



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

164
2ej

EL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS (ESTUDIO DE 2 CASOS)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

LUCILA ROMERO Y JIMENEZ CANET

TESIS ASESORADA POR: PSIC. DIANA OSTROWSKY



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

PE

INTRODUCCION..... 1

EPIDEMIOLOGIA DE LAS PSICOSIS

ESQUIZOFRENICAS.....5

ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA.....9

ANTECEDENTES HISTORICOS DE TERAPIA

PARA ESQUIZOFRENICOS.....19

MARCO TEORICO

TRATAMIENTO

Aproximaciones Psicoterapéuticas

a la Esquizofrenia.....30

METODOLOGIA

INTRODUCCION.....74

PRESENTACION PRIMER CASO.....76

DATOS GENERALES.....77

DATOS CLINICOS

DATOS DE LA HISTORIA

PERSONAL DEL PACIENTE.....80

AUTOIMAGEN.....83

PRIMERA ENTREVISTA.....84

DESARROLLO DEL CASO.....89

PRESENTACION SEGUNDO CASO.....	122
DATOS GENERALES.....	122
DATOS CLINICOS.....	123
DATOS DE LA HISTORIA PERSONAL- DEL PACIENTE.....	126
PRIMERA ENTREVISTA.....	130
DESARROLLO DEL CASO.....	134
RESULTADOS.....	152
CONCLUSIONES.....	158
LIMITACIONES.....	162
SUGERENCIAS.....	164
BIBLIOGRAFIA.....	166

INTRODUCCION

Al familiarizarse con la psicoterapia para pacientes esquizofrénicos llama la atención el desconocimiento que de esta herramienta hay en el medio de la Psicología y de la Psiquiatría. Diríase que no se considera al esquizofrénico como un sujeto a ser tratado por medios psicoterapéuticos individuales o familiares.

Según datos aportados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, entre el 1 y el 2%, de la población nacional padece algún tipo de psicosis. En 1974, reporta que, de 183,316, casos estimados como prevalentes, en la República Mexicana, el 73.5% corresponden a trastornos mentales, y el 26.5% a enfermedades del sistema central, con proporción aproximada de 3 por 1 respectivamente. Por trastornos mentales las cinco primeras entidades federativas son: Distrito Federal - 25%, Veracruz - 6.3%, Tamaulipas - 5.9%, Jalisco - 5.2%, Yucatán - 3.4%.

En el terreno de los hechos los pacientes no están recibiendo tratamiento psicoterapéutico mas que de una manera no significativa, desde el punto de vista estadístico. Si a esto aunamos que los estudiantes de Psicología y Psiquiatría no tienen incluido el tema de Psicoterapia para psicóticos, dentro de, sus programas de entrenamiento,-

tenemos que, solo tendrán acceso a este tipo de tratamiento aquellos pacientes que por azar lleguen a encontrarse con un terapeuta que se haya entrenado en forma autodidacta o en el extranjero.

Ahora bien, cuáles serían las razones importantes para hacer deseable que los terapeutas que ven esquizofrénicos conocieran el tema de la Psicoterapia para este tipo de enfermos?. Como veremos, el paciente esquizofrénico es tratado básicamente con fármacos y con terapias físicas (choques insulínicos, tratamiento electroconvulsivo o psicocirugía). En este entorno el valor de la Psicoterapia es el de asociarse, no el de sustituir a estos medios. Por regla general el paciente tratado con fármacos ve aumentada su posibilidad de mejoría si se le adjunta una adecuada psicoterapia, más aún hay un alto porcentaje de pacientes que se niegan a tomar sus medicamentos, y es por medio de la relación que el psicoterapeuta establece con él que se puede descubrir cuales son sus resistencias y ayudarlo a superarlas.

Otra razón importante para difundir este tema, es que mientras más pronto se inicie una psicoterapia con el paciente esquizofrénico, más probabilidades tenemos de evitar brotes subsecuentes e recaídas. Como regla general, el paciente esquizofrénico presenta un proceso de involuciones a degeneraciones físicas, este proceso se ve aumentado por la falta de contacto humano real y la pérdida

latina de la esperanza; aquí la posibilidad de entablar -- contacto con él es invaluable, ya que el paciente sistemáticamente evita las posibilidades de relacionarse, y así se va adentrando cada vez más en un mundo autista lleno de símbolos y vivencias apartadas de la realidad. El psicoterapeuta tendrá pues como función comprender sus simbolismos y entablar con él una relación humana en su terreno y con su idioma, para posteriormente intentar reestablecerlo, aunque sólo sea parcialmente en un mundo más real, y más pleno de esperanzas para él. Desde este punto de vista el proceso de involución se detiene considerablemente -- ya que hay casos en que la única posibilidad de relación y contacto que tiene el paciente es con su terapeuta.

Hay otro aspecto que hace interesante el tema de la -- aproximación terapéutica a la esquizofrenia, y es que la -- esquizofrenia debe ser vista como paradigma de la vida humana. En la esquizofrenia, y en las psicosis en general, -- se manifiesta con remarcada claridad y simpleza aspectos -- del ser humano que son a menudo borrados o disimulados -- por las complejidades de las neurosis o las ofuscaciones y racionalizaciones de la gente normal. Este es pues, un -- campo fértil para la investigación, el estudio y la práctica.

Finalmente diremos que el tratamiento que reciba un paciente dependerá de los conocimientos y práctica del terapeuta, y aquí hay que hacer notar que los psicólogos al

ser entrenados para tratar pacientes psicóticos, hemos de hacer equipo con los profesionales que hasta la fecha se han encargado de ellos, tales como médicos, psiquiatras y enfermeras psiquiátricas, ya que es por medio del trabajo de equipo como se puede pensar en dar un paso adelante en el tratamiento de la esquizofrenia en nuestro país.

Al elaborar esta tesis se pretende presentar un panorama de lo que es la psicoterapia para esquizofrénicos - por medio del tratamiento de dos casos; con la intención - de que aquellos psicólogos que inicien su formación como - Clínicos, conozcan este aspecto del ejercicio profesional como una alternativa en su orientación personal.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS EN MEXICO

De una manera general se ha establecido en la introducción que entre el uno y el dos por ciento de la población nacional padece algún tipo de psicosis, de manera más específica el Instituto Mexicano de Psiquiatría reporta: en el Distrito Federal de una población total de 8,273,000 de habitantes calculada para 1974, 13,762 eran esquizofrénicos, distribuidos de la siguiente manera:

Esquizofrenia: Tipo Simple 4,183 - Tipo Heberfénico 944 - Tipo Catatónico 337 - Tipo Paranoide 6,139 - Tipo Esquize-afectivo 472 - Episodio Esquizofrénico Agudo 337 - Episodio Latente 0 - Esquizofrenia Residual 135 - Otros 337 - Tipo no especificado 878.

En fecha reciente se llevó a cabo una investigación con enfermos internados en hospitales psiquiátricos que incluyó una población de 2,141 enfermos distribuidos en hospitales de la Dirección General de Salud Mental.

Hospital Campestre *Dr. Adolfo M. Nieto*

Hospital Campestre *Dr. Fernando Ocaranza*

Hospital Campestre *Dr. Samuel Ramírez Moreno*

Hospital Campestre *Dr. José Sáyo*

Hospital Granja *La Salud-Tlazolteotl*

Hospital Granja *Cruz del Norte*

Hospital Granja *Villahermosa*

Dicha investigación, arrojó entre otros datos que: -
.- El diagnóstico que agrupa el mayor número de enfermos -
fue el de Esquizofrenia con un 34% de la población total -
estudiada. .- El tratamiento que se imparte a los pacien-
tes en dichas Instituciones está contemplado en los siguien
tes programas: Programas de Tratamiento Médico, Programas
de Tratamiento Terapeutico y Programas de Tratamiento Ocu-
pacional y de Rehabilitación. Y los pacientes se distribu-
yen en los diferentes programas de la siguiente manera:

<u>Programas de Tratamiento Médico:</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Electra convulsivo	33	2
Insulino terapia	33	1
Neurolépticos	1,589	74
Barbitúricos	167	8
Anticonvulsivos no Barbitúricos	685	32
Hipnóticos	70	3
Antidepresivos	49	2
Ansiolíticos	554	26
Otros	335	16
TOTAL	3,495	100

<u>Programas Terapéuticos:</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Terapia Recreativa	652	31
Terapia Ocupacional	649	30
Psicoterapia Individual	34	2
Psicoterapia Grupal	32	1

<u>Programa Ocupacional de Rehabilitación:</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Labores de servicio en la Institución	737	34
Artesanal	355	17
Agropecuario	256	12
Otro	112	5

El Hospital Psiquiátrico *Clínica San Rafael* reporta: .- De una muestra estadística tomada en el período -- comprendido entre el mes de Marzo y Mayo del 83, se obtuvo que:

- .- De 334 ingresos 103 fueron diagnosticados como esquizofrénicos.
- .- Lo que representa el 24.83% sobre el total.

Del análisis de los datos reportados podemos concluir que:

- .- De la población existente en Hospitales psi-

quiátricos, aproximadamente la tercera parte es diagnosticada como esquizofrénicos.

- .- Dichos pacientes son tratados mayoritariamente por psicofármacos y minoritariamente por tratamientos electroconvulsivos insulino-terapia y terapias individuales o grupales.

ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Se ha encontrado como facotes etiológicos de la Esquizofrenia:

1. Factores Biológicos
2. Factores Sociales
3. Factores Experienciales

1. Los factores Biológicos de mayor importancia son:

- 1.1. Predisposición Genética
- 1.2. Desordenes de Tipo Infeccioso
- 1.3. Desordenes de Tipo Alérgico
- 1.4. Disturbios Metabólicos (bioquímicos)

1.1.- Estos factores pueden coexistir o interactuar. La evidencia de que exista una predisposición genética, basada en estudios sobre gemelos y sobre historias familiares, sugiere que la importancia de este factor es menor en los casos de Esquizofrenia que en los de enfermedad Maníaco Depresiva.

1.2.- Hay investigadores que suponen que el factor infeccioso juega una parte en la etio

logía de algunos casos de Esquizofrenia. La definitiva identificación de un agente infeccioso no ha sido confirmado aún.

- 1.3. La idea de que un factor metabólico o o -alérgico pueda ser la causa de algunas esquizofrenias se basa, respectivamente, en la identificación de proteínas anormales contenidas en la sangre de los pacientes esquizofrénicos y la evidencia de una ---anormalidad antigénica en el suero coleccionado de los esquizofrénicos crónicos. Se convino en llamar Taraxeina a las proteínas reportadas en la sangre de paciente esquizofrénico. La Taraxeina está relacionada con la Ceruloplasmina.

Las anomalías en el proceso de transmetilación también han sido reportadas en la Esquizofrenia.

La existencia de varias anomalías biológicas en la Esquizofrenia no ha sido totalmente confirmada y la hipótesis concerniente a la significación de dichas anomalías está lejos de haber sido probadas.

1.4.- Las anormalidades bioquímicas en la Esquizofrenia pueden ser de importancia etiológica o representar los efectos del desorden Esquizofrénico. Cualquier actividad, ya sea mental o emocional, requiere de un proceso Bioquímico. Por lo tanto es lógico pensar que una anormalidad funcional está acompañada de una anormalidad química.

2. Los factores Socio-Culturales juegan un papel muy importante en las causas de la Esquizofrenia. El decir que la pobreza causa la Esquizofrenia sería una sobresimplificación pero el hecho es que los desordenes esquizofrénicos se presentan más comunmente en niveles socioeconómicos bajos que en los niveles altos.

Existen varias investigaciones posibles acerca del hecho de que la Esquizofrenia es un desorden más frecuente en la gente de bajos recursos que en la de altos ingresos. El acinamiento se puede considerar como un factor, ya que la necesidad que un ser humano tiene de un espacio puede ser comparada con la territorialidad en otras especies. La pobreza puede afectar la habilidad de las madres para darles a sus hijos una atención adecuada y puede ser que las escuelas pobres

y la limitación de facilidades recreacionales en barrios bajos o áreas muy pobres sean un factor contribuyente. Hay otro factor que probablemente este relacionado al esfuerzo experimentado durante la adolescencia y la temprana vida adulta y es que al darse cuenta de que los factores económicos y sociales son una barrera para alcanzar gratificaciones fundamentales, la ambición se pierde y el proceso regresivo de la Esquizofrenia empieza.

El alto índice de hogares deshechos en los niveles socioeconómicos bajos es en sí probablemente un factor en la etiología de la Esquizofrenia.

3. Los factores Experienciales en la etiología de la Esquizofrenia incluyen un número de circunstancias que pueden ocurrir durante el desenvolvimiento Psicossocial. Las hipótesis concernientes a factores psicológicos -- han sido formuladas en base a los datos obtenidos de las historias de vida de los pacientes, del estudio de familias con integrantes esquizofrénicos, y algunos datos tomados de experimentación con animales; en relación a esto el aislamiento y la carencia materna durante la infancia ha producido en experimentos con animales no sólo algunos de los síntomas sugestivos del comportamiento de la Esquizofrenia, sino que también algu

nas de las anomalías metabólicas.

De manera general podemos decir que los factores experienciales influyen en el panorama etiológico en el siguiente orden:

- 3.1. Carencia maternal o un trato materno inadecuado durante la etapa oral de desenvolvimiento.
- 3.2. La inversión de los papeles maternal o paternal.
- 3.3. Una repetida exposición a situaciones de doble vínculo.
- 3.4. Disturbios durante la etapa fálica de desenvolvimiento con reactivación de miedos sexuales en la temprana adolescencia.

31.- La habilidad para captar la realidad y -- pensar lógicamente es adquirida. Las suposiciones referentes al efecto de un comportamiento tal en una situación de relación interpersonal, el comienzo de la habilidad para comunicar e interpretar las comunicaciones de los otros (verbal o no verbal), y la idea general de causa y efecto, la cual es esencial para el pensamiento lógico, tienen su inicio en la vida -- temprana. Si una madre, o una madre sustituta es altamente inconsistente en sus

actitudes hacia el niño y en sus respuestas ante el comportamiento del niño esto puede hacer que se produzca un serio vacío en el desarrollo de la personalidad del niño.

3.2.- Si bien se cree que el comportamiento de la madre es muy importante en el desarrollo de la personalidad preesquizofrénica, la personalidad del padre también trae consecuencias. El tener una madre agresiva y dominante, y un padre pasivo e inasertivo puede hacer que el niño no desarrolle normalmente su apropiada identificación sexual y por lo tanto no pueda establecer las adecuadas expectativas respecto a lo que se refiere el comportamiento típico de hombres y mujeres en situaciones interpersonales. Las necesidades básicas se conocen a través de la interacción con los demás; y es de esperarse que el próspero trato con los demás requieren de una cierta habilidad para comunicarse.

4.3.3.- Muchos de los desórdenes de los Esquizofrénicos incluyen su inhabilidad para

municarse significativamente. Las experiencias repetidas de doble vínculo interfiere con el aprendizaje efectivo de la comunicación y al mismo tiempo crea la frustración y la ansiedad.

El 'doble vínculo' es descrito por Bateson y sus asociados, incluye una situación de comunicación recurrente, en la que hay un primer mandato negativo y un mandato secundario en conflicto con el primero. La idea básica de dos comunicaciones opuestas puede ser ilustrada por los siguientes ejemplos: indicarle a alguien con un gesto en la mano que se acerque a uno y ya que esté a corta distancia decirle verbalmente vete, o por algo como, colocar ceniceros en las sillas de una sala de espera que a su vez tiene letreros de prohibido fumar. Puede haber situaciones más complejas y sutiles, en las cuales a una persona se le dice o se le pide que haga dos cosas que por naturaleza están en conflicto. Por ejemplo un jefe de personal que les pide a sus empleados que usen su iniciativa propia y que tomen decisiones por ellos mismos, pero las promociones y

los premios son siempre dados a aquellos empleados que se adhieren rígidamente a los procedimientos estandar y consultan a su jefe en todas aquellas circunstancias que no están contempladas dentro de los procedimientos.

La persona tratada a base de mensajes tipo 'doble vínculo' tiende a resolver el dilema que se le plantea de una de las si guientes maneras:

- 1.- Buscar discernir cual de las dos comunicaciones es la válida.
- 2.- Elegir una de las dos e ignorar la - otra.
- 3.- Combinar las comunicaciones contradictorias de tal modo que tengan sentido (ejemplo: " hazlo⁴+ "no lo hagas" o esto puede significar " hazlo pero no en este momento").
- 4.- Saliendo de la situación ambigua.

La hipótesis del "Doble Vínculo" implica algo más -- que conflictos en la comunicación. Ella involucra que aún las respuestas se encontrarán con rechazo, desaprobación,-

castigo o algún tipo de trato que podría quedar expresado en las siguientes frases: "tú estas mal si haces esto, pero estas mal también si no lo haces". Esto también supone que el "Doble Vínculo" ocurre repetitivamente en una situación de la cual el escape es imposible, es decir el sujeto no encuentra alternativas.

Se ha visto que después de un tiempo lo suficiente--mente largo de estar sometido a la experiencia de "Doble - Vínculo" el ambiente total comienza a ser percibido dentro de lo que forma ya un patrón de interpretación de la realidad a base de "Doble Vínculo" y así es como el sujeto ---- aprende a reaccionar a fracciones de la realidad que le --evoquen este patrón de secuencia de "Doble Vínculo" con pánico o furia.

3.4.- Penuliaridades en el comportamiento se---xual y en las actitudes hacia el sexo en pacientes esquizofrénicos llevan a pensar que el conflicto sexual juega un papel en la producción o desencadenamiento del desorden. Dado que la dificultad sexual no es meramente un síntoma de la enfermedad es de notarse que en las historias clínicas siempre aparece como una parte prioritaria de la enfermedad. Los miedos acer-

ca de la sexualidad probablemente aparezcan en la fase fálica de desarrollo y son reactivados durante la adolescencia.

Así pues, tenemos que enfrentarnos al hecho de que - hay muchas teorías que nos hablan sobre la etiología de la Esquizofrenia, pero sin embargo los datos que se tienen -- son insuficientes para decidir, que teoría es la correcta. No obstante es de vital importancia que al enfrentarnos an te un caso de Esquizofrenia hemos de tener en cuenta proba bilidades paralelas para todos los factores aquí expresa-- dos, y solo será después de un largo estudio y prolongada convivencia con el paciente que podremos opinar que peso - tienen cada uno de los factores antes descritos en cada ca so específico.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE TERAPIA PARA ESQUIZOFRENICOS

Al investigar sobre antecedentes históricos de tratamiento para pacientes esquizofrénicos, nos encontramos con una doble dificultad: la primera se refiere al término Esquizofrénico, que no surge sino hasta el siglo XX, y que - por tanto, previo a esta nomenclatura el esquizofrénico -- fue agrupado en forma genérica con todo tipo de trastornos mentales, los cuales son designados como poseídos, insensatos, locos, independiente de las diferentes clasificaciones médicas que se dieron a lo largo de la historia.

La segunda dificultad se refiere a encontrar datos -secuenciales y específicos sobre tratamiento, ya que este sufre modificaciones de acuerdo a la evolución del pensamiento médico prevaleciente en cada época; y la conciencia social y modo de reacción con respecto al fenómeno humano de la locura. Ambas cosas hacen que a veces sea bastante oscuro encontrar cual fue la aproximación terapéutica al loco en un período determinado de la historia. Por ello - reportaremos, de manera sucinta, los datos mas relevantes encontrados con una secuencia cronológica.

La humanidad en el transcurso de los siglos ha reaccionado de diversas maneras ante el fenómeno que hoy conocemos como la Esquizofrenia. Durante períodos muy largos

han sido tratados estos pacientes como lunáticos y poseídos quienes habrían de ser exorcisados por médicos o sacerdotes con suficiente poder para ese efecto. Este fué también el concepto que de la locura tuvieron los Griegos quienes trataban a los pacientes en los templos a Aesculapian poniéndolos a dormir, y así el paciente recibía la inspiración durante el sueño acerca de su problema o se le daban instrucciones que eran decifradas posteriormente. Las Furias poseían a los enfermos y por ello se les llamaba Cerriti a los poseídos por ceres y Larali Furiosi a los poseídos por la Furia Lares. Es por esto que en los Mnemos, encontramos que un práctico en medicina lo primero que pregunta cuando era llamado para curar a un paciente loco era, que deidad había tomado posesión de él, pues según fuera esta así habrían de ser los sacrificios que se harían para aplacarla. Hipócrates se opone rotundamente a esta versión y habla de los 4 elementos y los 4 temperamentos como factores etiológicos de la locura, de la cual hace una clasificación. El abordaje terapéutico de Hipócrates a los padecimientos mentales se basaba inicialmente en un ambiente sano en el que se controlara, la dieta, los baños y la higiene personal; si esto no era suficiente iniciaba sangrías, purgas y baños especiales, y solo en el último de los casos hacía uso de medicinas elaboradas a base de hierbas y purgantes, siempre observando estrechamente las reacciones del paciente y bajo el principio de "Si no puedes hacer el bien, no hagas mal."

Durante el Medievo fueron marginados a las afueras - de la ciudad dejándolos vagar de un lugar a otro; en algunas ocasiones los locos eran azotados públicamente, y como una especie de juego los ciudadanos los perseguían simulando una carrera, y los expulsaban de la ciudad golpeándolos con palos. En la ciudad de Nurenberg, los locos llegan a ser tal número que son alejados y mantenidos por el presupuesto de la ciudad, pero no son tratados: son pura y simplemente arrojados a las prisiones.

A principios del Renacimiento se auna a lo anterior la tendencia a entregar a los locos a los marineros o mercaderes, con la consecuente formación de las simbólicas Naves de los Locos, embarcaciones que zarpaban llevándose -- bien lejos de tierra firme todo el mal y la miseria humana que el loco representaba. La Iglesia les niega la entrada a los Templos, aunque no el derecho a los Sacramentos.

Se sabe bien que en el siglo XVII se han creado grandes internados y que en ellos se encerraba por igual a los pobres, los desocupados, los mozos de correccional y a los insensatos (locos) como entonces se les llamaba. Es entre los muros de los internados donde Pinel y la Psiquiatría - del siglo XIX van a encontrar a los locos. " Yo los he visto desnudos, cubiertos de harapos, no teniendo mas que paja para librarse de la fría humedad de los empedrados en - los que estan tendidos. Los he visto mal alimentados, pri

vados de aire que respirar, de agua para calmar su sed y de las cosas mas necesarias de lavida. Los he vista entregados a auténticos carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los he visto en recintos estrechos, sucios infectos sin aire, sin luz, encerrados en antros donde no se encerraría a los animales". (M. Foucault T1-pg 80).

En 1656 se anuncia el decreto de fundación del Hospital General de París, pero un hecho esta bien claro: el -- Hospital General no es un establecimiento médico. Es mas bien una estructura semijurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes, de antemano -- constituidos y fuera de los tribunales, decide, juzga y -- ejecuta. " Para ese efecto los Directores tendrán estacadas y argolladas de suplicio, prisiones y mazmorras, en el dicho Hospital y lugares que de él dependan, como ellos lo juzguen conveniente, sin que se puedan apelar a las ordenanzas que serán redactadas por los directores para el interior de dicho Hospital; en cuanto a aquellas que dicten para el exterior, serán ejecutadas según su forma y tenor, no obstante que existan cualesquiera oposiciones o apelaciones hechas o por hacer, y sin perjuicio de ellas, y no obstante todas las defensas y parcialidades, las órdenes no serán diferidas". El Hospital General no es, como podría suponerse una institución de cura y custodia, sino un extraño poder que el Rey establece entre la policia y la --- justicia, en los límites de la ley. Los Alineados que Pintel encontrara en Bicetre y en Salpêtrière, pertenecen a -

este mundo.

En 1785 Doubelt, describe cuantro clases de enfermedades del espíritu: el Frenesí, la Manía, la Melancolía, - la Imbecilidad, siendo que ésta última se considera como - la consecuencia de cualquiera de las tres anteriores que - se prolongue por demasiado tiempo. Para su tratamiento se sugiere:

1.- El Frenesí: "Esta terrible enfermedad es la menos difícil de curar de todas las afecciones del cerebro".

"Se debe empezar por grandes sangrías, y comenzar por la del pié, que se repetirá dos o tres veces; en seguida se pasará a la sangría de la arteria temporal y de la yugular, haciéndolas cada vez mayores y mas copiosas".

"Las bebidas serán abundantes, frías, desleyentes y -- antiflojísticas. En el interválo de cada sangría, se harán, de ser posible, dos lavados, el uno purgativo, el otro emoliente".

"Desde el momento de la invasión de la enfermedad, se afeitará la cabeza, o se cortarán los cabellos. Se aplicará enseguida un vendaje, que se llama bonete de Hipócrates, y se tendrá cuidado de tenerlo siempre em

papadas de una mezcla de agua y vinagre frío.

- 2.- La Manía: Aunque las sangrías deben hacerse con audacia en la manía, sin embargo podrán tener mayor circunspección que en el frenesí que es una enfermedad -- muy aguda; esta restricción será tanto más necesaria cuanto más antigua sea la enfermedad.

“La administración de purgantes es aún más esencial -- que la sangría; pues hay manías que pueden curarse -- sin sacar sangre, en tanto que son pocas las que no -- tengan necesidad de purgaciones, aún repetidas para -- impedir la rarefacción de la sangre, para atenuar y -- expulsar los humores pegajosos y espesos”.

“Los baños y las duchas se proseguirán durante largo tiempo para los maniácos, y el medio de hacerlas eficaces es alternarlas con purgantes, es decir purgar -- un día y bañar al siguiente”.

“Los cauterios, los sedales, las úlceras artificiales serán útiles en todos los casos, supliendo las evacuaciones que se hagan difícilmente”.

- 3.- La Melancolía: “Cuando los accesos son violentos, --- cuando el sujeto esta pletórico o en una circunstancia que pueda hacer temer un reflujo sanguíneo

hay que sangrar con decisión pero después de la sangría hay que guardarse de pasar a los purgativos, cualesquiera que sean.... Antes de purgar hay que relajar, destemplan, empezar a fundir este humor viscoso que es el principio de la enfermedad; desde entonces la marcha es conocida. Las tisanas ligeras aperitivas, el suero, algunas tomas de crea de tártaro, baños tibios, un régimen humectante; se pasará en seguida a los fundientes mas activos, como los azúcares de hierbas, a los bolos jabonosos, a las píldoras com---puestas con goma amomófila, crema de tártaro y mercurio dulce; finalmente cuando el humor haya vuelto a ser móvil, se podrá purgar”.

- 4.- La Imbecilidad; “Cuando este estado es la consecuencia o el último período de otra enfermedad, ofrece pocas esperanzas lo primero que hay que hacer es restaurar al enfermo mediante buena alimentación; en seguida se le hará tomar aguas termales facticias; se le purgará con raíz de brionia y jalapa, disueltas -- en aguardiente; se verá que pueden hacer también los baños fríos y las duchas”.

La Imbecilidad producida por masturbación, solo podrá ser atacada por los analépticos, los tónicos, las aguas -- termales, las fricciones secas.

Si se sospecha que un virus repercutido es la causa - de la imbecilidad, no hay nada menor que inocular la sarna y este medio aún podría intentarse en todos los casos de - imbecilidad, cuando no se haya obtenido ningún provecho -- con lo que inicialmente se ha considerado eficaz.

Estas son las instrucciones sobre la manera - de gobernar a los insensatos y de trabajar pa - ra su curación en los asilos que les estan -- destinados.

(En el Diario de Medicina, 1785, pp.529-583).

Así pues la idea de ocuparse de los enfermos mentales mas allá de confinarlos, no apareció, sino hasta el siglo XVIII. La Psicología había sido dejada a los filósofos, y las leyes de las ciencias de la conducta aún no habían sido pensadas. Los médicos se mantenían en su práctica privada restringidos al uso de remedios químicos y físicos -- que ellos sabían por medios empíricos en el tratamiento de otras enfermedades. Y la farmacopea de la que disponían se basaba en principios derivados de la alquimia Medieval; tales como convulsiones producidas por alcanfor, y anestias con ether. A finales del siglo XVII y principios del XIX se estiló un tipo de tratamiento por shock, consistente en sentar al paciente en un banquito y darle de vueltas hasta marearlo a tal punto que perdiera el conocimiento, y

despues hacerlo caer por medio de una puerta trampa en el piso, a un pozo con agua helada. Este tipo de tratamiento de shock con su énfasis en producir miedo e incomodidad en el paciente está directamente opuesto a los métodos terapéuticos modernos en los que cada esfuerzo esta hecho para eliminar el trauma psicológico.

El Mesmerismo o Magnetismo animal, que llegó a causar sensación por un breve período en los finales del siglo XVIII y principios de XIX no fue usado con pacientes psicóticos.

De hecho la Esquizofrenia no es tratada como una entidad nosológica aparte, sino hasta el siglo XIX cuando encontramos ya reportes de pacientes con cuadros que corresponden al síndrome de la Esquizofrenia y que eran agrupados bajo la clasificación de démencere précoce, término -- que utilizó por vez primera el psiquiatra Belga Morel en 1860.

En 1886, Kraepelin propuso que podría existir un común denominador entre síndromes tan aparentemente distantes como la hebefrenia de Hecker, la catatonia de Kahlbaum y muchas psicosis paranoides. Al definir la demencia precoz como un síndrome preciso, introdujo orden en lo que -- hasta entonces había sido un caos en la observación y la clasificación.

En 1911 Eugen Bleuler (1857-1939), propuso que se -- suplantara el término de demencia precoz por el de Esquizofrenia (división de la mente).

Es también durante la mitad del siglo XIX que surge en Estados Unidos el Llamado Movimiento Moral iniciado por Dorotea Dix, en el que se procura un trato humano para los pacientes hospitalizados. Muchos de los aspectos propuestos por este movimiento se parecen a lo que hoy se conoce como medio ambiente terapéutico, y es aplicado en las instituciones que se encargan de pacientes esquizofrénicos.

Con el advenimiento de una inmensa cantidad de Hospitales mentales, en los cuales no era posible un acercamiento personal, se perdieron el trato moral y sus ganancias terapéuticas.

Se dió entonces un vacío terapéutico, que persistió durante medio siglo, hasta que a mediados de 1930 se desarrolló el tratamiento de coma hipoglucémico de Sakel y la terapia electroconvulsiva de Meduna.

Posteriormente en los 50s surgen las drogas neurolépticas, que trajeron ganancias, particularmente en el sentido de mantener el control en las manifestaciones de los - pacientes esquizofrénicos.

Actualmente en nuestro país los pacientes esquizofrénicos son tratados si están fuera de una Institución a base de farmacoterapia y si esta hospitalizado se emplean terapia física y fármacos básicamente.

TRATAMIENTO

AFROXIMACIONES PSICOTERAPEUTICAS A LA ESQUIZOFRENIA.

Existen serios desacuerdos para decidir la forma de tratamiento en la Esquizofrenia.

Hay psiquiatras que prefieren las terapias físicas - tales como las basadas en drogas, electrochoques, choques insulínicos y en algunos casos psicocirugía.

Pero un cierto número de psiquiatras principalmente norteamericanos han decidido introducir dentro de las posibilidades de tratamiento para estos pacientes la psicoterapia. Al respecto Silvano Arieti en el American Handbook of Psychiatry nos dice:

^Yo personalmente en el promedio de los casos prefiero la psicoterapia y con muchos pacientes uso una combinación de psicoterapia y terapia con fármacos. Mi sesgo personal está basado en la creencia de que las terapias físicas producen solamente avances en lo sintomático, mientras que la psicoterapia tiende a:

- 1.- Remover el conflicto básico el cual es necesariamente un elemento causal del desorden.

- 2.- Corregir los patrones psicopatológicos.
- 3.- Cambiar la autoimagen del paciente y por lo tanto hacerlo menos vulnerable.
- 4.- Permitir a las fuerzas psicológicas regenerativas del organismo recobrar el campo perdido.

Esto no significa que S. Arieti descarte las terapias físicas, por el contrario exceptuando la psicocirugía las encuentra muy útiles en situaciones como la siguiente:

- 1.- Cuando la psicoterapia para psicóticos no es posible ser usada en ese paciente (y desafortunadamente no es factible para la mayoría de los pacientes) las terapias físicas deben ser aplicadas.
- 2.- La psicoterapia no es eficiente en todos los casos. A pesar de que en las dos últimas décadas se han hecho grandes progresos, nuestra técnica no es completamente satisfactoria. Se han encontrado pacientes (afortunadamente en número decreciente) que no mejoran. Y en raros casos, las intervenciones interpersonales, aún de terapias muy experimentados, incrementan la ansiedad de los pacientes hasta tal punto que amplía su desintegración psicótica. Quizás con el refinamiento de la técnica tales casos eventual-

mente desaparezcan. Pero por el momento si la psicoterapia fracasa y la condición del paciente empeora (especialmente en casos de rápida de integración o en aquellos en los que no se ha hecho un contacto real), ha de hacerse un intento con psicoterapias físicas al menos para detener el proceso aunque solo sea en el sentido -- sintomático.

- 3.- Shocks y psicodrogas deben ser usadas en los casos urgentes en los que concurre además una enfermedad física. Aquí los resultados deben ser obtenidos rápidamente y mucho antes de los que podría esperarse con un procedimiento psicoterápico largo.

Aún cuando se usen con éxito las drogas o shocks la psicoterapia es muy importante para preveer recaídas.

Actualmente un número creciente de pacientes son tratados con una combinación de psicoterapias y drogas. Las drogas reducen la ansiedad y hacen al paciente más accesible.

En la experiencia de Arieti, esta combinación no --- acorta el tratamiento pero tiene la gran ventaja de hacer

inescesaria la hospitalización de muchos pacientes. En muchos casos un esquizofrénico florido pasa a ser un esquizofrénico ambulatorio. Esta transformación no debe de ser - minimizada ya que muchos pacientes pueden funcionar y trabajar en su comunidad mientras estan bajo tratamiento efectivo.

El mismo Arieti afirma que:

La terapia con drogas establece cierta distancia entre el paciente y su síntoma angustiante, lo cual es bueno terapéuticamente, por otra parte si el paciente recibe tratamiento con drogas experimenta menos ansiedad, y termina siendo de alguna manera menos sensitivo a la psicoterapia.

Por lo tanto cada caso debe ser evaluado individualmente. Nosotros tenemos que decidir en última instancia - si ganamos o perdemos más adjuntando una terapia con drogas. En un número considerable de casos la ganancia supera a la pérdida.

No importa que tratamiento se escoja para el paciente esquizofrénico; quien lo trate no puede ignorar la psicoterapia y en cierto sentido, no puede escapar de practicar psicoterapia con el paciente esquizofrénico aunque no se haya decidido propositivamente.

Aún el Psiquiatra cuya práctica consista predominantemente en administrar fenotiazinas no puede evitar inquirir en la dinámica de la angustia y los conflictos del paciente, no puede evitar encontrarse observando e interpretando que pasa entre el paciente y él mismo.

El Psiquiatra sin entrenamiento en Psicoterapia no podrá aplicar todo el insights que la gente especializada en psicoterapia para esquizofrénicos puede revelar al paciente y no podrá seguir todas las pistas que el enfermo da, pero algunas de ellas habrán sido asimiladas por el médico aún en formas diluidas.

Más aún aquellos que han agrandado el campo de la psicoterapia para esquizofrénicos incluyendo a la familia del esquizofrénico o en forma de terapia de grupo o psiquiatría comunitaria, han desarrollado sus teorías a partir de los fundamentos dejados por la psicoterapia individual.

A menudo los principios en los que se basa la teoría de psicoterapia para esquizofrénicos son deducidos de experiencias clínicas personales; en otras ocasiones hay alguna teoría preconcebida que orienta al terapeuta en determinada dirección*.

A continuación dejaremos atrás los comentarios del doctor Arieti para dar una breve descripción de los principales marcos conceptuales en lo referente a psicoterapia para pacientes psicóticos.

Cualquier revisión de este tipo debe iniciarse con Sigmund Freud, a quien debemos tanto del entendimiento de tantos aspectos de estos desórdenes. Sin embargo paradójicamente fué Freud el primero en estar desanimado con respecto a la psicoterapia enfocada a pacientes esquizofrénicos.

Para ser exacto en 1905 él no consideraba que los obstáculos permanecieran insuperables en el futuro y no excluía la posibilidad de que alguna técnica fuera orientada para permitir un tratamiento psicoanalítico de la psicosis.

Más tarde Freud asumió una actitud más pesimista. El creyó que la psicosis podía ser comparada con un sueño y entendida como tal, pero no curada. Un principio subyacente fue la base de este pesimismo. Freud creyó que en la Esquizofrenia hay una retirada de la Libido de los objetos hacia uno mismo; por lo tanto no puede haber transferencia y sin transferencia no puede haber tratamiento posible.

Uno de los primeros y más famosos alumnos de Freud, Paul Federn, hizo repetidos y exitosos intentos de tratamiento con pacientes esquizofrénicos a pesar de las desanimantes teorías prevalecientes. Uno de los principios fundamentales de Federn estaba basado en el concepto de "sensación de ego", este es un reservorio autónomo de libido en el ego. El pensó que el ego del esquizofrénico es más pobre, no más rico en libido como lo implicaban las teorías de Freud. El también creyó que la transferencia con los esquizofrénicos era posible y de hecho lo demostró.

Otro principio de Federn, fue que creyó que, en los esquizofrénicos los límites que separan las áreas de la psique (el Id del ego y el ego del mundo externo) están defectuosos, y por ello material del Id invadía al ego y aún más era proyectado hacia el mundo exterior. La más importante meta en la terapia sería pues, establecer límites normales.

Federn sostiene que es posible entablar una transferencia con la parte del paciente que se mantiene sana. La proporción entre las partes sanas y enfermas del paciente, determina la duración de los intervalos entre sesión y sesión de terapia. Fundamentalmente en el método de Federn el paciente es guiado a entender que una parte de su ego está enferma y que esa parte no es confiable.

Gertrude Schwing, una enfermera que se analizó con Federn, aplicó los conceptos de su analista a pacientes hospitalizados. En su libro "Un camino para el alma en la enfermedad mental", ella describe al esquizofrénico como una persona que fue privada de la experiencia de tener a una madre real, una que amara a su hijo a toda costa. La enfermera psiquiátrica debe pues ofrecer ese amor al paciente; ella describe diferentes técnicas que establecen continuidad en el contacto y enfatiza la importancia para el paciente de que esta nueva madre está ahí y no intenta abandonarlo.

Hinsie es uno de los pioneros norteamericanos en la psicoterapia para esquizofrénicos; en 1930 publicó un libro dedicado a este tema. El estudió pacientes adolescentes quienes se sometieron voluntariamente a tratamiento y lograron insight en su enfermedad como un hecho, fueron comunicativos y deseosos de seguir las indicaciones del terapeuta. Hinsie usó como método clínico "La Asociación Libre".

Eissler, extrema la importancia de una psicoterapia temprana durante los episodios agudos. La manera en que es manejado el caso desde el principio a menudo determina el curso de toda la enfermedad. El distingue la fase aguda de "la fase de relativo mutismo clínico".

Wexler reporta el caso de un paciente tratado exitosamente en el que el terapeuta asumió el papel de un Super ego tiránico.

Bychowski contribuyó con estudios importantes sobre pensamiento esquizofrénico y valiosos detalles acerca de manifestaciones de la dinámica y manejo terapéutico de la hostilidad.

Hill otra vez enfatizó el papel crucial de la madre en la Esquizofrenia y da detalles de la técnica de manejo de pacientes.

Dentro de la escuela Freudiana vale la pena notar -- las contribuciones de Arlow, Brenner y Jacobson.

La psicología del ego de la escuela Freudiana (Hartmann, Rapoport, Kris y Lowenstein) están de acuerdo en que la Esquizofrenia es predominantemente un desorden de ego, pero para ellos el impacto de la psicoterapia en los esquizofrénicos no es muy claro aún.

La escuela Kleniana

Le teoría de Melanie Klein ha sido aplicada por muchos autores al tratamiento de la Esquizofrenia. De acuerdo con Klein muy temprano en la vida, el ego desarrolla --

las capacidades de proyectar el introyector como defensas en contra de una exagerada y sobrecogedora ansiedad y/o --sentimiento de aniquilación. En la posición esquizo-paranoide, la cual ocurre durante los primeros cuatro o seis meses de vida, la naturaleza de la ansiedad es esencialmente persecutoria. De acuerdo con Rosenfeld esta manera de experimentar ansiedad contribuye a hacer una división entre las partes buenas y malas de uno mismo, proyectándolas en objetos. Este proceso es la base de las relaciones objetales de tipo narcisista, tan prevalentes en las psicosis esquizofrenicas.

Aquí los objetos exteriores no tienen su propia realidad sino tienen valor bueno o malo en función de la parte de sí mismo que el sujeto esté proyectando, en otras palabras no existe la captación del objeto en realidad con sus propias características sino con las que le son adjudicadas. Esta postura es francamente narcisista pues no hay una realidad sino la extensión de uno mismo en todo.

El punto de vista fundamental adoptado por los alumnos de Klein tales como Rosenfeld, Segal, Bion y Winnicott, es que no es necesario hacer modificaciones a la técnica básica psicoanalítica Freudiana, para poder tratar a psicóticos. Winnicott posteriormente cambió y dió gran importancia a los factores medioambientales. Rosenfield, Segal

y Bion han mantenido su adhesión a la teoría Kleniana y a las técnicas clásicas psicoanalíticas. Ellos continúan -- usando el couch para obtener relajación, la libre asociación y la interpretación.

Rosenfeld reporta que "las manifestaciones psicóticas son anexadas a la transferencia tanto en la condición aguda como en la crónica y esto es a lo que debe llamarse el desarrollo de una psicosis transferencial". (en contraposición a la neurosis de transferencia).

El concepto de psicosis transferencial ya había sido introducido por Federn. Pero contrariamente a Federn, Rosenfeld cree que la psicosis transferencial es analizable y debería ser trabajada por su significado, por medio de interpretación.

En 1969 Rosenfeld describió cierto número de identificaciones proyectivas las cuales ocurren durante el tratamiento de los psicóticos. El extrema la importancia de -- deslindar esas partes proyectadas de aquellas partes sanas libres de identificaciones proyectivas. Estas partes sanas están en peligro de sucumbir ante las persuasiones -- de un ego delirante.

Algunas corrientes psicoterapéuticas basadas en diferentes principios tienen la dirección común de hacer --

entrar al terapeuta a `compartir la visión de la realidad que tiene el paciente.

MÉTODOS BASADOS EN LA VISIÓN QUE EL PACIENTE TIENE DE LA REALIDAD:

J. M. Rosen inició su método en 1943. A sugerencia de Federn lo llamó Psicoanálisis directo . Mientras que el psicoanálisis tradicional establece contacto con el paciente por medio del ego, el tratamiento de Rosen dirige la comunicación directamente al inconciente, supuestamente con el Id y con estados de un Ego infantil.

Como ya mencionamos Federn también pensó que una psicosis transferencial puede ocurrir en el tratamiento con psicóticos, pero mientras Federn creyó que esto debía de ser evitado, Rosen hace de esto la mayor herramienta para la terapia.

En sus casos iniciales Rosen describe su técnica sin dar explicaciones teóricas. El daba abundantes interpretaciones al paciente en un vívido e impactante lenguaje implicando revelar lo que los iniciales trabajos de Freud -- atribufan al inconciente. Explicaciones tales como "tú -- quieres matar a tu padre", "tú quieres tener sexo conmigo" eran bastante frecuentes.

Las explicaciones estaban basadas en el concepto de una sexualidad reprimida, de origen edipal.

Rosen creía también que el esquizofrénico es víctima de una madre que ha sufrido de "un amor materno pervertido" y trataba de dar al paciente lo que él no había tenido. El paciente tenía que experimentar al terapeuta como todopoderoso, protector, benevolente, como él deseó que su madre fuera en su temprana infancia. El analista debe pasar mucho tiempo con el paciente -a veces hasta 16 horas al día- y al igual que Federn, a menudo recurrir a la ayuda de asistentes.

El paciente es prácticamente rociado e impactado - con interpretaciones las cuales se explican por medio de - los mecanismos clásicos Freudianos. Tal tratamiento era - tan sobrecogedor que a menudo podía solucionar episodios - agudos en unas cuantas semanas y posteriormente debería -- ser continuado en una segunda etapa de tratamiento que seguía a una técnica más parecida al psicoanálisis clásico.

Durante el tratamiento el terapeuta entra en el mundo psicótico del paciente, quién inmediatamente se siente mejor pues es finalmente entendido. El terapeuta incluso no debe evitar llegar a ocupar el papel de una persona imaginaria que exista en los delirios.

A veces el asumirá el papel del perseguidor y tratará de convencer al paciente de que él tendrá un efecto benéfico además del persecutorio. Abriendo así una esperanza.

En esencia el metodo Psicoterapeutico de Rosen consta de 4 postulados.

Después de la primera etapa de evolución terapéutica de Rosen, durante la cual la sexualidad cumple un papel -- predominante, él desarrolló el concepto de "medio ambiente materno temprano". Este es su primer postulado; de acuerdo con Rosen, para el niño, medio ambiente es igual a "mamá", es una entidad que incluye no sólo a la madre misma y lo que ella hace o deja de hacer en su papel materno, si no también las demás personas y lo que ellas hacen o dejan de hacer. Este concepto de ambiente temprano materno ex--pande el concepto del de "perversión del instinto materno" en la etiología de la Esquizofrenia. Si éste ambiente temprano materno posee muchas cualidades negativas será la -- causa principal de desorden.

El segundo postulado importante de Rosen es su modificación al concepto Freudiano de Super ego. El Super ego es la "representación física de todo el ambiente temprano materno". El total del ambiente temprano materno puede -- ser pero que los padres del paciente cada uno en forma individual. Y el niño aprenderá a reaccionar a este ambien

te como a un todo. Esto presupone una extensión Supersgoica de los padres a todo ese ambiente que lo rodea.

El tercer postulado de Rosen es tú buscas a la madre que conociste , que significa que el paciente busca inconcientemente en su ambiente actual las características de su ambiente temprano materno. El trata conciente o inconcientemente de hacer de cualquier cosa a su alrededor su madre. Su necesidad de madre es tan grande que él continúa proyectando atributos maternos sobre o hacia personas o cosas las cuales son abiertamente no maternas en relación a él.

El cuarto postulado básico de Rosen es el de transferencia, la cual es diferente del clásico concepto Freudiano. Para Rosen es una variante del concepto buscas la madre que conociste, es una transformación de lo no maternal en lo maternal una proyección hacia la persona con la que el paciente está involucrado revistiendola de las cualidades y atributos que él está buscando.

Mientras que en el inicio de su carrera Rosen parecía realmente impactado por el efecto de sus interpretaciones, más tarde él terminó viendo el papel del terapeuta como el de un padre adoptivo. La unidad donde vivía el paciente durante el tratamiento era un hogar adoptivo,

en el cual encontraría compensaciones de las inadecuaciones del ambiente temprano materno.

El método de Rosen ha sido objeto de muchas críticas. Aún sus admiradores iniciales señalan la fragilidad de marco de referencia cuando él no había desarrollado sus últimas teorías. Sus seguidores atribuyen su éxito a sus cualidades personales; a su falta de hostilidad hacia el paciente; a la aceptación que de éste tenía a pesar de que algunas de sus actitudes eran aparentemente hostiles; a su perseverancia, etc.

Además de los escritos realizados por Rosen acerca del Análisis directo, están los escritos realizados por Brody, English y Schaefflen.

La psicóloga suiza Sechehaye también creía que el psicoterapeuta podía entrar al mundo de la psicosis por medio de su método llamado realización simbólica. Ella aceptó muchos de los postulados del psicoanálisis clásico y del existencialismo, pero agregó muchas innovaciones. En su método las acciones y las manifestaciones del paciente no son interpretadas, sino compartidas con él. Por supuesto, partiendo de la base de un entrenamiento psicoanalítico, conociendo la historia de vida del paciente y con su propia intuición, el terapeuta debe interpretar para sí

mismo que significan las experiencias del paciente. El método de ésta psicóloga tiene como una de sus metas ayudar al paciente a sobreponerse del trauma de su vida inicial - por medio de ofrecerle un nivel de relación interpersonal correctivo y ajustador del estado en el cual se encuentra un ego psicótico. El paciente es capaz de descansar de -- los conflictos no resueltos en su vida temprana y posteriormente resolverlos, o al menos llega a ser capaz de satisfacer sus necesidades primarias. Por ejemplo cuando ella - le daba a su paciente René manzanas (símbolos del pecho materno), le permitía al paciente aliviarse de un trauma temprano y obtener de una manera mágica una gratificación de sus necesidades orales. Una vez que el significado del -- símbolo del paciente es entendido por el terapeuta, el lo usará repetidamente con la finalidad de establecer comunicación y también de transformar la realidad a un nivel que el paciente puede aceptar sin ser herido o traumatizado.

Lo que Sechehaye trató de lograr puede ser visto como la representación de un sueño en la vida real. Cómo en los sueños, los símbolos toman el lugar de objetos los cuales aparecen como si uno estuviera despierto. La gratificación de necesidades primitivas puede tomar aquí su lugar. El método de esta psicóloga brinda una ayuda para entrar - en el sueño psicótico del paciente por medio de crear un sueño artificial y curativo que finalmente nos guiará a un estado de un saludable despertar.

La técnica de Sechehaye es difícil de practicar. Nosotros tenemos que plantear si en la mayoría de los casos nos es posible crear el ambiente artificial de un sueño -- usando aquellos símbolos que pertenecen exclusivamente a un paciente específico. Se necesita una cierta capacidad de intuición, que se manifiesta después de los primeros -- contactos con el núcleo central del paciente. Dicha capacidad no es susceptible de reducirse a reglas o instrucciones que partan de premisas teóricas emergidas del método -- de Sechehaye.

El método de Laing es difícil de describirse, por -- que muchos de sus escritos nunca han sido reportados en la literatura. En su primer libro "The Divided ~~self~~", el insistió en examinar la desesperación existencial la divi--- sión de la psique del paciente, su "inseguridad ontológica". En sus escritos posteriores Laing no sólo compartió el mundo psicótico del paciente sino que realmente lo adoptaba -- en su totalidad. El sentía que era correcto que el pacien te culpara a su familia y al medio ambiente. El había tenido que vivir una situación invivible; el realmente había sido perseguido, etiquetado como psicótico, segregado de la comunidad humana. Su método ayudaba al paciente a aceptarse a sí mismo y a reevaluar su posición en la sociedad en la cual vive. Laing se apoya mucho también en la tera pia familiar.

Frieda Fromm-Reichmann y su escuela:

En contraste con los autores previos, Harry Stack -- Sullivan y Freida Formm-Reichmann trataron de llegar al paciente no por medio de entrar o compartir su mundo psicótico sino por medio de hacerlo permanecer en el mundo de la realidad.

Sullivan es muy conocido por sus innovaciones teóricas en psiquiatría en general y con respecto a la Esquizofrenia en forma particular. Personas que trabajaron con él son testigos de su éxito terapéutico, desafortunadamente su muerte prematura hizo imposible el conocer el reporte de sus técnicas terapéuticas. Mullahy reportó las terapias impartidas por Sullivan a pacientes hospitalizados. - Mullahy escribe que Sullivan intentó un acercamiento directo y completo principalmente por medio de la reconstrucción actual de la cronología de la psicosis. Sullivan hacía sentir al paciente que cualesquiera que fueran los sucesos acontecidos en su pasado estaban sólo relacionados - a un número pequeño de personas.

F. Fromm-Reichmann, trabajó estrechamente con Sullivan. A diferencia de él, ella se hizo mejor conocida por su trabajo como terapeuta más que por sus contribuciones - teóricas.

El valor de su terapia recibió un amplio reconocimiento. Fromm-Reichmann nombró a su tratamiento "Psicoterapia orientada Psicoanalíticamente" y no "Tratamiento Psicoanalítico", para enfatizar que esto constituye una separación del procedimiento clásico Psicoanalítico Freudiano.

El valor de Fromm-Reichmann al tratar pacientes muy difíciles y sus cualidades personales tales como, su genuino afecto, humildad y exquisita intuición psicológica, --- ciertamente jugaron un importante papel en el establecimiento de un ambiente terapéutico de aceptación para el esquizofrénico, esto también estimuló a otros para actuar terapéuticamente en el mismo sentido. No obstante esto, sus ideas básicas sobre psicoterapia para esquizofrénicos nunca han sido integradas en un todo sistematizado, quizás esto se deba a una falta de un sistema teórico original. -- Con respecto a los fundamentos teóricos ella se recargó en Freud y mas ampliamente en Sullivan. La idea de Sullivan de que algún grado de relación interpersonal se mantiene - a través de la vida de todos y cada uno incluyendo a los esquizofrénicos fué un pre-requisito básico para sus intentos de establecer una relación transferencial con los psicóticos. Fromm-Reichmann subrayó que si es muy difícil para los pacientes confiar en cualquiera, aún en el terapeuta, y si posteriormente el terapeuta lo decepciona en cualquier sentido, su decepción es experimentada como una repetición de traumas tempranos que obtienen como resultado --

enojo y hostilidad.

Fromm-Reichmann trataba a los pacientes con sesiones diarias y no hacía uso del couch ni del método asociación, ella descansó mucho menos que otros autores en los efectos de la interpretación.

La Doctora Fromm-Reichmann hizo un uso cauteloso de estos elementos, pero de cualquier manera enfatizó que la sintomatología es susceptible de diversas interpretaciones, todas correctas, y que por ello es a menudo inútil -- dar interpretaciones que finalmente resultaran parciales.

Fromm-Reichmann estuvo entre los primeros que enfatizaron que el esquizofrénico no solo está aislado en su mundo sino que además es un solitario. Su soledad tiene una larga y triste historia. Contrariamente a lo que muchos observadores han creído, el paciente no es feliz con su -- marginación y de alguna manera está listo para reanudar relaciones interpersonales, siempre que encuentre una persona que sea capaz de remover sus suspicacias y desconfianza las cuales se originaron con la primera relación interpersonal y lo llevaron a crear un patrón de soledad. En un intento de establecer una atmósfera de confianza el terapeuta debe tratar al paciente con amabilidad, comprensión y consideración, pero no con demasiados mimos como si el fuera un bebé. Una falsa actitud de amor exagerada amistad quedará muy fuera de lugar. Esto pueden ser considera-

das por el paciente como soborno explotación de sus actitudes de dependencia.

La doctora Fromm-Reichmann trata de explicar al paciente que sus síntomas son formas de remodelar su experiencia de vida en consecuencia de, ó como resultado de su pasado distorsionado o de sus relaciones interpersonales presentadas. Ella quiere que el paciente sea conciente de las carencias que tuvo en su vida temprana, y esto tiene que lograrlo en un nivel realista. El paciente no tiene que distorsionar o transformar simbólicamente esas pérdidas, sino que debe aceptar lo irremediable de los hechos y que a pesar de ello el es perfectamente capaz de integrarse en un mundo de relaciones. Será mucho más fácil para él cuando reconozca su miedo a la cercanía y más aún el miedo a su propia hostilidad.

Fromm-Reichmann inspiró a muchas personas no solo como terapeuta sino también como maestra; muchos de sus alumnos aunque mantienen las líneas básicas de su orientación han hecho importantes contribuciones. Entre ellos son de mencionarse; Otto Will y Harold Searles.

Entre los puntos más importantes de Otto Will está su insistencia en que el terapeuta "defina sus relaciones con los pacientes rehusando los intentos del paciente por evitar definiciones tales como que él está marginado o su

insistencia acerca de que él nunca podrá o que no hay nada que tratar, y que el terapeuta no es significativo para él.

Otto Will dió instrucciones muy precisas para establecer lo que el llamó "el desarrollo del vínculo de relación" entre el terapeuta y el paciente, tal establecimiento requerirá:

- a) Citas frecuentes entre ambos.
- b) Contacto entre ambos verbal, táctil, visual, etc.
- c) Un despertar emocional.

H. Searles ha hecho muchos escritos profundos acerca de la Esquizofrenia ("collected papers on esquizofrenia -- and related subjects", N.Y. International University Press 1965). El describió las dificultades de la situación transferencial; cómo el paciente combate la dependencia que lo invita a abandonar sus fantasías de omnipotencia. El también explicó como la situación transferencial guía al paciente a proyecciones adicionales. En un importante ----- artículo hizo una clara diferencia entre el pensamiento metafórico y el pensamiento concreto en un paciente en fase de recuperación.

M. K. Bowers, aplicó hipnosis al tratamiento de la Esquizofrenia, aunque la opinión general es que este tipo

de tratamiento no es posible con psicóticos. Ella hipotetiza que en la hipnosis el terapeuta rápidamente establece contacto con "la parte más sana más interna del paciente". Ella afirmaba que el problema de la resolución de -- las relaciones simbióticas requiere de la máxima habilidad pero se asegura la posibilidad de una remisión. Un esquizofrénico hipnotizado exitosamente es llevado hacia una recuperación consistente en que él sea capaz de re incorpo-- rar en su relación al terapeuta, esto hace posible el reestablecimiento de relaciones interpersonales.

Benedetti es Psiquiatra italiano que estudió con Rosen quien actualmente enseña y practica en Suiza. El acepta gran parte de los principios de Sullivan y Frieda ----- Fromm-Reichmann, así como algunos conceptos existencialistas. El cree que las dos herramientas principales en la psicoterapia de esquizofrénicos son: Compartir "los sentimientos del esquizofrénico", y la "Interpretación". Benedetti cree que una alta sensibilidad, extraordinaria necesidad de amor y una reactividad por arriba del nivel promedio hacen a los pacientes muy vulnerables a la esquizofrenia. El terapeuta debe entender los requerimientos inherentes al padecimiento del paciente, quien quiere que el terapeuta entienda su esencia, "su ser de la manera que es aunque al mismo tiempo el rechaze al terapeuta. La sociedad incluyendo al terapeuta tiende a evadir los requeri---

mientos del paciente por medio de objetivizar sus síntomas y no permitirle que se queje o reclame.

De los puntos de vistas Adlerianos, Schulman describe procedimientos muy útiles. El Terapeuta debe ayudar al paciente a hacer reaceramientos con la vida, a evitar el uso de mecanismos psicóticos, a cambiar concepciones equivocadas. De una manera muy humana y compasiva Schulman describe en detalles específicos cómo ayudar al paciente por medio de esos procedimientos terapéuticos.

Silvano Arieti considera que en todo tratamiento para esquizofrénico deben tomarse en cuenta cuatro aspectos básicos:

- 1) El establecimiento de la relación con el paciente.
- 2) El tratamiento de la sintomatología psicótica.
- 3) El análisis de su psicodinamia esto es; adquisición de conciencia acerca de sus motivaciones inconscientes y de concientización con -- respecto del origen y desarrollo del desorden.
- 4) La participación general en la vida del paciente.

Estos cuatro aspectos que Arietti maneja son indis-- pensables, para orientar adecuadamente un tratamiento.

Se ha encontrado que es importante hacer énfasis en el carácter decididamente directivo que tiene la psicoterapia que se hace con esquizofrénicos, en contraste con la - terapia que se hace con pacientes neuróticos, en las cua-- les por lo general se ayuda al paciente a ver que es lo -- que está haciendo y las consecuencias que ello traerá a su vida, pero se le deja a él toda la libertad de elección. - En el caso de esquizofrénicos el deterioro de su capacidad de juicio es tal que la actitud con la que el terapeuta en frenta los momentos de elección es claramente directiva y conductora hacia las metas que él haya planteado en el tra tamiento del paciente. Por ello cuando Arietti menciona - en el cuarto aspecto "participación general en la vida del paciente dice; nosotros tenemos que pensar que el terapeuta se involucrará no sólo con el paciente sino también con -- sus familiares y con su medio".

Existe una serie de conceptos aportados por el Dr. - Mariano Barragán a lo largo de un curso especializado en Terapia para psicóticos, que se llevó a cabo en el Hospi-- tal Psiquiátrico "San Rafael", de Agosto a Mayo de ----- 1981-82, respectivamente. Es muy importante dar estos --- conceptos dentro del marco teórico de esta tesis ya que en ellos se apoyan y de ellos se derivan gran parte de las --

técnicas empleadas con los pacientes cuyos casos se reportan.

El Dr. Mariano Barragán explica que en cualquier --- escena con un paciente hay dos niveles de expresión que se manifiestan simultáneamente:

- 1) Contenido.- Esto es todo lo que se dice en un lapso de terminado de tiempo y que se puede escribir, grabar, -- etc. (es el mensaje verbal explícito).
- 2) Proceso.- Es todo lo demás, lo no verbal, los estilos-personales de cada uno, tanto lo que sucede en la interacción con el terapeuta, como todo lo relativo al paciente manifiesto en su manera de vestir, de manejar se en el medio, todo lo que se sabe por sus antecedentes y le es propio al paciente (raza, religión, estatus, escolaridad, etc.) Todo esto forma parte del proceso del paciente. Y por supuesto, hay también un proceso que se desarrolla entre el terapeuta y su paciente.

M. Barragán dice que 'una cosa es lo que sucede en contenido y otra la que sucede en proceso' ejemplo: el paciente dice: -Dr. yo estuve de acuerdo en venir con usted.-, esto es el contenido, pero el paciente está sentado de perfil al Dr. y con la mirada perdida en el techo, la actitud

que esto refleja es parte del proceso de rechazo a comunicarse con el terapeuta. Al trabajar con pacientes psicóticos el proceso que se da en la interacción con el terapeuta es lo realmente curativo para él, y es a nivel de proceso que el terapeuta va a estar trabajando constantemente.

Para el Dr. M. Barragán el concepto de relación con el paciente esquizofrénico es básico y él lo llama "enganche". Él considera que esto se da principalmente en la primera sesión, en la cual si el terapeuta cae ante las resistencias que el paciente le pondrá para evitar relacionarse con él, después ya será difícil hacer contacto con él.

Para lograr un buen enganche con el paciente, es necesario aplicar una técnica llamada "tracking", esta es la técnica de seguir al paciente en su proceso de la misma manera como una aguja de tocadiscos sigue el surco que hay en el disco, se usa sin importar lo que está ocurriendo y en qué fase de la entrevista se esté, se basa en la percepción y seguimiento del proceso del paciente. "El proceso como se le da bien y hay que seguirlo de la manera como se da. La fuerza del tracking está en aceptar lo que le pasa al paciente sin juzgar ni tratar de cambiar nada, sólo describiéndole, al paciente a manera de repetición y aceptando". El mensaje subyacente de tracking

es -"sé dónde estás y te entiendo, te sigo sin juzgarte'-.

Este método tiene sus raíces en la sugestión hipnótica en la cual el paciente nunca es confrontado por el terapeuta. Si un paciente rehusa la sugestión dada por el hipnólogo este lo acepta, pero manipula la negativa del paciente de tal manera que esa actitud de negarse forme parte de uno de los mandatos del hipnólogo, ejemplo: -Quiero decirle que aún no estoy dormido y creo que nunca, va usted a poderme hipnotizar-. R. -Por supuesto que no esta usted aún dormido yo nunca hubiera esperado que lo estuviera y - esto es un indicio de lo bien que va en su trance, ahora vamos a pasar a otra etapa de su trance-.

El resultado inmediato cuando se hace un buen tracking, es el enganche del paciente hacia el terapeuta, esto es la aceptación por parte del paciente de alguna forma de relación con el terapeuta.

El tracking se hace a nivel del proceso del paciente y el terapeuta lo manifiesta verbalmente a nivel de contenido.

Otro punto a ganar en esta primera entrevista es el control, esto significa que el paciente admita de forma tácita que el terapeuta es quien manda pero sin que sienta - esto como algo agresivo hacia él sino protector.

Para lograr control, nuevamente el tracking es la técnica, pero esta vez se hace evidente que, aquello que está ocurriendo en el escenario del terapeuta, ocurre porque - el terapeuta lo permite o lo manda. Ejemplo: a un catatónico ^-Muy bien que estes ahí callado sin hablar y sin ver a nadie, sólo a la pared, quiero pedirte que sigas así todo el tiempo que yo esté aquí ...-^ o a un paciente que se niega a estarse quieto y que se pasea por todo el consultorio, ^-Me parece muy bien que estes así quiero que camines por todo el cuarto, durante los próximos 15 minutos y qué pasees tu vista por todos lados, pero que por ningún motivo me veas o hables conmigo-^". Esto nos lleva necesariamente a una posición de control, pues ya no importa que -- haga el paciente lo hace obedeciendo al terapeuta.

La consecuencia de una buena primera entrevista a base de tracking es:

- a) El enganche del paciente. (el paciente empieza a sentir que alguien lo entiende y lo sigue).
- b) El control dentro de la relación terapéutica. --- (Que ese alguien es quién manda aunque benevolentemente).

M. Barragán dice que la meta terapéutica global con pacientes psicóticos es encapsular su psicosis, esto es reducirla en el campo de su incidencia cotidiana en los pro-

cesos del paciente hasta un punto en el que el paciente pueda conscientemente;

- 1) Conocerla, sabiendo que es parte de él pero ----
No Todo él.
- 2) Reducirla de manera tal que el paciente pueda --
funcionar en la vida práctica, sin sentir que su
locura lo maneja a él, sino que él puede conocer
la, separarla y defenderse de ella de manera ra-
cional y controlada.

Al respecto el Dr. Barragán comenta: "Varios autores como Arietti, Searles y Federn, afirman y coinciden en el hecho de que la incapacidad básica del esquizofrénico resi-
de en el fracaso de sus relaciones objetales. Por supues-
to, esta no es la única de las funciones del ego que se en-
cuentran seriamente dañadas, así tenemos que la falla glo-
bal en funciones yoicas, incluye el colapso o la insufi-
ciencia de los mecanismos defensivos; la deficiente o nula
relación con la realidad; la reducida o inexistente toleran-
cia a la frustración y el escasísimo control de impulsos."

De cualquier forma una vez desatado el proceso esqui-
zofrénico desde el punto de vista de remisión del episodio
agudo y de reintegración del paciente a la realidad coti-
diana encontramos que el obstáculo más serio es su tenaz re-
sistencia a relacionarse, así vemos que recién salido del

episodio agudo un paciente conserva su tendencia a aislarse de los demás. Esta característica es la principal responsable de la instalación insidiosa pero inexorable del autismo tan característico en estos pacientes. Con esto el pensamiento dereista (ajeno a la realidad) los lleva a tomar toda clase de decisiones peligrosas para ellos, como discontinuar sus visitas a la clínica, suspender sus medicamentos, dejar situaciones de trabajo por obstáculos triviales y observar conductas extravagantes y bizarras que no hace sino incrementar su aislamiento".

De todo lo anterior se desprende de manera evidente que el objetivo principal (la primera meta) de la psicoterapia, con estos pacientes es lograr una relación cercana que permita que el contacto con otra persona; que afine -- por comparación su contacto con la realidad; module el --- proceso de toma de decisiones sin que estas sean basadas - en razones autistas, y se adapten con mayor facilidad a ma lestares (visitas a clínicas, toma cotidiana de medicamentos), propios de su enfermedad, aceptándolos como inevitables.

En esta fase del tratamiento la meta es mejorar a través de la relación terapéutica, las relaciones interpersonales del paciente. Esta meta es muy difícil de lograr ya que todos los mecanismos inherentes al proceso esquizofrénico tienden a dislocar la relación con el terapeu

ta. De este modo un terapeuta con baja tolerancia a la --
frustración desiste fácilmente de relacionarse por consider
rar imposible la empresa, y es esta la razón por la que --
tantos psicoterapeutas experimentados se sienten pesimistas
y desmotivados para lidiar con pacientes esquizofrénicos.

En el contexto de la psicoterapia con esquizofrénicos
la contienda queda claramente establecida entre el psicoter
apeuta y su determinación unidireccional hacia relacionars
e con su paciente en contra de la determinación obstinada
y la variedad de recursos para no relacionarse por parte -
de este.

Una vez lograda esta relación, ha de reforzarse consg
tantemente, ya que el terreno *ganado* por el terapeuta pue-
de perderse si se comete un error de tracking en los ini--
cios.

El Dr. M. Barragán involucra los aspectos que mencion
a Arietti pero en forma más amplia y más aún involucra --
otros.

Podríamos enumerarlos de la siguiente manera:

a) Enganche = relación con el paciente.

- b) Situación fisiológica = posible necesidad de ayudarse con terapia a base de fármacos. Aquí los psicólogos tendrán que trabajar en colaboración estrecha con un psiquiatra al que incluirán en la relación con el paciente y que se hará cargo del manejo de fármacos. En este renglón también se estudia cualquier otro tipo de problemas físicos que pudiera tener el paciente (problemas gastrointestinales, ópticos, de peso, etc.)
- c) Aspecto físico del paciente = se cuida la apariencia física del paciente, dado que estos pacientes tienden a presentar un aspecto bizarro, esto les repercute en rechazo social, por ello el terapeuta tendrá que ir cambiando con lentitud y suavidad aquellos aspectos que contribuyan a su apariencia extraña (higiene personal, peinado, forma de vestir, ritmo al hablar, manierismos o gesticulaciones, etc.) Dentro de este aspecto se cuidará también su dieta cotidiana.
- d) Se estudiará el manejo de su tiempo cotidiano = uso del tiempo hora, por hora, tanto el número de horas de vigilia, como las que deberá pasar dormido. Hemos de recordar que frecuentemente éstos pacientes invierten el día por la noche, durmiendo casi todo el día y permaneciendo despiertos --

por la noche, esto afecta seriamente sus ritmos - circadianos, cosa que además repercute en su posibilidad de interactuar con los demás. Es también sabido que un paciente después de una quiebra psicótica tiene una desmesurada necesidad de sueño, - llegando a dormir hasta 18 horas diarias, esto -- forma parte de su fase de recuperación y el psicoterapeuta tiene que saber cuándo es bueno dejarlo dormir y cuándo es necesario que duerma menos.

e) El terapeuta modulará también el contacto del paciente con el exterior, tanto dentro de la familia, como fuera de ella, por lo tanto tendrá ingerencia en:

- 1) Donde vive
- 2) Qué relación guarda con sus familiares (establecimiento de la dinámica familiar, tanto en su infancia como en el presente)
- 3) En que trabaja
- 4) Cuáles son sus intereses
- 5) Cómo maneja su economía
- 6) Cómo se relaciona con sus compañeros (de trabajo, escuela, diversiones, etc.)
- 7) Escolaridad y aspiraciones, productividad posible a futuro, establecimiento de un modo de vivir independiente.

f) Manejo de la sexualidad del paciente = noviazgo, relaciones eventuales, matrimonio, hijos.

M. Barragán habla también de respetar el estilo del paciente pues eso forma una parte importantísima de la manera de llegar a comunicarnos realmente con él, y dice que: "en el libro Neurotics Styles, del Dr. David Shapiro del famoso Centro de Psicoterapia de Austen Riggs, en Massachusetts, donde tantas teorías acerca de psicoterapia de psicosis se han hecho bajo la dirección de Otto Will y de Harold Searles expone que la selección de síntomas; esto es por qué un paciente hace una neurosis obsesiva mientras que --- otro puede hacer un histeria de conversión bajo estímulos similares; depende de estilos cognitivos diferentes, esto es que un paciente con un estilo cognitivo orientado hacia la interpretación de su medio ambiente para responder a logros fantaseados de manera anticipada hará fácilmente síntomas paranoides, que varían en intensidad desde un mero estilo paranoide de personalidad pasando por síntomas neuróticos de índole paranoide y pudiendo llegar en el caso de psicosis a una psicosis paranoide, o a una Esquizofrenia paranoide .

Algo similar es descrito por C.G. Jung, cuando afirma que el ego cómo guardián de la conciencia permitirá el paso del material al inconsciente más fácilmente por vía cualquiera de las cuatro funciones que sea la predominante en -

el sujeto, y así Jung habla de que argumentos de tipo intelectual serán dejados pasar más fácilmente por el ego de un individuo cuya función predominante sea la cognitiva mientras que el material de tipo emotivo será dejado pasar más fácilmente por aquellos individuos cuya función más desarrollada sea la emotiva y así sucesivamente.

La regla de no contradecir al estilo cognitivo y/o neurótico de un paciente se puede expandir a decir que es imposible hacer un buen enganche si se contradice estilo, tendencias o creencias básicas de un paciente demasiado temprano en la relación terapéutica.

Otro elemento importante desde el punto de vista de enganche es el manejo de los símbolos que el paciente nos trae. Al respecto Jung afirma que la tendencia del inconsciente a usar símbolos como modo de expresión se manifiesta también en la producción de síntomas; de este modo usar los lenguajes simbólicos o sintomáticos de los pacientes e incorporarlos con modo de comunicación predominante en la situación terapéutica facilita el contacto no sólo con todo aquello que le interesa al paciente sino también con todo aquello inconsciente que se está revelando por la vía de los símbolos o síntomas.

El terapeuta consistentemente intenta este tipo de comunicación aún en el caso de que él mismo no entienda éstos

símbolos o síntomas en la etapa inicial. De no ser así y de intentar entender primero y luego comunicarse se corre el riesgo de sustituir la realidad psicológica del paciente por las creencias del terapeuta.

Hay otro concepto con el que se trabaja en este tipo de terapia, y es el de "áreas menos afectadas, o áreas libres de conflictos". Al respecto M. Barragán comenta "sabemos que la Esquizofrenia no existe como entidad nosológica, y que nos tenemos que referir al Síndrome Esquizofrénico o al grupo de las Esquizofrenias, de igual forma, sabemos que existe una forma maligna del síndrome englobada bajo el síndrome de esquizofrenia procesal, y una benigna que es la reactiva, de igual manera sabemos que la enfermedad tiene diferentes grados de invasividad y desorganización de la personalidad, de hecho uno de los factores pronósticos citados por Eaton y Peterson se refieren al grado de logros obtenidos por el paciente antes de su brote psicótico, esto es entre más éxito ha tenido el paciente en su escuela o en su carrera o en su vida social y personal mejor será el pronóstico. De lo anterior concluimos que cada paciente esquizofrénico hay un grado variable de áreas menos afectadas -- por la enfermedad y este concepto es de crucial importancia por que sirve de punto de apoyo para un buen número de las maniobras psicoterapéuticas sobre todo en el sector de la rehabilitación del paciente.

Cómo ejemplo podemos ver que un paciente que conserve su interés en trabajar, ofrece muchas mayores posibilidades psicoterapéuticas y de rehabilitación que otro cuyo desinterés en el trabajo lo haga admitir depender de sus familiares o de una institución.

La expresión de las áreas menos afectadas por la enfermedad, o libres de conflicto varía en forma cuantitativa y cualitativa de caso a caso sin embargo en todos ellos -- una cuidadosa evaluación de éstas áreas orienta al psicoterapeuta al tipo de semilla que dará mejores frutos en el -- tratamiento.

En un párrafo anterior hablamos de maniobra terapéutica. Para Barragán una maniobra se define como cualquier cosa que haga el terapeuta con un fin preciso dentro de la estrategia de terapia diseñada para ese paciente; las maniobras siempre se harán a nivel del proceso del paciente, esto quiere decir que la funcionalidad de esa maniobra es sólo para el proceso personal de éste y dentro del contexto de la terapia, pues el contenido de la maniobra surge del ---- tracking que hemos hecho al paciente.

Las maniobras pueden tener diferentes fines unos de ellos pueden ser:

.- Control; ejemplo; cambiar al paciente de lugar. Pedir-

le que cierre los ojos hasta que el terapeuta lo indique. Pedirle que haga lo que inevitablemente esta haciendo - ejemplo: 'así está muy bien te pido que por favor sigas respirando'.

.- Otra finalidad puede ser Acelerar o Frenar el proceso -- del paciente. Dentro de las maniobras hay que tener -- muy claro cuando la diseñamos si estamos usando una maniobra de pegamento o una de solvente. Como regla general toda maniobra de pegamento tiende a frenar el proceso del paciente, y toda maniobra de solvente tiende a - acelerar el proceso del paciente.

Por maniobra de Pegamento se entiende aquella que --- tiende a estructurar el ego del paciente, tendiendo a frenar sus procesos caóticos. Para ello nos valemos del proceso secundario. El proceso secundario se identifica con las funciones ubicadas en el hemisferio izquierdo del cerebro, y en ella radican el pensamiento concreto, lógico (opuestos dicotómicos) secuencial, ligado a tiempo y en el lenguaje - se manifiesta por el uso de sustantivos en forma mayoritaria que de verbos, es la parte que procesa el pensamiento - digital. Freud, hacia referencia a Procesos Secundarios como los resultantes de el manejo de impulsos después de ser mediados por el "yo."

Por ello siempre que se trate de frenar un proceso de de sintegrante del ego del paciente tenemos que planear maniobras que tiendan a ayudarlo a reestructurarse, forzándolo a entrar dentro de la línea del proceso secundario, ejemplo: - dárle instrucciones que involucren muchos detalles secuen-- ciales, rígidos, con control de tiempo, etc, etc.

Por maniobra de solvente, se entiende a aquella que - tiende a desrígidizar un yo demasiado defensivo y estancado en formas y patrones de conductas defensivos. Para ello -- nos valemos del Proceso Primario, el cual se identifica con las funciones ubicadas en el hemisferio derecho del cerebro en la cual se ubican el pensamiento ilógico (opuestos ---- coexisten), no secuencial, no ligado a tiempo y en el len-- guaje se manifiesta por el uso de verbos en forma mayorita-- ría que de sustantivos es la parte que procesa el pensamienu to analógico. Freud, hacia referencia a Procesos Primarios como los resultantes de los impulsos pertenecientes al Ello que salen al exterior con escasa o nula mediación del Yo.

Es por esto que siempre que se trate de acelerar un - proceso de un ego demasiado estancado tenemos que planear - maniobras que tiendan a ayudarlo a reducir sus defensas abau tiendo el pánico a desintegrarse. En el caso de pacientes psicóticos estas maniobras son sumamente delicadas y no de-- be confundirse una actitud pasiva con un esquizofrénico simu ple, o más aún de un catatónico con el tipo de rigidez que

observamos en una neurosis obsesiva compulsiva. En la mayor parte del tratamiento con pacientes esquizofrénicos se usan maniobras de pegamento ya que ellos viven un alto grado de desintegración interna.

Las maniobras pueden ser intrasesión, ejemplo: el paciente llega a sesión caótico y disperso lo ponemos a que nos describa cuidadosamente y lentamente como viene vestido; que cuente entre los dos el terapeuta y el paciente números del uno al cien de dos en dos, un número lo dirá el paciente y el otro el terapeuta. Las maniobras también pueden ser fuera de sesión y a estas se les llamaran "Tareas" cumplen las mismas funciones que las maniobras intrasesión (control, pegár-frenar, solvente-acelerar, etc.) y además son una forma de prolongar los efectos de la sesión fuera de esta y ayudar al paciente aún no estando el terapeuta junto a él.

Finalmente diremos que cada paciente tiene una posibilidad de relación con el exterior diferente y aquí no hay reglas, cada uno avanza, "solo lo que avanza", y no hay más. No se puede presionar en ningún sentido.

El principio rector es tracking mas aprendizaje de partes de ambos (paciente-terapeuta) por medio de ensayo y error. El paciente no sabe que tanto puede aguantar ya es-

tando en terapia, un trabajo, una fiesta, una novia, y le - dá miedo averiguarlo, de alguna manera él ha construido un refugio seguro huyendo del dolor. El terapeuta tampoco sabe como va a evolucionar el caso y que tanta apertura podrá tolerar su paciente, y lo único que puede hacer es apoyar - las iniciativas y aceptar los resultados fueran estos los - que fueran sin expectativas ni juicios, de bueno o malo.

Aquí el terapeuta reetiquetará las experiencias frus- trantes para el paciente de manera tal que su frágil ego no se aniquile y retracte otra vez hacia el autismo, sino que pueda esperarse un poco, y después volver a intentar por -- otro camino. Un ejemplo de manejo de un paciente psicótico empleando varias de estas técnicas lo encontramos en el li- bro "La hora de 50 minutos", escrito por Lidner, el caso al que nos referimos es el cuarto capítulo de su libro y se -- llama "The Jet Propelled Couch".

Es también importante señalar que conceptos desprendi- dos de las técnicas conductistas son usados en estos casos, tales como principio de saciedad, deprivación, habituación, saturación al estímulo y reforzamiento operante.

El enfoque que se ha empleado para el manejo de los - casos que se reportan es decididamente multidisciplinario, toma en cuenta gran parte de los conceptos expresados en -- este marco teórico pertenecientes a diferentes autores, ---

aunque prioritariamente son los conceptos y el enfoque, manejado por el Dr. Mariano Barragán.

M E T O D O L O G I A

INTRODUCCION:

El tratamiento psicoterapéutico para paciente esquizofrénico.

Se trabajó paralelamente con 2 pacientes ambos diagnosticados Psiquiatricamente como Esquizofrénicos.

El paciente No. 1 es un sujeto masculino de 30 años - que fue diagnosticado como esquizofrénico paranoide. El paciente tuvo 2 internamientos previos a el inicio del tratamiento psicoterapéutico, en una institución psiquiátrica -- privada. Llegó a psicoterapia a las pocas semanas de haber sido dado de alta de su segundo internamiento y estaba bajo el control farmacológico de su psiquiatra.

Su tratamiento tuvo como esenario durante los primeros 6 meses un cubículo de la sección de consulta externa - del mismo hospital donde habfa sido internado y posteriormente el consultorio privado de su terapeuta.

El tratamiento se inició en octubre de 1981 y aún continúa. Inicialmente se veia al paciente 2 veces por semana y posteriormente esto se redujo a 1 sesión semanal de 50 minutos.

El paciente No. 2 es un sujeto femenino de 23 años -- que fue disgnosticada como esquizofrenica crónica indiferenciada y no ha habido internamientos psiquiátricos en su historia.

Su tratamiento psicoterapeutico se inició en Marzo de 1982 y aún continúa en terapia. El control farmacológico - esta a cargo de su psiquiatra.

El esenario de su tratamiento siempre ha sido el consultorio de la terapeuta. Durante los primeros 8 meses se le daban 2 sesiones por semana con una duración variable - entre los 20 y los 50 minutos, posteriormente se le dió una sesión semanal de 50 minutos y es así como continúa actualmente.

PRESENTACION PRIMER CASO

Sujeto A.T.C.- Sujeto masculino, comerciante del ramo de las artes gráficas, de 30 años de edad. Fue referido a psicoterapia como paciente externo del Centro Comunitario de la Clínica donde él había sido hospitalizado 3 meses antes.

El paciente fué diagnosticado por su médico tratante, desde su primer ingreso a la Clínica en 1980, diagnóstico-- que fué reconfirmado un año después en 1981 cuando se da un segundo internamiento. Ambos internamientos son debidos a un brote psicótico, y el diagnóstico es de Esquizofrenia Pa-ranoide para ambos brotes. El diagnóstico fué elaborado -- por medio de evaluación médico-psiquiátrica a base de entre-vistas y exámenes médicos.

Una vez que fué dado de alta después de dos meses y - medio de internamiento en la recaída que sufrió en 1981, el paciente pasó a consulta externa en el departamento de Ser-vicios Comunitarios de la misma institución, donde su médi-co tratante lo refirió para el proyecto del Curso Psicoter-a-pia con pacientes Psicóticos, que en esas fechas se impar-tía en esa institución.

La terapeuta confirmó el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide por medio de entrevista clínica. No se aplicaron pruebas psicológicas.

DATOS GENERALES:

El paciente tenía 28 años de edad al iniciarse el tratamiento, vivía con sus padres y 7 medios hermanos. Hacía más de un año que dejó de trabajar de manera continua, y solo hacía ventas esporádicas de material impreso, para poder financiar algunos gastos personales. Tuvo tres hijos producto de unión libre con G., a quien consideraba como su esposa a pesar de no haberse casado con ella. Vivió con ella cinco años, y cuando se dió el primer brote psicótico se separaron. El se fue a vivir con sus padres y ella con los niños se fue a vivir con su mamá.

DATOS CLINICOS

El paciente presenta un delirio persecutorio sistematizado en el que inicialmente considera que su mujer lo engaña con diferentes personas. Después empieza a oír voces que le hacen reinterpretar cualquier conducta de ella como corroboradora de que, efectivamente lo engaña; después las voces hacen que él se fije en que no sólo su mujer hace cosas en contra de él, sino que la gente lo engaña y susurra

detrás de él diciendo que es un tonto y que todo mundo sabe que su mujer lo engaña menos él. Desesperado por estas voces que lo acosan y le dan pruebas, él acude a preguntarle a ella directamente, y ella niega todo, respuesta que hace que las sospechas de él aumenten. Poco tiempo después encontró a su esposa platicando con un amigo y vecino suyo, y las voces comenzaron a decirle, ese tipo se burla de tí, - en tus narices, y además lo invitas a tu casa a comer, como se de verdad fuera tu amigo ... fíjate bien como mira a tu esposa, ve como ella le sirve con preferencia y le pone más atención que a tí. Después de ésta escena él acusó de engaño a su mujer, y se puso sumamente violento, y agresivo con ella, rompió varios objetos y la injuriaba constantemente. Ella llamó a sus suegros quiénes no pudiendo calmarlo de ninguna manera, decidieron llamar a un psiquiatra quien recomendó lo trasladaran a la Clínica donde fue hospitalizado durante 20 días. Este fué su primer brote psicótico.

Estuvo bajo supervisión psiquiátrica durante 5 meses, pero dejó el tratamiento farmacológico y las visitas al psiquiatra, pues consideró que ya no las necesitaba; los hechos que desencadenaron el segundo brote fueron los siguientes; El paciente salió de viaje con su esposa y sus padres durante el camino escuchaba que las voces le decían que, así como ellas le habían advertido del engaño de su mujer, ahora querían avisarle que alguien quería matar a sus padres . El paciente esperó a llegar al lu-

gar donde terminaba el viaje, y sentía que las voces eran cada vez más imperativas y apremiantes con él, señalando a su esposa como la responsable del posible atentado, entonces el decidió atacar a su mujer para salvar a sus padres; trató de ahorcarla con las manos pero ella logró escaparse e ir por sus suegros. Cuando ellos llegaron el paciente es taba tratando de suicidarse por medio de ahorcarse con una sogá. Los padres sujetaron al paciente y lo trasladaron nuevamente a la Clínica donde estuvo por espacio de dos meses y medio. En esta ocasión se aumó al tratamiento farmacológico. Terapia Electroconvulsiva.

DATOS DE LA HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE

El paciente fué producto de un embarazo normal, en una unión de la madre que duró aproximadamente hasta que el paciente tenía 4 años. Después la madre se separó definitivamente del padre, y le repetía constantemente al niño que su padre era un mal hombre y que jamás permitiría que lo volviera a ver.

Los familiares del padre del paciente eran personas - de buena posición económica en una ciudad de provincia, y - solo una vez le permitieron al niño pasar unos días con su abuelo como a los 6 años. De esta visita el paciente guarda recuerdos que juegan un papel importante en su dinámica actual.

Al poco tiempo de regresar de este viaje, la madre -- contrajo matrimonio. El nuevo esposo adoptó al niño como - propio tomándolo como su primogénito y decidieron agregarle otro nombre, el nombre inicial del niño correspondía al de su verdadero padre A, y ahora le antepusieron T, que era el nombre del nuevo abuelo, de ahí en adelante todos en su casa lo llamarán por F, pero él siguió autonombrándose con -- ambos nombres.

El paciente nunca volvió a ver a su padre, el que años después murio, pero conservó contacto con las hermanas de -

su madre que son las únicas que accedieron a contarle acerca de su padre y de su abuelo.

La madre tuvo 7 hijos más en su matrimonio, y el paciente fué tomado como el mayor, pero él siempre sintió -- que el padre tenía un trato diferente para con él, aunque en los momentos de verdadera necesidad estuvo dispuesto a -- ayudarlo en cosas como pagar sus estudios o financiar los -- gastos de sus internamientos en una Clínica privada.

En la primaria fué un estudiante brillante, pero en -- la secundaria y preparatoria bajó aunque no reprobó ningún año. En esta época comenzó a consumir marihuana y algunas -- otras drogas.

Sus experiencias sexuales se iniciaron alrededor de -- los 17 años, y las relata como tímidas y sencillas. El se refiere a sí mismo como un adolescente tímido y retraído a -- quien las drogas y las malas compañías le hicieron mucho -- mal.

Como a los 19 años conoció a la que luego fue la ma-- dre de sus hijos; le gustó por bonita, simpática y extrover -- tida. Dos años más tarde se fueron a vivir juntos, él dejó la carrera de Administración de Empresas y se dedicó a la -- venta y distribución de material impreso en el D.F. y en -- provincia. Su negocio de Distribución poco a poco fue cre-

ciendo hasta que le permite vivir con su mujer y sus hijos de manera desahogada.

El padre se dedicaba a la fabricación, venta y distribución de material impreso, tanto del que él producía en -- sus talleres, como de material producido por imprentas mucho más grandes que la de él. Aquí se generó un gran conflicto para el paciente, pues la compañía a la que el paciente le distribuía el producto era también uno de los proveedores -- del padre, y en una ocasión el paciente vendió más que su -- papá, y el paciente sintió que su padre se había resentido grandemente con él por esto. Posteriormente esa compañía -- le quitó la distribución al paciente, aduciendo que no ha-- bría suficiente producción por problemas internos de la ad-- ministración. Este hecho fue interpretado por el paciente como una manipulación de su padre como venganza por su éxi-- to previo.

Esto sucedió en los primeros meses de 1981, y coinci-- dió con que la madre se peleó con el papá, por el mal trato que este le daba. El paciente decidió llevarse a su madre de ahí, poner un departamento con ella y dejarla al frente de su negocio, así él podría rescatar a su madre ya que su padre no la merecía, la madre accedió, pero a los pocos me-- ses se reconcilió con su esposo y volvió con él. Al poco -- tiempo el paciente tuvo el segundo brote psicótico que ya -- describimos con anterioridad.

AUTOIMAGEN

El paciente se describió a sí mismo de manera dicotómica; por un lado se considera torpe, lento, carente de plática y agilidad mental, con graves defectos de memoria y lagunas mentales que él atribuye al Tratamiento Electroconvulsivo recibido durante su último internamiento, sin interés para las mujeres pues nunca sabe de que platicarles.

Por el otro lado se valora siempre por comparación -- con su padre, él se considera de un estrato socio-cultural superior y piensa que su padre es rico, pero que solo quiere el dinero para emborracharse y correrse grandes juergas y someter a la familia.

Considera que su padre es un buen comerciante, con talento ganado y desarrollado a base de experiencia y malicia en los negocios, pero que de organización, administración y finanzas no sabe nada; que es muy corriente y que le gusta lo mas bajo de todo, la música mas corriente, y los placeres mas corrientes. En suma que él aspira a algo superior a lo que él puede llegar en todos los niveles, y que en realidad esa es la herencia de su verdadero padre para él.

PRIMERA ENTREVISTA

El paciente es un sujeto de aproximadamente 1.75 mts. de estatura, de tez clara, ojos verdes, pelo negro y comple_{xi}ón robusta. Escolaridad: Segundo semestre de Administración de Empresas U.N.A.M. Edad: 28 años. Originario de: - México, D.F. Educado en el Catolicismo.

El paciente se presentó en buenas condiciones de ali_ño, bien orientado en tiempo y espacio y puntual a su cita. Se encuentra bajo tratamiento farmacológico consistente en:

Stelazine --- 5 mg. --- 3 al día

Aldool ----- 10 mg. --- 3 al día

Akineton ----- 2 al día

Sinogan ---- 25 mg. --- 2 en la noche

Y bajo supervisión psiquiátrica cada quince días.

Al inicio de la entrevista se notaba tenso, con la bo_{ca} pastosa y con el temblor de brazos típico de los pacien_{tes} tratados con psicofármacos. Evadía la mirada y volteaba constantemente de un lado a otro. Aceptó sentarse de _frente a la terapeuta, pero volteaba la cabeza de un lado a otro y mantenía las manos en los bolsillos de su chamarra.

Reproduciremos a continuación, la parte más importante de la primera entrevista, pues ella fué la clave de una buena relación en la que se apoyó toda una área de influencia

en la que posteriormente se cimentaría el tratamiento. Para tal efecto la terapeuta hizo notas precisas de dicha entrevista una vez que el paciente se había marchado. Cabe aclarar que la terapeuta tuvo acceso a estudiar detenidamente el expediente de los dos internamientos del paciente.

Tera = terapeuta Pac = paciente

Tera.- Cómo te llamas ?

Pac.- Me llamo F.A.C.

Tera.- Y cómo te gusta que te digan ? F. ó A.

Pac.- (Aquí el paciente refiere cómo fué que le pusieron dos nombres)

Tera.- Y cómo te gusta que te digan ?

Pac.- Como usted quiera Doctora.

Tera.- Pues yo escojo A.

Pac.- Y porque A. ?

Tera.- Pues porque me gusta más y va más contigo.

Pac.- Bueno la realidad es que a mi también me gusta más A.

Tera.- A. podrías platicarme que te han dicho esta semana las voces ?

Pac.- Cuáles ?

Tera.- Anda, no te hagas, yo se que son tus amigas y que tu confías en ellas y sabes, yo en tu lugar también lo haría.

Pac.- De veras cree usted que son mis amigas ?

Tera.- Anda por favor no me hables de usted que me haces sentir Matusalén. Ya bastante detesto esta bata blanca

que apesta a cloro y que exige el reglamento.

Pac.- (se ríe, por primera vez).

Tera.- Y bien cuéntame que dicen tus amigas las voces ?

Pac.- Porque insistes en que son mis amigas ?

Tera.- Pues porque ellas fueron las únicas que te fueron -
leales, ellas no te engañaron y te advirtieron que
tu mujer te engañaba mientras todos afuera dijeron
que ella era buena y que tu estabas loco.

Pac.- Tu crees que mi esposa me engañó ?

Tera.- Que crees tú ?

Pac.- Ya no sé.

Tera.- Pues repíteme lo que las voces dicen.

Pac.- Que sí me engaña.

Tera.- Y tú crees que las voces son amigas ó enemigas ?

Pac.- No sé.

Tera.- Si sabes, porque tú haces lo que ellas dicen, y de
lo contrario no les harías caso.

Pac.- Si creo en lo que dicen.

Tera.- Entonces son amigas o enemigas.

Pac.- Amigas.

Tera.- Y bien que han dicho ésta última semana ?

Pac.- Nada.

Tera.- Nada ?, Uy que bien!, ... pero sabes ? yo te entien
do muy bien, y creo que lo que a uno le pasa es por
ingenuo; ahí anda uno por la vida confiando en todo
el mundo y recibiendo golpe trás golpe. No crees ?

Pac.- No entiendo nada.

Tera.- Si hombre, mira veamos que es lo que a tí te ha pasado, le das tu confianza a una mujer (el paciente asienta con la cabeza) y ella la hace pedazos, hablas con ella, y lo niega todo, hablas con tus padres y te tildan de mentiroso; te empeñas en averiguar la verdad y te encierran en un hospital. Conclusión yo que tú no confiaba; claro más que en quienes si te dicen la verdad, tus amigas las voces.

Pac.- Pero tu crees deveras que no debo confiar.

Tera.- Por supuesto que no. Ya verás, siempre que confies te va a ir muy mal. No has oído decir "desconfía y acertarás"; pues eso es por algo, sabiduría popular, tu sabes no ?

Pac.- Pero si todos me dicen que confie, que no debo estar sospechando de todo el mundo.

Tera.- Si... que confies y luego te encierran que bien, a cómo están las cosas, hoy por hoy élla es una santa y tú un loco o no ?

Pac.- Si, es lo que todos creen.

Tera.- Y hasta cuándo vas a dejar que las cosas sigan así ?

Pac.- No sé.

Tera.- Pues yo que tú, mejor iba pensando que hacer, para que surga la verdad.

Pac.- Y tu que piensas ?

Tera.- Que sigas la voz de la experiencia.

Pac.- Que quiere decir eso ?

Tera.- Pues quien te advirtió de lo que élla era, las voces ?

Pac. Si.

Tera.- Pues óyelas muy bien, apúntame todo lo que te digan, tráelo aquí las analizamos tú y yo y vemos que hacer, fuera de esto no confíes en nadie, entendido ?

Pac.- Si; pero dime eso de no confiar es para todos ?

Tera.- Claro que para todos, menos las voces, tú y yo.

Pac.- Ni mi papá ni mi mamá.

Tera.- Quién te encerró ?

Pac.- Mis padres y mi esposa.

Tera.- Les explicaste la verdad ?

Pac.- Si, varias veces y nunca me creyeron.

Tera.- Entonces ?, cómo quieres confiar en ellos si creen que estas loco.

Pac.- Pero mis padres me quieren.

Tera.- Yo no te digo que no los quieras, sino que no confíes en nadie. A ver dime, ellos a quien quieren más a tí o a ella ?

Pac.- A mi.

Tera.- Ya ves, y sin embargo a la que creen es a ella y no a ti. Así que tú ámalos pero no confíes en ellos.

Pac.- Ni en mi esposa ?

Tera.- En ella menos que en nadie.

Pac.- Pero si todos me dicen que confíe en ella.

Tera.- Si como no ... les hiciste caso hace un año y que - pasó ?

Pac.- Me encerraron.

Tera.- Y ahora que volvió a pasar ?

Pac.- Me volvieron a encerrar.

Tera.- Pues ya es momento de que pienses en tí, no crees ?
Así que, nada de confianza ingenua, que tú y yo sabemos cuál es la verdad o no ?

Pac.- Si, ahora ya veo claro.

Tera.- Nos vemos dentro de dos días. No olvides por favor anotar de manera precisa: que te dice la voz textual mente, a que hora te lo dice, en dónde estás y con quienes cuándo te lo dicen, y sobre todo no comentes nada de esto con nadie, pues podrían traicionarte. De acuerdo ?. (Las indicaciones precisas fueron anotadas en una forma clara).

Pac.- Si claro ... gracias y adiós.

DESARROLLO DEL CASO

En la presentación de la primera entrevista, es fácilmente reconocible:

- A) La forma en que se estableció el tracking aceptando y no oponiéndose al delirio del paciente. Nuestro paciente mostraba desde este primer encuentro todas las características de un estilo paranoide y siendo una de las principales la desconfianza, la terapeuta le pide que desconfíe, por ser esta tendencia un algo inevitable y por ser fácilmente aceptado por el ego del paciente. -- Quiero subrayar que para el ego del paciente lo difícil sería aceptar una petición inicial del terapeuta en tér

minos de tener confianza. Vemos pues que exhortándolo a ser desconfiado se está en sintonía fina con su estilo, propensión, creencias y por otro lado capacidades, ya que en una entrevista inicial le hubiera sido imposible tener confianza en la terapeuta y si se le hubiera pedido ésto se le hubiera confrontado con la alternativa de negarse a cooperar o de mentir, con la subsiguiente generación de sentimiento de culpa.

En el caso de este paciente tanto la historia referida en su expediente, como su actitud al llegar al consultorio eran de extrema desconfianza, introversión, y posición a la defensiva. Al mismo tiempo por su forma de conducirse hacia sentir que se sentía inadecuado, cómo no digno de estar en ese lugar, o temeroso de cometer alguna falta de educación; por ello se hizo uso de un lenguaje suelto y familiar que lo hiciera sentirse más relajado, algo así como -- que la terapeuta estaba cometiendo más errores en cuanto al trato familiar con él, y la falta de respeto a la institución, que todos aquellos errores que el paciente pudiera cometer en esa línea.

Aquí hacerle tracking a un paciente significó seguirle de manera estrecha, pegado a él, tanto en su proceso como en sus contenidos sin emitir juicio alguno en contra de él; este se hace sometiéndonos a nunca confrontar a criterio de falso o verdadero el contenido de las voces. Siempre se --

asiente, sin conceder ya que en este período del tratamiento rebatirle algo al paciente de manera abierta sería hacer una maniobra totalmente antitracking. Por ello cuando el paciente pregunta:

Pac.- Tú crees que mi mujer me engaña ?

Tera.- Tú que crees ?

Pac.- Ya no sé

Tera.- Que te dicen las voces ...

Se apela aquí al contenido de las voces, porque no importa lo que diga la terapeuta el sólo le cree a las voces, ya que en ello consiste el núcleo del conflicto paranoide de éste paciente. La terapeuta al unirse con las voces acepta la fuerza inconsciente del delirio que nada tiene que ver con si es cierto o no el mensaje que ellas emiten. Esto es hacer tracking.

B) La forma en que se enganchó al paciente por medio de -- describirle de manera clara que es lo que él siente. -- "que los demás desconfían de él, que no le hacen caso, que siempre que ha dicho su verdad lo tratan cómo a un loco, etc."

Por supuesto que para ello se hizo uso de tracking pero es muy importante notar, cómo en el discurso del paciente él mismo nos dá las "agarraderas", o elementos (argumentos) con los cuáles logramos engancharlo. ¿Por que al des-

cribir lo que él siente queda enganchado ?, es muy sencillo por que automáticamente siente que hay otro ser humano que entiende lo que el siente sin juzgarle sólo aceptándolo tal como se da sin importar por que se dá, sino solamente que - es un hecho en la vida del paciente que él está ahí, así y que sufre.

C) Se maneja la primera maniobra fuera de sesión, por medio de una tarea en la que se involucran procesos necesariamente inherentes a un proceso secundario, y esto es: --
`Vas a poner atención al oír las voces, vas a anotar en forma ordenada dónde estás, con quién, que hora és y -- que te dicen`. Todo esto fuerza al sujeto a poner en un sistema organizado y racional el proceso caótico de oír voces, y portanto este método nos lleva a frenar el proceso de desintegración que el paciente vive al experimentar estas voces. Es obvio que esta indicación va en el sentido del tracking en el proceso del paciente.

Otra consecuencia positiva de esta tarea, es que al sentir el paciente que su atención no tiene que estarse ocupando en juicios internos como: -`oye, estas loco, la gente normal no oye voces`- entonces, puede comenzar a fijar parte de su atención de manera relajada, pues está obedeciendo la orden de un superior a sólo observar detenidamente el hecho, y no a seguirse provocando divisiones internas que lo juzgan y censuran. Esta capacidad surge de haber aceptado

establecer relación con alguien que él siente que sabe más que él y que lo va a ayudar.

Es por esto que es muy necesario que el control en el inicio de la terapia esté claramente del lado del terapeuta; pues en ello radica gran parte de su posibilidad de influir positivamente en los actos del paciente.

Con este paciente una vez realizado el enganche de las primeras sesiones no fué necesario hacer grandes maniobras de control, ya que él aceptó con relativa facilidad desde el inicio la superioridad del terapeuta sobre él.

Durante el tiempo que el paciente fué recibido en los consultorios del hospital asistió de manera puntual, y con regularidad.

Las voces lentamente iban disminuyendose en intensidad y frecuencia. Pasaron varias sesiones en que el paciente refería de manera precisa lo que las voces le dictaban. Esto era desmenuzado de manera sistemática, y ordenado, se -- contaban el número de palabras y se comparaban unos mensa-- jes con otros. Las indicaciones dadas por el terapeuta eran cada vez más complejas, el acento podía variar, del contenido transmitido por la voz, -"ahora vas a fijarte si la voz es de hombre o de mujer"- o -"ahora si es de niño o de jo-- ven"- -"ahora si te es familiar o ajena"- o -"oye, esta vez

vas a fijarte si tiene acento extranjero o acento de alguna provincia del país"- ... etc.

Cada vez ocupaba menos tiempo de la sesión el análisis de los mensajes, y las voces simplemente se fueron desvaneciendo. Esto sucedió de una manera natural, si había voces en esa semana las analizabamos, y si no nadie se preocupaba por eso.

Inicialmente lo llevaba a su cita alguno de sus hermanos; después se aprendió la ruta de los camiones y a los -- tres meses comenzó a ir él sólo, dado que vivía en el Estado de México, hacía 2 horas de camino de ida y 2 horas de regreso.

Sus medicamentos eran regularmente supervisados por su psiquiatra cada 15 días. Este diálogo era frecuente:

Pac.- Oye, que de verdad tengo que tomar esas pastillas, por que ya no las soporto, estoy tembloroso, me mareo mucho, se me reseca la boca y me hacen sentir -- atontado todo el día.

Tera.- Yo se que te producen esas molestias pero tienes -- que seguir con ellas.

Pac.- Pero cuánto tiempo, detesto ser fármacodependiente.

Tera.- Las vas a tomar todo el tiempo que sea necesario y no eres fármacodependiente. Si lo fueras, querrías más no menos.

El rechazo a los medicamentos es constante en esta fase del tratamiento y la necesidad de ser firme e inflexible al respecto es total. Lo más que puede aceptarse es alguna sugerencia al psiquiatra de algún tipo de ayuda dentro de las dosis para aliviar parte de las molestias. Es evidente que aquí es imprescindible una relación de cooperación entre ambos profesionistas.

Otro problema que se presentó en esta fase fué el relativo a los períodos de sueño:

Pac.- Sabes, estoy durmiendo unas 18 horas, en mi casa mi papá está harto, la única que me entiende es mi mamá, ella si me quiere, pero mi papá dice que además de loco soy un vago, pero te juro que no puedo levantarme de la cama los ojos se me cierran y todo me dá vueltas.

Este problema meses después hizo crisis y tuvo un gran pleito con su padre:

Pac.- Me quedé dormido en el sillón de la sala y llegó mi papá a ver la tele, me sarandé fuertemente y yo me caí, me enfurecí y le pedí que me explicara por que había hecho eso, él me dijo que todo lo que yo hacía era comer y dormir; eso me puso peor sentí ganas de golpearlo pero preferí subirme a mi cuarto y me quedé pensando que es cierto que duermo mucho y como mucho pero no soy vago porque el dinero de la renta

de las máquinas se lo doy a G. para los niños.

"Aquí es importante hacer mención que en forma natural la mayoría de los pacientes después de un brote psicótico tienden a quedar exahustos y llegan a pasarse hasta un año casi en total inactividad". A esto hay que añadir que normalmente a éstos pacientes se les receta somníferos, para impedir que inviertan sus ciclos circadianos, y generalmente este medicamento lo toman en la noche.

Tera.- Y hasta cuándo vas a tolerar que tu papá tenga derecho a tratarte como un trapo.

Pac.- No sé. Creo que voy a ver si puedo vender algo en estos días.

Tera.- Vender algo, cómo qué si todos lo que tenías ya lo rematastes.

Pac.- Me refiero a trabajar, a vender impresos.

Tera.- Ah, eso me parecería muy interesante. Pero no quiero ilusionarme y creérmela, para que luego me salgas con Domingo siete. La verdad es que tú siendo tan bueno para la administración de empresas y no puedes ni planear tu propio tiempo.

Pac.- Si puedo, pero no tengo fuerzas, sí se como, pero no quiero empezar. Recuerda que tuve un buen negocio.

Tera.- Glorias pasadas yo de eso no veo nada.

Pac.- No, no, espérate!, si quieres te traigo facturas de mi distribuidora. Lo que pasa es que estoy así por los malditos electrochoques que me dieron aquí, pe-

ro yo era diferente.

Tera.- A, caray!, y desde cuándo por eso uno se queda en la calle. Estás en la calle por flojo no por tonto.

Pac.- Eso si es cierto.

Esta forma de tratar al paciente, es de intención paradójica, y en ella se permaneció varios meses, de manera que, cuándo el hacía un alarde o desplante que fuera en la línea de su superación, la terapeuta por una parte ponía en tela de juicio su decisión para lograrlo y lo menospreciaba, y por la otra admitía que él era un sujeto capaz. El resultado era que él intentaba traer muestras claras de que no era un mentiroso.

Llegó el momento en que el paciente comenzó a trabajar tres o cuatro horas al día, pero con regularidad. Una tarea facilitó el manejo del tiempo del paciente, en esta fase de su tratamiento, y ella consistió en darle un modelo de horario que abarcaría las horas de vigilia día por día hasta llegar a su siguiente sesión. Todo esto coincidió -- con que la terapeuta puso su consultorio particular. La situación fué manejada de la siguiente manera.

Pac.- Oye, y ahora que ya no vengas aquí, ya no me vas a dar consulta ?

Tera.- Si tu quieres,ssí.

Pac.- Pues yo si quiero; sé que lo necesito.

Tera.- Pero en mi consultorio te va a costar, y te advierto que no admito que te pague tu tratamiento nadie que no seas tú.

Pac.- Pues bueno.

La relación terapéutica, continuó de esa manera, ya sobre bases de total autonomía por parte del paciente. Ya no había ni la institución ni los padres que lo protegieran y/o presionaran en lo referente a su tratamiento, era algo que si él quería tenía que trabajar.

Para entonces llevaba 7 meses en tratamiento, su necesidad de sueño se había reducido y el tipo de fármacos habían cambiado a dosis menores. Su alimentación era supervisada por la terapeuta al igual que una rutina de ejercicio físico y sus cargas de trabajo semanales.

Este inicial intento por parte del paciente de trabajar un poco, para ganar lo indispensable, fue manejado por la terapeuta, de tal manera que quedara englobado dentro de un plan mayor y eso era sólo la etapa inicial. Aquí se hizo una maniobra de re-etiquetación de una iniciativa del paciente dividiendo el desarrollo de su productividad hasta lograr un máximo rendimiento; esto se hizo de manera tal que si el paciente se quedaba atorado en una fase no lo viera como fracaso sino como parte de una de esas etapas que él, junto con la terapeuta decidirían cuánto tiempo se-

rían cuánto tiempo sería adecuado quedarse ahí.

Pac.- Yá levanté la semana pasada algunos pedidos. Te lo reporto en mi horario de la semana.

Tera.- Cuántos fueron ?

Pac.- 5

Tera.- Y cuánto ganaste de comisión en total.

Pac.- Fueron cuatro mil pesos.

Tera.- Cuánto crees que necesites de más para pagar tu comida 5 días y tus pasajes si andas por la calle.

Pac.- Con esos cuatro mil pesos me alcanza.

Tera.- Bueno, pues podemos decir que con una cuota de venta que te produzca cinco mil pesos semanarios, puedes costearte el comer fuera de tu casa, trasladarte a ver a tus clientes, pagar tu terapia y tu transportación para venirme a ver, así que con esto estamos del otro lado durante esta primera etapa.

Pac.- Bueno pues yo creo que puedo vender mucho más de eso.

Tera.- Sí, yo también lo creo pero quiero dejarte un márgem para que el día que te sientas muy cansado, si ya ecubriste tu cuota, estaría muy bien que te dieras el lujo de descansar.

Cómo suele suceder, con los pacientes esquizofrénicos cuando todo parece estar mejor, una pequeña frustración los derrumba por completo y los pone totalmente regresivos. Esta es la fase más cuestionante para el terapeuta, ya que se siente que lo ganado con gran esfuerzo y lentitud en un mo

mento se desmorona, este es el momento de las recaídas y -- exige del terapeuta un gran acopio de paciencia. Y una mano firme pero conductora.

Pac.- Cómo te dije la semana pasada estoy pensando pedirle a mi papá prestado el "caribé" que él ya no usa -- por que se compró un auto nuevo. Que te parece la idea.

Tera.- Me parece bueno que quieras tener un auto, pero --- honestamente, yo sigo sin confiar en tu padre y no creo que te preste nada.

Una semana después.

Pac.- Sabes, mi papá me prestó el coche dos días, pero al tercero dijo que era demasiado y que si lo quería - tendría que comprárselo, así que fué a una distribuidora y preguntó cuanto le darían por él, y me dijo que me lo vendía a mí en ese precio pero en abonos mensuales de 10,000 pesos y con intereses bancarios. Cómo la ves ?

Tera.- Ya ves cómo de alguna manera te convenía desconfiar de tú papá. Yó sé que el no soporta ni va a soportar nunca verte progresar. Cuando te vea caído siempre te va a ayudar y te va a pagar el hospital más caro, pero cuando vea que vas para arriba, siempre vas a ser para él una amenaza, pues el sabe que eres muy capaz, y en el fondo te teme. Así que veo

muy ingenuo de tu parte que a estas alturas todavía creas que él te va a facilitar el camino.

Pac.- Creo que tienes razón pero me duele mucho aceptarlo, sobre todo sabiendo que él no es así con mis hermanos.

Un mes después, el paciente faltó a una de sus citas avisando con anticipación que su auto estaba descompuesto y tenía que llevarlo al taller.

Pac.- Toda la semana he estado mal. Estoy totalmente harto. No me puedo levantar otra vez en la mañana. - No soporto ser un paria, y tener que trabajar tanto por tan poco. Ya no quiero nada. El coche se descompuso, necesita llantas nuevas y llevo varios --- días sin vender nada. Ya no puedo más.

Tera.- Y porque esperabas que iba a ser tan fácil. Tú --- siempre me has dicho que quieres tener un negocio - tan próspero o más que el de tu padre. Porque ---- crees que a cualquier persona que parte de cero pesos cero centavos le va a ser fácil y a tí difícil.

Pac.- Todo eso es mentira, la culpa la tienen los Electrochoques que estoy seguro que me dieron. Y ya no -- quiero nada ni me interesa nada, ni quiero ser rico.

Tera.- Me parece estupendo creo que es una decisión muy -- sensata de tu parte determinar el día de hoy el fracaso de toda tu vida. Ahora te recomiendo que si - quieres ser congruente y sincero contigo y conmigo,

por favor, dejes primero tus fármacos y luego la --
psicoterapia. Así yo te garantizo que harás de tu
vida lo que hoy me estás pidiendo que quieras que a
sea.

Pac.- Pero yo no quiero dejar mi terapia. Que no puedes -
entender que me siento muy mal, me he vuelto a ma--
rearme muchísimo me dan dolores de cabeza y náuseas,
y no soporto que no puedo tener nada de lo que me -
gusta, ni siquiera un viejo coche. Que no puedes -
darme algo para que me sienta mejor ?

Tera.- Si hablas de tu malestar físico, claro que puedo re-
comendarte que vayas a ver a tu médico y hablar yo
con él para preguntarle cómo van tus fármacos. Pe-
ro si hablas de que te crea todo este drama, pues -
no voy a hacerlo. Lo que yo veo es que eres un hom-
bre fuerte e inteligente y en la mejor edad para --
trabajar y producir, que tienes problemas como to--
dos al enfrentarte al mundo del trabajo, es algo --
normal, que te enojas porque no tienes dinero, por-
que los clientes te fallan, porque el coche se te -
descompone, y porque tus hijos necesitan que les pa-
ses más dinero, eso es normal. Pero de ahí a que -
quieras que yo esté convencida de que eso es razón
suficiente para que abandones las metas en las que
has venido trabajando desde hace meses, eso es algo
que si quieres hacerlo yo te voy a ayudar, porque -
tienes derecho a escoger eso en tu vida, pero para

mí eso tiene un nombre y es cobardía. Ahora que -- tienes derecho a ser cobarde y a hundirte tanto como tú quieras. Así que por favor escoge para que yo pueda saber en que línea debo apoyarte.

Pac.- Eso quiere decir que no tomas en cuenta nada de lo que me pasó, lo mal que estuve todas las medicinas que tomé, etc.

Tera.- Claro que sí, pero eso está en tu pasado y hoy lo que pasa es que no soportas que las cosas te salgan mal. Ante las dificultades a las que todos nos enfrentamos tú te rindes y deseas echar marcha atrás.

Pac.- Sabes ?, no quería decirtelo, pero he vuelto a oír las voces.

Tera.- Vaya que bueno; y que te dicen ? por lo general sus mensajes son más interesantes que los que tu me --- tráes hoy.

Pac.- No sé ... aún no son claras solo escucho susurros. Silencio muy prolongado.

Pac.- Oye tengo miedo de volverme loco otra vez.

Tera.- Mira, que estés enojado por lo que te pasó con el coche lo entiendo, pero que quieras poner todo tu enojo en razón de ese y que no has vendido es una mentira y eso tú lo sabes.

Pac.- Porque me dices eso ?

Tera.- Por favor, dime quieres jugar el juego de la sinceridad o el de los engaños.

Pac.- Yo no quiero engañarte.

Tera.- No te pregunto eso. Te pregunté si quieres que --- aquí entre nosotros haya sinceridad o engaño. Escoge.

Pac.- Sinceridad.

Tera.- Cierto o no que lo que más te ha dolido es la actitud de tu papá con respecto al coche, al dinero, a los intereses; a que si te va mal te ayuda pero te trata como a un loco y menso, y si te va bien te trata de amolar.

Pac.- Pues, es que eso es lo que no sé.

Tera.- Bueno, dime te trata como un extraño si o no.

Pac.- Yo creo que no.

Tera.- Pues a un extraño le vendería el coche al precio comercial y con intereses si o no ?

Pac.- Si.

Tera.- Ya ves por que te estas enojando tanto.

Pac.- Si, es cierto.

Tera.- Pero si siempre hemos sabido que con tu papá solo hay un camino, desconfiar.

Pac.- Pero el si me quiere.

Tera.- Claro que te quiere, pero no confía en ti y te teme por que sabe que eres capaz de salir adelante solo, si es que te dejas de estupideces de ponerte loco y te pones a trabajar como hombrecito, si o no ?

Pac.- Si.

Tera.- Bueno, ahora hagamos tu programa de ventas para la próxima semana.

Tardó varias semanas en nivelarse, pero sus ausencias en su rutina de trabajo fueron etiquetadas como adecuados - periodos de recuperación y descanso y sus éxitos muy aplaudidos.

Su bajísima tolerancia a la frustración fue siempre - un elemento bloqueador de la posibilidad de salir adelante. Cada que esto sucedía el paciente tendía a encerrarse en un diálogo interno en él que él se decía que no servía para nada y que era un anormal. El Tratamiento a esta actitud siempre fue similar al diálogo que acabamos de describir. Técnicamente el procedimiento era el siguiente:

- .- Se identificaba el elemento de la frustración.
- .- Se le etiquetaba de tal manera que su ego lo tolerara.
- .- Se le hacía sentir que él al igual que cualquier persona podía tener problemas pero que además él tenía la capacidad de salir adelante.
- .- Se retomaba el control organizándole nuevamente su rutina.
- .- Cada vez que preguntaba si se volvería loco otra vez la respuesta era "eso es algo que tú haces y tú decides".
"Muy dentro de tí tu sabes que un momento antes de volverte loco el que se rinde o no se rinde siempre eres - tú".

Siendo que en el caso de este paciente estamos ante - un Psicosis Esquizofrénica de tipo reactiva esto es cierto;

ya que la desintegración de su ego es un fenómeno que para esta etapa de la terapia él ya identificaba claramente. No era un hecho súbito en el cual de un momento a otro él perdiera el control sobre sí y quedara invadido por sus impulsos, sino que ya tanto el paciente como el terapeuta sabían como las cosas se iniciaban y evolucionaban. La terapeuta en estos casos trataba de enseñarle como parar este proceso.

Siempre era:

- a) Revisión de fármacos. Visita al psiquiatra
- b) Fomentar procesos secundarios a base de programación y control muy rígidos y cercanos al terapeuta.
- c) Revisión de su dinámica familiar y social (intentando detectar en que área surgió la tensión).
- d) Intentar identificar frustraciones recientes (contingentes a los síntomas de desintegración).

La vida sexual del paciente fue un tema frecuente en las sesiones. A los cuatro meses de tratamiento:

Pac.- No quiero acercarme a G, me hace mucho mal . Ella me consideraba un loco. (silencio prolongado). La verdad es que ya no sé ni que pensar si me engañó o no, no se si fué cierto o solo producto de mi imaginación. Mi psiquiatra dice que no me engañó y mis papás también, tú que crees?.

Tera.- Tu y yo hemos quedado en desconfiar o que, ya se te olvidó ?

Pac.- No, pero eso quiere decir que tu si crees que ella me engañó.

Tera.- Mira, la realidad es que G no vive en este momento contigo si o no ?

Pac.- Así es, yo vivo con mis papas.

Tera.- Y también es cierto que tú ya no la consideras tu -
tú esposa.

Pac.- Así es.

Tera.- Pues mira tu sabes que hay muchos grados de infidelidad. No has oido los mandamientos de la ley de Dios ? "No desearas la mujer de tu prójimo". Eso quiere decir, aún el pensar en, es decir que te gusta. Y si a esa nos vamos se amplía el sentido de la palabra infidelidad o sea que es algo bastante ambiguo. No crees ?

Pac.- Si, pero eso me confunde más aún.

Tera.- Entonces lo único que a mi me interesa es que hoy -
ella no puede engañarte a ti. Si engaña a alguien será a ella misma.

Pac.- Porque a mí no ?

Tera.- Porque tu me acabas de decir que ya no quieres que sea tu esposa o si ?

Pac.- No, no quiero volver a lo de antes.

Tera.- Entonces hoy tu no eres un cornudo sino un hombre -
serio que decidió hoy no estar con esa mujer y si -

responsabilizarse de sus hijos si o no ?

Pac.- Si totalmente de acuerdo.

Tera.- Ahora que si quieres averiguar y seguir ahí en el -
pasado, pues te conecto con Columbo o con el FBI y
le damos el caso para que averigüe si te pusieron -
los cuernos o no.

Pac.- No mejor déjalo de ese tamaño.

Al quinto mes de tratamientos el paciente vuelve a te-
ner relaciones sexuales con G.

Pac.- Ayer fui a ver a mis hijos y G me invitó a cenar y
me pidió que me quedara a dormir con ella.

Tera.- Y que pasó ?

Pac.- Me sentí mal. Recordé lo que tuve y ya no tengo, -
al mismo tiempo ví a mis hijos y creo que les hago
falta. G fue muy atenta, pero me daba coraje acor-
darme todo lo que me hizo, y al mismo tiempo no sa-
bía porque ella era tan amable y me decía cosas tan
lindas. Después de todo lo que paso yo creí que --
nunca iba a querer volverme a ver.

Tera.- Hiciste el amor con ella ?

Pac.- Si pero estuve impotente durante un largo rato.

Tera.- Eso es por los medicamentos.

Pac.- Quieres decir que además de todo las medicinas tam-
bien afectan mi vida sexual ?

Tera.- Al principio si.

Pac.- Pues las odio.

Tera.- Tienes razón. Pero las necesitas y no puedes dejarlas.

Pac.- Ya lo sé. Si las tomo estoy mal, si las dejo me pongo peor.

Tera.- Que tal te fué en tu relación con G ?.

Pac.- Bien pero ya no siento por ella lo de antes...

En su noveno mes de tratamiento ella intentó regresar con él. Durante este intervalo (del quinto al noveno mes) su apetencia sexual era bastante baja y la mayor parte de sus energías se destinaban a su recuperación por vía de la productividad en el trabajo.

Pac.- Ayer G me propuso abiertamente que volvieramos. Me habló de los niños y de que no quería estar sola. Mis padres me aconsejaron que regresara, tú que me aconsejas ?.

Tera.- A ver, quiero que sigas estas sencillas instrucciones. Cierra tus ojos y cuando yo te pregunte respóndeme espontáneamente. Quiero aclararte que esta respuesta es muy importante para mi y que yo lo único que te pido es que seas sincero y espontáneo. Responde lo que respondas yo voy a estar contigo. Te voy a hacer una pregunta y con esa pregunta tu te vas a imaginar lo que eso supone y me vas a contestar de manera rápida. Me entendiste ?.

Pac.- Si.

Tera.- Estas listo ?

Pac.- Si.

Tera.- Quieres volver a ser marido de G ?

Pac.- No.

Tera.- Que más ?

Pac.- No se por que G me atrae tanto. La verdad es que la adoré ... pero de eso a ahorita volver con ella no sé hay algo dentro de mi que se resiste.

Tera.- Ya se, no puedes confiar en ella verdad ?

Pac.- Así es.

Tera.- Pues mira, bastante has luchado por llegar a donde estas. Asi que no tienes que presionarte a tomar una decisión que no quieras. Tus hijos son otra cosa con ellos tienes un compromiso para muchos años, pero eso de volver con G es algo que no puedes hacer sobre una base de desconfianza, así que deja -- que corra el tiempo y no aceptes presiones de nadie al respecto ni siquiera más.

Pac.- Creo que tienes razón, la verdad es que no me imagino a mi viviendo otra vez con ella. Me pondría muy mal.

Tera.- Ya ves así que por el bien de tus hijos no precipites nada por ahora. Deja las cosas tal y como estan.

Pac.- Y que le digo a ella si insiste ?

Tera.- La verdad. Que por ahora no te sientes capacitado para reiniciar una relación con ella pero que te haces cargo de mantener a los niños y que para tí es muy grato hacer el amor de vez en cuando con ella.

El cambiar las cosas de es mi esposa, ya no es mi esposa sino la madre de mis hijos con quién de vez en cuando hago el amor, marcó una línea de libertad y principio de autodeterminación en lo referente a su posibilidad de salir con otras muchachas, ya que la situación se enmarcó como-- ahora tú eres dueño de tu vida y ella dueña de la suya ni tu tienes que rendirle cuentas a ella de tu conducta sexual ni ella a ti; por lo tanto ella debe tener bien claro que no puede exigirte fidelidad a ti; ni tú a ella . Por su -- puesto la parte importante era desviar la atención de la fidelidad de ella hacia él, pero se manipula al revés para ayudarlo a salir del círculo de paranoia y obsesión que hay focalizado en torno a si lo engañó o no su mujer; es decir al él otorgarse libertad por la vía del hecho (reconocer - que le gustan otras muchachas, sin sentirse culpable). En la medida que él puede aceptar el relacionarse con otras muchachas va olvidando su necesidad de esclarecer si G le fue infiel o no. Inicialmente se conforma con ver muchachas en la calle y reportar que le gustan, pero que se siente temeroso de acercarse por miedo de ser rechazado, aquí fué muy evidente como parte de su conducta de celos era proyectiva de sus propios impulsos, ya que cuanto tuvo autoriza----

ción", para flirtear con libertad y sin culpa lo hizo. Por supuesto que esto no se le interpretó al paciente ya que una intervención en este sentido lo confrontaría nuevamente con todos sus sentimientos de culpa y volvería a reactivar sus defensas a manera de proyecciones. Así que simplemente, se emitieron los comentarios al respecto y se estimulaba su -- apertura hacia nuevas amistades con muchachas.

Al año y medio de tratamiento conoció a una muchacha muy sencilla estudiante universitaria de la carrera de Contador Público. Ella tenía 22 años y por la mañana estudiaba y en las tardes trabajaba en un pequeño comercio de su mamá que estaba relativamente cercano a la casa del paciente.

El la consideraba agradable y dulce pero demasiado modesta para lo que él quería como nueva pareja. No obstante dos o tres veces por semana la visitaba y a los tres meses tuvieron su primera relación sexual.

Pac.- Ayer salí con S y se portó muy tierna. Hicimos el amor.

Tera.- Y cómo te fué ?

Pac.- Bien, no la gran cosa, pero bien, siento que ella se está enamorando de mí y yo no de ella, eso me da mucho miedo.

Tera.- Por que miedo ?

Pac.- Porque no quiero lastimarla, la verdad es que es una buena chica y no quisiera herir sus sentimientos. Yo la pase bien con ella pero sé que no la amo.

Tera.- Pues se claro con ella, pero no seas brusco.

Pac.- Como ?

Tera.- Dile que la verdad es que la aprecias y que admiras su ternura y haber hecho el amor con ella, pero no hables de futuro ni de amor.

Pac.- Y si me pregunta que si la quiero que le digo ?

Tera.- La verdad. Que no sabes como, que has pasado por experiencias muy dolorosas y que lo único de lo que estas seguro es de que te gusta sentir su ternura pero que no tienes idea de como puedan evolucionar tus sentimientos a futuro.

Pac.- Y si se enoja ?

Tera.- Por que ?

Pac.- Porque ella si me ama y yo no.

Tera.- Eso no es algo de lo que alguien te pueda culpar. Si ella acepta lo que a ti te nace darle, bien, y si no, no puedes presionarte a inventarle lo que no hay. Eso sería engañarla y eso si es hacerle mal a alguien. Acuérdate como te sentiste cuando te engañaron.

Pac.- Ni me lo recuerdes.

Tera.- Que tal que yo te salga ahora con que G te menta por compasión.

Pac.- Me da asco pensar en eso.

Tera.- Pues a eso llegarías si le mientes por compasión.--

Más vale una colorada que cien descoloridas.

Durante algún tiempo el paciente salió con S y con -- otras muchachas más. Con una de ellas tuvo una experiencia sexual desagradable y la dejó. Con S la relación era intermitente, él la buscaba más por compañía que por cualquier otra razón. A G, continuaba viéndola y eventualmente tenía relaciones sexuales con ella hasta que en una ocasión le contagió una infección. Esto lo enfureció, ya que confirmó una serie de desórdenes en la vida sexual de G. El decidió nunca más volver a tener relaciones con ella, se lo dijo directamente y le pagó un tratamiento médico. Esta decisión fue inflexible y no obstante todos los intentos de ella por persuadirlo de lo contrario el se mantuvo firme. Para él, este hecho fue la confirmación de sus sospechas de engaño, y dos meses después decidió llevarse a sus dos hijos mayores (una niña de cinco años y un niño de cuatro años) a vivir con él y con sus padres.

Poco después de los dos años de tratamiento tuvo un gran pleito con sus padres; un empleado de su padre se burló públicamente de él y él le dijo que se largara de allí, el padre al escuchar los gritos salió y empezó a insultarlo diciéndole que otra vez estaba loco, él se enfureció y tuvo

un impulso de atacar a su padre pero prefirió irse de su casa. Se fue a vivir a la casa de su abuela materna que estaba vacía, porque la abuela se había enfermado y tenía varios meses viviendo en casa de los papas del paciente. Estuvo mal durante varios días, y dejó de tomar sus medicamentos por espacio de una semana, esto le ocasionó una crisis compulsiva. El Psiquiatra ordenó un estudio en busca de datos de epilepsia pero el electro encefalograma salió normal. No obstante desde entonces se incluyó un anticonvulsionante dentro de sus medicamentos.

Un mes después de este incidente, reportó en el consultorio:

Pac.- Ayer me robé a S.

Tera.- Como que te la robaste no te entiendo ?

Pac.- Si, su mamá que es la que lleva los pantalones en la casa se puso furiosa de saber que andaba conmigo y le dijo que yo no le convenía por que yo era un hombre divorciado y con tres hijos, y que si volvía a verla conmigo la mataba a palos. Asi que decidimos fugarnos. Estamos viviendo en casa de mi abuelita y mañana vamos a hablar con su papá que si es una gente razonable. Le voy a explicar que quiero a su hija y que queremos casarnos, pero que su esposa no entiende razones y que por eso tuvimos que -- actuar de esa manera.

Tera.- Intentaste hablar con su mamá o con su papá previamente ?

Pac.- Con la mamá imposible, siempre que me ve en el negocio, me corre y ya en otra ocasión golpeó a S., por que se enteró de que a pesar de sus prohibiciones - seguía saliendo conmigo. Con el señor he hablado - en varias ocasiones, es una persona muy amable pero totalmente dependiente de la señora; con decirte -- que si el papá le tiene pánico. Pero S es ya mayor de edad, y no tiene por que soportar los golpes de su madre. En dos ocasiones traté de hablar con la señora para explicarle que soy una persona seria y que lo único que quiero es que me permita ser novio de su hija, pero esto nunca fué posible, así que an tier al poco tiempo de dejar a S en su casa ella me habló llorando y me dijo que su mamá estaba furiosa y que ella había tenido que mentirle respecto que - había salido conmigo. Me dijo que ya no podía más y entonces le dije que al día siguiente se vendría conmigo y que ella escojiera si quería que yo habla ra ese día con su mamá o no. Ella me dijo que prefería que nos fuéramos y a los pocos días hablarle por teléfono explicándole dónde estábamos. No obstante, ese mismo día en la noche yo le hablé al señor y le dije todo lo que pasaba y dónde estábamos pero que por favor nos guardara el secreto.

Tera.- Bueno, y cómo te sientes ?

Pac.- Muy contento, pero también un poco asustado.

Tera.- Y que es lo que te asusta ?

Pac.- Mira, me dá gusto haber tomado esta decisión, porque yo no podría permitir que a ella la maltratarán y yo quedarme tan tranquilo. Pero me asusta pensar - que en el fondo se que no la amo como amé a G.

Tera.- Por que habrías de amarla como amaste a G ? Nunca-se ama igual a diferentes personas. Ni siquiera a la misma persona en diferentes tiempos.

Silencio prolongado.

Pac.- Eso de los diferentes tiempos es cierto, cuándo G y yo intentamos volver ya nunca fué igual.

Tera.- Pues entonces permitete vivir lo que estás viviendo y deja de referir tu vida presente a tus sentimientos pasados.

El paciente tuvo un avance verdaderamente impresionante, a partir de que empezó a vivir con S, lo más terapéutico que ocurrió, fué el que él aceptara la responsabilidad - que adquirió al llevarse a S a vivir con él. Desde ese día ella lo acompaña a todas partes a donde él va, visitan -- juntos a todos los clientes y cuándo se hace necesario ella le ayuda con las máquinas impresoras.

Actualmente, ella se encuentra en el cuarto mes de embarazo, dejaron la casa de la abuela y viven en una casa alquilada que comparten con un hermano ie él y su esposa, esta casa queda a una cuadra de la casa de los padres del paciente y a dos cuerdas del taller del paciente. El paciente actualmente, tiene su propio taller y ha podido en el -- transcurso del último año de tratamiento comprar máquinas - que son yá de su total propiedad, su negocio es modesto pero sumamente próspero, y ahora él está pensando contratar - vendedores y él dedicarse únicamente a producir.

Al poco tiempo después de la ruptura que tuvo con G a raíz de la infección que ella le contagió, él decidió llevarse a sus hijos, a vivir con sus padres, cómo lo referimos con anterioridad, éste fué otro momento importante de - toma de decisión autónoma, con sentido de responsabilidad y dirección adecuada. Ninguna de éstas dos decisiones fueron nunca sugeridas por la terapeuta, y la conducta que el paciente adoptó en torno a ellas ha sido consistente y siempre tendiente a consolidar más la toma de responsabilidad en -- ambos sentidos; con respecto a sus hijos, ahora los visita diariamente, ya que su madre continúa haciendose cargo de ellos, pero recientemente habló con su padre y le dijo que él comprendía que su madre estaba ya demasiado vieja y cansada como para lidiar con dos niños pequeños, que tan sólo le pedía le diera un poco de tiempo más para que él pudiera

consolidar su negocio y estabilizar su relación con S, y su bebé, y él se llevaría a vivir con él y con S a sus dos hijos. Por su parte, S está de acuerdo en que los niños se vayan a vivir con ellos, y lo único que pide es que G, no intervenga en ello. En su relación con S, el paciente es cada día más claro y consistente, admite que no es una mujer deslumbrante o el amor de su vida, pero sabe y valora muy altamente la ternura, permanencia y estabilidad que ella le brinda. Un dato muy importante es que a partir de que él la ha aceptado como algo permanente en su vida, sus relaciones sexuales son muy buenas, y no solo eso sino que de una frecuencia inesperada, ya que parte de sus medicamentos tienen como efecto secundario el acarrear problemas de impotencia.

Aún ahora el paciente tiene dificultades para aceptar cargas fuertes de frustración, pero su posibilidad de recuperación y la aparición de mecanismos adaptativos a la realidad es ya evidente. El último episodio de éstos se dió en una fecha muy reciente y siendo que coincidieron tres elementos determinantes de una recaída; se le acabaron por dos días sus medicamentos a raíz de la escasez de importaciones de materia prima farmacológica en el país, esto coincidió con un retraso en el pago de facturas por parte de algunos clientes, y con un pleito ligero con su padre que reavivó pasadas rencillas. El paciente, se quedó dos días

sin trabajar, por prescripción de la terapeuta y al tercer día pudo reanudar nuevamente, su vida normal.

Lo más importante del párrafo anterior es que en esta ocasión el paciente estuvo perfectamente conciente de cómo evolucionaron las cosas, cómo cada vez se fué poniendo más intolerante, y cómo la situación fué seriamente agravada -- por la ausencia de sus fármacos.

Esta es la fase terapéutica en la que el paciente se encuentra actualmente. Ahora ya podemos hablar de que hay indicios claros de haberse iniciado el proceso de encapsulamiento de la psicósis, ya que el paciente manifiesta una separatidad entre su yo y el proceso que ante ciertas circunstancias lo invaden.

En esta etapa del tratamiento es posible a ce verar que estamos ante una psicósis reactiva que se ve propiciada por factores medioambientales y cuyo pronóstico es bueno ya que en la medida que el paciente reestructura su capacidad de lidiar con las frustraciones de la vida cotidiana, su posibilidad de manejarse con un yo autónomo crece.

El paciente continúa asistiendo a sus citas de 50 minutos una vez por semana y la toma de sus medicamentos no se ha modificado en el último semestre.

Su productividad en el trabajo es buena y su relación con su mujer también. Actualmente piensa alquilar una casa lejos de la de sus padres y llevarse a vivir con él a sus 2 hijos.

Las metas terapéuticas se plantean en el sentido de ayudarlo a fomentar conductas acertivas por medio de apreciar pequeños éxitos en su vida cotidiana. Y posteriormente podremos empezar con factores de interpretación de la psicodinámica familiar en su infancia.

De poderse mantener el ritmo de trabajo terapéutico con el que se ha trabajado los últimos 10 meses, es de esperar que en 1 año y medio el paciente pueda quedarse como alguien que solo necesita un chequeo mensual durante unos meses y posteriormente dejarle abierta la posibilidad de solicitar citas esporádicas cada que él lo considere necesario.

Cabe aclarar que con estos pacientes nunca se rompe el vínculo de la relación terapeuta-paciente, ya que todo el proceso de terapia ha tenido como base esta relación, el romperla en aras de independencia o autonomía, sería desconocer la probabilidad de futuras recaídas, de las cuales nunca se está exento por completo.

PRESENTACION SEGUNDO CASO

Sujeto R.G.P.- sujeto femenino, con estudios hasta el segundo año de preparatoria, de 23 años de edad. Fué referida a psicoterapia por un psiquiatra a quién ella había recurrido, y que por falta de tiempo no podía atenderla en tratamiento continuo.

La paciente fué diagnosticada y recetada farmacológicamente por el psiquiatra que la refirió. El diagnóstico fué de Esquizofrenia Crónica, de tipo procesal, opinión que fué corroborada por la terapeuta en entrevistas clínicas. No se aplicaron pruebas.

DATOS GENERALES:

La paciente tenía 21 años, cuando se inició su tratamiento, vivía en casa de su madre con ella y su abuelo materno, había abandonado los estudios de preparatoria desde hacía dos años, y después solamente había tomado algunos cursos de inglés. No tenía novio, ni amigas, hacía más de seis meses que había perdido su último empleo y actualmente se dedicaba únicamente ayudar a su madre en las labores domésticas. El hogar se sostiene económicamente por las aportaciones del abuelo que tiene setenta y ocho años y se dedica a componer aparatos electrónicos, viven en un departamen

to alquilado y el taller del abuelo está en una accesoria - que está en el mismo edificio en la planta baja. La madre es una mujer divorciada de cuarenta y cinco años que trabaja por comisión haciendo cobranzas de rentas para una institución bancaria.

La paciente mide aproximadamente 1.70, es sumamente -- blanca, de ojos verdes muy claros y peliroja. Su forma de vestir le dá un aspecto bizarro. Su cuidado personal es muy malo y su cabello siempre está desordenado.

DATOS CLINICOS:

La paciente presenta, como síntoma más angustiante, - una serie de pensamientos obsesivos que la persiguen y la atormentan constantemente . El contenido de estos pensamientos es siempre en torno a insultos e injurias dirigidos hacia la Virgen y Dios. Esto se presenta en forma de pensamientos por lo general, pero hay momentos en que éstos contenidos se manifiestan en sus sueños, y otras veces las menos, ha llegado a tener visiones alucinatorias, en otras ocasiones los pensamientos van acompañados de bochornos, y calores que le suben desde los pies hasta la cara.

A la edad de 19 años, la paciente tuvo un brote psicótico; Poco después de terminar el segundo año de preparato-

ria, la muchacha comenzó a trabajar como secretaria en un despacho de abogados, ella refiere que se enamoró de su jefe y que una de sus compañeras se dió cuenta y consiguió que la corrieran, en ese mismo trabajo conoció a un muchacho de 24 años y comenzó a salir con él, al poco tiempo se hicieron novios y tres semanas después este muchacho la invitó a bailar, la mamá habló con él y le pidió que la regresara a su casa a las 2 de la mañana. A las 6 de la mañana la paciente le habló por teléfono a su mamá pidiéndole que fuera a recogerla pues su novio la había emborrachado, violado y ella estaba en un hotel, la muchacha colgó e inmediatamente tomó el teléfono el novio quién se comunicó a la casa de la señora y le dijo que no se precipitara y que inmediatamente llevaría a su hija a su casa. Dos horas después, ambos estaban en casa de la mamá de la paciente; la paciente estaba en un estado sumamente excitado, con llanto y angustia, el muchacho refirió que efectivamente habían hecho el amor, pero que él no sabía que ella era virgen, y que quién había insistido para beber excesivamente había sido ella. La paciente solamente lloraba y la madre decidió dejarlo a él en paz y llevarse a su hija a una consulta médica. En cuanto él se fué la paciente se puso a dar de gritos, cogió un cuchillo y empezó a perseguir, primero a su abuelo y después a su madre, diciendo que a ella nadie la iba a tratar de puta, que él al había violado y que ella iba a acabar con todos. La madre llamó a un médico vecino, quién finalmente logró inyectarle valium. Al día siguiente,-----

la madre la llevó a una consulta médica y el médico que la examinó determinó que sí había habido una relación sexual, pero que la paciente no tenía ningún rastro que pudiera indicar que había sido tratada con violencia. La madre decidió no hacer ninguna acusación de carácter legal en contra del muchacho para evitar mayores problemas a su hija.

A partir de ese día, la madre llevó a su hija a consulta psiquiátrica y la paciente fue tratada con fármacos, la madre refiere que ya en otras ocasiones se había puesto sumamente violenta, pero que en esta ocasión ella sí había visto una clara intención de herirse ella misma o herir a su abuelo, o a ella. La madre describe la conducta de su hija como violenta, impulsiva, incapaz de sostener un esfuerzo por largo tiempo, constantemente malhumorada, muy mal hecha en su trabajo, poco atenta a su arreglo personal, dócil ante las órdenes de autoridades extrañas y resistente y rechazante de las órdenes de su abuelo ó de ella misma.

Como antecedentes previos, ~~tenemos un~~ problema de ~~amo-~~nia en el momento de nacer, y el uso de forceps durante el parto. Desde los cuatro años, la madre llevó a la niña a la Clínica de la Conducta por consejos de una maestra de escuela, pues la niña tenía pesadillas constantes, fue tratada neurológicamente con Epamin, durante varios años y no recuerda la madre con que otros medicamentos, pero fue super-

visada en esa institución hasta los 9 años. Durante su adolescencia no recibió tratamiento psiquiátrico sino hasta el brote que describimos al inicio de este inciso.

DATOS DE LA HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE:

La paciente fué producto del primer embarazo de la madre, quien se había casado con un norteamericano, que había conocido en México, y se había ido a vivir con él a E.U.A. El noviazgo de la madre fué de unos cuantos meses, y ella describe que no pudo darse cuenta de que su novio era un enfermo mental. Cuando se fué a vivir con él a E.U.A., después de la boda que fué aquí en México, la mamá de la paciente refiere que su esposo se pasaba días enteros sin hablarle y sin salir de su cuarto, se negaba sistemáticamente a trabajar, y refiere que en una ocasión, cuando él iba a llevarla a presentarle a sus suegros ella iba insistiendo en que la dejara trabajar, porque ella ya no tenía dinero ni para comer, él no le contestó paró el coche y rompió a golpes el parabrisas; la señora refiere que en ese momento decidió volver a México con él poco dinero que le quedaba. Al poco tiempo regresó a su país, pero ya estaba embarazada. Tiempo después, se enteró por una carta que recibió de sus suegros que su esposo había sido diagnosticado desde hacía tiempo como esquizofrénico paranoide.

La paciente nunca conoció a su padre ni siquiera en fotografías. Durante su niñez, vivió con su abuelo, su abuela, una hermana de su abuelita (su tía abuela) y su mamá. La tía y la abuela murieron con un mes de diferencia cuando la paciente tenía 11 años de edad, esta pérdida causó un gran dolor para la paciente, ya que quién fungía como su mamá era realmente su tía en primer lugar y luego su abuela materna, ya que la madre tenía que trabajar casi todo el día. La paciente describe a su tía como muy dominante una solterona que la quería mucho pero no la dejaba en paz en todo el día, constantemente la asediaba con demandas de compañía, rezos, buen comportamiento ,etc.

A su abuela la describe como un buena persona, pero muy quejosa y delicada que frecuentemente la regañaba por cosas que eran propias de una niña de su edad, como dejar los juguetes tirados en la sala o ver televisión por las tardes. No obstante, que la tía ejercía muchas presiones en contra de la paciente, la reporta como la persona a quién más quería, la muerte tan cercana de la tía y de la abuela constituyeron sin duda una serie de ~~traumas~~ traumas en la infancia de la paciente . Después de pasado el luto, la madre se vió obligada a vender la dulcería para poder atender a su padre y a su hija, este hecho forzó la relación entre la madre y la hija, y ocasionó que la madre empezara a ocupar un lugar diferente frente a la paciente.

La madre reporta que alrededor de los 15 años su hija se hizo amiga de una muchacha, compañera de la secundaria - que la indujo a beber, y con quién en una ocasión se escapó a Cuernavaca. Ese fué el primer episodio de pérdida de control de la madre sobre su hija, ya que hasta entonces la muchacha había sido sumisa a sus órdenes. El episodio concluyó con que la amiga le habló por teléfono a la mamá pidiéndole que fuera a recoger a su hija a Cuernavaca, ya que ella estaba totalmente embriagada.

En su desempeño escolar durante la primaria y la secundaria, fué una buena alumna, de calificaciones a nivel medio pero nunca reprobó un año ni tuvo dificultad para el **pase final**. La madre la describe como una niña retraída y tímida que difícilmente hacía amistades, pero que finalmente cuando lograba tener una amiga la tenía por mucho tiempo. La primaria y la secundaria pudo hacerlas en un colegio de paga, pero a la muerte de la tía y de la abuela la madre tuvo que dejar de trabajar parte del día y esto repercutió en el presupuesto familiar. El cambio de escuela al pasar a preparatoria la afectó seriamente ya que se vió separada de su grupo de compañeras con el que había permanecido durante mucho tiempo, la paciente comenzó a tener serias dificultades para dar los rendimientos adecuados a un nivel de preparatoria. Las materias se le hacían muy pesadas y las tareas excesivas, entraba en estados de gran ansiedad y se quejaba

constantemente con su madre de que no iba a poder con todas las materias. En las fechas previas a los exámenes se encerraba a estudiar por muchas horas, y cuando sentía que a pesar de esto no estaba preparada para el examen se ponía sumamente violenta y agresiva con su madre y con su abuelo, -comenzaba a gritar tildándose de tonta, estúpida y anormal. Estas fueron las razones por las cuales al terminar el segundo año de preparatoria la madre no la presionó para que hiciera el tercero, sino que estuvo de acuerdo en que dejara los estudios por un tiempo y se dedicara a trabajar un poco y curarse "de sus nervios y su cabecita".

En sus relaciones con el sexo opuesto siempre fueron extremosas, pasaba de una total timidez a conductas impulsivas y seductoras que normalmente eran facilitadas al ingerir alcohol. La madre decidió poner freno a esto por medio de controlar mucho sus salidas y a sus amistades. En este contexto se dió el episodio del primer brote psicótico que describimos con anterioridad.

Finalmente diremos que la familia pertenece a un estrato socioeconómico de clase media baja, de formación en su aspecto religioso católica, y que la paciente no tiene más parientes que su madre y su abuelo, ya que de la familia del padre nunca ha sabido nada. Por estas razones la madre tiene una seria preocupación respecto al futuro de su

hija. La paciente actualmente además de su tratamiento psiquiátrico coterapéutico semanal está bajo estricto control psiquiátrico, y las dosificaciones que ha continuado reportamos se han mantenido durante los últimos 8 meses.

TRILAFON de 8 mg. ---	2 (des)	2 (com)	2 (cen)
AKINETON -----	1	1	1
RIVOTRIL -----	1/2	1/2	1/2
SINOGAN -----	1/2	1/2	1
LUDIOMIL de 75 mg. --			1

PRIMERA ENTREVISTA:

La paciente llegó puntual a su cita acompañada de su madre, su aspecto es extraño ya que su cabello es rojo y está mal arreglado, no obstante está limpia y se mantiene --- tranquila en la sala de espera. La paciente pasó sola al consultorio y se encontraba bien orientada en espacio y --- tiempo.

Tera.- Que tal G. cómo estás ?

Pac.- Muy bien doctora ~~gracias~~.

Tera.- Cuál es la razón por la que quisiste venir a verme ?

Pac.- Bueno, la verdad es que tengo una serie de pensamientos que me molestan mucho y me hacen sentir muy mal y me dan mucho miedo.

- Tera.- A ver G. cierra tus ojos y quiero que pienses en --
una rosa blanca.
- Pac.- Si, ya.
- Tera.- Cuando yo te dije piensa en una rosa blanca, vino a
tu mente la imagen y el recuerdo de una rosa blanca.
Si o no ?
- Pac.- Si, claro.
- Tera.- Ahora dime, los pensamientos que te vienen son igua
les a ese pensamiento de la rosa blanca o diferen--
tes ?
- Pac.- Pues yo creo que iguales.
- Tera.- Es decir, que aparecen dentro de tu cabeza, de la -
misma manera que aparece la flor blanca. Es así ?
- Pac.- Si doctora así es.
- Tera.- Es decir no lo ves afuera, no es cómo una película
que pasa afuera de tí, sino es un pensamiento igual
al de la rosa.
- Pac.- Así es, doctora.
- Tera.- Muy bien G. ahora ya estoy entendiendo que clase de
pensamientos son esos. Ahora dime, que es lo que -
piensas ?
- Pac.- Pues doctora, se me vienen a la cabeza puros insultos
acerca de Dios, y de la Virgen.
- Tera.- Y podrías decirme para que yo te entienda bien y te
pueda ayudar, qué clase de insultos son esos ?

Pac.- Ay doctora, pues es que me dá mucha pena con usted repetirlo.

Tera.- Claro, yo sé que te dá mucha pena, y eso es normal y yo estoy de acuerdo, porque tú eres una muchacha desente, y jamás producirías voluntariamente esos - pensamientos tan horribles. Pero si yo quiero poder ayudarte a que desaparezcan de tí, tengo que co- nocerlos, y conocerlos muy bien, para poder comba- tirlos. Mira, es como un enemigo en un campo de ba- talla mientras más lo conozcas, más fácilmente po- drás derrotarlo.

Pac.- Pues en eso tiene razón, (silencio prolongado). -- Bueno pues pienso que la Virgen es una pinche, puta, wila; y veo constantemente la parte de Dios, la pare- te de una mujer y las nalgas de Dios.

Tera.- Oye, que bien están esos pensamientos, la verdad es que son muy interesantes. Pienso que vamos a pasar un buen tiempo tú y yo trabajando con ellos.

Pac.- Doctora, pero lo que yo quiero es que me los quite.

Tera.- Por supuesto que sí, pero para ello necesito que me ayudes, yo sola no podría.

Pac.- Pues yo estoy dispuesta a ayudar en lo que usted -- quiera doctora, nadamás dígame en que.

Tera.- Pues cómo te decía, para derrotar a un enemigo hay que conocerlo bien. Así que, te voy a dar instruc- ciones muy precisas de lo que tienes que hacer, y -

de lo bien que lo hagas dependerá lo mucho o lo poco que yo pueda ayudar.

Pac.- Estoy de acuerdo.

Tera.- Bueno, pues a partir de ahorita vas a llevar siempre contigo una libretita, una pluma , un reloj y no importa donde estés en el momento que te asalte un pensamiento vas a apuntar que día es, que hora es y -- qué pensaste. No me importa si tienes que hacerme 20 reportes al día, quiero que no falles, ni una sola vez. Entendido ?

Pac.- Si, claro, está muy bien.

Tera.- Quiero decirte, que este es un enemigo muy mañoso, y que probablemente al darse cuenta que estamos investigándolo de día, trate de comenzar a molestarte de noche; así que si esto sucede y comienzas a tener muchas pesadillas, vas a seguir el mismo sistema, así que en el momento en el que despiertes, vas a apuntar todo lo que hayas soñado; pero eso sí, no quiero vergüenzas ni falsas penas, esa es una de -- las maneras en las que el enemigo ataca, impidiendo que lo conozcas y obligándote a que con falsas modestias tú no me digas nada. Así que quiero tú --- compromiso total de:

- 1.- Decirme siempre la verdad tal y como es, sin cambiar las palabras.
- 2.- Cumplir con las tareas que yo te deje aunque te sea cansado, aburrido o doloroso.

3.- Asistir a tus citas puntualmente.

Pac.- Estoy de acuerdo. Pero usted cree que con eso se me quitarán.

Tera.- Si tú cumples con tu parte, yo te prometo cumplir con la mfa.

En esta primera entrevista, era muy importante determinar si el contenido de los pensamientos era alucinatorio, o solamente pensamientos obsesivos recurrentes. Hasta el momento todo apareció como pensamientos obsesivos, exclusivamente y por lo tanto la sesión se dedicó a vencer la resistencia de la paciente, a hablar del contenido de los pensamientos y a ganar para con ella una posición de control y autoridad, que nos permitiera llegar a acuerdos y compromisos que posteriormente, serían usados como parte fundamental del tratamiento.

DESARROLLO DEL CASO

A continuación, la paciente cumplió de manera precisa con todos los acuerdos a los cuáles llegamos. Asistía puntualmente a sus citas y presentaba siempre sus reportes, los cuales eran tratados y analizados de la siguiente manera:

Ahora vamos a transcribir algunos de los reportes llevados a la sesión por la paciente y después explicaremos cómo eran abordados.

Miércoles, 11 de agosto de 1982.

Al cuarto para las ocho de la noche me vinieron pensamientos de que la Virgen era una puta, y ví las nalgas de Dios y la parte de la Virgen.

Jueves, 12 de agosto de 1982.

A los veinte para las dos de la tarde, me vino un pensamiento de que la Virgen era una chingona, a las cinco y media de la tarde vi dos veces la parte de una mujer, a las nueve y media de la noche me vinieron pensamientos de que la Virgen era puta, Virgen pendeja, las nalgas de Dios y -- las nalgas de la Virgen.

Viernes, 13 de agosto de 1982.

A las seis de la tarde, ví la parte de un hombre, a las siete y veinte de la noche, me vino un pensamiento de que chingona, wila, a las nueve de la noche ví a mi abuelito orinando y ví las asentaderas de una persona que se golpeaba contra el piso.

Sábado, 14 de agosto de 1982.

A las diez de la mañana, me vino una imagen en la que veía a una pareja haciendo el amor.

Domingo, 15 de agosto de 1982.

A las nueve y cuarto de la mañana, Dios pendejo y cinco minutos después Virgen maldita, a las diez y veinte de -

la mañana pendeja. A las diez y media, que veía la parte de Dios y chingona cruz, a las veinte para las once chingado corazón de Jesús, al cuarto para las once de la mañana, me vino una imagen en que veía a la parte de la Virgen en las caras de las gentes, a las once y cuarto de la mañana me vino un pensamiento de que la Virgen wila, a las cinco para las doce me vino un pensamiento de que Virgen puta, a las doce y cinco me vino un pensamiento de las nalgas de Dios, a los veinticinco para la una me vino un pensamiento de que chingona la Virgen, a los diez para las ocho de la noche me vino una imagen de un hombre desnudo.

Los relatos eran todos por el estilo, e involucraban básicamente a cuatro personajes: Dios, la Virgen, diferentes formas de llamar a Jesús, su abuelito, su mamá y muy raras veces ella misma. Por lo general, los pensamientos se encadenaban uno con otro, pero muy raras veces formaban acciones. Nunca hubo relatos o historias congruentes y los personajes no interactuaban entre sí, lo más eran parejas haciendo el amor que aparecían de manera intermitente. Esta forma de pensamiento fraccionado, es típica de los pacientes esquizofrénicos. Ver, (Language and Thought in Schizophrenia. Edited by J. S. Kasanin, M.D.).

Técnicamente, al hacer tracking al proceso de esta paciente, nos oponemos a emitir cualquier tipo de juicio acerca
del con-

tenido de los pensamientos. Identificamos todo aquello que ataque al yo del paciente como nuestro enemigo; al hacer esta maniobra, lo que estamos implicando, es que ella es aceptada por el terapeuta de una manera incondicionada. Los elementos proyectivos son evidentes en este material, pero cualquier tipo de interpretación de carácter psicodinámico que se la hiciera a la paciente, sólo acarrearía un proceso de desintegración aún más severo, ya que es muy evidente que la paciente está totalmente incapacitada para tomar valores, ya sea que aportara la terapeuta o que ella misma pudiera identificar en sí misma, por ello se opta por separar a la parte de sí misma que produce esos pensamientos considerándola como un enemigo a vencer. Un elemento muy importante que se usó en esta fase del tratamiento fué el principio de saturación hasta llegar a la saciedad que plantea la teoría conductista. Así que, al reportar de manera escrita y en secuencia temporal ordenada la manifestación del proceso psicótico de la paciente vertida en los pensamientos hacemos que:

- .- La paciente se fuerza a entrar en medio del casos, en un proceso secundario.
- .- La paciente haga una alianza con la terapeuta en cuanto a que ella son buenas y los pensamientos son los malos a vencer.
- .- Al hablar abiertamente del contenido de sus pensamientos, obligarla a escribirlos, leer sus reportes cada sesión en voz alta, se desmitifica

el poder de los insultos y las injurias, por medio de habituarla y saturarla de este tipo de lenguaje durante la sesión.

Después de leer el reporte de varios días:

Tera.- Oye G., que bien estuvo este reporte que me trajiste hoy, yo creo que ya estamos preparadas para dar un paso adelante.

Pac.- Qué quiere decir con eso doctora ?

Tera.- Que hasta ahora tú me has hecho el reporte de todos los pensamientos que te vienen, pero yo necesito que seas aún más precisa. No consideras tú que es muy importante la precisión cuándo uno hace un trabajo tan serio como este que tú y yo estamos haciendo -- aquí ?

Pac.- Pues claro que sí doctora.

Tera.- Y no crees que lo más importante es ser veraz, es - decir, si hablamos de algo y lo escribimos, no mentir.

Pac.- Por supuesto doctora, yo a usted nunca le miento.

Tera.- Pues bien, yo veo en tus reportes que hablas acerca de las nalgas de Dios y la parte de la Virgen, pero yo no sé como son las nalgas de Dios y la parte de la Virgen.

Pac.- Pues yo tampoco doctora.

Tera.- Cómo que tú no sabes, nadie puede imaginarse algo - sin poderlo describir, y tú eres la que tienes el - poder de imaginarte esto, así que yo te suplico que me hagas una muy buena descripción de las nalgas de Dios, porque yo nunca he tenido la oportunidad de - saber cómo son.

Pac.- Hay doctora, pero me dá mucha pena.

Tera.- Pues nada de penas, es muy importante que si yo te ayudo a tí, tú me ayudes a mi, y si tú puedes ver - lo que yo no veo, pues tu debes de enseñarmelo, ya que yo no puedo hacer un reporte mentiroso de todo lo que tú me dices. Tú sabes que yo tengo la obligación de llevar un expediente tuyo y ser muy clara y veraz en todo lo que reporto. O que, quieres que sea una mentirosa ?

Pac.- No doctora, por supuesto que no.

Tera.- Bueno, entonces dime, las nalgas de Dios son redonditas o planas.

Pac.- Pues, no estoy muy segura ... dejeme ver (cierra los ojos), pues son redonditas doctora.

Tera.- Y son blancas o morenas ?

Pac.- Pues creo que son morenas.

Tera.- Y la parte de la Virgen cómo es ?

Pac.- Pues normal doctora como la de todas las personas.

Tera.- Huy, ya empezamos con vaguedades, cómo que como la de todas las mujeres. Que no sabes hay diferencias en los púbis femeninos.

Pac.- No doctora, no sabía.

Tera.- Pues sí, los hay muy diferentes, los hay con el pelo rizado, escaso, abundante. Y tú no querrás, que -- yo me equivoque en algo tan serio. Pero mira te -- veo que tratas de ser clara pero que lo que pasa es que no te acuerdas. Así que te voy a dejar una tarea, para no equivocarnos.

Pac.- Si doctora.

Tera.- Tú eres católica verdad ?

Pac.- Si doctora.

Tera.- Y vas a misa, o sea que sabes donde hay iglesias cerca de tu casa ?

Pac.- Si doctora. A veces los domingos mi mamá me lleva a misa.

Tera.- Pues bueno, te vas a buscar una iglesia en la que haya muchos santos y vírgenes, pero tienes que fijarte que sean de esos santos cómo los que hacían antiguamente que tenían sus vestidos largos muy hermosos. Y entonces vas a levantarle el vestido a -- una Virgen, para que me puedas decir de verdad cómo es el pubis de una Virgen, porque yo con tus vaguedades no puedo trabajar.

Pac.- (con cara de gran sorpresa) Pero doctora, cómo cree que voy a hacer eso ?

Tera.- Y porque no ?, después de todo es ~~peor~~ que le andemos inventando a la Virgen un pubis como no lo tiene.

Pac.- Pero doctora y si alguien me ve ?

Tera.- Tú dices que estas actuando bajo prescripción de tu terapeuta y no das mayores aclaraciones. Si alguien te molesta le das mi teléfono y yo me las arreglo con él.

Pac.- Pero doctora no cree usted que esas Virgenes las hacen como las muñecas, que no tienen nada ?

Tera.- Bueno ... pues esa es una posibilidad. Pero mira, yo no creo que los que hacen los santos mientan y - hacer eso que tú dices es engañar a la gente; yo sé que esas personas que se dedican a hacer figuras para las iglesias son gente muy seria, que no le inventan a los santos o a las vírgenes rasgos que no tuvieron sino que estudian mucho para saber de verdad cómo eran. Y no creo que al respecto del pubis, hayan hecho una omisión, no crees ?

Pac.- No, claro que no doctora.

Tera.- O si quieres, quizás sea mejor en vez de enviarte a las iglesias a que lo investigues por tí misma, pedirle a tú mamá que te lleve a entrevistarte con -- uno de esos artistas para que él te explique cómo es esto en realidad.

Pac.- No doctora, no creo que sea necesario, yo creo que lo puedo investigar por mí misma.

Esta indicación se le dió a la paciente después de --

tres meses de trabajar con ella de manera estrecha. El resultado de esta iniciativa, fué que por primera vez la paciente se puso muy evasiva, francamente reía al hablar del tema, y como aún se sostenía la tarea de los reportes escritos, en ellos fué muy evidente como comenzaron a descender los volúmenes de malos pensamientos por día. Lentamente, se dejó de hacer la lectura rutinaria del principio de la sesión, y se pasó a darle tan solo un breve vistazo cuando el tiempo estaba por terminar.

La paciente, no se percató de en qué momento los pensamientos dejaron de molestarla, pero para el octavo mes de tratamiento, los reportes ya sólo eran sobre sueños. De hecho, las vigiliass habían quedado libres de malos pensamientos. Cada vez que la terapeuta, le preguntaba si había podido hacer la inspección bajo las faldas de alguna Virgen, ella contestaba, que estaba muy apenada pero que no podía encontrar más que vírgenes de yeso, y a ellas no había vestidos que levantarles.

Aunque el rasgo sistemático, que había llevado a la paciente a tratamiento había desaparecido, la madre de la paciente ha querido sostener su tratamiento, cómo un apoyo para ver si es posible que su hija lleve una vida más normal y de acuerdo a su edad.

En el noveno mes de terapia la paciente tenia que tomar diariamente los siguientes medicamentos:

MAJEPTIL -----	2	(des) 2	(com) 2	(cen) ⁼⁶
AKINETON -----	1	1	1	3
ORAP -----				1
ROHYPNOL -----				1
SINOGAN -----				1

Este tipo de medicamentos, ocasionaban que la paciente no hiciera episodios agresivos, pero por otra parte la mantenian todo el tiempo apática y desganada, con muchísimo -- dueño y con un temblorcito constante en las manos.

Las metas terapéuticas, a partir de que desaparecieron los pensamientos obsesivos, se centraron en ayudar a la paciente a ampliar su posibilidad de funcionar socialmente. -- Para ello era necesario modificar parte de la fórmula con -- la que estaba siendo tratada psiquiátricamente, y aquí se -- hubo de entrar en colaboración estrecha con el trabajo del psiquiatra. El problema era que cada vez que se le reducían los psicofármacos la paciente se ponía sumamente irascible y violenta, así que los cambios solamente se hicieron al -- principio en relación a los somníferos para ayudarla a am-- pliar sus períodos de vigilia.

El paso siguiente era motivarla a que saliera de su -- casa. Primero se planeó para ella una rutina tendiente a --

mejorar su condición física. Y así la madre la inscribió a clases de gimnasia y natación. La paciente no soportó la confrontación de verse en payasito de gimnasia frente a sus compañeras. Con respecto a sus clases de natación, las primeras clases fueron bien aceptadas por la paciente, pero -- después empezó a darle miedo cruzar la alberca de un lado al otro, y optó por dejarlas pretextando que el maestro no la quería y las demás se burlaban de ella. El elemento clave aquí es la bajísima tolerancia de la paciente a la frustración, que en cuanto la enfrenta ya sea a una incapacidad personal o a que ella haga un esfuerzo extra termina optando por dejar todo, para esto elabora autojustificaciones poniéndose muy regresiva para así poder justificar su poca capacidad de enfrentar algo que para ella es un reto. En esta misma línea se tuvo la iniciativa de ayudar a la paciente a dejar de fumar, ya que desde el inicio del tratamiento la paciente fumaba más de dos cajetillas al día. Después de instrumentar una serie de maniobras la paciente dejó de fumar totalmente, para seis meses después cuando su nivel de ansiedad aumentó por haberla sometido a dieta alimenticia para reducir su peso, volvió a fumar aunque ya no en una proporción tan alta como lo había venido haciendo.

El problema del peso se suscitó a raíz de que la paciente inició el tratamiento psiquiátrico, ya que la cantidad de fármacos que le fueron suministrados, provocó la ausencia de menstruación hasta por períodos de seis meses,

esto era algo de esperarse pero a la paciente no podía aceptar ese hecho con naturalidad por más que se le explicara, de manera que tuvo una gran cantidad de fantasías asociadas a este incidente, y comenzó a comer en exceso. Su respuesta fue subir de peso y al ponerse a dieta reinició el hábito de fumar. Actualmente alterna el cigarro con coca-cola, y aunque no ha aumentado de peso tampoco puede mantenerse en su peso normal por mucho tiempo.

En el tiempo que lleva de tratamiento, la paciente ha intentado entrar a trabajar en varias ocasiones. Ha sido vendedora de calendarios para una compañía impresora que la reclutó como comisionista por medio del periódico, pero solo vendió 2 pedidos, y lo abandonó. El trabajo en que más duró fue 3 meses, era recepcionista y ayudante de un médico ginecólogo, trabajaba solo por las tardes de 3 a 7.30 de la noche, lo ayudaba con sus citas y preparaba el instrumental para revisión de las pacientes, la paciente tuvo que aprenderse de memoria un manual de indicaciones de como manejar ese instrumental y como ayudar al Doctor con las pacientes. Todo esto era supervisado por su terapeuta, y la causa de despido en esta ocasión, fue que otra persona con posibilidad de tomar el turno completo iba a ocupar su puesto. Aparentemente el Doctor no tenía queja de su desempeño, pero ya no la necesitaba mas. Estos desenlaces en las relaciones de trabajo, son muy frecuentes con los pacientes esquizofrénicos, ya que quien los contrata en un principio no se

da cuenta de su estado, pero al poco tiempo su incapacidad de adaptarse a un ambiente de trabajo normal resulta evidente. Esta paciente no podía sostener su rutina de trabajo - por mucho tiempo, se ponía extremadamente ansiosa al tratar de llegar puntual a su hora de entrada, y si por cualquier razón no salía de su casa con la exagerada anticipación que ella consideraba necesaria, se ponía extremadamente violenta e irritada con su abuelo, o con la persona que la llevaba al trabajo, siendo totalmente incapaz de darse cuenta -- hasta que punto su retraso era imputable a ella o a causas fuera del control de cualquiera.

Ya dentro del ámbito de trabajo, tenía que hacer un enorme esfuerzo por seguir una sencilla rutina que le era asignada, y muy fácilmente se exasperaba cuando las cosas no le salían como ella quería. Ante la imposibilidad de manifestar a su jefe la dificultad para hacer su trabajo de manera eficiente prefería abandonarlo, o acumular esta carga transformándola en sentimientos hostiles hacia su familia y actitudes constantes de autodevaloración con frases como -soy una idiota, nada me sale bien, soy una torpe, nunca nadie se va a fijar en mí, etc.- Desgraciadamente, los medicamentos aportan una serie de efectos secundarios que vuelven a la paciente torpe en sus movimientos, y con una franca deficiencia en su coordinación visomotora fina. Esto como incapacidad real aunado a todo el cuadro sintomáti-

co ya descrito, nos dá un nivel de frustración sumamente difícil para un sujeto normal. En el caso de una paciente esquizofrénica se torna algo verdaderamente insoportable. -- Aquí surge una vez más el punto de división, por una parte un aspecto de censura y actitud autopunitiva la hace proyectar su enojo en forma de agresión hacia el exterior, y castigarse constantemente por medio de aplicarse juicios severos, compararse con lo que quiere ser pero no puede y finalmente llenandose de injurias a sí misma. La otra parte actúa de manera automática estructurando una conducta de evitación al estímulo aversivo, como para ella se convierten en estímulos aversivos, a corto o mediano plazo, cualquier tipo de contacto formal con el exterior, decide replegarse, aislarse en su casa para evitar mayores lastimaduras. Fue típico en este caso que cualquier forma que se le ha estructurado de socialización, ya sea en forma de que tome clases especiales de pintura, corte, gimnasia, natación, inglés, etc., o intentos a iniciativa de ella de trabajar, terminan en el cuadro descrito. La paciente tarda aproximadamente una o dos semanas en elaborar el dolor que le causa ese nuevo fracaso y el haber tenido que abandonar una vez más su iniciativa de socializar. Después de esto, permanece uno o dos meses en reposo limitándose a las labores del hogar y finalmente tarde o temprano vuelve a surgir en ella la iniciativa de relacionarse de alguna manera. En los periodos de depresión leve que siguen a sus fracasos a veces tiene -

crisis de llanto acompañadas de deseos de muerte y sentimiento de que no vale la pena seguir viviendo en esas condiciones, eventualmente se le ha administrado en estos períodos una dosis extra de valium de cinco o de diez miligramos además de su posología cotidiana. Esto es con el objeto de ayudarla a prever el subsecuente brinco a la violencia ya que en ella es claramente identificable la cadena frustración -autoagresión (en formas autopunitivas y depresivas) violencia extrema e incontrolada hacia el exterior (siempre inicia con ataques verbales hacia su familia y termina con agresiones físicas como arrojarle accidentalmente un vaso de leche en la cara a su madre, etc.).

Hace cuatro meses la paciente tomó un curso para entrar como voluntaria al cuerpo de voluntarias de la Cruz Roja, pero cuando el curso iba a terminar y ya todas sus compañeras estaban comprando sus uniformes ella fué llamada a entrevista con la psicóloga la cuál la rechazó por completo sin darle explicaciones, simplemente le dijo que ella no había sido aceptada.

A pesar de este duro golpe, dos meses después la paciente se inscribió para el curso de voluntarias del DIF. En esta ocasión la terapeuta entabló contacto directo con el profesor a cargo del curso y con la jefa de relaciones-

públicas. En ese momento se le informó que el DIF cuenta con un programa de voluntariado para minusválidos, y que a ellos se les asignan solo aquellas tareas en las que pueden ser útiles a la sociedad. En esta forma la terapeuta pudo dar al responsable de la asignación de puestos, todas las indicaciones y limitantes con las que debe de ser tratada una paciente como esta, haciendo un claro compromiso de parte de la institución de no presionar ni rechazar de manera violenta a la paciente.

Hasta ahora, los pensamientos malos nunca han vuelto, pero la gravedad y severidad de la esquizofrenia procesal que sufre esta paciente hace que su pronóstico sea francamente malo. La paciente no puede ampliar más su radio de acción, tanto por su incapacidad de tolerar lo que las relaciones interpersonales implican, como por que los medicamentos la mantienen muy atontada y lenta; pero no pueden intentarse reducciones en sus medicamentos sin correr el riesgo de desencadenar otro brote psicótico.

La función que cumple aquí el mantenimiento de un tratamiento psicoterapéutico es básicamente mantener una relación de influencia efectiva con la paciente. Esto es de un muy alto valor si se toma en cuenta que cuando la paciente se pone agresiva su agresión la dirige hacia su madre y su abuelo y la única persona que puede meterla en control es entonces su terapeuta, esta intervención evita la necesidad

de una hospitalización. Otra ventaja muy grande es que la terapeuta desde su posición de autoridad reetiqueta muchas de las experiencias de la paciente de manera que resulten más tolerables para ella. El solo hecho del mantenimiento de la relación interpersonal paciente-terapeuta es ya de un gran valor sobre todo si se le estima a largo plazo ya que la paciente además de por su padecimiento, por lo limitado de su familia en cuanto a número se ve inmersa en un sistema sumamente cerrado de posibilidad de comunicación con --- otros seres humanos.

Actualmente la paciente intenta ingresar en una escuela Preparatoria para poder terminar este ciclo escolar. El tratamiento se ha guiado a hacer una alianza con ella en la cual si puede con los horarios y disciplinas que sus estudios imponen, prosigue y si no puede estará dispuesta a aceptarlo planeando previamente la forma en que dejará la escuela y se dirigirá a otro tipo de labores. Lo mas probable es que en breve se le pueda conseguir un trabajo en el programa de apoyo a minusválidos que una Institución Oficial pondrá a funcionar.

Es claro que la paciente ha adquirido, aunque en muy pequeña escala, una cierta capacidad de retroinformación -- con la realidad, pues ahora ya acepta hablar anticipadamente de que se hará en caso de que no logre adaptarse a la ruti-

na del medio. No obstante la evidencia de que estamos ante un caso de esquizofrenia procesal nos lleva a elaborar un mal pronóstico con la consiguiente reducción en cuanto a lo ambicioso de las metas terapéuticas. Es decir, si en el caso anterior hablamos de una vida autónoma y productiva, para el paciente en este caso a lo que podemos aspirar es a que la paciente no sufra recaídas en el sentido de nuevos brotes psicóticos, que no abandone sus fármacos; que lentamente acepte su estado como una minusv^{la} real pero como algo que necesariamente la convertirá en un ser

marginado, sino que a pesar de su estado puede haber un medio en el que trabaje unas pocas horas al día y con ello aporte algo a la sociedad en que vive.

La perspectiva de concluir el tratamiento no se vislumbra pues aunque se puede aceptar espaciar las sesiones, el contacto terapeuta-paciente no puede romperse sin arriesgar gran parte de lo ganado. Es un aspecto de responsabilidad profesional el tomar en cuenta que la madre de la paciente confía en el tratamiento como algo que podrá sostener a su hija en el caso de que ella muriera o quedara inválida. -- En este sentido las sesiones de apoyo a la madre son aproximadamente una vez cada 5 semanas y en ella se habla realisticallyamente de cómo se prevee que el caso evolucione y que -- puede hacerse a futuro.

RESULTADOS:

Los resultados para ambos casos se reportarán bajo -- los rubros de los cinco aspectos tocados como básicos a cubrir en la terapia para pacientes esquizofrénicos y que fueron señalados en el marco teórico:

- 1) Establecimiento de una relación con el paciente.
- 2) Tratamiento de la sintomatología psicótica.
- 3) Análisis de su psicodinamia, esto es, adquisición de conciencia acerca de sus motivaciones inconscientes y de insight con respecto al origen y desarrollo del desorden.
- 4) Participación general en la vida del paciente.
- 5) Encapsulamiento de la psicosis.

En el caso del sujeto "A" los resultados se reportan así:

- 1) El establecimiento de la relación con el paciente se dió por medio de la técnica de tracking desde la primera entrevista, y se reforzó constantemente durante todo el tratamiento. Esto queda corroborado por varios indicadores, siendo uno de los más precisos el obtener que el paciente cumpliera con sus tareas fuera de sesión.

- 2) El primer punto de la sintomatología psicótica del paciente que se aborda, son las alucinaciones auditivas que éste padece y que son la forma de manifestación de un delirio paranoide. La acción psicoterapéutica aunada al tratamiento farmacológico rinde resultados óptimos alrededor del cuarto mes de tratamiento. Otros puntos importantes dentro del cuadro sintomático como los patrones de conducta psicótica; la tendencia al autismo por medio de encerrarse en monólogos interminables, dándose justificaciones de todo lo que le sucede, son tratados también con éxito, y se aplican para ello técnicas especilamente orientadas a romper esta barrera rígida de comportamiento (todo el proceso de enganche tiene efectos positivos en este sentido).
- 3) Tan pronto como el paciente lo resiste se pasa de una técnica de pegamento a una en que es posible, aportar en pequeñas dosis, interpretaciones de la psicodinámica del paciente. A dos años y fracción de iniciado el tratamiento ya se puede hablar de que el paciente tenga areas de su yo lo suficientemente libres de conflicto como para realizar un proceso de concientización sobre éstos temas sin que necesariamente se fragmente otra vez.

- 4) La participación en la vida del paciente se dá -- desde el tercero o cuarto mes de tratamiento cuando se empieza a tomar una actitud totalmente directiva sobre su vida, basándose inicialmente en su área más libre de conflicto que es su capacidad de trabajar, ganar dinero y obtener con ello éxito e independencia en esee terreno, simultáneamente se incluyen también otras áreas como su relación como pareja, sus hijos, sus padres, alimentación, tiempo libre y deportes.
- 5) En este paciente el proceso en encapsulamiento de du psicósis es ya un hecho, es decir, el paciente ha podido superarse lo suficiente de su proceso psicótico como para darse cuenta "cuando esta --- bien* y cuando *se está poniendo loco". El maneja consciente y abiertamente esto y es capaz de solicitar ayuda a su alrededor cuando siente que el proceso desorganizador lo invade, y posteriormente, pasada la crisis es capaz de volver a empezar a recuperar la confianza en sí mismo, Por el momento necesita ayuda terapéutica aún, pero es --- presumible que en un futuro pueda hacerlo sólo -- siempre y cuando persista en su tratamiento farmacológico.

CASO "B"

- 1) El establecimiento de la relación con el paciente se dió por medio de la técnica de tracking durante las primeras entrevistas, y se reforzó constantemente durante todo el tratamiento.
- 2) El primer punto de sintomatología psicótica que se abordó fueron las ideas obsesivas con contenido denigrante y autopunitivo que acosaban a la paciente. La acción psicoterapéutica basada en técnicas como tracking, saturación hasta la saciedad, desensibilización sistemática y evitación de procesos primarios por contraposición a procesos secundarios nos llevaron despues de algunos meses a la supresión total de este sintoma. Otros puntos importantes dentro del cuadro psicótico como lo es la pérdida de la autoestima fueron abordados también por medio de intentar cambios en el aspecto físico de la paciente, cabe mencionar que aunque hubo logros muy aceptables al respecto (como pérdida de peso de ocho kilos bajo tratamiento -- controlado, dejar de fumar por períodos prolongados), todo avance se venía abajo cuando la paciente ampliaba su radio de acción hacia ámbitos más allá del familiar, pues inevitablemente al poco tiempo obtenia conductas de rechazo social que la

retrasaban y desmoralizaban profundamente.

- 3) En esta paciente ha sido casi imposible entrar -- en el terreno de la interpretación de su psicodinámia. Su yo es aún sumamente frágil y la posibilidad de encontrar como elementos parciales de su estado actual a personas significativas en su pasado (interpretación de relaciones objetales) nos llevaría necesariamente a una conducta de reproche y agresión hacia cualquiera de estos personajes - que ella pudiera ubicar. Aquí hay elementos reales para no evidenciar las cargas reprimidas que tiene la paciente ya que, si es un hecho que no tolera las frustraciones que cotidianamente se ve obligada a vivir, y la posibilidad de un episodio de violencia extrema siempre esta al alcance de la mano, a pesar de que observa en forma rigurosa su tratamiento farmacológico. En el otro extremo tendríamos que contemplar la posibilidad de una - severa depresión.
- 4) La participación en la vida de la paciente se da desde el quinto mes de tratamiento. Con ella se abordan solamente aspectos muy restringidos como son aspectos de aseo personal, dieta, sueño, rutina cotidiana, balanceando los periodos de vigilia con actividades sencillas que involucran cierto - grado de responsabilidad dentro de los quehaceres

cotidianos, y alguna actividad muy breve que le permita un entrenamiento que a futuro pueda plantear un mayor desarrollo (hacer dos páginas de mecanografía al día, o estudiar media hora de inglés). Se trabajó también aspectos de su salud como asistir al dentista y acudir a una clínica de especialidades dermatológicas para controlar ciertos problemas de piel. Es importante señalar que no ha sido posible lograr que la paciente entable relaciones interpersonales con sus iguales (amigas, amigos, novios, etc.), en este sentido todo intento por ampliar su radio de acción ha fracasado. Continúan siendo sus relaciones significativas la madre, el abuelo y la terapeuta. El valor de estas actividades como medidas preventivas de aislamiento y regresión es evidente.

- 5) En esta paciente el proceso de encapsulamiento no ha sido posible ni siquiera de plantearse, ya que para ello es necesario que adquiriera cierto grado de dominio y separación de sus procesos y patrones de conducta psicóticos, es decir, que el yo adquiera cierto grado de autonomía sobre los procesos deintegradores. Aquí es muy evidente el enorme freno que constituye para la recuperación del paciente el que la psicosis esquizofrénica sea de carácter procesal y no reactiva.

CONCLUSIONES

De la investigación realizada se concluye que:

- 1.- En México una tercera parte de los pacientes hospitalizados en Instituciones Psiquiátricas del Estado padecen Esquizofrenia y no reciben tratamiento psicoterapéutico individual, mas que de una manera muy reducida.
- 2.- En los programas de entrenamiento para profesionistas del ramo no se contempla la psicoterapia para esquizofrénicos como materia de estudio y entrenamiento; lo cual redundo en una ignorancia generalizada en el medio acerca de este elemento terapéutico. Esto se ve reflejado en un atraso terapéutico con respecto al manejo de las Esquizofrenias si lo comparamos con lo que en otros países se puede hacer por estos pacientes.
- 3.- La tesis expuesta por el Dr. Federn en el sentido de que es posible establecer un proceso transferencial en el tratamiento de pacientes psicóticos quedó ampliamente demostrada en los 2 casos tratados en esta investigación, ya que en ambos casos se logró establecer una clara relación transferencial como resultado del manejo efectivo de las técnicas diseñadas para abordar es-

tos casos.

- 4.- En ambos casos el uso sistemático de la técnica de "tracking" condujeron al terapeuta a la posibilidad de entrar en contacto con el paciente. Lo cual fue decisivo para poder formalizar el tratamiento.
- 5.- La teoría de que no es posible entablar un diálogo con los esquizofrénicos por el tipo de lenguaje que ellos emplean quedó ampliamente rebatida en los 2 casos, ya que en ambos el discurso era ilógico y muchas veces -- incoherente y fue precisamente donde sus sistemas de -- expresión como se logró entrar en comunicación con --- ellos.
- 6.- Fue claro que una vez que los pacientes aceptaron la -- relación en los términos de control del terapeuta, esto les inspiró confianza y ambos estuvieron muy dispuestos a cooperar aportando el material que se les solicitaba y dejando a un lado sus sistemas defensivos.
- 7.- El uso en conjunto de las técnicas descritas conllevó al poco tiempo de tratamiento, a deducciones sintomato lógicas claras en renglones tan importantes como los marcados por Bleuler. Autismo, Asociaciones erráticas, Ambivalencia y Aplanamiento afectivo.

- 8.- El cuerpo de técnicas para tratar a pacientes psicóticos expuestas por el Dr. Mariano Barragán fueron empleadas con amplitud en ambos casos y su efectividad quedó claramente comprobada. Hay que hacer mención a que el cuerpo de teorías para abordar a pacientes psicóticos es muy amplio como se mostró en el capítulo referente a tratamiento, pero la descripción de técnicas de aproximación susceptible de aplicarse en tratamiento, y a la vez posibles de adaptarse a programas de entrenamiento para profesionistas del ramo, es algo bastante escaso en la literatura concerniente al tema.
- 9.- Fué evidente que las alteraciones en los procesos bioquímicos juegan un papel primordial en ambos casos; de aquí la eminente necesidad de control farmacológico estrecho y por ello de que el psicólogo encargado de la psicoterapia entre, desde el inicio del tratamiento, en contacto con el psiquiatra que este a cargo del caso, y mantenga con él una relación de colaboración y retroinformación en beneficio del paciente.
- 10.- Queda de manifiesto que el pronóstico para el caso de esquizofrenia reactiva (1) es mucho mejor que el que puede hacerse en el caso de esquizofrenia procesal (?). Quedando esto como un dato importante a determinarse al poco tiempo de iniciado el tratamiento ya que las e

expectativas de evolución del caso estarán fuertemente influenciados por este factor.

11.- Finalmente diremos que el aporte clínico principal al tratar a los 2 pacientes aquí reportados por medio de una psicoterapia individual consiste no tanto en un aspecto curativo sino en el aspecto preventivo respecto a las complicaciones terminales clásicas en los casos de esquizofrenia, tales como el inminente deterioro -- que sufren a la larga estos pacientes con la consiguiente pérdida de contacto con la realidad, retraimiento - en sí mismos y actitudes regresivas en general.

LIMITACIONES

Dado que una de las finalidades de esta tesis fue el comprobar la efectividad de un cuerpo de teorías y técnicas para abordar la psicosis esquizofrénicas por la vía de la psicoterapia individual, se encontraron las siguientes limitaciones.

- 1o.- No puedo trabajar con una muestra mayor, pues a pesar de haberse intentado lograrla, lo prolongado del tratamiento fue siempre un obstáculo para la permanencia de los sujetos.
- 2o.- Los resultados serian mas palpables si se hubiera podido trabajar con un grupo experimental y otro control. Pero aquí la limitación estuvo en que el grupo control era casi imposible rastrear su evolución de manera fidedigna durante un lapso de 2 años.
- 3o.- La evolución de estos casos es muy interesante de observarse en las actitudes y cambios de aspecto físico de los pacientes. Aquí el apoyo de un sistema de videogradora hubiera aportado datos de gran utilidad, pero la carencia de equipo y la necesidad de guardar la identidad de los pacientes impidieron esto.

40.- Otro renglón importante era la aplicación sistemática de test, principalmente pruebas proyectivas, que ayudaran a evidenciar la evolución del paciente, pero lo reducido del tiempo disponible por parte de los pacientes para su tratamiento hacía necesario dedicar todo el tiempo disponible a la terapia.

JUGERENCIAS

El sistema de abordaje psicoterapéutico para pacientes esquizofrénicos propuesto en esta tesis, puede significar - para algunos pacientes la diferencia entre la posibilidad - de reintegrarse a una vida cotidiana estable y productiva, o vivir el resto de sus días condenados a sufrir procesos - desintegrantes de sus estructuras psíquicas que les impidan cada vez mas relacionarse con la realidad externa, o en el mejor de los casos continuar una vida de alertargamiento y ω sopor en el cual los sumen los constantes incrementos en -- sus dosis de fármacos. Es por esto que se sugiere lo siguien te:

- 1) Incluir el tema de psicoterapia para esquizofrénicos en la formación de los profesionistas que por definición - se abocaran a este tipo de pacientes. Nos estamos refi riendo concretamente al psicólogo clínico y al médico - psiquiatra, pudiendo hacerse adaptaciones especiales pa ra las enfermeras psiquiatricas.
- 2) Dar difusión sobre el tema en las instituciones oficia- les y privadas que se ocupan del tratamiento hospitala- rio de estos pacientes.

- 3) Organizar seminarios con apoyos audiovisuales para los profesionistas que ya estando en el campo de trabajo - deseen conocer este tipo de abordaje a la psicosis esquizofrénicas.
- 4) Iniciar programas de investigación empleando las técnicas expresadas en esta tesis a fin de corroborar y perfilar mas ampliamente su utilidad en el campo de la --- aproximación clínica a los esquizofrénicos.

BIBLIOGRAFIA

- ARIETI, S.- Interpretation of Schizophrenia, Ed. New York. Basic Books, 1974.
- ARIETI SILVANO. EUGENE B. BRODY.- American Handbook of Psychiatry. second edition, 1974.
- BOWERS, M.K.- Consideraciones Teóricas en el uso de la hipnósis en el Tratamiento de la Esquizofrenia.- International Journal of Clinical and Hypnosis, 9 (1961), 39-46.
- BRODY, M.W.- Observations on Direct Analysis The Therapeutic Technique of Dr. Rosen., New York: Vantage Press, 1959.
- BULLARD, D.M.- Psychoanalysis and Psychotherapy: Selected Papers of Frieda Fromm Reichmann, Chicago, University of Chicago Press, 1959.
- BYCHOWSKI, G.- Psychotherapy of Psychosis, New York: Grune and Stratton, 1952.
- EISSLER, K. R.- Remarks on the Psychoanalysis of Schizophrenia. E. B. Brody and F. C. Redlich, eds. Psychotherapy with Schizophrenics. New York: International Universities Press, 1952.
- EY HENRY.- P. BERNARD-CH BRISDET.- Tratado de Psiquiatría séptima edición, Ed. Teray-Masson, S.A. Barcelona.
- FREEDMAN, KAPLAN, SADICK.- Comprehensive Textbook of Psychiatry. Second Edition, Ed. Williams and Wilkins.
- FREUD S.- On Psychotherapy (1905) in Collected Papers, Vol 1 London: Hogarth Press 1946.

- FOYCAULT MICHEL.- Historia de la Locura, Fondo de Cultura Económica, Méx., D. F. (tomos I y II)
- FROMM REICHMANN FRIEDA.- Principles of Intensive Psychotherapy Chicago; University of Chicago Press.1950.
- GUERIN, P. J.- Family Therapy. Ed. P. J. Guerin, Gardner Press. INC.
- HALEY J.- Changing Families. Grune and Stratton, New York London.
- HARTMANN.- Essays of Ego Psychology, New York; International Universities Press, 1964.
- HILL, B. L.- Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia. University of Chicago Press. 1955.
- HINSIE, L. E.-The Treatment of Schizophrenia, Baltimore; Williams and Wilkins, 1930.
- JACKSON, D.- The Etiology of Schizophrenia, Ed. Don D. Jackson Basic Book, 1960.
- JUNG, C.- The Portable Jung, Joseph Campbell, 1960.
- KASANIN, J. S.- Language and Thought in Schizophrenia, Ed. J. S. Kasanin W. W. Norton and Company INC. N.Y.
- LAING, R. D.- The Divided Self London; Pavisock, 1960
- LIBERMAN, P. R.- Iniciación al Análisis y Terapéutica de la Conducta. Ed. Fontanella, Barcelona, 1966
- May, P. R.- Treatment of Schizophrenia, Science House, New York.
- MULLAHY, P.- Psychoanalysis and Interpersonal Psychiatry. Science House, 1970, New York.
- ROSS, S.- Redes Familiares, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- ROSSEN, J. N.- The Treatment of Schizophrenic Psychosis by Direct Analytic Therapy, Psychiatric Quarterly, (1947) 3.
- .- Direct Analysis Selected Papers, New York; Grune and Stratton, 1953.

- SEARLS, H. F.- La Diferencia entre el Pensamiento Concreto y Metafórico en la Recuperación de la Esquizofrenia, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 10 (1962), 22-49.
- SHAPIRO, DAVID.- (NEUTO) Neurotic Styles, Ed. Basic Books. Williams and Wilkins, 1968.
- SULLIVAN, H. S.- Conceptions of Modern Psychiatry, New York: Norton.
- WOLBERG.- The Technique of Psychotherpay. Grune and Stratton.