría de brindarnos conocimiento del mecanismo bioquímico que originaba estos estados, debido a esto, la psiquiatría avanzó confundiendo la bioquímica de las emociones con la etiología de las enfermedades” (1990, p. 205), formando así una discusión interminable entre ambas disciplinas, a la que se sumaron posteriormente otros enfoques de intervención psicológica.

Laura López, psicoanalista miembro de la escuela de poesía y psicoanálisis Grupo Cero, en Madrid, cita en su cuenta de Facebook el siguiente fragmento a cerca de lo que Sigmund Freud pensaba sobre la brecha entre la psiquiatría y el psicoanálisis (S. Freud, 1916-1919):

“El psicoanálisis y la psiquiatría se completan uno a otra, hallándose en una relación semejante a la que existe entre el factor hereditario y el suceso psíquico,

los cuales, lejos de excluirse, recíprocamente colaboran del modo más eficaz a la obtención del mismo resultado. Me concederéis, por tanto, que en la naturaleza de la labor psiquiátrica no hay nada que pueda servir de argumento contra la investigación psicoanalítica”.

Por lo tanto, agrega Freud, que:

“Es el psiquiatra y no la psiquiatría, lo que se opone al psicoanálisis, el cual es a aquella, aproximadamente, lo que la Histología es a la Anatomía, ciencias de las cuales estudia una las formas exteriores de los órganos y la otra los tejidos y las células de que los mismos se componen. Una contradicción entre estos dos órdenes de estudios, continuación uno del otro, es inconcebible. La Anatomía constituye hoy la base de la Medicina científica, pero hubo un tiempo en el que la disección de cadáveres humanos, practicada con el fin de estudiar la estructura interna del cuerpo, se hallaba prohibida, del mismo modo que hoy en día se juzga casi condenable dedicarse al psicoanálisis para investigar el funcionamiento íntimo de la vida psíquica”.

Es evidente que existe una distancia importante entre los tratamientos psicológicos directivos, como por ejemplo la Terapia Ocupacional, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la recientemente implementada Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), con el tratamiento psicoanalítico, ya que en dichas psicoterapias directivas, la principal diferencia radica en el modelo de intervención y objetivo de tratamiento, en donde para las terapias directivas, en general, es de principal importancia la modificación conductual del sujeto focalizándose en el momento presente, sin considerar los aspectos inconscientes o historia pasada del paciente.

A pesar de que existen muchas diferencias en cuanto al tratamiento y entendimiento de la esquizofrenia, entre la psiquiatría y los distintos enfoques de intervención psicológico, incluyendo al psicoanálisis, muy pocos se atreverían a asegurar que este padecimiento se debe única y exclusivamente a una causa (orgánica, cognitiva,

psíquica o social), de hecho, se sabe en la actualidad que el ser humano está constituido bio-psico-socialmente.

Aunque este distanciamiento se ha visto considerablemente reducido a lo largo del tiempo, convendría empezar a trabajar en disminuir aún más o desaparecer por completo la brecha que existe todavía.

Vale la pena aclarar que la intención de ninguna manera es fusionar las disciplinas mencionadas, si no encaminarlas en línea paralela hacia el cuidado y recuperación del paciente con la finalidad de evitar una concepción simplista o única tanto de la comprensión teórica, como del modelo de intervención utilizado en pacientes internos en cualquier modalidad de hospital psiquiátrico, intervención caracterizada hasta el día de hoy principalmente por enfocarse en brindar únicamente tratamiento farmacológico y terapia ocupacional a los pacientes internos.

Con la finalidad de lograr un trabajo conjunto entre las disciplinas anteriormente mencionadas, es necesario identificar y diferenciar los aportes principales de cada una de ellas en el tratamiento de personas diagnosticadas con psicosis esquizofrénica, tal como lo indica el siguiente cuadro realizado con aportaciones de Montañó & Mayorga (2013) y Durante & Noya, (1998):

Tabla 2. Características principales por modelo de intervención.

	Psiquiatría	Psicoanálisis	TCC/TREC	Terapia Ocupacional
Área de intervención.	Neurobiológica/ Estructural.	Estructuras psíquicas del paciente a nivel inconsciente.	Pensamiento/Emoción/ Conducta/Funciones cognitivas básicas (atención, percepción, memoria, funciones ejecutivas).	Adaptabilidad al entorno/ Actividades de la vida cotidiana.
Método.	Administración de psicofármacos/Intervención quirúrgica.	Integración Yóica/Consciencia de enfermedad o <i>insigth</i> / Búsqueda de relación entre el síntoma y la historia del sujeto.	Registro de pensamientos, sentimientos y conductas en relación a los síntomas/ Sugerencia de vías alternativas de afrontamiento/Técnicas de relajación y disminución de angustia.	Actividades grupales o individuales enfocadas al autocuidado, trabajo o actividades productivas, además de actividades para el disfrute.
Herramientas.	Medicación/Cirugía.	Vínculo paciente-psicoanalista/Transferencia y contratransferencia/ /Realización o reparación simbólica.	Hojas de registro/Guía terapéutica/Usos del entorno real del paciente/Recordatorios/ Técnicas de imaginación/Técnicas de relajación.	Asignación de actividades y horarios por día adaptados al nivel de funcionalidad del paciente.
Objetivo.	Modificación conductual y disolución del síntoma basado en modificación de la bioquímica y/o estructura cerebral.	Disolución o reducción progresiva del síntoma por añadidura al <i>insigth</i> y reparación simbólica.	Reducción de los síntomas y de la angustia ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales.	Lograr la independencia psíquica, social y laboral del paciente y reintegrarlo a sus actividades de la vida cotidiana.

*Tabla comparativa realizada por la autora.

Una vez identificados las similitudes y diferencias entre las disciplinas propuestas, podremos darnos cuenta de que, si bien son todas diferentes en cuanto a intervención y comprensión teórica, debido a que la atención brindada al paciente se enfoca en diferentes áreas, contaremos con más recursos para intervenir al paciente psiquiátrico.

Lejos de pretender unificarlas, o intervenir con una sola o un par de ellas, a continuación, se hace la propuesta de intervenir a un mismo paciente en distintos niveles con diferentes enfoques y metodologías.

Emiliano Galende (1990, p. 206) considera importante en las políticas de salud mental el lugar que se asigne a los tratamientos con psicofármacos y agrega que las psicoterapias, en especial el psicoanálisis, no tienen reparos especiales en aceptar que se actúe con medicamentos sobre los efectos emocionales o somáticos de los conflictos de las personas, siempre y cuando, se le otorgue el nivel de importancia necesario al trabajo terapéutico que se realice con cada paciente.

Contar con un tratamiento psicofarmacológico nos ayudaría a que el paciente se encuentre en condiciones mínimas necesarias para recibir cualquiera de los tipos de psicoterapia previamente mencionados.

En cuanto a la intervención simultánea de metodologías directivas y la metodología previamente propuesta de intervención analítica para pacientes con psicosis esquizofrénica, podemos enfrentarnos a diversos cuestionamientos, uno de ellos es la interferencia que podría llegar a tener la acción pedagógica de la TCC o TREC y la terapia ocupacional, con condiciones del método psicoanalítico que facilitan la instalación y el manejo de la transferencia; es decir, la regla de abstinencia, la asociación libre, la atención flotante, etcétera (Galende, 1990).

Por ello, habremos de recordar que en la intervención con este tipo de pacientes muchas de las reglas aplicadas con pacientes neuróticos en otro ambiente y contexto, como se revisó anteriormente, deberán ser modificadas; por lo que deduciremos como menciona Galende que: *“la transferencia está en el paciente y se hará presente en la clínica si hay un analista dispuesto a recibirla, ya que es una*

cualidad de la estructura del sujeto y no una maniobra técnica que pueda o no realizarse” (1990).

Mientras las psicoterapias directivas, por su lado se encargan de la rehabilitación de la cognición del paciente, así como de la reintegración social, lo cual es valioso para el logro de una mínima independencia y auto confirmación del sujeto; desde la visión psicoanalítica, a través de reuniones, actividades grupales y de recreación, también se facilitarían la circulación del deseo y los síntomas entre los internos del hospital psiquiátrico (Galende, 1990, pp. 279). Así mismo, las actividades llevadas a cabo mediante la metodología de la TCC/TREC y las terapias ocupacionales, podrían acercar a la realidad al paciente, recordándole su funcionalidad, incluso funcionando como un superyó externo que controle la expresión de síntomas autolesivos o punitivos, por ejemplo.

El tratamiento psicoanalítico se encargaría a su vez y por su parte, de la complejidad del padecimiento del sujeto con relación a su historia de vida, la repercusión en sus relaciones actuales, la demanda hacia el personal laborando en la institución, además de traducir el presente, trabajar con el pasado, atendiendo los aspectos inconscientes, analizando los síntomas y la transferencia, mientras se realiza una reparación simbólica. Fungiría como un traductor y realizaría labores de contención con el paciente. Galende (1990, p. 278-292), indica que la calidad de la intervención, la privacidad, el respeto por el paciente y sus síntomas, el modo de escucha y la interpretación no tendrían por qué diferir en un contexto de hospitalización y que se trata de transformar "la institución" de un sistema de reglas y relaciones que apresan la palabra y fijan los roles a un lugar en el que la circulación de la palabra garantice efectos significantes y por ello terapéuticos.

Incluso la psicoanalista M.A. Secheyaye (1947/2014, pp. 85-107), en una sección titulada como *“Factores que intervinieron en la curación de Renée”* (caso clínico citado en las páginas 59 a 61 del presente texto), considera que adicional a los métodos de intervención psicoanalíticos, en especial la realización simbólica, existieron otros factores que contribuyeron a la mejoría de la paciente, entre ellos: la *reeducación* (Secheyaye, 1947/2014, p. 91-96), que considera importante

despertar nuevas necesidades, desarrollar la atención, dividir el día en un orden temporal determinado, fomentar la actividad con un método de “compartir” hasta que lo desee para sí misma, (siempre de manera sutil, sin imposición y dependiendo la fase psíquica en la que se encuentre el paciente), evitar las prohibiciones, manifestaciones como “no debe hacerse”, los reproches y los engaños; así mismo, menciona que la ayuda de una enfermera competente y dirigida por la analista es fundamental.

Como puede observarse, en el tratamiento con psicosis esquizofrénica que la doctora implementó, está presente implícitamente la parte educadora del tratamiento, dichas consideraciones podrían realizarse por las otras modalidades de intervención precisamente directivas y educadoras ya mencionadas.

En una labor conjunta, podrían definirse las actividades que el paciente se encuentra psíquicamente y afectivamente preparado para realizar, es importante considerar que el trabajo en conjunto que tenga como base la interpretación y análisis del paciente, evitará el salto a otras fases antes de que el paciente se haya adaptado completamente a la fase en la que se encuentra, ya que generaría como consecuencia una regresión (Sechehaye, 1947/2014).

Ante este escenario, Guillamón (2013) en un artículo publicado para la *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, señala que efectivamente, el psicoanalista se verá desprovisto de sus habituales elementos técnicos dentro de la institución psiquiátrica, sin embargo, asegura que es posible trabajar en este campo y que el progreso en la salud de los pacientes internos puede surgir con trabajo y tiempo.

Agrega también que *“la metapsicología y las técnicas freudianas, aun habiéndose gestado hace más de cien años y para pacientes neuróticos, tienen mucho que aportarnos hoy con estos pacientes y en estas condiciones”*; además propone que:

“En un tiempo donde los encuadres analíticos difieren tanto de las seis sesiones por semana planteadas por Freud ¿qué mejor lugar para el trabajo de esos conceptos que un tratamiento donde observamos al paciente durante cinco horas cada día, cinco días por semana?” (Guillamón. R, 2013, p. 2)

Al respecto, anteriormente mencionábamos que se requieren de un gran esfuerzo personal del analista para atender pacientes con este trastorno, por lo que Nemirovski (1999) recomienda que el analista atienda únicamente de 1 a 2 pacientes de estas características por vez. Y en caso de ausencia, tener personal suplente capaz de dar seguimiento al tratamiento del profesional ausente (Sechehayé, 1947/2014, p. 105).

La propuesta aquí, es que se refuerce la cantidad de psicoanalistas y personal en general en los centros psiquiátricos buscando así cubrir con la demanda producida por el número de pacientes internos, con la finalidad de que cada analista se encargue del tratamiento y seguimiento de al menos 3 o 4 pacientes, para de éste modo asignar a cada día un horario de sesión fijo por cada paciente registrado, pero manteniéndose disponible, activo y presente en el centro psiquiátrico durante toda la jornada laboral.

La colaboración de enfermeros y demás personal al cuidado de los internos será de gran utilidad para el tratamiento, ya que el tiempo que permanece cerca de los pacientes les permite hacer observaciones y dar seguimiento al tratamiento de dichos pacientes.

Nuevamente se hace la propuesta de establecer reuniones periódicas entre los miembros del equipo (Guillamón. R, 2013), en donde psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, asistentes, enfermeros, etc., en conjunto, dediquen un horario la jornada laboral establecida en donde cada profesional exprese lo experimentado con cada paciente y se establezca un plan de intervención interdisciplinario, con la finalidad de comprender mejor la dinámica psíquica de los pacientes. Se esperaría entonces, contar con un equipo interdisciplinario, por cada 3 pacientes, aproximadamente, dependiendo de los pacientes que ingresen al hospital psiquiátrico.

5.3.1 Bases para un trabajo de intervención interdisciplinaria.

Un trabajo interdisciplinario, es aquel que está constituido por diferentes disciplinas, las cuales comparten un mismo objeto de estudio y un mismo fin, sin embargo,

difieren en sus procesos de intervención y muchas veces en su concepción teórica (Alvares. S, 1993).

En el recuadro anterior (Tabla 2, p. 82), pudimos observar que el objeto de estudio de todos los modelos de intervención descritos es el ser humano (específicamente en nuestro caso, el objeto de estudio es el paciente con diagnóstico de psicosis esquizofrénica) y que establecen como objetivo la mejora de la salud mental, emocional y social del individuo que se atiende.

La interdisciplina ha sido considerada como un encuentro de diálogo, que a su vez puede ser un generador de conflictos y tensiones, sin embargo dicho supuesto también establece la posibilidad de que esas tensiones puedan ser resueltas para que ello implique una mejor calidad de atención a los problemas de salud mental asociadas con la psicosis esquizofrénica de manera más integral; nos encontramos entonces, ante el desafío de renovar los conocimientos ya establecidos e integrar nuevos a lo que mantenemos como único y vigente, ya que un trabajo interdisciplinario requiere una demanda mayor de conocimientos para comprender e intervenir de manera integral las problemáticas.

Canetti y Da Luz (2005) afirman que la esencia de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre dichas disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales o la duplicidad de funciones.

Quizá el reto principal en la actualidad, antes de poner en funcionamiento un equipo interdisciplinario que cuente con las características y miembros que se proponen en el presente texto, sea plantear los elementos principales que permitirían constituir dicho equipo interdisciplinario; para ello se retomarán algunos elementos de la estructura y metodología de lo que los autores del libro *Tratado de geriatría para residentes* (Gutiérrez, B. C., Jiménez, R. C. & Corregidor, S. A. I., s/f, pp. 89, 90, 91) en el apartado dedicado a la composición de un equipo interdisciplinario consideran importante.

Dichos autores (Gutiérrez, B. C., Jiménez, R. C. & Corregidor, S. A. I., s/f, pp. 91, 92), plantean un desarrollo por etapas dentro de su método de intervención, dos de ellas corresponden a:

- a) Etapa inicial o de valoración que puede requerir algunos meses: Tiene lugar al ingreso del paciente, en esta fase se establece el contacto con el interno y con su familia u otros cuidadores informales, intentando que vayan conociendo a los diferentes miembros del equipo. Cada miembro del equipo realiza una valoración del paciente, donde se valorará su situación previa y su situación actual, perfilando un plan individual de tratamiento que servirá para diseñar el plan de actuación conjunta. Dentro de esta etapa también se deberán plantear también los objetivos a alcanzar, los objetivos deben ser individualizados, específicos, realistas, concretos y secuenciados.
- b) Un período de alto rendimiento que puede durar varios años: Cada profesional debe exponer cómo planea llevar a cabo los objetivos planificados. Dentro del periodo se incorporará una fase de evaluación que consiste en una sesión interdisciplinaria programada semanalmente, en donde el equipo se reunirá para monitorizar la progresión del paciente, los cambios en su situación clínica, funcional, mental, así como los factores que han podido influir en caso de que los objetivos planteados no se hayan alcanzado.

Para dar seguimiento a la propuesta interdisciplinaria anterior, los autores recomiendan lo siguiente:

- a) Los miembros del equipo deberán mantenerse activamente participativos, y deberán compartir y delimitar responsabilidades.
- b) Se deberá asignar un coordinador que actúe como regulador y moderador en las reuniones de equipo, distribuyendo el tiempo de forma coherente y facilitando un clima de discusión adecuado, así mismo identificará áreas de conflicto real o potencial, que prevendrá y erradicará.

- c) Los miembros deberán realizar la valoración del estado clínico, funcional, mental y social básico del paciente desde sus modelos de intervención. Adecuarán la transmisión de la información esencial al resto de los profesionales para el establecimiento de un plan conjunto mediante el desarrollo de sistemas de registro e intercambio de información entre los profesionales.
- d) Se deberá mantener un lenguaje comprensivo para todos los miembros, así como la implementación de instrumentos de medida que permitan monitorización y sean interpretables por todos los miembros del grupo.
- e) Será necesario definir lo que se espera de cada miembro, asignando labores según capacidades y competencias de cada modelo de intervención para evitar duplicidad o abandono de tareas, confusiones, o insatisfacción.
- f) Será sumamente necesario que exista una actitud común de respeto a las diferentes contribuciones, valoraciones y planteamientos, lo que implica que cada miembro trabaje a nivel óptimo, comprenda la contribución de los otros y respete la interdependencia de tareas.
- g) Será necesario también realizar evaluaciones de las necesidades sociales del paciente, sus recursos y red de apoyo, con la finalidad de plantear con la familia, tutor o red de apoyo los cuidados necesarios que deberán mantener en el futuro, así como informar al paciente y a la familia sobre los mismos.
- h) Se realizará una planificación del alta, desarrollando un plan de soporte, seguimiento y gestión de ayuda social.

En síntesis, nos enfrentamos ante el reto de crear una visión global y al mismo tiempo dividida, donde las distintas perspectivas influyan y se complementen entre sí, además nos encontramos ante el desafío de establecer en el equipo interdisciplinar la capacidad de descentramiento de cada uno de los integrantes, incluso de aceptar los límites de la propia disciplina, así como los alcances de cada una, al tiempo que se mantiene la especificidad e individualidad de cada disciplina y el rol de cada una de ellas en el equipo.

5.4 La importancia de la familia en el proceso terapéutico, una perspectiva psicoanalítica.

Con el paso del tiempo, la práctica psicoanalítica le brindó la importancia necesaria a la participación de la familia y a la influencia de ésta en el paciente grave. A decir de García Badaracco (1990/2004, p. 138), el paciente con una patología grave, como lo es un paciente con psicosis esquizofrénica, es el portavoz de un conflicto familiar Galende, plantea que una concepción de la subjetividad como la que efectúa el psicoanálisis establece la posibilidad de un pasaje entre el sujeto, la familia, la institución y la masa social (1990, p.294); además, de que al considerar el ámbito familiar en el tratamiento individual de los pacientes, especialmente de los pacientes que están en tratamiento dentro de una institución mental, en este caso con diagnóstico de psicosis esquizofrénica, se evita dejar a un lado fenómenos importantes dentro del establecimiento de la relación familiar, como los fenómenos transgeneracionales que influyen en cada uno de los miembros.

Goffman (1961, citado en Ackerman N. W, s/f, p. 141) define como “*carrera*” a tres fases en el proceso de un paciente: la primera como pre-paciente, que describe a la persona dentro de su comunidad previo a su hospitalización; la segunda, que sugiere a la persona en el centro psiquiátrico y la tercera, que describe a la persona en su regreso a la comunidad.

Aunque la familia no es el único grupo que influye de manera significativa en la atención del paciente, debido a la cercanía, el nivel de control, etc., es de gran importancia en todas estas fases identificadas por Goffman, ya que determina el desenlace del paciente en función de una recaída o una nueva adaptación interpersonal (Freeman & Simons, 1959, págs. 345-351; Simons, O., Davis J., & Spencer, K., 1956, págs. 21-28, citado en Ackerman N. W, s/f, p. 142), así como el curso de la hospitalización y la eficacia de los procesos terapéuticos (Paul, N. & Grosser, G., 1964, págs.377-401; Speck, R. V., et al. 1962, págs. 44-62, citado en Ackerman N. W, s/f, p. 141).

Si consideramos, el planteamiento de García Badaracco (1990,2004, citado en Alvarez. H, 2017), la sintomatología familiar manifestada en el trastorno y los

síntomas del propio paciente no serán posibles de resolver únicamente con la implementación de un tratamiento o de un análisis individual, si no que requiere de la intervención o seguimiento de un análisis familiar de grupo complementado con el tratamiento individual del paciente.

Las intervenciones familiares deben iniciar desde el primer momento de internación, y no precisamente en el alta, por lo que se propone hacer reuniones familiares e intervenir a cada uno de manera individual (Fudín. M, 2004, p. 1).

Por su puesto que es un planteamiento ambicioso, ya que en ocasiones las posibilidades emocionales de la familia involucrada, es decir, la disposición al tratamiento, la resistencia elevada, la situación económica, disponibilidad de tiempo, etc., no juegan a nuestro favor, sin embargo, es evidente que, para un tratamiento más completo, es necesario involucrar a la familia en él.

De esta manera, se realizaría una labor tanto preventiva como de seguimiento, debido a que como ya señalábamos anteriormente, el trabajo en análisis podría verse amenazado a causa de la propia reintegración del psicótico con su familia, enfrentándose una gran variedad de comportamientos hostiles o evitativos por parte de los familiares a causa de mecanismos inconscientes en la familia originados por el miedo de recibir de vuelta la parte psicótica proyectada en el paciente (Rosenfeld. D, 2006, p.201), entre muchas otras diversas causas, que podrían analizarse de establecer sesiones con la familia, así como un programa de seguimiento adecuado después del alta de cada paciente, que contemple incluso visitas domiciliarias que garanticen un correcto monitoreo después de emitir el alta.

Dichas sesiones podrían ser basadas en teorías psicoanalíticas con un abordaje multifamiliar, además de contener elementos psicoeducativos sobre la enfermedad tanto para el paciente como para la familia (Alvarez, 2017).

Mónica Fudín (2004, pp. 2-5), en un trabajo presentado en el 1er Congreso Psicoanálisis, Lazo social y Adversidad, realizado por Convergencia Movimiento Lacaniano por El Psicoanálisis Freudiano, en Buenos Aires, describe que en la

intervención grupal con familias de pacientes esquizofrénicos, se manifiestan las siguientes singularidades:

El psicoanalista, en un primer contacto se verá instalado en la posición de guía que posee un saber absoluto, aparecerán todo tipo de signos y padecimientos, que recaerán sobre el analista quien deberá operar con ello, siendo este el momento oportuno para tomar dicho lugar de saber y establecer los pasos del tratamiento que dirigirá, a la vez que renuncia al goce al que se ve expuesto, oponiendo esa demanda y convirtiéndola en una posición de acompañamiento, haciendo uso de dicha demanda inicial para el establecimiento transferencial.

Ya incorporados en la sesión familiar, en donde la interpretación y la asociación libre no son posibles o son instrumentos inoperantes, principalmente por que la familia no demanda tratamiento, es decir “ellos asisten por el padecimiento del paciente”, se les manifiesta que es el psicoanalista quien necesita de su colaboración, ya que son las personas que mayor conocimiento tienen del paciente, debido a la cercanía con él, de esta manera, ellos nos apoyan en la dirección del tratamiento.

Se invitará al paciente a asistir a las sesiones desde el comienzo, ya que supone que el paciente tiene su propia verdad, algo que decir, y suponer que el paciente tiene una verdad que decir, es suponerle un sujeto, por precaria que pueda ser su opinión durante la sesión. Al poder hablar de lo que le sucede, se restablecen los pactos simbólicos entre sus miembros, lo cual tiene la facultad de transitar por caminos simbólicos que disuelven situaciones crítica como la violencia, el actig, etc., por la vía transferencial.

Al inicio del tratamiento se dará comienzo con la historia familiar, debido a que el despliegue de los acontecimientos servirá para ubicar la posición que cada uno tuvo frente al mismo, y aparecerán interrogantes en sesión dirigidos al sujeto que no ha podido pensarse de su propia historia, construcción que permite una creación allí donde se mantuvo desligado, esperando que en el transcurso del tiempo, la familia tenga un sentido diferente de lo sucedido, de los signos y acontecimientos.

Finalmente, Mónica Fudín (2004, p. 5), plantea la posibilidad de que exista en la familia un deseo de no retorno evidenciado en acciones de exilio o restricción de lazos afectivos, por lo que la alternativa de permanencia en una institución podría ser viable, siendo en dicha institución el lugar donde encontrará las funciones que lo sostendrán, pues en ocasiones la familia puede permanecer en acompañamiento mediante visitas evitando una convivencia forzosa.

Isidoro Berenstein (1995, pp. 246-250), indica que el paciente deberá llevar dos tratamientos interdependientes con terapeutas distintos, no obstante, conviene que ambos terapeutas compartan algunas teorías básicas del psicoanálisis y que el psicoterapeuta familiar, así como en el tratamiento llevado a cabo de manera individual, deberá cuidar la contratransferencia y las respuestas emitidas a consecuencia de ésta, ya que podrían ser actuaciones reactivas que eviten promover el crecimiento.

Discusión.

Es importante, comprender de una vez por todas que, si anulamos el ámbito de lo subjetivo y la influencia de lo social en el ser humano, nunca lograremos comprender plenamente el padecer psíquico, y que los fenómenos psicopatológicos se dan junto con determinadas vivencias subjetivas cargadas de significados e intenciones, que no pueden ser comprendidos sin percibir la conducta y la vivencia como una unidad inseparable (De Protestad. F & Zuazu. A. I., 2003).

Aún queda mucho por hacer en materia de salud mental, especialmente en el área de las psicopatologías psiquiátricas, que aunque el número de personas que poseen algún padecimiento mental grave es elevado, al mantener a dicho sector en reclusión o bajo control gracias al solo uso de psicofármacos, se ha logrado un control del problema, sin dar solución integral real el paciente, incluso dejando de lado la principal herramienta contra cualquier padecimiento de salud mental, que es la prevención, ya que generalmente, el trabajo con los pacientes desde dispositivos médicos es dirigido solamente hacia la remisión de la sintomatología con la que llega el paciente.

Ante este escenario es necesario que los profesionales de la salud mental (cualquiera que sea su área y método de intervención) consideraren que hay condiciones en la cultura y en el proceso de subjetivación que influyen en el desencadenamiento de desajustes neuróticos o psicóticos, haciendo que la relación con el otro genere infelicidad, empobrecimiento psíquico o enfermedad. Lo anterior no quiere decir que una política preventiva en salud mental vaya a impedir estos fenómenos, pero sí que bajo trabajos preventivos se generen condiciones para una potenciación mayor de las cualidades en que los vínculos humanos, sociales, pueden ser creativos, desarrollar inteligencia y bienestar (Cruz, F. L., Muñoz, F. N. & Rojas, H. Ma. del C, 2014).

Ya en materia de intervención, debe considerarse seriamente la asignación de profesionales especializados en psicoanálisis dentro de hospitales psiquiátricos, ya que ellos podrían manejar e intervenir en todo aquello que se pasa por alto en dichas instituciones donde los métodos de intervención implementados, principalmente son

las psicoterapias directivas, ocupacionales y el tratamiento farmacológico, las cuales pasan por alto la dinámica psíquica de los pacientes, la vivencia de sus afectos, sus angustias, lo simbólico de su delirio, etc.

Pero para ello deberá replantearse en primer lugar, entre la comunidad psicoanalítica, la posibilidad de intervenir pacientes altamente regresivos con trastornos graves, como en este caso la psicosis esquizofrénica, realizar modificaciones a las técnicas establecidas, e incluso atrevernos a contradecir o modificar planteamientos que grandes representantes del psicoanálisis en sus inicios realizaron, así como descartar postulaciones que no resulten benéficas para los pacientes en tratamiento, incluso dar oportunidad a experiencias interdisciplinarias que revolucionen las intervenciones de pacientes psiquiátricos y que representen un verdadero cambio de paradigma con el fin de atender de manera integral al paciente, sin anular métodos que sin lugar a dudas han arrojado buenos resultados hasta hoy.

Deberá también replantearse el tiempo y esfuerzo que se destina a cada uno de los pacientes, por ello, se hace la sugerencia de realizar pruebas piloto de la presente propuesta en instituciones psiquiátricas privadas, debido a que la cantidad de pacientes que ingresan es menor y se encuentran en un ambiente casi siempre más acogedor y personalizado, aunque ello suponga un costo mayor del que se invertiría en atención psiquiátrica dentro de instituciones públicas.

Ya lo decía Sigmund Freud” (1917-1919/1992, p. 155) al inicio de su artículo *“Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”*:

“Estimados colegas: ustedes saben que nunca nos enorgullecemos de poseer un saber o un poder-saber completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se les pueda sustituir por algo mejor”.

Será responsabilidad de quienes ya se dedican, y de quienes nos queremos dedicar al psicoanálisis, el mantenernos informados, actualizados y permanentemente en

cuestionamiento de las postulaciones propias del psicoanálisis y de otras áreas de la psicología y la psicofarmacología, siempre en búsqueda de la mejor comprensión teórica e intervención clínica de los pacientes con psicosis esquizofrénica.

Conclusiones.

- El psicoanálisis puede aportar al tratamiento de pacientes con psicosis esquizofrénica, todo aquello que es pasado por alto en las instituciones psiquiátricas, es decir, un análisis y manejo de la dinámica psíquica, la vivencia afectiva, la transferencia y contratransferencia que surge en la relación con los pacientes, así como sus angustias, lo simbólico de su delirio y lo que expresa, etc.
- En un trabajo interdisciplinario, el psicoanálisis iría más allá de lo observable, para a su vez ir más allá de la sola contención y manipulación de los síntomas de la psicosis esquizofrénica.
- La empatía, el ámbito afectivo, la escucha analítica y el contexto tanto físico como social que se relacionen al paciente con psicosis esquizofrénica durante el tratamiento influyen directamente en el rumbo que éste tome.
- El hospital psiquiátrico y los especialistas a cargo de la intervención de pacientes con psicosis esquizofrénica procurarán dirigirse al paciente con libertad, empatía y sin temor a cometer equivocaciones con él, sin embargo, deberán tratar de ofrecer un trato “suficientemente bueno”, que funcione como “sostén”.
- En el tratamiento con pacientes altamente regresivos, será necesario entrar en el delirio del paciente, y analizar lo que pudiera estar simbolizando. Este proceso podría ser comparado con la labor que se realiza en una intervención psicoanalítica de juego infantil, en el que el psicoanalista, toma elementos que el paciente deposita, para hacer uso de ellos en favor del tratamiento.
- Gran parte del tratamiento radica en “revivir” ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, la tarea será tratar de revivirlos de un modo tal que, en lugar de fallar en su función, esta vez se tenga éxito a modo de reparación simbólica.

- A pesar de que existen muchas diferencias en cuanto al tratamiento y entendimiento de la esquizofrenia, entre la psiquiatría y los distintos enfoques de intervención psicológico, incluyendo al psicoanálisis, muy pocos se atreverían a asegurar que este padecimiento se debe única y exclusivamente a una causa, ya sea orgánica, cognitiva, psíquica o social.
- Aunque el distanciamiento entre psiquiatría, psicoanálisis, terapia cognitivo conductual y terapia ocupacional se ha visto considerablemente reducido a lo largo del tiempo, queda mucho por hacer para ver completamente reducida la brecha existente todavía, lo anterior sin intención de unificarlas, si no de encaminarlas en línea paralela hacia el cuidado y recuperación del paciente, con la finalidad de evitar una concepción simplista o única tanto de la comprensión teórica, como del modelo de intervención utilizado en pacientes internos en cualquier modalidad de hospital psiquiátrico.
- Con la finalidad de lograr un trabajo conjunto entre las disciplinas anteriormente mencionadas, es necesario identificar y diferenciar los aportes principales de cada una de ellas en el tratamiento de personas diagnosticadas con psicosis esquizofrénica, crear grupos interdisciplinarios basados en el respeto mutuo de cada una de las diferentes disciplinas, siendo flexibles y llegando a un acuerdo de intervención, creando una visión global y al mismo tiempo dividida, donde las distintas perspectivas influyan y se complementen entre sí.
- Como labor preventiva y de seguimiento, podrían implementarse sesiones con la familia de los pacientes diagnosticados con psicosis esquizofrénica, así como un programa de seguimiento adecuado después del alta de cada paciente, que contemple incluso visitas domiciliarias. Dichas sesiones podrían ser basadas en teorías psicoanalíticas con un abordaje multifamiliar, además de contener elementos psicoeducativos sobre la enfermedad tanto para el paciente como para la familia.

Referencias.

1. Ackerman, N. W., et al. (s/f). *Familia y conflicto mental*. (pp.141-167). Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.E.
2. Alvarez, S. (1993). *Integración de áreas e interdisciplina*. Buenos Aires: Edicial.
3. Alvarez, H. V. (2017). La familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia. (Pre- Proyecto de Investigación, Universidad de la Republica Uruguay: Facultad de Psicología). Recuperado de https://www.google.com.mx/search?q=Garc%C3%ADa+Badaracco++paciente+con+esquizofrenia+fmilia&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=WMsgWpX8N4as8wfh1JPoBw
4. Aryan, A. & Torres de Aryan, D. (2007). Notas para la comprensión de la predisposición psicótica en la pubertad y la adolescencia. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 29 (2), 255-276. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Aryan.pdf>
5. Ban, T. & Ucha, R. (1995). *Clasificación de las psicosis*. Buenos Aires: Salerno.
6. Becerra, O. F. (2014) La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética. *Persona y bioética*. 18 (2). pp. 238-253. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/832/83232594012.pdf>
7. Berenstein, I. (1995) Psicoanálisis de familia y pareja. *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 7 (2). pp. 246-250. Recuperado de: <http://apdeba.org/wp-content/uploads/Berenstein1.pdf>
8. Bergeret, J. (2005). *La personalidad normal y patológica*. México: Gedisa.
9. Bertoni, F M. (2008). Crisis adolescente y su relación con el primer brote esquizofrénico. (Tesis Universitaria, Universidad de Chile: Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología) Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-bertoni_m/pdfAmont/cs-bertoni_m.pdf
10. Bleishmar, N & Lieberman, C. (1989). Melanie Klein. Discusión y comentarios: La fantasía psíquica como escenario de la vida psíquica. *El psicoanálisis después de Freud* (pp. 135-162). México: ELEIA editores.
11. Buchheim, A (2013). Efectos del psicoanálisis en el cerebro. *Mente y Cerebro*, (62), p. 29. Recuperado de <http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/Revista%20mente%20y%20cerebro%20El%20legado%20de%20Freud%2032.pdf>
12. Calafell, R. M., & Giráldez, L. S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace: Revista Iberoamericana de psicosomática*. (111). Recuperado de <http://www.p3-info.es/PDF/Esquizofrenia-otros-Trastornos-Psicoticos-Principales-cambios-DSM-5.pdf>

13. Cameron, N. (2015). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico*. México: Trillas.
14. Coderch, J. (2011). *Psiquiatría dinámica*. España: Herder.
15. Cooper, D.G. (1985) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
16. Cruz, F. L., Muñoz, N. F. & Rojas, M. H. (2014) *implementación de un dispositivo psicoanalítico para la intervención en una institución psiquiátrica*. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v6n2/v6n2a05.pdf>
17. De la Fuente R (1997). *Psicología médica*. México: Fondo de cultura.
18. De Potestad, F. & Zuazu A.I. (2003) La salud mental en el siglo XXI. *Norte de la Salud Mental* (18), pp. 9-18. Recuperado de <file:///C:/Users/Roc%C3%ADo/Downloads/Dialnet-LaSaludMentalEnElSigloXXI-4830124.pdf>
19. Dáz, I (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Editorial Pax México.
20. Durante, M. P. & Noya, A. B. (1998) *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Principios y Práctica*. Barcelona: Masson.
21. Federn, P. (1952). Psicoanálisis de las psicosis. *La psicología del yo y las psicosis* (pp.163-202). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
22. Freud, S. (1917-1919/1992). *Obras Completas Vol. XVII*. (Tercera reimpresión) (p. 155). Buenos Aires: Amorrortu Editores Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/17%20-%20Tomo%20XVII.pdf>
23. Fudín, M. (2004) Familia y Psicosis: El trabajo analítico con las familias de los pacientes psicóticos. [Trabajo presentado en el 1º Congreso Argentino Psicoanálisis, Lazo social y Adversidad], Escuela freudiana de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_923.pdf
24. Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina. Paidós. Recuperado de: <https://antipsiquiatridg.files.wordpress.com/2015/01/galende-emiliano-psicoanalisis-y-salud-mental.pdf>
25. Goldman, H. H (2001). *Psiquiatría general*. México: Manual moderno.
26. Gracia, A. (2014) *Psicoanálisis y psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis.
27. Greenson, R (2014). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI Editores.
28. Guillamón, R. (2013) Transferencia y repetición en el tratamiento institucional de pacientes graves. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid* (27). Recuperado de: <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-27/transferencia-y-repeticion-en-el-tratamiento-institucional-de-pacientes-graves/>
29. Guillerault, G. (2009). *Dolto/Winnicott: El bebé en el psicoanálisis*. México: Paidós.

30. Gutiérrez, B. C., Jiménez, R. C. & Corregidor, S. A. I. (s/f) *Tratado de geriatría para residentes: Capítulo 7. El equipo interdisciplinar*. (pp. 89-92). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/357126693/Tratado-de-geriatria-para-residentes-pdf>
31. Icho, J. (1987). Tratamiento psicoanalítico de las psicosis infantiles. *Psicosis infantiles. Tratamiento psicoanalítico* (pp. 13-46). Madrid: Editorial Grupo Cero.
32. Kernberg, O. (1979/2010) *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico* (4ª Reimpresión). España: Paidós. Psicología profunda.
33. Laing, R. D. (2000) *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
34. Leclaire, S. (1999) *Principios de una psicoterapia de las psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis
35. López, L. (11.03.18) Sigmund Freud: Lecciones introductorias al psicoanálisis de 1916-1919. Lección XVI. *Psicoanálisis y psiquiatría*. [Extraído de Facebook] Laura López García psicoanalista de la escuela de poesía y psicoanálisis Grupo Cero. Málaga, España.
36. Macías, M. A. (2006) *Experiencia psicoanalítica y acompañamiento*. México: Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Querétaro
37. Maleval, J. C. (1991). Histeria y psicosis infanto-juveniles. *Locuras histéricas y psicosis disocitivas* (pp. 120-153). Argentina: Paidós.
38. Montaña, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (Marzo 2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*. 4 (1).
39. Nemirovski, C. (1999, Noviembre 05) Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. *Aperturas Psicoanalíticas*. (3) Recuperado el 20 de Enero, 2018 de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000089>
40. Organización Mundial de la Salud (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Recuperado de [12 de Julio de 2017] http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1
41. Ortiz, E. (2011). *La mente en desarrollo: Reflexiones sobre clínica psicoanalítica*. México: Paidós.
42. Pelorosso, E. A. (2003). *Winnicott, sobre la transferencia y la regla de abstinencia*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/winnicott.pdf
43. Pérez, T. (26 de octubre de 2015). Breve historia del DSM [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://taispd.com/dsm-5-breve-historia-del-dsm/>

44. Pileño, M. E., Morillo, F. J., Salvadores, P. & Nogales, A. (2003) El enfermo mental: Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*. 7 (13), pp. 29-35. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf
45. Rangel, M. E (2016) *Psicoterapia infantil: un enfoque psicoanalítico* (2^{da} ed.). México: Trillas
46. Rosenfeld, D. (2006) *El alma, la mente y el psicoanalista* (1^{ra} ed.). México: Paradiso editores.
47. Sacristán, C. (2005) Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Tendencias*. 5 (1). pp. 9-33. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/frenia/2005/009-historiografia-de-la-locura-y-de-la-psiquiatria-en-mexico-de-la-hagiografia-a-la-historia-posmoderna.pdf>
48. Sahakian, S. W. (2007). *Historia de la psicología*. México: Trillas.
49. Searles, H. (1994). *Escritos sobre esquizofrenia* (2^{da} ed). Barcelona: Editorial Gedisa.
50. Sechehaye, M. A. (1947/2014) *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica: exposición de un nuevo método psicoterapéutico* (13^{ra} Reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
51. Siani, R. & Siciliani, O. (s.f). Pacientes con psicosis, psicoterapia y reorganización del self. Un modelo de terapia individual: descripción y estudio piloto. En Martindale, B. V., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (2009) *La psicosis: los tratamientos psicológicos y su eficacia* (1^{ra} ed.). Barcelona: Herder
52. Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
53. Valverde, M. (2007). Guía orientadora de recomendaciones para la intervención del terapeuta ocupacional en trastorno mental grave. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. (No. 5) Recuperado de <http://www.revistatog.com/num5/Revision2.htm>
54. Warner, E. (1978). Generalidades a cerca de las psicosis. *Psicopatología clínica*. (pp.137-148). México: Fuentes impresores, S.A
55. West, J. (1992/1994). *Terapia de juego centrada en el niño*. (pp. 14-18, 185-195). México: El Manual Moderno.
56. Winnicott, D.W. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.
57. Winnicott, D.W. (1990). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.
58. Wolff, S. (2010). *Trastornos psíquicos del niño: Causas y tratamientos*. México: Siglo XXI Editores.
59. Zullinger, H. (1920/1981). *Fundamentos de psicoterapia infantil. Un enfoque práctico*. (2^o Edición) (pp. 29,30, 45-63). Madrid: Ediciones Morata.