

23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES QUE DETERMINAN LA
VULNERABILIDAD A LA PSICOSIS

T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

IVETTE CARDEÑA AMAYA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	" 1
 <u>CAPITULO I</u>	
<u>EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL</u>	
a) Psiquiatría Organicista	" 8
b) Psiquiatría Dinámica	" 15
c) Concepción actual	" 32
 <u>CAPITULO II</u>	
<u>TEORIA PSICOANALITICA</u>	
1.- Sigmund Freud	" 44
2.- Seguidores de S. Freud:	
a) Escuela Inglesa.....	" 92
b) Escuela Francesa	" 116
c) Otras aportaciones.....	" 144
 <u>CAPITULO III</u>	
<u>CONCEPCION DE LA PSICOSIS DESDE EL PUNTO DE VISTA</u>	
<u>DE LA PSICOLOGIA SOCIAL.</u>	
1.- Teoría de la comunicación.....	" 184
2.- La familia como sistema social	" 198
3.- La Antipsiquiatría.....	" 214

CAPITULO IVTEORIA DE LA TECNICA EN EL TRATAMIENTO DE PSICOTICOS

1.- Métodos Biológicos-Fisiológicos.....	"	223
2.- Las terapias conductuales.....	"	230
3.- El psicoanálisis como terapia psico- social. Comunidad Terapéutica.....	"	232

CAPITULO VDISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.- Marco teórico de la metodología.....	"	270
2.- Diseño de la Investigación.....	"	278
3.- Recabación de datos.....	"	284
4.- Corte transversal en el continuo de un procedimiento terapéutico: Expo- sición de la sesión familiar	"	372

CAPITULO VIRESULTADOS Y CONCLUSIONES

1.- Análisis de la sesión familiar.....	"	382
2.- Resultados.....	"	407
3.- Conclusiones.....	"	411
4.- Sugerencias.....	"	432
5.- Limitaciones del estudio.....	"	435

EPILOGO.....	"	437
BIBLIOGRAFIA.....	"	440

"Creo que a pesar de su aparente ab -
surdo, la vida tiene sentido; aunque reconoz
co que este sentido último de la vida no lo
puedo captar con la razón, estoy dispuesto a
seguirlo aún cuando signifique sacrificarme
a mí mismo. Su voz, la oigo en mi interior -
siempre que estoy realmente vivo y despierto"

"En tales momentos, intentaré realizar
todo cuanto la vida exija de mí, incluso -
cuando vaya contra las costumbres y leyes -
establecidas. Este credo no obedece órdenes
ni se puede llegar a él por la fuerza. Sólo
es posible sentirlo "

Hermann Hesse

I N T R O D U C C I O N

El "qué" de las cosas vale sin duda la pena de ser estudiado, pero es su "porqué" lo que hace a la vida digna de ser vivida.

William Beebe.

El intento de realizar el presente estudio nació bajo la idea general de conocer la etiología de la perturbación mental.

Inicialmente bosquejé un estudio acerca de la etiología de la esquizofrenia, como una de las psicosis de mayor proliferación epidemiológica; sin embargo, pronto tuve que remodelar el concepto de mi investigación hacia un concepto más abarcativo que comprendiera la revisión bibliográfica del concepto de la enfermedad mental.

Basada en el concepto de 'enfermedad única' (Pichón-Rivière) he llegado a la comprensión de que, mientras el interés del presente estudio radique en determinar todas aquellas causas posibles que puedan formar parte de la ecuación etiológica de la psicosis como un concepto nosológico global, es necesario así mismo, estudiar cualquier caso que corresponda clínicamente a una psicosis, independientemente de su diagnóstico específico, bajo la visión integrativa de la enfermedad mental, que será la de considerar cualquier manifestación de la psicosis, como diferentes matices de un mismo y profundo cuadro nosológico que subyace como denominador común en toda-

manifestación psicótica.

Más adelante, en cuanto nos ocupemos de la revisión bibliográfica, habrán de especificarse mas claramente la naturaleza de dichos factores.

Me interesa, mientras tanto, dejar sentados los intereses ó objetivos primordiales del presente trabajo.

La presente tesis tiene como objetivo principal poder determinar, dentro de las limitaciones correspondientes, aquellos factores que contribuyan a generar una mayor vulnerabilidad en un individuo determinado, hacia la irrupción de cualquier manifestación psicótica, haciendo un estudio mas detenido de aquéllos factores en especial que resulten mayormente destacados por el enfoque correspondiente al marco teórico del presente trabajo.

Si tomamos las tres series evolutivas planteadas por S. Freud, según las cuales se configura cualquier cuadro tanto neurótico como psicótico, recordaremos que éstas son:

- a) Factor constitucional
- b) Factor disposicional
- c) Factor desencadenante.

La presente tesis se encamina, -debido al enfoque particular de su marco teórico-, a detenerse específicamente en la segunda serie complementaria y, en menor grado, considerar algunas aportaciones de la tercera. No obstante, las tres series son retomadas como un punto de partida básico para la -

comprensión de la psicosis y su ecuación etiológica.

He considerado pertinente incluir en la presente investigación, varios apartados que consideren aportaciones importantes al rango específico de la esquizofrenia.

Esto se debe a que ésta figura como una de las psicosis de mayor proliferación en nuestros días, y forma lastimosamente uno de los cuadros más desconcertantes en el ámbito de la perturbación mental.

Datos actuales arrojan que es la esquizofrenia la psicosis de mayor epidemiología, y resulta por lo tanto, el motivo alrededor del cual se han invertido mayores horas de estudio e investigación.

La riqueza informativa que proporcionan sus estudios, resulta también altamente representativa del proceso psicótico en sí. Es por ello y por ser la fuente nosológica de mayor acceso, que incluyo en este trabajo áreas de información específica acerca de la esquizofrenia, su concepto, su evolución-histórica y sus características etiológicas, conocidas hasta la fecha.

Ya que el presente trabajo pretende considerar especialmente los factores exógenos (tales como la influencia socio-cultural y las interrelaciones perturbadas), se encamina a trabajar limitándose a la observación de factores que éstos implican, tomando como motivo básico de investigación, al paciente psicótico en relación con su grupo primario: la familia.

Las razones por las cuales he tomado a la familia como - campo de estudio, son las siguientes:

- 1.- Por ser el grupo de interacción y relaciones primarias del paciente, por lo que puede subyacer en ella las causas de la enfermedad.
- 2.- Por ser una reproducción a escala (generalmente) , - del sistema socio'cultural prevaeciente.
- 3.- Por su accesibilidad y flexibilidad para con el aspecto metodológico del presente estudio.

Particularmente, el interés de esta tesis reside en tratar al paciente psicótico desde un aspecto -tan interesante como importante-, y que hasta la fecha deja en el campo clínico grandes lagunas de incertidumbre: he decidido llamar a - este aspecto, **VULNERABILIDAD** del paciente psicótico, y me refiero con ello, al hecho de saber qué es lo que ha hecho suceptible a ese miembro de la familia y no a otros, al ser el portavoz de la enfermedad mental; cuáles son las características particulares que le han hecho ser elegido entre los demás miembros y porqué , para irrumpir en la insanidad mental.

Esta pregunta se torna sumamente interesante si consideramos que los factores socioculturales y de relación interpersonal, son básicamente y en primera instancia iguales para - todos los miembros del grupo familiar, ya que juntos constituyen una unidad de relaciones interpersonales recíprocas, y - sin embargo, en la mayor parte de los casos es sólo un miembro de ellos el que, en un momento determinado, presenta clínicamente la psicosis (sin que esta afirmación excluya la po-

sibilidad de que en el resto de la familia exista una patología latente).

La existencia de factores patogénicos que subyacen a la interrelación familiar, constituye actualmente una certeza para muchos de los investigadores en el campo de la psicosis, - la comunicación y la psicología social, y es el estudio específico de dichos factores el objetivo de la presente tesis - que lleva el propósito de contribuir al estudio y la clarificación de tal problema.

Tanto las medidas profilácticas como rehabilitatorias - que puedan surgir en función del presente estudio, a fin de hacer de la salud mental, un estado más prolífico y alcanzable, son los objetivos finales del esfuerzo depositado en este trabajo.

CAPITULO I

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

- a) Psiquiatría Organicista
- b) Psiquiatría Dinámica
- c) Concepción Actual

INTRODUCCION AL CAPITULO I

En el presente capítulo expondré brevemente y con aportaciones que considero representativas, la evolución del concepto de enfermedad mental, particularmente la psicosis, a través de las distintas concepciones.

En el inciso correspondiente a psiquiatría organicista, expondré algunos enfoques acerca de la etiología de la psicosis -particularmente la esquizofrenia por ser la más ampliamente estudiada debido a su proliferación- que se redujeron - en aquél entonces, a buscar una disfunción física subyacente en todo fenómeno psicótico.

En el inciso correspondiente a psiquiatría dinámica, se exponen algunos autores representativos de los primeros intentos de incluir un parámetro psicodinámico en la perturbación mental, es decir, buscar causas inconscientes dinámicas en la etiología de la enfermedad, así como la importancia del factor interpersonal de relación. Son representativos de este movimiento H. S. Sullivan y F. Fromm-Reichman (los que se exponen esbozadamente en este apartado) así como Otto Fenichel, Henri Ey y otros más.

Por último, se expone una concepción actual acerca de las premisas teóricas del fenómeno psicótico (proveniente de la clínica en donde fué realizada esta tesis, y de la cual se expondrán datos posteriormente), la cual corresponde de acuerdo a mi base teórica, a la concepción psicoanalítica más avanzada.

A) PSIQUIATRIA ORGANICISTA

La Psiquiatría Organicista, a través de la evolución conceptual, ha derivado en dos corrientes principales:

1. La Psiquiatría Organomecanicista, la cual consideraba la enfermedad mental como de etiología directamente orgánica, y reducida al orden de las lesiones cerebrales. Esta corriente consideraba los síntomas como productos mecánicos de lesiones de los centros funcionales.

2. La Psiquiatría Organogénica Dinamista. Esta, al igual que las teorías organomecanicistas, admiten un proceso orgánico que constituye el sustrato hereditario, congénito o adquirido de las enfermedades mentales, aunque se distinguen de aquéllas, en no establecer la relación síntoma-lesión de una forma mecánica y directa.

Atribuyen los integradores de esta corriente, un papel considerable a la dinámica de las fuerzas psíquicas de la estructura, o bien, a la constitución del cuadro clínico y la evolución de las enfermedades mentales.

Expondré a continuación, las observaciones más sobresalientes concernientes a éstos enfoques, en los cuales la etiología de las psicosis era considerada predominantemente orgánica, partiendo desde las épocas más remotas, en los inicios de la investigación de la perturbación mental.

460-380 a. J.C. - HIPOCRATES. Estudió el fenómeno de la melancolía, la manía, la frenitis, la epilepsia y la histeria. Desde el punto de vista etiológico, la melancolía sería producida por uno de los 4 humores corporales (con los que se pretendía explicar la vida psíquica): La bilis negra.

Los otros 3 humores fundamentales son la sangre, la flema y la bilis amarilla, los cuales originaban otra serie de trastornos.

Siglos I y II D.C. - ARETEO DE CAPADOCIA. Da una descripción de ciertos enfermos: "Los pacientes son apáticos o severos, deprimidos o irrazonablemente aletargados sin causa manifiesta; se vuelven malhumorados, sin espíritu, con insomnio y tienden a cambiar de opinión muy prontamente". Describía con ésto a la melancolía, la cual, junto con la manía se encontraba localizada en el hipocondrio, y era para él la forma fundamental de la cual se derivaban otros tipos de psicosis.

Siglo II D.C. - GALENO. El afirmaba: "Los hombres deben saber que del cerebro y sólo del cerebro, surgen los placeres, las alegrías, así como las aflicciones, dolores o la grimas.. lo mismo que nos vuelve locos y delirantes, nos inspira miedo y terror". De acuerdo a él, las perturbaciones mentales se debían a la corrupción del cerebro por la flema y la bilis, y daba por sentado que si se conociera bien la fisiología del cerebro, se encontraría con seguridad en su estado patológico tanto el sitio de la enfermedad como la naturaleza del remedio.

Después de Galeno, sobreviene un largo período de oscurantismo debido a la intervención de la Iglesia y la demonología, interrumpiendo toda investigación psiquiátrica hasta el siglo XVI.

1682-1738.-HERMANN BOERHAAVE. Define la melancolía como esa enfermedad en la cual el paciente está durante largo tiempo delirando, casi siempre cavilando sobre un pensamiento y - sin fiebre. Afirmaba que la manía sobrevenía cuando la melancolía se entendía tanto como para que la agitación del fluido cerebral propiciase la locura.

1761.- GIOVANNI MORGAGNI. Fué el primero en mencionar - que las perturbaciones mentales no se debían por lo general - al mal balance de los 4 fluidos humorales. Pensó que cada enfermedad tenía como factor correlativo una lesión cerebral.

1852.- RUDOLPH VIRCKOW. Precisamente en este año expuso su teoría de la "Patología Celular". Con ésto se abandonó la suposición teórica de la patología humoral, creyendo con la - primera que el cuerpo enfermo posee a su vez la misma enfermedad representada a nivel celular. Con ésto afirmaba que si - las células eran las que se encontraban enfermas repercutiendo a todo nivel del organismo, con curar éstas podría curarse también otro tipo de transtorno.

1833-1982.- THEODOR MEYNERT. Se dice básicamente de este autor que trató de reducir lo que eran apenas esbozos de - psiquiatría, a la neurología. Asimismo, elaboró una clasifi-

cación de las diversas enfermedades mentales, todas sobre u
na base anatómica localizada.

1800.- XAVIER BOUCHOT. Mantenía que el cuerpo humano tiene 21 clases de tejidos. Sugirió que en la enfermedad mental, podría encontrarse que alguna de las clases de teji
dos se encuentra dañada, con la consecuente lesión del órga
no.

1860.- MOREL. Fué el primero en utilizar el término "demencia precoz" para describir a los enfermos que encontra
ba como afectos de estupidez desde su más temprana edad". - Interpretaba la desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse, junto con la debilidad mental, entre las "variantes de la degeneración in
telectual, física y moral" que resultan de factores heredita
rios.

1971.- HECKER. En Alemania designó la enfermedad como una "hebefrenia o estado demencial de la gente joven, cuyos rasgos característicos son su aparición cambiante (melanco -
lía, manía y confusión), la rapidísima evolución del padeci
miento, el cual desembocaba en un debilitamiento psíquico y deterioro final, cuyos indicios pueden observarse desde los inicios de la enfermedad.

Hecker consideró que la Hebefrenia era una enfermedad progresiva de la pubertad y la adolescencia.

1974.- KAHLBAUM. Describió la "catatonia" o "locura de tensión", de acuerdo básicamente a los trastornos psicomotores; describió "un estado en el cual el paciente se sienta calladamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar su posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin una volición aparente, sin reacción ante las impresiones sensoriales y ocasionalmente con una flexibilidad cérea completa, igual que en la catalepsia". Kahlbaum suponía que la catatonia era el síntoma de una enfermedad de la es - tructura cerebral.

1890-1907.- E. KRAEPELIN. Agrupó diversos síndromes mentales y concluyó que todos eran manifestaciones de una sola entidad patológica, que nombró "demencia precóz", presentando las siguientes características: comenzaba en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y evolucionaba hasta un estado similar a la "demencia". Pensó que dichas causas podrían deberse a alguna enfermedad degenerativa del cerebro o trastornos metabólicos que producían autointoxicación, así como lesiones de la célula germinal que podían tener repercusiones en dicho sentido. Según Kraepelin, esto ocasionaba resultados clínicos tales como un debilitamiento de las reacciones emocionales y volitivas y una pérdida de las conexiones armoniosas entre las reacciones emocionales volitivas e intelectuales.

La contribución de Kraepelin consiste en la inclusión dentro del mismo síndrome, de la Catatonia, la Hebefrenia y la Vesania Típica (caracterizada por alucinaciones auditivas

y tendencias psiconeuróticas). La sintomatología de la demencia precoz, era la siguiente: alucinaciones, emotividad incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo.

Kraepelin hizo tres clasificaciones: Hebefrénico, catatónico y Paranoide, aceptando más tarde la diferenciación de un cuarto grupo: Simple, (imbécil).

Separó de la demencia precoz una entidad nosológica nueva: La Parafrenia, en la cual, a pesar de la progresión de la enfermedad, no existía decadencia de la personalidad.

Con respecto a la Etiología, Kraepelin considera a la demencia precoz como una enfermedad de índole endógeno u orgánico y considera al paciente como un ser separado que debe estudiarse aisladamente de la sociedad.

1906.- MEYER. Elaboró la tesis de que la demencia precoz no era una sola entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse; su teoría también afirmaba que el cúmulo de hábitos defectuosos de reacción, conduce hacia un deterioro en dichos hábitos.

1935.- EGAS MONIZ, Neurólogo y Neurocirujano Portugués, - introduce en el tratamiento psiquiátrico para psicóticos (revisar el apartado correspondiente a Tratamientos Fisiológicos) la lobotomía prefrontal, como medio de evitar trastornos sinápticos propiciadores de vías de pensamiento defectuosas.

Entre las concepciones más contemporáneas, se encuentran:

G de Clérambault, quien se distinguió por la constitución del dogma del automatismo mental. Al término de sus minuciosos estudios semiológicos, descubrió el "núcleo" de síntomas (Eco del pensamiento, parasitismo ideoverbal, etc.) cuya neoformación constituye la base de las psicosis delirantes. Para él, ésta neoformación, ésta "neoplasia" de pensamiento mórbido, es producto de una liberación automática y mecánica del proceso nervioso del pensamiento.

K. Kleist, ha sido en la neuropsiquiatría contemporánea el representante más destacado de una doctrina de localizaciones cerebrales, que considera los sistemas funcionales longitudinales (mesodiencefalicofrontales) como el lugar donde se elaboran los datos perceptivos, amnésico, y entero-propioceptivos que constituyen las experiencias fundamentales de la vida psíquica: Síntesis del yo propio, del yo social, del yo corporal, etc. La afectación degenerativa de estos sistemas se manifestaría en la psicopatología en forma de síndrome de despersonalización de influencia, de pensamiento compulsivo, de estado alucinatorio, etc...

B) PSIQUIATRIA DINAMICA

1. H.S. Sullivan
2. F. Fromm Reichmann

B) PSIQUIATRIA DINAMICA

1. H.S. SULLIVAN

Harry Stack Sullivan ha sido hasta la fecha uno de los teóricos neo-freudianos de mayor relevancia.

Su contribución máxima a la terapéutica psicodinámica - consiste en la consideración particular de las relaciones interpersonales como factor importante en el desorden mental.

Según él, la psicopatología tiene como motivo principal redes manifiestas de relaciones interpersonales perturbadas.

Fundándose en que el mundo externo consta de otros seres humanos, Sullivan subrayó los conflictos básicos que ocurren entre el individuo y su ambiente humano.

Esto lo hace extensivo también, para el caso de las neurosis y las psicosis, ya que los conflictos intrapsíquicos - fueron originalmente conflictos interpersonales que se convirtieron en intrapsíquicos cuando las características de - los adversarios originales - por lo regular los parientes-, se interiorizaron.

Es de subrayar como parte vital de su obra, la también-relevante insistencia sobre el papel de la ansiedad, como el núcleo central de la conducta desadaptada.

En general, podemos decir que Sullivan consideraba que la esquizofrenia era una condición en que las funciones mentales orientadas a la realidad eran reprimidas, pero no trastornadas irremediamente. La represión de las funciones orientadas a la realidad, constituyen así el medio por el cual los psicóticos se apartan de la realidad. Dicha represión, de acuerdo a Sullivan, podría ser levantada por medio de un tratamiento adecuado.

Visto de esta forma, la conducta psicótica aguda es la culminación de los intentos por evitar establecer nuevas relaciones interpersonales.

La idea de que la conducta y el pensamiento trastornados resultan de los esfuerzos individuales por lidiar con las propias crisis en un mundo poblado por otros, es una idea típicamente neofreudiana que funciona a manera de motor en la teoría de Sullivan.

De una manera breve, trataré de exponer algunos conceptos fundamentales de la teoría de este autor, acerca del desorden mental.

De acuerdo a esto, conforme se comienza a desarrollar la formación del yo, paralelamente los tipos primitivos de operación mental comienzan también a apartarse de la conciencia. De esta forma, el yo tiene que ir abriéndose paso entre las incomprensibles e irracionales pautas de conducta establecidas por los padres, y por el medio social en el que vive. Debe adaptarse a él, mucho antes de que estas normas alcancen una -

más satisfactoria inteligibilidad. (B.55, Pág. 18)

Así, el sistema del yo se convierte en la organización - que controla la conciencia, y todas las operaciones que no incumban esencialmente al yo, caen fuera de la conciencia.

De otra manera dicho, aquellas pautas ininteligibles, van sucumbiendo como procesos referenciales pasados, ante la discriminación y exclusión de la conciencia.

Hasta entonces, comienzan a delimitarse claramente tres aspectos del proceso de la personalidad: 1ª un yo absolutamente activo y despierto; 2ª la parte de la personalidad a la cual la conciencia no tiene fácil acceso; y 3ª, el período relativo al sueño, durante el cual el yo se encuentra adormecido.

Desde el momento en que el yo y la conciencia comienzan a luchar contra los procesos de referencia difusos y tendientes a invadir su terreno, entran en acción lo que Sullivan de nomina DINAMISMOS.

Dinamismo "de dificultad" se le denomina a aquél proceso que "si bien forma parte de la personalidad, es al mismo tiempo la dote personal de aquéllos aspectos particulares que son a menudo, impropriamente inutilizados" (B.55 Pág. 19). Es - decir, que estos mecanismos actúan en situaciones de manera - tal que no alcanzan su objetivo, o bien, que alcanzan sólo un objetivo insatisfactorio, por lo cual tienden a prolongarse - indéfinidamente.

Esta preponderancia en el uso de dichos dinamismos en vida de cualquier ser humano, es lo que define su calidad de patológico. A mayor frecuencia y prolongación de su uso, mayor el grado de enfermedad mental. "La extraordinaria dependencia de una personalidad dada respecto de un dinamismo particular constituye a mi entender, el concepto fundamental - que debemos tener presente cuando reflexionamos sobre el desorden mental" (B.55 Pag. 20).

Ahora bien, para Sullivan, estos dinamismos constituyen un proceso que se da por el influjo mismo de la naturaleza humana en el contexto de las relaciones interpersonales.

Cada situación de relación entre dos o más personas, posee cierta potencialidad, tendencia y fuerza, la cual se manifiesta en la tendencia a integrar la situación.

Cuando dichas tendencias integradoras son congruentes, la relación interpersonal arrojará por lo general características positivas, pero si, por el contrario, dichas tenden-cias resultan antagónicas, arrojará ingratitud, desagradabi-
lidad y dolor humano.

Mediante el análisis de dichas tendencias integradoras, podemos determinar cuales son los factores estrechamente relacionados que impulsan al individuo a integrarse en una situación dada.

Como ejemplo de esto en una situación de desorden men - tal profundo, podemos suponer lo que le acontece al paciente esquizofrénico:

Esta es una persona que desde su temprano desarrollo, - su desarrollo o formación yoica se ha visto incapacitada a - desalojar o subordinar los procesos referenciales de la con ciencia. Sus dinamismos, que luchan constantemente por lo - grarlo, se han intensificado con el fin de evitar la temible ansiedad, en un proceso finalmente infructuoso. La dependen cia hacia dicho dinamismo se vuelve sumamente pronunciada a lo largo de la vida sucesiva.

Las tendencias integradoras, en este caso, resultan notoriamente antagónicas, ya que existe el conflicto permanente (ante el cual subyacen) entre ciertas poderosas necesidades y las restricciones que el yo impone a las satisfacciones de dichas necesidades. Como ejemplo, podemos citar el dinamismo de la disociación.

Ante tal situación de la persona esquizofrénica, Sullivan anota:

"Creo que la transformación esquizofrénica se debe gene ralmente a la incapacidad para mantener la disociación. Para que ella exista es preciso que en el yo se organice un conjunto más o menos complicado de procesos capaces de mante nerla; aunque el esquizofrénico se vea en un momento dado in capacitado para mantener la disociación, no significa que de saparezca por completo: ella subsiste, y aquellos elementos que carecen de acceso simple y directo a la conciencia, chocan con dicho mecanismo y sufren por ello" (B.55 Pag. 199).

Por esta razón Sullivan deduce el estado mental inseguro del esquizofrénico, así como el desconcierto que caracteriza ciertos lapsos de su vida, lo cual es debido a la tensión en la que vive, por mantener el proceso de la disociación y el afrontar su incapacidad eventual para ello. Esto en sí, es lo que ocasiona la pérdida de control de los contenidos de la conciencia.

Finalmente, Sullivan considera que en el esquizofrénico existe un temor extremo, consistente en el empleo de procesos referenciales mas bien generalizados, de muy escaso refinamiento, en una tentativa de encarar lo que es esencialmente un fracaso en la tarea de ser humano, o bien, un fracaso en la tarea de ser algo a lo que se pueda dispensar valor y respeto.

Por el lado terapéutico, Sullivan marca los problemas que pueden surgir al tratar de interpretar la comunicación en la dolencia esquizofrénica. Este punto ha sido producto de polémicas acerca de si puede o debe ser interpretado el material terapeutico de este tipo de pacientes. Sullivan, así como su seguidora Frieda Fromm, encuentra algunos inconvenientes al respecto.

Sullivan describe el caso en que el paciente esquizofrénico no puede "recordar" los acontecimientos propios de la enfermedad. En realidad lo que sucede es que su forma de expresar esos hechos, es hasta cierto punto ininteligible, así como el niño en sus primeros años, se encuentra incapacitado para darle una adecuada expresión verbal, - por

medio de la palabra -, a lo que piensa y lo que siente. .

Así, lo que el esquizofrénico siente y piensa no puede expresarse en el lenguaje de otro, ya que es una experiencia absolutamente propia, que nadie ha hablado o vivida jamás.

Por esta situación es que se encuentra inútil tratar de expresar el significado de ciertos contenidos del material - del paciente esquizofrénico. Recomienda simplemente darles - a entender, con otro estilo de comunicación y empatía, que - todo lo que les ha ocurrido está compuesto de elementos que cualquiera podría experimentar y ha experimentado, que se manifiestan en su caso, de una manera un tanto novedosa.

Afirma Sullivan que "buen número de los males que acompañan la aparición del dinamismo esquizofrénico en una situación interpersonal, provienen de la otra persona incluida en dicha situación. En el caso de una persona "sana" y otra enferma, resulta fácil observar la facilidad con que la persona sana puede suscitar intensos sentimientos de angustia, al comunicar al enfermo su propia inseguridad, su deseo de alejarse, de corregirlo, de hacer algo.

Esta inquietud de la persona supuestamente sana es una de las principales razones de la agravación de los fenómenos esquizofrénicos (B.55 Pag. 340)..

Por ello, se considera insensato que, cuando el psiquiatra advierte que no existe una transferencia inteligible, se

adhiera a la psicosis utilizando expresiones ininteligibles, y sobre todo carentes de sentido y de todo valor de comunicaci3n desde el punto de vista del paciente.

2. FRIEDA FROMM-REICHMANN

Frieda Fromm Reichmann representa la continuación más notable de la concepción teórica de la obra de Sullivan.

Sus trabajos intensos y dedicados demuestran una comprensión especial del paciente psicótico, sus procesos y su forma de comunicación interpersonal, generando con ello, un estilo de tratamiento particular del cual se hablará más adelante.

Su técnica ha estado centrada mayormente en la comunicación del conocimiento que en la interpretación; y más en el fenómeno de la resistencia que en el contenido mismo de las producciones del paciente. Con esto se pretende un mayor desarrollo y fortalecimiento del yo, lo cual protege contra las ansiedades masivas.

Dentro de sus conocimientos acerca de la dinámica de la sintomatología esquizofrénica, provenientes en gran parte de sus experiencias con pacientes psicóticos, se resumen los siguientes puntos:

1. Las experiencias tempranas de frustración y rechazo-padecidas por el paciente, son de vital importancia en la comprensión interpretativa y el tratamiento.

2. El paciente esquizofrénico padece de necesidades intensas de dependencia, suscitadoras de conflicto; éstas se esconden detrás de una sintomatología narcisista, con la cual -

se defienden.

3. El paciente esquizofrénico padece de intensa hostilidad contra sí mismo, en relación con sus estados de autismo y regresión parcial. Esto se entiende por la fórmula yo debilito - automenosprecio autista.

4. Con ésto se ha reformulado el concepto de la ansiedad del paciente esquizofrénico, en cuanto al resultado del conflicto humano universal entre dependencia y hostilidad.

5. Se ha estudiado la particular comunicación esquizofrénica, esclarecida en sus diversas formas.

Así mismo, habla de su técnica en cuanto al tratamiento específico con pacientes esquizofrénicos. Establece que los objetivos de la misma son los siguientes:

1. Ayudar al paciente a cobrar insight terapéutico de toda la historia y de las causas dinámicas desconocidas responsables de su transtorno.

2. Recomienda el mismo enfoque terapéutico en todas las fases del tratamiento, así como un debate del tratamiento y la enfermedad después del restablecimiento, para ayudar al paciente a incorporar en una misma línea de continuidad su pasado psicótico con su recuperación.

3. Se recomienda entender la sintomatología esquizofrénica.

nica, así como tratarla terapéuticamente como una expresión de ansiedad y una defensa contra ella.

4. Expone el múltiple significado de síntomas y comunicaciones esquizofrénicas, demostrando en realidad que sí existe la capacidad de un vínculo transferencial. Se cuestiona, no obstante, la necesidad de traducir los contenidos de la comunicación esquizofrénica y privilegia el aspecto relacional-analista-paciente.

En general, podemos decir que la técnica terapéutica en éstos casos gira alrededor de la siguiente idea: Todos los enfermos mentales tienen una experiencia en común: la ansiedad. Interesa por lo tanto sobremanera, investigar las causas dinámicas y genéticas, conocidas y desconocidas, de las ansiedades del paciente. Se examinan sus modos de expresar ansiedad y evitarla, a través de sus síntomas y entre ellos, especialmente sus operaciones de seguridad y sus defensas en relación con el psiquiatra. A través del examen de dichas operaciones de seguridad, pueden indagarse también sus mecanismos defensivos del pasado con otras personas. Con esto, eventualmente el paciente puede aprender a reconocer la irracionalidad de ellas y comprender sus manifestaciones patológicas como lo que son: manifestaciones de ansiedad e intentos de evitarla.

De ésta forma, puede conducirse a la eliminación de sus síntomas. (B.17 Pág. 99).

Además, otro punto fundamental sobre el cual Frieda Fromm hace hincapié, es aquél punto que defendía la psiquiatría clásica acerca de que el paciente esquizofrénico se encuentra incapacitado -debido a su narcisismo- de establecer relaciones interpersonales y por lo tanto, de relacionarse transferencialmente con el analista o psiquiatra; también alegan que sus medios de expresión, ya sea a través del lenguaje o de la acción, no tienen sentido para él mismo y no pueden ser comprendidos por los demás. Con esto, la psiquiatría clásica dejaba sentado que un tratamiento de orientación psicoanalítica era inaplicable en este tipo de pacientes.

La posición de Frieda Fromm-Reichmann al respecto, es bien opuesta. La expone de la siguiente manera:

"Aprendimos de Freud a buscar el sentido inconsciente y afectivo en lugar del significado consciente e intelectual del lenguaje y la acción, y de Sullivan a encarar todo problema psiquiátrico en términos de las relaciones interpersonales del paciente. Todo lo que el esquizofrénico dice o hace como una expresión deformada de alguna especie de relación positiva o negativa con su medio ambiente y su terapeuta". "Sabemos que cada una de sus comunicaciones tiene un significado, por irrazonable que pueda parecer desde el ángulo consciente e intelectual, y usamos este conocimiento en la moderna psicoterapia con esquizofrénicos". (B.17 Pág. 23).

Frieda Fromm considera al esquizofrénico como una persona que ha vivido experiencias traumáticas en la temprana infancia, cuando su yo no estaba aún desarrollado, ni su capacidad de examinar la realidad.

El niño se encuentra en un mundo todo suyo, narcista y que atiende a sus necesidades de acuerdo a un mundo mágico.

La psique del niño pequeño es más vulnerable cuanto me nor sea su edad (B.17 Pág. 8) por lo que el golpe traumático representa un golpe para su egocentrismo. Al mismo tiempo, se rompe este único período de completa seguridad por el cu al atraviesa el hombre, poniéndolo repentinamente en una si tuación de fragilidad intensa (ya que su yo no se ha desarro llado) en la que el pequeño duda de su anterior seguridad, - viéndose o sintiéndose continuamente amenazado por un peli - gro que no puede controlar o vencer.

De esta forma, un niño de este tipo quedará considera - blemente más sensibilizado ante las frustraciones de la vida ulterior, de lo que estaría si la hubiera sufrido en una eta - pa posterior.

Si éstas experiencias proceden en forma acumulativa, u na vez que llega a su "límite de tolerancia" (B.17 Pág. 9) - escapa a la realidad de su vida presente, la cual no tolera - y le amenaza con frustraciones que le hacen sufrir mucho más intensamente que a un individuo con mayor seguridad e inte - gridad yoica.

Se retrae entonces a su mundo autista y delirante de - cuando era niño, sólo que esto no lo puede efectuar en forma total y realmente segura, debido a que sus ideas delirantes - y alucinaciones están teñidas por las experiencias de su vi - da entera.

En otras palabras, Frieda Fromm cree que bajo todo retramiento narcisista "aparentemente eficaz", todo esquizo - frénico posee una noción de la irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo (B. 17 Pag. 9).

Finalmente, sigue anhelando un contacto y una comprensión humana, aunque teme admitir tal cosa ante sí mismo y ante el terapeuta por miedo a experimentar una nueva frustra - ción.

Por ello, el paciente esquizofrénico se mantiene renu - ente ante las primeras insistencias de establecer una rela - ción inter-personal, y ante las posibilidades de demostrar - sus afectos. Es tremendamente desconfiado y por ello se mantiene encerrado en su propio vínculo narcisista.

Pero, una vez que ha aceptado una vinculación interper - sonal (que "ha caído en ella"), se torna sumamente dependien - te e intensamente sensible hacia las reacciones de la perso - na con la que se vincula: "La actitud narcisista, de aparen - te vanagloria, no es más que una defensa" (B.17 Pág 9).

Ante cualquier decepción proveniente del terapeuta, el esquizofrénico responde con estallidos intensísimos de hosti - lidad, o bien, un nuevo retraimiento de intensidad mayor, como sucede en los casos de estupor catatónico.

Según Frieda Fromm, éstas son suficientes muestras de que un paciente esquizofrénico sí establece relaciones transferenciales, y que intenta así mismo, comunicarse de una ma

nera simbólica que lo protege del rechazo y de la nueva frustración,

Afirma, asimismo, que si ésta técnica de tratamiento resulta fallida en algunos casos, se debe a la incapacidad del analista de comprender esta forma especial de expresión.

Con este mismo interés, F. Fromm hace estudios especiales acerca de las estereotipias en la manifestación psicótica.

Considera éstas como una manera de encubrir sentimientos amistosos, -ya que no ha localizado hostilidad ni resentimientos bajo ellas,- y que se utilizan a manera de defensa contra la no aceptación y el rechazo.

Los puntos más notorios acerca de su técnica analítica - con pacientes esquizofrénicos, consiste, como ya se mencionó - en un principio, en la insistencia de la no-interpretación - del material o contenido de éstos pacientes, ya que muchas veces, ellos mismos saben de mejor manera lo que les acontece.

Por supuesto que insiste en ello, como una norma general de operación, pero que sin embargo puede admitir excepciones - a lo largo del tratamiento o de acuerdo a diversos pacientes.

Se centra mayormente en tratar de comunicar al paciente - que comprende lo que pasa, aunque intelectualmente o cognitivamente deje de comprender cierto contenido específico del material. Esto es, de relevancia al intento de establecer comu

nicación o relación interpersonal con el paciente, a fin de - hacerle vivir que su ansiedad defensiva es irracional y puede carecer de ella.

Nuestra autora considera que su tecnica es de orden psicoanalítico o bien con orientación de este tipo, y ha sido atacada en ese punto.

Esto se debe a que se manifiesta en contra de ciertos utensilios o instrumentos básicos de la labor psicoanalítica, como lo son la no-interpretación, el uso infructuoso del di-ván, que estorba la relación interpersonal, lo innecesario de las asociaciones libres, que en el psicótico se dan de manera espontánea, etc...

Sin embargo, ella se cuestiona si -citando a Freud- una ciencia o terapéutica que acepta las doctrinas sobre el inconsciente, la transferencia y la resistencia, así como de la sexualidad infantil, tiene las características suficientes para ser llamada psicoanálisis.

Finalmente, considera que el éxito con personas psicóticas no reside en ninguna técnica terapeutica de ninguna escuela psiquiátrica aprticular, sino de la posición abierta y comprensiva del analista hacia el paciente.

C) CONCEPCION ACTUAL

NOTA:

Para exponer un resumen de la concepción actual que considero más evolucionada, he elegido un trabajo realizado en el Instituto donde se consiguió material de Investigación de la presente Tesis. Tiene como orientación teórica la Teoría-Psicoanalítica, de la cual mas adelante citaré las aportaciones mayormente significativas a mi alcance.

Corresponden los méritos de este trabajo, por una parte, al Dr. Antonio Mendizábal, Director del Instituto Mendao (anteriormente referido), que ha aportado la base sustancial en cuanto a elementos y conceptualizaciones teóricas. De la teoría psicoanalítica. Por otra parte, al Dr. Miguel Kolteniuk, quien ha organizado el material, de una manera que denota su amplia y brillante comprensión del tema.

En sí, se le considera concepción actual porque es una-epistemología convergente en donde se aplican el psicoanálisis, la teoría de la comunicación, la psiquiatría y métodos-psicológicos convencionales tales como el psicodiagnóstico,- así como el área de comunidad terapéutica, considerando la clínica ó Instituto como una área de interacción (Comunidad) en la que el medio ambiente total influye sobre el paciente, al mismo tiempo que éste opera sobre el primero.

Todo esto, hacen de esta concepción una concepción conguente con los parámetros que, en base a mi marco teórico,- considero como la terapéutica más avanzada y completa para-la enfermedad mental.

C) CONCEPCION ACTUAL

PREMISAS TEORICAS

El Instituto Mendao establece, a través del grupo operativo o de psicología Institucional, las premisas teóricas en las cuales se basan sus campos de trabajo.

Las anoto a continuación por ser un valioso documento - acerca del conocimiento de la psicosis.

1.1. Habla que en la psicósis hay fijación o predominio permanente o transitorio de las posiciones confusional esquizo-paranoide o depresiva.

1.2. Vemos que hay mezcla frecuente de los elementos de las posiciones descritas, partes sanas de la personalidad y - de estructuras que no existen o que no llegaron a evolucionar. Más bien podría decirse, que en la estructura de la psicosis - hay vacios porque no se llevaron a cabo momentos evolutivos.

1.3. Podemos ver que hay pérdida de estructuras que tienen función de filtros o selección y jerarquización de las - percepciones. Esto parece tener que ver con la vulnerabilidad muy grande al dolor mental que conduce a mecanismos evasivos.

1.4. Se refiere en las situaciones que no se alcanza o se ha perdido la coherencia del aparato mental, su orden y su organización armónica, consecuentemente hay percepción de campa

bio en las personas que rodean al sujeto, quien a la vez responde secundariamente al cambio por él originado, creándose un campo de dificultad en el juego y comprensión de las relaciones interpersonales con la consiguiente producción y angustia.

1.5. Se refiere, esencialmente, a la relación continente contenido. Vamos a comparar lo que sucede desde esos momentos en la psicosis y en la neurosis, primero podemos ver que en un sentido muy general, en la psicosis el continente es menor que los contenidos, que el sujeto en alguna forma se vé abrumado por la captación de muchos fenómenos, existe lo simultáneo, se carece de algún sistema de ordenamiento, hay tendencia también a representaciones concretas de los fenómenos, tanto sensoriales como de las experiencias emocionales; podríamos pensar que en lo que se refiere al pensamiento, es predominantemente un estadio preverbal, en cambio en el neurótico o en el sano, vemos que el continente respecto al contenido se encuentra en relación de igualdad o siendo mayor el continente que el contenido. En estas personas también existe lo simultáneo, pero vemos que ya se establece desde el proceso secundario, un ordenamiento, dado por las condiciones del espacio y el tiempo, hay una capacidad de abstracción. El sujeto se puede enfrentar a sus emociones obteniendo de ellas conocimientos, la persona respeta las categorías de la lógica y el ordenamiento que surge de la presencia de un hecho seleccionado; esto permite obtener conocimiento de la experiencia, el pensamiento es mucho más eficaz, más abstracto y predominantemente verbal.

1.6. En la psicosis hay predominio de un vínculo en H - () u odio (menos K), Como contraste con la neurosis y la normalidad, en donde el predominio del vínculo esta en el - (Love) amor y en K () o conocimiento.

1.7. En la psicosis hay un predominio de la identificación proyectiva con tendencia a ser maligna y de la acción e vacuativa en general, presentándose ésto tanto en la conducta como en el pensamiento, hay un predominio del proceso prima - rario sobre el secundario, y hay predominio también del principio placer-displacer sobre el principio de la realidad.

1.8. Hay intensa dificultad de tomar conocimiento de la realidad psíquica por intensificación de la aponía y sensación de catástrofe. Creo que este es el momento para indicar como aponía la dificultad para tolerar el dolor mental, y podríamos considerar como apónico las consecuencias de la intolerancia a este dolor mental. Vemos que éste fenómeno origina la movi lización de defensas muy primitivas que tienden a la evacua - ción del dolor y a la imposibilidad de comprender su significa - do.

1.9. Hay aparición de fenómenos peculiares en la psicosis tales como: alucinaciones, delirios y conducta bizarra.

1.10. Hay predominio de la pulsión de muerte o destruc - tividad, tanto hacia el exterior como hacia el interior, y - llegando a casos extremos al homicidio, a la fragmentación de la personalidad y de la imagen corporal, y al suicidio físico momentáneo.

1.11. A consecuencia de todo lo anterior, la persona en funcionamiento psicótico presenta un trastorno en el juicio de realidad, trastornos múltiples de pensamiento, trastornos múltiples de pensamiento, trastornos sensoperceptuales, una pérdida de la imagen corporal, la cual se encuentra fragmentada o distorsionada, una pérdida de los límites entre el sujeto, el mundo y los otros, y por lo tanto a un aumento de vulnerabilidad a los estímulos y a la interacción con el mundo, y una permanente despersonalización con sentimientos de extrañeza.

11. EXPLICACION, CAUSAS Y PSICODINAMICA. Consideramos que actualmente no existe una teoría que explique completa y globalmente el fenómeno complejo de las psicosis, pensamos que la psicosis es un fenómeno polideterminado, multifactorial, cuya explicación exige múltiples abordajes teóricos de distinto nivel epistemológico, que de manera parcial y fragmentaria acaten la acción de los diferentes factores genéticos, psíquicos, familiares, ideológicos y sociales, cuya confluencia puede generar la psicosis.

2.1. Causas genéticas. Aumento innato en la urgencia de la satisfacción del deseo, aumento de la pulsión de muerte que origina más agresión, más envidia y voracidad, un aumento innato de la aponía, de la incapacidad para tolerar el dolor y la frustración, y una exigencia insaciable dirigida a sus objetos. Pensamos que las causas genéticas son inmodificables, pero sí lo son sus afectos que se expresan en el vínculo.

2.2. Causas individuales. Ausencia de un continente elaborativo eficaz durante las primeras épocas de la vida mental, que mediante su reverie le permita, al individuo, metabolizar sus angustias primitivas y desarrollar su capacidad simbólica y su aparato para pensar (pensamiento verbal) y superar en un grado adecuado la posición depresiva, permitiendo así que el aparato mental del sujeto lo provea de su propio sistema elaborativo (reverie individual).

2.3. Causas familiares. El paciente es el exponente en el que se van a manifestar los fenómenos patológicos de una estructura familiar que puede tener alguna o varias de las características siguientes: fenómeno de comunicación contradictoria (doble vínculo); confusión e inversión de los roles con ruptura del límite generacional; fenómenos de depositación o proyección masiva de conflictos grupales; polarización de la libido o agresión en los vínculos incrementando la conducta o fantasías incestuosas; predominio de los mecanismos de negación, escisión y proyección (identificación proyectiva); formación de alianzas para el ejercicio del control y el poder sobre el individuo; utilización de los hijos como satisfactores de las necesidades inconscientes patológicas de los padres, lo cual se encarna como fenómeno de personificación.

2.4. Causas sociales. Factores ideológicos. Fragmentación de la información, ocultamiento de las estructuras de poder, cultivo de las tendencias narcisistas y autoritarias, justificando con escala de valores de clase la discriminación, exclusión, explotación, denigración, y codificación del sujeto, generando en él impotencia, parálisis y rencor. Presente -

cia de otros factores políticos, económicos y sociales, como el verticalismo, el acinamiento, la desnutrición, la injusticia social, la violencia, la farmacodependencia, que de una y otra manera generan inseguridad, privación y ataque a la libertad y autodeterminación.

III. TRATAMIENTO. Debido al carácter multifactorial de la psicosis, el tratamiento en el Instituto Mendao es politerapéutico, con una organización y estructura orientada a la integración de los distintos niveles de funcionamiento del funcionamiento del paciente. Esto se pretende lograr mediante la asociación de varios campos terapéuticos que actúen desde el orgánico hasta lo social, creando distintos espacios elaborativos que le permiten al paciente el desarrollo de sus estructuras estancadas, o que suplan el vacío de las que no pudo experimentar.

Se trata de promover el equilibrio psicofarmacológico de alcanzar niveles operativos de reverie individual, mediante la elaboración de las psicosis en el grupo familiar rompiendo la estructura estereotipada de los roles, de favorecer la proyección e introyección a nivel individual, familiar y grupal dándole así los elementos que reestructuren el yo, posibiliten la existencia de vínculos, lo conduzcan a una mayor capacidad de simbolización y de pensamiento verbal; de la integración de la imagen corporal mediante la movilización de elementos depositados en el cuerpo; de la creación de canales de sublimación y fomento de la creatividad y de su vivencia como un miembro activo que cumple un rol significativo en una comunidad mediante el ejercicio de su opinión y capacidad compartida de decisión. Estos campos son la te

rapéutica. Todas funcionando como una total y orgánica estructurante. Tenemos la convicción que el psicótico es tratable, que posee una capacidad de transferencia en la que se pierde la distinción entre fantasía y realidad, así como una modalidad de transferir, en la cual al proyectar sobre el objeto antiguas relaciones de objeto, no lo ve como si fuera aquel objeto del pasado, sino que mas bien lo transforma en; pensamos que las crisis psicóticas son momentos adecuados para el abordaje psicoterapéutico del paciente, que la transferencia psicótica individual o grupal puede rebasar los límites de un campo terapéutico para invadir la institución como un todo, que ésto se lleva a cabo mediante la acción de las identificaciones proyectivas.

En el segundo capítulo, "La Institución como continente elaborativo de los fenómenos psicóticos", vemos que tanto en este como en el siguiente capítulo, es posible observar que un medio social natural o artificial es capaz de promover la salud o la enfermedad.

Vamos a ver las características estructurales y funcionales del continente, en esta caso Instituto Mendao, que consideramos que puedan promover la salud.

- a) Tendencia a la horizontalidad
- b) Tendencia a unificación del conocimiento, epistemología-convergente.
- c) Tendencia a la determinación colectiva de las decisiones.
- d) Tendencia a la aceptación de la auto y eterocrítica.
- e) Tendencia a la reparación de la esición, fragmentación ,

confusión, desorganización, regresión y otros mecanismos-defensivos, consecuencia del trabajo con psicóticos.

- f) Necesidad del establecimiento de amplios canales de comunicación, tanto en sentido vertical como horizontal.
- g) Tendencia al empleo de una ideología humanista.

En la segunda parte del capítulo dos, vamos a analizar - las características estructurales y funcionales que promueven la enfermedad.

- a) Así pensamos que ésta puede incrementarse por la tenden-cia a centralización del poder.
- b) Tendencia al uso fragmentario, narcisista, excluyente y -descalificadorio del conocimiento; ataque al enfoque epistemológico convergente.
- c) Tendencia a la determinación individualista y/o sectariado de las decisiones institucionales.
- d) Tendencia a la contraidentificación proyectiva y a la actuación caótica, agresiva del personal de la Institución-entre sí o con los pacientes.
- e) Incapacidad individual o grupal para tolerar el cuestionamiento (auto o eterocrítica).
- f) Tendencia a usar al paciente como satisfactor de las necesidades patológicas o ideológicas del personal.
- g) Ruptura de las redes de comunicación.

La Institución como fuente de conocimiento.

1. Investigación. Aspectos teóricos, aspectos técnicos y aspectos Clínicos.

2. Enseñanza.

- a) Aspectos teóricos, Necesidad de creación de grupos - de estudio.
- b) Aspectos técnicos. Necesidad de supervisiones y controles en los casos de coterpia.
- c) Aspectos Integrales. Necesidad de Juntas Clínicas.

3. Respecto al autoconocimiento, pensamos en:

- A) Necesidad de la existencia de grupos operativos.
- B) Grupos de autogestión.
- C) En una etapa más avanzada, de ejercicios de psicología Institucional o de psicoanálisis Institucional de la Institución como un todo.

CAPITULO II

TEORIA PSICOANALITICA.

- 1) SIGMUND FREUD.
- 2) SEGUIDORES DE SIGMUND FREUD:
 - a) ESCUELA INGLESA.
 - b) ESCUELA FRANCESA.
 - c) OTRAS APORTACIONES.

1) SIGMUND FREUD

Hay más ídolos que realidades en el mundo. Hacer aquí preguntas con el martillo y escuchar ese sonido hueco, sonido de entrañas hinchadas. ¡Qué encanto para aquél que detrás de los oídos, tiene otros oídos diferentes; ¡Para mí, viejo psicólogo cazador de ratas, que hago hablar a lo que querría permanecer mudo;

F. Nietzsche.

TEORIA GENERAL DE LAS NEUROSIS

En sus lecciones introductorias al psicoanálisis, Freud expone una síntesis de la teoría psicoanalítica, cuyos puntos más relevantes contribuyen a crear los fundamentos de una dinámica psíquica en los procesos psicológicos.

Comenzando sus estudios con pacientes alterados neuróticamente, Freud dedujo que se trataba de pacientes que han retrocedido, con sus síntomas y las consecuencias que de los mismos se derivan, a un período de vida pretérita, eligiendo casi siempre una fase muy precoz de la misma, su primera infancia, y a veces el período en que aún eran niños de pecho. (B.15 - pág. 2293)

Se dividen las neurosis básicamente en dos: las espontáneas y las traumáticas. Las primeras, objeto habitual de estu-

dio de la terapia analítica, son aquéllas cuya etiología descansa en una malformación durante el desarrollo infantil ó niñez. Esta malformación corresponde básicamente al orden psíquico y aglomera conflictos inconscientes, que manifestarán cierta sintomatología en épocas de posterior desarrollo.

En cambio, las neurosis traumáticas son aquéllas que se producen ó parten de un suceso que resultó avasalladoramente angustiante para el sujeto. Un suceso traumático se define como aquéllos casos en que, aportando a la vida psíquica en brevísimos instantes un enorme incremento de energía, hacen imposible la supresión ó asimilación de la misma por los medios normales y provocan de este modo, duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía (B. 15, Pág.2294)

Esto configura un esquema dinámico de los procesos psíquicos, en el sentido económico.

Tomando en consideración esta teoría económica, se puede decir que ambas dolencias neuróticas son bastante similares, ya que también puede calificarse de traumático el suceso al que ha quedado fijado el paciente con neurosis espontánea. Sin embargo, Freud elabora una observación de gran importancia en esta etapa: durante sus estudios con Breuer, sus conclusiones le llevan a afirmar que la fijación a una fase determinada del pasado traspasa los límites de la neurosis. (B.15.Pág.2294) Es decir, que toda neurosis comporta una fijación de este género.

Establece después otra importante afirmación: "siempre que nos hallamos en presencia de un síntoma, debemos deducir la existencia en el enfermo de procesos inconscientes que contienen precisamente el sentido de dicho síntoma" (B.15.Pág.2297) Es decir, que el síntoma se forma como sustitución de algo que

no ha conseguido manifestarse al exterior.

RESISTENCIA Y REPRESION.

Este es un campo de mucha utilización para el análisis - de la neurosis. Freud se refiere a la resistencia como cierta - oposición que se manifiesta durante el tratamiento, que se dirige a la labor terapéutica que trata de liberarlos de sus sín - tomas, contraponiéndose entonces, como una tenáz resistencia.

Esta resistencia puede adoptar las mas diversas formas, - cambiando fácilmente de forma y apariencia, haciéndose difícil de reconocer.

Aunque el terapeuta dé a su paciente la orden de comuni - car TODO lo que llame la atención en su consciencia, tenderá - a omitir ciertos detalles que tenderían a provocar angustia - con su afloración, calificandolos de irrelevantes, superfluos, absurdos ó penosos.

Son precisamente aquéllas ideas que se controlan mayor - mente con la resistencia, es decir, que despiertan dudas y ob - jecciones, las que nos ayudarían mayormente en la búsqueda de - un camino hacia lo inconsciente.

Cuando se da al enfermo esta regla fundamental en el aná - lisis (de no omitir nada del contenido del pensamiento), es - cuando se despierta una resistencia de otra índole distinta: - la resistencia intelectual. En ella se tenderá a argumentar y - defenderse racionalmente en contra de las suposiciones del mé - dico, tratando así de salvarse de un contenido lastimero.

Conviene entonces preguntarse: ¿Cuál es la fuerza tan po

derosa que se opone a la liberación de los síntomas y al restablecimiento de la vida psíquica normal del paciente, a la cual la resistencia obedece?

En primer lugar, Freud supone que las fuerzas que se oponen a la modificación del estado patológico, son las mismas que hubieron de provocarlo.

Se sabe que el síntoma es la parte sustitutiva de aquella parte de la vida psíquica que ha quedado truncada en su evolución; luego entonces, contra la elevación del proceso psíquico hasta la consciencia se ha creado una violenta oposición, la cual le fuerza a permanecer inconsciente, adquiriendo como tal la capacidad de engendrar síntomas. Esta misma oposición es la que percibimos durante el tratamiento bajo el nombre de resistencia (B.15. Pág.2306)

A este proceso patógeno, que se manifiesta por medio de la resistencia, le llamamos represión.

Es esta represión la responsable fundamental de la formación de síntomas.

Dando un esquema del funcionamiento de ésta, imaginémoslo siguiente:

Cuando un contenido inconsciente tiende, por algún motivo a hacerse consciente, tiene que traspasar el umbral de la censura al que se pospone el sistema preconscious. Si la censura decide que el contenido no deberá aflorar al consciente (lo cual puede producirse por la misma fuerza opositoria de la resistencia), dicha idea será reprimida, es decir, relegada al inconsciente, por las fuerzas represivas.

DESARROLLO DE LA LIBIDO Y ORGANIZACIONES SEXUALES.

La sexualidad no es en sí, un fenómeno que aparezca espontáneamente en los años pubertos ó adolescentes; obedece a una continuidad genética que comienza desde el más temprano período infantil, hasta dicha madurez adolescente-adulto, en la que se encuentra una primacía de los órganos genitales.

Se habla de esta primacía porque, según pensaba Freud en ese momento, en las fases más primitivas los genitales se encuentran totalmente fuera del foco del interés libidinal.

El bebé, en edades tempranas, se dedica a explorar su mundo mediante diversas partes del cuerpo, bastante específicas. Son ellas su medio de placer y contacto físico con sus objetos.

A todas estas fases en las cuales no se manifiesta el interés sexual maduro genital, sino que preceden a dicha etapa, se les denomina etapas pregenitales.

La más antigua de ellas es la etapa oral, la que, como el nombre lo indica, corresponde a dicho conducto (boca, labios, garganta, etc.). En este momento, el bebé experimenta los objetos llevándolos a la boca, chupeteando y mamando.

Está sumamente relacionado con este hecho, el proceso de amamantamiento de la madre hacia el bebé, siendo éste, el primer medio de contacto del bebé con su objeto de amor, protección y placer (alimento).

Sobreviene después la etapa anal, en la cual existe un predominio básico del ano, mediante el cual el niño, aparte de

experimentar placer, comienza a experimentar la sensación de control (las heces fecales). posesión y ataque.

La etapa anal sádica es una etapa pregenital que ocupa un lugar relevante y de primacía en el desarrollo pregenital.

Acontece después la fase de latencia, cronológicamente antes de llegar a la pubertad, en la cual el niño se aparta conscientemente y por un período temporal de aproximadamente tres años, de sus objetos sexuales y de su interés libidinal abierto.

Se le llama de latencia, porque la libido permanece en estado de latencia, mientras las circunstancias y experiencias externas del niño contribuyen a modificarla y darle una tendencia de mayor madurez (el fin genital heterosexual).

Repentinamente, el niño comienza (al finalizar la etapa de latencia) a manifestar intereses sexuales; si su desarrollo libidinal ha sido sano y normal, la libido se verá ahora enfocada hacia personas del sexo opuesto, dando origen a un interés de exploración del mismo.

Con ésto, el puberto descubre sus genitales como fuente de placer, lo cual conducirá finalmente a la utilización de ellos en su relación de objeto, no sólo como fuente de placer, sino con el fin reproductivo.

Si el desarrollo libidinal se produce con alteraciones, se producirá una fijación en la etapa que presenta tales conflictos (ya sea por exceso de gratificación ó por exceso de

carencias al respecto : frustración), con un aparente seguimiento del desarrollo sexual, sobre el cual se desarrollará - cierta sintomatología correspondiente a la etapa de fijación, ó bien, permanecerá así hasta que se presente un estímulo disparador que desborde el proceso patógeno (estancamiento de la - libido) (B.15. Pág.2326).

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE NEUROSIS Y PSICOSIS

Freud evolucionó desde el comienzo de su obra la diferenciación entre ambas manifestaciones patológicas, bajo el contexto de sus nuevos análisis y descubrimientos.

El concepto de neurosis y psicosis, fueron evolucionando y estableciendo pautas diferenciales entre ellos.

Marcaré a continuación las evoluciones históricas mas importantes que han sufrido ambos conceptos.

Entre 1894 - 1896, Freud establece que la diferencia básica entre la neurosis y la psicosis, consiste en el mecanismo defensivo de base que se utiliza en cada una de dichas manifestaciones. Describía para la psicosis, un mecanismo que consistía en desechar la idea incompatible, la misma que al desecharse, conducía a un apartamiento de un trozo de realidad ligada a la misma.

Entonces, el sujeto caía en un retiro parcial ó total de su yo, de la realidad, y sufría una confusión alucinatoria. En cambio, en la neurosis, la idea incompatible, recuerdo traumático, no era rechazada sino solamente despojada de su afecto, el cual se convertía en una inervación somática -histeria- ó se desplazaba a otra representación -neurosis obsesiva- .

Así, mientras que en la neurosis la idea desplazada ó encubierta continúa enviando su mensaje (síntoma) , en la psicosis es repudiada totalmente, como si nunca hubiese arribado al yo.

Hacia 1924, establece su fórmula yo vs. ello para las neurosis, yo vs. realidad externa para las psicosis.

En 1896, descubre un nuevo mecanismo en el funcionamiento psicótico: la proyección en la psicosis paranoica, con lo cual quedan sentados dos mecanismos importantes para la psicosis: el rechazo ó repudio de la realidad y de su percepción intolerable por un lado, y la proyección por otro.

En 1900, a través de sus estudios en "la interpretación de los sueños, Freud observa que en las psicosis, al igual que en los sueños, se evidencia un funcionamiento primario e infantil del aparato psíquico en el cual la carga perceptual en lugar de hacerse desde afuera, desde el objeto real externo, se hace regresivamente; es decir, desde adentro del aparato psíquico, lo cual culmina en la alucinación, la cual recrea la "identidad de percepción" buscada por el deseo de verla realizada. Esto es todo lo contrario del funcionamiento secundario, el cual se rige por la "identidad de pensamiento" y promueve los principios básicos de la lógica formal tradicional; identidad, no contradicción y tercero excluido.

Además, se incluye para la psicosis el rompimiento de la barrera censora que protege contra el contenido inconsciente.

Alrededor de 1911, Freud investiga un punto diferencial de fijación para la neurosis y para la psicosis.

Formula que el paranoico está fijado a una etapa intermedia entre el primitivo autoerotismo y el amor objetal. Esta etapa que denomina narcisítica, toma el propio pene del sujeto como su objeto de amor, conduciéndolo a un incremento de sus -

sus deseos homosexuales. De ahí se deriva la afirmación de - que en toda paranoia predomina una defensa contra impulsos - de naturaleza homosexual.

La carga de la libido en las neurosis al abandonar al objeto original, se una a un sustituto del mismo ó queda en estado 'flotante', concepto que luego se transforma en la - introversión de la libido. En cambio, en las psicosis, la - carga libidinal abandona al objeto para hacerse narcisítica. Así se pueden explicar las vivencias del fin del mundo, de - catástrofe por un lado y de engrandecimiento omnipotente del yo por el otro. En todo esto, la restitución lleva a una nueva conexión con los objetos, pero de una manera totalmente - deformada y delirante en donde la proyección juega un rol - esencial.

Hacia 1914, en su obra "Introducción al Narcisismo", atribuye un papel muy importante en las psicosis a la retracción narcisística. El neurótico mantiene la libido adherida - a los objetos de la fantasía (la introvierte) y se mantiene en suspenso para adherirse a nuevos objetos apenas los en encuentre satisfactorios ó halle circunstancias más permisivas.

El psicótico en lugar de implementar su mundo de fantasías enriquecidas por la libido retraída a ellas, coloca a - la libido sobre su propio yo. De ahí la megalomanía que lo - envuelve en sus actos y pensamientos.

Durante 1924 diferencia claramente a la neurosis de la

psicosis, por darse en la primera un conflicto entre el yo y el ello, mientras que en la segunda se plantea el mismo - conflicto entre el yo y la realidad externa intolerable.

Agrega una tercera neurosis narcisística, en donde el conflicto se da en la oposición entre el yo y el superyó - (melancolía).

La realidad queda sin embargo tan atacada en la neurosis como en la psicosis. En la neurosis el ataque a la realidad es secundario a la lucha contra el ello peligroso y - todo lo que en la realidad sirve para cumplir su tentación.

En la psicosis la lucha con la realidad es primaria y sobretodo, con aquél aspecto de lo real que se opone al cumplimiento del deseo del ello.

El neurótico atacaría así a la parte de la realidad - que sirve a su satisfacción libidinosa, por lo cual se aparta de ella, como en el caso de un fóbico; mientras que el psicótico se aparta de la realidad por no soportar una ausencia, una falta que la realidad perceptual indica a sus deseos, deseos a los que puede renunciar a tal punto, que prefiere alterar y dislocar la realidad toda, y cumplir en ella sus deseos instintivos.

El neurótico evita lo real como consecuencia de la represión de un deseo que se cumpliría en lo real. El psicótico trastoca la realidad para cumplir (ó creer que cumple) un deseo sin obstáculo alguno.

El neurótico renuncia a la realidad natural: renuncia a ver en la madre a una mujer, y así puede entrar en el orden simbólico cultural. El psicótico renuncia a la realidad

sociocultural y no puede hacerlo con la natural; no elabora su incesto, cuya represión defectuosa lo priva de compartir adecuadamente un cierto concenso sociocultural.

En ambos casos, existe una pérdida de la realidad e intento de sustitución; pero mientras que en la neurosis la sustitución gira alrededor de la introversión misma de la libido al mundo fantástico y la retracción es sólo de la carga de la representación verbal preconsciente, en la psicosis la sustitución es desde el narcisismo al que se retrajo, ó sea, desde mas allá de la carga inconsciente de la representación objetal, e intenta copar a lo real mismo.

El neurótico puede así jugar con la realidad (fantaseando), mientras que el psicótico ha perdido esa capacidad de "como si", de juego imaginario, y al tomarse ese juego en serio que para él es todo lo que puede ocurrir, altera absolutamente el mundo en el cual vive.

En 1927 Freud elabora su trabajo sobre fetichismo, en el cual trata con énfasis el proceso de la disociación 'Ich-spaltung' ó partición del yo.

Basa ésto en la experiencia del niño que percibe la ausencia del falo en los genitales femeninos, surgiendo con ésto una renegación de la realidad en el caso de una no aceptación de dicha ausencia. Esa renegación recae sobre la misma percepción, la cual se separa del yo que percibe (yo que percibe vs. yo que intenta renegar la percepción). Esta escisión representará para Freud un mecanismo importante dentro de la perversión y dentro de la psicosis.

De esta forma se añadía otra disociación distinta a la de preconsciente e inconsciente (en cierto sentido entre el yo y el ello) típica de la neurosis: se añadía una disociación vertical, dentro del yo mismo, la cual se instituye - en torno a la aceptación ó no de una ausencia imaginaria - (la del falo en la mujer) ligada a un acto de percepción - de lo real. Así, la lucha contra la realidad es la lucha - contra una falta intolerable: la falta del falo.

Todo el arsenal compuesto por tan diversas ideas, ha sido evolucionado ampliamente por pensadores posteriores, - tales como Bion, M.Klein, Lacan, Pankow, etc., quienes tienen en esta tesis un apartado particular.

Ejemplos de ésto es el término forclusión establecido por J. Lacan, el cual habla de la imposibilidad de aceptar - ña 'castración' y de simbolizarla en sí misma a través de poder aceptar la falta de pene en la mujer ó la percepción - de esa ausencia imaginaria, dejando el niño mismo de identificarse imaginariamente con el falo materno.

Asegurarse la 'castración' sería tolerar la percep - ción de esa ausencia imaginaria en lo real, falta que ins - cribe tanto la diferencia de sexos, como facilita ó posibi - lita la represión, en tanto da sentido a la castración, la - integra al inconsciente a través de su significante primor - dial: el falo. Así, enfrenta al sujeto con la renuncia a la madre y a la identificación imaginaria con el objeto del de - seo de la misma, propiciando así la incorporación al código simbólico aceptando la ley del padre, su nombre y su amena - za.

Para la escuela inglesa de M. Klein y R. Fairbairn, - la escisión original se funda más sobre 'buenas' y 'malas'- relaciones con el objeto primario natural (pecho materno)- lo que concluirá con una escisión entre el yo y los objetos.

Así, Fairbairn supone que la tragedia esquizofrénica- se liga al gran problema preambivalente de cómo amar sin - destruir con el amor,, mientras que la tragedia melacólica- se liga al gran problema postambivalente de cómo odiar sin- destruir con el odio.

Este autor menciona cuatro defensas neuróticas típi- cas para poder manejar y mantener la disociación instrumen- tal de base. Estas son: la histérica (el objeto 'malo' se - coloca en una área del cuerpo ligada a lo genital, mientras que lo 'bueno' se deposita en un objeto externo idealizado); la paranoide (el objeto 'malo' es proyectado al exterior, - introyectando el objeto 'bueno' en sí mismo); la obsesiva - (el objeto 'bueno' y 'malo' están incorporados al sujeto - que cavila en si desprenderse ó no de ellos) y la fóbica- (en la que el objeto 'bueno' y 'malo' están proyectados - en el exterior, por lo que el sujeto vacila entre si acer - carse al 'bueno' ó seguir repeliendo al 'malo'.

Estas ideas fundamentales han sido la base de partida- par el estudio de lo neurótico y lo psicótico en la escuela inglesa Kleiniana, aunque en general, su estudio ha profun- dizado mayormente en las manifestaciones psicóticas a par - tir del desarrollo infantil.

Todos los seguidores ó continuadores de Melanie Klein, en especial H. Rosenfeld y W. R. Bion, han continuado valiosamente sus ideas y enriquecido con nuevas y certeras aportaciones lo que podríamos llamar la escuela inglesa - Kleiniana. (Revisar sus apartados correspondiente expuestos básicamente en este capítulo).

LA NATURALEZA DEL APARATO PSIQUICO.

Alrededor de 1940, S. Frued daba por sentada sus hipótesis de la existencia de un aparato psíquico, ante el cual decía: "Presumimos que la vida psíquica es la función de un aparato al cual suponemos especialmente extenso y compuesto de varias partes, ó sea, que lo imaginamos a semejanza de un telescopio, de un microscopio ó algo parecido..." "Las nociones que tenemos de este aparato psíquico las hemos adquirido estudiando el desarrollo individual del ser humano. A la más antigua de esas provincias ó instancias psíquicas la llamamos ello; tiene por contenido todo lo heredado, lo innato, lo constitucionalmente establecido, es decir, sobretodo, los instintos originados en la organización somática, que alcanzan (en el ello) una primera expresión psíquica, cuyas formas aún desconocemos..." (B. 15, Pág.3380)

Es así como postula la existencia del ello, aclarando después la formación del yo: "Bajo la influencia del mundo exterior y real que nos rodea, una parte del ello ha experimentado una transformación particular: de lo que era originalmente una capa cortical dotada de órganos receptores de estímulos y de dispositivos para la protección contra las estimulaciones excesivas, desarrollóse paulatina mente una organización especial que desde entonces oficia de mediadora entre el ello y el mundo exterior." "A este sector de nuestra vida psíquica le damos el nombre de yo", y al respecto agrega: "... su tarea consiste en la auto-

conservación, y la realiza en doble sentido: frente al mundo exterior se percata de los estímulos; acumula (en la memoria), experiencias sobre los mismos; elude (por la fuga), los que son demasiado intensos; enfrenta (por adaptación), los estímulos moderados y por fin, aprende a modificar al mundo exterior, adecuándolo a su propia conveniencia (a través de la actividad)." "Hacia el interior, frente al ello, conquista el dominio sobre las exigencias de los instintos; decide si han de tener acceso a satisfacción, aplazándola - hasta las oportunidades y circunstancias mas favorables del mundo externo, ó bien, suprimiendo totalmente las excitaciones instintivas." "El yo persigue el placer y trata de evitar el displacer, respondiendo con una señal de angustia a todo aumento esperado y previsto del displacer, calificando de peligro el motivo de dicho aumento, ya amenace desde el exterior ó desde el interior".

La tercera instancia del aparato psíquico se relaciona con: "...el período infantil durante el cual el ser humano en formación vive en dependencia de sus padres, formándose en el yo una instancia particular denominada super-yo, la cual perpetúa esa influencia parental". "En la medida en que se le diferencia el yo ó se le opone, este super-yo - constituye una tercera potencia que el yo ha de tomar en cuenta. (B. 15, Pág. 3381)

Freud expone también claramente que el establecimiento del super-yó no se reduce únicamente a la relación del niño con sus padres, sino que "influyen también el efecto-

de las tradiciones familiares, raciales y populares que ellos perpetúan, así como las demandas del respectivo medio-social que representan; de idéntica manera, en el curso de la evolución individual el super-yó incorpora aportes sustitutos y sucesores ulteriores de los padres, como los educadores, los personajes ejemplares, los ideales venerados por la sociedad..."

Freud postula finalmente que, todo ser que como el hombre, haya vivido un período mas bien prolongado de dependencia, cuenta con una formación super-yoica.

TEORIA DE LOS INSTINTOS.

Es de vital importancia revisar el concepto del instinto, ya que va directamente ligado con la instancia psíquica del ello, y determina gran parte de la conducta del hombre, - siendo factor primordial en el conflicto básico de la neurosis y psicosis.

Anotaré a continuación, las citas más importantes al respecto:

"Denominamos instintos a las fuerzas que suponemos - tras las tensiones causadas por las necesidades del ello. Representan las exigencias somáticas planteadas a la vida psíquica, y aunque son la causa última de toda actividad, su índole es esencialmente conservadora: de todo estado que - un ser vivo alcanza, surge la tendencia a restablecerlo en cuanto ha sido abandonado."

"Hemos comprobado que los instintos pueden trocar su fin (por desplazamiento) y que también pueden situarse mutuamente, pasando la energía del uno al otro. Tras largas - dudas y vacilaciones, nos hemos decidido a aceptar sólo dos instintos básicos: el Eros y el instinto de destrucción."

"El primero de dichos instintos básicos, persigue el fin de establecer y conservar unidades cada vez mayores, es decir, a la unión e integración; el instinto de destrucción por el contrario, busca la disolución de las conexiones, destruyendo así las cosas."

"De ningún modo podría confiarse uno en otro de los instintos básicos a determinada región de la mente; por el con-

trario, han de encontrarse en todas partes."

"Imaginemos el estado inicial de los mismos, suponiendo que toda la energía disponible del eros, denominada libido, se encuentra en el yo-ello aún indiferenciado, y sirve allí, para neutralizar las tendencias agresivas que coexisten en aquélla." "Sería difícil precisar las vicisitudes de la libido en el ello y en el super-yó. Cuanto sabemos al respecto, se refiere al yo, en el que está originalmente acumulada toda la reserva disponible de libido."

"Durante toda la vida el yo sigue siendo el gran reservorio del cual emanan las catexias libidinales y al cual se retraen nuevamente".

Una característica importante de la libido es su movilidad, la facilidad con que pasa de un objeto a otro; contraria a aquélla es la fijación de la libido a determinados objetos, que frecuentemente pueden persistir durante la vida entera."

NEUROSIS Y PSICOSIS.

Una vez esclarecido el aparato psíquico, puedo proceder a exponer los supuestos de Freud, acerca de la psicosis.

El expuso dos fórmulas que indican la dinámica del conflicto para las neurosis y para las psicosis respectivamente.

"La neurosis sería el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, al servicio del super-yó, mientras que en la psicosis, el yo se sometería a las demandas del ello, entrando en conflicto con el mundo exterior ó realidad"

Para esclarecer dichas fórmulas, afirma: "Las neurosis de transferencia nacen a consecuencia de la negativa del yo a acoger una poderosa tendencia instintiva dominante en el ello y procurar una descarga motora, ó dar por bueno el objeto hacia el cual aparece orientada tal tendencia. El yo se defiende entonces con el mecanismo de represión, pero lo reprimido se rebela contra ese destino y se procura, por caminos dore los cuales no ejerce el yo poder alguno, una satisfacción sustitutiva -el síntoma-, que se impone al yo como una transacción; el yo continúa luchando contra el síntoma, como antes contra la tendencia instintiva reprimida, y de todo esto resulta el cuadro patológico de la neurosis"

"No puede objetarse que al proceder el yo a la represión, obedece en el fondo de los mandatos del super-yó, los cuales proceden a su vez de aquéllas influencias del mundo exterior que se han creado una representación en el super-yó." De esta manera, se forma una alianza entre el yo y el super-yó, cuyas exigencias tienen más fuerza que las exigencias -

instintivas del ello, siendo el mismo super-yó, el que impone la represión en contra de dichos elementos del ello. Puede decirse entonces que el yo ha entrado en conflictos con el ello, en servicio del super-yó y de la realidad. Queda así esclarecida la primera fórmula.

Con respecto a la segunda, Freud afirma: "Normalmente, el mundo exterior domina al yo por dos caminos: en primer lugar, mediante las percepciones actuales continuamente posibles, y en segundo lugar, con el acervo mnémico de percepciones anteriores, que contribuyen como 'mundo interior', en un patrimonio y un elemento del yo."

"En la amencia no sólo queda excluída la acogida de nuevas percepciones, sino que también sustraída al mundo interior su significación (carga)." "El yo se procura independientemente un nuevo mundo exterior e interior y surgen dos nuevos hechos indubitables: que este nuevo mundo es construído de acuerdo con las tendencias optativas del ello, y que la causa de esta disociación del mundo exterior, es una privación impuesta por la realidad y considerada intolerable".

De esta forma, se deja ver cómo se cumple la segunda fórmula antes mencionada: el yo, dominado por la fuerza del ello, se arranca así de la realidad, intentando deshacerse de las severas exigencias de la misma.

Freud aclara también que, de los tipos de psicosis, "las esquizofrenias son las que culminan en un embotamiento afectivo", esto es, en la pérdida de todo interés hacia el mundo exterior, y que si bien, en un momento dado no se ha -

cen (dichos conflictos con la realidad) aún mas patentes, se debe a que a veces quedan, en el cuadro patológico de la psicosis, encubiertos los fenómenos del proceso patógeno, por los de una tentativa de curación ó reconstrucción."

"La etiología de este tipo de padecimientos (psiconeurosis ó psicosis) se encuentra siempre en la privación, el incumplimiento de uno de aquéllos deseos infantiles jamás dominados, que tan hondamente arraigan en nuestra organización, determinada por la filogenia."

"Esta privación tiene siempre en el fondo un origen exterior aunque en el caso individual parezca partir de aquélla instancia interior (super-yó) que se ha atribuido la representación de las exigencias de la realidad".

"El efecto patógeno depende de que el yo permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior e intente amordazar al ello (neurosis) ó que, por el contrario, se deje dominar por el ello y arrancar así a la realidad."

En un segundo trabajo titulado "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis", hace una pequeña variación ante la rigidez de sus fórmulas iniciales, agregando que también en las neurosis existe cierta perturbación en el contacto con la realidad, constituyendo la neurosis un medio de retraerse de ella y un refugio en que ampararse, huyendo de los conflictos de la vida real; luego entonces, el contacto con la realidad como premio al amordazar al ello, no resulta tan completo.

Por otra parte, Angel Garma, estudiando los procesos de automutilaciones, la despersonalización, los sentimientos de culpabilidad, etc., afirma que tanto en las neurosis como en las psicosis existe un rechazo de la vida instintiva; lo que marca la diferencia al respecto, es una diferencia cuantitativa con respecto al rechazo.

Esto me lleva a concluir que para ninguno de los dos casos, es válida una fórmula determinante, sino que ambas se mueven en una continuidad de extremo a extremo tanto de rechazo de la vida instintiva con predominio de la realidad, como de rechazo de la realidad, con predominio de la vida instintiva.

LOS DOS PRINCIPIOS DEL FUNCIONAMIENTO MENTAL.

Hacia el año de 1911, Freud estableció sus dos principios del suceder psíquico. Se encaminó a ello por el hecho de haber estudiado anteriormente el fenómeno de apartamiento de la realidad que se produce en los procesos neuróticos (en forma parcial).

Esto lo llevó al estudio del proceso contrario; es decir, de cómo el ser humano llega a reconocer un mundo real exterior.

Comienza entonces su estudio a partir de los procesos-anímicos inconscientes, en los que se observan en variedad - procesos primarios, residuos de una fase evolutiva primitiva en la que eran únicos. La tendencia a que estos procesos primarios obedecen, se denomina entonces PRINCIPIO DEL PLACER.

Dichos procesos tienden a la consecución de dicho placer y se aleja ó retrae de aquéllos actos susceptibles de engendrar displacer (represión). (B. 15, Pág. 1638)

El estado de reposo psíquico era perturbado por las exigencias imperiosas de las necesidades internas (tendientes al placer). Luego entonces, lo pensado (lo deseado) quedaba simplemente representado por una alucinación, como hoy sucede con nuestras ideas oníricas.

La decepción ante la ausencia de la satisfacción esperada motivó luego el abandono de esta tentativa de satisfacción por medio de alucinaciones, y para sustituirla tuvo que

decidirse el aparato psíquico a representar las circunstancias reales del mundo exterior y tender a su modificación real. Con ello quedó introducido un nuevo principio de la actividad psíquica, en el cual no se representaba sólo lo agradable, sino lo real (aunque fuese muy desagradable). A ésto denominó Freud PRINCIPIO DE LA REALIDAD.

Esta formación del principio de la realidad, trajo con secuencias muy importantes en el orden psíquico:

1.- Las nuevas exigencias impusieron una serie de adaptaciones del aparato psíquico. La importancia cobrada por la realidad externa, elevó la de los órganos sensoriales - vueltos hacia el mundo exterior, generando el fortalecimiento de la consciencia.

Se estableció la atención, una función necesaria para explorar el mundo exterior. Los datos adquiridos fueron archivados para un uso posterior, por medio del uso de la memoria.

Se generó también el discernimiento, -a cambio de la represión usada hasta entonces, con el fin de poder enjuiciar si un objeto era falso ó verdadero.

La descarga motora encargada de eliminar las sobrecargas en el aparato psíquico, fué delegada al pensamiento, el cual funcionaba actuando como representación.

2.- Surgió la actividad de la fantasía, debido a la disociación del principio del placer y el de la realidad, tomando en cuenta la dificultad de renunciar a las fuentes de placer, y siendo una vía adecuada para tal satisfacción.

- 3.- Los instintos se separan del yo y se unen a la fantasía - a fin de evitar la privación impuesta por el principio - de la realidad.

De esta forma, se conduce el sujeto con actividades autoróticas en edades menores, para después, antes de elegir un objeto de relación erótica, atravesar por la etapa de latencia.

De este modo, queda el yo unido a la consciencia, y el - instinto sexual a la fantasía.

- 4.- Así como el yo sometido al principio del placer no puede hacer otra cosa que desear, laborando bajo el principio - del placer, así el yo, regido por el principio de la realidad, no hace otra cosa que tender a ser útil y productivo, asegurándose contra todo posible daño.

El advenimiento del principio de la realidad no significa una exclusión del principio del placer, sino sólo un - afianzamiento del mismo.

Se renuncia a un placer momentáneo, de consecuencias inseguras y peligrosas, pero sólo como medio para alcanzar más tarde un placer seguro y mucho mayor. (B.15, Pág.1641)

- 5.- La educación interviene como fortalecedora del principio de la realidad, siendo un estímulo de vencimiento del - principio del placer.

Tiende, por lo tanto, a procurar el desarrollo del yo.

- 6.- El arte consigue conciliar ambos caminos de manera singular; por medio del arte dá salida a las fantasías que no quieren ser controladas ni reprimidas, apartándolo par -

cialmente de la realidad; pero al mismo tiempo, encuentra el retorno a la realidad, construyendo con sus fantasías, una nueva especie de realidades, admitidas por los demás hombres, como valiosas representaciones de la realidad.

- 7.- Mientras el yo realiza su avance evolutivo desde el principio del placer hasta el principio de la realidad, los instintos sexuales experimentan modificaciones que los conducirán, desde el autoerotismo primitivo, hasta el amor objetal, al servicio de la función reproductora.
- 8.- Un carácter muy singular de los procesos inconscientes, (reprimidos), consiste en que la realidad mental queda equiparada en ellos a la realidad exterior, y el mero deseo, al suceso que lo cumple, conforme en un todo al principio del placer. De esta manera se unifican ambos en una función integradora.

NARCISISMO

Hacia el año de 1899, Näcke otorga el nombre de Narcisismo a aquéllos casos en los que el individuo toma a su propio cuerpo como objeto sexual, resultándole objeto de admiración, contemplación y amor.

Freud lo utiliza posteriormente para designar a aquélla perversión que ha acaparado totalmente la vida sexual del sujeto.

Narcisismo primario fué el nombre que utilizó para designar las características principales de la demencia precoz, en cuanto a su desarrollo libidinal. Esto se produce de la forma siguiente:

"Estos enfermos muestran dos características principales: la manía de grandeza y la falta de todo interés por el mundo exterior (personas y cosas)".

El histérico ó el neurótico obsesivo pierden en cierta manera su relación con la realidad; sin embargo, no han roto su relación erótica con las personas y las cosas. La conservan en su fantasía, lo cual quiere decir que han suplido sus objetos reales por unos imaginarios, ó bien, se encuentran mezclados con éstos.

El paciente esquizofrénico (parafrénico) se conduce muy diferentemente: parece haber retirado totalmente la libido de las personas y las cosas con las cuales anteriormente tenía relación, sin haberlas sustituido por otras en su fantasía.

Ocasionalmente podemos encontrar una búsqueda ó intento de efectuar tal sustitución; nos encontramos entonces con un intento de restitución por parte del enfermo, empleando - los residuos sanos que aún conserva, dirigiendo su libido hacia el objeto.

Lo que ha sucedido en el fenómeno del Narcisismo, es - que la libido, retirada de los objetos circundantes, se re - trae al yo, en el cual se concentra.

Posteriormente, Freud se ve en la necesidad de distinguir entre un narcisismo primario y el narcisismo secundario.

Los casos anteriormente descritos de pacientes esquizofrénicos, se refieren a ciertos estados de megalomanía; pero dichos estados no son nuevos para el enfermo, sino que se generan sobre la base de un estado anteriormente existente. Por eso, sería mejor denominar esta segunda retracción de la libido del yo, bajo el nombre de narcisismo secundario.

Este estado de narcisismo anterior, es aquél en el - cual se encuentra el niño pequeño. La vida anímica infantil y primitiva muestra, en efecto, ciertos rasgos que si se presentaran aislados habrían de ser atribuidos a la megalomanía: una hiperestimación del poder de sus deseos y de sus actos mentales, la "omnipotencia de las ideas", una fé en la fuerza mágica de las palabras y una técnica contra el mundo exterior, la "magia" que se nos muestra como una aplicación-consecuente de tales premisas megalómanas.

Esta carga libidinal, a lo largo del tiempo, va siendo aprendida a ser depositada en objetos externos, cada vez más diferenciados del yo, a medida que el desarrollo psicológi-

co avanza. No obstante, este estado primario permanece como un telón de fondo sobre el cual se va construyendo un nuevo escenario, pero al cual se regresa en momentos críticos de desajuste mental en los cuales se produce la retracción de la libido, nuevamente al núcleo central del yo.

Así, las observaciones básicas refieren que existen dos estados diametralmente opuestos en cuanto a las relaciones libidinales del sujeto: por un lado, se encuentra la libido del yo, y por la otra, la libido objetal.

La libido del yo, por lo tanto, se puede localizar en dos situaciones: el narcisismo primario (retracción natural de la libido infantil hacia el yo) y narcisismo secundario (retracción de la libido al yo, debido a una represión patológica aparentemente superada).

La pregunta siguiente sería: porqué la vida anímica se ve presionada a depositar su libido en objetos exteriores, - siendo que el yo (durante el estado narcisista) goza de toda carga libidinal?

Lo que sucede entonces es que el incremento consecutivo de la carga libidinal llega a ser exceso y a desbordarse en los límites del yo; es decir: un intenso egoísmo ya insostenible conduce a un estado enfermo; luego entonces, el yo tiene que invertir a objetos del mundo exterior de la sobrecarga libidinal, para evitar la enfermedad. El problema reside en que "hemos de comenzar a amar para no enfermarnos, y enfermamos en cuanto una frustración nos impide amar". (B. 15, Pág. 2024)

Situación cotidiana en la que se puede observar la existencia de este narcisismo primario latente, es la situación erótica humana.

Todo individuo se encuentra en la situación de elegir el objeto de relación, en base a cualquiera de estas dos posibilidades: él mismo y la mujer nutriz.

Este primer caso puede darse en personas cuya libido ha sufrido alguna perturbación, como en los perversos y los homosexuales, que eligen su ulterior objeto erótico conforme a su propia imagen. (B. 15 Pág.2025)

Se presupone así, el narcisismo primario en toda persona, que eventualmente se manifestará en su elección de objeto.

Todos estos descubrimientos de Freud acerca del narcisismo primario y secundario, (estado francamente declarado en las psicosis), es lo que condujo al mismo a pensar que el tratamiento psicoanalítico con pacientes de este tipo, se veía seriamente perturbado por este problema. No existiría posibilidad alguna de establecer vínculos transferenciales con personas que tienen totalmente retraídas sus cargas libidinales hacia un centro yoico; es decir, sería imposible establecer una relación objetal de estos pacientes hacia el psicoanálisis, ya que retiran toda su libido de los objetos exteriores. (B. 15 Pág.2017)

En la actualidad se piensa que sí es posible establecer relaciones de objeto con este tipo de paciente, pero no bajo un contexto de absoluta realidad. Sería necesario entrar al mundo interno con el cual sí establecen relación, para poder llevarlo a cabo.

Las alucinaciones, los delirios, los simbolismos, neologismos, estereotipias y otros síntomas esquizofrénicos, -

son considerados como un intento desesperado del enfermo por recobrar sus lazos de relación objetal; sólo que en su imposibilidad de hacerlo en forma real y total, lo tratan de hacer bajo una forma simbólica, disfrazada y aparentemente incoherente. Es como si trataran de hablar en un lenguaje predestinado a que nadie lo comprenda, para seguir evitando así la relación objetal.

Estos enfermos se encuentran ante la contrapartida de que , por un lado, no pueden establecer una relación objetal que desean, por lo tanto sufren; por otro lado, tienen que retraer la libido del objeto peligroso, lo que al mismo tiempo desborda al yo de dicha carga ya intolerable, lo cual los lleva a vivir en un mundo imaginario, caótico, sufriente, solo y desesperado.

Si el analista trata de comprender todo este mundo de encubrimientos y logra comunicarse con el paciente mediante comprensión, el paciente puede establecer un vínculo, aunque muy rudimentario.

El tratamiento psicoanalítico consistiría en reformar mediante este lenguaje simbólico y aparentemente incoherente (ya que guarda una coherencia y significado interno), las frustraciones recibidas durante sus intentos de relación libidinal.

NARCISISMO PRIMARIO.

Una contribución de Michael Balint.

Ya que Freud estableció por más de una vez la existencia de un narcisismo primario y un narcisismo secundario, será necesario anotar la contribución de Michael Balint al respecto, ya que dicho autor realiza un análisis crítico acerca de la veracidad clínica de tales postulados.

En este estudio, Balint observa que Freud realizó afirmaciones contradictorias acerca del narcisismo primario.

Afirma severamente que lo que Freud denominó narcisismo primario ó absoluto, es una mera hipótesis y no una observación clínica, mientras que el narcisismo secundario es un hecho que puede observarse clínicamente (B. 5, Pág.5).

"Las observaciones en las que Freud y después de él los teóricos basaron las hipótesis del narcisismo primario, prueban solamente la existencia del narcisismo secundario."

"Puede adaptarse a ellas una teoría del narcisismo primario, pero no puede deducirse de las mismas" (B.5 Pág.-10)

Inicialmente, ("Esquemas del Psicoanálisis") Freud afirmaba que el yo era donde inicialmente se almacenaba toda la libido, denominando a este estado de cosas narcisismo absoluto y primario. Posteriormente señala ("El yo y el superyó") , que el ello debería verse como el gran depósito de libido del cual, toda aquella libido que fluye hacia el yo debido a los procesos de identificación e introyección, traería como consecuencia la formación del narcisismo secundario.

Este concepto es reafirmado también por su afirmación: "Muy en los comienzos, toda la libido se acumula en el ello, - en tanto que el yo está aún en proceso de formación , ó por lo menos, está lejos de ser fuerte. El ello vierte parte de esta libido en catexias eróticas objetales, en tanto que el yo, que ya es más fuerte, intenta apropiarse de esta libido-objetal, y trata de imponerse al ello como objeto amoroso. El narcisismo del yo es secundario como puede verse, y se adquiere por retiro de la libido objetal" (B.5, Pág. 6)

Como observa Balint, esta palpable contradicción deja muy clara la formación y el papel del narcisismo secundario, no sucediendo lo mismo con el narcisismo primario, ya que de ja sin resolver qué es lo cargado de catexis por dicho perío do, aún cuando se definiera al ello como el origen del narci sismo primario.

Por lo tanto, si se acepta con Freud la conclusión de que el yo se desarrolla gradualmente por un proceso de maduración, su catexia debe desarrollarse a un paso similar; en otras palabras, no puede ser primaria. El ello resultaría - tan sólo una fuente de abastecimiento ó un gran almacén de la libido inicial, siendo aquélla catexia libidinal que inva de al yo, un proceso secundario en la que el yo sustrae la - libido cargada anteriormente en objetos externos.

Así, el ello es la fuente, incluso el depósito de la - libido, pero no es su objeto primario. (B. 5 Pág. 8)

Entre los enfoques que analiza Freud para lograr un me jo r conocimiento del narcisismo, se encuentran procesos tales como las enfermedades orgánicas, la hipocondria, las diversas sobrevaloraciones psicóticas, la vida erótica de los sexos, el sueño , y observaciones de niños ex-infantes.

Acerca de las enfermedades orgánicas y la hipocondria, Balint no bosqueja la menor duda de que se trate de un narcisismo secundario, ya que se trata de libido extraída de los objetos . (B. 5 Pág.10)

En cuanto a la homosexualidad y la vida erótica de los sexos, se encuentra siempre el caso de narcisismo secundario.

En la homosexualidad, nos encontramos con el caso del sujeto que, habiendo vivido en un período temprano de su infancia una fijación con una mujer (generalmente la madre), -tienden a identificarse con esta mujer y a elegirse a sí mismos como objeto sexual, de la misma forma en que la madre los amó a ellos. Se trata evidentemente de la depositación -previa a la retracción de la libido objetal en dicho objeto de fijación, el cual es posteriormente introyectado mediante la identificación.

Acerca de la megalomanía e idealización psicótica, debido a sobrevaloraciones irreales, Balint da una resolución-absoluta a favor del narcisismo secundario, ya que cualquier formación del idel del yo, comienza por la internalización -de algo 'derivado de' y 'modelado en' objetos externos, habitualmente figuras parentales; a este proceso le conocemos -por el nombre de introyección, la cual se realiza únicamente con los objetos cargados fuertemente con libido, la cual es-retraída al yo al ser introyectados, con lo cual se afirma -nuevamente el narcisismo secundario.

Lo mismo argumenta Balint acerca del sentimiento infantil de omnipotencia, la cual (según nuestro autor), sólo -

surge ante la frustración, debido al desesperado intento de defenderse contra una sofocante sensación de impotencia.

En cuanto al fenómeno del sueño, Freud mostró que tiene una gran cantidad de características primitivas, que el sueño profundo y especialmente sin imágenes, era el más cercano a un estado de narcisismo primario. Ante esto Balint propone que el narcisismo primario no es una respuesta del todo satisfactoria, ya que todo durmiente no duerme solo, sino que lo hace con un objeto introyectado (probablemente el seno materno) : "El ser humano no nació del todo; todas las noches gasta, yendo a la cama, la mitad de su vida en el seno materno" (Freud, conferencias preliminares)

Kanzer lo dice de esta forma: "El sueño no es un fenómeno de narcisismo primario, sino más bien secundario, por lo menos después de la primera infancia, y la persona que duerme, comparte sus sueños con un objeto introyectado".

En cuanto al caso de enfermos psicóticos, Freud afirmó que: "La esquizofrenia es probablemente el estado de narcisismo primario al que finalmente retorna la 'dementia praecox'".

A este respecto, veremos que el esquizofrénico fué durante mucho tiempo considerado como inaccesible al tratamiento psicoanalítico, debido a su incapacidad para establecer vínculos transferenciales (debido a su profundo estado narcisista).

Ante esto, Balint dice que los esquizofrénicos dan la impresión de que se retiran del mundo exterior, la cual sólo

parcialmente verdadera, ya que se retiran del mundo de las relaciones normales, pero son capaces de otro tipo de relación. El esquizofrénico no está solo, ni cerrado herméticamente en un estado narcisista primario en el cual no pueda establecer catexia alguna con objetos externos. A través de las observaciones clínicas vemos que se trata de personas que dependen mucho más de su medio que el supuestamente normal ó neurótico. (B.5, Pág.15)

Dependen intensamente del analista y de sus vínculos parentales, especial y generalmente, de una madre acaparadora y nulificante.

Por lo general, la gente narcisista sólo da una apariencia de ser totalmente independiente y autónoma, así como de no poder amar a nadie más que a sí mismos; pero esto es sólo una impresión exterior. Generalmente, la gente narcisista es incapáz de vivir sola y de ser autosuficiente. Son inestables e inseguros, se ofenden fácilmente y el resentimiento perdura excesivamente. La gente narcisista es rara vez capáz de vivir sola, y lo hacen por lo general con un doble separado de sí mismos.

Todo ésto requiere cierto nivel de relación ó de carga preliminar de objetos, con lo cual se sugiere que su retracción narcisística es secundaria, subsiguiente a la frustración.

Quedan finalmente aclarados todos estos estados narcisistas, como casos de narcisismo secundario, dejando el narcisismo primario, como un campo hipotético de formulaciones meramente teóricas.-

LA REGRESION

Puede definirse la regresión, como el movimiento de retroceso de la libido, al remontar su camino anterior de evolución hasta determinado punto-proceso que aparece en formas características y en tipos especiales de enfermedad mental.

Este retroceso se efectúa hasta los puntos de fijación libidinal existentes en las fases del desarrollo psicosexual, diferentes para cada individuo. Es necesario recordar ahora el concepto de series complementarias de Freud, según el cual, la segunda de estas series corresponde a esta etapa de desarrollo del infante en la cual cualquier alteración del desarrollo normal, tales como excesiva frustración ó gratificación en cualquiera de las fases de desarrollo psicosexual (oral , anal, fálica, etc) dejará grabado un punto de "fijación", al cual, en situaciones futuras de ansiedad, frustración, y conflicto intolerables para el yo, (estímulo desencadenante de la tercera serie complementaria), regresará a manera de mecanismo de defensa.

Aunque una regresión a fases muy primitivas de desarrollo puede catalogarse de patológica, se puede afirmar también que para cualquier individuo normal, la vida libidinal se integra genitalmente sin que las fases anteriores desaparezcan del todo.

Luego entonces, cabe citar las diferentes clasificaciones de regresión: en uno de sus trabajos, el Dr. Peter Blos señala que existen dos tipos de regresión: una regresión al servicio del yo y por lo tanto de crecimiento, y una regresión patológica; en ésta última existe necesariamente una defusión de los instintos con predominancia del instinto a

gresivo, reactivándose las imagos infantiles.

Otto Fenichel distingue dos tipos de regresión: regresión de formas adultas a formas infantiles de sexualidad, - prerequisite de las neurosis, y regresión al narcisismo primario ó a la etapa del desarrollo anterior a la diferenciación final del yo y del ello; esta regresión, la más profunda, significa la reedición del más antiguo de todos los - tipos de defensa: el bloqueo del yo.

Estas formas de regresión significan un proceso claro de los fenómenos psicóticos.

Por otra parte, el Dr. Antonio Mendizábal establece dos tipos de regresión que pueden sucitarse dentro del marco del análisis. Estos son: "Regresión proceso", la cual se caracteriza por tener un punto de partida, un desarrollo hasta - llegar a un máximo retroceso diferente para cada paciente y una reversión hasta alcanzar el grado óptimo de avance, que significaría la genitalidad, la madurez emocional y la disolución del proceso regresivo en la relación con el analista.

El otro tipo de regresión, la "Regresión defensa", es de existencia más corta y removible mediante las interpretaciones que elaboren las angustias recién adquiridas en relación con objetos fuera del análisis, con objetos internos y con el analista.

Factores causales de la fijación y la regresión.-

Hemos hablado anteriormente de las diferentes etapas de desarrollo libidinal, tales como la etapa oral, anal, fá-

lica, de latencia y genital.

Hemos dicho también que las vicisitudes de la libido-- están en función de la forma en que el sujeto atraviesa por esas diferentes etapas; es importante subrayar también, que este desarrollo no puede comprenderse sin referirlo a sentimientos de ansiedad y a impulsos provocadores de ansiedad. - Por tanto, una fijación puede entenderse en parte como una - defensa contra la ansiedad; de esta forma, el placer libidinal (oral, anal, genital) puede utilizarse como defensa de este tipo.

Por un lado, la ansiedad puede ser productiva en el desarrollo, ya que en circunstancias favorables y en forma tolerable, sirve para incrementar el deseo, actuando como agujón.

La contraparte existe cuando la ansiedad, al surgir de la agresión, provoca impulsos destructivos intensos creando los mencionados puntos de fijación. Cuando el yo tiene que estar luchando continuamente y en forma ardua contra dichos impulsos y contra su ansiedad, su desarrollo libidinal no puede transcurrir a etapas posteriores de desarrollo y por lo tanto, se dificulta considerablemente el concluir en la genitalidad.

Esto hace al fin genital precario, y a la regresión, - un suceso tanto más probable si la frustración en el nivel genital evoca más ansiedad con la consiguiente agresión y odio adicional. En sí, es la frustración la que inicia la regresión, no sólo por estancamiento, sino también porque e-

voca odio y agresión con la consiguiente ansiedad, los cuales reactivan el sadismo pregenital apenas superado, y esto a su vez hace retroceder a la libido a formas anteriores, para neutralizar las fuerzas destructivas nuevamente en acción, actuando así como defensa.

En la regresión, es experimentada una violenta ansiedad, producto de lo explicado anteriormente, y del horror con el que el yo reacciona al ser enfrentado con los impulsos y fantasías de una etapa de la que ya había salido.

Se producen además, un derrumbe de las sublimaciones y las modificaciones que sufrieron los instintos destructivos en el curso del desarrollo.

El estado patológico surge cuando la libido es incapáz de contrarrestar los impulsos agresivos y destructivos liberados por la frustración.

Otro elemento de la regresión, es que pueden interferirse los fines reparatorios, ya que se produce además un exceso del sentimiento de culpabilidad, aunado a los impulsos destructivos del ello. Cierta grado de culpa y ansiedad estimula la reparación y la sublimación, pero la suma excesiva que se da en este tipo de regresión patológica, resulta paralizante.

En cuanto a la regresión que define Otto Fenichel como regresión al narcisismo primario, cabe citar las palabras de Freud: "La libido que se despega de los objetos es transferida a la libido del yo, aumentando de esta forma el narcisismo primario, luego entonces concluiríamos con que la-

regresión y el narcisismo son fenómenos íntimamente conectados, siendo que el narcisismo está ligado a la relación del sujeto con sus objetos internos.

En cuanto a esta relación de objeto en niveles muy profundos de regresión, el Dr. G. Quevedo afirma la siguiente:

"Las regresiones objetales en pacientes con características de fijación a la etapa esquizo-paranoide (ver apartado de Melanie Klein) y cuyo monto de ansiedad es lo suficientemente intenso para motivarles una regresión a la etapa fetal, tienen características especiales."

"Las relaciones mágicas de su mundo interno, que se han intensificado en proporción a las tenidas con el mundo externo, se proyectan con todos sus atributos a los objetos-reales, confiriéndoles características cualitativas de los objetos ideales y configurando una conducta de aparente buena relación objetal externa."

LA REGRESION EN EL ADOLESCENTE Y SUS IMPULSOS AGRESIVOS.

Todo individuo que atraviesa por la etapa de la adolescencia, atraviesa por una etapa crítica tanto biológica como psicológica. Esta crisis implica desarrollo muscular importante, mayor productividad hormonal, caracteres sexuales secundarios que comienzan a aparecer, y aumento franco del deseo sexual en cuanto a la crisis biológica que se presenta violentamente, y conflictos internos, inseguridad ontológica y estímulos avasalladores del medio ambiente, en cuanto a la crisis psicológica vivencial.

Plantea el Dr. Peter Blos, que todo adolescente vive, por tales circunstancias generadoras de ansiedad, fenómenos regresivos constantes. Mientras el adolescente, al ir hacia sus objetos internos, los maneje en forma ideal de la misma forma que al mundo exterior y, mientras pueda llevar a cabo una adecuada identificación, quizá por medio de una reintroyección posterior, con los objetos ideales, padres, sociedad, personajes destacados, etc., podrá poner la crisis de la adolescencia al servicio del yo, y pasar así a la madurez adulta.

Surge entonces la pregunta: Si existe una crisis "normal" en el adolescente y que conlleva hacia el proceso de crecimiento ... ¿Qué será lo que determine una crisis que derive hacia la patología? ¿Qué situación específica determinará que la regresión sea profunda ó patológica?

Esto dependerá de que, tanto la etapa esquizo-paranoi

de como la depresiva hayan sido vividas a su vez, de forma-- patológica, sin haber logrado una resolución adecuada y sana de ellas, lo cual las determina como crisis que pueden repetirse en un proceso de profunda regresión, ante el obstáculo presente ó vicisitudes evolutivas posteriores.

Es decir: cuando el adolescente vive la incorporación de sus cambios corporales, de su imagen corporal, aunado a los cambios físicos, psíquicos y sociales, primero como una persecución y desintegración que le permita discriminarse de buenos ó malos, para llevarlos después por los caminos de la culpa, reparación, síntesis e integración de la posición depresiva, podrá integrarlos en la madurez, a la cual pasará con una mayor fortaleza yoica.

Si, por el contrario, las fijaciones han sido muy intensas y el yo no ha tenido probabilidad de integración y desarrollo adecuados, la adolescencia se presentará como una etapa cargada de crisis que promuevan regresiones profundas, las cuales traspasarán el nivel de crecimiento, para conducir al sujeto a una regresión patológica (en las palabras de Peter Blos) ó regresión al narcisismo primario ó a la etapa del desarrollo anterior a la diferenciación final del yo y del ello (en las palabras de Otto Fenichel) lo cual significa un proceso claro del campo de las psicosis esquizofrénicas.

Finalmente, se puede afirmar que depende de las áreas libres de conflicto primaria ó secundariamente, lo que le va a dar al dolescente la posibilidad de salvar su crisis y pasar a la etapa siguiente de madurez con éxito.

Si los conflictos que sabe manejar son intensos, semejante será el uso de la regresión, la cual estará al servicio del yo con fines integrativos; pero si los conflictos que no sabe manejar son muchos y agudos, de ninguna manera saldrá hacia la madurez libre de enfermedad.

A todo esto, será pertinente aumentar, dada nuestra época, que todo este proceso es aún mayormente dificultado por las exigencias sociales que se ponen cada vez más super^uyoicas, en la que los padres también contribuyen a elaborar este crecimiento de sus hijos y de los adolescentes en general, siendo víctimas de sus propios procesos esquizoparanoides y depresivos, es decir: persiguiéndose, negándose, escindiéndose, disociándose, rivalizando, atacando fuera y dentro los cambios habidos, comprendiendo y deprimiéndose, para finalmente integrarlos (a los hijos) como algo suyo.

En cuanto a la consideración del mecanismo regresivo-como defensa, en la cual se supone que el yo agobiado, regresa a los niveles en que sí pudo manejar ciertas situaciones ó aquéllas en que sufrió profundamente impactos por sus fijaciones (de acuerdo a Freud) , podríamos considerar que el adolescente en crisis, tiene la oportunidad de regresar, de desprenderse de sus objetos primitivos a los que está unido ó sometido por técnicas de relación de objeto, también primitivas.

Es decir, que la única forma de progresión existente es el conflicto y, por lo tanto, la regresión (independientemente del grado y modalidades de ésta).

Que el conflicto es fuente de elaboración y de regresión y así, de avance hacia la maduración, es la sentencia que podríamos resumir como producto de este apartado.

Así, el psicoanálisis con adolescentes tomaría muy en cuenta las posibilidades de éxito en relación a las posibilidades de generar una "regresión proceso" en la cual se pueda brindar al adolescente la oportunidad de elaborar su conflicto, abandonando sus anteriores relaciones objetales y abriendo la posibilidad de un nuevo y más maduro estilo de relación de objeto.

2) SEGUIDORES DE SIGMUND FREUD.

A) ESCUELA INGLESA

"Hemos herido a la serpiente, pero no la hemos matado. Volverá a acometernos mientras estemos cerca de sus dientes." "¡Húndase la tierra, arda el universo antes que yo coma ni duerma en medio de tales espantos nocturnos; ¡Ojalá estuviera yo con mis víctimas más bien que entregado a la totura de mis pensamientos!"

W. Shakespeare, Macbeth .

MELANIE KLEIN

Veremos a continuación, los principales conceptos de una de las más importantes seguidoras de S. Freud: Melanie Klein, incluyendo su contribución primordial: la postulación de dos etapas básicas en el desarrollo infantil, la etapa esquizoparanoide y la etapa depresiva.

Según Hanna Segal, es importante aclarar antes que nada el concepto en psicoanálisis de las fantasías inconscientes, ya que es un material que se encuentra implícito en el funcionamiento psíquico de la mente inconsciente.

En este caso, la fantasía es la forma de percepción interna ó inconsciente de las relaciones con el objeto; por medio de ella es que el infante, en sus primeros meses de vida, establece las vicisitudes de su mundo interno.

Así, cuando Freud habla de la existencia de un super-yó, se refiere a la introyección (en la fantasía) de una figura-parental (fantaseada), distorsionada por las proyecciones - mismas del niño; esto quiere decir que la fantasía no corresponde precisamente a la realidad, sino en gran parte, está - determinada por nuestras mismas fuerzas impulsivas ó instintivas, distorsionando dicha realidad.

Este es un concepto básico para comprender la dinámica de las posiciones que describiré, en palabras de Hanna Segal a continuación.

Desde los inicios de vida, el yo es capaz de sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales, lo cual no significa que esté bien organizado; al principio el yo está muy desorganizado, pero de acuerdo - con la orientación general del crecimiento fisiológico y psicológico, tiene desde el comienzo la tendencia a integrarse.

A veces, bajo el impacto del instinto de muerte y de una ansiedad intolerable, esta tendencia pierde toda efectividad y se produce una desintegración defensiva.

El yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento, a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los - instintos (instinto de vida e instinto de muerte). Está también inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa, que le produce situaciones de ansiedad, (por ejemplo, el - trauma de nacimiento) pero también le da vida, calor, amor y alimento provenientes de la madre. Cuando se ve enfrentado - con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el yo - lo deflexiona; esta deflexión consiste en parte en una pro - yección, y en parte en la conversión del instinto de muerte-

en agresión.

El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho.

Es así como el pecho -al que se siente conteniendo gran parte del instinto de muerte-, llega a experienciarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución.

De este modo, el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. A menudo se siente que la intrusión de dicho instinto en el pecho, escinde a éste en muchos pedazos, de manera que el yo se encuentra ante multitud de perseguidores. Parte del instinto de muerte que queda en el yo, se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores.

Al mismo tiempo, se establece una relación con el objeto ideal. Así como se proyecta fuera el instinto de muerte, a fin de evitar la ansiedad que surge de contenerlo, así también se proyecta la libido, a fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del yo a conservar la vida.

El yo proyecta parte de ella fuera, y la restante la utiliza para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal.

De este modo, muy pronto el yo tiene relación con dos objetos: el objeto primario, el pecho, está en esta etapa disociado en dos partes, el pecho ideal y el persecutorio.

La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificantes de ser amado y amamantado por la madre externa real, que a su vez confirman dicha fantasía.

En forma similar, la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios. El objetivo del bebé, es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, e identificarse con éste, que es para él, quien le da vida y protege, y así mantener fuera el objeto malo y las partes del yo que contienen el instinto de muerte.

La ansiedad predominante de la posición esquizoparanoide, es que el objeto ó objetos persecutorios se introducirán en el yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al yo.

Estas características de la ansiedad y de las relaciones objetales experimentadas durante esta fase del desarrollo, llevaron a M. Klein a denominarla posición esquizo-paranoide, ya que la ansiedad predominante es paranoide, y el estado del yo y de sus objetos, se caracteriza por la escisión, que es esquizoide.

Contra la abrumadora ansiedad de ser aniquilado, el yo desarrolla una serie de mecanismos defensivos, siendo probablemente el primero, el uso defensivo de la introyección y de la proyección.

El yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectarlo malo, pero no es ésta la única forma en que se utilizan la

introyección y la proyección. Hay situaciones en que se proyecta lo bueno para mantenerlo a salvo de lo que se siente como abrumadora maldad interna, y situaciones en que se introyectan los perseguidores, e incluso se hace una identificación con ellos, en un intento de controlarlos.

Ahora bien, de la proyección original del instinto de muerte, surge otro mecanismo de defensa, extremadamente importante durante esta fase del desarrollo: la identificación proyectiva. En ésta se escinden y apartan partes del yo y objetos internos, y se los proyecta en el objeto externo, que queda entonces poseído y controlado por las partes proyectadas, e identificado con ellas.

Este mecanismo defensivo tiene múltiples propósitos: se le puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar la separación, ó hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro.

La identificación proyectiva comienza en cuanto se instala la posición esquizoparanoide en relación con el pecho, pero persiste y muy a menudo se intensifica, cuando se percibe a la madre como objeto total, y penetra en todo su cuerpo.

Cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación e identificación proyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad, y ésta invade al yo, puede surgir la desintegración del yo como medida defensiva. El yo se fragmenta y se escinde en pedacitos para evitar la expe -

riencia de la ansiedad; es así que la desintegración es el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de la ansiedad. A fin de no sufrirla, el yo hace lo que puede por no existir, intento que origina una aguda ansiedad específica: la de hacerse pedazos y quedar pulverizado.

Para que la posición esquizoparanoide dé lugar, en forma gradual y relativamente no perturbada al siguiente paso del desarrollo (la posición depresiva), es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas, lo cual depende de tanto de factores internos como externos.

Si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo, (aunado a sus propios objetos malos); se puede identificar cada vez más con su objeto ideal, y gracias a ésta identificación y también al crecimiento fisiológico de su yo, siente que éste se va fortificando y capacitando para defenderse a sí mismo y al objeto ideal; sus propios impulsos malos le asustan menos y se vé entonces menos compelido a proyectarlos fuera.

Al disminuir la proyección de los impulsos malos, disminuye también el poder atribuido al objeto malo, mientras que el yo se fortifica, pues la proyección lo empobrece menos.

Pero, cuando los procesos integradores se hacen más estables y continuos, surge una nueva fase del desarrollo: la posición depresiva

Melanie Klein definió la posición depresiva, como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto.

Todos los que rodean al bebé perciben en él un cambio, y lo consideran un progreso enorme (advienten y comentan que ahora el bebé reconocer a su madre). Comienzan a percatarse de que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho ó madre buena, y de un pecho ó madre mala, sino de la misma madre que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo.

Este reconocimiento de la madre como persona total, tiene muchas consecuencias y abre un mundo de experiencias nuevas. Reconocer a la madre como persona total, significa también reconocerla como individuo, con una vida propia y con sus propias realizaciones con otras personas.

El bebé descubre cuán desamparado está, cuánto depende de ella y cómo le provocan celos los demás.

Al disminuir los procesos proyectivos e integrarse más-el yo, se distorsionad menos la percepción de los objetos, de modo que el objeto malo y el objeto ideal se aproximan uno al otro.

Al mismo tiempo, la introyección de un objeto cada vez-más total, estimula la integración del yo.

Al percibir a la madre como objeto total, el bebé puede recordarla, ó sea, recordar gratificaciones anteriores en momentos en que la madre parece frustrarlo, y anteriores experiencias de frustración, mientras ella lo está gratificando.

A medida que prosiguen estos procesos de integración, - el bebé reconoce más y más claramente que es una misma persona -él mismo- quien ama y odia a una misma persona -su madre-. Se enfrenta entonces con los conflictos vinculados - con su propia ambivalencia.

En la posición esquizoparanoide, el motivo principal - de la ansiedad, es que el objeto/s malo, llegue a destruir - al yo. En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé, es que sus propios impulsos destructivos hayan destruído ó - lleguen a destruir al objeto amado, de quien depende total - mente .

En la posición depresiva, se intensifican los procesos de introyección; ésto se debe en parte a la disminución de - los mecanismos proyectivos, y en parte, a que el bebé descubre cuánto depende de su objeto, a quien vé ahora como persona independiente, que puede alejarse de él. Esto aumenta su necesidad de poseer éste objeto, de guardarlo dentro de sí, - y si es posible, de protegerlo de su propia destructividad.

El bebé bien integrado, que puede evocar u conservar - su amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia, está - expuesto a nuevos sentimientos poco conocidos durante la po - sición esquizo-paranoide: el duelo y la nostalgia por el ob - jeto bueno, (al que se siente perdido y destruido) y la culpa, una experiencia depresiva típica provocada por el sentimien - to de que perdió a su objeto bueno por su propia destructivi - dad.

En la cúspide de la ambivalencia, puede sobrevenirle al bebé la desesperación depresiva.

La experiencia de depresión, moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto ú objetos destruidos. Anhela compensar los daños que les ocasionó en sus fantasías omnipotentes. Como cree que la destrucción de su objeto se debe a sus propios ataques destructivos (así lo fantasea), cree también que su propio amor y cuidados podrán deshacer los efectos de su agresión.

El fracaso en la reparación, conduce a la desesperación; el éxito, a renovadas esperanzas.

El bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar a sus objetos internos y externos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes.

La posición depresiva marca un progreso crucial en el desarrollo; cambia radicalmente su concepción de la realidad. Al integrarse más su yo, al disminuir sus procesos de proyección y al empezar a percibir su dependencia de un objeto externo, y la ambivalencia de sus propios instintos y fines, - el bebé descubre su propia realidad psíquica. Advierte su propia existencia y la de sus objetos como seres distintos y separados de él.

Advierte sus propios impulsos y fantasías y comienza a distinguir entre fantasía y realidad externa.

El bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las

personas como seres separados, diferenciados.

Puede ahora reconocer como propios sus impulsos, responsabilizarse por ellos y tolerar la culpa.

Si el infante logra superar esta etapa con una buena integración de sus impulsos instintivos, podemos decir que su fuerza yoica está preparada para tolerar otro tipo de experiencias similares, sin irrumpir en un brote patológico.

De otra manera, si la posición esquizo-paranoide no fué librada adecuadamente, (preponderancia de los objetos buenos) la posición depresiva tampoco llegará a sus fines integratorios, lo cual marcará una pauta para la sucesiva patología mental . -

W. R. BION

Expondré a continuación un resumen de las ideas fundamentales de W. R. Bion, concernientes básicamente a la perturbación psicótica, con todas las teorías y esquemas revolucionarios que dicho autor ha planteado al respecto. Sobra decir que W.R. Bion es a la fecha una de las figuras de mayor influencia en el psicoanálisis moderno.

Estos conceptos han sido aclarados y simplificados por León Grinberg, un estudioso de su obra.

LA NATURALEZA DEL PENSAMIENTO

El fenómeno del pensar, es una función de la personalidad que surge de la interacción de varios factores. Bion -- enuncia su teoría de las "funciones", producidas a la vez por una determinada intrincación de "factores", como instrumento de trabajo en la situación analítica.

Entre una de sus grandes aportaciones, figura su teoría de la "función" del pensamiento. Al respecto enuncia dos funciones básicas : la función alfa, y la transformación de los elementos beta.

La "función alfa" incluye los procesos de pensamiento -- tal como se manifiestan en sus productos finales, sean gestos, palabras ó formulaciones más complejas. Esta teoría incluye las hipótesis (factores) que explican cómo se producen estos procesos, y es aplicada al estudio y comprensión de la capaci

dad del pensar y de los trastornos del pensamiento.

La teoría de la función alfa postula la existencia de una función de la personalidad, (denominada función -alfa), que opera sobre las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en elementos -alfa. Estos, a diferencia de las impresiones percibidas, pueden ser utilizados en nuevos procesos de transformación, almacenados, reprimidos, etc.

Los elementos alfa son pues, aquellas impresiones sensoriales y experiencias emocionales transformadas en imágenes -visuales, ó imágenes que respondan a modelos auditivos, olfativos, etc., en el dominio de lo mental; son utilizados para la formación de pensamientos oníricos, el pensar inconsciente de vigilia, sueños y recuerdos.

Todas aquellas impresiones sensoriales y experiencias -emocionales que no pueden ser transformadas se denominan "elementos-beta". Estos elementos no resultan apropiados para --pensar, soñar, recordar ó ejercer funciones intelectuales. - Estos elementos son vividos como cosas-en-sí-mismas y generalmente son evacuados a través de la identificación proyectiva.

Bion propone además el término "barrera de contacto", - para el conjunto formado por la proliferación de elementos-alfa que se adhieren entre sí para marcar el contacto y la separación entre consciente e inconsciente, con un pasaje selectivo de elementos de uno a otro. Esta barrera de contacto, en continuo proceso de formación, cumple las funciones mentales- de dos grupos. De este modo, otorga la capacidad de estar --

dormido ó despierto, consciente ó inconsciente y de tener no ción del pasado y del futuro.

Asímismo, Bion introduce el concepto de "pantalla de elementos beta", que utiliza para explicar aquellos estados mentales en los que no existe diferenciación entre consciente e inconsciente, estar dormido ó despierto. Por analogía con la barrera de contacto, la pantalla beta está formada -- por elementos beta. Estos elementos beta, considerados "cosas-en-sí-mismas", no tienen la capacidad de establecer vínculos entre sí. Por lo tanto, la pantalla beta es producto de la aglomeración de elementos beta más parecida a una aglu tinación que a una integración.

La barrera de contacto es la base de la relación normal con la realidad y el mundo externo e interno, mientras que la pantalla beta constituye la característica del vínculo psicótico.

Esta barrera puede destruirse, en cuyo caso los elementos alfa quedan despojados de sus características y se convierten en elementos beta, a los que se agregan vestigios del yo y del superyó, configurando los "objetos bizarros" (los -- cuales trataré posteriormente).

Los pacientes que presentan serios trastornos en su ca pacidad de pensar son considerados, a la luz de este modelo, -- como poseyendo una función alfa deteriorada o insuficientemente desarrollada, que fracasa en la producción de elementos al fa. En su lugar, predominarán los elementos beta que subya-- cen a la tendencia a las actuaciones y a usar el pensamiento-

concreto, debido a la incapacidad de simbolizar y de hacer abstracciones.

La teoría del pensamiento propuesta por Bion comienza - por plantear la existencia de pensamientos y de un "aparato para pensar". La actividad del pensar que es, en su origen, un procedimiento destinado a librar el psiquismo del exceso de - estímulos que lo abrumaban.

Bajo el término de pensamiento, Bion incluye los pensamientos, las percepciones, las concepciones, los pensamientos-propiamente dichos y los conceptos.

Podemos tomar como ejemplo de relación, para el análisis de los conceptos antes mencionados, la relación madre-hijo (bebé); para Bion, todos los objetos que se necesitan son sentidos como malos, por lo que el bebé, una vez presionado por el hambre, altera su preconcepción innata del pecho, tomando conciencia de su necesidad de él, por lo que es concebido como -- "pecho malo" (M. Klein), del cual siente la necesidad de deshacerse. La experiencia real con el pecho da la oportunidad al bebé de deshacerse de dicha carga, si la madre sirve como contenido a dichos "elementos beta", metabolizándolos y transformándolos en elementos alfa (protección, aceptación, amor, etc)

De este modo, puede decirse que una preconcepción, se ha apareado con una realización, dando origen a una concepción.

En relación con esto último, es necesario destacar que - Bion considera la toleración a la frustración como un factor-innato de la personalidad del bebé y, por lo tanto, de gran --

importancia en el proceso de formación de pensamientos y de la capacidad de pensar.

Frente a la frustración, la personalidad tiene varias opciones. Si la intolerancia a la frustración es grande, la personalidad tiende a evadirse a través de la evacuación de elementos bera, (cosas-en-sí-mismas), mientras que una adecuada tolerancia a la frustración, pone en marcha mecanismos pendientes a modificarla que, en el caso del bebé, resultan en la producción de elementos alfa y pensamientos, que representan a la "cosa-en-sí-misma".

La capacidad de formar pensamientos, dependerá entonces de la capacidad del niño para tolerar la frustración.

Con el término "pensar", Bion designa dos procesos que, en realidad, son diferentes: hay un "pensar", que da origen a los pensamientos, y otros pensar que consiste en usar los pensamientos epistemológicamente preexistentes. Para el funcionamiento de éste último tipo de pensar, es necesaria la diferenciación dentro del psiquismo de un aparato especial para "pensar los pensamientos".

Dos mecanismos principales participan en la formación de dicho aparato: el primero está representado por la relación dinámica entre algo que se proyecta (un contenido), y un objeto que lo contiene (continente). El segundo es el representado por la relación dinámica entre las posiciones esquizoparanoide y depresiva (PS---D); al respecto Bion conceptualiza los momentos de desintegración e integración como un permanente oscilar entre ambas situaciones.

Con la intervención de estos mecanismos, se va formando en la mente del bebé el "aparato para pensar" los pensamientos.

EL INDIVIDUO Y LA PSICOSIS

Bion denomina personalidad psicótica como un funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que tienen sobre el observador el cual coexiste ó alterna siempre con otro estado denominado -- "personalidad no psicótica".

Entre los rasgos destacados de la personalidad psicótica, está la intolerancia a la frustración junto con el predominio - de los impulsos destructivos, que se manifiestan con un odio violento a la realidad tanto interna como externa, odio que se hace extensivo a las partes de la personalidad y elementos psíquicos que sirven para el contacto con dicha realidad y su reconocimiento, a la conciencia y a todas las funciones asociadas con la misma.

La personalidad psicótica se caracteriza, además, por el temor a la aniquilación inminente, lo cual configura el tipo específico de relaciones objetales que tiende a establecer; se -- trata de relaciones precipitadas y prematuras, a la vez que se instalan con tenacidad, son sumamente precarias y frágiles.

El ataque dirigido contra aspectos del self determina -- que las principales actividades mentales, en especial el aparato de percepción, así como sus relaciones con los objetos, aparezcan mutilados y transformados en pequeñas partículas ó frag-

mentos que son expulsados violentamente. Estas partículas así - evacuadas pueden ser experimentadas como poseyendo vida independiente e incontrolada, que amenazan peligrosamente desde afuera. La evacuación de dichas particular se realiza por medio de la -- identificación proyectiva patológica. (Aclarada en el apartado co rrespondiente a la obra de Melanie Klein)

Bion jerarquizó este mecanismo considerándolo como el ori gen de la actividad que luego se expresará como la capacidad de pensar, ya que éste mecanismo actúa intensamente en las primeras épocas de la vida teniendo por función aliviar el yo de las partes malas, preservando partes buenas y protegiéndolo de un mundo interno malo, atacando y destruyendo el objeto, etc.

Por otra parte, Bion describe un tipo de identificación -- proyectiva patológica que tiene lugar en ciertos cuadros psicóti cos ó que es tulizada por la personalidad psicótica, en la que - predominan la envidia y la voracidad. En este caso, la disociación de las partes yoicas dan lugar a una gran cagidad de obje-- tos fragmentados, que son evacuados y proyectados violentamente del objeto. Estos objetos, al ser expulsados por una identifica ción proyectiva patológica, crean una realidad poblada de "obje tos bizarros".

El término de "objeto bizarro" designa el tipo de objetos de los cuales el paciente psicótico se siente rodeado. A través de la identificación proyectiva y del splitting patológico, el - paciente intenta no sólo liberarse del objeto, dino también de - todas las funciones yoicas que corresponden al incipiente princi pio de la realidad (pensamientos primitivos, consciencia, aten-- ción, juicio), en especial, de aquellos elementos que tienen la-

función de vincular.

Estas partículas de función yoica, evacuadas con violencia, penetran y enquistan los objetos reales, poseyéndolos. Este objeto poseído ataca a su vez la parte de la personalidad proyectada, despojándola de vitalidad. El resultado será un "objeto bizarro", que está compuesto por una parte de la personalidad y partes del objeto que mantienen entre sí una relación contenido-continente que despoja de vitalidad y significado a ambos. La partícula de personalidad se ha transformado en una "cosa".

En términos de la teoría del desarrollo del pensamiento, el objeto bizarro está formado por partículas de elementos beta, más restos del yo, del superyó y de objetos externos.

Bion afirma que la parte psicótica de la personalidad -- tiene ubicado en el mundo real lo que la persona no psicótica ha reprimido; su inconsciente parece haberse reemplazado por un mundo de "objetos bizarros". El paciente se vé obligado a utilizar este moblaje, en vez de utilizar lo que en la personalidad no psicótica serían los pensamientos.

En síntesis, Bion afirma que el factor central que diferencia la personalidad psicótica de la no psicótica, si es -- que es posible aislar tal factor, es el ataque sádico al yo y a la matriz del pensamiento, junto con la identificación proyectiva de los fragmentos que tienen lugar en el comienzo de la vida del sujeto.

La personalidad psicótica, a partir de este punto, difiere más y más de la no psicótica; la primera no evoluciona mientras que la segunda sí.

En la personalidad psicótica, el ataque se va repitiendo y complejizando, no hay síntesis posible, sino aglomeración; - la identificación proyectiva, así como el splitting, son usados como sustitutos de la represión; los sentimientos envidiosos y crueles hacen que los procesos de incorporación de objetos (objetos bizarros en este caso) se den como una "identificación proyectiva de reverso", es decir, que los objetos vuelven por la misma vía por la que fueron expulsados, y con tanta o mayor hostilidad.

Finalmente, para comprender cómo se instala la personalidad psicótica, es necesario considerar una disposición congénita, un sentimiento de envidia y una disposición destructiva -- primaria, así como también la relación con una madre que ha sido incapaz de realizar su función de recibir, contener y modificar las violentas emociones proyectadas por el niño.

D. W. WINNICOTT

D. W. Winnicott ha contribuido con la teoría psicoanalítica enunciando una nueva teoría de los lugares psíquicos, -- que resulta diferente a las aportaciones de S. Freud y M. Klein

Estudia la dinámica de la psicología infantil apoyando su tesis en una concepción del juego, capacidad en la cual se puede crear un espacio intermedio entre lo que está afuera y adentro del individuo.

Crea su concepto de "objetos transicionales" y "fenómenos transicionales", mediante los cuales designa la zona intermedia de experiencia, entre el erotismo oral del bebé y la verdadera relación de objeto del mismo, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado. (B61 Pág. 18).

Si observamos la secuencia de conductas del recién nacido durante un período de tiempo que abarque alrededor de los 5 primeros años, podremos ver una amplia variación en dicha secuencia de hechos que empieza con las primeras actividades de introducción del pulgar ó otros dedos en la boca por el recién nacido, y que a la larga lleva al apego a un osito, una muñeca ó un juguete blando ó duro.

Con esto se pretende establecer que, cada individuo que ha llegado a conformarse como una unidad, con un perímetro que le limita, se relaciona tanto con un exterior como con un interior ó realidad interna; pero es necesario una triple exposi--

ción: la de la tercera parte de la vida de un ser humano, una parte de la cual no podemos hacer caso omiso, es decir, una zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen tanto la -- realidad interior y la vida exterior. (B61 Pág.19)

Winnicott pretende estudiar con este concepto, no al primer objeto de las relaciones de objeto del infante, sino a la primera posesión, y a la zona intermedia entre lo subjetivo y lo que se percibe en forma objetiva.

Con respecto a dicho objeto de posesión, se pueden estudiar las siguientes características:

- 1.- La naturaleza del objeto
- 2.- La capacidad del niño para reconocer el objeto como un "no-yo".
- 3.- La ubicación del objeto, ya sea fuera, adentro ó - en el límite.
- 4.- La capacidad del niño para crear, idear, imaginar, producir, originar un objeto.
- 5.- La iniciación de un tipo afectuoso de relación objeto.

Winnicott hace un estudio acerca de la ilusión, el cual resulta pertinente al considerar que el niño se encuentra en - un estado intermedio entre su incapacidad para reconocer y --- aceptar la realidad, y su creciente capacidad para hacerlo. Es por medio de este estudio que se puede situar el desarrollo infantil en cualquiera de los puntos de esta escala transicional.

El niño elabora, en todo este proceso ilusorio, una capacidad evolutiva de manipulación de objetos no-yo (ya sea una --frazada, un juguete específico, etc.) proceso que va acompañado de pensamientos y fantasías, denominándolas Winnicott "fenóme--nos transicionales".

Hay un momento en todo bebé, en que empiezan a surgir fe--nómenos especiales, tales como la punta de un edredón, una pala--bra ó una melodía, que llegan a adquirir una importancia vital--para el bebé en el momento de disponerse a dormir, y que es una defensa contra la ansiedad, en especial contra la de tipo depre--sivo.

En cuanto el niño encuentra algún objeto que le sirva pa--ra tales fines, se convierte en lo que Winnicott llama objeto -transicional. Los padres llegan a conocer su valor y lo llevan consigo cuando viajan; el niño lo usa como amuleto y no le im--porta que se rompa, ensucie ó maltrate demasiado. Los padres -comprenden que si lo renuevan o lavan, rompen la continuidad de la experiencia del bebé, lo cual puede destruir la significa---ción y el valor del objeto para éste.

En muchas ocasiones, el objeto transicional se encuentra--ubicado en la madre misma, ó bien, el bebé se encuentra tan per--turbado en su estado emocional, que no le resulta posible gozar del estado de transición. (B61 Pág. 21)

Esta primera posesión se usa junto con técnicas especia--les derivadas de la primera infancia, que pueden incluir activi--dades autoeróticas más directas ó existir aparte de éstas, las-

cuales pueden presentarse (reaparecer) más adelante, cuando se presente la amenaza de una privación.

Es necesario destacar que no existe diferencia apreciable ente los varones y las niñas en su uso de la primera posesión "no-yo" (objeto transicional).

Algunas cualidades especiales de la relación, son las siguientes :

- 1.- El bebé adquiere derechos sobre el objeto, y nosotros los aceptamos, existiendo desde el comienzo - como característica cierta anulación de la omnipotencia.
- 2.- El objeto es acunado con afecto, y al mismo tiempo amado y mutilado con excitación.
- 3.- Nunca debe cambiar, a menos que lo cambie el mismo bebé.
- 4.- Tiene que sobrevivir al amor instintivo, así como al odio ó a la agresión pura (si se trata de una característica).
- 5.- Debe parecerle al bebé que irradia calor, que se mueve, que posee cierta textura, ó que hace algo - que parece demostrar que posee una vitalidad ó realidad propias.
- 6.- Proviene de afuera desde nuestro punto de vista, - pero no es así para el bebé. Tampoco viene de --- adentro (no es una alucinación).
- 7.- Se permite que su destino sufra una descarga gradual, de modo que a lo largo de los años queda re-

legado. Con esto se quiere decir, que en un estado de buena salud, el objeto transicional no "entra", - así como no es forzoso que el sentimiento relacionado con él sea reprimido, simplemente pierde significación, volviéndose difusos los fenómenos transicionales, estendiéndose a todo el territorio entre la "realidad psíquica interna" y el "mundo exterior" - tal como lo perciben dos personas en común. (el campo cultural).

En relación con la teoría psicoanalítica, se pueden basar los siguientes conceptos:

- 1.- El objeto transicional representa el pecho materno, ó el objeto de la primera relación.
- 2.- Es anterior a la prueba de la realidad establecida.
- 3.- En relación al objeto transicional, el bebé pasa -- del dominio omnipotente (mágico) al dominio por manipulación (implicando el erotismo muscular y el -- placer de la coordinación).
- 4.- A la larga, el objeto transicional puede convertirse en un objeto fetiche y por lo tanto persistir como una característica de la vida sexual adulta.
- 5.- A consecuencia de la organización erótica anal, el objeto transicional puede representar las heces.

Objeto transicional-objetos internos (Melanie Klein)

Comparando estos dos conceptos, Winnicott aclara que el objeto transicional no es un objeto interno, sino una posesión pero por otro oado tampoco es un objeto exterior (para el bebé)

B) ESCUELA FRANCESA

JACQUES LACAN

Jacques Lacan, miembro de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis, representa en la actualidad uno de los psicoanalistas franceses de mayor relieve. Seguidor de Freud, afirma que estableció formulaciones teóricas que, aun siendo susceptibles de ser revisadas y ampliadas, constituyen, no obstante, la única vía segura de estudio hacia el desarrollo científico del psicoanálisis.

Revisaré específicamente en este apartado, los contenidos de la obra Lacaniana referentes al concepto de Fallo y castración durante el desarrollo infantil, así como la necesidad, demanda y deseo y conceptos básicos que atañen al campo de la psicosis y su raíz etiológica.

EL EDIPO

Lacan ha hecho hincapié en la función del padre como elemento determinante del Edipo. Al igual que el, autores como M. Klein han establecido en el campo de la psicosis, al padre como tercer término; la madre, según ella, juega el papel predominante en la evolución de la primera relación objetal, pero entre los malos objetos presentes en el cuerpo de la madre se encuentra el padre, bajo la forma de su pene. Esto nos lleva a considerar la función del padre, que está en el centro de la cuestión del Edipo, siendo éste una estructura intersubjetiva, provocando ciertos efectos de representación en

los miembros que la integran, es decir :

- a) Una estructura integrada por posiciones o lugares prefijados vacantes, que pueden ser ocupadas por los personajes respectivos: rol materno, rol paterno, rol de hijo.
- b) Una estructura cuyos elementos son interdependientes, por el hecho de constituirse en la relación.
- c) Los efectos de representación que dicha estructura produce en los miembros que la integran, están determinados por la posición que ocupen en dicha estructura, la cual está dada por su relación con un concepto fundamental : el falo.

Con el concepto de "falo", Lacan se refiere no a un objeto material, sino a un concepto que es significativo, lo cual se describe como una traza material del orden de lo sensible, así como capaz de convertirse en perceptible

El "Falo", en la teoría Lacaniana, es definido no como un objeto físico-material, sino como el significativo de la carencia, el significativo del deseo.

El Edipo se desarrolla en tres tiempos :

Primer Tiempo : La existencia de un padre simbólico no depende del hecho de que en una cultura dada se haya más ó menos reconocido el vínculo entre coito y alumbramiento, sino de que haya ó no algo que responda a esa función definida por el nombre-del-padre.

En este primer tiempo el niño trata de identificarse con lo que es el objeto del deseo de la madre: es deseo del deseo de la madre y no solamente de sus cuidados y de su contacto; solo que al mismo tiempo, hay en la madre algo más que la satisfacción del deseo del niño; detrás de ella se perfilan todo ese orden simbólico del que depende y ese objeto predominante en el orden simbólico : el falo.

Se dice entonces que el niño está en una situación de espejismo, ya que lee la satisfacción de sus deseos en los movimientos esbozados del otro; no es tanto sujeto, como sujeta--do.

Es necesario ser el falo, para agradar a la madre, complementando así su deseo, que es a su vez el deseo del Otro (la madre). La madre, a su vez, siente la carencia de algo, la incompletud de su ser, su propia castración, reconociéndose como falta de algo : el falo, ya que éste es el símbolo de lo deseado, es el significante del deseo del Otro.

Asimismo, la madre fálica es aquélla que está completa, que siente que no le falta nada. En este caso, la madre identifica al niño con el falo, es así que el hijo la completa, -teniendo el falo que la hacía falta.

Segundo tiempo: Este segundo tiempo se caracteriza principalmente porque el padre interviene efectivamente como privador de la madre; por un lado priva al niño del objeto de su deseo, por el otro priva a la madre del objeto fálico. (B.24 pág.87)

De esta forma, si el sujeto no acepta dicha privación -- del padre sobre la madre, tenderá a identificarse con dicho - objeto rival que es el falo; por otra parte, la madre deja de representarse al niño como el falo del cual carece, ante lo - cual se vuelve hacia el padre, que sí posee lo que el niño no pudo completarle : el falo.

La función del padre en este segundo tiempo, consistiría en brindar un mensaje que produzca una separación ó un corte entre la madre y el hijo, éste último, mientras tanto, no tie ne bien constituido al padre simbólico, ya que cree que el -- padre es el falo.

Tercer tiempo : En esta etapa el padre es mayormente -- preferido que la madre por el niño y es en esta instancia que se produce la declinación del Eidpo.

El padre interviene como poseedor del falo y no como tal, induciendo de nuevo el deseo de la madre hacia el falo, y no - imponiéndolo como objeto del cual puede privarla omnipotente-- mente;

La identificación del niño con el padre culmina en la for mación ideal del yo. (B.24 pág.87).

Ahora bien, es importante observar y analizar los diferen tes niveles de lo que está en juego en el complejo de castra-- ción, así como de las diferentes etapas de la identificación - paterna.

Es importante también observar que la identificación y la

formación de la personalidad del niño, van a depender, en un momento dado, de las alternativas que le brinde su constelación familiar, principalmente padre y madre. En un primer lugar, las expectativas ó "deseos" de la madre, lo inducirán a, -en su dependencia y necesidad de la madre-, querer corresponder a ese deseo, es decir, a hacer del deseo de su madre (el Otro), el objetivo de su propio deseo. Esto hace que la formación yoica se forme de la instancia de -- "Otro", con el cual se está identificando. Esto sucede en el primer tiempo, al identificar el niño su deseo con el objeto de deseo de la madre; pero sucede que en el segundo tiempo, interviniendo el padre como objeto privador, hace que el niño, al buscar al Otro (el deseo de la madre), se encuentra con el Otro del otro (el deseo del padre con el cual la madre trata de identificarse para obtener el falo), enfrentándose así a su Ley. "El deseo de cada uno, está sometido a la ley del deseo del Otro". (B. 24. pág. 87)

El niño se encuentra en una posición de sujeción: "el objeto de deseo de la madre es cuestionado por la interdicción paterna", la cual introduce una doble prohibición: hacia el hijo prohibiendo acostarse con su madre, y hacia la madre, prohibiendo reintegrar su producto. Todo esto aparece en el discurso de la madre, como mediado por ésta.

La primera relación ternaria es quebrada por esta segunda etapa, transitoria y capital, que permite la identificación con el padre. En el tercer tiempo, el padre aparece como dador y permisivo.

Por otro lado, cabe preguntarse sobre el caso de la --

homosexualidad masculina. Se dice que este tipo de persona ha llegado a la tercera etapa del Edipo, pero habrá que ---- observar de que forma lo ha hecho.

Por los datos clínicamente recogidos, se sabe que dichas personas se encuentran ligados profundamente con la madre, - la cual ejerce una función altamente "castrante". (B.24 Pág. 90).

Cómo puede explicarse la distorsión en términos de las tres etapas del Edipo?

Lo que ha sucedido, es que, en la etapa en que por la - intervención interdictoria del padre, hubiera podido disol-- verse la relación del niño con la madre, de tal modo que ya no pudiera en absoluto identificarse con el falo, ni relacionarse con el objeto de deseo de la madre, el niño descubre - que la madre es la que se encuentra en la clave y en el centro de la situación: La madre ha dictado la LEY del padre. Esto se da cuando la madre demuestra ante el niño cierta preponderancia de poder sobre el padre, ó bien, cuando el padre se mantiene a distancia y hace llegar sus mensajes por medio de la madre.

El niño tiende a identificarse entonces con una madre - que dicta a su vez la LEY del padre, (y que posee el fao del padre) y no con el padre mismo, lo cual le hará encontrarse con su propio falo.

Mientras el niño no logra este tipo de identificación -

madura, (resolución del Edipo), se encontrará en una situación de espejismo, en la que lee sus deseos en el esbozo de los deseos del Otro.

JACQUES LACAN

EL CONCEPTO DE FORCLUSION

Es muy importante revisar apartadamente el concepto Lacaniano de forclusión, ya que éste alude a un mecanismo psicótico básico, claramente diferenciable de los mecanismos neurotícos.

Según Freud, el neurótico reprime aquellos contenidos --psíquicos destinados al inconsciente, mientras que el psicótico reprime la misma realidad.

Jacques Lacan ha conservado el término "represión" para las neurosis, y ha denominado "forclusión", (repudio) al fracaso de la represión originaria co-responsable de la psicosis (B. 46 Pág. 363).

Espuesto más claramente, señalaré las diferencias respectivas :

La represión, es la actuación de cierta censura ó prohibición hacia cierto contenido psíquico, el cual será relegado al inconsciente. Este contenido es sólo ocultado de la conciencia, más no destruido, lo cual significa que si, el contenido es muy intenso ó las fuerzas represoras muy débiles podrá salir a la conciencia eventualmente y en forma disfrazada lo cual dará lugar al SINTOMA.

Luego entonces, "la represión puede concebirse como la - puesta entre paréntesis o la ocultación artera de una expe--- riencia ya virtualmente estructurada. Fácil es concebir que lo que ha sido velado así, pueda de nuevo, mediante el auxi--- lio de circunstancias favorables, ser develado y reintegrado- en la corriente dialéctica de la experiencia". (S. Leclair)

Esta posibilidad no existe en la forclusión, ya que el - elemento repudiado no podrá ser recuperado nunca en el hilo - de la experiencia; esto se debe a que dicho elemento no alcanzó a ser reprimido, sino que fue anulado totalmente de su experiencia antes de tener la posibilidad de reprimirse. Así, - la forclusión deja en el individuo un hueco, un agujero innegable en la corriente dialéctica de su experiencia.

Esta imposibilidad de recuperar al elemento "repudiado", ocasionan también que el psicótico no haya podido nunca diferenciar entre el significante y el significado; es decir, no ha tenido acceso a la simbolización: "Un significante se pone en el lugar de un significado, que él no es". "Equivale a decir que el psicópata no ha efectuado nunca, a propósito de - esta experiencia, un juicio de existencia que la simbolice y la localice en la red del discurso constituido". (B.46 Pág.363)

La forclusión deja imposibilitado todo proceso de simbolización, ya que el el significado pierde totalmente su relación con el significante. "Lo imaginario se ha convertido en lo real".

Luego entonces, la diferencia con la represión es que ésta ha simbolizado el contenido psíquico y luego lo ha olvida-

do (reprimido); en cambio, la forclusión no ha dejado margen a que el sujeto efectúe una simbolización adecuada del contenido psíquico, dejando sólo un significante que, al no poder relacionarlo con su significado original, pierde toda posibilidad de ubicar simbólicamente su identidad, su procedencia. En este hueco de la experiencia, viene a posarse un intento - de encontrar el significante: el delirio. Mediante éste, aparecen "fotografías" de la vida del psicótico, las cuales no tienen historia, sino sólo la impresión. No tienen significado, sólo significante.

Cabe entonces, preguntarse : ¿A qué se debe la falla de la represión originaria en el psicótico? ¿A qué se debe que halla tenido que recurrir a colocar su psiquismo bajo el régimen de la forclusión?.

Trasladaré literalmente, la respuesta de Lacan al respecto :

"En el acto que constituye la represión originaria, el sujeto se postula como distinto y distinto de lo real y del sustituto que le da. Este acto requiere, pues, de un soporte de sí, un significante "originario de sí". No habrá sustituto posible de un contenido cualquiera, y por lo tanto, paso al régimen de la diferenciación del significante y del significado, si no hay al propio tiempo, sustituto de sí. Ahí donde el sujeto no puede poner un negativo de su 'coenesthésie' para designarla, significaría, como siendo su cuerpo, todo el proceso se inmoviliza ó bloquea, deja de iniciarse". (Originario de --- Waelhens, 73).

Poniendo esto en práctica, se puede afirmar que la actitud materna es al respecto decisiva.

Cuando la madre hace uso del hijo como el falo del cual ella misma carece, y con el cual trata de identificarse, el hijo estará inmovilizado en el manejo de su propia individualidad. Al no poder renunciar a su falo, ya que el existe por ser el falo que complementa a la madre (vive para darle a la madre aquello de lo que carece), tendrá que negar la castración (repudiarla), por lo que no podrá proseguir hacia el orden simbólico que le permitirá situarse como significante en relación a un significado, quedando así un agujero en su experiencia.

Si por el contrario, "la madre reconoce al padre la función de hacer reinar la ley de las sociedades, mediante el respeto de su palabra, el hijo, al aceptar la castración como el acto simbólico del padre, encontrará, con el acceso al orden símbolo y del lenguaje, el significante originario de sí: el nombre y el lugar que está destinado a ocupar dentro de la constelación familiar".

Así, "será entonces capaz de operar sobre las cosas el acto que las nombra y las sitúa como exteriores a él mismo, como en-sí. Así, se diferenciarán el sujeto, el símbolo y lo real, único procedimiento de escapar a la captación imaginaria de las cosas". (B. 46 Pág. 370).

Dicho de otra manera, es "la no atribución por la madre de la función de ley a la palabra del padre lo que impide al niño acceder a la metáfora paternal, es decir, al padre conce-

bido como autoridad separadora del niño y de su madre.

Esta actitud deja al niño sometido a la relación cual de-
identificación con la madre y le quita toda posibilidad de acceso
so al orden del simbolismo y del lenguaje". (B. 46 Pág. 371).

GISELA PANKOW

Coresponde a la presente autora el mérito de haber propiciado un acercamiento entre la ciencia médica alemana y la francesa, en especial en el campo de la psiquiatría y el psicoanálisis. Expondré a continuación sus contribuciones más relevantes acerca de la psicosis, especialmente las esquizofrenias.

Gisela Pankow intenta, en su tratamiento con psicóticos, abordar no precisamente la interpretación inmediata de lo reprimido, sino lo no representado, mediante una dialéctica de la estructura del espacio para hacerlo representable.

Una estructuración del espacio potencial de cada individuo, puede darse bajo la contribución de la imagen del cuerpo y los objetos transicionales (mencionados en el apartado correspondiente a D.W. Winnicott).

En cuanto a la imagen del cuerpo, cabe citar una fórmula general propuesta por la autora para diferenciar las neurosis de las psicosis; ésta expone lo siguiente :

"La diferencia entre neurosis y psicosis consiste en que estructuras fundamentales del orden simbólico, que aparecen en el seno del lenguaje y que contienen la primera experiencia del cuerpo, están destruidas en la psicosis, mientras que se encuentran simplemente deformadas en la neurosis..." (B. 40 Pág. 20).

Dicha experiencia con el propio cuerpo atraviesa, según G. Pankow, por dos tipos de funciones: La primera función de la

imagen del cuerpo concierne únicamente a su estructura espacial en tanto forma, es decir, en tanto esta estructura expresa una ligazón dinámica entre las partes y la totalidad.

La imposibilidad de restablecer una ligazón entre una parte y la totalidad del cuerpo, es lo que el término disociación designa: nos estamos refiriendo entonces a la imagen corporal del psicótico, que se encuentra desintegrada, despedazada y --- fragmentada.

EN el caso del neurótico, aunque se hable también de un cuerpo despedazado, se hable de cómo éste lo vive simbólicamente (su cuerpo despedazado), pero nunca se destruye en sí la percepción de unidad corpórea, cosa que sí sucede en el caso del psicótico.

La segunda función de la imagen del cuerpo no se refiere a la estructura como forma sino que alude a su contenido y sentido. Es en este caso donde la imagen como representación ó reproducción de un objeto (ó bien como remisión a otra cosa) desempeña un papel sumamente significativo.

Al respecto de esta segunda función, D. Anzieu en uno de sus artículos publicados :

"... La piel es la envoltura, el bolso que retiene en su interior la plenitud y la bondad que la lactancia (pero - también el baño de las palabras) han acumulado; la piel, - en su segunda función, es la superficie que establece un límite entre el adentro y el afuera, la barrera que prote

ge de las agresiones del exterior a quien está en camino de convertirse en ser..." (B. 40 Pág. 23).

En base a ello, Pankow establece que la primera diferenciación del yo en el aparato psíquico se basa en las sensaciones de la piel y consiste en una figuración simbólica de la misma; denomina a esto el yo-piel.

En los casos de psicóticos, esta segunda función puede observarse seriamente alterada ó obstruída por la intrusión de las imágenes parentales. (generalmente la madre).

Zonas de destrucción en la imagen del cuerpo del psicótico y de algunos enfermos psicósomáticos, corresponden a zonas de destrucción en la estructura familiar de dichos enfermos. - (B. 40 Pág 32); es decir, que el esquizofrénico es alienado -- por los trastornos de la vivencia del cuerpo de sus padres.

Bateson, en sus teorías acerca del doble vínculo, plantea claramente lo que puede llegar a ser en el esquizofrénico la simbiosis con la madre, en la que ambos, hijo y madre, se encuentran presos en un mundo cerrado. Se plantea entonces la fórmula acercamiento-rechazo en la relación madre-hijo, pero si el acercamiento-rechazo son entendidos como un movimiento entre partes y totalidad del cuerpo, ese mundo cerrado del doble vínculo permite otra salida mas que la destrucción.

"El drama en la familia de un esquizofrénico consisten en que los padres -y especialmente la madre- necesitan el cuerpo del hijo para sentirse seguros dentro de su propia piel, fenómeno

no que encuentra expresión por medio del lenguaje" (B. 40 --- Pag. 48).

Traducido todo esto a la fórmula de la imagen corporal - en que pueda vivenciar el cuerpo del niño como parte de su -- propio cuerpo, y someterlo a su deseo y a su palabra. No obstante, rechaza al niño para no dejar su dependencia simbiótica.

Ahora bien, si el niño aprovecha dicho rechazo para tratar de liberar y llevar sólo, dentro de sus propios límites, - una existencia con una identidad propia, la madre interviene - para recuperar "esta parte de sí misma" que está perdiendo.

Mientras que un niño que ayuda a la madre a sentirse segura puede desarrollar una neurosis, un niño que busca convertirse en el objeto de deseo de su madre, tanto como una madre que hace al hijo objeto de su deseo, configura una psicosis. La madre puede no haber adquirido totalmente su identidad y, - por ello, llena los límites de su cuerpo por medio de su hijo (B. 40 Pág 49).

Existe una ley, incluso, en la relación entre la madre -- de un esquizofrénico y su hijo, pero esta ley no es explícita; se inscribe como ley inmanente del cuerpo en la simbolización del cuerpo a cuerpo entre madre e hijo. Es el lenguaje del cuerpo vivido por la madre, el que delimita y aliena el mundo del esquizofrénico: "Eres parte de mí, y no tienes derecho a tener un cuerpo y una ley propias". (B. 40 Pág. 50).

Hill afirma: "La esquizofrenia aparece en la tercera generación de madres obsesivas".

Un niño que gozara de una organización yoica bastante --- fuerte, podría escapar de una madre persecutoria anal"; pero - un niño convertido en el límite del cuerpo de la madre y por - ello sometido a una ley inmanente de éste, no puede defenderse pues no tiene cuerpo propio y, en consecuencia, ni identidad - ni yo que le permitan liberarse.

Podría, en un momento dado, tratar de apoyarse en su padre ó en otro miembro de la familia. Sin embargo, a partir de nuestras observaciones preliminares, pensamos que los padres - de los esquizofrénicos no son suficientemente sustanciales para que puedan apoyarse en ellos. Se plantea esto por el hecho de que, si estos padres quisieran comprender verdaderamente lo que pasa en la dinámica familiar de un esquizofrénico, tendrían que reconocer su propio modo de relación con la madre del niño visión que no suelen tener, ya que el vínculo con sus parejas es generalmente patógeno.

Es decir, que usualmente, aunados a este tipo de madre -- nos encontramos con una madre "ausente". Con ésto nos referimos no a la ausencia física, sino a la "función de padre", que no ejerce el rol paterno frente a su hijo, y ésto puede deberse a diversas causas: Una abuela fálica y poderosa que neutraliza al padre y a la madre; una madre que sume en la familia - un rol de "hombre" y "devora" al padre, nulificándolo y haciéndolo ausente, ó bien, simplemente el caso de un padre que no - ha llegado a encontrar su propia identidad y que nunca ha llegado a instalarse en su cuerpo.

Podríamos citar, finalmente, una sentencia que resume -- las características esenciales de la relación madre-hijo en el caso esquizofrénico:

"... La madre es parte de su propio hijo; la madre no -- tiene un hijo. El hijo es parte de su propia madre; el hijo no tiene madre..." (B. 40 Pág. 63).

JUAN D. NASIO

Juan D. Nasio ha trabajado constantemente con el fin de realizar una aportación significativa para el avance de la -- práctica psicoanalítica; intente con sus trabajos establecer un orden sistemático que dirija a unir la teoría con la práctica psicoanalítica, y en virtud de ello, ha llevado a cabo -- una compilación de aportaciones de temas clínicos que se ofrece como una incursión en la singularidad de la práctica analítica frente a la producción inconsciente.

El resultado ha sido una publicación que refiere fielmente el concepto unificado de "Acto Psicoanalítico".

En esta publicación se revisan varias aportaciones generalmente de autores franceses, entre las cuales destaca para mi interés, una de singular importancia en el área de la psicosis.

SERGE LECLAIRE. BUSCANDO LOS PRINCIPIOS DE UNA PSICOTERAPIA - DE LA PSICOSIS.-

Se propone S. Leclairé básicamente, formular principios que puedan proporcionar un fundamento racional para una psicoterapia de las perturbaciones psicóticas.

En una primera parte, basándose en la opinión que considera el psicótico como un sujeto que en cierto modo ha perdido contacto con lo real, se estudiará la naturaleza de la experiencia de la realidad.

En segunda instancia, se intentará comprender en qué consiste lo propio del lenguaje, partiendo de la observación de- que para tener acceso al mundo psicótico, es preciso saber -- hablar su propio lenguaje.

En una tercera parte, se tratará de situar mejor su "yo" deteniéndose en el estudio de la "comunicación" tan difícil -- con el psicótico.

En la última parte se procurará abordar los problemas dinaámicos específicos de la psicosis.

a) La experiencia de la realidad

Es sabido que los objetos representan, para cada uno de nosotros, una ascepción particular que va de acuerdo con su - mundo subjetivo. Las experiencias de la realidad de un objeto son, pues, muy distintas en su valor y formulación para cada sujeto. (B. 38 Pág. 15).

Así, al nombrar un objeto, sólo en la medida que lo aso- ciamos con una descripción formal se puede pretender haber expresado claramente la experiencia particular de la realidad de ese objeto. Luego, para que tengamos la experiencia de la -- realidad de ese objeto, es preciso que seamos capaces de dis- tinguir en él, una forma específica, un contorno, un peso y - que simultáneamente podamos darle nombre, SIMBOLIZANDOLO, y- dándole un lugar en el mundo convencional.

Se propone entonces, que la experiencia de un objeto de- la realidad hace necesarias dos operaciones simultáneas pero

diferentes: el objeto tiene que ser al mismo tiempo imaginado y simbolizado; en otras palabras: "La experiencia de lo real presupone el uso simultáneo de dos funciones correlativas, la función imaginaria y la función simbólica". (J. Lacan).

Es imaginario todo lo que no tiene, como la sombra, existencia propia alguna, pero cuya ausencia no sería posible concebir desde las luces de la vida; es imaginario todo lo que se opone irremediabilmente o se confunde indistintamente sin ningún movimiento dialéctico. (B. 38 Pág. 17).

Es simbólico todo aquello que de por sí no tiene más valor que el de indicar la articulación del vínculo y el "sintio"; es aquello que de por sí no tiene sentido, pero que da sentido a lo demás. (B. 38 Pág. 17).

"Correlativamente, ningún símbolo puede prescindir de un soporte imaginario". (B. 38 Pág. 17)

Esta parece ser una regla constitutiva e ineludible para la formación humana común, salvo para el mundo que experimenta el psicótico, en el cual, las cosas parecen darse de manera distinta.

El objeto no simbolizable, el que no entra en ningún sistema simbólico, es precisamente el monstruo extraño del sueño indistinto y de la fantasmagoría parafrénica. En cuanto a -- aquel que no es posible imaginar, teniendo sólo valor simbólico, que articula todo, que significa todo y nada, que planea sobre un mundo sin forma, en él podemos reconocer el objeto - símbolo, el neologismo del mundo esquizofrénico.

En el nivel del fenómeno psicótico, la perturbación es de un orden distinto que en la neurosis; lo que parece faltar radicalmente es el uso parcial ó total de una de tales funciones. No, como en la neurosis, en la forma de una inhibición funcional más ó menos localizada, sino por el contrario en la forma de una falta de otro orden, que evoca la supresión orgánica sin que sea posible sin embargo hallar en esta última - su explicación básica.

La inexistencia del uso de una de esas funciones -imaginaria ó simbólica- explica el carácter particularísimo de la realidad para el psicótico, aquello que tendemos a llamar su "pérdida de la realidad".

El esquizofrénico parece vivir dentro de un mundo simbólico que constituye su realidad, desprovisto de todo vínculo imaginario, sin forma, sin límite y sin peso.

b) El uso del lenguaje

Después de haber obtenido una idea de la experiencia particular que tiene el psicótico de la realidad, podemos decir que si queremos comprenderlo debemos compartir y conocer todo el simbolismo y la interpretación que el sujeto psicótico le da.

La lengua está compuesta por signos que se evocan entre sí y cuyos vínculos soportan la significación. (B. 38 Pág. 20)

Con esto, se tiende a creer que la palabra es un signo específico, pero en realidad, resulta que no es así; nada es-

más contingente y relativo que la palabra; el mismo signo cambia continuamente de valor y de significación según el contexto que lo soporta. (Y ésto, aún fuera de cualquier lenguaje delirante); es decir, que la palabra carece de especificidad-rigurosa en su valor significativo. (B. 38 Pág. 22).

Según Saussure, la naturaleza propia del signo es articular el significante con el significado, y vemos precisamente, que "en el sujeto psicótico ese signo lingüístico, la palabra-como tal, se disocia en sus elementos constitutivos: significante y significado. Pero el signo disociado así, no obstante sigue siendo engañosamente utilizado por el psicótico como -- signo aunque profundamente desnaturalizado. Entonces el psicótico utiliza el signo amputado alternativamente de su función de significante ó de valor de significado". (B. 38 Pág. 28)

En el nivel de la psicosis, si bien las relaciones entre los signos también están perturbadas, ese es sólo un aspecto-subalterno de una perturbación mucho más fundamental: la alteración primaria se sitúa en el nivel de la misma constitución del signo. Esta alteración puede adoptar lógicamente dos formas que constituyen un signo patológico, en cierto sentido -- monstruoso: signo constituido por un significante sin significado ó bien, signo constituido por un significado sin significante. (B. 38 Pág. 31).

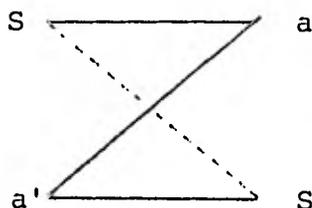
c) Los modos de comunicación con el "Yo" Psicótico.-

Ante todo, hay que considerar la definición del "Yo" que se pretende asumir en este estudio: "El Yo es el lugar de las identificaciones imaginarias del sujeto". Se pretende además

con esto, señalar la función imaginaria del "yo" por oposición al carácter "simbólico" del sujeto.

Esquematizaré a continuación el proceso de comunicación intersubjetiva, como se da en procesos normales, para compararlo después con las alteraciones del mismo durante el proceso psicótico.

Nuestro esquema básico es el siguiente.



En donde se representan a los dos sujetos con los signos S y A; (el sujeto y el otro). Después se incluye el "Yo" de cada uno de ellos (es necesario diferenciar el "sujeto" al "yo" del mismo). Designaremos al yo de S, con la letra a; y al yo de A con la letra a'. Luego entonces la comunicación se esquematiza con una Z que va de S a a, de allí a a' y luego a A, ó a la inversa. Se señala así el desvío necesario para a y a' - (Los "Yo") para comunicar a los dos sujetos S y A.

Esta es la manera corriente de "tú a yo" en que se establece la comunicación intersubjetiva.

"La comunicación sólo es posible en la medida en que cuando hablo (por el órgano de mi Yo) reconozco que soy yo quien habla como sujeto, en la medida en que asumo las palabras pronunciadas por mí. Del mismo modo, cuando presto atención al discurso de mi interlocutor sin tomarlo al pie de la letra la-

mayoría de las veces, ajusto sus palabras con respecto a la medida de la subjetividad que le atribuyo esforzándome en reconocer la intención más ó menos controlada que lo anima". (B. 38-Pág. 38).

Esto es precisamente lo que ya no se puede hacer con el psicótico; no sólo sucede que el psicótico no siempre sabe lo que dice, sino que sobre todo no reconoce lo que dice y, como él mismo lo confiesa , "ello habla en él".

Veremos entonces que el psicótico es incapáz de reconocer como suyo su discurso, y dice entonces que le es sugerido, impuesto ó transmitido a distancia; así mismo, tampoco es capaz de hacer concordar las palabras que su interlocutor le dirige, con respecto a la medida de la subjetividad del otro.

En el esquema Z, podemos designar la línea entre a y a', - como el eje imaginario (de los "yos") y al eje que une a S y A, el eje simbólico (de los sujetos); es aquí donde podemos observar el desvío patogénico que sucede en la comunicación del psicótico. Atraído en un mundo de simbolismos, se manifiesta incapáz de elaborar funciones yoicas (imaginarias) para conectarse con el otro, del cual también desconoce sus capacidades imaginarias (Yoicas); luego entonces prevalece una comunicación - de S a A (en su capacidad puramente simbólica), lo cual esquematizamos con la línea punteada.

Podemos entonces deducir los principios que tendremos que considerar para llevar a cabo una comunicación con cualquier enfermo delirante, tratando de devolverle el uso de su subjetividad, centrándolo alrededor de su propio valor simbólico; en

otras palabras, tratar de restituirle o contruirle su "yo"
(B. 38 Pág. 43)

d) Problemas dinámicos

Se pretende en este inciso, plantear el problema relativo a una cierta génesis de las perturbaciones ó incluso, de la fuerza presuntamente exterior que condujo al sujeto al estado en que se encuentra.

Leclaire plantea que el paciente neurótico, desde el momento en que va a ver a un psicoanalista, está planteando una pregunta básica, que conserva su carácter interrogativo aún cuando se presenta como una afirmación que pretende ser perfectamente lúcida.

El histérico se preguntaría: "¿Soy hombre ó mujer?" -- mientras que el obsesivo se preguntaría : "¿Soy o no soy?".

Cabe preguntar a la vez, si el psicótico elabora así mismo, un tipo particular de interrogante.

Ante esto, Leclaire dice que tiene la impresión de que el psicótico ya no plantea ninguna verdadera pregunta. Su rasgo distintivo consiste en haber respondido ya -sin saberlo,- por medio de su entrada a la psicosis a la peculiar pregunta que se le planteaba. Proponi, por medio de su vida delirante su propia respuesta a la interrogación -- que él sufre y que consiste en una carencia vivida.

Surge entonces la pregunta : ¿cómo es posible volver - interrogación la respuesta del psicótico?.

Es necesario plantear entonces una concepción especial de J. Lacan a dicho problema. Este plantea que, a diferencia del neurótico, en el cual la represión es fácil de concebir como la puesta entre paréntesis ó la ocultación astuta de una experiencia ya virtualmente estructurada, (B. 38, Pág. 46), la preclusión significa un acontecimiento más difícil de describir, tanto en producción como en consecuencias, ya que la preclusión es una experiencia marcada por el sello indeleble de una falta radical, de "UN AGUJERO EN EL SIGNIFICANTE" anterior a toda capacidad de negación y, - por lo tanto, de represión. " (B. 38 Pág. 48).

Finalmente, después de todas estas exposiciones, Leclair propone guías terapéuticas que contribuyan a una mejor comprensión y comunicación con el paciente psicótico.

Estas son :

- 1) Identificar el modo propio que tiene el enfermo de aprender la realidad según su dominante imaginaria ó simbólica, a fin de seguir contribuyendo, -por ignorancia ó fallas a la deformación patológica.
- 2) Ajustar nuestro lenguaje al estilo del psicótico y distinguiendo el tipo de alteración de su estructura en beneficio del significante ó del significado esforzarse por restituir a los signos intercambiados su pleno valor significativo en vez de utilizar al azar las palabras que se presentan.

- 3) Saber siempre y en cualquier momento, quien habla, a quien habla y de quien habla. (pudiendo distinguir así entre el sujeto y su yo)
- 4) Saber reconocer en su nivel preciso la pregunta -- psicótica en su ambigüedad significa enfrentarse - con el problema dinámico fundamental de la preclusión que indica la actitud terapéutica: esforzarse por simbolizar la falta que resulta de dicha preclusión.

C) OTRAS APORTACIONES

ENRIQUE PICHON-RIVIERE

P. Riviére, es uno de los psicoanalistas argentinos -- cuyas valiosas aportaciones resultan fundamentales para el presente trabajo. Sus conceptos fundamentales se encuentran basados en importante medida en la conceptualización de W.R. BION.

Expondré en el presente inciso, sus aportaciones de mayor importancia (para los objetivos de mi tesis) que son : Su teoría del vínculo, su teoría del depositante, deposita--rio y depositado así como de los roles familiares, y su teoría de una enfermedad única como base a todas las derivaciones patológicas, principalmente la psicosis.

En cuanto a la primera, nos dice : "El vínculo es una - relación particular con un objeto, la cual dá como resultado una conducta más o menos fija, la cual forma un patrón que -- tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación in--terna, como externa del objeto ; desde el punto de vista so--cial, interesa el externo, y desde el del psicoanálisis y la - psiquiatría, el interno "Esto es, la forma particular que tiene el yo de relacionarse con la imagen de un objeto colocado dentro de uno". (B.44 pág.36).

Se quiere señalar que el campo psicológico más importan--te en la patología mental es el campo intrapsíquico, ya que en estos casos, las relaciones del objeto son esencial y predomi-

nantemente establecidas con objetos internos "Un ejemplo extremo podemos encontrarlo en el autismo, en donde la persona se retira del mundo exterior. "

" Se dice que el sujeto pierde contacto con la realidad externa al escenario interno, en donde establece vínculos particulares que condicionan toda su actuación. Siguiendo este esquema, se puede comprender la patología interna". (B.44 pág.38).

"Lo que el paciente oye a través de sus alucinaciones - es ese diálogo interno que sucede en la pseudoalucinación, cuando la conversación es interna y luego es colocada afuera."(B. 44 pág. 37).

El suicidio está más bien relacionado con una situación paranoide; se trata de un crimen interno, en donde se destruye el objeto internalizado, como último intento de control del objeto persecuidor".

" El estupor catatónico es la tentativa extrema de controlar dentro del cuerpo los objetos internos persecuidores".

" La hipocondria es la resultante de sentirse totalmente - invadido en el cuerpo por objetos internos persecuidores " y malos; al mismo tiempo, la negación de dicha invasión dá como resultado el delirio de negación (delirio de Cotard) en la que se termina por no tomar en cuenta al cuerpo, llegando a sentir, por -- ej., que es de papel y prendiéndose fuego" .(B.44 págs.37,39,40).

"El sentimiento de culpa es una complicación resultante del sentimiento de ambivalencia, por el hecho de odiar a un objeto que se quiere al mismo tiempo, lo que provoca dolor --moral. La culpa es del yo frente al objeto por sentirse culpable de tener fantasías destructivas con el objeto a la vez querido. De ahí surge la fenomenología de la depresión". (B. 44 pág. 44).

" El masoquismo es una relación libidinosa con un objeto malo interno y que, colocado fuera, dá lugar a ciertos tipos - de conducta".

" Un paciente que se queja de sufrir persecuciones puede en un momento dado apelar a la defensa homosexual para apaciguar al perseguidor, y ese perseguidor que es puramente malo - en un momento dado, se transforma en un objeto bueno para él, - porque ha entrado en un trato particular aceptando la situación homosexual". (B.44 pág.44).

Observando todos estos casos, puede afirmarse entonces -- que : "la alineación aparece como vivencia en la medida en que la relación del vínculo interno con el objeto externo se hace - cada vez más fuerte y poderosa".

Otro fenómeno comúnmente observable entre los pacientes - psicóticos, es que "tienden a establecer vínculos animados con objetos inanimados, y eso es lo que denominamos magia. El pensamiento mágico se caracteriza fundamentalmente por la extensión a cosas inanimadas de la intencionalidad de los objetos animados. (B.44 P.48).

"De esta manera, se puede penetrar en el pensamiento delirante con mayor seguridad, porque es fácil ver entonces que el psicótico alucinado establece un vínculo particular, por ej., con un aparato que él llama máquina de influencia". (B.44 pág. - 49).

Es importante también aclarar, que en la relación de objeto está implicada y complicada toda la personalidad, incluyendo su aparato psíquico, con sus estructuras y con los dos instintos básicos descritos por Freud : la libido y la agresión. Con respecto a esto, puede entonces darse que el vínculo esté preponderantemente en relación con el sello (determinando una relación más amorosa ó agresiva); ó bien, en relación con el yo, determinando un vínculo más operacional y con mayor sentido de realidad, en tanto que si predomina el vínculo con el super yo, el vínculo será más culógeno. En conclusión, se puede afirmar que "no hay relación de objeto con una parte del aparato psíquico, ya que éste se comporta como una totalidad". (B.44 pág.48).

En base a esto, Riviére afirma que el inconsciente está -- constituido por una serie de pautas de conducta determinadas por relaciones con vínculos y roles que el sujeto desempeña frente a determinados objetos . Entonces, cuando deposita sobre otro sujeto mediante el mecanismo de desplazamiento ó proyección un determinado objeto interno, establece con él un vínculo ficticio. (Ej: vínculo transferencial).

Esos primeros vínculos se dan cuando el niño nace y establece su primera relación con sus objetos, en el momento en que dichos objetos son administrados mediante una serie de procesos -

de introyección y proyección con los cuales él construye un mundo interno, lleno de representaciones de los objetos externos, adquiriendo características particulares que son imagos de los objetos externos, sin coincidir con la naturaleza real de ellos, sino que están matizados por la fórmula instintiva - de ese niño en particular. Es de esta forma como se constru--ye el mundo interno.

Teoría de las tres "D". (Depositario, depositante y depositado)

Ha quedado ya esclarecido que el vínculo es una estructura dentro de la cual se establece cierta comunicación. Cuando el vínculo se establece externamente, es decir, entre dos ó -- más personas, para que dicha comunicación se lleve a cabo es - necesario que los miembros que participan en el vínculo asuman los roles que mutuamente se adjudican.

En la vida de relación, siempre asumimos roles y adjudicamos roles a los demás, siendo posible asumir, en condiciones -- normales, varios roles a la vez, por ejemplo : rol de alumno, - de maestro, de padre, de hijo, etc.).

Todas las relaciones interpersonales en un grupo social, - familiar, etc. están regidas por un interjuego permanente entre el asumir y el adjudicar roles. Si alguno de los miembros se - rehúsa a asumir el rol que le adjudica el grupo, se produce un malentendido y se rompe la comunicación. Esto puede observarse en cualquier ámbito de relación, pero se observa claramente en la situación analítica : si el terapeuta no asume el rol inducido por el paciente, no se produce la comunicación, ya que "para establecer la comunicación necesita depositar parte de él en el

otro; la labor del analista reside en captar la comunicación y hacerse cargo de ella, cuidándola y tolerándola". (B.44 -- pág. 110).

En general, se puede afirmar que la ruptura de la comunicación en el caso del análisis, se produce por la ansiedad del analista, ya que "el analizado busca permanentemente la - comunicación, aún en los cuadros psicóticos más graves". (B.44 pág.110).

P. Riviére añade que "el esquizofrénico es considerado - como una persona desconectada de la realidad, que vive en un - mundo autístico y que rechaza todo contacto. Este es el esquema referencial que tienen los psiquiatras que no han aceptado la teoría de la comunicación. " "La descripción que existe en los libros de psiquiatría sobre la esquizofrenia, es la de un - cuadro psicótico que aparece después del fracaso de las primeras tentativas de comunicación. Podemos decir que si éstos psiquiatras no han aceptado la teoría antes mencionada, es porque no - han logrado superar ó solucionar sus propias ansiedades psicóticas ", ya que aún en los cuadros catatónicos más severos, existe en los pacientes una búsqueda de un tipo particular de con-- tacto con el mundo exterior (movimientos, esterotipias, etc.) . (B.44 pág.111).

Aunque quizá el anterior comentario acerca de la situa-- ción analítica se salga levemente del tema central, sirve para marcar la congruencia con el cuerpo teórico de comunicólogos - que expongo en esta tesis. (Bateson, Ruesch, etc.).

Viendo las cosas desde este punto de vista, el rol es entonces una función que un sujeto intenta hacer llegar a otro sujeto ó objeto con el fin de establecer cierta comunicación; esto es precisamente lo que crea la coherencia entre el grupo y los vínculos dentro de dicho grupo.

Este juego de continua adjudicación de roles, es lo que hace a un individuo ser al mismo tiempo depositario que depositante para con otro miembro del grupo, función que se ejerce mutuamente entre todos ellos con el fin de evacuar contenidos intolerables dentro de sí (depositado) y colocar los dentro de otro miembro grupal y ejercer así cierto control sobre dicho material indeseable. De esta manera, es fácil entender los disturbios y perturbaciones que pueden producirse en el momento en que alguno de los miembros no asuma el rol adjudicado (no acepte ser depositario) devolviendo el contenido (depositado) a su fuente original. Hablando en un nivel patológico de psicosis, esto provocaría que el miembro enfermo, al devolver la carga de locura respectiva a su depositante, (no aceptar el rol de "enfermo mental"), removiera la aparente coherencia del grupo ocasionando una nueva redistribución de la locura.

Es por ello que P. Riviére alega, en su teoría de los roles y del grupo familiar, que el concepto de enfermedad mental no concierne a un solo individuo, sino que su génesis se encuentra en un proceso de enfermedad grupal, en la que, de acuerdo a los roles preadjudicados, uno de ellos es elegido como emergente ó portavoz del conflicto grupal. De acuerdo a P. Riviére, esta adjudicación del rol depende de la -

dialéctica estructural intrapsíquica de cada uno de ellos, y de la dialéctica estructural de los roles que el grupo - le ofrece (le deja vacío).

Una vez que se ha elegido a uno de los miembros del grupo para hacerlo depositario de la locura de cada miembro del grupo, se le margina a fin de mantenerlo alejado y controlado evitando así una nueva contaminación (que el enfermo devuelva lo "depositado").

P. Riviére lo expone con sus palabras : "el miembro - enfermo resulta el portavoz, el máximo exponente y depositario de las ansiedades y tensiones del grupo el cual es controlado como tal por los demás miembros del grupo, de forma diferente. " "Al lado del portavoz de la enfermedad, ya -- sea una crisis psicótica, psicopática ú organo psicótica, - se encuentra un psicópata pasivo, el titiritero del grupo - (Grinberg) que es el que controla su psicosis -y la de todo el grupo- de manera tal que inconscientemente mueve las piezas, los roles del grupo y da el jaque mate al enfermo al dejarle vacío el rol psicótico empujándolo hacia él, encargándose después de controlarlo en el rol con fuertes defensas - obsesivas." "Este titiritero del grupo, cumple su rol inconscientemente, ya que también es un enfermo mental".

Nos añade así mismo que : "cualquier presión que intente romper dicha estructura ocasionará que aumente el control obsesivo del grupo sobre el enfermo hasta terminar por segregarlo, dentro ó fuera del ámbito geográfico familiar, y congelar así el rompecabezas de los roles grupales en una combinación que, aún a costa de mutilar al grupo y enloquecer a uno

solo, aunque los otros latentamente estén con la metacomunicación bastante deteriorada también.

Este concepto lo subraya también E. Liendo en su libro "Psicoanálisis del paciente y de su agente", donde dice : "...el universo de los enfermos mentales no está formado sólo por los "pacientes" que reciben y sufren el displacer y la mutilación de la enfermedad mental, sino también por los "agentes" encargados de transmitirles y hacerles sufrir dicha mutilación displacentera".

"....descubrimos en efecto, que ni la fenomenología ni la dinámica profunda de la psicopatología de la gente que sufre patológicamente (masoquistamente) son idénticas a -- las de la gente que patológicamente (sádicamente) hace sufrir, se trata de "clases" y "complemento" y no de una sola clase unimembra: que hay personas que, predominantemente -- producen y transmiten inoculatoriamente daño psíquico y, -- otras que, predominantemente, son los receptores de dicho -- daño".

Neurosis y Psicosis : Una teoría de la enfermedad.

Expondré a continuación, en las palabras del autor, la teoría de que toda derivación patológica, ya sea neurosis ó psicosis, provienen de un núcleo depresivo básico y válido -- para cualquier individuo.

"Podemoy enunciar el postulado básico de la teoría de la enfermedad mental : toda respuesta "inadecuada", toda conducta "desviada", es la resultante de una lectura distorsionada

da ó empobrecida de la realidad, entendiendo, desde este punto de vista, que el sujeto es sano en la medida en que aprende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla, modificándola a su vez, él mismo". "El sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada".

Volviendo al postulado básico de la teoría de la enfermedad, P. Riviére propone su principio de continuidad genética y funcional :

"Con este principio postulamos la existencia de un núcleo patogenético central de naturaleza depresiva del que todas las formas clínicas resultarían tentativas de desprendimiento". "Estas tentativas se instrumentarían a través de -- las técnicas defensivas características de la posición esquizoparanoide descrita por M. Klein, a la que yo denomino patoplástica ó instrumental; es decir, que podríamos hablar de una única enfermedad con un núcleo patogenético depresivo y una - instrumentación que tiene como mecanismo central, la escisión ó splitting del yo, del objeto, y de los vínculos del yo con los objetos; a partir de esa escisión, el sujeto recurre a las otras técnicas de la posición esquizoparanoide : la proyección (ubicación fuera del sujeto de los objetos internos), la introyección (pasaje fantaseado al interior del sujeto de los objetos externos y sus cualidades), el control omnipotente de los objetos tanto internos como externos, la idealización, etc." "La aternancia e intrincación de la posición depresiva y la esquizoparanoide, configuran una continuidad subyacente, de los distintos aspectos fenoménicos característicos de los diversos cuadros clínicos".

"Consideramos en la enfermedad mental una génesis y - una secuencia vinculada a situaciones depresivas, de pérdida, de privación, de dolor, que son vividas como catástrofe interna en un clima de ambivalencia y culpa en el que el su jeto padece por sentir que odia y ama al mismo tiempo, al mismo objeto, a la vez que es también amado y odiado por ese objeto ; es decir, que en la relación con ese objeto, pueden existir experiencias gratificantes (vínculo bueno) y/o frustrantes (vínculo malo)". " Estas pautas tienen su antecedente en dos situaciones incluidas en el desarrollo infantil -- normal, (el cual se verá ampliamente al revisar la contribución de M. Klein), que son las ya antes mencionadas posiciones esquizoparanoide y depresiva". (B.45. pág.361).

"En cuanto a la situación depresiva, tomada como hilo conductor a través del proceso del enfermar y del proceso terapéutico, consideraremos la existencia de 5 formas características : "

"A) Protodepresión.- Surgida de la pérdida que el niño vivencia al abandonar el claustro materno".

"B) Posición depresiva del desarrollo.- Señalada por la situación de duelo ó pérdida (destete), conflicto de ambivalencia por una integración del yo y del objeto, culpa y tentativas de elaboración".

"C) Depresión de comienzo ó desencadenante.- Es el período prodrómico de toda enfermedad mental y emerge ante una situación de frustración ó pérdida.

"D) Depresión regresional.- La que implica la regresión a los puntos disposicionales anteriores, característicos de la posición depresiva infantil y su elaboración fallida;"

"E) Depresión Iatrógena.- Denominamos así a la que -- produce cuando en el proceso correcto se intenta la integración de las partes del yo del paciente, es decir, cuando la tarea consiste en el pasaje de la estereotipia de los mecanismos de la posición esquizoparanoide a un momento depresivo en el que el sujeto puede lograr una integración tanto del yo como del objeto y de la estructura vincular que los incluye. Adquiere así lo que llamamos insight, ó capacidad de autognosis, lo que le permite elaborar un proyecto con la inclusión de la muerte como situación propia y concreta. "Aunque este momento depresivo de integración, implica sufrimiento, - se trata de un sufrimiento operativo".

"La situación psicoterapéutica ó proceso corrector consiste en última instancia en un proceso de aprendizaje de la realidad y de reparación de la red de comunicación disponible para el sujeto".

ERNESTO C. LIENDO

NOTA INTRODUCTORIA:

Es conveniente marcar desde un principio, que Ernesto Liendo ha contribuido con aportaciones un tanto revolucionarias e importantes en el sentido de que ha intentado articular los campos de la teoría psicoanalítica, la teoría de la comunicación y la psicología social, en una sola línea multidimensional que comprende de manera mas completa la etiología de la perturbación mental. Por ello, se recomienda al lector una revisión extra de los aspectos citados a manera de un enriquecimiento integral y mayor, ya que en esta apartado, su contribución se reduce sobre todo, al campo de la teoría psicoanalítica, y la manera en que se integran sus conceptos con los de otros autores revisados en este trabajo.

Citaré algunas aportaciones de E. Liendo que tratan, --
-haciendo citas de autores como M. Klein, W. R. Bion, P. Heiman, etc.- de dar una explicación acerca de la formación de los primeros objetos internos con que el niño va estableciendo relación, y sus características ó distorsiones en la patología mental, producidas básicamente en el plano del grupo familiar.

Citando a P. Heiman, Liendo establece que : "Los aspectos instrumentales del aprendizaje del niño en relación con sus objetos originales, forman , por proyección e introyección, el yo del niño, en tanto que los aspectos éticos de esa misma relación van a formar su superyó:. Ante esto, Liendo nos dice: "traducido en términos de la teoría de la comunicación- diríamos que los padres enseñan determinados contenidos informativos a sus hijos y, simultáneamente, les enseñan a aprender; en otras palabras, les comunican un contenido que va del yo, y les metacomunican una forma, un código, una manera de "aprender a aprender", que va al superyó".

"Si la relación entre yo y superyó, entre contenido comunicado y forma metacomunicada del aprendizaje, es congruente, el niño irá adquiriendo coherencia y sus hipótesis exploratorias de la vida, se apropiarán adecuadamente de las nuevas formas -no sólo de los contenidos- que ésta le informa. Dicho de otra manera, (iniciando un pasaje a la teoría Kleiniana), si los mensajes y metamensajes y éstos entre sí, son congruentes y existe una recurrencia estable en una determinada modalidad de comunicación en el proceso de socialización, se irán estableciendo en el niño verdaderas identificación

caciones introyectivas que salvaguardarán su salud mental futura". "El insight corresponderá a la transparencia que ésta relación adquiriera (entre yo y superyó, entre mensaje y meta--mensaje) para el sujeto" (B. 36 Pág. 85).

Por otro lado, de acuerdo a M. Klein, se plantea que "ya al nacer, el niño tiene un yo rudimentario capaz de sentir ansiedad, la cual es fundamentalmente persecutoria, lo que, --- frente al peligro de aniquilación, obliga al niño a escindir-se y escindir su relación con los objetos.

Estos objetos parciales (parte del cuerpo de la madre) y totales (totalmente buenos ó malos), deben entrar en un cir--cuiro de proyección con el "pecho" (aspecto parcial de la madre que representa la totalidad de ésta, en la geografía de - la fantasí inconsciente del niño), en el cual lo fundamental es la devolución de los aspectos persecutorios que el chico - proyectó a su madre, de manera tal que se favorezca su estabi lidad y tendencia a la integración. Esto sucede si la madre puede recibir, tolerar y asimilar, transformar y devolver lo persecutorio, lo dañino del niño, no como tal, sino como cuidado, reconocimiento y satisfacción de sus necesidades corporales".

Esto equivale al concepto de Bion de elementos alfa y -- elementos beta. El sostiene que, cuando por ansiedad no se pue de tolerar la descarga de la tensión, en lugar de pensar se re curre a la evacuación de la misma por medio de la identifica ción proyectiva.

Bion denomina "función alfa", a la función que permite -

pensar, soñar, mantener una distinción "porosa" entre consciente e inconsciente por una transformación previa de los datos de la percepción.

Volviendo a la relación madre hijo, si la madre no puede tolerar y elaborar la identificación proyectiva de aspectos destructivos del niño que no han sido transformados por la función alfa de éste, le devuelve las identificaciones proyectivas tal como se produjeron, con el agregados de las suyas propias. De esta manera, la capacidad del niño de ir formando la función alfa, va fallando en la medida que falla la de la madre.

Dichos elementos se transforman entonces en elementos beta, que no pueden ser "digeridos" y deben ser re proyectados, evacuados, por las identifiaciones proyectivas

En el otro caso, la madre con capacidad de ensoñación y buena función alfa, transforma los elementos beta, destructivos (objetos dañados) de las identificaciones del niño, en elementos alfa, al metabolizarlos y simbolizarlos. Esto sucede si la comunicación y metacomunicación con el padre es congruente y satisfactoria (no sólo con su cuerpo, sino con la función parental), y a su vez, el grupo familiar no está experimentando rígidamente un cambio social.

En el caso contrario, la madre, mal comunicada y metacomunicada con el padre, con la estructura social y con su super yó y sus objetos internos, re proyecta elementos beta en la criatura, con el agregados de sus propios elementos beta (del padre, estructura social), y provoca en el niño una redisocia-

ción más patológica y el establecimiento de objetos "enquistados" (P. Heimann), alienados dentro de él, que no sólo empobrecen y mutilan progresivamente su yo, sino que pueden llevarlo, si la metacomunicación es muy incongruente, a la psicosis.

En resumen, existe una dialéctica permanente entre el yo, el superyó y los objetos internos (asimilados y/o encapsulados) del niño y de cada uno de los miembros del grupo familiar y la combinación estructural de los roles de este mismo grupo.

Al respecto, E. Liendo hace un análisis comparativo e integrativo de una afirmación suya expuesta en su libro "Semiólogía psicós-analítica", acerca de que la confusión es el resultado de la identificación proyectiva, ó sea, de los mensajes verbales y factuales contradictorios entre sí. (aspecto -- que concierne al material que he citado anteriormente). J. Bleger, en cambio, supone que la confusión pertenece evolutivamente a un estado previo en el cual no existe la diferenciación self-no self y, por lo tanto, no existen posibilidades de recurrir a la identificación proyectiva.

Liendo cree, no obstante, que ambos enfoques tienen --- cierta posibilidad de converger favorablemente si los remitimos a la base empírica interaccional en la cual ambos se apoyan.

Con respecto al "double bind", R. Fairbairn, señala que lo específico de la madre del esquizofrénico, es su fracaso en convencerlo de que lo ama como persona.

G. Bateson, al desarrollar su teoría del doble vínculo, nos expone la dramática alternativa del hijo en situación de dependiente cuando no puede dudar del cariño materno, aunque se vea expuesto por la madre a una duda sistemática, no sólo acerca de los afectos que él le despierta, sino acerca de cómo debe percibir y cómo debe comportarse. Tal duda, es sustentada por los mensajes contradictorios de la madre, dilema ante el cual, el niño, no sabe si será aceptado cuando haga caso del primero, ó cuando haga caso del segundo; y lo que es peor, no puede plantearse que su desorientación es producto de la contradicción lógica materna, ya que diha contradicción no se da en el mismo nivel lógico, siendo además, que ambas opciones de la pseudo-alternativa son castigadas.

Por otra parte, Bleger supone que durante las experiencias mas tempranas, el lactante se fantasea inconscientemente fusionado con su madre sin discriminación yo - no yo. Necesitaría, por lo tanto, que la madre se discrimina de él, reconociéndolo como sujeto autónomo, ayudándolo a establecer así las discriminaciones que le permitan superar dicha ambigüedad.

Lo que Liendo supone, es que la discriminación yo-no yo, no se produce ó es impedida activamente por una madre ambigua que tenderá a utilizar con su hijo mensajes incongruentes entre sí, para hacerlo inconscientemente depositario de su propio aspecto confuso; ó sea, que no solo no ayudaría al niño es este hipotético pasaje, -postulado por Bleger- sino que además perpetúa activamente la fusión y la indiscriminación como confusión.

El camino por el cual se da esta distorsión, cuya culminación es la psicosis, se inicia con el intercambio de los cuidados más concretos que requieren la constancia y la coherencia de los objetos primarios; es aquí donde la madre ambigua falla.

La confusión del niño será entonces, una confusión instrumental para poder adaptarse y no cuestionar catastróficamente a su objeto continente. El niño no se angustia frente a sus contradicciones, pero sí frente a las de su madre, porque lo mantienen en constante incertidumbre acerca de cuándo está y cuándo no, cuándo lo alimentará y cuándo no, cuándo le estará dando cariño y cuándo no, ya que la madre es permanentemente bipolar y paradójicamente ambivalente. A su vez, la madre se angustiará si el hijo come y si necesita seguir comiendo regularmente, porque sentirá que "le quita la libertad" --- (Bleger describió la personalidad ambigua como desordenada, vacía tanto de interioridad como de exterioridad, con falta de satisfacción auténtica por lo que son o tienen siendo personas para las cuales permanecer en algo significa perder su libertad). Simultáneamente, se angustiará si no come, porque 'la denuncia' como mala madre. Para dar cuenta de estas dos exigencias contradictorias, optará por alimentarlo ambigua e irregularmente, impidiéndole una sistemática clasificación de sus experiencias.

Es obvio entonces que, la ambigüedad (así como otro tipo de fallas en el desarrollo mental sano) se transmitirá en una cadena ó espiral de generación en generación de la que sólo escapará aquel individuo que logre obtener de otros objetos del mundo externo, la afirmación que compense y demerite la fuerza

de las carencias al respecto, lo cual, en un plan factual y -- práctico, es difícil que pueda llevarse a cabo por completo.

JOSE BLEGER

Expondré en el presente apartado, la teoría del fenómeno de la simbiosis con la consecuente ambigüedad como rasgos de personalidad, que expone José Bleger en su libro del mismo nombre: Interesa sobre manera tal punto, ya que es uno de los rasgos sumamente ligados a la aparición de la psicosis. Las razones para suponerlo, -entre otras citadas en otros apartados-, son las siguientes.

"Hay fundamentos para suponer que en la mente del niño, aún durante los tres ó cuatro primeros meses de vida el objeto bueno y malo se diferencian totalmente el uno del otro". Tal es una afirmación de M. Klein a la que J. Bleger, por su estudio de la transformación en el análisis de psicóticos y el estudio de la simbiosis ha concedido gran importancia y validez, sirviendo de base para su presente teoría. Esta la expone así :

"He arribado a la conclusión de que lo que caracteriza la transferencia psicótica, no es otra cosa que su cualidad simbiótica y que, en cierta medida, ésta última se encuentra en todo análisis". "Estudiando la relación objetal de la simbiosis observé que no tiene las características que en rigor se reconocen para el objeto total ni para el objeto parcial".

"La simbiosis incluye la dinámica de un objeto de características muy complejas en el cual hay partes buenas y partes malas, sin discriminación ni diferenciación entre sí, sin discriminación de las partes del yo implicadas en todas esas-

experiencias, es decir, una falta de delimitación y discriminación entre yo y no-yo, entre lo interno y lo externo". -- "Este objeto presenta además la característica de que su movilización se hace en bloque de tal manera que promueve en el yo más integrados ansiedades extremas y masivas (castroficadas, confusionales) frente a las que solamente actúan las defensas más primitivas". "Por todas estas razones le he -- llamado objeto aglutinado".

"Relacionando los fenómenos simbióticos que he estudiado con la más temprana relación simbiótica madre-niño, he sugerido que la relación con un objeto aglutinado es un remanente de las más primitivas experiencias, y que esto constituye la parte psicótica de la personalidad".

"De esta manera, el objeto aglutinado implica una parte no diferenciada ni discriminada del yo del sujeto tanto como de la realidad exterior; un conglomerado de una gran cantidad de experiencias frustrantes y gratificadoras de distintos momentos e intensidades del comienzo de la vida del lactante, en todas las etapas del desarrollo (oral, genital, anal) con una falta de estratificación y secuencia entre las mismas, con muy variados aspectos de la realidad exterior, cada una con un pequeño núcleo del yo, pero todo aglutinado, no diferenciado ni discriminado". "Un remanente de esta primitiva formación aglutinada subsiste en todos, y de su amplitud depende el déficit en la personificación, sentido de la realidad, sentido de identidad, esquema corporal, procesos que -- van siempre ligados entre sí". (B. 7 Pág. 77).

"El yo sano ó mas integrado necesita tener inmovilizado al núcleo aglutinado; el evitar la reintroyección es la defensa fundamental para preservar el yo más integrado (la parte no psicótica de la personalidad)". "La excesiva aglutinación y la falta básica de discriminación, impiden una reintroyección gradual y fraccionada". "El control se puede lograr con:

- a) Simbiosis
- b) Bloqueo afectivo
- c) Hipocondría
- d) Reproyección violenta y masiva".

"La simbiosis es una estrecha interdependencia entre dos ó más personas que se complementan para mantener controladas, inmovilizadas y en cierta medida, satisfechas, las necesidades de las partes más inmaduras de la personalidad, que exigen condiciones que se hallan disociadas de la realidad y de las partes más maduras ó integradas de la personalidad". (B. 7 Pág. 83).

"Esta parte inmadura y más primitiva de la personalidad ha quedado segregada del yo más integrado, y configura un todo de ciertas características que me han conducido a reconocerlo como el núcleo aglutinado". "Este núcleo aglutinado -- que forma en el adulto la parte psicótica de la personalidad, fue considerado por mí como el remanente de la más primitiva organización de la personalidad, genéticamente anterior a la posición esquizo-paranoíde, que fue designada posición glischro-cárica (glischro=viscoso, aglutinado; karion=núcleo)". (B. 7 Pág. 83).

Hago a continuación un esquema de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva de M. Klein, en relación con la posición glischro cárica propuesta por J. Bleger.

Posición	Ansiedad	Objeto	Defensas	Punto de Fijación
Depresiva	Depresiva	Total (Ambivalente)	Maníacas	Psicosis Maníaco Depresiva
Esquizoparanoide	Paranoide	Parcial (Divalente)	División	Esquizofrenia, Epilepsia.
Glischro-Cárica	Confusional	Núcleo de Aglutinado (Ambiguo)	Inmovilización Fragmentación	Estados Confusionales.

"La simbiosis, que es una defensa e intento de control de dicho núcleo aglutinado, se asienta sobre el proceso de identificación proyectiva, actuando sobre un depositario". "Esta característica de la parte psicótica de la personalidad, se efectúa con un control rígido y omnipotente de la situación y del depositario, con lo cual se evita un doble peligro: la reintroyección de lo proyectado y la intromisión del depositario".

"Cualquier movilidad de esta situación es vivida como un peligro de psicosis, y si se logra la reintroyección de un fragmento de lo proyectado, se tiene un índice fiel para detectar cuando ello ha ocurrido: la aparición de confusión (ansiedad confusional) en cualquiera de sus manifestaciones : --

obnubilación, mareo, suspenso, desconcierto, perplejidad, etc.

"Así como la ansiedad es una señal de alarma en las posiciones depresivas y paranoides, la ansiedad confusional es una señal de alarma frente al peligro de reintroyección masiva del núcleo aglutinado, con el peligro consiguiente de una desintegración psicótica del yo". (B. 7 Pág. 91).

Se concouye un resumen en el que quedan claras todas -- las vicitudes del problema dependencia-independencia en relación a los procesos proyección-introyección:

- 1) Que autismo y simbiosis son siempre coexistentes, con un predominio absoluto, relativo o alternante de alguno de los dos;
- 2) Que ambos son relaciones narcisistas del objeto, radicando la diferencia en que el depositario sea otra persona ó la propia mente;
- 3) Que ambos están íntimamente vinculados a los fenómenos de proyección-introyección (a una disociación entre ellos), - siendo ambos (autismo y simbiosis) los extremos polares - de esta escisión;
- 4) En la simbiosis coincide el rol proyectado con el rol del depositario. En rigor, debe hablarse de simbiosis cuando ha habido una identificación proyectiva cruzada, y cada uno de los depositarios actúa en función de roles complementarios del otro, y viceversa.
- 5) La simbiosis se basa en proyecciones masivas inmovilizadas dentro del despositario, de tal manera que en este último, queda enajenada una buena parte del yo sujeto;

- 6) La simbiosis es "muda"; sólo aparece sintomatología claramente notoria, en casos de ruptura de la misma;
- 7) El rígido control del vínculo simbiótico, tiene por objeto evitar que el depositario irrumpa en la relación narcisista de objeto y evitar su reintroyección;
- 8) El vínculo simbiótico es una relación condensada de cosas muy complejas y contradictorias que necesitan ser "desmenuzadas" y discriminadas para poder ser reintroyectadas y elaboradas; la reintroyección sólo puede hacerse en forma muy dosificada y con un ritmo adecuado. Se producen pequeños "nucleos" de insight, que quedan aislados, enquistados, y que en un momento dado, se juntan y cristalizando un insight que aparece en forma "explosiva";
- 9) Cuando se sobre pasa cierto "umbral", la reintroyección -- actúa como un brusco retorno de lo reprimido, que se manifiesta en algunos momentos con fenómenos particulares que tienden a recuperar el control en riesgo de perderse: --- accesos fóbicos y desmayos, fragmentación de objetos y su control en el espacio, actuación del cuerpo como "buffer" el fenómeno del doble, autoagresión, miedo a mirarse en el espejo, sensación de disiparse, retorno a lo anterior y conocido;
- 10) En la simbiosis hay un déficit en la personificación, en el sentimiento de identidad y en el esquema corporal, tanto como confusión entre los roles femeninos y masculinos, y un déficit en la comunicación, en el plano simbiótico-- con un incremento de la comunicación en el plano verbal -- bal ; incluso el hablar, es una manera de actuar.

EMILIO RODRIGUE

A continuación expondré dos apartados a cargo de Emilio Rodrigué, que juzgo enriquecedores para la teoría ortodoxa - psicoanalítica Freudiana.

LOS SIMBOLOS, CRITICA A LA TEORIA CLASICA

Según Rodrigué, Freud mantuvo, salvo algunos estudios -- preliminares , un uso restringido y estrecho de los símbolos.

Esta noción se basa en el supuesto de que los símbolos-- son "silenciosos", tienen un significado constante y constituyen una modalidad arcaica de pensamiento (B. 47 Pág. 81). Es te símbolo, en su acepción restringida, tiene que ser nítidamente separado de las otras formas de representación indirecta, tales como el símil, la metáfora, la parábola, etc. Así, se sitúa el símbolo en una clase completamente diferente y -- exclusiva, ya que ningún modo de representación es silencioso arcaico y con significación constante.

"Silencioso", fué un calificativo que aplicó Freud a los símbolos por considerarlos aún más inconscientes que los otros elementos de representación en los sueños.

Luego entonces, se da bajo una producción aislada y que-- tienen que ser traducidos de esa manera, ya que no poseen ese halo de significado que hace posible una interpretación por - asociación libre, en la cual los hechos interpretados tienen una secuencia móvil y dialéctica, estando siempre en relación

ó inferencia de su contexto psicológico.

Según Freud, "nuestro conocimiento de los símbolos sólo se alcanza por fuentes indirectas y ajenas al individuo contemporáneo: es un lenguaje perdido que se recaptura por la similitud con los 'temas', y 'motivos' básicos presentes en la leyenda, el mito y el proverbio". (B. 47 Pág. 82).

Ante esto, afirma Rodrigué que el símbolo es tan inconsciente como el resto de los elementos oníricos y su sentimiento puede ser inferido si no se altera su contexto natural. -- (B. 47 Pág. 82). Considera también, que ese mutismo atribuido a los símbolos oníricos es un artificio creado por la técnica de la interpretación de los sueños que Freud empleaba a comienzos de siglo. Al fragmentar el sueño en eslabones arbitrarios (traducir los símbolos), se sacan de su contexto total, en el cual están relacionados; de esta manera dejan de -- ser forma de comunicación, para convertirse en señales de -- alarma.

"Por significado constante", se entiende que los símbolos poseen una connotación fija e inconscientemente predeterminada. Un símbolo puede connotar uno ó quizá más objetos; -- pero sólo connota a esos objetos. Se considera, además, que esta connotación fija ocurre en varias áreas del pensamiento (sueños, bromas, mitos), es decir, que si un símbolo representa tal cosa en un sueño, representará lo mismo en un mito. Finalmente, la connotación de un símbolo no sólo es constante para cada individuo sino que también lo es para la mayoría de la humanidad; teniendo la misma significación en las culturas

más dispares y en los lenguajes mas inconexos ". (B. 47 Pág. 83)

Es de inferir que la fijeza de connotación y de ubicuidad temporo-espacial de los símbolos, se deducían como el testimonio de una identificación arcaica que acopló al objeto con su símbolo.

Así lo pensaba Freud, quien señaló:

"Las cosas que están simbólicamente conectadas hoy en -- día probablemente estuvieron unidas, en tiempos prehistóricos, por una identidad conceptual y lingüística. La relación simbólica parece ser una reliquia y una marca de esa identidad pretérita".

A favor de ésto, Rank y Sachs señalan:

"El simbolismo se nos presenta como un precipitado inconsciente de medios primitivos de adaptación a una realidad que ahora nos resulta anacrónica y superflua. El simbolismo viene a ser una especie de altillo de la civilización en el que el adulto se refugia con premura en ciertos estados cuando la capacidad de adaptación a la realidad está reducida ó es deficiente".

Rodrigué califica este concepto como un fósil del elemento simbólico, dada su fijeza inmutable del significado. De esta manera, el símbolo ha sido concebido fuera de la experiencia del individuo histórico.

Por lo contrario el autor asegura y concluye que "cada-nuevo descubrimiento analítico trae su gama de nuevos signifi-cados para viejos símbolos y nuevos objetos que merecen ser -- "significados" simbólicamente. Lejos de ser reliquias, los -- símbolos serán ítems plásticos en sumo grado, capaces de trans-portar significados múltiples". (B. 47 Pág. 85).

De esta afirmación se deriva que la interpretación que-le damos a los símbolos refleja el grado de nuestro conocimiento actual sobre la fantasía inconsciente, la cual, queda entendido, se renueva dialécticamente bajo los descubrimientos dic-tados por la propia experiencia.

A esto, Rodriqué agrega: "la universalidad y constan--cia de numerosos motivos simbólicos que recurren con el mismo-significado en los sueños, chistes, mitos, etc. pueden ser ex-plicados sin apelar a un vínculo psicológico . Esta constan--cia se debe a la interacción de varios factores. En primer lugar, existen algunas indicaciones que sugieren que nuestras --, fantasías inconscientes, la materia prima de nuestro mentar, - tienen un repertoria bastante limitado de temas básicos de in-terés humano".

"En segundo lugar, si bien la especie humana posee un - gran espectro de medios de representación simbólica posibles, todos tenemos un medio expresivo básico en comun: las partes - de nuestro cuerpo como 'usina' de símbolos básicos. Además, - nuestras capacidades simbolíficas están determinadas y limita-das por la naturaleza inmediata de nuestro nicho ecológico".

"En tercer lugar, la naturaleza presenta numerosas formas y determinados fenómenos que se prestan idealmente para adquirir significados simbólicos inequívocos, dada su similitud estructural con los objetos primarios". (B 47 Págs. 85, 86)

A este punto, quiero agregar la observación de Rodrigué --- acerca de que Freud, en sus estudios del síntoma histérico, - no contemplaba igualmente la fijeza del símbolo. Ahí la concepción del acoplamiento objeto-símbolo no era algo fijo e in dependiente en la vida del individuo sino que, por el contrario, el símbolo actúa en función de la experiencia A+B y sólo adquiere significación con ese contexto histórico. Es decir, - el símbolo era interpretable, mas no traducible.

Para resumir, cito las siguientes palabras del autor :

"No veo ventaja ni justificaciones teóricas para considerar que los símbolos posean un significado "silencioso" ("ultrainconsciente"), constante y arcaico. Por lo tanto, los símbolos verdaderos no difieren radicalmente de otras formas de representación y es más lo que se -- pierde que lo que se gana si los aislamos en una categoría aparte". (B. 47 Pág. 89).

"DESCUBRIMIENTO" Y POSICION DEPRESIVA

Rodrigué denomina descubrimiento a la capacidad de ---- insight, y lo define de la siguiente manera: "Descubrir impli ca abstraer. Para encontrar una ley que se aplique a un de-- terminado universo de fenómenos, es preciso dar con una forma lógica, abstraída de ellos, que una a esos elementos, hasta -

ese entonces desconectados, de un modo significativo. En el descubrimiento se va de lo particular a lo general". (B. 47 -- Pág. 37).

Generalmente, un descubrimiento destructivo (ó temible) precede al descubrimiento constructivo. Lo difícil de mantener lo innovado se liga con la coexistencia de esos dos tipos de descubrimientos que acabo de mencionar.

Poniendo esto en términos de emociones, puede decirse -- que el descubrimiento de nuestra capacidad de amar va imbricado con el descubrimiento de nuestra capacidad de odiar. (B. 47 Pág. 48).

Así, se obseva una secuencia general que conlleva el proceso del descubrimiento: agresión, descubrimiento, alegría, pena y reparación. Es la mezcla de nuestro amor y nuestro odio hacia el objeto (la destrucción y la reparación) lo que hace pensar en un componente depresivo.

La externalización de nuestra agresión como un descubrimiento de nuestro odio y destructividad resulta entonces provechosa. En general, todo descubrimiento entraña una pérdida de la omnipotencia. El componente destructivo del descubrimiento junto con la pérdida de la omnipotencia pueden ser causales de que el descubrimiento suele ser percibido como algo que viene de afuera. En cierto sentido, la pérdida de omnipotencia es menor si no nos sentimos totalmente responsables del hecho destructivo de innovar: y entonces nos decimos "fue mas fuerte -- que nosotros". (B. 47 Pág. 53)

Esto es mejor comprendido si nos remitimos brevemente a las premisas teóricas de Melanie Klein, en las cuales estos - conceptos se basan.

Esta autora señaló que el niño entra en la posición depresiva cuando percibe los objetos como gente. Para que esto suceda, tienen que llevarse a cabo los siguientes cambios: --

- a) En la relación con sus objetos, el niño debe percibirlos - como una totalidad unitaria y no como "partes de objetos y funciones no unificadas.
- b) En relación con las emociones, es preciso que reconozca el amor y el odio como propios, así como la vivencia de que - un solo objeto es el recipiente de ambas emociones, junto - con la incipiente percepción de que él pueda evocar ambas - emociones en el otro. Esto le da al niño la noción de responsabilidad hacia el destino de sus objetos y así apenarse cuando siente que los agrede y alegrarse cuando siente - que los reconforta. Esto viene con
- c) Una mayor continuidad y anticipación espacio-temporal.

La consolidación de la posición depresiva trae consigo - una reorganización fundamental del funcionamiento psíquico, - que tiene que ser visto como una modalidad en la función de - pensar. El campo de operaciones cognitivas del niño adquiere una mayor complejidad: la mayor integración en las relaciones objetales ; la causalidad entre agresión y culpa; la disminución de la omnipotencia crean una forma nueva de mentar cuali - tativamente diferente de aquella vigente en el estado ante--- rior.

El mentar depresivo inaugura la era de abstracción sistemática, y finalmente, trae consigo una diferenciación entre el mundo interno y el externo.

Mientras que antes los impulsos y las partes del sí-mismo (self) del niño eran proyectadas en el objeto con el resultado de que formaban una imagen errónea, y de que a menudo -- existía una falta de diferenciación entre el sí-mismo y el -- objeto externo, en la fase depresiva se desarrolla el sentido de la realidad interna y, como consecuencia, también el sentido de la realidad externa.

UNA TEORIA DE LA ENFERMEDAD.

A continuación expongo una síntesis de mi concepto de la enfermedad mental, derivado del marco teórico. Esta síntesis es ta integrada fundamentalmente por la teoría de Pichón-Riviére y la teoría de series complementarias de S.Freud, y baso en ellas conclusiones fundamentales de esta tesis.

De acuerdo a la teoría psicoanalítica proveniente de -
Frueid, la causación de las neurosis y psicosis se encuentra localizada en la ecuación etiológica formada por la intrincación-sucesiva y evolutiva de las tres series complementarias. La primera de ellas se refiere a los factores hereditarios y constitucionales, así como a la influencia sobre el feto, de las vivencias de la madre.

La segunda se refiere al factor disposicional, el cual es determinado por las vivencias traumáticas no elaboradas del infante en sus primeros años de vida, provocando un estancamiento en el desarrollo.

La tercera se refiere al factor desencadenante ó conflicto actual, el cual es producido por un fracaso ó una frustración - en la satisfacción del instinto, ya sea por un incremento de - las tensiones instintivas, ó por un debilitamiento del yo.

Bajo la imposibilidad de resolver dicho conflicto, el yo recurrirá a medidas defensivas mas primitivas: la regresión da-comienzo y el yo busca nuevas formas de evitar la angustia.

De acuerdo a Pichón-Riviére, también en el aspecto estructural las neurosis y psicosis son el producto de un conflicto - entre el ello y el yo al servicio del superyó, siendo sus dife-

rencias sólo cuantitativas en el grado de regresión y represión utilizados.

Ambas formas clínicas se inician ante un conflicto desencadenante provocado por la sensación de pérdida de un objeto.

Cuando esta pérdida no se puede elaborar, el yo inicia un proceso regresivo que promueve la disociación de los instintos, de los cuales, la agresión es depositada tanto en el superyó, -provocando un superyó sádico-, como en el yo, -volviéndose masoquista-.

Esta posición resulta de la sensación de haber destruido al objeto, con el gran monto de agresión ahora liberado (identificación proyectiva con objetos malos, según M.Klein).

Como nueva defensa ante la situación (determinada por una mayor regresión hasta la fase de incorporación oral) surge la necesidad de introyección e incorporación del objeto, con lo cual se produce la identificación con el objeto destruido, configurándose así la situación específica de la melancolía.

Según la teoría de M.Klein, esto equivale (en los inicios de la etapa depresiva) a la sensación del bebé de haber destruido su objeto persecutorio a la vez amado y necesitado, con su odio ahora en alternancia con su amor. El bebé advierte su ambivalencia experimentando una culpa intensa y necesidad de castigo. La introyección surge como un intento de poseer ó no perder a su objeto bueno (ahora destruido por su propia rabia) con el cual se identifica.

En el caso de un desarrollo patológico, esta situación -

tan penosa para el yo se incrementa ante la imposibilidad de efectuar una reparación exitosa del objeto destruido (los impulsos agresivos predominan sobre los amorosos), por lo que el yo emprende una nueva regresión a una etapa más primitiva y con mayor disociación de los instintos: la etapa esquizoparanoide con la consiguiente expulsión del objeto, que ahora se ha vuelto persecutorio.

Dependiendo de la etapa a la que regresa la libido, se configurarán los diversos cuadros de patología mental. Es por ello, que P. Riviére considera que toda neurosis y psicosis provienen de un núcleo depresivo básico, y que todas las demás formas clínicas, son tentativas del yo por deshacerse de esa situación tan dañina y dolorosa.

Si los objetos perseguidores son proyectados y depositados en el interior del psiquismo (dentro del self *) surge la sensación melancólica típica, pudiendo dar lugar a la psicosis maníaco depresiva. Las defensas maníacas emergen al tratar el yo de negar la situación depresiva, mediante el control omnipotente; a medida que sea más intenso el cuadro depresivo, se usarán más intensamente las defensas maníacas, y en virtud de dicho exceso, se configura un círculo vicioso con alternancia-cilotímica de esas fases.

Si los objetos perseguidores se proyectan y depositan en los órganos, dentro de los límites del cuerpo, se configura la estructura hipocondríaca, siendo el enfermo perseguido por sus

* León Grinberg y colaboradores, desarrollan el concepto del Self, como continente del yo y de los objetos internos, asimilados ó no al Yo. ("Yo-Self, su delimitación conceptual" Revista de Psicoanálisis 1966-XXIII, 3 P.239); esta cita aparece en "Semiotología Psicoanalítica" de E. Liendo y M.C. Gear, Ed. Nueva Visión, 1974.

órganos, en donde deposita sus objetos internos.

Si la capacidad de proyección es mayor, los objetos - persecutorios son depositados en el exterior, configurando la estructura paranoide. Así, mientras el melancólico es perseguido por su conciencia (superyó), el hipocondriaco lo es por sus órganos y el paranoico por sus enemigos, -objetos externos cargados con su propia agresión oral y anal sádicas vueltas contra sí- .

De acuerdo a la teoría de P.Riviére, todas las formas - clínicas de enfermedad mental, son diferentes caminos de un núcleo depresivo inicial.

No obstante, es necesario subrayar que esto suce cuando - el desarrollo y la intrincación de las fases complementarias se ha llevado a cabo de una manera patológica.

En el caso de que en primer lugar, durante la etapa es - quizoparanoide, los objetos buenos predominen sobre los malos*, permitiendo al yo fortalecerse e integrarse con la identificación (con los objetos buenos), se tendrá acceso a pasar a la - etapa depresiva con mayor capacidad de éxito.

Si después, en segundo lugar, durante dicha etapa depresiva, el bebé tiene acceso al duelo, la culpa y la reparación exitosa de las partes atacadas y destruidas por él mismo, su yo se sentirá menos perseguido, por lo que tendrá menor necesidad de-

* En acuerdo a conceptos de Freud, Bion y M.Klein, P.Heimann afirma que el predominio de los impulsos agresivos puede darse por factores innatos: "La mayor ó menor cohesión del yo - en el comienzo de la vida postnatal, debe considerarse en conexión con la mayor ó menor capacidad del yo para tolerar añ gustia que, como ya lo sostuve en psicoanálisis de los niños, es un factor constitucional" (B. 20 Pág.258).

proyectar, favoreciendo cada vez más la introyección e identificación con sus objetos buenos, Así, tolerará de mejor manera el acercamiento de las partes escindidas anteriormente, favoreciendo la integración y la unidad de sí mismo, como de los demás.

Llegando a este punto, el bebé tendrá mayor capacidad de diferenciar entre su fantasía y la realidad, así como de simbolizar, abstraer y establecer vínculos, características propias de un pensamiento mas maduro y que proveerá al infante de mayores armas para enfrentar los conflictos posteriores.

CAPITULO III

CONCEPCION DE LA PSICOSIS DESDE EL PUNTO DE

VISTA DE LA PSICOLOGIA SOCIAL

- 1.- TEORIA DE LA COMUNICACION
- 2.- LA FAMILIA COMO SISTEMA SOCIAL
- 3.- ANTIPSIQUIATRIA

1.- LA TEORIA DE LA COMUNICACION

BATESON Y RUESCH.

El fenómeno de la enfermedad mental y el proceso de volverse loco, no son sucesos que puedan entenderse si se estudian aisladamente y circunscritos únicamente en un marco individual.

Debo, antes que nada, hacer énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales sobre éste capítulo. En la actualidad, son ya bastantes los autores que toman como punto de partida para el estudio de las enfermedades y perturbaciones mentales, el parámetro de matriz social (Sullivan, Horney, Fromm, Kardiner, etc)

Según G. Bateson y J. Ruesch, matriz social es el fenómeno en el cual se lleva a cabo la percepción y transmisión de la información (comunicación) en las relaciones interpersonales, siendo sus características determinadas por los "valores" (Canales preferidos para conducir la comunicación) de cada uno de los integrantes. (B. 49 pág. 10, 13).

Partiendo de la teoría de la comunicación de dichos autores, trataré de enfocar gran parte de mi estudio. Esta teoría propone a la comunicación como el único modelo científico que puede explicar la conducta humana, sus aspectos físicos, intrapersonales, interpersonales y culturales dentro de un mismo sistema. (B. 49 Pág. 10)

Califican, así mismo, cualquier variación de psicopatología, como un disturbio en la comunicación, definiendo esta, no sólo como la transmisión verbal e intencional de un mensaje, sino como todos los procesos mediante los cuales la gente se influye mutuamente.

Estos disturbios y transtornos de la comunicación, están definidos, en parte, por la cultura en donde acaecen. (B. 49 pág. 11).

En resumen, es la comunicación una vía eficaz para entender la relación de la persona consigo misma, de la persona con otras personas, de grupos con grupos y , en última instancia, de civilización con civilización.

Un postulado básico de Bateson y Ruesch en su teoría de la comunicación, es la de que los hechos sociales gozan de cierto carácter repetitivo (B. 49 Pág. 12), con patrones preestablecidos que enseñan a la gente a reaccionar en forma estereotipada y que a su vez, crean un ambiente estereotipado; esta información semeja un bombardeo continuo al -- que el individuo está expuesto desde que nace y se enfrenta a su medio social, el cual es asimilado a su vez de tal manera que el mismo individuo involucrado, generalmente, no puede darse cuenta de la verdadera naturaleza de esta matriz social, sino que es aceptada sin reparos como "un hecho dado" (B. 49 Pág. 41). Esta situación se da desde la relación del niño con la madre, posteriormente con su padre, hermano y familia en general, poco después, al relacionarse con sus amigos, compañeros y demás vínculos sociales que se presenten a lo largo de su vida.

Según esta teoría, una comunicación exitosa con nosotros mismos tanto como con otros, implica la posibilidad de ser corregidos por otros ó de autocorregirnos cuando la comunicación es defectuosa; con este proceso de actualización de la información tendremos, como individuos, la adquisición de técnicas apropiadas para controlar nuestros hechos vitales; en pocas palabras, resulta sinónimo de un buen ajuste y adaptación.

El problema surge cuando nos trasladamos de sistemas de comunicación simples, a sistemas de comunicación más complejos. Estos se diferencian porque los primeros, ofrecen la posibilidad de que los participantes puedan rastrear un mensaje desde su origen hasta su destino, y con ello, la corrección de una posible distorsión. Con esto la transmisión del mensaje y su recepción están vinculados en una circularidad que le permite al individuo sentir que puede dominar su situación; en sí, el sistema de comunicación se simétrico. El segundo caso, en cambio, incluye generalmente un grupo ó varios grupos de personas que mantienen una comunicación asimétrica. En este caso tiene que considerarse en juego una red cultural compleja en la que tienen que comunicarse muchas personas entre sí, de acuerdo a esa misma red. La perturbación se debe a que tanto el origen como el destino del mensaje permanecen anónimos y se hace imposible su corrección; con esto queda mejor explicada mi afirmación anterior de que generalmente el individuo no conoce la naturaleza de la matriz social en que se desenvuelve y que tiende a aceptar los sucesos y premisas de su educación como un "hecho dado". (B. 49 Pág. 39, 41).

Estas áreas donde la corrección es inaccesible las llamamos "comunicación cultural masiva", y ejercen influencia sobre todas las personas que viven dentro de su alcance. -- (B. 49 Pág. 40).

Entre los ejemplos de esta comunicación, se encuentran todos los medios masivos de comunicación, tales como las -- transmisiones radiales, la televisión, la prensa, etc. que pueden incluirse todos dentro de la publicidad y propaganda aunados a éstos, medios menos directos como el cine, el teatro y el mismo clima familiar.

Sucede en estos casos, una especie de aprendizaje por fuerza, (K. Lewin, B. 49 pág. 82) el cual tiene lugar cuando un individuo es compelido a una situación, estructurando una nueva constelación en donde otras necesidades más fuertes producirán el desequilibrio con respecto al efecto de sus primeras necesidades, ante lo cual, termina adaptándose a esa nueva constelación.

La información relacionada con las costumbres (generalmente de origen anónimo) suele transmitirse constantemente a través del tiempo y de generación en generación; pero, repito, constituye esto una herencia tan implícita que los -- mensajes suelen ser aceptados como mensajes divinos sin apelación, sin réplica, cuestionamiento ni selección alguna. En el momento en que algún miembro de esta red cultural y social toma en conocimiento que los mensajes pueden ó "deberían poder" ser rastreados hasta sus fuentes humanas, surge la angustia y la impotencia de, -en este caso de una comunicación asimétrica de un sistema complejo- no poder de-

tectar la fuente de origen ni el destino de sus mensajes de información. El individuo sufre entonces una crisis ontológica y cuestiona su existencia, su origen, su identidad y su ubicación en el mundo, debido a esta falta de un punto de referencia.

Es por esto que puedo considerar a este carácter repetitivo de los patrones de comunicación, como agentes creadores de conductas estereotipadas, como una alteración, distorsión y perturbación de la comunicación, propiciadores de un desajuste social, alienación y por ende de enfermedad mental.

Estos patrones repetitivos de conducta van determinando en el individuo su experiencia particular y debemos tomar esta, como el centro de orientación único y particular en virtud del cual se mueve con intención y acción, enfocando ésto desde un punto de vista existencial. (B. 49 Pág.).

Debo indicar, para lograr comprender este estudio en toda su magnitud, que el individuo observado tratará de ser entendido desde su propia experiencia ó su propio ser-en-su-mundo, como lo explica R. Laing en su visión fenomenológica existencial, integrando todas estas experiencias particulares dentro de su total ser-en-su-mundo; es decir, de su ubicación real (para sí) en su mundo.

Relacionando ésto con las afirmaciones anteriores acerca de la comunicación, estudiaré a las personas de acuerdo a sus relaciones con otras y con su mundo, ya que no somos entes aislados (y aún, para que exista cierta separación entre ----

ellos, debe haber existido primeramente, una relación) y la manera en que cada una de ellas experimenta "su" posición en cuanto a ellas (las otras personas) y de lo que vive como realmente verdadero.

Ya que mi estudio se llevará a cabo con pacientes psicóticos, debo suponer que sus procesos de comunicación están --- ampliamente perturbados y que deba encontrarse la ausencia de identidad y precaria diferenciación del resto del mundo, lo -- cual lleva implícita la falta de autonomía y de continuación temporal, debido todo esto al bloqueo de una comunicación simétrica con su mundo.

Como afirman Bateson y Ruesch, un niño que crece en un ambiente humano en el que prevalecen los sistemas de comunicación simétricos, tiene mayores posibilidades de ser mentalmente sano; pero de lo contrario, las perturbaciones de toda índole van implícitas. (B. 49 Pág. 38).

WATZLAWICK

UNA TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA

Con esta exposición pretendo enriquecer el material antes expuesto por G. Bateson, acerca de la teoría de la comunicación, y su importancia en las relaciones humanas.

Watzlawick, comunicólogo también, esboza claramente la situación del individuo psicótico dentro de un sistema (familiar y social) en el que han fallado las vías sanas de comunicación interpersonal.

Resulta una contribución valiosa para mi estudio, ya que describe tentativamente cómo el individuo enfermo ha sido colocado en un lugar predestinado para él, por todos los miembros de la familia (o sistema).

Expongo ahora, de manera sucinta, los postulados básicos de dicha teoría.

1.- La imposibilidad de no comunicar

Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad ó inactividad, palabras ó silencio, tienen siempre valor de mensaje : influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican.

Es un hecho entonces, que cualquiera que sea la conducta de dos ó mas personas que se encuentren en interacción --- (cuando menos contacto físico), no podrán evitar la comunicación hagan ó no hagan algo por evitarlo.

La imposibilidad de no comunicarse es un fenómeno de interés en el dilema esquizofrénico: Si observamos dicha conducta, dejando de lado las consideraciones etiológicas, parecería que el esquizofrénico trata de no comunicarse. Pero puesto que incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, - la inmovilidad (silencio postural) ó cualquiera otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación, el esquizofrénico enfrenta la tarea imposible de negar que se está comunicando y, al mismo tiempo, de negar que su negación es una comunicación. (B. 63 pág. 49, 51, 71).

Así, el esquizofrénico (así llama el autor a la particular forma de comunicarse del psicótico) es un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no sólo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí. Así se hace posible negar cualquier aspecto de un mensaje ó todos sus aspectos. Este intento de no-comunicación, es observable también en cualquier otro contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Las posibles razones a esta incapacidad serán examinadas más adelante.

Asimismo, puede suceder que la persona dé la impresión de querer comunicarse, sin que sea posible para él aceptar dicha responsabilidad.

La comunicación, al ser intentada por un miembro de una-interrelación dada, puede sufrir las siguientes respuestas :

- a) Rechazo de la comunicación. Es una negación clara, de finida y rotunda del acto de comunicarse.
- b) Aceptación de la comunicación. Representa el ceder -- absolutamente a la comunicación con su interlocutor.
- c) Descalificación de la comunicación. Esto es, puede - comunicarse de modo tal que su comunicación ó la del- otro queden totalmente invalidadas. (autocontradic-- ciones, incongruencias, cambios de tema, tangenciali- dades, oraciones incompletas, malentendidas, estilo - obscuro ó manierismos idiomáticos, interpretaciones li- terales de la metáfora ó viceversa, etc.)

Resta acentuar, que el individuo que se encuentre en la- necesidad de invalidar la comunicación, no posee la integridad yoica necesaria para poder establecer una comunicación en todo el sentido de su responsabilidad.

- d) Por último, nos encontramos con el fenómeno del sínto- ma como comunicación. Esto consiste en la técnica de recurrir a la fuerza de motivos que están más allá -- del propio control, hasta lograr convencerse a sí mis- ma de que se encuentra a merced de dichas fuerzas, li- berándose así de la censura por parte de los otros -- significativos y de los remordimientos de su propia - conciencia (B. 63 pág. 78, 19).

2.- Los niveles de contenido y relación de la comunicación.-

Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje; por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes.

Estos dos aspectos inherentes a toda comunicación, significan una de las áreas de mayor conflicto y distorsión en la comunicación humana, debido a la confusión y mezcla entre ambas, sin una discriminación sana y realmente comunicativa.

Las posibilidades de combinación entre ambas, son las siguientes :

a) Los participantes están en desacuerdo en el nivel -- del contenido, pero ello no perturba su relación. -- Quizá ésta sea la forma más madura de manejar el desacuerdo; los participantes acuerdan en estar en desacuerdo.

b) "Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero no en el relacional. Ello significa que la estabilidad de su relación se verá seriamente amenazada en cuanto deje de existir la necesidad de -- acuerdo con el nivel del contenido".

"Este mismo mecanismo es de particular importancia -- en el campo de la dinámica familiar, a saber, la función del chivo emisario de un niño cuyo "problema" --

(bajo rendimiento escolar, enfermedad física, neurosis, psicosis, delincuencia) impone a los padres la necesidad constante de tomar decisiones de crisis, - cosa que confiere a su relación una pseudo-estabilidad que, en realidad no existe. En todos estos casos es posible predecir con certeza matemática que - cualquier mejoría del paciente se verá seguida por - una crisis marital que, a su vez, a menudo hace que reaparezca la patología del hijo"

Huelga decir que la díada padre-madre necesitan en - un momento dado de dicho motivo de lucha, (a costa - de la salud mental de un miembro de la familia) por - lo que es inferible además que de manera inconsciente propician el desajuste del enfermo, empujándolo - hacia un puesto que le dejan vacío: el de la locura - de todos los miembros de la familia.

- c) "Otra posibilidad son las confusiones entre los dos - aspectos "contenido y relación", que ya se mencionó - previamente. Pueden consistir en un intento por re - solver un problema relacional en el nivel de conteni - do ó al contrario! "Esto crea una confusión y con - flicto general en la relación misma, sin posibilidad - de solución mientras no se analice dicho punto. Un - ejemplo clásico de esta situación es el mensaje que - la madre manda al hijo a fin de mantenerlo (incons - cientemente) atrapado en su propia insuficiencia --- - ante la separación: "Si me amaré, no me contradeci - rías". (B. 63 pág. 82)
- d) "Finalmente, vemos todas aquellas situaciones en las - que una persona se ve obligada de un modo ú otro a -

dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona". Esto da lugar a pautas de comunicación paradójica que se expondrán posteriormente

Nivel racional. El Self y el otro

Examinaremos ahora, las 3 posibilidades de respuestas relacionales universales en toda relación interpersonal.

- a) Confirmación. Consiste en que, en la relación A-B, B acepta la definición que A da de sí mismo. "Esta confirmación de sí mismo, es probablemente el factor que más pesa en el desarrollo y la estabilidad mentales - de los que hemos podido detectar hasta el presente a partir de nuestros estudios sobre comunicación". (B.- 63 pág. 85).

Watzlawick observa que gran parte de la comunicación humana tiende básicamente a ese propósito: el de la confirmación: "parecería que, completamente aparte -- del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con los otros a los fines de su auto-percepción y percatación".

"La base de la vida del hombre con el hombre es doble y es una sola: el deseo de todo hombre de ser confirmado por los hombres como lo que es, e incluso como lo que puede llegar a ser y la capacidad innata del hombre para confirmar a sus semejantes de esta manera".

(Martin Buber)

b) Rechazo. Consiste en el rechazo abierto de B hacia la definición de sí mismo de A. "Sin embargo, por penoso que resulta, el rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por ende, no niega necesariamente la realidad de la imagen que A tiene de sí mismo".

c) Desconfirmación. La desconfirmación ya no se refiere a la "verdad ó falsedad -si existen tales criterios- de la definición que A da de sí mismo, sino más bien niega la realidad de A como fuente de tal definición. En otras palabras, mientras que el rechazo equivale al mensaje : 'Estás equivocado', la desconfirmación afirma el hecho 'Tú no existes'.

Esto es para nosotros sumamente indicativo en lo que a patología se refiere, ya que el individuo psicótico es aquel cuya identidad ha sido continuamente descalificada en su medio social, principalmente familiar, por un grupo de miembros que necesitan de esa descalificación (debido a la peligrosidad de su afirmación) - a fin de preservar una aparente "autoafirmación". Una vez más, uno de los miembros es orillado a la descalificación, a la inexistencia, a la locura y alienación (ver material expuesto por Bateson y Laing).

"El patrón familiar característico que ha surgido -- del estudio de familias de esquizofrénicos no incluye tanto a un hijo sometido a un descuido total ó siquiera a un trauma evidente, sino a un hijo cuya autenticidad se ha visto sometida a menudo involuntariamente a una mutilación sutil pero persistente".

"El resultado final de esto se alcanza... cuando, independientemente de cómo (una persona) actúe ó se ---

sienta, independientemente de qué significado dé a su situación, sus sentimientos son tenidos en cuenta, sus actos son desconectados de sus motivos, intenciones y consecuencias, la situación es despojada del significado que tiene para ella, de modo que queda totalmente confundida y alienada" (Ronald Laing).

Es posible observar, a través de estas pautas distorsionadas y patológicas de comunicación, que éstas --- constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación, en otras palabras hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse. Pero para ello tienen que colocarse afuera del círculo. (B. 63 pág. 94).

2.- LA FAMILIA COMO SISTEMA SOCIAL

En este apartado, Watzlawick describe a la interacción humana como un sistema de comunicación, caracterizado por las propiedades de los sistemas generales : totalidad, no sumatividad, retroalimentación y homeostasis, etc.

- a) La familia como sistema. "La teoría de las reglas familiares se adecúa a la definición inicial de un sistema como 'estable con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a mantenerse dentro de límites definidos'.

Este modelo fue sugerido por el concepto de homeostasis familiar, en el cual se observó que las familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas (depresión episodios psicósomáticos, etc.) cuando el paciente mejoraba. Así, la enfermedad del paciente era un mecanismo homeostático que intervenía ante la perturbación familiar, para que ésta recuperara su equilibrio".

- b) Totalidad.- La familia es vista como un sistema total y unificado en el cual la conducta de cada miembro repercute en los demás miembros participantes. Todas las conductas están interrelacionadas y unas influyen sobre otras. Así, la conducta del miembro enfermo se encuentra totalmente relacionada con los demás miembros del grupo familiar.
- c) No sumatividad.- El análisis de una familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales, ya que existen características del sistema, ó sea, pa

trones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales, ya que existen características del sistema, ó sea, patrones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales.

- d) Retroalimentación y homeostasis.- El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros ó del medio) al sistema familiar y las modifica. Deben, por lo tanto, examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada (equifindalidad) (B. 63 pág.117 136).

El doble vínculo

Una paradoja es una contradicción lógica que resulta de deducciones correctas a partir de premisas congruentes. (B. - 63 pág. 210).

Watzlawick establece 3 tipos de paradojas :la lógica-matemática, la semántica y la pragmática. De estas 3, es la última la que interesa particularmente por sus consecuencias patológicas en la comunicación humana. Estas paradojas pragmáticas se distinguen de las contradictorias simples, sobre todo en que la elección constituye una solución en ésta última, pero no es ni siquiera posible en la primera.

Citaré textualmente la definición exhaustiva que hace el autor acerca de los ingredientes necesarios de todo doble-vínculo :

- 1.- Dos ó más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia - física y-o psicológica de una, varias ó todas ellas. (abarcando situaciones de enfermedad, cautiverio, --- amor,--- dependencia material, interacción parentofamiliar, lealtad hacia un credo, una causa ó ideología, etc.)

- 2.- En ese contexto, se da un mensaje que está estructurado de tal modo que :
 - a) Afirma algo
 - b) Afirma algo de su propia afirmación
 - c) Ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.Así el mensaje es una instrucción, es necesario desobedecerlo para obedecerlo; si es una definición - del self ó del otro, la persona así definida es esa clase de persona sólo si no lo es y no lo es si lo es.

- 3.- Por último, se impide que el receptor del mensaje-- se evada del marco establecido por este mensaje, -- sea metacomunicándose (hablando acerca de) sobre él o retrayéndose. Por lo tanto, aunque el mensaje carezca de sentido desde el punto de vista lógico, -- constituye una realidad pragmática: el receptor no puede dejar de reaccionar a él pero tampoco puede reaccionar a él en forma apropiada (no paradójica), pues el mensaje mismo es paradójico.
Por todo esto, es probable que una persona es una - situación de doble vínculo se vea castigada (ó al - menos se sienta culpable) por tener percepciones co

rrectas, y sea definida como mala ó local incluso - por insinuar que puede haber una discrepancia entre lo que realmente ve y/o lo que debería ver.

Esta es la esencia del doble vínculo (B 63 pág. -- 194, 195). El doble vínculo ó paradoja pragmática es una de las pautas comunicacionales que se encuentran mas frecuentemente establecidas entre las familias de esquizofrénicos, con lo cual -entre otras cosas- se contribuye una vez más a desquiciar al sujeto, con la carencia de una función lógica de información y confirmación acerca de sí mismo.

Frente a lo absurdo de esta situación continuamente paradójica, es probable que el sujeto piense que está pasando por alto indicios vitales, ya que le ofrecen los interactores significativos, lo cual será fortalecido por la observación de que para los demás, la situación parece muy lógica y congruente. Se compelerá al enfermo a encontrar estos indicios aun buscándolos desesperadamente entre los hechos más dispares, en un afán obsesivo de conferirles sentido... Este alejamiento con respecto a los fenómenos reales se vuelve más ---- plausible cuando se recuerda que un ingrediente esencial en una situación de doble vínculo es la prohibición de percibir la contradicción implícita.

Por otro lado, la persona puede elegir entre :

- a) Obedecer a todos los mandatos en forma completamente literal y abstenerse manifiestamente de todo pensamiento independiente, ó
- b) Apartarse de toda relación humana.

LA FAMILIA COMO SISTEMA SOCIAL, DESDE UN ENFOQUE MARXISTA.

Proporcionando un enfoque Marxista, trataré de explicar a continuación el papel de la base socio-económica en este proceso.

De acuerdo con las palabras de C. Marx, toda sociedad está constituida por niveles articulados por una determinación específica : la infraestructura ó base socioeconómica (formada por la unidad de fuerzas productivas y relaciones de producción) y la superestructura, que a su vez, comprende dos niveles : el jurídico-político (el derecho y el estado) y el de la ideología (que comprende las distintas ideologías religiosas, morales, jurídicas, políticas, etc.).

Ahora bien, cualquier formación social que no reproduzca sus condiciones de producción, estará condenada a desaparecer casi instantáneamente, por lo que se hace necesario asegurarlas; para lograr ésto, al mismo tiempo que se produce, es necesario reproducir : a) las fuerzas productivas y b) las relaciones de producción existentes. Ambas cosas se logran poniendo en uso el aparato de estado, el cual se divide a su vez, en aparato represivo de estado (formado por el gobierno, la administración, el ejército, la policía, los tribunales, las presiones, etc.) y el aparato ideológico de estado, el cual puede definirse como cierto número de realidades que se presentan al observador inmediato bajo la forma de instituciones distintas y especializadas. Estas instituciones, en vez de ejercer su poder por medio de la represión y la fuerza, lo hacen por medio de la ideología - la cual puede definirse como la representación de la rela--

ción imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia. (Esta representación, trasladada al lenguaje existencial, corresponde a la experienciación que cada individuo tiene de sí mismo, en cuanto a su relación -- con los otros y como un único ser-en-el-mundo).

Se dice que es imaginaria dicha relación, porque no corresponde a una realidad concreta, pero basta interpretar la desde el punto de vista fenomenológico-existencial, para encontrar en dicha representación imaginaria, la realidad misma de ese mundo. (Ideología=ilusión/alusión). Podríamos aclarar esta noción de lo imaginario como la concepción de J. Lacan : para él, lo imaginario es un registro en el cual el yo de la persona se va configurando desde un principio en base a la imagen del semejante, puesto que el yo originalmente no existe como tal. Por e-lo, en adelante el individuo solo podrá tener relaciones imaginarias tanto para con su mundo como para consigo mismo, puesto que su mismo yo es originalmente otro; no obstante, lo imaginario puede describir totalmente el estado del individuo ó individuos en relación.

Volviendo al tema inicial, podemos mencionar entre los aparatos ideológicos de estado, el religioso, el escolar, el familiar, el jurídico, el político, el sindical, el de información (radio, prensa, TV., etc.), el cultural (literatura, arte, deporte, etc.).

Conviene responder ahora a la siguiente pregunta : ¿ Cómo es que un sistema logra reproducir sus condiciones de producción ?.... Primero : las fuerzas de producción se reprodu

cen a través del salario. Segundo : las relaciones de producción se reproducen mediante el ejercicio del poder del estado sobre el aparato (represivo) de estado y los aparatos ideológicos de estado.

Después de establecer estas premisas teóricas, debo establecer las relaciones pertinentes entre este material y mi proposición anterior acerca de la perturbación mental.

En un sistema capitalista en donde impera la clase dominante, que es una minoría que contiene el poder, necesitan existir métodos estratégicos para mantener las relaciones de producción necesarias para su mantenimiento, sin que la mayoría restante concientice su situación y llegue a sublevarse. Los aparatos ideológicos de estado son las armas más poderosas para este fin. Mediante ellos se imparte una cantidad de información (refiriéndonos de nuevo a la teoría de la comunicación antes mencionada) suficiente para -- contrarestar los efectos de cualquier toma de conocimiento -- acerca de lo contradictorio de dicho sistema.

Como ya mencioné antes, aparatos ideológicos de estado tales como el cultural, el de información, el escolar, el familiar, etc., se encargan de promover una "Comunicación cultural masiva" en forma de un Sistema de Comunicación Complejo y Asimétrico, el cual, dada la anonimidad de la fuente y dirección del mensaje, y la ambigüedad y lo contradictorio -- del mismo, hacen imposible su rastreamiento y provocan que -- el individuo acepte tales contradicciones bajo un dogma de -- fé, sin reparar más sobre el asunto; de esta manera, los aparatos ideológicos de estado cumplen bien con su misión de --

salvaguardar el orden reproductivo de las relaciones productivas, las cuales siguen, por ello, manteniendo a la clase dominante en el poder.

El núcleo familiar, como aparato ideológico de estado, reproduce las características de este sistema, abarrotado de perturbaciones antitéticas en cuanto a la comunicación de sus miembros, y resulta el responsable primero, --seguido por el eco de los demás A.I.E. que se presentan en las situaciones sociales a lo largo de la vida,-- de crear el ambiente estereotipado a base de conductas repetitivas, de las costumbres y de la ideología, que precipita cualquier perturbación en una comunicación genuina.

Pero, ¿qué sucede cuando un individuo toma conciencia de esta situación, y sufre de la impotencia ante la imposibilidad de explorar y encontrar la fuente y dirección de su información?... ¿qué sucede cuando, en base a esto, un ser humano pierde sus puntos de referencia y su noción de identidad y se cansa y protesta por admitir normas gratuitas de conducta que lejos de beneficiarle en su desarrollo, benefician el crecimiento de sus opresores?... ¿qué sucede con toda esta represión mantenida por aparatos tan poderosos? : sucede que la gran comunidad, que es incapaz de percatarse de la naturaleza de su matriz social, depositan inconscientemente sus temores, sus represiones, su desequilibrio y descontentos, y lo hacen emergente de la situación grupal (p.Riviére), de manera que se convierte en "enfermo", "loco", y "desadaptado".

El aparato de estado logra su objetivo titulando de -

esta manera a las personas que resultan peligrosas para - que el sistema conserve "su equilibrio", dejándolas al --margén, aisladas y carentes de influencia dentro de su so-ciedad.

El padre, la madre, y al núcleo familiar total, convierten a este individuo en objeto de su expiación misma, favoreciendo aún más e incrementando el sentimiento de la perturbación mental.

Y contemplamos entonces la similitud incesante de fe-nómenos a través de todo el sistema. El Estado no se olvida de construir las válvulas de escape suficientes para mantener el equilibrio. Así mismo, como reproducción vál-vulas de escape mediante dichos "chivos expiatorios", en los cuales depositan todos su propia locura, a fin de man-tener el equilibrio de su "adaptación" y "sanidad mental".

LA PSICOSIS Y SU RELACION CON EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA.

Por lo general, si observamos las aportaciones de los estudios del fenómeno psicótico, independientemente de la etapa histórica a la que pertenezcan, veremos que hay una -observación común : La sintomatología esquizofrénica a apa-recer o desarrollarse durante la adolescencia ó pubertad. De los tratados de psiquiatría actuales, se ha observado -que : "La edad en que se inicia el padecimiento abarca de los últimos años de la niñez a los últimos años de la madu-rez, aunque la edad más frecuente es la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. Es en la pubertad cuando el individuo entra en un período emocional crítico que no -

entiende, se ve invadido por una dependencia demasiado prolongada. En la adolescencia suelen encontrarse rasgos exaltados como falta de naturalidad, sensibilidad excesiva, mal humor, anhelos vagos, actitudes defensivas, irritabilidad, etc. y en la esquizofrenia es frecuente encontrar características similares"...

Cabe aclarar al respecto que aunque existe en dicha -- etapa la tasa más alta de incidencia, puede presentarse también una esquizofrenia de tipo infantil (Autismo), ó bien - en etapas de adultéz temprana. Acerca de éste primero, Pichón-Riviére ha estudiado que el autismo precoz infantil -- (el cual fué descrito por Kanner en el año 1943) se manifiesta básicamente por un retraimiento del mundo; pudiendo aparecer en los primeros meses de vida ó en el curso de los primeros años. Su rasgo esencial es el aislamiento, llegando a tales extremos que, un estímulo, cualquiera que sea, no desencadena en ellos una respuesta adecuada. Kanner los describía como niños con tendencias a refugiarse en la fantasía, solitarios y con sentimientos de autosuficiencia. No adquieren la noción de sí mismos, del "ser", y se refieren a ellos en tercera persona.

El niño autista vive en un mundo en el cual los objetos no son totales, sino parciales, en una incapacidad integradora de ellos.

P. Riviére expone los distintos tipos de Psicosis esquizofrénica, como dependientes de la regresión hacia un núcleo autista básico; de esta manera, puede darse un esquema de continuidad genética :

- 1.- Autismo precoz infantil. (descrito por Kanner)
- 2.- Oligotimia. (P. Riviére)
- 3.- Demencia Precocísima. (De Sante de Santis)
- 4.- Demencia de Heller. (Forma grave de la anterior clasificación)
- 5.- Esquizofrenia del adulto.

Este esquema puede servirnos para comprender la escala de continuidad bajo la cual puede presentarse cualquier sin tomatología esquizofrénica, desde el autismo precóz infantil, hasta la esquizofrenia adulta.

----- o -----

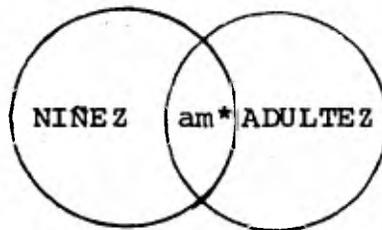
Volviendo a la relación hecha entre adolescencia y esquizofrenia, expondré ahora un enfoque de Kurt Lewin, quien ha estudiado dicho aspecto desde su concepción grupal y su teoría del campo.

Kurt Lewin opina que, desde su primer día de vida, el niño es objetivamente parte de un escenario social, sin el cual no puede mantenerse vivo. Más tarde, su moral, su religión y sus valores políticos están determinados por su participación en la sociedad en que vive y por la forma en que -- reacciona ante ella. El niño aprende valores de acuerdo a -- lo que socialmente se acepta en dicho período.

En la adolescencia, puede considerarse que muchos valores han cambiado, y por lo tanto, deben cambiar también sus -- necesidades y deseos, así como la forma para controlar éstos; Su espacio vital debe configurarse de diferente manera. (B. -

32 págs. 135,136,140).

En sí, el cambio desde el grupo infantil al adulto, - es un desplazamiento a una posición más o menos desconocida. De acuerdo a Lewin, esta condición corresponde a la - del individuo marginal, la cual se caracteriza por comprender una región superpuesta a dos grupos disímiles en los - cuales se encuentra, sin pertenecer totalmente a ninguno, - de modo que el adolescente puede en momentos pertenecer al grupo infantil y en momentos pertenecer al grupo de la --- adultéz.



*Adolescente marginal

Como son dos grupos que se contraponen, generan conflicto general en el estado del individuo, entendiéndose por conflicto, la situación en la cual dos tendencias que se excluyen mutuamente tiran en sentido contrario por alcanzar la meta.

En resumen, los hechos básicos que suceden durante esta etapa son : 1) La ampliación del espacio vital, en el sentido geográfico, social y de perspectiva temporal y 2) el carácter cognitivamente inestructurado de la nueva situación. (B. 32 pág. 140).

La primera concierne aspectos tales como las nuevas ex-

perencias con el propio cuerpo, -lo cual puede resultar --desconcertante en el espacio vital establecido-; el aumento considerable de responsabilidades, su nuevo rol ante la sociedad, etc. debido al carácter indeterminado e inestable -del terreno en el cual se moviliza, el adolescente tiende - a presentar características tales como inseguridad, timidez, agresividad, llevando implícito un conflicto casi permanente entre las diversas actitudes, valores, ideologías y estilos de vida, lo cual genera a su vez, una tensión emocional constante .

Si a esto aumentamos -tomando en cuenta que la conducta real depende de todos los sectores del campo (B.32 pág.141)- que en el grado de inestabilidad del adolescente influyen --también factores como la estabilidad ó inestabilidad del individuo particular, podremos comprender hasta qué punto contribuyen los medios y las interrelaciones sociales, para incrementar el desequilibrio adolescente.

Cabe ahora preguntarnos : Si éste es un proceso psico--social inevitable para todo adolescente, porqué no todo el -individuo adolescente irrumpe en el proceso psicótico ? K. Lewin plantea que la adolescencia es una etapa que promueve el desequilibrio y la fragilidad personal hacia un brote psicótico ó perturbación mental cualquiera.... ¿ Qué determina que sea realmente conducente a este fin?, ¿ Qué impide que -una persona adolescente, que atraviesa por dicha etapa crítica de cambio desemboque necesariamente en una crisis psicótica ?

La respuesta es que, si bien la adolescencia promueve -

la enfermedad mental dados sus cambios geográficos, sociales y temporales, no bastan éstos últimos para generarla por completo; por ello se deduce que el individuo psicótico debe haber tenido en su panorama histórico de desarrollo anterior, un cúmulo de experiencias conflictivas similares a ésta última crisis adolescente y que, aunadas a ésta, sumen una cantidad avasalladora para la estructura yoica del sujeto, lo cual le hace irrumpir en el desequilibrio mental patológico.

Tenderemos entonces que referirnos a la ecuación --- etiológica dada por S. Freud y complementada por la teoría psicoanalítica, que comprende las "series complementarias" y que describe tres series evolutivas que condicionan tanto la disposición a las neurosis, como la situación desencadenante de la enfermedad patológica (psicosis). -- Estas son :

- 1.- 1a. Serie : Componente constitucional. Está condicionado por la herencia tomada en su sentido genotípico, y -- por las modificaciones que la vida fetal puede sufrir a -- través de las experiencias emocionales de la madre.

- 2.- 2a. Serie : Factor Disposicional. Está constituido -- por la intrincación de los anteriores, aunado a las experiencias infantiles del niño, expresándose en determinadas fijaciones de libido ocurridas durante dicho desarrollo.

- 3.- 3a. Serie : Situación actual desencadenante. Se produce por un estancamiento de la libido, el cual es producido por cualquier factor que incremente las tensiones instintivas, ya sea por cualquier causa endógena ó exógena, -

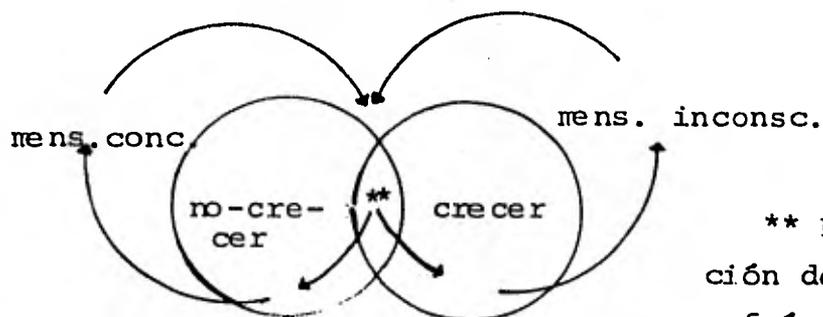
las cuales promueven un debilitamiento del yo. Esta situación de estancamiento producida en el plano genital propicia la regresión a etapas previas de desarrollo de la libido, específicas ó disposicionales para cada individuo, desde las cuales la estructura neurótica ó psicótica se configura.

Si existen de manera patológica las dos primeras series en el desarrollo de determinada persona, puede relacionarse con que la adolescencia puede constituir la situación desencadenante, ya que sabemos que en efecto, esta etapa adolescente contiene factores que incrementan las tensiones instintivas tanto endógena como exógenamente, pudiendo provocar un debilitamiento del yo, generándose de esa manera un obstáculo ante el cual, el sujeto puede echar mano de sus sistemas defensivos regresivos, generándose a su vez, el proceso psicótico.

Retomando las palabras de K. Lewin, observo que, la situación marginal provocadora de crisis en la adolescencia -- puede haberse presentado anteriormente (durante la infancia y las primeras relaciones interpersonales) aunque por otro -- modelo de factores y variables. Un ejemplo de ésto puede -- ser la situación de "doble vínculo" descrita tanto por P. Ri vi é r e, como por Bateson y Watzlawick en cuanto a la comu ni c a ci ó n : Por un lado, el niño que vive fijado a una intensa re l a c i ó n con uno de sus padres, recibe mensajes de éste, acerca de, por ej., que debe ser un niño responsable, que debe -- crecer y ser fuerte para poder manejar una serie de situaci o n es que le exigen ya desde entonces, mientras que por el --- otro lado, dicho padre, -víctima de su propio conflicto sim-

biótico-, le manda de manera indirecta, mensajes con los --
cuales anulan todo intento de crecimiento como de responsa-
bilidad y autonomía, amenazando continuamente su seguridad
personal.

De esa manera, el infante aprende que, de no crecer ni
fortalecerse, se le anulará (mensaje verbal consciente), al
mismo tiempo que, si crece y se fortalece, el padre le aban-
dona y le anula igualmente (mensaje inconsciente), de modo
que, por ambas partes, se le mantiene anulado, confuso y --
despersonalizado, no pudiendo aspirar a ninguna de las dos
metas, pues ambas son igualmente amenazadoras.



** Posición de anula-
ción del individuo esqui-
zofrénico.

(La situación de "doble vínculo" será mayormente explicada en
los capítulos correspondientes a dichos autores).

A mi juicio, este modelo del individuo marginal es un es-
quema altamente representativo de la situación esquizofrénica
general, y que se repite continuamente en virtud de dicho pro-
ceso. Es por ello que decidí trasladarlo a una situación dife-
rente a la establecida originalmente por el autor (la adoles-
cencia). Pretendo con ello aclarar que, para el paciente es-
quizofrénico, la adolescencia no será el punto crítico de par-

tida para la psicosis, sino una repetición más de un esquema que, añadido a los vividos anteriormente, sumen una cantidad infranqueable para la poca integración yoica. En cambio, un individuo que llegue a la adolescencia sin tal monto de carga conflictiva (es decir : sin que se den las dos primeras series en forma patológica), su integración y fortaleza yoica responderán a la etapa adolescente con mayor resistencia, elaborando su cambio y adaptación de forma más o menos sana, sobre lo cual proseguirán un desarrollo exitoso.

3.- ANTIPSIQUIATRIA

FRANCO BASAGLIA .

Franco Basaglia es un antipsiquiatra de origen y nacionalidad italiana, que ha revolucionado los conceptos clásicos de la psiquiatría y de la salud mental.

Es muy importante revisar sus conceptos en cuanto a la violencia que sufre el insano mental, tanto en el terreno familiar como institucional.

Basaglia se refiere a nuestra sociedad como la primera inductora del individuo hacia la insanidad mental, ya que se dirige hacia ellos como un patrón discrepante en cuanto a lo que significa la coherencia y la lógica del bienestar social que buscan aparentemente las instituciones en general para las personas desadaptadas y desajustadas psíquicamente.

Afirma que tanto las cárceles como los manicomios, no responden para la rehabilitación del enfermo mental, sino que ambas responden a la exigencia del sistema social, el cual tiene como fin último la marginación de quien rompe con el juego social, la marginación del que no acepta la problemática de la violencia institucionalizada que gobierna en nuestra sociedad.

Afirma también que nuestra sociedad, tal como está organizada, no está hecha a la medida del hombre sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, pensando en la eficiencia productiva y marginando total ó parcialmente a quien no responde a este juego (material altamente congruente con la afirmación de Beteson acerca de las redes de comunicación).

Por ello, dichas personas son tratadas no por lo que padecen, sino por las molestias que causan. Así, los enfermos deben de levantarse en el manicomio a una hora determinada, no cuando él quiera; luego debe tomar fármacos cuando los enfermeros las suministran; enseguida debe ir a la sala de estar en cuanto el enfermero lo indique; aún para ir al baño tienen una hora determinada, y las diarreas son siempre abundantes, por lo cual se "hacen encima" y se les etiqueta entonces de "sucios"; "el sucio", que es un nuevo tipo de nosografía psiquiátrica. Si el enfermo protesta, se le ata. Luego viene la hora de la comida, la cual la deben hacer rápidamente para volver a la sala de estar y posteriormente a esperar la noche, la cual llega siempre pronto porque el médico debe retirarse a atender sus consultas privadas, y los enfermeros han terminado su turno (B.6 pág.19). *

* "La Institucionalización Psiquiátrica de la Violencia" Conferencia dictada por Franco Basaglia.

Como puede observarse, estas instituciones no hacen prevalecer una ideología curativa y terapéutica, sino punitiva y de castigo. Todas estas instituciones son la estrategia misma del sistema social : la cárcel, el manicomio, la familia, los medios de comunicación (Revisar Beteson), estrategia que sirve para la conservación del sistema social a través de su represión. (B.6 pág.31).

Así pues, Basaglia concibe a la familia, como un sistema ideológico que se repite en todas las instituciones sociales : en el manicomio existen los que curan y los - que son curados, (el padre y el hijo), en las oficinas y trabajos institucionales, los que mandan y los que obedecen (el padre y el hijo) y así sucesivamente, con lo cual se establece un juego dialéctico en el cual cada individuo está preso si quiere seguir existiendo (ya que la única forma de existir es hacerlo de acuerdo a dicho sistema social). Luego, la violencia que se genera a nivel humano es intolerable : la persona se "quiebra" y "enferma", por lo cual es trasladada (marginada) hacia otra gran familia igualmente punitiva : el manicomio, la cárcel, etc.

Así el individuo va enredándose en una telaraña cada vez más densa, tejida por el repudio social de toda la institución alienada que es la familia.

Vemos, entonces, esta gran violencia reproducida como - eco a través de todas las esferas sociales.

En la psiquiatría esta política se presenta absolutamente. "No es que la enfermedad no exista, sino que el uso

que se le dá a dicha enfermedad es un uso político y social que destruye al enfermo. (B.6 pág. 28).

Aparte de la marginación que implica ser enfermo mental, sufren también de ser "etiquetados" bajo un diagnóstico que favorece dicha marginación, una etiqueta que les impide manifestarse como seres humanos, sino que los convierte en una mera representación de lo "malo", lo "enfermo" y lo "contaminado".

A través de todo esto, vasos que la familia, institucionalizada a través de todo nuestro sistema social, promueve el desajuste de todos aquellos que, víctimas del poder, sufren las consecuencias de su incongruencia y alienación.

DAVID COOPER

Es imprescindible revisar, dentro de la corriente antisiquiátrica, las ideas y conceptos básicos de otro de -- sus grandes exponentes : David Cooper; y digo imprescindible porque mi trabajo trata del continente familiar como -- generador de alteraciones mentales y es en ese campo, donde Cooper ha contribuido valientemente, al estudio de esa institución controvertida en la actualidad : la familia.

Cooper afirma que el principal papel de la familia en la sociedad, es el de una función mediadora, principalmente entre las Instituciones que mantienen el poder, y los elementos que atienden a dicho poder. "En toda sociedad explotadora, la familia refuerza el poder real de la clase dominante, proporcionando un esquema paradigmático fácilmente -- controlable para todas las instituciones sociales"*, así la familia es reproducida continuamente dentro de nuestro esquema social; luego las fábricas, la escuela, el trabajo en general, las iglesias, los hospitales y las grandes empresas, cuentan siempre con la fórmula diádica básica de padre-hijo. Así existen padres buenos y padres malos, padres odiados y -- padres amados, hermanos y personajes oscuros que "dominan -- desde la sombra" *

Esta "familias" institucionales generan una base de -- irrealidad que se transmite de la familia originaria a la de procreación, provocando otra irrealidad erigida sobre la anterior irrealidad. Hablo de irrealidad porque en la "familia" institucional, no permiten a cada miembro ganarse auténticamente su rol ó crear el rol que se adapte a él, sino que

*La muerte de la familia, pág.7 .

los roles ya están dispuestos, como si fueran lugares vacíos, para que el próximo miembro los ocupa, y asuma así, -con toda sumisión- el rol del hijo aún cuando pueda querer ser padre. Luego entonces, cada persona responde a su rol, y no así mismos : "La familia convierte en anónimas - a las personas que trabajan ó viven juntas en una estructura institucional" (B.11 pág.7).

Esta exclusión de la realidad de la persona a través de ficciones internalizadas de su pasado familiar, lo vemos reproducido en todas las instiruciones anteriormente señaladas, incluyendo también el consultorio psiquiátrico, en el cual se induce al paciente a reducirlo a la misma situación binaria : terapeuta -paciente (los que crían y los que son criados, padre, hijo, etc.).

"La familia induce incluso a que sus miembros no cuestionen nunca exteriormente todo tipo de preguntas concernientes a la propia identidad". (B.11 pág.9).

En "Psiquiatría y Antipsiquiagría", Cooper expone claramente cómo, a través de miles de artificios desesperados, tales como los mensajes contradictorios y roles predispuestos, la familia orilla y margina a uno de sus miembros en la alineación mental, en cuanto dicho miembro trata de ir más allá en el cuestionamiento de su propia identidad. (Esto se reafirma en el material expuesto por Laing, así como por la misma teoría de la comunicación de Bateson).

"La familia no es sólo una bastracción, una falsa existencia, sino que también existe como un desafío a superar --

todos los condicionamientos que uno ha sufrido a través -- de ella". (B. 11 pág. 17).

De una manera sucinta, expondré a continuación los -- factores que, según D. Cooper, operan en la familia con -- efectos letales : (Copiado textualmente de las págs. 31 y 32 de "La muerte de la familia").

- 1.- Estrecha imbrincación entre las personas, proveniente del sentimiento de lo incompleto del ser. Ej. La madre, ya con carencias afectivas sociales extrafamiliares dados por la misma mujer-madre, en el sistema coloideal conjunto de la familia, absorbe a su hijo -- para que se convierta en ese pedazo de sí misma que -- le falta (que su madre le enseñó que le faltaba) y el factor que realmente le falta (el factor objetivo de su insuficiencia social).

El hijo, aunque abandone el hogar y se case, no podrá -- generalmente ser más completo que ella. La forma más extrema de salir de esta simbiosis, es aquélla en la -- que el hijo decide entregarse a una serie de actos que le procuren ser llamado esquizofrénico, con el translado a la réplica familiar que es el hospital psiquiátrico.

- 2.- La familia se especializa en la formación de papeles -- para sus miembros, más que para preparar las condicio- nes para que ellos asuman libremente su identidad. Esto los lleva a la duda antológica existencial en la -- cual, gran parte de ellos, son orillados finalmente a

a buscar respuesto ó al menos aliviar su búsqueda mediante otra situación más dolorosa aún : la enfermedad mental.

- 3.- La familia, como socializador primario del niño, le pone controles sociales que exceden claramente a los que el niño necesita para hacer su camino en la carrera llena de obstáculos que le planteen los agentes -- extrafamiliares del estado burgués, ya sean policías, funcionarios universitarios, psiquiatras, asistentes -- sociales, ó finalmente su propia familia.

Es decir, lejos de darle la afirmación y seguridad -- elementales para poder afrontar las circunstancias del vivir, ya difíciles en la realidad, lo equipan con inseguridad, dudas antológicas y falta de afirmación --- constantes, para luchar con medios aún más dificultados por ellos mismos. (Dichas Instituciones "Familiares").

- 4.- La familia deposita en el niño un elaborado sistema de tabúes. Ello se lleva a cabo, como la enseñanza de los controles sociales, mediante la implantación de la culpa, "La espada de Dámocles que descenderá sobre la cabeza de quienes antepongan a sus elecciones personales y sus experiencias propias a las prescritas por su familia y sociedad".

CAPITULO IV

TEORIA DE LA TECNICA EN EL TRATAMIENTO DE PSICOTICOS

- 1.- METODOS BIOLOGICOS-FISIOLOGICOS.
- 2.- LAS TERAPIAS CONDUCTUALES.
- 3.- EL PSICOANALISIS COMO TERAPIA PSICOSOCIAL.
COMUNIDAD TERAPEUTICA.

1.- LOS METODOS BIOLOGICOS - FISIOLOGICOS.

Estos métodos pueden clasificarse a su vez en las siguientes terapéuticas:

- 1.- Las quimioterapias.
- 2.- Las terapéuticas convulsionantes ó terapia de choque:
 - a) Electrochoque.
 - b) La cura de Sakel ó Insulinoterapia.
- 3.- Las curas de sueño'
- 4.- Psicocirugía.

1.- LAS QUIMIOTERAPIAS.

El uso de las quimioterapias ó tratamientos farmacológicos, en la creencia ó teoría de que algunas formas extremas de enfermedad mental, como la esquizofrenia y las perturbaciones afectivas, tienen su origen en anormalidades bioquímicas.

Hacia los años cincuenta, algunos informes al respecto produjeron considerable interés por la investigación de sustancias anormales en la sangre de esquizofrénicos y por el uso de drogas para aliviar la enfermedad mental. Uno de ellos, fué el uso de la teraxina, sustancia proteínica del suero sanguíneo de los esquizofrénicos, la cual al inyectarse en monos, produjo algunos de los síntomas de la esquizofrenia, temporalmente.

A partir de entonces, se pensó que la esquizofrenia fuese una enfermedad en que el cuerpo produjera anticuerpos que perturbaran el funcionamiento de las células cerebrales: había

que impedir ó bloquear la acción de tales anticuerpos.

Hacia 1952, se descubrió que la mezcalina (droga cuya acción es similar a la de la sustancia química corporal denominada epinefrina) producía un estado comparable al de la esquizofrenia.

Desde entonces, se han utilizado sustancias farmacológicas que estimulan ó deprimen la función de los componentes orgánicos que participan en la transmisión química de los impulsos nerviosos provenientes del cerebro.

Entre ellas, se encuentran la epinefrina y la norepinefrina (adrenalina y noradrenalina), la dopamina y la serotonina.

Las drogas que se utilizan mas a menudo en estos tipos de terapias, se clasifican en dos grupos generales: tranquilizadores y energetizadores.

Particularmente, en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas, los medicamentos se utilizan en dos tipos de tratamientos: 1) El tratamiento de ataque, que suele tener lugar en ambientes hospitalarios coincidiendo con la efervescencia delirante. En este caso del tratamiento de ataque, "el neuroléptico se elige de acuerdo a la prevalencia de algunos síntomas: cuando predomina la angustia, la despersonalización y la agitación expansiva moderada, están mas indicados los neurolépticos sedantes; si la agitación alcanza el nivel excitomaniaco, se administrarán neurolépticos mas incisivos; el delirio paranoico justifica a menudo la asociación de un neuroléptico incisivo, con un medicamento sedante. En las formas 'frías' en las-

que predomina el estado deficitario y un contenido delirante - pobre, suelen elegirse neurolepticos incisivos asociados a un antidepresivo" (B.13, Págs.531)

2.- TERAPEUTICAS CONVULSIONANTES O TERAPIA DE CHOQUE.

a) Electrochoque. Es utilizada esta terapéutica, principalmente en estados catatónicos, en los cuales debe ser aplicada en intervalos cortos, "en bloque". Está indicado también en las - catatonias estuporosas ó negativistas, e incluso en las formas depresivas. Algunos médicos lo utilizan también en todas las - formas graves de comienzo para reducir la agitación delirante y la angustia.

Técnica: el paciente debe estar en ayunas y debe tener - fuera cualquier tipo de prótesis dentales. Puede aplicarse bajo anestesia breve a fin de evitar el stress en el enfermo.

Mediante dos electrodos colocados en el área frontoparietal, se aplica una corriente eléctrica de 70 a 130 voltios, en una fracción de segundo. Este choque convulsivo eléctrico se desarrolla bajo las fases tónica, clónica, comatosa y de despertar de toda convulsión, y tiene por objetivo primordial producir un estado de coma que dura de minutos a horas después - del choque.

No se sabe aún se es el coma en sí el factor terapéutico ó si el valor del choque se debe a algún otro factor, como - cambios fisiológicos en el sistema nervioso ó la creación de - una reacción psicológica intensa. Cuenta la posibilidad de que

para los pacientes deprimidos su efecto sea indirecto a través de la reducción de la culpa, considerándose el choque como un "castigo" que se merecen por alguna transgresión real ó imaginaria. (B .65 Pág,451)

Entre sus posibles reacciones colaterales, se consideran los efectos adversos en el aprendizaje y en la retención, añadidos a la perturbación del funcionamiento integral del organismo.

La crítica mas austera a este sistema, es la de que en hospitales con deficiencias en el personal, se ha usado esta técnica de manera indiscriminada, para hacer al enfermo mas "tratable" y no con el fin de ayudarlo.

b) LA CURA DE SAKEL O INSULINOTERAPIA.

En la actualidad, es una técnica poco usada. El principio de esta cura, consiste en determinar una dosis determinada de insulina, provocando con ello un coma hipoglucémico de una duración media de una hora, el cual es interrumpido bajo riguroso control por la administración de glucosa.

La dosis de insulina debe ser determinada por tanteo, comenzando por una dosis de 10 a 20 unidades, añadiéndose cada día 10 unidades hasta provocar el efecto deseado. El coma insulínico deseable se obtiene con dosis que varían de 60 a 120 unidades. Tras un coma de una hora, se procede a la administración de azúcar ya sea por sonda nasal ó vía intravenosa.

La principal indicación de esta cura, es la esquizofrenia

incipiens, desde los primeros meses de evolución, así como en la confusión mental prolongada. Se indica también en los estados depresivos prolongados en un sujeto joven, ciertos delirios crónicos, etc.

Como con el electrochoque, se recomienda su uso sólo para pacientes graves con los cuales han fallado otros tipos de terapias.

Existe otra versión de esta cura, en la cual la insulina se administra en dosis menores, con el fin de conseguir la sudoración abundante, evitando el coma. Por ello se les denomina "choques húmedos". Se deja llegar al enfermo hasta el torpor ; cuando se presenta la tendencia a dormirse, se le da a beber - té azucarado y aromatizado. Su indicación general son los estados de angustia.

En general , de toda cura por Insulinoterapia, se pretende un despertar (precedido por la angustia) para muchos autores tranquilo, vital y saludable (B.13, Págs.532,1024)

3.- LAS CURAS DE SUEÑO.

Se entiende por cura de sueño, los métodos que permiten obtener un sueño discontinuo y de profundidad variable, durante varios días.

Esta cura se lleva a cabo con la ayuda de hipnóticos especializados y potencializados y en buenas condiciones de tranquilidad y aislamiento. La cura se hace generalmente en una ha

bitación individual, aunque ciertos autores han utilizado con provecho, la habitación común, en la que 5 ó 7 enfermos comienzan y terminan su cura juntos. Las drogas utilizadas son muy variadas. Los barbitúricos y neurolépticos constituyen la base de todas las curas.

Es utilizada por algunos, como método de regresión controlada y asistida para los esquizofrénicos en fase de angustia (intensa), catatonia, y que parecen no poder ser abordados sin una modificación de su experiencia delirante.

4.- PSICOCIRUGIA.

Ha sido utilizada en casos de graves trastornos emocionales, y ha sido la técnica mas dramática y que ha producido mayores decepciones.

La forma de cirugía mas conocida es la lobotomía prefrontal, operación en la que se cortan las fibras nerviosas que conectan los lóbulos prefrontales con el hipotálamo, con lo que se pretende suprimir las señales de ansiedad.

Entre los efectos colaterales, se mencionan:

- a) Pérdida del interés en el cuerpo y en la relación del yo con el ambiente.
- b) Incapacidad de prever las consecuencias de una sucesión planeada de actos personalmente importantes.

- c) Indiferencia a la opinión de los demás.
- d) Aumento de conducta impulsiva, ya que los remordimientos, la culpa y el temor desaparecen.
- e) Reducción de la capacidad de formar una imagen de sí mismo-unificada y proyectarla al futuro. (B. 65, Pág. 456)

Ya que la psicocirugía, una vez efectuada, es irreversible, y tomando en cuenta que sus resultados son inciertos y poco comprendidos, se considera que es un método sólo de último recurso.

2.- EL METODO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL.

Este método consiste en aplicar los fundamentos del condicionamiento al problema de la perturbación mental.

Afirman que toda conducta patológica, exceptuando cuando se trata de causas orgánicas, puede comprenderse mejor y tratarse más adecuadamente en función de las condiciones de reforzamiento "anormal" que llega a asociarse con los esfuerzos de conducirse de los sujetos particulares que están "aprendiendo"

El aspecto particular de este tratamiento, es pues, que se dirige a la modificación de la conducta y no de la "mente", ó algún supuesto núcleo de "perturbación mental" . (B.65, Pag.472)

En la terapia conductual se tratan únicamente conductas - explícitas, y ello se hace mediante la administración ó retirada de reforzamientos.

Entre las variantes figuran la extinción, en que se retira todo el reforzamiento cuando ocurre la respuesta indeseable; la desensibilización. como en la inhibición recíproca. en la que el individuo supera su ansiedad aprendiendo a permanecer completamente relajado ante los estímulos que inicialmente le producían ansiedad.

La terapia implosiva, en que se fuerza a la persona a afrontar los estímulos que le producen miedo y a descubrir que no le hacen daño; el aprendizaje aversivo ó castigo, en que las respuestas indeseables se asocian con estímulos aversivos ó nocivos; el reforzamiento positivo, en que las respuestas desea-

das se moldean mediante consecuencias agradables; la imitación-de modelos, en que el individuo observa la conducta deseada y luego recibe reforzamiento por darla él mismo, y finalmente, - la economía de fichas, en las que los individuos de una Institución ganan fichas por presentar conductas específicas, fichas que después pueden cambiarlas por diversos privilegios especificados.

Nota Introductoria:

He anotado estos dos grupos de terapéuticas anteriormente expuestas, como procedimientos complementarios de lo que considero el tratamiento mas adecuado para pacientes con perturbaciones psicóticas; éste es un conjunto de técnicas psicoanalíticas y psicosociales que incluyen la terapia individual, la terapia de grupo, la terapia familiar (bajo una orientación que expondré mas adelante), así como terapias de acción, corporales, de expresión artística, informativas recreativas, aplicadas dentro de un contexto que procura mantener la interacción y la comunicación fuera de pautas -- alienantes.

Debo, al mismo tiempo, hacer hincapié en la opinión de que tanto los métodos fisiológicos como conductuales y otros métodos terapéuticos (ocupacionales, recreativos, quimioterápicos, etc.) funcionan, ante el punto de vista generado por mi base teórica, sólo como complemento ó auxilio de una situación patológica crítica que impida el abordaje -- analítico que considera los factores psicodinámicos de la enfermedad del paciente y que promueve su verbalización.

Con ésto, queda sentado que dudo de la -- eficacia de cualquier tratamiento para psicóticos utilizado -- en forma aislada. De manera resumida, subrayo la importancia de una terapéutica en cierta forma ecléctica, que permita la convergencia de terapéuticas biológicas, psicológicas y sociales, y asiento mi convicción de que tal integración constituye actualmente el procedimiento mas eficaz para enfrentar la -- ecuación etiológica de la enfermedad mental.

Elegí a la Clínica Mendao para realizar mi tesis, por el hecho de coincidir fundamentalmente con el manejo de la técnica que, de acuerdo a mi base teórica, resulta de lo más evolucionado y completo en el tratamiento de psicóticos, aquí en México.

En la clínica Mendao no se aplican métodos terapéuticos de castigo, aislamiento, electrochoques ni terapias convulsivantes; los procedimientos farmacológicos son utilizados sólo como complemento de las demás áreas de tratamiento..

He elegido la orientación y forma de trabajo de esta Institución, por resultar congruente con mi marco teórico, ya que desde esa perspectiva, Mendao concretiza la aplicación mas evolucionada de la teoría psicoanalítica, como terapia psicosocial y en interrelación con otras disciplinas psicoterapéuticas. Esta clínica, fundada hace cuatro años y medio, es la primera en México para enfermos mentales en la que se los trata con métodos derivados de la teoría psicoanalítica, de la teoría de la comunicación y de la psicología social.

Como información adicional, podemos decir que Mendao atiende a un número reducido de pacientes (de 10 a 15 pacientes simultáneamente) y cuenta con personal especializado para cada una de sus áreas que trabajan de manera coordinada, además de personal de servicio y mantenimiento del lugar. En la actualidad se encuentra ubicada en Calle Vasco de Quiroga # 1251, Sta. Fé, México, D.F.

Expondré a continuación la ideología terapéutica y el conjunto de técnicas que de ella se derivan, que sustenta el Instituto.

Se citan sus concepciones acerca del trabajo de equipo, (de la comunidad terapéutica), de la terapia de grupo, de familia e individual, porque resultan un ejemplo de la aplicación del psicoanálisis como terapia psicosocial. En sí, la Clínica Mendao es una comunidad terapéutica que incluye procedimientos psicofarmacológicos, elementos de psiquiatría clásica y -

de psicología convencional (como pruebas psicológicas y psicodiagnósticos) así como la teoría psicoanalítica, de la comunicación, cuya convergencia epistemológica forma el campo en el que insiden los procedimientos terapéuticos que ahí se emplean. La Clínica Mendao posee las siguientes áreas:

- I) Comunidad Terapéutica.
- II) Psiquiatría.
- LII) Psicodiagnóstico
- IV) Psicoterapia Individual
- V) Psicoterapia de grupo.
- VI) Psicoterapia familiar.
- VII) Psicoterapia de acción.
- VIII) Terapia ocupacional.
- IX) Grupos Operativos.

Una vez expuesta la información básica sobre el Instituto cuyos trabajos citaré a continuación, y para hacer más explícita su forma u orientación de trabajo, expongo la filosofía y ética de dicho Instituto, sobre todo en el área grupal, familiar e individual. Esta exposición fué realizada por los integrantes del Staff de psicoterapeutas, y presentada durante el programa CONVERGENCIAS organizado por el mismo Instituto (). Se transcriben textualmente debido a que es un trabajo ajeno y con el fin de no alterar la fuente y el estilo de las exposiciones.

Los trabajos que se citan son:

- a) "Trabajando en equipo" Por:
- b) "Terapia de grupo" Por:
- c) "Terapia individual " Por: Dr.A.Mendizábal y Psic.R.Zepeda.
- d) "Terapia familiar" Por:

a) TRABAJANDO EN EQUIPO

El presente trabajo es el resultado del esfuerzo de intentar comunicarles cómo procedemos en el Instituto Mendao, al tratar a pacientes con trastornos mentales graves, especialmente psicóticos ó con núcleos psicóticos importantes.

El trabajar en equipo es una consecuencia natural de cómo se concibe al paciente, pero también, de cómo se considera la tarea de llevarlo a un mayor grado de evolución.

Este será, por lo tanto, el microprograma de la introducción: la concepción del psicótico como paciente, el tipo de soluciones que se proponen para superar su problemática y, en segundo término, la modalidad de organización que adopta el conjunto de especialistas que lo tratan.

Cómo concebimos al psicótico?

Es una pregunta muy compleja, cuya respuesta es incompleta y relativa pero para los términos de una práctica en el Instituto Mendao, tomamos en consideración lo siguiente :

Es una persona con dificultad para aceptar la realidad externa, que usa mecanismos para resolver los planteos de la misma, muy relacionados con sus deseos y con su poca tolerancia al dolor mental; sus técnicas son evasivas.

Pensamos que el psicótico, sí percibe la realidad y además, lo hace con rapidez, pero sus respuestas tienden a ser estereotipadas y a no respetar esa realidad. De ahí que la transforma de acuerdo a sus necesidades y su debilidad yoica, creando su propia realidad, producto de sus transformaciones y de las defensas y adaptaciones autoplásticas.

El psicótico, sí percibe la realidad. Es un observador ó un crítico de ella, pero sus angustias lo llevan a magnificarla y, por lo tanto, a sentirse más importante y sin esperanza de poderla modificar en algún grado operatorio para vivirla; de ahí que tenga que transformarla de acuerdo a sus fantasías; no respeta las percepciones de la realidad para modificar la visión que tiene de las relaciones objetales, de las cosas ó de la naturaleza.

En estrecha relación con su percepción de la realidad, está el vínculo que establece con ella pues no sólo la reniega, la transforma, sino que ataca la información que le ofrecen sus órganos perceptuales y todos aquellos elementos de su personalidad que le ofrecen un contacto con ella, inclusive el pensamiento.

Hablar de psicosis es referirse, en alguna forma, a estructuras que no llegaron a evolucionar.

En el área del pensamiento hay concretismo y dificultad para simbolizar. El pensamiento verbal no se ha alcanzado ple-

namente ni se le usa, si se le posee. Se le toma y se le ataca.

Los mecanismos de proyección e introyección sufren trastornos vinculados a experiencias muy tempranas dentro del juego de integración -desintegración; hay mayor tendencia a la de sintegración ó escisión. El vínculo es predominante de agresión y los derivados libidinosos son superados. Las angustias son -- primitivas, intensas y de carácter funcional, persecutorio ó de presivo.

Consideramos que cuando las causas son psicógenas, los de lirios y alucinaciones tienen sentido y significado en relación con la historia del paciente.

Que el paciente psicótico presenta cambios de transferencia y que ésta es repentina, intensa, cambiante y a su vez gene ra reacciones contratransferenciales intensas.

Pensamos que las crisis psicóticas pueden ser fuente de - información y que su elaboración, puede ocasionar cambios impor tantes que produzcan un mayor grado de evolución.

Que en un sentido general, el tipo de pensamiento del psi cótico tiene como función descargarlo de tensiones, angustias y estímulos; es decir, ser más evaluativo que elaborativo.

El psicótico tiene déficit en las estructuras y en las -- funciones que nos permiten efectuar la discriminación de lo que es mundo interno y mundo externo.

La mente del psicótico es poco continente de las experiencias de la vida mental y real externa.

El psicótico posee permanentemente, un grado importante de regresión y simbiosis con sus objetos internos.

Teme pensar y también tiene un sentimiento muy semejante hacia cierto tipo de emociones e impulsos instintivos.

Posee, en general, un super-yo primitivo, persecutorio, prohibitivo, y cruel que dificulta la posibilidad de gratificación. Desde la teoría de las relaciones de objeto, el psicótico tiene un vínculo fuerte con los llamados objetos malos, ante los que tiene que someterse, dañarse o invalidarse en un diálogo simbiótico de reclamo.

Respecto a la familia y por ende a la sociedad, el psicótico es vulnerable al llamado "doble vínculo" y a los mandatos ideológicos.

Es susceptible a los deseos inconscientes de padres y abuelos, sobre todo los no explicitados. Es depositario de la patología familiar; de ahí que la familia lo ame y lo ataque y, en muchas ocasiones, desee depositarlo en las instituciones curativas, como una medida de protección y seguridad ante lo rechazado y escindido del grupo familiar

Como puede apreciarse, la patología de la psicosis es compleja, con manifestaciones intrapersonales, interpersonales y transpersonales, comprendiendo con éste último término los fenómenos que vienen de fuera del grupo familiar, pero que se enclavan en él y lo enferman.

En la génesis del padecimiento no sólo hay experiencias alterantes, sino con frecuencia ausencia de experiencias básicas. Tal sería el caso del déficit en la función de simbolizar, conectada con la imposibilidad de comprender el sentido de las propias emociones, circunstancias que no permite la abstracción de un conocimiento de ellas y que no se dió desde la relación madre-bebé. Se dice que no hubo en la madre, suficiente capacidad de "reveria".

Ahora bien, en consonancia con estos conocimientos está el diseño del centro. Lo primero que esperamos ofrecer es comprensión y nuestra propia capacidad de elaboración.

Hay necesidad de una fina y persistente labor de reestructuración.

Hay necesidad de que las partes ó funciones que han permanecido estancadas o regresadas, alcancen un mayor grado de evolución.

Para ello, aceptamos la necesidad de asociar los conocimientos del psicoanálisis con aquellos conocimientos de las ciencias sociales.

Consideramos también que, aun cuando sea creado artificialmente, el psicótico necesita un tiempo, un espacio y un conjunto de relaciones interpersonales, con actitud terapéutica para ser rehabilitado.

Consideramos también que, tanto los pacientes como nosotros, tenemos un límite de tolerancia al dolor mental; por esta razón, hacemos uso de medicamentos para tratar de modular su patología, mientras buscamos la superación de su conflictiva con un conjunto de psicoterapias en un clima emocional tolerable.

El ambiente de la comunidad terapéutica es un elemento básico que funciona, en sí, como un elemento de cambio y a su vez presta el marco y soporte al enfermo que sufre múltiples angustias mentales.

Se procura cuidarlo y protegerlo de sí mismo y de otros - pacientes en crisis, tolerando precisamente su crisis, procurando no interrumpirla.

Esto exige la existencia de un cúmulo de conocimientos y acuerdos colectivos. Un sólo hombre no lo puede efectuar; se necesita la colaboración en el más alto grado posible, de un equipo.

Cada área terapéutica llena su función pero sin olvidarse de las otras, se apoya en los conocimientos obtenidos en ellas.

Las normas son elaboradas por todos y como necesidad y -- consecuencia de la convivencia.

Las autorizaciones de visitas, salidas, elaboración de -- planes terapéuticos o modificación de ellos, son el resultado -- del trabajo y opinión del equipo como un todo ó parcialmente; -- la voz del paciente también es escuchada y existe la preocupa-- ción permanente de ir valorando no sólo la parte enferma, sino-- también la parte neurótica y sana. Procuramos discriminar lo -- cuando que hay aun en el más enfermo y promover el crecimiento-- de esta parte, al mismo tiempo que disminuir la acción y presen-- cia de la parte enferma mediante todas las terapias y la siner-- gia de elementos terapéuticos.

Este trabajo nos impone un cambio también a nosotros con-- su consecuente monto de angustia, dolor y esfuerzo de adapta--- ción.

Nos lleva a la vigilancia permanente de nuestra conducta, pues si bien nuestra intención es ayudar al proceso de curación también podemos ayudar más a un paciente ó a la comunidad.

En una comunidad terapéutica, los límites imprecisos de la salud y la enfermedad, se hacen más difusos aún. La conciencia de ello nos lleva a desear y a necesitar la acción de los grupos operativos y el análisis personal sobre todo.

Nos lleva a desear tener grupos de estudio y momentos de reflexión acerca de lo que hacemos en los controles y supervisiones y también, nos conduce a no imaginar a la investigación como algo idealizado y lejano; nos lleva a verla integrada en un conjunto de acciones.

Así, vemos la necesidad de enlazar nuestro trabajo, la reflexión, el estudio y la investigación como hechos cotidianos y deseables.

En esta tarea tan comprometida, si bien no escapamos a la competencia, rivalidad y el narcisismo, necesitamos la capacidad de comprensión y creatividad del ó de los enfermos.

Nos une la presión emocional de un lugar y una tarea, pero sobre todo, la idea de que somos más capaces de actuar unidos y la decisión de estar organizados en un equipo, ó más bien en un conjunto de equipos.

Estos equipos se integran con los pacientes, el personal de servicio, el personal administrativo, los psicoterapeutas, los psiquiatras, los médicos generales, las enfermeras psiquiátricas, el médico internista, los supervisores, los especialis-

tas de actividades creativas ó recreativas y terapia ocupacio--
nal.

Procuramos pensar que cada labor y cada opinión tiene un-
valor en sí, pero que este valor se hace más trascendente cuan-
do se engarza en el todo funcionando.

Este trabajo procura explicar este funcionamiento, y al -
mismo tiempo, ejemplificar como se trabaja en equipo.

Colateralmente, vamos a intentar explicar los métodos de-
trabajo y algunos elementos teóricos que se constituyen en orga-
nizadores de nuestro pensamiento y acción.

Sería muy incompleta esta introducción, si no dijéramos -
que estamos en constante proceso de aprendizaje; que guardamos-
agradecimiento a los que nos ha precedido en este esfuerzo de-
enfrentar la enfermedad mental Institucionalmente y que, parte-
de la función del equipo es aceptar el error, el error en el pa-
ciente, en la familia, en nosotros, en la sociedad, en los cole-
gas, pero no aceptarlo pasivamente, sino buscar abstraer un co-
nocimiento, base tal vez de futuras mejoras y prevención de --
otros errores.

b) TERAPIA DE GRUPO

El hombre no podría subsistir solo, ya que su sobrevivencia está determinada desde el principio, por su integración al primer grupo : la familia. De allí en adelante, ésta se ampliará, modificará ó reducirá...Existirán otros, pero de esta capacidad para convivir ó no en grupos, dependerá la salud ó la enfermedad.

El psicótico, como nosotros lo conceptualizamos, es el -- miembro emergente de un grupo social enfermo y su problemática, difícilmente, se comprenderá y resolverá aisladamente. Así, en el grupo terapéutico, podemos visualizar en forma directa las -- modalidades del psicótico en sus relaciones interpersonales y -- conocer sus formas de comunicación.

El grupo terapéutico encuadra dentro de la comunidad, como una pieza armónica en forma de terapia intensiva, que se realiza 3 veces por semana con duración de una hora y 15 minutos -- cada sesión.

Cada grupo es coordinado en co-terapia por un terapeuta -- varón y una mujer, lo que permite reproducir la situación de -- triangularidad real del grupo primario, actualizando la expresión de conflictos y repitiendo vencerlos. Así, es como en uno de los terapeutas se depositen aspectos negativos, mientras --

con el otro, se da una liga positiva, lo que facilita la labor. La coterapia ofrece muchas ventajas, por ej.: dos perspectivas enfocadas a un mismo problema, en que un terapeuta puede sumergirse mucho más en una situación, mientras que el otro queda rescatado y puede observar el conjunto total. En pocas palabras, es la carga compartida pero también las satisfacciones.

Es importante recalcar que, las psicoterapias de grupo son supervisadas en una sesión semanal de 1 hora de duración con dos supervisores, lo que permite enriquecer la comprensión por la visión descontaminada de la persona que consideramos de "afuera", favoreciendo el afinamiento del instrumento de trabajo y el conocimiento teórico. Prevalece la idea de cooperación en un ambiente, generalmente libre, que permite reconocer nuestros aciertos y errores y es el espacio para instrumentar estrategias y resolver problemas técnicos concretos.

La técnica que utilizamos, es la de psicoterapia analítica de grupo, privilegiando la interpretación grupal y en transferencia, si bien esta modalidad interpretativa, en ocasiones se dificulta por el grado de regresión del psicótico, su patología tan florida, su tendencia al autismo y su lenguaje especial, son estos mismos problemas los que acentúan lo indicado de su uso.

Confiamos, no sólo por nuestro conocimiento teórico, sino también por la experiencia viva que el psicótico es capaz -

de tener transferencia, la cual varía del neurótico en su intensidad y calidad ya que, los terapeutas, en lugar de ser "como - si fuesen papá y mamá" pasan a "ser papá y mamá" como una realidad.

Sin embargo, la transferencia no es sólo hacia los terapeutas, sino hacia todos los miembros del grupo, y gracias a su manejo adecuado, se puede dar el funcionamiento del grupo como un todo. Los participantes, de una manera ú otra, van proyectando desde su historia individual sus fantasías inconscientes en los terapeutas ó compañeros, objetos comunes a todos.

Sus asociaciones, dinámicamente relacionadas, se van creando hasta constituir la fantasía grupal inconsciente, la cual se articula en forma fragmentada muy gradualmente y, a través de - mucho tiempo.

No obstante, tenemos muy en cuenta los hechos reales y externos de la vida del paciente, pero es aquí donde la historia-clínica salta al cambio cualitativo de lo biográfico y se trasciende la teoría para aparecer el enfermo, como una persona susceptible a rehabilitación.

El ver en un compañero problemas serios y, de algún modo-comunes, tiene varias ventajas, suele suceder que sea más fácil reconocer lo que le pasa a otro y las raíces de su problema, lo que permite, posteriormente, comparar y así, aceptar cosas de -

uno mismo. Tampoco hay que menospreciar la importancia de los señalamientos de los compañeros. Es usual que el psicótico -- sea más accesible a otro psicótico, -quien comprende más su - lenguaje, debido a que hay más posibilidades de identificación. Así, sus intervenciones hacen más permeable a la persona la labor terapéutica.

Resulta evidente que manejar un grupo terapéutico de psicóticos, no es fácil; ocurren cosas que difícilmente ocurrirían en un grupo de neuróticos. Estos hechos requieren de -- una gran sensibilidad en los terapeutas, un manejo adecuado de la contratransferencia y del gran apoyo que implica el coterapeuta colega con quien, al finalizar cada sesión, hemos de reunirnos a comentar y compartir, para así poder clarificar lo sucedido; analizar los significados ocultos y descubrir los ataques al pensamiento que siempre acarrea el trabajo con psicóticos, y así estar preparados para el hecho real de que no siempre estará todo claro; que en muchas ocasiones existirá confusión, pero que el éxito de nuestra labor estriba, sobre todo, - en nuestra capacidad para ser continentes de todo aquello que los psicóticos nos depositan.

Así, para poder realmente visualizar el grupo del psicótico, tenemos que saber que un gran porcentaje de ellos, el - grupo es vivido inicialmente como peligroso, ya que aquí suelen reactivarse las fantasías más arcaicas. Así, es común que se presente el pánico a la fusión con el grupo, el cual se pue

de inferir por ej., de la tendencia a no incluirse todos los -- miembros, ya que, alguno tiene que permanecer afuera llegando a patentizarse esto, en ocasiones, en un entrar y salir de las se-- siones.

Otro temor frecuente, es el miedo a ser contaminado con -- la locura de otros, temor que un paciente expresaba diciendo -- que no podía estar en el grupo porque el aire estaba envenenado por los que fumaban adentro.

Sabemos que en todos los grupos hay fenómenos individua-- les y colectivos, sustentados en supuestos básicos ya estructu-- rados; nuestros grupos no difieren en ésto de los demás. La di ferencia estriba, sobre todo, en la intensidad de los fenómenos Así, se da la existencia del líder, en quien se puede depositar todo lo bueno acatando su mandato y dependiendo de él, ó, el -- otro extremo, que sería el del "chivo expiatorio", que es conde-- nado todo lo malo y a quien se tiende a expulsar.

La articulación básica de ésta área con las restantes, es tá en lo conceptual, ya que la ideología, las promesas, los co-- nocimientos y los objetivos, son comunes, aunque los pasos y -- técnicas sean diferentes, pero convergentes.

En lo objetivamente práctico, la posibilidad de ser con-- gruentes y convergentes, nos lo proporciona la intercomunica--- ción con los diferentes terapeutas y formalmente, el ámbito de-- la junta clínica.

El mayor vínculo del grupo está dado por dos aspectos: en el aspecto grupal, tiene que ver con toda la vida comunitaria - en general; es muy frecuente que aquellos problemas que ya se plantearon en la asamblea, salgan a relucir nuevamente en el -- grupo, el cual es un contexto diferente, ya que es interpretativo y permite profundizar en las motivaciones grupales y, entender los mecanismos que subyacen. Además de que, al ser el grupo más reducido, favorece la participación de miembros de otro modo más silenciosos. Es importante recalcar que la transferencia de nuestros pacientes, tiende a darse con la Institución como un todo y, que también así es interpretada en el contexto de ésta terapia.

En es aspecto individual, se evidente que se liga tanto - con las psicoterapias individuales, como en las familiares. El paciente tiende a repetir tanto su conducta individual como su rol familiar, pero éste nuevo grupo, tampoco lo acepta así, sino que presiona el cambio.

C) TERAPIA INDIVIDUAL

Las reflexiones acerca de las características de la terapia individual en el Instituto Mendao, nos condujeron hacia algunos hallazgos. Por ejemplo, encontramos que no existe una terapia individual uniforme, ya que son las circunstancias de la realidad las que determinan diferentes modalidades, no sólo de la terapia individual, sino de tratamiento integral del psicótico.

Consideramos que las condiciones óptimas para el tratamiento se da cuando el paciente puede sujetarse totalmente al programa terapéutico de Mendao. En este caso el terapeuta individual pertenece al equipo interno, está en contacto con las distintas áreas terapéuticas con las que comparte también una posición teórica, sin embargo, Mendao es una Institución cuya población proviene mayoritariamente de las derivaciones de médicos y terapeutas que actúan como responsables del paciente y con los que el equipo interno está en la mejor disposición de colaborar. Resulta de interés mencionar que también hemos tenido internamientos voluntarios.

En algunos casos la terapia individual está a cargo de médicos urgidos por la necesidad de resolver los problemas agudos de un paciente ó de un terapeuta; su labor entonces tiene poco que ver con la función elaborativa profunda que para el tratamiento de psicóticos se aboga Mendao.

Otros son los casos en que las concepciones teóricas de los médicos que hacen ingresar a sus pacientes al Instituto, --son distintas de las que nosotros sustentamos. Algunos piensan que las psicosis no son tratables con psicoanálisis y su interés se centra en sacar a sus pacientes de la crisis aguda con medicamentos con los que los refuerzan a largo plazo.

De la psicoterapia no conciben otro beneficio que el apoyo y el consuelo que puede obtenerse del contacto humano en los difíciles momentos de la crisis.

Otros médicos ó psicólogos poseen la convicción de que la psicoterapia es un importante apoyo para readaptar al paciente; los índices de progreso dados entonces por logros prácticos como la recuperación de la capacidad para restablecer contacto con la familia, volver al trabajo ó ser más independiente.

También se ha dado el caso de que aquellos médicos que --sustentan enfoques muy alejados del proceder de Mendao, al asistir a las juntas clínicas, convierten el intercambio de opiniones con el equipo, en una especie de tribunal que juzgará la interacción que ha tenido con su paciente; algunas veces han sido ostensibles rasgos reactivamente defensivos, quizá dictados por sentimientos persecutorios. Pensamos que tales actitudes pueden deberse tanto a la gran diferencia de enfoques teóricos, como a que el terapeuta que vive la crisis, está sujeto también a la tensión que en ese momento sufre todo el entorno del paciente psiquiátrico.

Cuando un paciente que ha estado en análisis ó en psicoterapia tiene una crisis catastrófica, el terapeuta se siente criticado por el paciente y por sus familiares, sobre todo cuando no se advierte previamente que la crisis es un fenómeno habitual en el tratamiento de psicóticos. Estos terapeutas, cuando tienen otro caso que podría ser tratado en Mendao ó cuando su paciente presenta otra crisis, prefieren internarlo en otra Institución que proporcione, más que un continente, una contención física y química y en la que su labor quede confinada en la reserva del consultorio particular.

También hay terapeutas que discuten ampliamente su posición; en estos casos buscamos la aproximación y la armonización más que la confrontación de las técnicas; en ocasiones hemos concluido que los métodos son incompatibles y algunas veces hemos permitido también los procedimientos que los terapeutas demandan. Esto plantea el importante problema teórico de "la propiedad del paciente", que no abordaremos en esta exposición en que nuestra tarea debe centrarse en delinear cual es la clase de terapia individual acorde con la estructura teórica y social del Instituto Mendao.

Afortunadamente, en mayor número recurren a Mendao terapeutas que por su formación ó por su enfoque teórico, logran integrarse con la estructura y funcionamiento del Instituto y trabajan con el equipo interno con el que mantienen una estrecha comunicación; asisten a las juntas clínicas, nos enriquecen con

sus aportaciones y se benefician con los informes que les proporcionan las diferentes áreas terapéuticas de la Institución. Es conveniente advertir que la mayor parte de las terapias individuales se inician en el internado, se continúan en el hospital de día y se siguen después durante varios años con el mismo terapeuta. Cuando un terapeuta externo comparte nuestras premisas teóricas y de ellas desprende sus recursos técnicos ó cuando el terapeuta pertenece al equipo interno de Mendao que, repetimos, es el caso óptimo, se dan las condiciones de trabajo que detallaremos más adelante.

Son las condiciones particulares de cada paciente las que nos conducen a evaluar si debe estar internado en hospital de día ó tener un programa que hemos denominado "terapias fraccionadas". En éste último caso, se privilegian aquellos eventos terapéuticos que han probado eficacia para promover el cambio y la mejoría del paciente. También consideramos necesario aclarar que por la conjunción de múltiples factores que sería improcedente analizar aquí, que se emplea también otro criterio de agrupamiento para los pacientes; unos son los que llegan a Mendao a resolver una crisis aguda, otros, los que permanecen un período intermedio que excede a la resolución de la crisis y -- que abarca un tiempo en el que pueden alcanzar cierto grado de tranquilidad y de estabilidad antes de retornar a sus lugares de origen, a sus hogares ó a reintegrarse a su cotidianeidad. Y otros más sobre los que hemos concluído que necesitan un largo tiempo de tratamiento, que permanecen internados ó en hospital de día y para los que se busca en forma amplia y profunda la utilización de los recursos de elaboración que ofrece Mendao

El concepto de "psicosis", que comparte nuestro equipo es tá ya expresado en las "premisas teóricas" que cimientan el -- funcionamiento de la Institución, premisas que, aún cuando toda vía poseen un carácter fragmentario y limitado, pretendemos que se constituyan en un enunciado de tal naturaleza que englobe -- una incipiente teoría de las psicosis. No presentamos tal teoría como un producto terminado, aún es incompleta y quizá oscura en muchas de sus partes. Por lo mismo permite y alienta la investigación teórica y clínica que un futuro la conducirá a un mayor grado de evolución e integración.

La búsqueda de diferencias y semejanzas entre la psicoterapia para neuróticos y para psicóticos arroja interesantes resultados: existen elementos comunes en ambos procedimientos; -- aparentemente se actúa en la misma forma con los dos tipos de - paciente. Sin embargo, hay elementos que aún cuando esencialmente son los mismos, tratándose de psicóticos adquieren tal in tensificación y predominancia que finalmente se marcan algunas diferencias.

Igual que en el tratamiento de neuróticos existe un encuadre, aunque con los psicóticos éste no signifique un horario fi jo, un lugar específico, ni el uso del diván. Pero ciertas --- actitudes del terapeuta se mantienen; procura no dirigir, no -- orientar, no educar. En ningún caso el terapeuta juzga o califica al paciente y también guarda abstinencia, lo que tratándose de psicóticos significa que no contesta a todas sus pregun tas y que procura no hacerlo objeto de su necesidad y deseo.

Algunas de las características del psicótico colocan al terapeuta en una situación de mayor esfuerzo. Tiene que tolerar ser continente de fenómenos que a veces no comprende, debe soportar la incertidumbre y la duda y del no saber y respetar este no saber para no violentar la situación con falsas interpretaciones. Debe conocer que hay escisiones en el tiempo y aceptar que algo que se inicia hoy, va a ser completado quizá en cuatro ó cinco ó veinte días ó en un mes ó dos después.

El terapeuta tiene que tomar en consideración toda una serie de factores específicos de la psicosis como es el deseo de control del paciente psicótico dentro de la relación terapéutica.

Un elemento común en la vida mental de los psicóticos, son las transformaciones amplias, intensas y desconocidas, que constantemente hace el paciente. La vida mental del terapeuta está regida por los fenómenos de la represión. El ha evolucionado hasta el pensamiento verbal y los fenómenos que encuentran en el psicótico se sitúan antes del pensamiento verbal y están sujetos a otras codificaciones que nada tienen que ver con los elementos abstractos inherentes a dicho pensamiento verbal. El terapeuta trabaja a veces más con imágenes y con fenómenos tales como alucinaciones, ilusiones ó somatizaciones. Congruente con su técnica debe seguir pesquizando los fenómenos inconscientes. No sólo tiene que admitir su presencia sino que debe servirse de ellos para comprender lo que acontece en el mundo interno del psicótico.

Sí en la terapia del neurótico es importante respetar el tiempo, con los psicóticos es necesario hacerlo más que nunca. Pero aquí el tiempo no es el tiempo formal de 50 ó 60 minutos, sino el tiempo interno del paciente el que debe ser tomado en cuenta. Hay momentos en que el paciente no tolera el vínculo con el terapeuta y es necesario entonces permitir que rompa el tiempo destinado a la sesión. También somos sensibles y reconocemos la necesidad que existe a veces de dedicarles mayor tiempo, aún cuando este requerimiento nos plantea un problema que no hemos podido resolver. Por el momento mantenemos un esquema de 3 sesiones semanales que si bien resulta apropiado para la mayoría de los casos, en otros debiera ser intensificado.

Las terapias individuales se imparten dentro del Instituto para aquellos pacientes que se encuentran internados.

En ocasiones el terapeuta se enfrenta a la necesidad de dar terapia en el jardín ó durante un paseo, ó bien fraccionada en diferentes momentos de interacción con el paciente. Los pacientes de hospitales de día, son trasladados en muchas ocasiones al consultorio de los terapeutas.

El diseño de la técnica para la psicoterapia individual no solo depende de posiciones teóricas, sino que también está determinado por factores de la realidad. Así tenemos casos de pacientes que no podrán permanecer en el Instituto más que por un breve lapso; para ellos es indispensable superar cuanto antes su crisis a fin de reintegrarse a sus labores habituales.

En estos casos la tendencia de todas las áreas terapéuticas es darle la máxima estructura que pueda obtener en el tiempo de que dispone y evitar la natural desestructuración que - como consecuencia de un proceso analítico sobrevendría inevitablemente. Ya que en consonancia con la teoría psiconanalítica consideramos que cada interpretación produce minirupturas epistemológicas que consecuentemente llevan a la desestructuración. No se trata pues, de una modalidad caprichosa el aceptar ó promover la crisis, es un criterio que surge de nuestras posiciones teóricas. Es importante destacar que éstas pequeñas crisis sustituyen muchas veces a las grandes crisis, lo que constituye una verdadera ventaja.

Otra de las razones para no impedirla, es el hecho de que en el momento de la crisis surge la oportunidad de tomar contacto con una serie de elementos que permanecen ocultos durante el período de la no crisis.

Los objetivos ó metas que a continuación vamos a enunciar, constituyen hasta cierto punto una abstracción. No existe una técnica que se aplique en forma esquemática a todas las personas sin discriminación. Por otra parte estos lineamientos no están presentes permanentemente en la mente del terapeuta, aunque podría afirmarse que son antecedentes y consecuencia de una buena terapia individual.

Consideramos que es difícil y quizá hasta riesgoso, establecer una programación fija desde la primera sesión. La psicoterapia no sólo es un procedimiento de curación, sino un método de investigación en el paciente. Así, cada sesión consti

tuye una unidad que se eslabona con la siguiente a lo largo de todo el tratamiento, para constituirse en el proceso a lo largo de todo.

A pesar de la apariencia caótica que una descripción de esta naturaleza aparenta, existen determinados elementos que -- aparecen en las "premisas teóricas", que son los verdaderos organizadores tanto del funcionamiento mental del paciente, como de la terapia.

Cuando se siguen estos elementos podemos observar que --- existe un orden específico, pero es un orden que está inscrito en la mente del paciente y que se encuentra relacionado con --- aquello que pudo haber sido una evolución más ó menos normal, y que se busca que el paciente pueda realizar a través del tratamiento. Es de advertir que en el psicótico más que en ningún otro paciente, es indispensable comprender la ausencia de determinados momentos en la evolución. La terapia se constituye en realizaciones ó fuentes de experiencias que sirven para llenar aquellos vacíos que provocaron mutilaciones en la estructura -- mental del paciente.

Sí se nos preguntara si en la terapia individual de psicó-- ticos el proceso es diferente que en la de los neuróticos, es-- trictamente hablando tendríamos que contestar que no. De igual manera escuchamos el discurso del paciente teniendo en cuenta -- su contenido latente, igual aceptamos el juego de las emociones que se tornan en vínculo con el terapeuta, de la misma manera -- tratamos básicamente de hacer consciente lo inconsciente; sin -- embargo, la estructura de Mendao obliga a realizar también una

labor permanente de integración de todos aquellos acontecimientos que surgen en los diferentes campos terapéuticos.

El concepto de "defensa" es significativo y válido en el tratamiento de psicóticos, sólo que se trata de defensas que -- pertenecen predominantemente al campo de la psicosis, son defensas violentas y muy intensas que tienen que ver con angustias - muy primitivas y que como agravante, se presentan en personas - que tienen enormes dificultades para comprender.

Mientras que el neurótico tiene una importante capacidad de elaboración y logra enfrentarse con la realidad externa e interna, el psicótico tiene tendencia a la evasión y a la evacuación de sus contenidos mentales. Es labor del terapeuta buscar estos contenidos y rescatarlos, en el propio cuerpo del paciente, en el cuerpo roto del psicótico en el espacio, en el tiempo en diferentes partes del tiempo, dentro del propio psiquismo y dentro del propio cuerpo del terapeuta.

En la terapia del psicótico más que en ninguna otra, es importante atender a ciertos procesos como son el mejoramiento de la calidad y capacidad del pensamiento, que en este tipo de paciente tiene como característica primordial el evadir y el evacuar; este rasgo revela la dificultad del psicótico para tener pensamientos y para pensar sus propios pensamientos, que la mayor parte de las veces, tienen una peculiar calidad concretista

En el difícil camino de mejorar los procesos de simbolización, en el tránsito desde lo concreto hasta lo abstracto, el -

terapeuta se enfrenta con la paradoja de ayudar a pensar a un paciente que precisamente por sus trastornos de pensamiento no puede comprenderlo y que además teme el pensamiento, el propio, el del terapeuta y el de otras personas. El psicótico atacará el pensamiento ajeno y a veces las propias partes de sí mismo que podrían conducirlo a la estructuración de los elementos -- fundamentales para pensar. Es decir: atacará sus percepciones y los derivados de sus percepciones, sus emociones y sobre todo atacará esa capacidad sutil de comprender qué es una emoción y qué significa especialmente para él.

La terapia del psicótico exige del terapeuta aquellos atributos que se resumen con el término "reverie"; tolerancia, paciencia, comprensión y elaboración, como también que durante un largo período el terapeuta sea un continente elaborativo -- para el paciente y que le devuelva aquellas cosas que expresó, vivió, manifestó, en una forma "digerida" y avanzada. En virtud de este proceso paulatinamente el psicótico va a adquirir sus estructura, se capacitará para pensar sus propios pensamientos y obtendrá los elementos que le permitan disponer de un tipo de pensamiento que llegará a ser continente de sus -- propios contenidos mentales.

La crisis catastrófica a veces desborda también la mente del terapeuta, que contiene no solo al paciente, sino a una serie de eventos que se dan en la familia, en la institución, en los otros colegas y en el grupo social.

En tal momento, es necesario que el terapeuta conozca la existencia de estos fenómenos para que tenga la posibilidad de rescatarse a sí mismo y seguir guiando al paciente para -- que mediante la elaboración, pueda encauzar todos estos fenómenos a través de un delicado camino que lo llevará al campo de la represión y por lo tanto, de la neurosis.

Para que esto suceda, el terapeuta tiene que aceptar la frustración, los ataques a sus palabras, el odio a la realidad interna y externa, porque el psicótico odia la realidad a causa de su gran sensibilidad; por su incapacidad para tolerar el dolor mental, porque no tiene filtros para evitar la percepción simultánea de los estímulos y porque carece de elementos organizadores que le permitan el ordenamiento de los fenómenos.

En un aspecto más fino, la terapia busca la reparación de las estructuras yoicas, la integración de los objetos internos del paciente -parciales ó mutilados-, y lanzados al espacio ó proyectados en su cuerpo. Busca el mejoramiento de la simbolización y la evolución de todo aquello que quedó estancado, porque si bien es cierto que en la psicosis hay muchos fenómenos regresivos, éstos tienen que aunarse y comprenderse junto con los que no pudieron evolucionar.

La terapia logra poco a poco, con el efecto modificador y profundo de cada interpretación, que el paciente mitigue la crudeza de sus angustias al conjugarlas con emociones positivas que se suscitan en la relación con el terapeuta.

En la terapia para psicóticos se encuentran siempre fenómenos que pueden calificarse como "simbióticos" y es indispensable trabajar a favor de la individuación del paciente. Este es un aspecto al que el terapeuta debe dedicar especial atención porque si bien, la tendencia a establecer vínculos simbióticos es hasta cierto punto natural, el psicótico aún no rehace aparentemente el vínculo con las personas, suele estar profundamente unido a objetos ideales de los que no solo es incapáz de desprenderse, sino que siente un enorme temor a hacerlo. Si es forzado desde afuera, ó se fuerza él mismo violenta ó prematuramente, teme morir ó enloquecer más, y en ocasiones busca de hecho la muerte como un alivio a su dolor mental.

El paciente pasa de una situación en la que teme y destruye el conocimiento producto de su propia observación, reflexión y percepción, hasta llegar a una situación en donde encuentra verdadera satisfacción en ser conocido por el terapeuta, y son precisamente de las emociones que surgen en relación con el terapeuta, como puede llegar a realizarse este tipo de vinculación.

Dicho de otra manera, el paciente es conducido desde un vínculo en -K a un vínculo K. El psicótico comienza a considerar al terapeuta, como una persona que siente como él, y adquiere sentimientos fundamentales como la culpa y el agradecimiento, sentimientos que integrados dentro de una serie de procesos, le conducen a etapas más avanzadas como aquellas que son conocidas como situaciones edípicas.

MP
21-4

WAIS Español

Escala de Inteligencia para Adultos

PROTOCOLO

Nombre ⁻³¹⁵⁻ Marina Zárate Ruiz
 Fecha de Nacimiento _____ Edad 34 Sexo _____ Estado Civil _____
 Nacionalidad _____ Examinador _____
 Sitio de Examen _____ Fecha 12 Nov 80

Ocupación _____ Educación _____



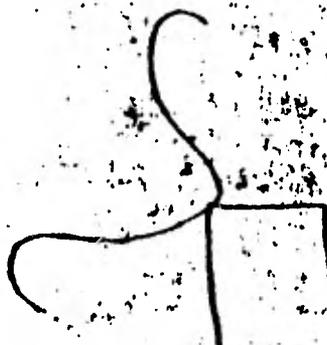
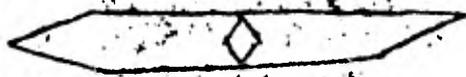
PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Similitudes	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-28	26	28	27	78-80	87-90					19
18	28	26	25	28	26	76-77	83-86	21		26	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	25	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	25	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	68-71	19	44-45	22	40	14
13	21-22	21	14	20	13	59-62	64-68	18	42-43	20-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-55	62-65	17	39-41	20-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	55-61	15-16	38-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-23	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-20	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10	9	26-31	34-37	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	7	22-25	35-40	8-9	21-24	18-17	23-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	6	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4	4	14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	3	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2	2	10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	1	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1			4-5	8	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0			0-3	0-7	0	C-1	0-4	0-2	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	20	12
Comprensión	18	10
Aritmética	11	10
Similitudes	21	14
Ret. de dígitos	9	7
Vocabulario	56	12
Puntuación Verbal		65
Claves	42	8
Figuras incompletas	11	8
Diseños con cubos	28	9
Ord. de dibujos	24	10
Composición de objetos	19	6
Puntuación de ejecución		41
Puntuación total		
Puntuación verbal = 65 CI 104		
Puntuación de ejecución = 41 CI 89		
Puntuación total = 106 CI 97		
Promedio		

A. INFORMACION	Punt. 160		Punt. 160		Punt. 160
1. Bandera	1	11. Estatura	160	21. Países	12
2. Pelota	1	12. Italia	Roma	22. Génesis	
3. Meses	1	13. Ropa	camiseta + calzon	23. Temperatura	40°
4. Termómetro	1	14. América	12 out 1472	24. Ilíada	Homero
5. Hule	1	15. Don Quijote	MDS	25. Vasos sanguíneos	Arterias
6. Presidentes	1	16. Vaticano	San Juan de la Virgen	26. Corán	Alcorán
7. Dante	1	17. Ecuador		27. Fausto	
8. Semanas	48	18. Egipto	Desierto del	28. Etnología	245 naciones
9. Alaska	1	19. Levadura	triple a. múltiple	29. Apócrifos	
10. Brasil	1	20. Población	70 m		20

OBSERVACIONES: buena

T. buena





- ETC -

Mucho se ha discutido acerca de si los psicóticos viven ó no el edipo. Existen evidencias acerca de lo que viven, pero desde sus estructuras psicóticas; ellos dan los mismos pasos - que los neuróticos en la evolución, pero los acontecimientos - imprimen huellas ó estructuras diferentes que determinan que - vivan el fenómeno edípico deformado y persecutoriamente.

Al final del camino se habrá logrado que el paciente tolere más el dolor mental, que no lo evada, que busque dentro del propio arsenal que representa ahora su mundo interno, aquéllos elementos necesarios para resolver situaciones cotidianas.

Ahora existe mayor tolerancia al desprendimiento de sus - objetos y una mayor confianza, porque esos objetos se encuentran ya en su mundo interno como objetos buenos que pueden --- acompañarlo en sus momentos de soledad, no son ya fantasmas -- que como antaño salían de sí para acecharlo desde afuera. Ha logrado juntar los fragmentos que a consecuencia del bombardeo de su propia agresión, habían dejado desolado su mundo inte---rior.

Al término del proceso, el paciente posee una visión más-general de la realidad externa y de la interna, como consecuencia del paralelismo que puede ya establecer con sus objetos integrados y completos. El paciente mejora su capacidad de contacto con las personas y goza de relacionarse con ellas; aprende a disfrutar cuando integra también todos los derivados de - la libido. Llega a aceptar que la vida transcurre y que es -- una sucesión permanente de pruebas y de problemas. Y acepta -

también que lo único que ha obtenido es la capacidad de utilizar mejor sus recursos en este constante batallar con la vida-externa e interna.

Aún cuando persiste una cierta modalidad psicótica y aunque, psicótico ó neurótico, ninguno quede "químicamente puro", es posible desde una visión teórica, consignar como grandes -- avances del psicótico, el que logre después del proceso conectar su fantasía con realizaciones y muchas veces adelantarse -- con ella a los acontecimientos; poder soñar, poder diferenciar lo que es mundo interno del mundo externo, poder permanecer en mayor grado completamente despierto ó completamente dormido, -- disminuir su peligrosidad al integrar el vínculo de afecto, de amistad, de estimación para los demás, hasta obtener un equilibrio interno del que pueda surgir la capacidad de amar a otros- y de amarse él mismo.

Dr. Antonio Mendizábal

Psic. Rita Zepeda Gorostiza .

d) TERAPIA FAMILIAR

En nuestra Institución, la terapia familiar forma parte de la estrategia terapéutica de todos nuestros pacientes por dos razones:

La primera, porque consideramos que el psicótico es el resultado de la interacción patológica de los miembros de una familia.

La familia es la unidad donde él nace, crece, se desarrolla y recibe, tanto la ideología como la cultura que gobiernan la actitud y la toma de posición en relación con los objetos y problemas reales de su existencia social e individual.

En otras palabras, la experiencia nos demuestra que, donde hay un psicótico, existe un grupo familiar con mecanismos patológicos de comunicación.

Si la familia no es estudiada y tratada, se dificultará la terapia con el paciente porque éste, cumple el rol de depositario de la psicosis y de los deseos inconscientes de la familia.

La segunda razón es de orden práctico. Al estar la psicosis en toda la familia, los límites de aquélla rebasan la fenomenología individual; así, la terapia familiar nos permite apreciar en vivo, los factores desencadenantes de la psicosis y comprobar que, el síndrome latente en la familia, se manifiesta en el enfermo.

fin, todo aquello que ha enfermado al paciente.

El segundo objetivo es de índole terapéutica: busca la cura de la propia familia. El trabajo clínico está destinado a elaborar las circunstancias, situaciones ó problemas que se -- hayan detectado. Así, por ejemplo, se les ayuda a elaborar -- sus duelos patológicos, a desprenderse de las ligas hacia lo -- perdido y a dejar libres los vínculos libidinales.

En cuanto a su ubicación institucional, el área de terapia está interconectada con las otras de nuestra institución.

Existe una colaboración de doble vía con todas ellas. Para ello, empleamos los canales formales e informales

Proporcionamos información a las otras áreas sobre nuestros hallazgos en relación con los factores desencadenantes de la psicosis, con el desarrollo del padecimiento, con los mitos familiares sobre el mismo, con los hechos biográficos ocultos, con la patología latente y manifiesta en otros miembros de la familia.

Asímismo, comunicamos una serie de datos que se perciben con otras terapias en el múltiple entrecruzamiento de la transferencia y la contratransferencia, pero que la terapia familiar los recaba en vivo.

En ocasiones, otras áreas nos solicitan que nos aboquemos con la familia a la elaboración de problemas específicos, rela

Asimismo, podemos comparar algunos fenómenos que se aprecian en las familias de psicóticos, con lo que el enfermo recibe en la comunidad que estamos construyendo. En la práctica, estos fenómenos son antagónicos y contradictorios. Mientras en la familia la comunicación no es directa y no se maneja la verdad ni se da voz al paciente, en la comunidad ocurre lo opuesto.

Mientras la familia aísla, la comunidad conecta e incluso, rompe el verticalismo. La familia excluye; la comunidad tiende a incluir. En la familia, la consigna es la impotencia; en la comunidad se alienta la creatividad.

Por otra parte, la familia del psicótico está entrecruzada de alianzas para el control; nuestra comunidad busca aliados para la autonomía.

Mientras el grupo familiar pretende petrificar al enfermo en su rol, nosotros abogamos por la ruptura de estereotipos.

Al tener en cuenta las dos razones aludidas, resulta fácil entender los objetivos de la terapia familiar.

Los primeros son de índole informativa. Están relacionados con el diagnóstico: se pretende conocer la estructura interna de la familia del psicótico, sus leyes de funcionamiento y la determinación estructural que generan los factores desencadenantes de la psicosis. Así, conocemos los mitos, los secretos, las prohibiciones, la comunicación patológica, en--

CAPITULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

- 1.- MARCO TEORICO DE LA METODOLOGIA.
- 2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.METODOLOGIA.
- 3.- RECABACION DE DATOS.
- 4.- MUESTRA TOMADA PARA LA INVESTIGACION.
EXPOSICION DE LA SESION FAMILIAR, COMO
UN CORTE TRANSVERSAL EN EL CONTINUO DE
UN PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO.

1.- MARCO TEORICO DE LA METODOLOGIA.

Mi estudio se llevará a cabo analizando una familia de un paciente psicótico, en un período de perspectiva temporal-relativamente corto, en un momento determinado.

En base a dichas observaciones y tomando como punto de partida los datos referidos del paciente enfermo, se formularán las conclusiones que, acorde a mi marco teórico, detecten las posibles causas que hayan promovido en el paciente, la vulnerabilidad hacia la enfermedad.

Para esto, el análisis de la interacción se llevará a cabo sobre una sesión terapéutica analítica a que dicha familia se somete (incluyendo al paciente) en la clínica que se les atiende.

Es necesario aclarar una vez más, que el presente estudio es de índole observacional y no experimental, por lo que los recuentos estadísticos y las muestras numerosas no son de nuestra competencia.

En este estudio observacional, basta tomar un corte momentáneo de una situación dada que se conforme como una totalidad, para poder efectuar un análisis minucioso y profundo de dicho campo. La validéz de este procedimiento de observación se sustentará a continuación en los postulados teóricos-

que constituyen la metodología de la presente investigación - observacional.

KURT LEWIN Y LA TEORIA DEL CAMPO.

Kurt Lewin fundamenta el estudio de la personalidad, - considerándola siempre en relación y en función de su ambiente. Al estudiar la psicología del individuo, el campo del - cual el científico debe ocuparse es el "espacio vital"; dicha construcción teórica consiste en la unicidad de la persona y - su ambiente psicológico, tal como existen para ella, es de - cir: no es posible estudiar a un individuo aisladamente de su medio, ya que vive inmerso en él, siendo influenciado y modificado continuamente por sus influjos, pero tampoco se puede - estudiar el medio ambiente como hecho objetivo, sino como - existe para ese individuo en particular, generando entre am - bos, una combinación única.

La construcción teórica "campo", es estudiada como toda conducta -incluyendo acción, pensamiento, deseo, esfuerzo, valoración, ejecución- , que se concibe como un cambio de - cierto estado del espacio vital en una unidad de tiempo dada.

El espacio vital debe incluir todos los hechos que tengan existencia y acción sobre el presente, y excluir aquellos hechos físicos, sociales ó geográficos que aunque existan fí-

sicamente, no existen ú operan en la psicología presente del individuo. (B. 32, pág.65)

Lewin atribuye existencia a todo lo que tenga efectos - demostrables: puede calificarse de existente "...en la psicología del individuo, el ambiente y la persona tal como ésta - última los percibe conscientemente por lo general en es espacio vital; pero también se incluyen estados inconscientes en la medida en que por observación directa ó inferencia, el científico pueda determinar que producen efectos"

"El espacio vital incluye metas, estructuras cognitivas y necesidades entre otros, y excluye aquéllos que suceden a distancia, -fenómenos sociales, físicos, políticos, etc.- , que no tienen efecto directo sobre el individuo." (B. 32.Pág. 11)

La zona limítrofe es definida como la zona vecina del espacio vital central, que constituye acontecimientos políticos, físicos, económicos, legales y sociales, que sí tienen efectos sobre el estado de la persona.

CONTEMPORANEIDAD.

Este principio expone que los únicos factores determinantes de una conducta determinada en un tiempo dado (el campo psicológico), son las propiedades del campo en ese tiempo, ya que únicamente el sistema contemporáneo puede tener efectos en cualquier momento.

Esto no quiere decir que Lewin no repare en la histori-

cidad del individuo y en sus hechos pasados, ni que descarte la teleología de él mismo (sus anhelos, esperanzas, metas) , sino que toma éstos solo cuando en el presente siguen ejerciendo influencia. Esto corresponde a la expresión Lewiniana del análisis de una situación "en un momento dada", lo cual se refiere no a un momento sin extensión temporal, sino a cierto período de tiempo que estará determinado por el alcance ó dimensión de la situación a tratar; cuanto más macroscópica sea la situación a tratar, mayor será el período que se ha de observar para determinar su naturaleza.

Podemos decir que se trabaja con "unidades situacionales", las cuales han de concebirse con una extensión respecto de sus dimensiones de campo y temporales.

Obviamente, para cada "dimensión de Unidad conductual" ha de coordinarse una "dimensión situacional" diferente, ó bien, estudiar siempre el hecho de acuerdo su perspectiva temporal, la cual incluye la totalidad de criterios del individuo acerca del pasado y futuro existentes sólo en ese momento dado. (B.32, Págs. 60,61,81)

Hay que recordar finalmente, que el campo psicológico - pasado, es uno de los "orígenes" del campo presente, el cual a su turno, influye en la conducta.

La objetividad en psicología exige representar correctamente el campo, tal como existe para el individuo en cuestión, en ese momento determinado.

Para este campo, las amistades, las metas conscientes ó

inconscientes, los sueños, los ideales y los temores, son por lo menos, tan esenciales como cualquier situación física.

Enfatizando lo anteriormente dicho, repito que "una de las características básicas de la teoría del campo en psicología, es el requisito de que el campo que influye sobre un individuo, se describe no en términos "fisicalistas objetivos" , sino de la manera en que éste existe para la persona - en ese momento."

"Describir 'objetivamente' una situación en psicología, significa describir la situación como una totalidad de aquéllos hechos y sólo de aquéllos, que configuren el campo de ese individuo" (B. 32, Pág.69)

En resumen, Lewin afirma que, de acuerdo a la teoría del campo, cualquier tipo de conducta depende del campo total, incluyendo sus perspectivas temporales.

Estudiando las propiedades del campo como un TODO, - (analizando su grado de diferenciación, su atmósfera, sus estímulos, necesidades, relaciones sociales y grado de libertad, etc) se podrá determinar la verdadera posición del individuo.

La observación del individuo con su grupo (el campo y espacio vital del individuo está configurado generalmente en primera instancia por un grupo, básicamente el familiar) contribuye más precisamente e analizar su posición como individuo, que si se le analiza individualmente.

La observación del grupo proporcionará mas y mejor material para la caracterización de la posición y el papel del individuo dentro del grupo; determinará, por consiguiente, el significado de su conducta, con mayor precisión de la que se conseguiría observándolo mas o menos como una entidad superada. (B. 32, Pág.149)

La clase de interdependencia de los miembros (lo que mantiene unido al grupo) es una característica del grupo tan importante, como el grado de su interdependencia y su estructura.

El grupo es visto como un todo dinámico, el todo dinámico que conforma en gran medida, el presente del paciente.

El hecho de estudiar de esta manera al paciente y no en forma individual, supone un estudio por medio de mecanismos circulares y autorreguladores, mientras que las tendencias que consideran un estudio individual a través de su historia y experiencia total, utilizan mecanismos de causación lineales (Bateson), las cuales, según afirman Bateson y Ruesch, sólo comprenden una mínima parte de un gran sistema suprapersonal, y son propias sólo dentro de un marco de conceptualizaciones muy estrechas.

De acuerdo a K. Lewin, las teorías asociacionistas y del reflejo acondicionado, han usado este último método de estudio. Han tratado de vincular tanto el aprendizaje cognitivo como motivacional, con procesos de memoria; en otras palabras, se pretende que la asociación explique tanto la motivación co

mo la cognición. (B. 32, Pág. 73,75)

Esto significaría que los criterios del individuo están totalmente en función de sus experiencias pasadas, (de la misma forma en que Freud planteó su postulado del determinismo psíquico)

Ante esto, Lewin afirma que dentro del espacio vital del individuo, existe una plasticidad que hace más compleja la relación entre memoria y aprendizaje. Seguir las experiencias del pasado, es una forma de aprendizaje; sin embargo, se puede aprender también a NO seguir las experiencias del pasado , y SI dejarse guiar por un análisis teórico de la situación presente (B. 32, Pá.75)

En otras palabras, lo que el hombre vive, siente, piensa y hace en el presente, depende no solamente de sus experiencias pasadas, sino de los cambios que sobre ellas haya efectuado.

Aunque esta afirmación es un hecho cierto para mi marco teórico, es necesario observar que, lamentablemente (compartiendo una idea de Lewin) una de las razones para el lento progreso en la vida social, es que las personas son mas aptas (debido a problemas socioculturales que he esbozado en el capítulo precedente) para avanzar por el camino de la tradición que para efectuar análisis objetivos de sus experiencias y configurar de manera distinta su presente. Esta es una concepción Lewiniana ampliamente reforzada por los conceptos de Bateson acerca de la comunicación de las costumbres. (Revisar el apartado correspondiente a la teoría de la comunica -

ción).

Resumiendo: Basada en la conceptualización de Kurt Lewin acerca de que los únicos factores determinantes de una conducta en un momento determinado, son las propiedades del campo en ese tiempo, considerando también aquellos eventos pasados de la historia del individuo, sólo en la medida de que puedan ser inferidos del presente (es decir, que aún tengan efectos sobre la situación presente), es que puedo planear mi modelo de investigación tomando como "unidad situacional" de estudio, una sesión de psicoterapia familiar de un paciente previamente elegido.

Esta sesión será observada como una unidad situacional cuya extensión temporal dependerá de su situación presente; es decir: que eventos pasados serán considerados solo en virtud de que la situación presente delate que aún ejercen influencia ó efectos sobre ella. De esta manera, un corte transversal en la distancia y en el tiempo (espacial-temporal) de la vida del paciente y su grupo, es representativo de la peculiar interacción entre ellos, y de la historia misma del paciente.

Una vez expuestas mis bases teóricas para apoyar la metodología de mi estudio, expongo a continuación los pasos específicos de esta última.

2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.METODOLOGIA.

Se estudió a una familia que cuenta con un miembro - diagnosticado clínicamente como paciente psicótico y con predominio de sintomatología de este tipo, por medio de una sesión familiar elegida al azar, la cual fué transcrita y avalada por los terapeutas que la coordinan.

Como objetivo general, se analizaron sus procesos de comunicación, la forma en que se maneja y los productos de ello (vínculos, roles, manejo de la agresión y afecto entre las figuras parentales e hijos), así como la posición, relación y trato del paciente identificado en la familia. Todo esto se llevó a cabo mediante el análisis de los diálogos de cada uno de los miembros, enfocándolos básicamente desde mis hipótesis secundarias ó de investigación.

En virtud a ello y en acuerdo a mi marco teórico, observé los resultados, que cobraron validéz ó significación a su luz.

En base a ellos, elaboré mis conclusiones, y observé finalmente las limitaciones que posee mi estudio.

HIPOSTEIS.

La hipótesis general del estudio es la siguiente:

EXISTEN FACTORES EN LA INTERACCION FAMILIAR Y EN LOS CODIGOS COMUNICACIONALES QUE EN ELLA SE MANEJAN, QUE SE ACTIVAN DE MANERA DIFERENTE EN EL PACIENTE IDENTIFICADO, QUE EN LOS DEMAS MIEMBROS DEL GRUPO .

De estas hipótesis, se derivan hipótesis secundarias mediante las cuales se enfocó la investigación. Ellas son:

- No. 1.- Existe en la comunicación familiar, una emisión peculiar de mensajes ambiguos, confusos y contradictorios que afectan al miembro identificado como paciente psicótico, de manera diferente que a los demás miembros del grupo.
- No. 2.- En la constelación familiar, existe un tipo de relación simbiótica entre el paciente identificado y otros miembros del grupo, principalmente la madre.
- No. 3.- La etiopatogenia de la regresión se presenta de manera diferente en el miembro identificado como paciente psicótico, que en los demás miembros del grupo.
- No. 4.- Toda conducta en una situación de interacción, incluyendo el silencio, el sinsentido y la inmovilidad (silencio postural), tiene un valor de mensaje y por ende comunica.
- No. 5.- En la familia del paciente psicótico, tienden a manejarse mensajes que confirman ó descalifican (Watzlawick) la existencia de un miembro, principalmente el paciente identificado.
- No. 6.- En la familia del paciente psicótico, principalmente en la pareja parental, tiende a manejarse la comunicación, con confusión en los niveles de contenido y de relación (Watzlawick).

PASOS A SEGUIR.

Es necesario aclarar, que el estudio realizado es de in
dole puramente observacional, y en ningún momento se maneja-
de acuerdo a los lineamientos del método experimental, por lo
cual la "unidad situacional" se enfoca tal y como se present
ta en un "momento dado" (Lewin, ver marco teórico de la metod
ología), -siempre que cumpla con las condiciones a continuac
ción citadas- sin hacer manejo de variables ni modificacion
es al respecto.

Se siguieron los siguientes pasos:

- 1.- Se eligió al azar, una familia en la cual debía existir -
un miembro diagnosticado clínicamente como psicótico, y -
con rasgos dintomatológicos predominantes de dicho cuadro
clínico. La familia debía reunir las siguientes condicion
es:
 - a) encontrarse en tratamiento dentro de una institución -
psiquiátrica, , la que avalaría el diagnóstico.
 - b) la familia, así como su miembro psicótico,, debían en-
contrarse en terapia familiar dentro de una instituc
ción.
- 2.- Se eligió al azar, una de las sesiones terapéuticas de fam
ilia, cuyo contenido se transcribió fielmente y fué ava-
lada por los terapeutas que coordinaron la sesión.

- 3.- Se procedió al análisis de la interacción y comunicación-familiar en referencia al paciente psicótico, con base en el marco teórico anteriormente expuesto.
- 4.- Se afirmaron ó refutaron las hipótesis secundarias.
- 5.- Se afirmó ó refutó la hipótesis principal.
- 6.- Se observaron los resultados.
- 7.- Se elaboraron las conclusiones.
- 8.- En base a las mismas, se generan las sugerencias.
- 9.- Se marcan las limitaciones del estudio.

Otras consideraciones más específicas que son consideradas en la investigación, se refieren a :

INSTITUCION

La Institución en la cual se llevó a cabo el estudio, reúne los siguientes requisitos:

- a) Es de índole psiquiátrico y está dedicada exclusivamente al tratamiento de enfermedades mentales.
- b) Está especializada en el manejo y tratamiento de pacientes psicóticos.

- c) Tiene capacidad para pacientes internos.
- d) Se imparte para ellos psicoterapia individual , familiar - y de grupo.
- e) El personal terapéutico que en ella trabaja, está especializado en dichas funciones.

ESCENARIO.

El escenario en que se desarrolla la "unidad situacional", fué uno de los cubículos de dicha Institución, el cual está destinado para impartir psicoterapia familiar.

Reúne los siguientes requisitos:

- a) Tamaño adecuado (suficiente para que cada uno de los miembros de la familia, así como los terapeutas, se ubiquen con comodidad).
- b) Iluminación adecuada (suficiente para que permita la comunicación visual interpersonal).
- c) Aislamiento suficiente del medio exterior, para evitar todo ruido ajeno a la sesión familiar, lo cual permite hablar y escuchar sin perturbaciones.
- d) Cuenta con asientos suficientes para cada uno de los miembros así como para los terapeutas.

INSTRUMENTOS:

Básicamente, los instrumentos que intervienen en la for

mación y captación del material analítico, son dos terapeutas, uno de sexo masculino y otro de sexo femenino, que se complementan para el mejor desarrollo del trabajo psicoterapéutico.

SUJETOS.

Se trabajó con un grupo familiar, constituido por cuatro sujetos. Estos son: padre, madre y paciente identificada.

3.- RECABACION DE DATOS.

- a) SINTESIS DE LOS ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE.
- B) HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE.
- C) PRUEBAS PSICOLOGICAS PARA PSICODIAGNOSTICO, 1a. y 2a. APLICACION.
- D) DIVERSOS INFORMES DE LAS TERAPIAS DE GRUPO, DE FAMILIA, INDIVIDUAL, DE EXPRESION PICTORICA Y JUNTAS CLINICAS, (ORDENADAS EN ORDEN PROGRESIVO DE ACUERDO A LA FECHA), SOBRE LA PACIENTE IDENTIFICADA.

Nota:

La historia clínica, los psicodiagnósticos, las juntas-clínicas así como los reportes recabados acerca de la paciente, se exponen con el interés fundamental de que puedan observarse con algún detalle los datos en los que se respalda el diagnóstico de la paciente identificada.

Este material ha sido extraído del Instituto Mendao, ya que ahí ha sido elaborado por personas especializadas en las distintas áreas investigadas, las cuales avalan la confiabilidad de los datos. Estos informes han sido transcritos textualmente, con el fin de no distorsionar ó alterar el criterio de dichos especialistas.

Entre los datos recabados se incluyen:

- a) Una breve síntesis de los antecedentes de la paciente y su estado actual, elaborado por mí, en base a las fuentes externas de información y la historia clínica. Se expone a manera de introducción sobre los datos de la paciente.
- b) La historia clínica psiquiátrica elaborada por un psiquiatra de la clínica Mendao, y transcrita textualmente. Se expone con el fin de observar mas detalladamente, datos de la vida de la paciente, así como su evolución dentro de la enfermedad mental, las características de su grupo familiar y el abordaje del psiquiatra a dicho material.

c) Dos psicodiagnósticos realizados a la paciente, el primero poco tiempo después de su ingreso a la clínica, y el segundo más ó menos a la mitad del tiempo que permaneció en tratamiento. Se exponen porque constituyen la fundamentación del diagnóstico, además de que arrojan datos relevantes -- sobre la personalidad de la paciente.

Los nombres de las pruebas psicológicas aplicadas en cada uno, se exponen al principio del informe de cada uno de los psicodiagnósticos.

Esta información también ha sido transcrita textualmente.

d) Informes proporcionados por los especialistas que coordinan las terapias de grupo, de familia e individual de la paciente. Se agregan también informes del taller de expresión pictórica, de comunidad, y de revisión psiquiátrica, así como de las juntas clínicas (juntas en las que se reúnen los encargados de las distintas áreas de trabajo, para discutir el caso y la evolución de un paciente), realizadas sobre la paciente investigada en este estudio.

Todos estos informes han sido expuestos en orden progresivo de acuerdo al tiempo de su realización y al igual que los demás datos proporcionados por el personal de la clínica, han sido expuestos textualmente..

Se añaden a esta tesis porque constituyen datos que respaldan el diagnóstico de la paciente, y porque proporcionan información sobre el desenvolvimiento de la misma y su evolución dentro de la clínica.

a) SINTESIS DE LA HISTORIA FAMILIAR DE MARINA, SUS ANTE
CEDENTES Y SU ESTADO ACTUAL

La familia núcleo de Marina, consiste en el padre, la madre y cuatro hijos en total. La paciente estuvo casada en una ocasión anteriormente; actualmente está divorciada y con tres hijos -dos niños y una niña- de aquél matrimonio.

Padre: 58 años, es maestro y director de un departamento de informática.

Madre: 52 años, dedicada a las labores domésticas.

Hermanos: 1.-Silvia (33 años), Leticia (27 años) y Rodrigo (24 años).

Ex-esposo: 42 años, Ingeniero civil.

Hijos: 1.- Arturo (12 años), 2.- Silvia Marina (11 años) y 3.- Manuel (8 años).

La paciente nació sin problemas, y los padres refieren un embarazo deseado. Desde pequeña, tuvo problemas con su madre, la cual la atemorizaba en exceso y la golpeaba, además - de que (según comenta la paciente) la descalificaba continuamente. Fué por ello, una estudiante y adolescente introvertida, que además tuvo desde la edad de 6 años, la responsabilidad de cuidar de sus hermanos menores.

En 1959, vivió en la ciudad de Mazatlán, donde se sintió ligeramente liberada de la vigilancia de sus padres.

Presentó la menarquía a la edad de 12-13 años, la cual le asustó mucho. Tuvo en ese entonces, escarceos sexuales con un tío materno, sin llegar a una relación sexual completa.

A pesar de ser introvertida y seria, Marina tuvo dos novios con los que terminó por diferentes motivos. En 1962, se fué a vivir a Monterrey, donde presionada por su madre, aceptó relaciones de noviazgo con el que más tarde será su esposo.

Vivieron cuatro años de noviazgo y se casaron cuando Marina tenía 20 años. Al año de casada, se embarazó del primer hijo, y ya para entonces, sentía que su esposo la rechazaba, se enojaba y se mostraba sumamente irritable con ella.

A los 40 días de nacido su primer hijo, se embarazó del segundo, del cual nació una niña. Tres y medio años más tarde nació su tercer hijo, que fué varón. En ese momento, Marina sintió un rechazo intensificado de su esposo, quien le pidió incluso que abortara.

En 1972, se separaron por primera vez y Marina se fué a la casa de sus padres, de los cuales no sentía recibir apoyo, y regresó a su casa, siendo la relación con su esposo, distante y fría.

En 1975, comenzó a sentirse muy mal, con anorexia, insomnio y muy sola. Después de vivir un mes en un hotel con sus hijos, se fué con su hermana Leticia a Zihuatanejo, don-

de volvió a ver a su esposo (invitado por su hermana). Ella - quizo divorciarse, pero los padres no estuvieron de acuerdo.

Recurrió después a una tía, por lo que ingresó por primera vez al Hospital Español, siendo tratada durante 15 días con fármacos; se repuso temporalmente y volvió con su esposo en 1976, lo que intensificó su depresión, presentando idea - ción suicida. En diciembre de ese año, Marina intentó suicidarse, y después de su recuperación fué vuelta al Hospital Español, donde fué tratada por el Dr. "Y" durante un mes.

Marina dice haber tenido relaciones sexuales en esta época, de una manera de una manera compulsiva e indiscriminada, pensando que con ello podría curarse.

En el mes de mayo volvió a ingresar al H. Español por 15 días, y en septiembre, por el mismo período nuevamente, viniendo a la Cd. de México cada semana, para ver al Dr. "Y".

Como los viajes la hicieron sentir mal, entró en análisis dos años con el Dr. "Z", en la Cd. de Monterrey, tiempo en el que no ingresó al H. Español.

En diciembre de 1979, se llevó a cabo el divorcio, que fué promovido totalmente por Marina.

En septiembre de de 1980, Marina comenzó a relacionarse nuevamente con su familia, y fué entonces cuando presentó - grandes problemas en su trabajo (Jefe de Ventas), ya que su jefe la descalificaba continuamente. Esto la deprimió en - grado sumo y recurrió a una tía que la canalizó a la clínica Mendao, (a finales de 1980), donde fué tratada en todas las-

áreas que la clínica trabaja (expuestas anteriormente), -
aproximadamente durante un año y tres meses.

Alrededor de junio de 1981, fué tomada la muestra de -
sesión familiar de éste trabajo, y a finales de ese año, la -
paciente pasó a hospital de día durante dos ó tres semanas.

Aproximadamente en enero de 1982, la paciente fué dada-
de alta.

ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE.

A los seis meses de haber dejado el Instituto Mendao, -
la paciente se encuentra en la Cd. de Monterrey, trabajando -
como maestra (planta que tenía y no había perdido) y con sus
hijos. En esta ciudad se encuentra tratándose y en análisis -
con el Dr. "Z".

Al interrumpir el tratamiento, el acuerdo entre los te-
rapeutas de familia y el grupo familiar, fué que si dicho gru-
po sentía de nuevo la necesidad de recurrir a la ayuda tera-
péutica, se pondrían en contacto con los terapeutas y el Ins-
tituto.

A la fecha, (6 meses después de su dada de alta), este -
servicio no ha sido requerido por su grupo familiar. Los úni-
cos datos que se tienen actualmente (debido a un encuentro ca-
sual de uno de los terapeutas con la familia de Marina), es -
que refieren sentirse bien y estar en buen estado. Silvia, la-

hermana de Marina, se encuentra embarazada (aproximadamente de siete meses de embarazo).

En una ocasión, Marina llamó a la Clínica (aproximadamente 5 meses después de haberse ido a Monterrey) para informar que se encuentra bien, que extraña a sus terapeutas y compañeros, y que se encuentra sumamente agradecida.

b) HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA.

Edad: 34 años.

Estado civil: divorciada.

Originaria: México, D.F.

Residencia actual: Monterrey, N.L.

Escolaridad: Maestra Noramlista.

Ocupación actual: Hasta el mes de agosto de 1980, Gerente de Ventas de la Enciclopedia Británica.

Religión: Católica; ahora ya no cree en ninguna.

Interrogatorio: Directo e indirecto, con los padres de la paciente. El nivel de veracidad es dudoso, ya que los datos que da la paciente, difieren de los que dan los padres.

Fecha de la Historia: Se realizó en tres sesiones; la primera fué con la paciente (24-XI-80), la segunda con los padres (26-XI-80) y la tercera con la paciente (26-XI-80).

Causa del internamiento: a raíz de una discusión fuerte que tuvo con su jefe directo, el cual la devaluó diciéndole que no servía para nada y que no se explicaba como podía ser gerente de vetnas, Marina se sintió muy deprimida y frustrada, sintiendo que ya no tenía el control sobre sus acciones; sin embargo el jefe le pidió disculpas y la reintegró a su trabajo, pero Marina comenta que ya no fué lo mismo y que ya no se podía desempeñar bien, pues la angustia la iba ganando hasta el grado de llegar a una fuerte ideación suicida, por lo que la ingresaron en un sanatorio de Monterrey en el mes de sep-

tiembre, en donde le dieron gran cantidad de fármacos, y a los dos días fué dada de alta, estando únicamente ocho días "estable", volviendo a presentar la misma sintomatología, -- por lo que fué ingresada a la misma clínica, permaneciendo únicamente por 6 días. Una vez que remitieron los sntomas -- fué dada de alta, presentando a los 5 días nuevamente la misma sintomatología, sin aceptar ser ingresada en esa clínica, por lo que se puso en contacto con la Dra. "X", la cual es tía de la paciente y decidió canalizarla a esta Institu -ción. Marina ingresó voluntariamente.

HISTORIA PERSONAL:

Refieren los padres que fué un embarazo deseado, el cual cursó sin complicaciones. El parto -- al parecer fué normal y sin complicaciones, atendido en la -- casa por una enfermera. La madre, los primeros 15 días le comenzó a dar alimentación al seno, pero como presentó un problema de flebitis que la mantuvo aproximadamente 3 meses en cama, tuvo que suspenderla y prácticamente dejó de atenderla en todos los aspectos. Durante este tiempo, el padre fué -- quien se hizo cargo de Marina.

Refieren que el desarrollo psicomotriz fué normal y sin complicaciones; que a los dos años controló los esfínteres. Se niegan terrores nocturnos y enuresis. Dicen que durante esta época era una niña tranquila, comunicativa y que se relacionaba bien con su hermana Silvia ; sin embargo Marina refiere que recuerda que desde muy pequeña, siempre le ha tenido un gran miedo a la madre, pues es -- muy agresiva, y que por cualquier cosa gritaba: "Yo recuerdo

que me le quedaba viendo muy seguido a la cara, para ver en que momento iba a cambiar su fascies hacia el enojo; el miedo que yo sentía además me paralizaba hasta el grado de tener que renunciar a todas mis manifestaciones, ya fueran de alegría ó de coraje, por miedo a desencadenar el enojo de mi madre". "En una ocasión cuando tenía 4 años, me pegó mi madre y en ese momento le dije que me iba a ir de mi casa; ella me respondió que me largara, y al ir yo a bajar mis cosas para venirme con una tía, me volvió a pegar."

Por otro lado, refiere que la madre continuamente le decía que era muy tonta, y según Marina, fueron situaciones que provocaron que al entrar a la escuela quisiera pasar todo el tiempo desapercibida con las demás compañeras, habiendo ingresado a la edad de 4 años al kinder en MonteMorelos.

En el año de 1952 se vinieron a radicar a México por el trabajo del padre, ingresando a la primaria en la escuela "L", la cual era oficial y de puras niñas. Refiere ella y los padres, que como estudiante, era muy buena y siempre hacía sus tareas ella sola. Marina comentó que estando en primero de primaria y a la edad de 6 años, su hermana la menor ya le decía "mamá", ya que ella era la que le preparaba el biberón y la atendía: "Yo trataba por todos los medios de adivinarle el pensamiento a mi mamá para que no enojara, ya que ella al parecer, sólo estaba contenta si yo hacía los quehaceres de la casa; desde esa edad, yo ya sabía cocinar algunas cosas".

También a la edad de 6 años aproximadamente, en la parte de arriba de un departamento en donde vivía un tío materno,

este último le mostró el pene a Marina, explicándole para qué servía y cómo se usaba, pero sin llegar a más. Esta situación no se la comentó a nadie. Durante toda la primaria la situación en cuanto a su forma de ser en la escuela no cambió; refiere que seguía siendo una niña muy introvertida, pero a pesar de eso, sí formaba grupos con amigas, aunque siempre formaba un muro: "Yo me sentía muy inferior y además muy fea, y trataba de pasar siempre desapercibida".

En el año de 1959, se fueron a radicar a la Cd. de Mazatlán, ingresando a la secundaria "M", que era oficial y únicamente de mujeres. "Fue en esta época cuando me sentí un poco más liberada, quizá porque este lugar, por ser una provincia, era muy chico, y había una menor vigilancia por parte de mis padres". Aproximadamente a la edad de 12 años, presentó la menarquía; ella refiere que se asustó muchísimo y que no le comentó nada a la madre y pensó que se trataba de una enfermedad muy probablemente de toda la familia, pero por pláticas con sus amigas supo de lo que se trataba.

A los 12 ó 13 años, recuerda haber sentido deseos de volver a ver al tío materno que al parecer vivía en un departamento que estaba arriba de la casa y subió a verlo. Marina recuerda que hicieron varios juegos sexuales, que estuvieron acostados y que la acariciaba sin llegar a una relación sexual. Posteriormente se sintió muy culpable y acudió a ver a un sacerdote, al cual le contó toda la situación y únicamente le contestó que si continuaba haciendo eso, la iba a excomulgar.

Respecto a su comportamiento, continuaba siendo muy introvertida, pero sin embargo tuvo dos novios en esa época, -- los cuales la iban a visitar a su casa con la autorización de los padres. Con uno terminó porque se vino a radicar a México, y con el otro, porque Marina permanecía la mayor parte del tiempo callada, y cuando le decía que porqué adoptaba esta situación, era peor, porque permanecía mas callada.

Continuó siendo una buena estudiante y sin reprobar ningún año escolar.

En el año de 1962, se fueron a radicar a Monterrey, ingresando allá a la escuela Normal; continuó siendo una buena estudiante, pero su forma de ser no cambiaba, y las compañeras le decían que ella era un misterio, ya que no sabían cuando estaba enojada ó cuando contenta.

Según Marina, la madre permanecía la mayor parte del tiempo seria, pero que sin embargo en la calle era muy distinta, y que era afecta a dar bromas, siendo ésta la manera en que conoció al que fué el marido de Marina, ya que antes de que la conociera, la madre ya le decía "yerno", y le preguntaba: "a ver cuál de mis hijas vas a escoger, ¿a Marina ó a Silvia?". En una ocasión le contaron ésto a Marina y no podía creer que su mamá se estuviera comportando así; sin embargo cuando lo conoció, se empezó a relacionar con él, ya que pensó que si ella lo aceptaba como novio, ésto iba a mantener contenta a su madre, porque al parecer lo quería mucho. "Aproximadamente duramos como 4 años de novios, sólo que como dos estuvimos separados, ya que él estuvo en el sur, haciendo servicio social y yo ya estaba en México estudiando; sin em -

bargo venía cada 15 días a verme y salíamos juntos, pero siempre acompañados. A pesar del tiempo que tuvimos de novios, nunca nos llegamos a conocer bien." "Cuando estábamos en los preparativos de la boda, me vino a la mente la situación que había pasado con mi tío, y me entró una gran desesperación, ya que yo realmente no sabía lo que era una relación sexual, y creía que lo que había hecho, era una relación." Fué tal mi desesperación que se lo conté a mi madre; ella en ese momento me dijo que no me preocupara y que para que yo estuviera mas segura, me iba a llevar con un médico para que me revisara, cosa que nunca hizo, por lo que se lo conté a mi ex-esposo. En ese momento él se enojó mucho y sin embargo no mencionó nada de suspender la boda, pero continuaba muy enojado y le dije que si continuaba así, era mejor terminar y suspender todo ; ante ésta situación se tranquilizó y me dijo que no había problema."

Tenía 20 años cuando se casaron; se fueron de luna de miel y fué hasta el cuarto día cuando pudieron tener relaciones sexuales, ya que ella no sabía nada de eso y él presentó una impotencia pasajera, diciéndole él que no dijera nada de eso. "Esta situación hizo que yo me sintiera muy mal pues no me podía explicar qué era lo que estaba pasando." "Cuando por fin pudimos tener una relación, me sentí bien y realmente sí fué satisfactoria, pues en todo momento él me trató muy cariñoso." "Durante los primeros días él empezó a cambiar, ya que se mostraba muy agresivo y se enojaba por cualquier cosa; ésta situación a mí me daba mucho miedo." "También empezó a mostrar un gran rechazo hacia mí y sobretodo -

en los días en que tenía la menstruación, ya que no se acercaba a mí ni para darme un beso." Parecía una apestada, y desde esa ocasión lo comparé con mi madre porque se portaba de la misma forma que ella." "Sin embargo, cuando llegamos a nuestra casa, sentí que iba a empezar una nueva vida a pesar de no haberme casado muy enamorada de mi esposo, pero no fué así; continuaba enojándose por cualquier cosa y rechazándome." "Esto se acentuó mas cuando al año de casados me embaracé por primera vez. En ningún momento me hizo sentir que él deseára al niño; no teníamos relaciones sexuales y el día que nació nuestro primer hijo, desde la clínica sentí el gran rechazo de mi esposo hacia el niño, y cuando llegamos a la casa, la primera noche que el nene lloró, mi esposo se enojó mucho y empezó a gritarle: '¡cállate cabrón, hijo de tu chingada madre!'. "

A Marina le dolió mucho y tomó el moisés para irse a otra habitación; él los alcanzó pidiendole disculpas y que comprendiera que se habpia enojado porque se tenía que levantar temprano para irse a trabajar.

Como a los 40 días de nacido su primer hijo, Marina se volvió a embarazar, por lo que el marido se enojó grandemente, y volvió a comportarse de la misma manera que con el primer embarazo. Esto le dolió mucho a Marina, ya que inmediatamente vió "retratada su vida" , pensando que sus hijos iban a sentir el mismo rechazo que ellos siempre sintieron, ya que ella, al igual que la madre, después del primer embarazo también se embarazó a los 40 días.

Cuando nació la niña, refiere que hubo menos rechazo -

que con el niño, pero que sin embargo, era muy poco el caso - que le hacía. Durante mucho tiempo permaneció ésta situación, y Marina no se sentía a gusto en su casa, por lo cual trataba de estar ahí el menor tiempo posible, dedicándose a trabajar, y dejaba a sus hijos con el servicio.

A los 3 años y medio de la niña, se volvió a embarazar, y en ésta ocasión, su esposo incluso le pidió que abortara y le decía: "Que pinche suerte tenemos que a cada rato te emba races" , y que al igual que con los primeros hijos, también sintió rechazo por el último.

En 1972, cuando ya el último de los hijos tenía 8 meses, se separaron por primera vez, viniéndose con sus padres a México. En vista de que a la segunda semana el esposo ya se había llevado a los niños y no encontró (Marina) el apoyo de - sus padres, se regresó a su casa a la tercera semana. Marina comenta: "Para ese entonces, ya sentía yo una gran aversión - hacia él y nuestras relaciones sexuales se espaciaban cada - vez mas, y cuando las teníamos, él siempre me decía que era una frígida y que no servía para nada."

Permaneció esta situación hasta el año de 1975. Empezó a sentirse muy mal; bajó de peso ya que casi no comía, no - podía dormir bien, se sentía muy triste y muy frustrada, y - de nuevo decidió separarse del esposo; se regresó a México - con los padres, pero como no encontró apoyo, se fué duran - te un mes, a vivir a un hotel junto con sus hijos. De aquí se fué a vivir con su hermana Leticia a Zihuatanejo; refie-

que fué aquí donde empezó a mejorar, pero como al mes de estar allí, su hermana le dijo que ya había invitado a su esposo para que la fuera a ver. Esto hizo que se sintiera mal de nuevo y le habló a su padre para decirle sus deseos de divorciarse, a lo cual él le contestó que era una ingrata ya que su esposo era un buen hombre. Entonces recurre a una tía que se dió cuenta del estado de Marina, ingresando por primera vez al Hospital Español, en donde permaneció durante 15 días, siendo tratada con fármacos.

Según Marina, al salir se sintió bien y se quedó un mes mas con la tía; se regresó a Zihuatanejo en donde ya le tenían una casa amueblada, entrando a trabajar de trabajadora social. Parece que le iba muy bien, pero en el mes de junio se le pusieron mal sus hijos por el cambio de clima, por lo que la familia en general decidió que tenían que irse a vivir a Zacatecas. Esto la deprimió mucho y dice haber sentido morir al ver que iba a vivir cerca de casa de sus padres, pues ésto lo sintió como una regresión.

A finales de 1976, pensó que como única salida lo mejor era regresar con su esposo, pero al hacerlo, ésta situación la deprimió mas y a cada momento pensaba en suicidarse, pero lo que la deternía eran sus hijos. Recuerda que no quería que llegara la navidad, y fué hasta el día 23 que decidió salir a comprar regalos, pero también compró pastillas (no recuerda cuáles). Por la noche se fué en su carro e ingirió 4 frascos de pastillas; al día siguiente la encontraron unos albañiles y la llevaron a la Cruz Roja. Al parecer recuperó el sentido hasta el día 30 ó 31 de diciembre, y se la trajeron a México,

internándola por un mes en el Hospital Español, siendo tratada por el Dr. "Y", el cual únicamente platicaba aproximadamente 10 minutos con ella.

Al salir se quedó en México, y durante el primer mes permaneció tranquila, pero al segundo mes, refiere haber empezado a hacer cosas que no había hecho: compró una gran cantidad de cosas, porque según ella iba a abrir una tienda de curiosidades, abandonando la empresa inmediatamente.

También empezó a tener una necesidad de tener relaciones sexuales frecuentes, llevándolas a cabo indiscriminadamente, ya que con ésto pensaba que se podría curar.

El que suscribe, se comunicó telefónicamente con la tía (Dra. "X") y comentó que esta fase maniaca de Marina presentó los matices de una psicosis, ya que existieron transtornos del pensamiento, hubo fuga de ideas, gastaba diariamente miles de pesos, tornándose agresiva cuando se le trataba de decir algo. Esta situación originó que en el mes de mayo ingresara de nuevo al H. Español, permaneciendo 15 días. Al salirse sintió nuevamente tranquila y con mas deseos de separarse de su esposo, diciendo que había "agarrado una gran fuerza interna" que le permitió sacarlo de la casa. Permaneció los meses de junio, julio y agosto sin hacer nada; casi no se comunicaba con nadie y paulatinamente se fué deprimiendo, hasta presentar fuerte ideación suicida, por lo que en el mes de septiembre ingresó de nuevo al H. Español, (15 días).

Al salir, cada semana venía a ver al Dr. "L", pero como los viajes hicieron que se sintiera mal, decidió entrar en -

análisis con el Dr. "Z"; con él estuvo dos años, tiempo que no ingresó para nada al H. Español y prácticamente no se comunicaba con su familia a la que sentía gran aversión. En Oct. de 1979 se llevó a cabo el divorcio, siendo Marina la que lo promovió totalmente.

En el mes de Septiembre de 1980 fué cuando Marina empezó de nuevo a relacionarse con su familia, y a raíz de lo que pasó con su jefe en el trabajo, presentó la crisis que causó los últimos ingresos y su canalización con nosotros.

HISTORIA FAMILIAR

Padre: Roberto Zárate Villegas, 58 años de edad, es maestro y actualmente el Director de un Departamento de Informática. Marina siempre lo ha considerado muy débil de carácter, sobre todo ante la madre, y en especial para la educación de los hijos. Comenta que el padre huyó a esta responsabilidad y dejó que la madre hiciera con los hijos lo que ella quisiera. Por otro lado, dice que es muy trabajador, muy sociable, amable y cariñoso; no llegó a emplear el castigo físico.

Al que suscribe, el señor le dió la impresión de una persona comunicativa que platica abiertamente, pero que no tiene la mas mínima consciencia de enfermedad de la hija. Respecto a la situación del matrimonio, culpa totalmente a Marina y dice que si él hubiera sido el esposo, desde hace tiempo le hubiera "dado las gracias", ya que el esposo es ingeniero, no toma, casi no fuma y religiosamente pasa el dinero del gasto, además de ser muy cariñoso con sus hijos: "Yo real

mente no sé que es lo que quiere Marina".

Madre: María Enedina Ruiz de Zárate, de 57 años, siempre dedicada a las labores domésticas. Marina siente que muy probablemente la maternidad para su mamá fué un choque muy fuerte, y que en vez de tener hijos, tuvo enemigos. Refiere que siempre fué muy agresiva y se enojaba por cualquier cosa. Por otro lado dice: "Era muy poco respetuosa con nosotras, ya que nos abría las cartas ó alzaba la extensión del teléfono cuando estábamos hablando, y en cuanto podía, nos echaba todo encima... conmigo además, como veía que era muy nerviosa y miedosa, me daba sustos y le causaba risa" "Siempre le he tenido miedo y hasta la fecha se lo tengo, pero sin embargo, ahora la tolera más."

Al que suscribe, la madre le dió una impresión de una personalidad fuerte, de gesto adusto; contesta muy escuetamente a las preguntas. Tampoco tiene consciencia de lo que pasa con Marina y comenta que como ella "creció" a sus hijos es como la "crecieron" a ella, y que además no tuvo padres, sino dos tías soletras. La madre dice: "Además, me daban menos libertades de las que yo les daba a mis hijos, y es hasta ahora que de nuevo Marina se vuelve a comunicar conmigo, pues hubo un tiempo que no nos dejaba ver ni a sus hijos".

Hermanos:

1.- Silvia. 33 años, divorciada y casada de nuevo, no tiene hijos y es maestra educadora, aunque se dedica al diseño de ropa. En relación con ella, Marina dice: "Fué con la que más me llevé, pero me dolió mucho el que hubiera intervenido en -

lo de mis separaciones y mi divorcio; actualmente, a pesar de que la visito, le tengo desconfianza. En momentos hasta la comparo con mi madre por su carácter traicionero".

2.-Leticia. 27 años, casada, con un hijo varón. Es maestra educadora y actualmente es coordinadora de la S.E.P. en Zihuatanejo. Al respecto, Marina dice: "A ella la siento como a una hija, pues desde que tenía 6 años ya me decía mamá!"
"Ella es muy tranquila y con ella sí puedo sacar todo lo que siento ; también sentí la actitud de traición por haberse metido en lo de mi divorcio, pero actualmente me llevo bien con ella y con su esposo."

3.-Rodrigo. 24 años, soltero, escolaridad preparatoria. Actualmente no hace nada. Marina dice: "Es al que más siento como mi hijo; yo lo cuidé mucho y además es muy respetuoso con mis cosas. Fué el que menos se metió con lo de mi divorcio."
"El ha estado metido con problemas de drogas y toma con cierta frecuencia. Yo creo que lo hace porque debe tener conflictos emocionales muy fuertes."

Ex-esposo. Arturo Muñoz Ibarra. 42 años, Ingeniero Civil. Marina comenta de él: "De haber sido una persona muy rechazante, actualmente acepta mucho a mis hijos, y en lo indispensable que he podido hablar con él, lo noto muy distinto. Actualmente él se está haciendo cargo de mis hijos mientras estoy en tratamiento."

Hijos:

1.- Arturo: 12 años; escolaridad: 1o. de Secundaria.

Marina comenta de él: "Es muy agresivo, sobre todo con sus -
hermanos, y ha llegado a golpearlos muy fuerte. En una ocasión
lo llevé con un psicólogo y me explicó que como yo era muy dé-
bil ante las agresiones de mi esposo, el niño se estaba ha -
ciendo a imagen y semejanza de su padre." "Sin embargo, como
que ahora siento que está mas tranquilo y que es mas cariño -
so."

2.- Silvia Marina: 11 años; escolaridad: 6o. de primaria.

Marina la refiere como más tranquila en relación a su hermano
(Arturo), Refiere además que ahora nota que se está abriendo-
más y que es mas alegre, ya que antes permanecía mas encerra-
da en sí misma. Aparentemente hay buena relación con los her-
manos.

3.- Manuel: 8 años; escolaridad: 3o. de primaria.

Marina dice de él: "A él lo veo como muy sensible, pero por -
otro lado es muy extrovertido e incluso hiperactivo." "El es-
muy cariñoso y no es nada violento. Lleva muy buena relación-
con sus hermanos y los quiere mucho."

EXAMEN MENTAL.

Marina es una paciente femenina que aparenta menos edad que la cronológica. Se mantiene bien aliñada, bien peinada y se arregla con gusto. Es de un aspecto agradable y muy cooperadora a la entrevista; sin embargo, se le notó en el transcurso angustiada y con enormes deseos de iniciar las terapias familiares. Está bien orientada en tiempo, espacio y persona. Sus memorias anterógrada y retrógrada están bien conservadas.

En el momento de la entrevista niega ilusiones y alucinaciones. Durante el discurso, el tono de su voz es normal al igual que la producción verbal. El pensamiento es lógico, coherente y congruente; no se aprecian bloqueos y la velocidad es normal.

En el contenido del pensamiento hay una gran variación en cuanto a la intensidad de la autoestima, ideas de minusvalía, y persecución por parte de su familia en cuanto a su vida conyugal, ya que actualmente refiere la paciente casi han desaparecido, al mismo tiempo que se observa mucha culpa y angustia intensa acerca de qué va a ser de su vida y la de sus hijos. En el momento niega ideación suicida, diciendo que ahora ya no la ha sentido pues considera que es la primera vez que realmente se están preocupando por ella, y que tiene muchos deseos de curarse, sobre todo por sus hijos. Al decir esto, llora por un momento.

El afecto es móvil, pero tendiendo más a la depresión; sin embargo por momentos se le nota alegre. Su conducta desde que

llegó a la clínica, siempre ha sido la de tratar de relacionarse con los demás pacientes; trata de no mantenerse sola y ha tenido la capacidad de poder hablar sus problemas con otros pacientes (sobre todo con uno de ellos).

El juicio y las capacidades de cálculo y abstracción son normales. Tiene un buen fondo de conocimientos e impresión como una persona de Inteligencia media. Hay una total conciencia de enfermedad y grandes deseos de curarse.

I.D.: Psicosis Maniaco depresiva.

Sus tratamientos anteriores (Farmacológicos) han sido:

- 1.- Litio durante 3 años de 1976 a 1979.
- 2.- Anafranil.
- 3.- Melleril.
- 4.- Tofranil.
- 5.- Valium y Sinogán para el insomnio.

Actualmente tiene:

- 1.- Anafranil 2-2-1
- 2.- Dalmadorm 15 mgs. 0-0-1

Dr. Sergio Muñoz Fernández .

C) PRUEBAS PSICOLOGICAS Y PSICODIAGNOSTICO

1a. APLICACION

PSICODIAGNOSTICO.

Marina Zárate Ruiz, 34 años.

Fecha de aplicación: 12,14 y 17 de Noviembre de 1980

PRUEBAS APLICADAS:

BENDER

WAIS

HTP, HABITAT

RORSCHACH

TAT

Marina se mostró muy cooperadora ante la aplicación de las pruebas. Se apegó a las instrucciones, trabajando con seguridad e interés: se la observaba concentrada e incluso abstraída en lo que hacía, tomándose todo el tiempo necesario.

Su actitud fué amable y complaciente, pero manteniéndose distante y sin expresar sus sentimientos. A pesar de toda la cooperación que presentó, me encontré preguntándome si no llegaría un momento en que no toleraría la situación y cambiaría lo que se presentaba como amabilidad por una explosión de disgusto e irritación. Sin embargo de hecho, se limitó a comentar que otro paciente le había dicho que había tardado mucho menos al hacer las pruebas y a decir, cuando habíamos terminado, que ya debía acabar.

RESULTADOS

ASPECTOS INTELECTUALES

Marina obtiene un C.I. en el área verbal de 104, en la de ejecución de 89 y en total de 97, que equivale a un nivel de - inteligencia promedio.

El hecho de que el rendimiento en ejecución se encuentre - significativamente mas bajo, hace considerar la posibilidad de - que exista organicidad y en efecto, a través de las pruebas, se - encuentran otros elementos que apoyan esta posibilidad, aún - cuando no lleguen a ser determinantes. En cambio, es posible se - ñalar otros factores que están limitando el rendimiento intelec - tual de Marina, el cual en general, se presenta mas bajo de lo - que equivale a sus habilidades intelectuales.

El Wais indica que cuenta con una elevada capacidad de - abstracción, una buena dotación de conocimientos generales, una buena formación de conceptos verbales, mostrando por otra parte, mucha dificultad para organizar y planear cuando debe guiarse - por sus propios recursos. En el Rorschach, que se caracteriza , a diferencia del Wais, por ser una prueba poco estructurada, el - rendimiento intelectual es mas pobre. Presenta pobreza ideativa, muy poca creatividad, muy poco uso de la abstracción, predomi - nando las respuestas de tipo convencional que no requieren ma - yor elaboración. Sin embargo, también se puede ver que cuando - deja lo convencional para dejarse llevar por su imaginación, - pierde el sentido de realidad.

Actualmente Marina intenta mantener un control muy rígido sobre sí misma, y se aferra a lo conocido y convencional como - una manera de garantizarse una adaptación apegada a la realidad,

lo cual lleva consigo un empobrecimiento general en su rendimiento.

Aunque tiene una serie de metas a seguir, éstas se encuentran vagamente definidas y por lo mismo no puede plantearse los medios para alcanzarlas. Además, la actitud que predomina en ella es pasiva, con un optimismo mas bien idealizado, donde las metas que se propone se acercan mas a fantasías compensatorias que a la realidad; sin embargo, gracias a ella puede mantenerse con confianza en sí misma.

ASPECTOS EMOCIONALES

Actualmente Marina se encuentra en una etapa que se caracteriza, por una parte, por el rígido control que mantiene sobre sí misma y, por otra parte, por la necesidad de formarse y aferrarse a una visión optimista de la vida, evitando enfrentar lo que internamente vive.

Dá la impresión de estar recuperando una serie de defensas que le permiten mantenerse protegida de sus impulsos, sin poder llegar todavía a reconocerlos y expresarlos de manera apropiada. Igualmente, al parecer, ahora pasa de una visión pesimista a otra mas optimista, pero también aquí le faltan aún, elementos reales con los cuales sustentarse.

En la actualidad predomina una adaptación que se apega a la realidad y logra el control de sus impulsos, pero se encuentra detrás de esto una gran amenaza de verse invadida por la confusión y la impulsividad.

Uno de los aspectos mas importantes en la problemática de Marina, es el conflicto que presenta en relación a la agresividad. Se encuentra muy sensible y alerta a las muestras de agre-

sividad y continuamente se siente expuesta a ellas, lo cual podría deberse a la proyección que hace de su propia agresividad hacia el medio ambiente. Se encuentra, sin embargo, mas preparada a responder a las muestras de agresividad que a las muestras de afecto suaves, ante las cuales no sabe qué hacer, a pesar de manifestar por otra parte, una carencia y demanda muy intensa de afecto, siendo éste otro de los aspectos importantes que presenta.

En relación a la sexualidad, las pruebas presentan una buena identificación sexual, sin embargo, parece no poder aceptar y asumir su femineidad. Sus respuestas ante la sexualidad son evasivas y parece vivirla con culpa.

RELACIONES INTERPERSONALES.

Marina presenta marcados sentimientos de inadecuación, - desconfianza e inseguridad que la llevan a retraerse y evitar relacionarse, unido esto al temor que tiene a percibir agresividad y verse enfrentada a la afectividad de los demás. Pero, por otra parte, está presente una fuerte necesidad de recibir afecto y aprobación que la mueve a buscar relacionarse. Actualmente sin embargo, solo presenta como personas importantes en su medio ambiente, a sus hijos.

En relación al ambiente familiar, su actitud es de rechazo; lo presenta como un lugar frío, vacío y cerrado en el que los roles familiares están confusamente definidos. Pero también se aferra a presentarlo como un lugar por el contrario, lleno de afecto y sin problemas.

La imagen de la madre corresponde a una persona dominante e impositiva, que tiene la última palabra y ante la cual sólo puede defenderse huyendo. Percibe de la madre una actitud devaluadora frente a la imagen masculina que además interfiere en la relación de Marina con los hombres, desaprobándola, y en especial con el padre.

Presenta mucha hostilidad y resentimiento hacia la madre por no haber recibido de ella afecto y protección, lo cual en el fondo, sigue esperando recibir como cuando era niña.

La imagen del padre corresponde a una persona que intenta mantener idealizada, pero que en el fondo percibe devaluado e ineficaz, y del cual está decepcionada y resentida.

CONCLUSIONES.

Marina se presenta con una serie de elementos que parecen corresponder a un cuadro neurótico de tipo depresivo, apareciendo también elementos importantes de tipo paranoide.

Psic. Asunción Alvarez del Río .

3.- SUMARIO DE CONCLUSIONES.

Dado que, de acuerdo a las concepciones teóricas que se abarcan en la realización de este trabajo, la psicosis se presenta como un fenómeno polideterminado y multifactorial cuya explicación exige múltiples abordajes teóricos de distinto -- nivel epistemológico, trataré de reunir los factores cuya -- coincidencia ó preponderancia determinen una mayor vulnerabilidad hacia la psicosis.

Haré hincapié en aquéllos factores que han sido tratados específicamente en este tesis, y mencionaré de una manera mas concisa aquellos que, aunque no han sido incluidos dentro del ámbito de observación del presente trabajo, complementan la ecuación multifactorial de la etiología.

Todos estos factores , que pueden ser comprendidos bajo la connotación de las tres series complementarias descritas - por Freud, y cuya confluencia puede generar la psicosis, son: los factores genéticos, los factores psíquicos individuales - vividos durante los primeros meses de vida, los factores fami- liares y, finalmente, los factores ideológicos y sociales.

Cabe señalar que las teorías que delimitan la presente- observación, sustentan algunas, un enfoque fenomenológico (en- tendido como la experiencia del propio sujeto), como en el ca- so de la descripción de las relaciones de objeto del bebé, - mientras que otras áreas son tratadas por los investigadores- desde un vértice naturalista (que se refiere al fenómeno des- de su observación externa). Este enfoque incluye la interac -

ción familiar, las interrelaciones personales, los procesos - sociales y los determinantes ambientales.

FACTORES GENETICOS.

Puede hacer vulnerable a la psicosis a un individuo determinado, cualquier predisposición de tipo genético, en donde se deben incluir los eventos que comprende la primera serie complementaria ó del componente constitucional, que considera los factores dados por la herencia en sus sentido genotípico.

Entre éstos factores pueden considerarse, de acuerdo a la concepción de Mendizábal y Kolteniuk (Ver premisas teóricas):

- a) El aumento innato en la urgencia en la satisfacción - del deseo.
- b) El aumento innato de la pulsión de muerte que origina mas agresión, mas envidia y mas voracidad.
- c) El aumento innato de la aponía, (incapacidad para tolerar el dolor y la frustración).
- d) Una exigencia insaciable dirigida a sus objetos.

Entre algunos datos arrojados por estudios estadísticos- (B.13, Pág. 475, apartado III) que puedan apoyar nuestros factores mencionados, podemos considerar:

- a) Una debilidad constitucional del paciente esquizofrénico y psicótico en general.
- b) Un riesgo hereditario incrementado en familiares cercanos - de psicóticos (principalmente en esquizofrénicos) que osci- la de un 1% al 10-14% según distintas estadísticas.
- c) Una frecuencia 4 veces mayor de la aparición de la esquizo- frenia en gemelos monocigóticos que en los dicigóticos.
- d) Una posible patología cromosómica.
- e) La aparición de autismo en neonatos que parecen haber naci- do con una incapacidad notoria de extraversion de la libido: rechazan el pezón de la madre, así como cualquier tipo de a limentación, tienen mínimo movimiento corporal y rara vez se manifiestan mediante sonidos corporales. Todo esto indica u na incapacidad de base y constitucional de aprender un in- terjuego dialéctico y formativo con su medio.

Dentro de este aspecto constitucional, cabe considerar a a quéllos factores fenotípicos, es decir, aquéllos elementos re- sultantes del contexto social que se manifiestan en un código- biológico.

Cabe suponer que las experiencias intensas de la madre - durante la gestación, la relación con su pareja, la presencia ó ausencia de ésta, los conflictos del orden familiar y económico, así como situaciones de peligro individual y social, pueden generar un monto de ansiedad general en la madre, que puede comunicarse al feto mediante alteraciones metabólicas, sanguíneas, etc., generando predisposiciones constitucionales durante la vida intrauterina.

FACTORES INDIVIDUALES PRODUCTO DE LAS PRIMERAS Y MAS TEMPRANAS
RELACIONES DE OBJETO

Winnicott y Bleger sostienen que, en la mas temprana infancia y antes de que la posición esquizo-paranoide tenga lugar, el bebé vive en un estado de no integración en el cual la percepción es incompleta y los estímulos internos-externos, los objetos internos-externos y las partes del cuerpo, no son diferenciados entre sí (Winnicott, 1945). A esta etapa Bleger la denomina posición glishcro-cárica ó confusional, en la que todos los objetos se encuentran mezclados e indiscriminados en un "núcleo aglutinado" (Revisar apartado correspondiente a este autor).

El bebé, en su desarrollo evolutivo, comienza a discri -

minar sus objetos, por medio de la implantación del mecanismo disociativo propio de la posición esquizo-paranoide, la cual, si es experimentada de manera tal que la relación con los objetos "buenos" predomine sobre la relación con los objetos "malos", dará origen a las actividades reparatorias - propias de la posición depresiva , (B.48, Pág.70). pero si, por el contrario, prevalecen los objetos "malos" de relación sobre los "buenos", el bebé se verá imposibilitado para seguir avanzando en un desarrollo exitoso, quedando fijado a una alternancia entre mecanismos disociativos, identificación proyectiva patológica y sus fenómenos subsidiarios, los estados confusionales (B. 9 Pág.121).

Por ello, podemos suponer que, en primera instancia, - se incrementará la vulnerabilidad a la psicosis si existe una fijación a las etapas primitivas de desarrollo, principalmente la esquizo-paranoide y la glischro-cárica ó confusional.

Sabemos por otra parte, que el primer objeto de relación del bebé es la madre, y que básicamente en virtud de ella se configuran las etapas antes mencionadas. Una madre incapáz de ejercer la función de reverie y de espejo, no puede significar los primeros intentos clasificatorios del bebé ni metabolizar su angustia para devolversele disminuída y elaborada; es incapáz también para ser continente de los contenidos intolerables para el niño. Por todo ésto, se presenta entonces una falla en el proceso de semiotización temprana.

Los primeros intentos de clasificación de signos que posibilitarán mas tarde el pensamiento, se ven perturbados cuando la madre no significa las señales del bebé. Quizá esta incapacidad de la madre sea derivada de sus propias ansiedades, de su intolerancia ante el rol de madre, ó de la ausencia ó falla en la función del padre, que debe ser a su vez continente de la madre cuando ésta se halla en estado regresivo, en virtud de la relación casi indiscriminada que prevalece entre el lactante y la madre durante las primeras etapas de la vida de este último. (B.66)

De este modo, la única modalidad de relación posible en esta posición, entre madre-bebé, es la indiferenciación, que es un proceso propio del estado confusional en que las proyecciones no pueden hacerse parcial y disociadamente, como en la posición esquizoparanoide, sino en bloque y masivas. Posteriormente, la relación entre madre y bebé se torna simbiótica.

La simbiosis es una etapa natural en el desarrollo de cualquier ser humano, si se presenta dentro de los límites normales. Searles lo expone así: "...un desarrollo intrauterino razonablemente sano, es necesario para la vida postnata más temprana; así, una relación simbiótica entre el niño y la figura materna resulta esencial para la diferenciación del yo del niño como algo distinto del mundo circundante; se debe establecer un nivel eficaz de comunicación no verbal entre el niño y la madre, para que puedan surgir los comienzos de la comunicación verbal en esa relación..." (B.51, Pág.36)

Dentro del campo de la psicosis, se insistía anteriormente sólo en es aspecto de: "... la existencia de una relación simbiótica entre el paciente y su madre como la cusa fundamental de su esquizofrenia posterior, pero Benedek mostró que una relación simbiótica entre el lactante y la madre, es necesaria para el desarrollo sano del niño y para la maduración de la madre misma. Mahler comprobó que los más enfermos son los que nunca establecieron una relación simbiótica con la madre." - - - (B.51 pág.37). Esto quizá sea debido a la falta de oportunidad de superar la etapa confusional y poder llegar a discriminar sus objetos, sin poder desarrollar su capacidad de simbolizar, pensar y establecer vínculos, por lo que la única opción sería un cuadro de retracción autista.

Por otro lado, una simbiosis demasiado prolongada puede calificarse también de patológica. Winnicott describe este aspecto de la simbiosis, como un fracaso de la fase de sostenimiento por parte de la madre. Esta se refiere a la capacidad de la misma de establecer una relación con su bebé en la cual, mediante la comunicación (dada principalmente por el contacto de la madre al sostener en brazos al bebé, pueda intuir sus necesidades, protegiéndolo contra la afrenta fisiológica (temperatura, tacto, sensaciones auditivas, visuales, al dolor, etc.) así como proveerlo de una rutina de cuidados adaptada a su criatura en especial.

Quando la madre no lleva a cabo satisfactoriamente tal función, lejos de fortalecer el ego débil del bebé, favorece una mayor debilidad del mismo. (B.62 Pág 63)

Así mismo, si la madre (ya sea por haber aprendido "demasiado bien" su función de madre, ó bien por sus mismas ansiedades) satisface siempre al bebé antes de permitirle enviar una señal que indique su necesidad (gestos creativos, llantos, protestas) no le permite a éste manejarse y manejar su ambiente, sin favorecer por tanto la discriminación entre madre-bebé. Así, la madre obliga al bebé a:

a) vivir fusionado a ella en un permanente estado de regresión (simbiosis)

ó

b) llevar a cabo un rechazo total de su relación con la madre, propiciando una retracción autista.

Es frecuente encontrar en el individuo psicótico, relaciones de tipo simbiótico (con la madre ó sustitutos) que se deben a una fijación en esta temprana etapa, en cuyo caso, ha sobrepasado los límites normales.

Dentro de todo ésto, generalmente encontramos otro factor que puede haber contribuido a este impedimento evolutivo: un padre que no ha cumplido con su función de intervenir ante la relación madre-bebé en el momento oportuno, para separarlos y marcar una base de diferenciación, hecho que propiciaría si interviniera como continente elaborativo de ambos . (B.66)

Debido a que la simbiosis imposibilita a realizar una integración yoica adecuada que les permita llegar a la fase de individuación-separación (Mahler), podemos suponer que toda relación de objeto que se caracterice por una modalidad simbiótica que sobrepase los límites normales, principalmente en la rela -

ción madre-bebé, incrementa la vulnerabilidad ante un proceso-
psicótico.

Ahora bien: derivados de estos impedimentos en los ini -
cios de la vida del bebé, es que pueden comenzar a configurar-
se una serie de hechos, que son los que más tarde se manifestar
rán como la sintomatología típica del estado psicótico, y que
trataré de señalar como importantísimos para la comprensión de
dicha alteración.

En consecuencia a estos obstáculos en el desarrollo evo-
lutivo de las posiciones confusional, esquizoparanoide y depres
siva, el sujeto psicótico no ha logrado desarrollar su capaci-
dad de establecer vínculos, de simbolizar y de pensar (M.Klein)
ó de desarrollar su "aparato para pensar", en términos de -
Bion.

Explicaré esto mas detalladamente, de acuerdo a los con-
ceptos de este eutor:

Todo pensamiento ó concepto nace de una preconcepción -
que, si se une en un momento dado a su constatación ó verificac
ción en la realidad, produce su realización. En el psicótico -
esta preconcepción no se une a una constatación, sino a una -
frustración; la expectativa del pecho se une a un "no pecho" ó
pecho "ausente". En este momento, la posibilidad de superar es-
ta frustración ó no, depende de si la elude ó tiene la capaci-
dad para modificarla.

Si existe suficiente tolerancia a la frustración, el bebé
puede tolerar el "no-pecho" como un pensamiento (no eludirlo) y
con ésto, puede instrumentar pensamientos que modifiquen ó rece

tifiquen las causas de su insatisfacción (por ejemplo, cuando el bebé aprende a dar señales de que tiene hambre, de que siente dolor, etc.).

Si por el contrario, dice Bion: "la incapacidad para tolerar la frustración inclina la balanza en la dirección de eludir la frustración..." (no pensarla)"...el resultado es una significativa desviación de los hechos que Freud describe como característica del pensamiento en la fase de predominio del principio de la realidad". "Lo que debería ser un pensamiento, un producto de la yuxtaposición de una preconcepción con una realización negativa, se transforma en un objeto malo, indistinguible de una cosa en-sí-misma, adecuada solo para ser evacuada." "Por consiguiente, el desarrollo de un aparato para pensar se ve perturbado, y en cambio se produce un desarrollo hipertrófico del aparato para la identificación proyectiva." "El modelo que propongo para este desarrollo es una psiquis que opera basada en el principio de que la evacuación de un pecho malo, es sinónimo de la obtención de suministros de un pecho bueno."

"El resultado final es que todos los pensamientos son tratados como si fueran indistinguibles de los objetos malos internos; se siente que la máquina apropiada es, no un aparato para pensar los pensamientos, sino un aparato para librar a la psiquis de la acumulación de objetos malos internos." El punto crucial está entre la decisión entre modificar ó eludir la frustración." (B.9. Págs. 154,155)

Como ya vimos, el psicótico posee una intolerancia a la frustración que posiblemente esté determinada por una disposi -

ción genética y constitucional, aunada a la experiencia real de una madre ausente, poco gratificante ó satisfactora sin capacidad de reverie, y que por consiguiente falla en el proceso de semiotización; aumenta la frustración y la angustia del bebé en vez de disminuirla para devolvérsela modificada a través del significado, de tal manera que el niño pueda tolerarla.

El psicótico, como defensa contra la frustración, tiende a atacar la percepción del tiempo y del espacio dando origen a la simultaneidad de sensaciones, percepciones e imágenes, a la falta de capacidad de organización y ordenamiento de los hechos, al mismo tiempo que ataca, en consecuencia, la sintaxis de su expresión verbal, dando como resultado verbalizaciones incoherentes y sin sentido (sin orden). Existen solo representaciones concretas de los hechos y un predominio del proceso primario de pensamiento.

También podemos mencionar que como el psicótico no ha podido "nombrar" a su mundo y diferenciarse de él, vive en un estado general de conocimiento incompleto ó disociado. Con esto aludimos principañmente a aquéllos casos en que parte del material cognitivo, principalmente el conocimiento de las relaciones de objeto, ha sido rechazado ó "renegado" .

La negación, como mecanismo defensivo, habla de la colocación fuera de la consciencia, de cierta parte de un determinado material que resulta doloroso. Este proceso lo conocemos como renegación en palabras de Freud, identificación proyectiva patológica en términos de M. Klein y Bion, y se aproxima al concepto de forclusión empleado por Lacan.

Así, la información total de un hecho real queda dividida y desvirtuada en su significado; incrementa la vulnerabilidad del paciente a la psicosis, ya que la identificación proyectiva patológica empobrece su mente, y el ataque a su percepción, a su pensamiento y al aparato para pensar, invalidan sus funciones yoicas desde el momento en que el paciente requiere negar su percepción de la realidad y mutilar su psiquis, que es el aparato que tiene para percibirla.

Como consecuencia de estos procesos truncados durante el desarrollo, se promueven los estados de consciencia parcial ó incompleta (en relación tanto a los objetos internos como externos), tales como la confusión, la ambigüedad y los estados hipnagógicos (descritos por Freud en sus estudios sobre la histeria), los que hablan de estados de consciencia disociada ó con objetos irreconocibles para el yo, ante lo cual, el papel regulador de la consciencia deja de ejercer su función, dando paso a la irrupción de objetos amenazantes ó bien, a la aglomeración indiscriminada de ellos (en sus aspectos bipolares) generando en sí una pérdida de consciencia e integración yoica, lo cual fácilmente desemboca en los sentimientos de despersonalización, fragmentación y escisión propias de la sintomatología esquizofrénica.

Una vez marcados los elementos mas importantes y característicos del proceso psicótico, solo me resta agregar que, ya sea por factores constitucionales, por factores individuales como los observados en este apartado ó por una intrincación de am

bos, el sujeto puede verse restado en su capacidad de enfrentarse y tolerar la frustración y el dolor psíquico futuros, - que conlleva la aceptación de la realidad.

Por todo esto, una excesiva utilización de los mecanismos regresivos como defensa, produce una vulnerabilidad especial a irrumpir en un estado psicótico, consecuencia misma de la regresión, siempre y cuando los puntos de fijación se encuentren en las etapas tempranas de desarrollo. Repetimos que, en el caso de la psicosis, éstas serán la posición glischró - cárica, la esquizo-paranoide y los inicios de la depresiva, - con sus respectivos mecanismos de confusión, escisión, identificación proyectiva, despersonalización, alucinación, fragmentación, inmovilización, etc.

Además de los factores individuales y de las primeras - relaciones fundamentales para el niño, insiden en su evolu - ción los factores de la vida familiar en general; no existe - solo ya la madre, sino el padre, los hermanos y demás parientes, así como las primeras infiltraciones de la vida social.

Así, a los factores constitucionales e individuales, viene a añadirse la intrincación de la vida familiar.

FACTORES FAMILIARES.

La familia es el medio de interacción generalmente mas determinante en la formación del niño, por lo cual puede espe

rarse que un clima familiar nocivo, promueva el uso de conductas y actitudes también nocivas y favorecedoras del desajuste mental. En general, puedo concluir que incrementan la vulnerabilidad a la psicosis, todas aquellas situaciones en que la familia se encuentra desestructurada, sus roles alterados y sus procesos de comunicación son deficientes ó se encuentran desvirtuados.

Pueden presentarse en este clima familiar, comunicación mediante mensajes contradictorios, ambiguos, confusos, descalificadores. ó desconfirmadores, que no permiten ó bien obstaculizan la afirmación de los miembros (Watzlawick) y promueven la confusión en el nivel relacional y de contenido de la comunicación.

Puede existir también confusión e inversión de roles, formación de alianzas para el ejercicio del control y el poder sobre el individuo, utilización de los hijos como satisfactores de las necesidades inconscientes patológicas de los padres, etc.

Dentro de todos estos aspectos, puede darse (en los casos de familias desestructuradas y enfermas) otro factor importante que se refiere al concepto de la depositación grupal (P.Riviére) y al que atiende también con bastante atención la escuela anti-psiquiatra.

Este consiste en el hecho de que el paciente identificado como psicótico, suele ser el portavoz ó depositario de la patología del grupo familiar, en el que se ha promovido la utiliza-

ción de mecanismos proyectivos y de depositación del conflicto familiar. Cabe recordar que, (según P.Riviére y E.Liendo) la familia que puede favorecer el incremento de la vulnerabilidad a la psicosis de uno de sus miembros, es aquella que tiene una estructura grupal prepsicótica, con duelo central no elaborado, y que en un momento dado, sufre de un cambio brusco ó pérdida desencadenante que incrementa las ansiedades psicóticas (confusionales, paranoides y depresivas) y reactiva el duelo central. La estructura habitual de repetición grupal (mecanismo "neurótico" de seguridad patológica) se desborda, y es cuando surge un emergente del desequilibrio grupal, al que se le han depositado masivamente dichas ansiedades, y ha sido segregado del grupo familiar, a fin de evitar la contaminación y la vuelta contra sí de lo depositado.

Parece ser que en el grupo, ante el desequilibrio y las ansiedades masivas, "la metacomunicación se vuelve cada vez más incongruente y se produce una alteración en la adjudicación de roles, de manera tal que se va construyendo el camino para que un miembro caiga en el rol psicótico, el único que se le ha dejado vacío y al cual se le ha empujado" (B. 36, Págs. 90 y 91) a fin de marginar las partes enfermas de cada miembro, ahora depositadas en el emergente, y evitar que el grupo entero enloquezca, aunque de todas formas, éste sufra de una metacomunicación bastante alterada, se encuentre desestructurado y con una psicosis larvada ó latente.

Cabría preguntarse ahora: ¿Qué es lo que hace a un individuo vulnerable a ser el depositario y el que ocupe el rol de enfermo manifiesto de entre todos los miembros del grupo?

Es necesario considerar que el hecho de ser el portador de la patología familiar, no significa que ésta sea la responsable total de la patología del psicótico, ya que parece ser que este "vocero" ó "emergente" es aquél que posee de antemano una vulnerabilidad inicial, distinta de los demás miembros del grupo, que lo hace sucumbir ante la desorganización del grupo con mayor fragilidad que los demás.

Esta vulnerabilidad puede deberse a la intrincación de: a) factores genéticos, y b) factores de relación fallida en el binomio madre-bebé, ya sea por una etapa simbiótica no superada, ó por la ausencia de ésta como etapa necesaria dentro del desarrollo normal, haciendo de esta "criatura" (en palabras de Winnicott) que no ha podido fortalecerse y que posee ya una fragilidad extraordinaria, la misma que, ante la destrucción del grupo, pueda no defenderse ni de sus propias ansiedades ni de las del grupo (que funcionan ahora como sobrecarga) y finalmente, se vea orillado a aceptar la depositación.

Naturalmente, las proyecciones patológicas del grupo así como la necesidad de un depositario de su locura, se incrementarán mientras mas enferma y desestructurada se encuentre la familia. Favorecen tal estado, situaciones familiares en las que se hayan presentado grandes desgracias, muertes, cambios bruscos de posición social y económica, antecedentes -

vergonzosos en exceso, así como secretos familiares, tales como adopciones, paternidad dudosa, hijos ilegítimos, etc.

A continuación, menciono los factores que pueden presentarse dentro del ámbito social (político, económico e ideológico) que puedan promover un incremento a la vulnerabilidad de la enfermedad mental, a través de cualquier grupo de infiltración, ya sea primario (la familia) ó secundario.

FACTORES SOCIALES.

Existen varios factores dentro del ámbito de la influencia social, política, económica e ideológica, que puedan ser responsables de un incremento en la vulnerabilidad hacia la psicosis ó bien, problemas de desajuste y desadaptación profunda.

Encuentro, entre éstas, todas aquellas situaciones que promueven una disminución de la fortaleza e integración yoica dando lugar a la inseguridad y desconfirmación, y que pueden presentarse en tal magnitud que hagan a un individuo, rebasar el límite de su resistencia al dolor psíquico, funcionando entonces como factor desencadenante de la psicosis.

Estas situaciones pueden variar desde:

- a) El período natural de la etapa adolescente, el cual es un proceso bio-psico-social caracterizado por un factor tran-

sicional inherente y una pérdida relativa del equilibrio biológico y psíquico, con lo cual el joven se encuentra - mas susceptible a las exigencias sociales y mas propenso - al desequilibrio mental. (B. 51, Pág.43)

- b) Aspectos de imposición política, tales como el ocultamiento de las estructuras del poder, fragmentación de la información, la explotación, denigración y cosificación del sujeto, así como aspectos en que se añade el parámetro socio-económico: el verticalismo, el hacinamiento, la sobrepoblación, la inflación, la desnutrición, la farmacodependencia y el alcoholismo (propiciados por los medios de consumo) y en general, la distribución piramidal del poder y la riqueza.
- c) Fenómenos de injusticia social.
- d) Utilización de la violencia tanto física como psicológica en instituciones tales como la familia, las escuelas, los medios de trabajo, cárceles, reclusorios y hospitales psiquiátricos.

Hasta situaciones mas extraordinarias como:

- e) Situaciones súbitas de crueldad y vejación, tales como accidentes trágicos, asaltos, violaciones, muertes, etc.
- f) Situaciones de dependencia extrema y esclavitud.

- g) Situaciones de crueldad y tortura social, tales como guerras, prisiones, campos de concentración, etc.

Estos últimos (e, f y g) sobretodo, pueden llegar a rebasar el umbral del tolerancia al dolor psíquico, de una manera brusca, inesperada y abrumadora, pudiendo desencadenar procesos psicóticos.

Es necesario recordar que el mecanismo psíquico funciona bajo una homeostasis, la cual si pierde bruscamente su equilibrio, hará que el sistema se vea impedido a funcionar sanamente.

En general, con este tipo de situaciones, se habla de circunstancias desestructuradas que promueven la ruptura de los esquemas tanto sociales como personales, haciendo al individuo perder su ubicación, sus puntos de referencia y apoyo en el mundo que lo rodea.

Síntesis del sumario de conclusiones.

Para finalizar, podría pensarse que existen cuatro posibles combinaciones entre las relaciones del individuo con su medio ambiente familiar, que determinan el grado de vulnerabilidad a la psicosis: *

- A) La primera sería aquella en la cual el bebé nace con un yo débil (con un predominio de factores patógenos de orden constitucional y disposicional), una madre y un padre con fallas en la función de semiotización y una familia esquizofrenizante **, lo cual generaría la situación vital de máxima vulnerabilidad.
- B) La combinación de un bebé que nace con predominio de factores constitucionales y genéticos, y una familia que promueva la evolución y el crecimiento. Probablemente esta última situación disminuiría la vulnerabilidad del niño a la psicosis.
- C) La tercera combinación sería la de un yo fuerte y bien integrado, con una familia que obstaculiza la evolución. Este caso configura una situación de menor peligro.
- D) La circunstancia de menor riesgo sería aquella en que un yo fuerte con capacidades innatas para la semiotización, encuentre una familia que promueva el crecimiento.

* Comunicación verbal del Dr. Juan Tubert.

** Por familia esquizofrenizante entiendo aquella familia desestructurada y con patología latente, que promueve las deposiciones masivas de la enfermedad sobre el miembro mas vulnerable.

SUGERENCIAS.

Dados los resultados de la presente investigación, se podrían enumerar algunas sugerencias alrededor del campo profiláctico y terapéutico de la perturbación mental.

1.- Ya que hemos considerado a la psicosis como un fenómeno multifactorial y polideterminado, es necesario seguir encaminando su tratamiento a una multiterapia que incluya de manera coordinada, todas las áreas en que puedan subyacer los factores que la promueven. Entre las áreas que, según mi conclusión, deben tratarse, están:

- a) Psicoterapia individual.
- b) Psicoterapia familiar.
- c) Psicoterapia grupal.
- d) Psiquiatría.
- e) Psicodiagnósticos.
- f) Terapia recreativa y ocupacional.
- g) Terapia de acción.
- h) Comunidad terapéutica.

2.- Poner especial atención en la etiología que considera factores sociales y ambientales en la problemática de la enfermedad mental, especialmente, la influencia del grupo familiar. A este respecto, prevenir un desarrollo adecuado de los miembros dentro de la familia, considerando:

- a) La educación de los padres para desempeñar tal función. Ayuda terapéutica para que ambos miembros de la pareja puedan bosquejar sus problemas y dar tentativas de solución a los conflictos personales y de pareja, antes de procrear hijos, ó bien, en el transcurso del desarrollo de éstos, a fin de evitar el medio propicio de germinación del conflicto psicológico. En el caso de que la familia se encuentre formada y contenga problemas irresueltos, recurrir a la psicoterapia familiar.

- b) Propiciar ayuda ó consejo terapéutico a los hijos que, aún a corta edad, manifiestan problemas en el desarrollo: autismo, bajo rendimiento escolar, conductas excesivamente agresivas, falta de comunicación interpersonal, etc.

5.- Cuando la conducta desadaptada y la enfermedad mental es también resultante de la interacción de otras estructuras sociales, la propedéutica se torna más difícil. No obstante, su influencia negativa se podría decrementar incluyendo:

- a) Educación al personal de trabajo, principalmente en el asto psicológico y su importancia.
- b) Incremento de procesos de comunicación interpersonal auténtica y formas libres de expresión.
- c) Incremento de los medios de información, acerca la estructura social, político y económica en que el individuo se desarrolla.

- d) Incremento de los medios de manifestación artística, así como de actividades recreativas, culturales y deportivas, a fin de propiciar la creatividad, el relajamiento y el mejoramiento de la condición y el bienestar físico.

- e) Incremento y asequibilidad de los medios terapéuticos en el ámbito psicológico.

LIMITACIONES DEL PRESENTE TRABAJO.

- 1.- Los factores de interacción familiar como generadores de de vulnerabilidad a la psicosis (objetivo específico de estudio de esta tesis) no han sido considerados en su to talidad, sino limitados a los puntos señalados por el - marco teórico y las hipótesis de investigación, por lo - que solamente pueden servir como complemento a otros es- tudios realizados al respecto.
- 2.- No han sido estudiados relevantemente otros factores que- complementan la ecuación etiológica de la psicosis, ta - les como los factores constitucionales ó genéticos y los sociales, sin los cuales el fenómeno de la vulnerabili - dad a la psicosis resulta un estudio incompleto.
- 3.- La teoría general de la psicosis y la influencia de los- factores familiares y sociales en la vulnerabilidad ha - cia ella, es mucho muy amplia, por lo que resta todavía- una cuantiosa bibliografía que no ha sido revisada y que seguramente habría enriquecido significativamente este - estudio, que sólo ha incluido las contribuciones mas im- portantes relacionadas con sus objetivos.
- 4.- En cuanto a un aspecto personal, me resta mucho que apren - der tanto en el conocimiento mismo como en la comprensión del proceso psicótico, así como los medios terapéuticos -

empleados en él, principalmente los más vigentes, tales como la comunidad terapéutica.

- 5.- El presente estudio es un estudio observacional, y este tipo de investigaciones cuentan con un margen amplio de error; por ello, sería muy recomendable -en un futuro- poder ampliarlo y corroborarlo desde la metodología de un estudio cuasi-experimental, en donde las hipótesis - pudieran probarse con todas las exigencias de una investigación de este tipo.

- 6.- Debido a que el fenómeno de vulnerabilidad hacia la psicosis no ha sido estudiado e investigado exhaustivamente hasta la fecha, los resultados de la presente tesis deberán someterse a la confirmación ó rechazo que puedan proporcionar nuevas y futuras investigaciones.

EPILOGO

A medida que he profundizado en el área de la patología psíquica, he cobrado conciencia del doloroso mundo del llamado "enfermo".

No concierne ya a este apartado hablar de sus características clínicas, sino de aquél sentimiento que como ente humano, me ha motivado de una manera poderosa para llevar a cabo el presente trabajo.

La forma violenta con que en ocasiones es visto y tratado el enfermo mental y toda persona, objeto ó emblema que nos represente el sufrimiento mental que por lo general evadimos, me conecta con la incomprensión que el hombre tiene acerca de una parte de sí mismo. Después de todo, no solo existen enfermos mentales, delincuentes y repudiados. Existe también el concepto del mal, del pecado y del dolor moral a través de los -- cuales el hombre muchas veces se justifica. Así, paradójicamente, él mismo inventa, en su necesidad imperiosa por negar su sufrimiento, el castigo y la censura con que muchas veces, en forma velada, se destruye, se nulifica y se da muerte.

'*Homos homini lupus*', "El hombre es un lobo para el hombre". Así lo expuso en una célebre frase Thomas Hobbes, y parece representar penosamente, el emblema de acción inconsciente del ser humano que, en su afán desesperado por evitar su sufrimiento, sólo consigue incrementarlo en sí mismo y en los que le rodean. De acuerdo a ésto, parece ser que estamos de al

guna manera incapacitados para reconocer nuestra propia estructura, erupcionando el rechazo de lo que no toleramos dentro de nosotros mismos, y proyectándolo en la distancia, en el tiempo y en los sacrificados que a través de la historia estamos acostumbrados a nombrar 'culpables', 'mártires' ó 'locos'. Así, nos ocupamos más de huir y defendernos de la vida, ante la imposibilidad de vivirla intensamente.

A través de la religión, la familia y la sociedad misma, hemos inventado el concepto de "sucio", "malo" ó "anormal", para atribuirlo en ocasiones a procesos que sólo merecen la transparencia de la naturaleza humana, debido ésto quizá, a nuestra incapacidad de aceptarlos como tales. Finalmente, nos horrorizamos de nuestra invención, de la cual, en forma oculta, hemos sido las primeras víctimas.

Así, "enfermo mental" es el nombre que hemos dado al dolor psíquico ajeno y en donde hemos encontrado un recipiente -- para el nuestro, nuestras incapacidades y frustraciones, en un afán compulsivo de desconocerlas marginarlas y evitar la contaminación en la que sentimos estar inmersos desde el momento en que somos nuestros más rígidos censores.

Desde esta perspectiva y a mi entender, locos ó sanos, somos una continuidad de naturaleza humana en diferentes formas de manifestación, diferencia que reside en la proporción de los elementos que la constituyen. Bajo esta comprensión, es que esta tesis extralimita en importancia al trámite. Probablemente este esfuerzo pueda ser el comienzo, por mi parte, de una contribución teórica más representativa, pero es también ,-

por otra, el anhelo de un mayor acercamiento a nuestra propia e íntima conformación. Siento, como finalidad emocional de este trabajo, el deseo de aportar conocimientos que contribuyan a hacer mas digerible la connotación de la locura y del pecado, aquél otro invento del hombre que, con su consiguiente culpabilidad, tanto lo mueve desde que tuvo que creer en la magia, ante el terror inminente de sentir posible su propia libertad.

Sin embargo, me alienta la convicción de que el hombre tiene la capacidad para revolucionarse a sí mismo, para enfrentar su cambio y lograr un proceso dialéctico que, por medio de su síntesis, lo haga cobrar unidad, tanto en su dolor como en su goce.

Espero así mismo, contribuir a que el sufrimiento psíquico, -el más intenso e intolerable de todos-, pueda dejar de justificar al hombre en su necesidad natural y sin embargo negada, de conocerse y gozarse a sí mismo y al universo que le rodea, bajo una posición integral que, simplemente, le permita vivir.

Es por todo esto, que me atrevo a ponerle palabras a mi arrebatado sentimiento, reconociendo en ello toda su validéz.

Ivette Cardena.

BIBLIOGRAFIA

1. Althusser, "Aparatos ideológicos de estado"
Ed. Mundo contemporáneo, 1971.
2. Althusser, "La filosofía como arma de la revolución"
Ed. Mexicanos unidos, 1978.
3. Arietti, Silvano. "Parents of the schizophrenic patient:
a reconsideration"
Journal of the american academy of psychoa
nalysis, 1977.
4. Asociación Psicoanalítica Mexicana. "VIII Congreso Na -
cional de psicoanálisis"
Diciembre de 1968.
5. Balint, Michael , "Narcisismo primario", Una contribu -
ción de Michael Balint.
6. Basaglia, F. "La institucionalización psiquiátrica de -
la violencia", Conferencia contenida en -
"Razón, locura y sociedad", (dictada en Mé -
xico) y en "Los crímenes de la paz".
Ambos libros, Ed. Siglo XXI, 1977,1978.
7. Bleger, José. "Simbiosis y ambigüedad"
Ed. Paidós, Biblioteca de psicología profunda.
Buenos Aires, 1976.

8. Bion, W.R. "Aprendiendo de la experiencia"
Ed. Paidós.
Buenos Aires, 1975.
9. Bion, W.R. "Volviendo a pensar"
Ed. Paidós, Buenos Aires.
10. Braunstein, N. "Psicología, ideología y ciencia"
Ed. Siglo XXI, 1979.
11. Cooper, D. "La muerte de la familia"
Ed. Ariel.
Barcelona, Caracas, México, 1979.
12. Cooper, D. "Psiquiatría y antipsiquiatría"
Ed. Paidós, 1976.
13. Ey, Henri, Bernard, P. y Brisset, Ch. "Tratado de psiquiatría"
Ed. Toray Masson.
8a. edición, 1a. reimpresión.
14. Fenichel, O. "Teoría psicoanalítica de las neurosis"
Ed. Paidós, 1978.
15. Freud, S. Obras completas, tomo I, II y III
Ed. Biblioteca nueva, tercera edición, Madrid.
16. Freud, Anna. "El yo y los mecanismos de defensa"
Ed. Paidós, 1976.
17. Fromm-Reichmann, F. "Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia
y en los maníacos depresivos"
Ed. Hormé.
Buenos Aires, 1978.

18. Grinberg, L. "Introducción a las ideas de Bion"
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, a979.

19. González, A. "Análisis de la relación de pareja"
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, 1980.

20. Heimann, P. y otros, "Desarrollos en psicoanálisis"
Ed. Hormé.
Buenos Aires,

21. Kernberg, Otto. "Teoría psicoanalítica de las relaciones objetales"
Ed. Paidós.
Buenos Aires, 1978.

22. Klein, Melanie. "Envidia y gratitud"
Ed. Paidós.
Buenos Aires, 1979.

23. Klein, Melanie. "Obras completas"
Ed. Hormé.
Buenos Aires, 1974.

24. Lacan, J. "Las formaciones del inconsciente"
Ed. Nueva Visión, Colección lenguaje y comunicación.
Buenos Aires, 1978.

25. Lacan, J. "Escritos, I y II)
Ed. Siglo XXI. 1979.
26. Lacan, J. "La familia"
Ed. Argonauta, Biblioteca de Psicoanálisis.
27. Laing, R. "El yo dividido"
Ed. Fondo de cultura económica, 1976.
28. Laing, R. "El yo y los otros"
Ed. Fondo de cultura económica, 1977.
29. Laing, R. "Cordura, locura y familia"
Ed. Fondo de cultura económica, 1976.
30. Laing, R., Cooper, D. "Razón y violencia; Una década-
de pensamiento Sartreano"
Ed. Paidós, Psicología social y sociología.
Buenos Aires,
31. Laplanche y Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis.
Ed. Labor.
Barcelona, 1975.
32. Lewin, Kurt. "La teoría del campo en la ciencia social"
Ed. Paidós, Biblioteca psicologías del si-
glo XX.
Buenos Aires, 1978.

33. Liendo, E. "Informática Psicoanalítica"
Ed. Nueva Visión. Psicología Contemporánea.
Buenos Aires, 1977.
34. Liendo, E. "Psicoanálisis del paciente y del ambiente"
Ed. Nueva Visión. Psicología Contemporánea.
Buenos Aires, 1976.
35. Liendo, E. "Psicoanálisis del paciente y de su agente"
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, 1980.
36. Liendo, E. "Psicoterapia estructural de la pareja y -
del grupo familiar"
Ed. Nueva Visión. Psicología contemporánea.
Buenos Aires, 1977.
37. Liendo, E. "Master and Slave. The sado-masochistic -
structure of narcissism"
Trabajo elaborado en el departamento de -
psiquiatría de la Universidad de Toronto ,
no editado aún.
38. Nasio, Juan D. "Acto psicoanalítico"
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, 1979.
39. Noyes y Kole. "Psiquiatría clínica moderna"
Ed. La Prensa Mexicana.
México, 1977.

40. Pankov, G. "Estructura familiar y psicosis"
Ed. Paidós; Psiquiatría, psicopatología y
psicosomática.
Buenos Aires, 1979.

41. Pankov, G. "El hombre y su psicosis"
Ed. Amorrortu. 1974.

42. Packard, Vance. "Las formas ocultas de propaganda"
Ed. Sudamericana. 1966.

43. Pichón-Riviére, E. "La psiquiatría, una nueva proble
mática; del psicoanálisis a la psicología
social", T.II
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, 1978.

44. Pichón-Riviére, E. "La teoría del vínculo"
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, 1979.

45. Pichón-Riviére, E. "El proceso grupal"
Ed. Nueva Visión.
Buenos Aires, 1977.

46. Rifflet-Lemaire, A. "Lacan. Prólogo a J. Lacan"
Ed. Sudamericana.
Buenos Aires, 1970.

47. Rodríguez, E. "El contexto del proceso analítico"
Ed. Paidós.
Buenos Aires, 1966.
48. Rosenfeld, H. "Estados psicóticos"
Ed. Hormé.
Buenos Aires.
49. Ruesch y Bateson. "Comunicación. La matriz social de
la psiquiatría"
Ed. Paidós, 1978.
50. Sarason, I.G. "Psicología anormal"
Ed. Trillas.
México, 1978.
51. Searles, Harold. "Escritos sobre esquizofrenia"
Ed. Gedisa, Psicoteca mayor.
Barcelona, 1980.
52. Segal, Hanna. "Introducción a la obra de M. Klein"
Ed. Paidós, Biblioteca de Psic. Profunda.
Buenos Aires, 1978.
53. Singer. "Conceptos fundamentales de psicoterapia"
Ed. Fondo de cultura económica.
México, 1979.

54. Sullivan, H.S. "La entrevista psiquiátrica"
Ed. Psique.
Buenos Aires.
55. Sullivan, H.S. "Estudios clínicos de psiquiatría"
Ed. Psique.
Buenos Aires.
56. Summers, F. "The nature of the symbiotic bond between mother and schizophrenic"
American Journal of Orthopsychiatry.
57. Szasz, T. "Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría"
Premia Editora.
N. York, 1980.
58. Szpelka, J. "Bases para una psicopatología psicoanalítica"
Ed. Carguma.
Buenos Aires,
59. Toffler, A. "Future Shock"
Ed. Plaza Janés, Colección Arca de Noé.
México, 1978.
60. Varios autores, "El pensamiento científico" Antología.
Asociación Nal. de Universidades e Institutos de enseñanza superior.
México, 1974.

61. Winnicott, D.W. "Realidad y juego"
Ed. Gedisa, Psicoteca mayor.
Barcelona, 1978.
62. Winnicott, D.W. "El proceso de la maduración en el niño"
Ed. LAIA.
Barcelona, 1979.
63. Watzlawick. "Una teoría de la comunicación humana"
Ed. Cogtal.
Buenos Aires, 1976.
64. Woodward, J.A. "Communication deviance in the families -
of schizophrenics: a comment on the misu
se of analysis of covariance"
Science, Vol. No. 60.
1978.
65. Zimbardo, Philip G; Floyd, R. "Psicología y Vida"
Ed. Trillas.
México, 1980.
66. Campillo Athos, Tubert Juan, Zepeda Ritah. "Participa -
ción de las funciones paternas y mater -
nas en el proceso de semiotización tem -
prana".
Trabajo presentado en el Congreso Nal. de
Psicoanálisis, en la A.P.M.
Dic. de 1981.

TESIS CONSULTADAS.

67. Autores Varios, "La familia como agente transmisor de ideología y generador de patología"
Tesis de Licenciatura, Psicología
U.N.A.M. , 1978.

68. Ham, Fernandez R. "Conceptos actuales sobre esquizofrenia"
Tesis para título de Médico Cirujano, Medicina.
U.N.A.M. , 1964.

69. Orozco, B. "Psicoterapia familiar"
Tesis para maestría, Psicología.
U.N.A.M. , 1978.

PROFOTOCOLO DE RESUPESTAS DEL RORSCHACH.

10:53

I.- Siento como una piel de oso que me va a encubrir del frío 30" y éstos (manos) que parecen agresivos, se los voy a quitar para que no me molesten.

II.-Siento la presencia luego de la sangre, como si fueran pá 14" jaros que están obrando sangre sobre la piel del oso.

III.Esta es la lámina que me parece más agradable, porque veo 13" alegría, baile, una mariposa también, tambores que son - tocados por dos negros con unos zapatos muy especiales,bo 7" nitos, y al lado de cada negro está la figura de un estómago.

IV.-Aquí está la piel del oso que la estoy acabando de desen- 7" rrollar para acostarme.

V.- Aquí está un murciélago que va a empezar a volar y tiene- 7" sus patas muy juntas, los dedos, y que cuando empiece a - lar sus alas son tan grandes que va a levantar mucho polvo.

VI.-Esta es la piel de un tigre en donde también me gustaría- 10" descansar y poner mi cabeza sobre su cabeza.

Me parece como que está en una actitud de cariño.

- VII.- Esto me vuelve a parecer como dos viejitas que se están
18" peleando y que discuten sobre qué es la vagina.
Aquí veo una vagina.
Discuten sobre si sea un tema que se pueda hablar fuerte ó no.
- VIII.- Esto se me hace como el polo norte por los colores y los
10" dos osos que están a los lados.
- IX.- Esta es una parte del cuerpo humano, la pelvis, el útero
y la vagina representados en bonitos colores.
- X.- Esto es como una vitrina de un museo de historia natural
23" donde se ven muchos animales de diferentes especies que
están acomodados en forma en que se agreden.
Los que me llaman la atención, son los pajaritos que se comen a los gusanos.

11:08

- I .- To; la sensación de ser cubierta ó protegida por algo-calientito; -forma- una piel abierta.
Como si estuviera en boca abierta, gritando ó discu -
tiendo; quedaron dentro de la piel, pero como me moles
tan los puedo cortar.
- II. - Que se alcanza a manchar la piel.
- III.- Un conjunto; negros, mariposas bailando, tocando, mari
posas escucchando música, volando.
estómagos -fuera del conjunto-, como si la relación -
que pudiera haber es que lo que más se beneficia en e-
sa alegría es el estómago -por la forma-.
- IV.- To; forma, cabeza es chata y en partes (chata), pachon
cita.
- V.- To; forma, antenas, forma alas patos; en el lugar que-
están es un lugar donde hay mucha tierra suelta.
Cuando empiece a volar habrá mucha polvareda.
- VI.- To; mas que todo su cabeza, como barbas, la misma sen-
sación de una piel abierta de tigre en una posición de
dar un beso, lo que me invita a que su cabeza esté jun
to a mi cabeza.
- VII.- Tercio superior medio; una vagina en medio de los dos.
Como son viejitas y siempre les han hablado en voz ba-
ja, ahora hay una discusión de si ya se puede pasar a-
hablar de la vagina en voz alta.

VIII.- Colores fríos, del hielo, agua y los osos aunque están aquí rosas, me parece que es un color que también contrasta, va de acuerdo con el color del polo norte; rosas por la combinación calor.
Conjunto - color que refleja todo el conjunto, en el oso, se convertirá en rosa.

IX.- Pelvis (centro superior) entero (rosa con verde) y vagina (rosa) por que a pesar de que no he hecho observaciones muy a fondo del cuerpo de la mujer, me lo imaginaría.
Siento como si hubiera oído que era una parte de dolor, de riesgo, mejor no pensar, como si descubriera que no era cierto y que es bonito.

X.- To; una exposición de la sobrevivencia de los animales, el medio ambiente se presentará duro y tuvieran a veces que pelearse.
Formas - cangrejo.
Pájaro, cabeza, ojo, pico, cuerpo.
Están directamente atacando gusanos que van paseando.
Formas - muchos patitos, - calor , desaseados.

D) DIVERSOS INFORMES.

INFORME DE TERAPIA DE GRUPO

27 de Nov.1980

Marina se ha caracterizado por ser una de las pacientes más rápidamente adaptable al grupo. Desde el primer día ha participado muy activamente, siendo ampliamente aceptada por sus compañeros.

En principio se presenta con una fachada muy neurótica, planteando su enfermedad como una depresión que empieza muy leve, pero que la lleva al derrumbe total, incapacitándola para pensar ó hacer cualquier cosa.

En las siguientes sesiones hace el relato de una historia terrorífica, donde la madre la ha silenciado y paralizado, con una conducta impredecible, donde podía plantearle aceptación para a los 5 minutos golpearla. Al señalarle a la paciente cómo sus vivencias eran relatadas sin ningún contenido emocional, ella sumisa y obediente hace una crisis sumamente regresiva en una sesión, causando bastante impacto en el grupo.

El cuerpo es vivido como lleno de agujeros hechos por la madre, que evidentemente tienen que ver con todas las fantasías de castración que ésta le impuso, y que inconscientemente Marina aceptó, porque en el fondo se siente sumamente sucia por la agresión hacia la madre y la hermana rival (suponemos -

la segunda) a la que vivió como incapáz de brindarle un continente a ella, pero que sí pudo hacerlo con las hermanas, una - de ellas especialmente envidiada.

A la pregunta de : porqué a ella (la paciente) no...? - tal parece que la respuesta sería: "porque a mí me notaron lo sucio al desear a mi padre"

De allí que Marina planteé una gran barrera con el padre, con quien sólo puede vincularse en lo intelectual, y aún así, - ser devaluada.

De su relación de pareja, Marina aporta recuerdos muy de sagradables, pero se ha podido interpretar cómo ella fué o bediente al deseo de la madre, quien le escoje marido que iba a poder continuar con el supuesto calvario impuesto como penitencia, y quien en el momento de los embarazos, le niega cualquier reparación de la castración, al atacarla cruelmente.

Contratransferencialmente, Marina nos representa un caso muy difícil; sentimos como si estuviéramos pisando arenas movedizas y nunca supiéramos que va a ocurrir. En ocasiones tememos interpretar el incesto pues no nos ha parecido el "timing" adecuado, y tememos se nos desorganice para presentar toda la psicosis que obviamente está encubriendo; pero también intuimos la histeria, que parece a veces querer seducirnos con una pseudo psicosis que ella fantaseara nosotros deseamos ver aflorar. A veces nos parece que invita a sus compañeros a acercarse sexualmente para después sentir los terapeutas que se trata de una necesidad mucho mas primitiva que se presentaría a un -

nivel oral y de contacto.

En fin, Marina todavía es una incógnita para nosotros, - quien no obstante que nos parece que tiene un buen pronóstico, nuestra mayor inquietud es lograr establecer un buen vínculo, por lo que primordialmente nos hemos dedicado a trabajar la - transferencia negativa, a través de todas sus resistencias - que se manifiestan por dudas e inquietudes de meterse a fondo, y su deseo de curarse muy rápidamente, que nos expone a ver - una fuga en la salud a través de una conducta maniaca que intuimos no tardará en aparecer

REPORTE DE LA TERAPIA DE FAMILIA DE MARINA.

Este es el primer repote sobre la familia de Marina que se presenta en junta clínica, así que consideramos necesario hacer una breve descripción de sus componentes antes que nada.

La familia está formada por el padre, la madre y cuatro hijos: Marina, Silvia, Leticia y Rodrigo. De ellos sólo han participado papá, mamá y Silvia; Leticia vive fuera de la capital, y al parecer le es imposible trasladarse hasta acá. Rodrigo estudia fuera del país.

El padre es un señor maduro, regordete y bonachón; emplea un lenguaje elegante y ampuloso; habla lenta y monótonamente, produciendo un efecto somnífero notable.

Aún así, el portavoz de la familia parece ser él. las versiones oficiales, la "cara buena" de una familia que lucha y se quiere y a los que sólo les falta cantar para ser una película de Disney, corre a cargo de papá. "Yo sólo se dar besos" dice papá; "sólo hay que tomar las cosas buenas de la vida" dice papá; "Marina se va a poner bien" dice papá. Pero papá es tan blando como aparenta, nos da la sensación de ser una masa informe y gelatinosa que cubre un núcleo inaccesible. Bajp su apariencia optimista papá es una especie de muñeco vacío que no ve y no oye y no siente; que todo le iguala con sus sontisa y amabilidad. Más abajo hay el papá sádico, que desde su ausencia (porque hasta presente está ausente), dicta una ley de sangre y odio a la familia. Sin mover un dedo, papá arroja a unos contra otros. Ante su falta de presencia, mamá se ve obligada-

al menos en parte, a jugar el rol de la "mala"; así es como - mamá se presenta en primera instancia como una mujer dura, sá dica, golpeadora, que sacaba sangre y dejaba a sus hijas hin- cadas , con los brazos abiertos y extendidos, por horas ente ras; mamá no habla sino para regañar, mamá que avienta zapatos ó que golpea hacia sí misma cuando ya los golpes no mue - ven al otro. Sin embargo, mamá siente, bajo su dura coraza se le siente estremecerse. Lloro, deja traslucir un sufrimiento enorme, como cuando ella, tras el parto de Marina, cae vícti - ma de una flebitis y el médico ordena reposo absoluto; no debe ni amamantar a la niña. Es ella la primera víctima de papá; - papá fornicó a mamá convalesciente; ha sido su instrumento.

Ahora que, el haber funcionado tan bien, ya es cosa de ella. Es ella quien oprime y castiga, es ella la que comunica a Marina su vocación de muerte. Sin embargo mamá existe, papá es un fantasma.

Silvia es, en cierta forma, el miembro más independien - te de esta dinámica. Analizada, divorciada, su primer marido - homosexual, vuelta a casar, enormemente resentida con Marina. Silvia es a veces cruel hasta el extremo de enloquecer a Mari - na a través de preguntas, cuestionando su capacidad para sa - lir al mundo, acusándola de haber abandonado a sus hijas, re - cordándoles lo prolongado de su enfermedad.

De pequeña, Silvia sentía que no había lugar para ella, 10 meses menor que Marina, sentía que Marina se había llevado todo y ella siempre se quedaba con los desechos, los vestidos viejos y la rabia. Ahora, para colmo, se pone loca. Por otro -

lado, Silvia se preocupa realmente por Marina, su crueldad no sólo se deriva de su envidia, en parte es provocada por la actitud masoquista de Marina, y en otra parte, Silvia es también usada por papá y mamá, que además de zapatos sabe aventar a los hermanos unos contra otros.

Ya en acción, la familia se despliega en sus modos de relación con gran transparencia. Es fácil observar la negación - como mecanismo familiar preponderante. Dice Marina: "no estoy bien, todavía hay cosas que me provocan la crisis, no lo puedo evitar, cuando algo me sale, ó cuando voy al cine y la película es violenta, tango que salirme y tratar de controlar mi angustia, siento deseos de correr y no hay para dónde"

Entonces, los terapeutas preguntan a los papás: "¿Ustedes qué piensan, qué opinan?", a lo que ellos responden: "Ya te dijimos que para qué vas a ver esas películas", y con eso, Marina se vuelve loca.

Junto a la negación, el doble mensaje es el modo predominante de comunicación, esto en un contexto donde la distancia es factor fundamental: nadie puede estar cerca de nadie. Lo puede matar, ó algo así.

Atrapada en ese mecanismo, Marina se ve obligada a optar entre roles bien ingratos: destrozar al otro ó ser destrozada por él.

Sin la Marina sometida hasta la abyección, sufrida y doliente, sólo queda la tirana iracunda cuya rabia sin fin destroza todo.

Marina ha perdido la memoria de lo bueno. Todos los recuerdos gratos son de otra que no está. Ella sólo recuerda golpes, traiciones y miedos.

Repita hasta la desesperación historias terribles sobre golpes maternos, vacíos paternos y traiciones filiales.

Aquí nos muestra otra cosa, la cara más siniestra de Marina, la Marina que goza extática mientras narra sus sufrimientos ó mientras hace a otros presa de su odio. Para ella el dolor, propio ó ajeno, parece ser una experiencia voluptuosa, que se niega a dejar y que nos reclama a los terapeutas nuestro intento de limitar.

Marina quiere vomitar todo lo que trae adentro y no acepta limitaciones; seguir hasta ahogarnos a todos y seguramente, en medio de un orgasmo, encontrar a papá al final del camino.

Psic. Irene Ellstein.

Psic. Athos Campillo.

27-Nov.-1980

INFORME DE LA TERAPIA INDIVIDUAL DE MARINA.

Marina se muestra con el aspecto externo y el tono de voz de una persona deprimida. Sin embargo, su flujo verbal no es lento y desde un primer momento da la impresión de una paciente con la que se podrá trabajar bien: asocia con fluidéz, tiene insight, se compromete, y está dispuesta 'esta vez' a curarse. Además, tuvo dos años de análisis, por lo que conoce bien las reglas del juego.

Su temática es básicamente de culpa persecutoria, que hace partir de la figura de una madre que la paraliza en pánico, y de un padre que no la salva y al que no accede; algo así como si fuera 'el patito feo' de la familia.

Rápidamente estos temas están dando paso a elementos de su sexualidad infantil, que alimentan sus sentimientos de culpa. Siempre se ha recordado como una niña triste.

En términos del concepto de vulnerabilidad, se puede decir que Marina es muy vulnerable: ella es capaz de desarrollar actividades con bastante organización y eficiencia, pero basta el menor obstáculo, a veces casi desapercibido, para que se deprima.

Sus mecanismos son muy primarios: identificaciones proyectivas, negación, proyección, escisión, idealizaciones empobrecedoras.

Según su relato, ha salido algunas veces de su depresión con actitudes maniacas, o con conductas de hipersexualidad que

le hagan sentir viva.

Sus objetos están muy escindidos y aún no podemos juzgar su capacidad de reparación.

En suma, podemos adelantar un pronóstico bueno, en cuanto a sus deseos de trabajar y su comprensión de cuidado al encuadre necesario que ella muestra hasta el momento.

Dr. Julio César M.

REPORTE DE EXPRESION PICTORICA DE MARINA.

18-XI- 1980 .

Marina ha participado con constancia en esta actividad. Entiende bien las consignas. Al principio de su internamiento - en la clínica la veía con una expresión de tristeza y hablaba - muy poco con las participantes en esta actividad, aunque sí coopera con el grupo.

Muestra inhibición en sus expresiones de dibujo y pintura, dando por resultado un trabajo pobre e infantil; es cuidadosa - con el material, y actualmente comienza a hablar y relacionarse más. Muestra iniciativa y a veces se le vé contenta pero vuelve a caer en su tristeza y silencio.

Gueula

JUNTA CLINICA.

27-Nov.1980.

Paciente: Marina Zárate Ruiz.

PSIQUIATRIA

Diagnóstico: Psicosis maniaco depresiva, al parecer monopolar.

PSICODIAGNOSTICO.

Diagnóstico: Neurosis depresiva.
Posible organicidad.

GRUPO.

Pregunta si realmente existe esa depresión ó se trata de un manejo histérico.

TERAPIA OCUPACIONAL.

Aparece como la paciente ideal, con insight y participación máxima. Presenta dificultades de lateralidad - posible organicidad. Se han observado seducciones con pacientes.

TERAPIA INDIVIDUAL.

Diagnóstico: impresiona como una depresión neurótica con algo men lancólico abajo.

Comentarios:

-No necesariamente se trata de una entidad única de neurosis ó -
psicosis; pueden estar presentes ambas. En este caso parece ha -

ber mecanismos neuróticos débiles.

-Presenta fragilidad yoica. Cada esfuerzo que hace provoca regre
sión.

-En general se tiene dificultad para pensar el incesto, lo edí-
pico en el psicótico.

-Marina va cambiando la modalidad de regresión en lugar de insta
larse en una.

-Hay tendencia a la depresión constante, pero no la tolera, se -
angustia, se siente perseguida y sale por la manía, por la eroto
manía.

-Existe riesgo suicida.

-Es muy vulnerable ante cualquier fracaso, que le digan que no -
sirve.

23-Marzo-1981

NOTA DE REVISION PSIQUIATRICA

Paciente: Marina Zárate Ruiz.

Marina es una paciente de 34 años, divorciada, con 3 hijos, que estuvo ingresada a partir de octubre de 1980. Actualmente se encuentra en hospital de día.

Aparenta varios años menos que su edad cronológica, delgada, estatura media, morena clara. Vestida juvenilmente con ropa a la moda, en buenas condiciones de aseo y aliño. Se mostró confiada y cooperadora durante la entrevista. Postura y actividad dentro de lo normal.

Bien orientada; atención, concentración y memorias adecuadas. Niega ilusiones, alucinaciones y otras formas de alteraciones sensoriales. Se observa buena capacidad de cálculo y abstracción. Caudal de conocimiento y nivel de información de acuerdo con su escolaridad. Su capacidad intelectual se apreció un poco mas alta que la promedio.

El curso del pensamiento es fluido y con un leve grado de aceleración. La forma es coherente, congruente, trascendente y lógico.

En el contenido se aprecia como idea ó preocupación principal, el mejorar completamente para poder reintegrarse a su trabajo y poder educar bien a sus hijas. Menciona una sesión de terapia familiar que resultó particularmente dolorosa para ella y de la cual aún no se repone completamente. Siente que los te-

rapeutas repitieron el mismo patrón que los padres, con respecto a mandarle dobles mensajes. Por lo demás, alaba a la Institución porque aquí es el único lugar donde la han comprendido y ayudado. Acepta que se ha sentido muy desalentada en estas 3 últimas semanas y se ha dado cuenta que aún no puede dejar su tratamiento porque no ha resuelto su conflicto principal. Niega ideas suicidas, aunque acepta que cuando se siente desesperada, sale a caminar sin rumbo fijo y que puede pasarle cualquier cosa, incluso que la atropellen.

Por otra parte, acepta que ahora tiene mas armas para luchar contra esos sentimientos depresivos y suicidas enmascarados. No se observaron ideas delirantes y en general el contenido es predominantemente de proceso secundario.

El humor prevalente era de rabia desproporcionada, por lo que ella considera un error de sus terapeutas. También es notoria la tristeza subyacente en todas sus comunicaciones. El afecto es móvil, llegando incluso a reír cuando el contexto del diálogo lo ameritaba.

Siempre se encontró el afecto concordante con el pensamiento; su nivel de energía se apreció dentro de lo normal. También se observa muy buena capacidad de autocrítica, así como buen grado de insight.

- 1.- Actualmente está en hospital de día.
- 2.- Está tomando 50 mg. de Anafranil y Dalmadorm 15 mg.

Dr. Enrique Lara Espinoza.
Dr. Sergio Muñoz Fernandez.

26-Marzo -1981.

RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LA JUNTA CLINICA

Paciente: Marina Zárate Ruiz.

PSICODIAGNOSTICO

- Estado regresivo, mayor enfrentamiento a su conflicto, pero con defensas.
- Mas abierta, surgen sus conflictos más profundos.
- Metas mas reales.
- Siguen sentimientos de insuficiencia vs. manía.
- Persiste la sobre exigencia a estar bien, que sirve como defensa.
- Mayor posibilidad de pedir afecto primario infantil (teme que de trás de éste haya agresión).
- Tiende a intelectualizar el afecto.
- Sigue percepción del mundo hostil.
- Recuperación de la figura masculina: más valorada.
- Ya asume más la sexualidad.
- Predomina depresión y paranoia.

Se comenta que todo este material es resultado de la vivencia transferencial.

La gran crisis se ha convertido en mini-crisis.

TERAPIA DE GRUPO.

Al principio se daba la acusación y pérdida de ayuda. Se trabaja cómo ella provoca que la agrede. Idealización de la clínica como defensa vs. sacar su rol y parte sádica que ocultaba.

Se trabaja su necesidad de afecto y contacto con la relación con Sergio * (como defensa contra la depresión) y cómo ella provoca que la dañen y la humillen; cómo juega con los roles de víctima-victimaria. Se intenta trabajar lo erotizado de la agresión, repitiendo el modelo del vínculo con la madre.

Buen pronóstico, ya que está respondiendo bien al tratamiento.

TERAPIA DE ACCION

Dos momentos:

- 1) Denuncia y lamento de su infancia, y cómo ella permite que se repita esta con su marido, sometiéndose y también con los hijos. Se trabaja como ella también inconscientemente repite este patrón con sus hijos. Igualmente surge la idealización.
- 2) Con el cambio de horarios, ella no puede asistir más. Se trabaja también el falso valor afectivo de las palabras y el supuesto contacto que ella creía como defensa para el contacto real emocional'

* Paciente de la Institución.

TERAPIA DE FAMILIA

Padre vacío con capa de perfecto, pero es el provocador de la agresión de esta madre sádica. Silvia es más independiente, pero reclamadora al máximo con Marina. Negación como mecanismo familiar; comunicación a través del doble mensaje.

RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LA JUNTA CLINICA.

Marina no se relaciona más que con el objeto "malo", y quisiera poder vomitar toda su agresión erotizada sin límites; ella induce el ataque, ó tiraniza y provoca que la tiranicen.

TERAPIA INDIVIDUAL.

Al principio predomina la depresión y la proyección con gran estreñimiento. Miedo a la depresión; para defenderse usa la confusión ó la conducta sexual desorganizada (Es lo que ella llama crisis).

Buen clima de trabajo, buen nivel de adaptación. Teme menos las crisis, siente mas control.

Imagen materna aterradorizante; figura paterna ausente, pero actualmente es contradictoria. La familia se encuentra intrusiva sin que le den un lugar en ella ni comprensión.

Ha ido sacando la agresión, pero no puede salir de este esquema de relación.

No hay transferencia definida; hay momento resistencial que aún no se plasma en la transferencia.

En general, se ve mejor, pero no con la suficiente fuerza.

CONCLUSIONES:

- 1.- Teme menos a la locura; se está acercando más a ella.
- 2.- Se le quitarán los medicamentos.
- 3.- Queda en hospital de día y en dos meses se re-evalúa.

26-Marzo-1981.

INFORME DE TERAPIA DE GRUPO.

Cuando ingresó el grupo, Marina vino a acusar a todos los que la rodeaban, y en especial a su madre, de haberla maltratado, de haberla engañado y golpeado. Vino a gritar su dolor. Vino a pedir ayuda. Algo pasaba con todo esto que despertaba en nosotros reacciones muy distintas entre sí:

Una de las terapeutas de la clínica, sentía la necesidad de aliviar su dolor, de llenar sus "agujeros". Respondía a una depresión psicótica. Al que suscribe le producía desconfianza, y pensaba que era un matiz histérico a lo que respondía.

Nuestro trabajo inicial se centró sobre su casi inaudita-habilidad de seleccionar objetos que la dañarían, y sobre la enorme similitud entre su relación con su madre y con su esposo.

Una vez que terminó el período en que denunció las agresiones sufridas y expuso sus llagas, Marina comenzó un largo período durante el cual se dedicó a alabar el continente. Cesó de traer material significativo y se convirtió en la defensora de las bondades del tratamiento y de la clínica. Cedió la representación de la rabia y la melancolía a Nora* y aceptó el rol de la hija buena y agradecida.

Empezó a atacar a Nora, su imagen invertida, que no era otra que su posición original, la posición misma de su madre, la de la sádica a quien nunca se puede satisfacer. Nora, con la alianza de Sara*, contraatacaba. Mientras tanto y en silencio, Marina sedujo a Carlos * primero y luego a Sergio*. Cuando el jue

* Otros pacientes de la clínica.

go le explotó en la cara, lo denunció frente al grupo y pidió ayuda. Trabajamos tanto su necesidad como su manejo del contacto físico. Señalamos cómo de nuevo había seleccionado a alguien que podía ser inducido a humillarla. Sin pelea y perdidor, no había satisfacción; uno tenía que abusar del otro; uno tenía que ser la víctima. Marina primero fue víctima, pero al introducir a Sergio en el triángulo, pasó a ser la victimaria. El grupo, molesto, la comienza a molestar. Flota en el ambiente la acusación de prostituta. Esto desencadena otro período resistencial: "Para qué hablar, si aquí todo es chismorreó" Ej.: Marina calla ... hasta que encuentra un nuevo motivo de pelea: Athos e Irene** le taparon la boca en la terapia de familia; están yendo contra las reglas y si las reglas no son exactamente como ella las entendió, ya no presta la pelota. De repente entiende perfectamente y justifica plenamente el silencio de que antes acusaba a una de las pacientes. Si no se les va a permitir desparramar toda su agresión a su gusto, escoge callarse. Empezamos a tratar de crear conciencia en ella de lo placentero que le resulta el sumirse en la agresión, de que parece escoger vincularse con objetos malos, repitiendo el vínculo con la madre, porque la agresión está muy erotizada.

Pienso que hemos logrado algún grado de insight, que ha contribuido por lo menos en parte, a su decisión de proponer la fecha de partida de la clínica.

Aunque la tendencia conmigo es a repetir el modelo del vínculo con la madre, predomina ahora una contratransferencia positiva, que se deriva en parte de una mejor comprensión de la patología, y en parte, de que empezamos a ver en Marina la posibilidad de responder al tratamiento.

i ** Terapeutas de la Institución.

REPORTE DE COMUNIDAD.

26-Marzo-1981.

Paciente: Marina Zárate Ruiz.

A un nivel manifiesto y general, Marina tiene un nivel de participación muy activo, desde hacerse responsable y sacar adelante el proyecto de la tienda, hasta participar en ayudar a los demás a que realicen la importancia de tener un tratamiento en la clínica.

Detrás de esta actitud de la "paciente perfecta", se encuentra la Marina que habla más de su rol de victimaria que de lo que realmente puede ser ella, la Marina rencorosa, llena de deseos de venganza y de repetir quizá lo que ella misma sufrió.

El ambiente comunitario ha sido un auxiliar para que ella no se desestructure, le ha ayudado a buscar y encontrar un grupo de pertenencia, con actividades que tienen un sentido importante para ella, aunque simultáneamente, también ha sido un ambiente sobreprotector que ella ha idealizado y del cual demanda todo lo bueno.

Sus acercamientos son con actitudes seductoras y con intensidad de agradar y aplacar quizá a los demás. En una época estableció una relación más cercana, primero con uno de los pacientes de la clínica y luego con otro.

Pensamos que pasa por un momento resistencial, y que lo que debemos trabajar con ella es confrontarla con los actos que manifiestan esta resistencia: por ejemplo, querer alargar dos semanas el tiempo de tratamiento, querer pasar a terapias fraccionadas sin un sentido real, su resistencia y transferencia negativa con la t. familiar, etc.

4.- MUESTRA TOMADA PARA LA INVESTIGACION. EXPOSICION
DE LA SESION FAMILIAR, COMO UN CORTE TRANSVERSAL EN EL
CONTINUO DE UN PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO .-

La sesión familiar que a continuación se transcribe, fué elegida aleatoriamente de entre las sesiones de familia de una paciente previamente seleccionada para el estudio.

La sesión ha sido transcrita textualmente del informe de los dos terapeutas que la coordinaron, el cual fué anotado inmediatamente después de que la sesión se llevó a cabo, de la manera mas fiel posible. Aproximadamente el 80% de ella logró anotarse textualmente, y sólo la parte final tuvo que ser reconstruida por los terapeutas.

La grabación de la sesión, que pudiera parecer el medio mas confiable para la obtención de datos fidedignos, no pudo realizarse en virtud de que fué objetada por la mayoría de los miembros de la familia.

La exposición de esta sesión familiar representa la recabación central ó mas importante de los datos, ya que representa la muestra tomada para la investigación, cuyo análisis proporcionará el material de trabajo y observación de la presente tesis.

Es necesario aclarar que los nombre de las personas que intervienen en la sesión, no son los verdaderos; los terapeutas que intervienen, han sido clasificados como terapeuta hombre (T.H.) y terapeuta mujer (T.M.).

La sesión familiar muestra, queda integrada por las siguientes personas:

MARINA : La paciente identificada.

PADRE : El padre de la paciente.

MADRE : La madre de la paciente.

HERMANA : Silvia, la hermana de la paciente, con edad de 33 años. De los 3 hermanos de la paciente, fué la única que pudo estar presente en la sesión.

TERAPEUTA HOMBRE (T.H.)

TERAPEUTA MUJER (T.M.)

La sesión comienza casi 20 minutos tarde.

Se sientan formando un semicírculo, quedando Marina aislada, - frente a la media luna.

Padre: "pues aquí estamos. a sus órdenes" -Silencio-.

(Agregando) "Ya la última vez me dejaron solo. Ahora les toca" (Se dirige a la hermana de la paciente y a la madre)

Hermana: "Pues habla tú mamá"

Madre: "No, yo así no; ya que esté la plática se me ocurrirá - algo que decir..."

Marina "Entonces hablo yo"

T.H. : "Sea cual sea el tema, parece que es algo difícil, porque se están arrojando la palabra como si fuera una papa caliente..."

- Risas -

Marina: "Quiero decir que si me sigo sintiendo como hasta ahora, me gustaría dejar la clínica para abril. Quisiera estar en hospital de día lo que resta de febrero, en marzo pasar a terapias fraccionadas e irme en abril" (mientras dice esto, está sentada derecha y habla con cautela, pero con firmeza) "Esto es, si todo sigue igual, si me sigo sintiendo bien"

T.M. : "¿Qué tal si nos explicas un poco mas de tus planes?"

Marina: "Es que ya quiero estar con mis hijos, y siento que ya puedo; la otra vez que fui a Monterrey, una amiga me preguntó que cuándo regresaría yo. No le pude contar porque en realidad no sabía, y le dije: 'no sé ... cuando me sienta mejor', y ahora me siento mejor ya. Me he dado cuenta de muchas cosas. Esa vez que estuve en Monterrey fui a un restaurante a comer con mis hijos; de repente, me entraron ganas de salir corriendo..." - "¡Ay!" (Se lleva los puños a las sienes) "...pero me dije: me tengo que aguantar, ahora ya no pienso en suicidarme. Tengo que ver cómo le hago. Antes veía a los niños y sentía que no podía con ellos, casi como si yo también fuera otra niña y sin saber qué hacer, pero ahora me siento diferente y quiero otra oportunidad". "Quiero también volver a trabajar de maestra, es un trabajo mal pagado pero me gusta; además, me permitiría estar con los niños por la tarde, y eso es lo que quiero." "Me voy a seguir tratando; sé que me falta mucho. Voy a buscar al Dr. 'Z'...él me ayudó bastante, me entendía y me escuchaba. Con él estuve dos años antes de venir a Mendao" (mira a su papá) "¿qué piensan ustedes?"

Padre: "Bueno, pues realmente creo que lo que aquí cuenta más es la opinión que puedan tener los doctores, las demás personas que te ven aquí en la clínica" (Mira a ambas terapeutas en forma inquisitiva, como pidiendo: 'sáquenme de ésta')). "Yo no tengo elementos necesarios como para hacer un juicio valedero. Los doctores son los úni

cos que pueden saber como para decir que ya estas bien para irte"

T.H. : "Pero, ¿qué piensa usted?"

Padre: "Pues yo me adhiero a la opinión de ustedes. Si ustedes están de acuerdo, yo no podré mas que apoyarlos".

Hermana: (Dirigiendose hacia el espacio y hablando en tercera - persona ó en impersonal) "Yo quisiera decir lo que - pienso... la vida no es nada mas disfrutar a los hijos, y gozar y vivir bien." "Ojalá que así fuera, pero no - es ¿verdad?; la vida está llena de problemas, no es na - mas disfrutar a los hijos; hay que ver cómo los va a - atender uno, cómo los va a cuidar.. De la misma manera, no es nada más tener una casa y vivir en ella y ya." "A una casa hay que cuidarla, dedicarle tiempo y traba - jo. Otra cosa mas, es que cuando uno tiene que hacer - las cosas sola, es mas difícil. Yo quisiera preguntarle a mi hermana si está conciente de todo ésto, que si - piensa que va a poder con todo...¿no será demasiado?"

Marina: "Es que si tiene uno salud, se puede todo. Yo tengo ga - nas de tratar, por mí y por mis hijos. Sé que no va a - ser fácil, pero ahora me siento más fuerte y cuento con más cosas; me he dado cuenta de que mis hijos me quie - ren. Cuando me despedí de ellos la otra vez, me decían que no me fuera, me abrazaron y lloraron y me dijeron - que si me tenía que ir, que no fuera por tanto tiempo".

Hermana: "Otra cosa ...algo que caracteriza a nuestra familia, es que somos gente muy creativa, formados a base de trabajo y trabajadores, eso lo hemos sido siempre; todos - nos hemos abierto paso en la vida, y el hecho es que tú nunca te has mantenido sola. Mis papás te mantuvieron - hasta que te casaste, luego te mantuvo tu esposo y ahora te sigue ayudando mi papá. Yo me pregunto ¿que harás sola? además, yo pienso que para salir adelante es muy importante contar con una pareja..."

Marina: "¡Claro que es importante!, pero si ahora no tengo a nadie, pues ni modo; tendré que poder y ya veré como le - hago... ahora que si mis papás no me pueden seguir ayudando, tendré que adaptarme a lo que gane. Podría rentar la casa y pasarme a un departamento mas pequeño. Bajaría yo de status, ya sé que no todos es como cuando estaba casada, que tenía la camioneta esperando afuera de la - casa"

T.H.: "Oye Marina, y ¿cómo fué lo del divorcio? ¿Cómo arreglaron? ¿Cómo quedó lo de la pensión?"

Marina: "Pues ya estamos divorciados, eso quedó ya. Yo tuve que pelearme por mis hijos, porque mi esposo alegaba que yo no podía tenerlos porque no estaba bien, pero ya todo - se arregló... ¡Ah, no, yo no iba a permitir que me quitara a mis hijos; en el sentido económico, mi esposo se - ha portado muy decente. En ese sentido es muy cumplido , me pasa \$10,500.00 al mes, paga la colegiatura de los - niños y está acabando de pagar la casa, que ya falta poco"

T.M. : "Durante toda la sesión he estado escuchando a Marina - decir que quiere y que cree que puede cambiar, y me parece importante que la idea del cambio, de salir de la - clínica, no parece algo impulsivo. Marina está hablando - de cómo implementar el cambio, está hablando de cosas - concretas, de cómo ha pensado que le va a hacer..."

Hermana: "Sí, y yo la felicito calurosamente. Sin embargo, ustedes no la han oído como yo la he oído. Yo la he oído decir que no puede más, que ya no aguanta a los hijos, que tiene ganas de salir corriendo"

T.M.: "Me llama la atención la diferencia entre tu manera de referirte a Marina en esta sesión, en contraste con tu manera de hablar de ella en la sesión pasada. El otro - martes, hablabas de su gran capacidad de líder, de su - excelente manera de relacionarse, de obtener logros. Ahora en cambio, pareces empeñada en convencernos de que - Marina en realidad no es capaz de nada. Es como si hablaras de dos personas diferentes, de dos Marinas, una - fuerte y capaz de todo, y otra débil e impotente".

Hermana: "No son dos Marinas, son dos fases de una misma persona. Es que Marina no ha tenido una, sino varias recaídas, y cuando recae se pone muy, muy mal. Yo diría que cada - vez es peor que la anterior. Son ya cinco años en crisis, y los cambios son muy fuertes. Yo me he puesto a - pensar qué es lo que le pasa a Marina. ¿Será cuestión de sus neuronas?... ¿ó será que puede manejar sólo cierta carga social y que todos sus compromisos se le vuelven como una sobrecarga?"

- A partir de este momento, la sesión no se transcribe textualmente, sino que ha sido reconstruída por los terapeutas. -

Marina pregunta a los demás qué piensan. Ante ésto, el padre elude la respuesta y pregunta a los terapeutas por su opinión.

Ante ésto, el T.H. le devuelve la pregunta: ¿Que piensa usted?

Finalmente, el padre comienza a "medio contestar". Inicia diciendo que de todos modos es la opinión de los terapeutas la que importa. Luego sigue diciendo que Marina se mete a tratamientos para depender y evadir responsabilidades, y que además no los termina.

Marina lo interrumpe para preguntarle qué quiso decir cuando dijo que ella era dependiente, a lo que el padre responde aludiendo al tratamiento de dianética.

Refiere que al principio Marina dependía para todo de la Dianética, y que luego, cuando hizo el intento de suicidarse, escribió una carta liberando a la dianética de toda culpa. La madre interviene para decir que después del intento de suicidio, Marina cambia radicalmente y comienza a atacar furiosamente a la Dianética.

El padre calla a la madre diciéndole que no se desvíe del tema; que de lo que se está hablando, es de la dependencia.

La T.M. dice que más bien se habla de que según el espejo en el que se refleje, Marina cambia la imagen de Marina que el espejo refleja.

El T.H., dice que tienen miedo porque no saben cuál de las imágenes se les va a devolver.

A ésto, el padre responde diciendo que el temor no es - que les devuelva una Marina ú otra; que el temor es que Marina se quede pegada al espejo.

La hermana dice que no tiene miedo por Marina, sino por sus hijos, porque no es como si fueran dos Marinas, sino que es una que cambia, teniendo a veces "caras positivas", como - por ejemplo que consigue dinero, y a veces, "caras negativas" como por ejemplo, que es puta.

Aquí, Marina enloquece: clama que no le respetan su lugar, que su hermana se metía en su vida sin tener derecho a - ello; que lamenta no haber pasado de las palabras en aquella - ocasión. Que su hermana le decía cosas que en realidad le man daba su papá. Marina sigue refiriendose a situaciones en las - que se sintió muy invadida por su hermana. Está muy irritada - y la situación es muy tensa.

La T.M. corta la situación preguntando: "¿Que pasó? ... ¿Porqué necesitan la buena y la mala?"; muestra también cómo, a través de la hermana, los tres lograron provocar a Marina - hasta que saliera la Marina mala. Suspende la sesión.

El padre dice que antes de terminar quiere aclarar una - cosa: que no hay Marina buena y Marina mala, que sólo hay una Marina sana y otra enferma.

- Suspende la sesión -

CAPITULO VI

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

- 1.- ANALISIS DE LA SESION FAMILIAR.
- 2.- RESULTADOS.
- 3.- CONCLUSIONES.
- 4.- SUGERENCIAS.
- 5.- LIMITACIONES DEL PRESENTE TRABAJO.

ANALISIS DE LA MUESTRA DE INVESTIGACION:
INTERPRETACION DE LA SESION FAMILIAR

A continuación, expondré el análisis llevado a cabo sobre la sesión familiar (muestra tomada para la investigación), presentada anteriormente en el capítulo V.

La interpretación y el análisis se han elaborado de acuerdo -básicamente-, a la teoría de "las tres D" (depositario, depositante y depositado) de Pichón - Riviére y a la teoría de la comunicación de Watzlawick, tomando en general, la referencia del marco teórico (comprendido en el capítulo II).

Los resultados que arroja el análisis de esta muestra de investigación, son la base de la cual parte la elaboración de las conclusiones.

La sesión comienza casi 20 minutos tarde.

Se sientan formando un semicírculo, quedando Marina aislada - frente a la media luna.

Mediante el lenguaje corporal del grupo, segregan, aíslan y excluyen a Marina. Con su actitud corporal, marcan una diferencia. La distribución geográfica de la situación, semeja un juicio en el cual la acusada tendrá que absorber las inculpaciones del grupo. Tal vez la fantasía del grupo sea que nateniendo la distancia, evitan la contaminación.

Padre: "Pues aquí estamos, a sus órdenes" -silencio- "...ya la última vez me dejaron solo. Ahora les toca" (Se dirige a la hermana de la paciente y a la madre)

Es posible que la afirmación del padre revele un patrón de comportamiento de la familia. Ellos aíslan, excluyen, "dejan solo" a alguno de sus miembros. Quien verdaderamente aparece sola, - aislada y excluida, es Marina.

Por otra parte, el padre emite un mensaje contradictorio: emplea la frase "a sus órdenes", la cual denota su deseo de colaborar y participar, pero añade inmediatamente que no participará, que se aislará, que "no le toca", quizá evadiendo la responsabilidad con lo que sucede a su hija. Su silencio adquiere un valor de mensaje (Watzlawick) y comunica su imposibilidad para comunicarse con su hija.

Hermana: "Pues habla tú mamá"

La hermana sigue el patrón marcado por el padre. Rehúsa también a responsabilizarse, hacerse cargo; por el contrario, trata de-

desembarazarse, pasando a su madre el compromiso. Puede suponerse que la situación de confrontación con un problema de todo el grupo familiar es la que genera un elevado monto de ansiedad, ya que se observa el mecanismo evacuativo de cada uno de los miembros que se pasan uno a otro la iniciativa ante dicho problema.

Madre: "No, yo así no; ya que esté la plática se me ocurrirá algo que decir..."

¿Hasta qué punto las actuaciones de Marina son el resultado de este peculiar pedido de esta madre que solo reacciona? Ella no promueve, sólo vibra, parece inanimada, sin vida propia; necesita que otros digan ó hagan. Su pensar parece el eco del pensar de sus hijas, pero el "hacer" de sus hijas podría ser una corporización de sus propias fantasías, aquéllas que no puede pensar. La madre corrobora el patrón de evasión que sigue el grupo. El tema a tratar es doloroso y difícil, sobrepasa la capacidad de verbalización de la familia. La "enfermedad" de Marina "dice" lo que ellos comparten con el silencio. Marina y la psicosis de Marina son la denuncia del rechazo y la exclusión, son la manifestación de lo inaceptable y lo negado.

Marina: "Entonces hablo yo"

La frase de Marina es dramáticamente demostrativa del movimiento de depositación; parece no tener otra opción que la de ocupar el lugar que le ofrece el grupo, y actuar aquéllo que los demás no pueden pensar.

Su vulnerabilidad la hace emergente de las ansiedades comunes y acepta la depositación.

T.H.: "Sea cual sea el tema, parece algo difícil, porque se están arrojando la palabra como si fuera una papa caliente"

- Risas -

Se presenta aquí una interpretación que tiende a redistribuir la ansiedad y hacer conciencia de la depositación que se hace en Marina, y que la induce a la acción.

Marina: "Quiero decir que si me sigo sintiendo como hasta ahora, me gustaría dejar la clínica para abril. Quisiera estar - en hospital de día lo que resta de febrero, en marzo pasar a terapias fraccionadas e irme en abril" (Mientras - dice ésto, está sentada derecha y habla con cautela pero con firmeza) "Esto es, si todo sigue igual, si me sigo sintiendo bien"

La paciente habla de una tentativa de recuperación, en la que - planea su futuro conforme a sus necesidades reales; sin embargo, también puede tratarse de una tentativa de recuperación del equilibrio patológico del grupo, es decir, que siga funcionando como el "chivo expiatorio", restableciendo el equilibrio del sistema familiar. Esta posibilidad es contemplada al observar la tendencia de la paciente a asumir el rol de depositaria: la familia - se encuentra paralizada, no se mueve ni habla, por lo tanto Marina, que es la enferma, se hace cargo de las decisiones: proyecta, planea, decide.

Su enfermedad ha servido como elemento cohesionador del grupo, la familia se reúne por ella -no con ella-. Al final deja entrever que duda del éxito absoluto de sus planes, y considera la posibilidad de recaer. Esto nos habla de un buen índice de realidad y conciencia de enfermedad.

que ha intentado darle muerte en su intento suicida. Ahora dice: yo puedo mas que él, soy mas fuerte.

Por otra parte, pedir "otra oportunidad" es una demanda infantil de perdón a los padres punitivos; no es del todo la asunción natural de la responsabilidad del adulto. Es posible que la paciente tienda a utilizar un mecanismo defensivo de negación, ocultando a la niña pequeña y desvalida que nada puede, detrás de la -mujer omnipotente que está dispuesta a irse a Monterrey a enfrentar todos los obstáculos que se le presente, convencida de vencerlos. No obstante, también puede observarse que se hace cargo de su parte débil; comienza a integrar a sí misma la Marina que hay en ella, a quien también quiere brindarle la oportunidad, -al aceptarla-, de crecer.

Prosigue Marina: "Quiero también volver a trabajar de maestra; es un trabajo mal pagado, pero me gusta. Además, me permitiría estar con los niños por la tarde, y eso es lo que quiero. Me voy a seguir tratando; sé que me falta mucho. Voy a buscar al Dr. "Z", él me ayudó mucho, me entendía y me escuchaba. Con él estuve dos años antes de venir a Mendao (mira a su papá)" "...qué piensan ustedes?"

Parece ser que a pesar del peligro que existe al enganchar con la fantasía de volver a ocupar el rol de depositaria y chivo expiatorio que su familia necesita, la paciente puede hacer un intento razonable y apegado a la realidad, de seguirse tratando y separarse de la clínica poco a poco. Parece ser que a pesar de su tendencia a recurrir a la negación omnipotente, la paciente puede tolerar en mayor grado el dolor que le impone la realidad. (reconoce su incapacidad para controlar su ansiedad y las difi -

T.M. : "¿Que tal si nos explicas un poco mas de tus planes?"

Marina: "Es que ya quiero estar con mis hijos, y siento que ya -
puedo. La otra vez que fuí a Monterrey, una amiga me pre-
guntó que cuándo regresaría yo. No le pude contestar por-
que en realidad no sabía, y le dije: no sé, cuando me -
sienta mejor...y ahora me siento mejor ya. Me he dado -
cuenta de muchas cosas; esa vez que estuve en Monterrey-
fuí a un Restaurante a comer con mis hijos. De repente, -
me entraron ganas de salir corriendo..."

*Mientras habla, parece que Marina acciona una alarma, una luz -
roja que anuncia que se da cuenta de su incapacidad de ese mo -
mento. Marca toda una línea para elaborar en sus terapias, cuyo
objetivo sería el que Marina pudiera hacerse continente de esas
"muchas cosas" suyas que por ahora solo el "darse cuenta" le in-
vita a "salir corriendo", como si todo aquello doloroso, frus-
trante e intolerable, pudiera ser dejado atrás. Este parlamento
de Marina es demostrativo de que, por el momento, ella no puede
ser continente de sus propios contenidos.*

Prosigue Marina: "¡Ay!" (Se lleva los puños a las sienes) "pero-
me dije: me tengo que aguantar, ahora ya no pienso en -
suicidarme... tengo que ver cómo le hago. Antes veía a
los niños y sentía que no podía con ellos, casi como si
yo fuera otra niña y sin saber qué hacer; pero ahora me
siento diferente y quiero otra oportunidad."

*La paciente tiende a ejercer un control omnipotente. Trata de con-
trolar al objeto persecutorio introyectado, que es tal vez al -*

que ha intentado darle muerte en su intento suicida. Ahora dice: yo puedo mas que él, soy mas fuerte.

Por otra parte, pedir "otra oportunidad" es una demanda infantil de perdón a los padres punitivos; no es del todo la asunción natural de la responsabilidad del adulto. Es posible que la paciente tienda a utilizar un mecanismo defensivo de negación, ocultando a la niña pequeña y desvalida que nada puede, detrás de la - mujer omnipotente que está dispuesta a irse a Monterrey a enfrentar todos los obstáculos que se le presente, convencida de vencerlos. No obstante, también puede observarse que se hace cargo de su parte débil; comienza a integrar a sí misma la Marina que hay en ella, a quien también quiere brindarle la oportunidad, -al aceptarla-, de crecer.

Prosigue Marina: "Quiero también volver a trabajar de maestra; es un trabajo mal pagado, pero me gusta. Además, me permitiría estar con los niños por la tarde, y eso es lo que - quiero. Me voy a seguir tratando; sé que me falta mucho. Voy a buscar al Dr. "Z", él me ayudó mucho, me entendía y me escuchaba. Con él estuve dos años antes de venir a - Mendao (mira a su papá)"¿...qué piensan ustedes?"

Parece ser que a pesar del peligro que existe al enganchar con - la fantasía de volver a ocupar el rol de depositaria y chivo expiatorio que su familia necesita, la paciente puede hacer un - intento razonable y apegado a la realidad, de seguirse tratando y separarse de la clínica poco a poco. Parece ser que a pesar de su tendencia a recurrir a la negación omnipotente, la paciente - puede tolerar en mayor grado el dolor que le impone la realidad. (reconoce su incapacidad para controlar su ansiedad y las difi -

cultades que tendrá que afrontar). Quizá esta mayor tolerancia sea el fruto de su tratamiento psicoterapéutico.

Padre: "Bueno, pues realmente creo que lo que aquí cuenta más, es la opinión que pueden tener los doctores, las demás personas que te ven aquí en la clínica..." (Mira a ambas terapeutas en forma inquisitiva, como pidiendo: 'sáquenme de ésta') "Yo no tengo elementos necesarios como para hacer un juicio valedero. Los doctores son los únicos que pueden saber como para decir que ya estás bien para irte"

Existe en el padre una mezcla ó confusión de los niveles de contenido en la comunicación con su hija, ya que no discrimina entre no poder ayudar a su hija en cuanto a conocimientos terapéuticos (desacuerdo de contenido razonable y no perjudicial) y no poder apoyar ó estimular a su hija en cuanto a su relación de padre (desacuerdo en el nivel de relación que sí resulta doloroso y posiblemente perjudicial para Marina).

Podemos observar que el padre hace uso de cierto estilo en la comunicación: encubre un mensaje latente e implícito con un mensaje manifiesto y juicioso: él no puede invadir campos que no le corresponden; no está capacitado y respeta la opinión de los que sí lo están. Con esta fachada impecable, pone un escudo contra cualquier crítica ó rechazo del mensaje, con lo cual se asegura también la expresión del mensaje latente: no existe apoyo para su hija; nuevamente la deja sola ante la opinión de otros para que ellos decidan sobre ella. A pesar de que dice que respeta la opinión de los médicos con el fin de hacerle un bien, él no se compromete en ningún momento a ofrecerle un apoyo incondicional, sino que delega la responsabilidad induciendo a Marina a la pseu

de fortaleza y a la omnipotencia. El se queda fuera del problema, con lo que obliga a la paciente a hacerse cargo de una situación que por el momento puede llegar a rebasarla.

T.H. : "¿Pero qué piensa usted?"

Padre: "Pues yo me adhiero a la opinión de ustedes. Si ustedes -
están de acuerdo, yo no podré mas que apoyarlos "

Ante la invitación para que externe su propio juicio, el padre evade nuevamente su responsabilidad. Apoya al equipo, pero no a su hija directamente (no compromete su ayuda). Establece con És to un doble vínculo en el que deja atrapada a su hija: por una parte dice que está totalmente dispuesto a ayudar en lo que pueda y a hacer todo lo que sea necesario para lograrlo, pero en -- realidad lo que hace es eludir las decisiones. Su "hacer" es "no decir", es descalificar el propio pensamiento, quedarse afuera - del problema, no tomar decisiones y no apoyar.

A Marina se le reprocha por pensar y por no pensar, se la desconfirma al no concluir sus reflexiones.

Hermana: (Dirigiéndose hacia el espacio y hablando en tercera - persona ó en impersonal) "Yo quisiera decir lo que - pienso... la vida no es nada más disfrutar a los hijos, y gozar y vivir bien. Ojalá que así fuera, pero no es , ¿verdad?...la vida está llena de problemas; no es nada - mas disfrutar a los hijos, hay que ver cómo los va a - tender uno, sólo los va a cuidar..."

La hermana hace uso también del argumento racional, de gente conocedora y experimentada acerca de la vida; de hecho, introduce-

un índice de realidad, en cuanto a la tendencia a recurrir a la defensa maniaca de la paciente, en el cual aclara que no todo es cosa de hacer proyectos, sino que hay que tener armas suficientes para realizarlos y luchar por ellos, sin embargo, su tendencia en la comunicación es la de exponer una situación catastrófica para la paciente, ante la cual no sólo no recibe apoyo, sino que se le descalifica y anula como persona capaz de enfrentarla. Ella igual que el padre, no se dirige a Marina; habla impersonalmente.

Prosigue la Hermana: "De la misma manera, no es nada más tener una casa y vivir en ella y ya. A una casa hay que cuidarla, dedicarle tiempo y trabajo. Otra cosa más, es que cuando uno tiene que hacer las cosas sola, es más difícil. Yo quisiera preguntarle a mi hermana que si está conciente de todo esto, que si piensa que va a poder con todo... ¿no será demasiado?"

Cuando la incluye es para descalificarla. Implícitamente, la hermana le dice a Marina que no podrá con la situación, que no tiene ni tendrá la fuerza suficiente para afrontar los problemas. Le hace recordar también que está sola, que no cuenta con el apoyo de su grupo familiar para nada, y que ante esto, la situación acabaría desbordándola. Esto constituye un mensaje altamente descalificante para Marina, y por lo tanto, que promueve su desconfirmación (watzlawick).

Por otra parte, la comunicación de la hermana anula el ofrecimiento de apoyo que el padre brinda momentos antes.

Marina: "Es que si tiene uno salud , se puede todo. Yo tengo ganas de tratar, por mí y por mis hijos. Sé que no va a-

B. COMPRENSION		Punt. 2,160
1. Ropa		2
2. Locomotora		2
3. Sobre		2
4. Malas compañías		0
5. Cine		1
6. Impuestos		1
7. Mañana		2
8. Trabajo infantil		2
9. Bosque		1
10. Sorda		2
11. Terreno en la Ciudad		1
12. Matrimonio		0
13. Nueces		2
14. Golondrina		0
11. ya se han hecho cosas de		18

C. ARITMETICA				
	C	F	Tiem.	Punt. 2,100
1. 15"				0 1
2. 15"				0 1
3. 15"			9	0 1
4. 15"			4	0 1
5. 30"			150	0 1
6. 30"			30	0 1
7. 30"			6	0 1
8. 30"			8	0 1
9. 30"			41	0 1
10. 30"			1000	0 1
11. 60"			175	0 1 ¹⁰⁰
12. 60"			1200	0 1 ¹⁰⁰
13. 60"			41	0 1 ¹⁰⁰
14. 120"			24	0 1 ¹⁰⁰

D. SEMEJANZAS		
1. Naranja-Plátano	fr	2
2. Abrigo-Vestido	pr. list	2
3. Hacha-Sierra	un. pa. cort	2
4. Perro-León	manip	2
5. Norte-Oeste	card	2
6. Ojo-Oído	oír	2
7. Aire-Agua	un. pa. cort	1
8. Mesa-Silla	de	2
9. Huevo-Semilla	un. pa. cort	2
10. Poema-Estatua	un. pa. cort	1
11. Madera-Alcohol	un. pa. cort	2
12. Premio-Castigo	un. pa. cort	1
13. Meca-Arbol	un. pa. cort	2

E. Ret. de Dígitos		Punt.
Orden progresivo (OP)		Círculo
5-8-2		3
6-9-4		3
6-4-3-9		4
7-2-8-6		4
4-2-7-3-1		5
7-5-8-3-6		5
6-1-9-4-7-3		6
3-9-2-4-8-7		6
5-9-1-7-4-2-8		7
4-1-7-9-3-8-6		7
5-8-1-9-2-6-4-7		8
3-8-2-9-5-1-7-4		8
2-7-5-8-6-2-5-8-4		9
7-1-3-9-4-2-5-6-8		9
Orden inverso (OI)		Círculo
2-4		2
5-8		2
6-2-9		3
4-1-5		3
3-2-7-9		4
4-9-6-8		4
1-5-2-8-6		5
4-1-8-4-3		5
5-3-9-4-1-8		6
7-2-4-8-5-6		6
1-2-9-3-6-5		7
7-3-9-1-2-8		7
7-4-3-7-6-2-5-0		7
7-2-8-1-9-6-5-3		7

OP 5 01 4 9
Máximo punt.

	Punt. 2, 1 o 0	F. VOCABULARIO
1. Cama	2	
2. Nave	2	
3. Centavo	2	
4. Invierno	2	parte del año que es frío
5. Reparación	2	reparar algo dañado
6. Desayuno	2	alimento que se toma en la mañana
7. Tela	1	material de alg o fibra que se usa para hacer ropa
8. Rebanada	1	parte de algo
9. Reunir	2	juntar
10. Ocultar	2	esconder q se usa
11. Enorme	2	mucho q
12. Apresurar	2	q uno apresure q haga a algo algo
13. Oración	1	petición a lo cual se pide algo
14. Arreglar	1	comparar
15. Comenzar	2	q uno a hacer algo x vez
16. Ponderar	1	hablar bien de alg
17. Caverna	2	cueva
18. Designar	2	señalar
19. Doméstico	2	se refiere a la casa
20. Consumir	2	estar terminando, usando algo
21. Terminar	2	finalizar
22. Obstaculizar	1	no usar el camino libre
23. Remordimiento	1	algo de lo q te arrepientes

	Punt. 100	F. VOCABULARIO (Cont.)
24. Santuario	1	1 lugar dedicado a Dios o a un santo
25. Inigualable	2	q no tiene par =
26. Renuente	2	q no acepta algo
27. Calamidad	1	alg suceso no deseado
28. Fortaleza	1	1 lugar de defensa de una persona o lugar q ...
29. Tranquilo	1	1 sin sentir presiones o inquietud
30. Edificio	2	1 constr. vs. no - pieza
31. Compasión	2	1 sentimiento de dolor x alg
32. Tangible	2	q es algo tangible
33. Perímetro	1	lo q rodea 1 espacio
34. Audez	0	q tiene cuenta propia para ...
35. Ominoso		-
36. Inyectiva		-
37. Sobrecargar	2	poner + peso al verbal
38. Plagiar	0	copiar
39. Acribillar	0	destr. o matar alg
40. Parodia	0	1 forma literaria q parodia ...
	56	1 comentario y aclaración algo

IMPORTANTE

El uso de este Protocolo, como el de cualquier otro instrumento psicométrico, está reservado a personas suficientemente preparadas; es decir, psicólogos graduados, pasantes o miembros de una organización nacional de psicólogos. Se obtendrá el derecho de usar este instrumento por la adquisición del material necesario con el distribuidor local o con

EDITORIAL

EL MANUAL MODERNO, S.A.
Av. Sonora 206 México 11, D.F.

Absténgase de hacer reproducciones*

* De acuerdo con la A.P.A. y con el CNI-IP.

9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3

EJEMPLOS:

9 2 8 1 7 9 4 6 8 5 9 7 1 8 5 2 9 4 8 6 3 7 9 8 6

6 2 5 1 9 2 8 3 7 4 6 5 9 4 8 3 7 2 6 1 5 4 6 3 7

1 5 4 2 7 6 3 5 7 2 8 5 4 6 3 7 2 8 1 9 5 8 4 7 3

2 1 3 7 2 4 8 1 5 4 2 1 3 2 1 4 2 3 5 2 3 1 4 6 3

1 2 3 4 5 6 7 8 9

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

61 62 63 64 65 66 67 68 69 70

71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

81 82 83 84 85 86 87 88 89 90

91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

5. CLAVES

Puntuación

14. *homenajes*

H. FIGURAS INCOMPLETAS	
	Punt. 1-6
1. Perilla	R
2. Rabo	R
3. Nariz	N
4. Manijas	S
5. Diamante	de +
6. Agua	A
7. Puente	P
8. Clavija	cl
9. Horquilla	P
10. Rosca	R
11. Aro	A
12. Huellas	P
13. Baja Calif.	B
14. Chimenea	Ch
15. Pata	P
16. Brazo	R
17. Dedo	R
18. Sombra	S
19. Estribo	C
20. Nieva	N
21. Cejas	P

I. DISEÑOS CON CUBOS		
	Tiempo	Puntuación
1. 60"	9	20
2. 60"	23	20
3. 60"	6	20
4. 60"	11	20
5. 60"	15	20
6. 60"	18	20
7. 120"	50	20
8. 120"		0 4 5 6
9. 120"		0 4 5 6
10. 120"		0 4 5 6

28

J. ORDENACION DE DIBUJOS			
	Orden	Tiempo	Puntuación
1. Nido	60"	12	20
2. Casa	60"	6	20
3. Asalto	60"	9	20
4. Louie	60"	31	20
5. Entrada	60"	27	20
6. Coquetee	60"	30	20
7. Pez	120"	45	20
8. Taxi	120"	44	20

24

Puntuación

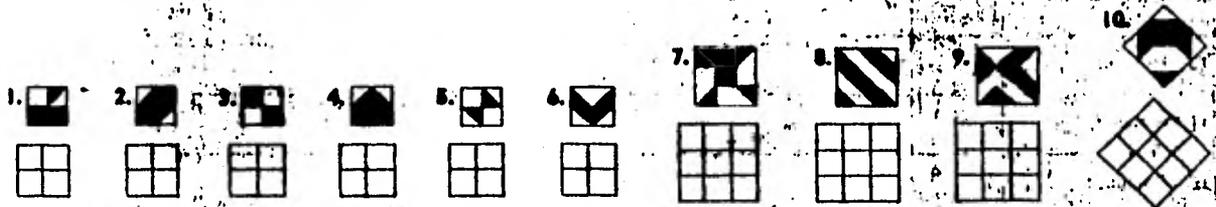
K. COMPOSICION DE OBJETOS		
	Tiempo	Puntuación
Maniquí	120"	27
Perfil	120"	75
Mapa	180"	77
Elefante	180"	

19

Observaciones acerca de la ejecución del examinando con los reactivos específicos de una subescala, conducta desusual o condiciones especiales que pudieron haber influido sobre sus resultados.

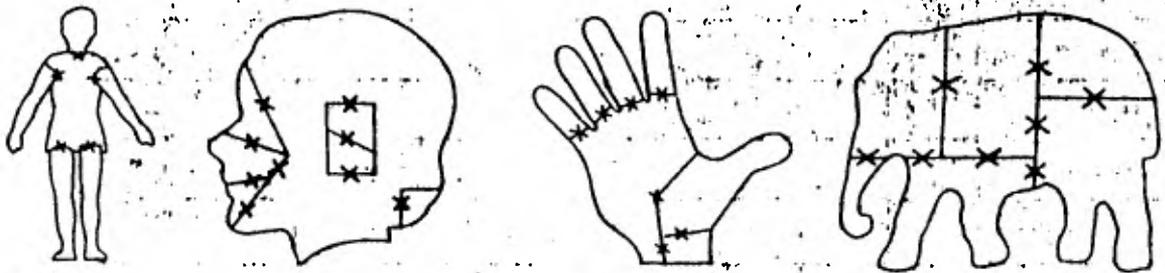
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:
Subescala:	Reactivo(s) No.	Notas:

Diseños con cúbos: Encueja las soluciones incorrectas del examinando.

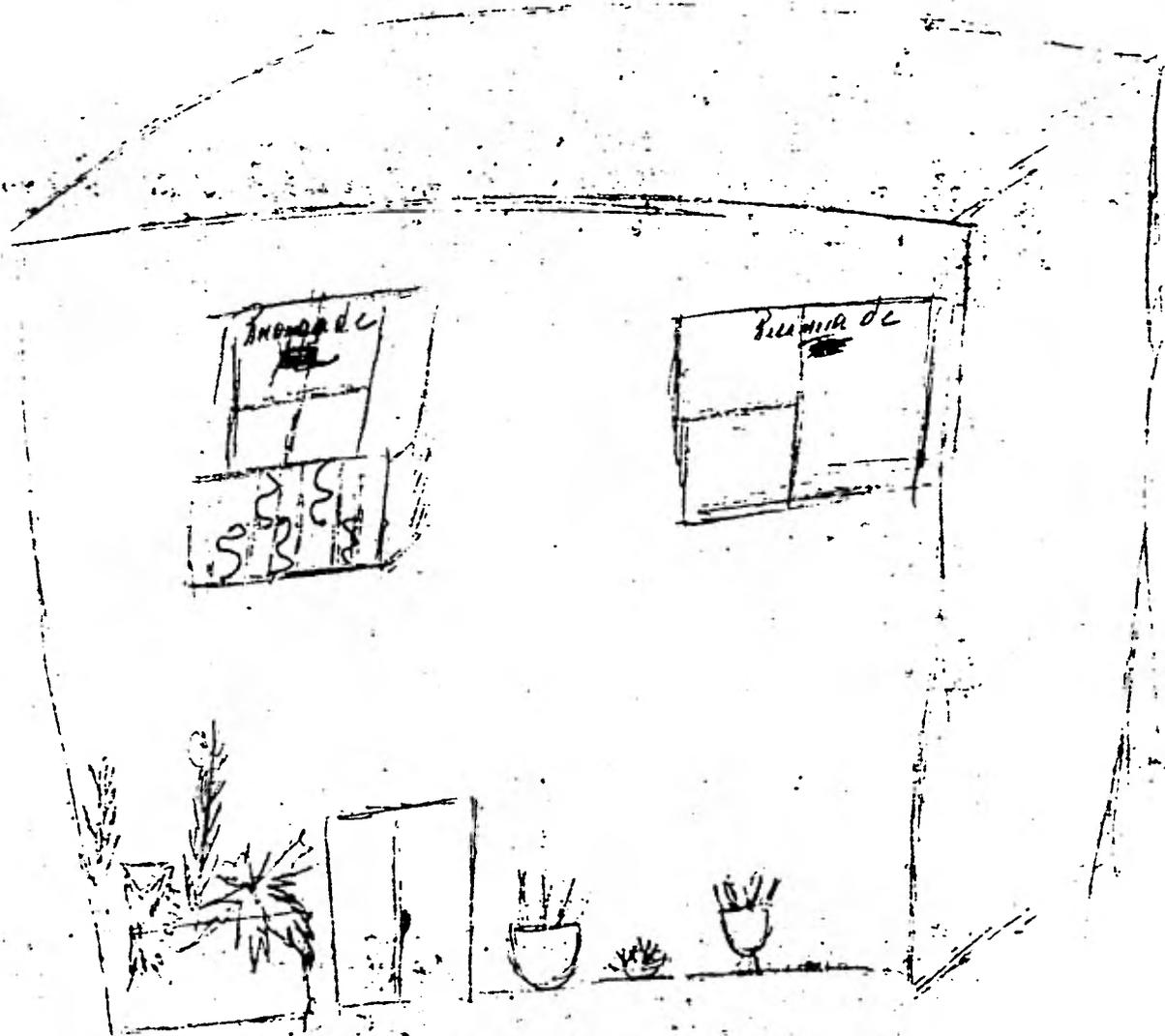


Notas:

Composición de objetos: En las soluciones incompletas, marque con un círculo cada X que representa una conexión por la cual el examinando recibe crédito.



Notas:

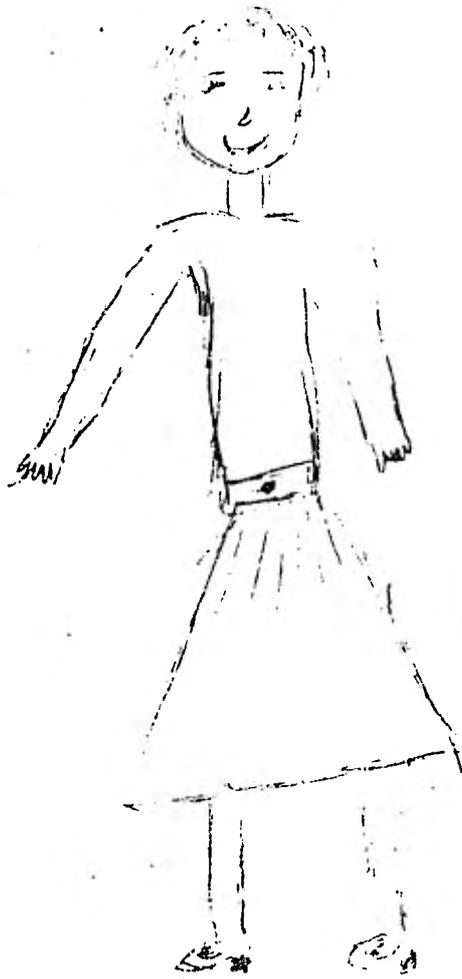


- 321 -

110570



Mar 90



10580



no-10

La Mujer

- 12 -

La Mujer es una imagen de
el calor, la belleza, la alegría,
ésta para mí representa a la
madre que yo hubiera deseado
tener, una mujer con vida, todo
lo que se puede comprender por
vida, tristeza, enojos, cariño,
y risas.

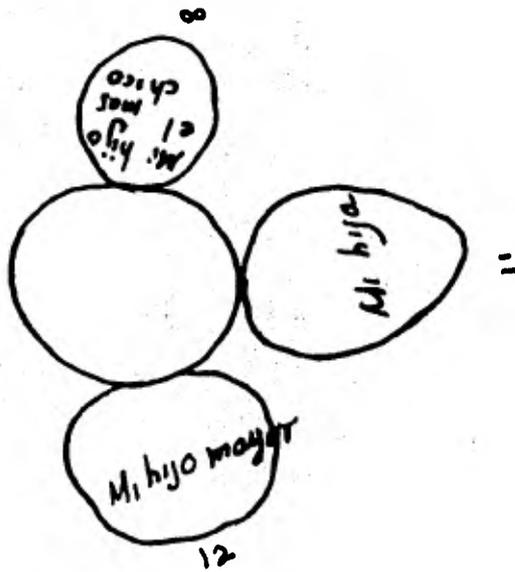
El hombre

Este es un señor no muy alto, un poco
grueso, pero que su interior está fuerte
siempre cuando él desea algo lo hace
seguro de sí, me cae muy bien porque
para él la vida es algo maravilloso,
siempre tiene una luz en la mirada.

- 326 -

La Casa
Es una casa que tiene mucho calor,
que las cosas y objetos están bien
distribuidos y tiene muchas plantas,
es una casa la cual fué estorada
por la familia que vive aún en
ella. Los niños tienen un gran
carino por ella porque es una
casa que los quiere.

El árbol es muy apreciado por mi
porque tiene mucho que dar, da vida,
da color, forma, ocupa un espacio y ese
espacio es bien llenado por él, cada
una de sus partes es muy valiosa
porque todas lo forman a él.



- 328 -



La Familia

Esta es una familia muy
unida, los hijos son tres y
los tres sienten el calor, el apogeo
y la fidelidad de sus padres,
la pareja el esposo y la esposa
tienen muchos deseos de
estar uno cerca del otro para
darse lo que cada uno tiene
y brindarse a la bot.

AFUNTES SOBRE LA APLICACION DEL RORSCHACH

FORMATO DE RESPUESTAS.-

I.- Alas, cuerpo, partes del mismo murciélago, como que piden -
algo.

Como alas abiertas, extendidas

Como si fueran dos bocas que piden algo.

II.- Como si lo hubieran golpeado contra una pared.

Como patos, sus picos.

Como ojos, esta parte mas clara, el pico abierto.

Los picos abiertos, como enojados.

III. Posición, color y como manos que se están tocando.

Mariposas volando.

Forma.

IV.- Idea de alas abiertas, forma, sus antenas como si estuvieran
sobre algo.

Una piel de tigre.

Su textura, su forma.

V.- Como que va a volar.

VI- El color como manchadito, Forma cabeza.

VII. Terc.superior y medio.

Su cabeza, una pluma, y siento la actitud en la que están

discutiendo;
Mujeres;
Pluma, forma
Centro tercero inferior, forma.

VIII. Toda extendida, me imagino su textura como una piel;
Cabeza, cuerpo; el color, los colores suaves.

Como caminando; cuerpo, forma, cabezas.

IX.- Una forma no muy definida, como que se esfuma;

agradables, por los colores como rayos de sol;

Ojos, circ.; el hueso, los hoyitos.

Centro rosa, forma.

X.- Muchos A.

Arriba como insectos; tamaño, la forma de su cara en ojos y boca; actitud agresiva.

Patas, como si fueran caminando.

Concha, patas, como que agarra algo.

Forma, el pico, el color, como que van a picar a los gusanos. Gusanos, forma, varias patas, como caminando.

Forma, que sostiene entre los dos un objeto.

9:32 - 9:40 -----9:45 - 9:48 = 11 min.

I.- Un muricélago.

14 Como si estuviera pidiendo algo.

II.- Me vuelve a parecer como un murciélago, como que sangrando.

24 Las dos partes como dos aves que están en pelea

III. Como dos negros que tocan el tambor; en medio (de los dos)

14 hay una mariposa y a los lados hay como la forma de la faringe, el esófago y el estómago.

IV.- V26 Como la forma del murciélago y una piel como de tigre.

14

V.- Otra vez el murciélago como si estuviera apretando sus pa-

23 tas con las alas muy extendidas.

VI.- Una piel de tigre

14

VII.- Dos personas discutiendo.

26 Aquí como una vagina.

VIII-Como una piel de conejo y a los lados dos osos.

12

IX.- Nubes.

32 La pelvis, la vagina.

X.- Como si estuvieran muchos A;

Dos animales, no sé exactamente qué, peor en actitud agresiva, como peléándose.

Los azules, como cangrejos .

Estos (grises abajo) como cangrejos también.

Estos (amarillo) dos aves, los pollitos, los amarillos.

Estos como dos gusanos, los verdes.

Este, (azul) como dos osos.

9:48 Finalización.

TEST DE APERCEPCION TEMATICA

PROTOCOLO DE RESPUESTAS.:

Lám. No 1.- Es un niño al que se le había perdido el violín y - al encontrarlo se siente muy contento y no se cansa de verlo, ya que con él podrá continuar sus estudios y clases.

En qué piensa? Está pensando en lo importante que es para él el violín; lo considera como un amigo.
Cómo empezó? Fue una vez a un concierto y desde entonces le nació el deseo de aprender a tocarlo.

Lám. No.2.- Es un campo; el que está trabajando el campo es el novio de la muchacha, y la que está recargada en el árbol es la mamá de la muchacha. La muchacha y la mamá tuvieron una discusión por que la mamá alegaba que el novio de la hija no sabía trabajar y en ese modo su hija le demostró que sí sabía trabajar, y la mamá está en actitud de indiferencia, como si no le importara. La hija decide irse y no hablar más con ella.

Lám. No 3.- Es una niña que estuvo jugando mucho y se siente cansada. Junto a ella están unas llaves que son de su casa y decide descansar y esperar un rato para poder entrar a su casa.

Lám.No.4.- Una pareja. El estuvo molesto con ella porque ella no estuvo lista cuando él se lo pidió y ella trata de convencerlo de que salgan y lo hace; después salen.

Lám.No.6.- Una pareja también. Ella tenía tiempo de no verlo a él, y al verlo se sorprende y le da mucho gusto.

Lám.No.7.- Una mamá que le había prometido a su hija leerle un cuento y le está leyendo uno que ella no quería, por eso su actitud es de molestia.

Lám.No.11.-Una parte como de un cañón con muchas piedras.Hay algo que sale de una cueva, como un animal que observa a unos buitres que están viendo para abajo, viendo a una persona que se cayó y se la van a comer.

Lám.No.13.-Una pareja que ella estaba disgustada con él, y lo sigue estando; ése se siente muy triste.
Porqué? Porque tardó mucho en un viaje, más de lo que él le había dicho a ella.
y después?Ella lo comprenderá y estarán bien.

Lám.No.17.-Un pueblo de la costa donde siempre el sol es muy fuerte y están unos hombres descargando una barca; - hay uno de ellos que está encargado de supervisarlos y arriba hay una mujer que está contemplando el río.
En qué piensa? En que es muy bonito el lugar.

PRUEBAS PSICOLOGICAS Y PSICODIAGNOSTICO

2a. APLICACION

Marina Zárate Ruiz.

Fecha de aplicación: 25 de Marzo de 1981.

PRUEBAS APLICADAS:

H.T.P.

RORSCHACH:

ACTITUD.

Marina tuvo una actitud muy cooperadora para realizar las pruebas. Demostró interés y permaneció seria la mayor parte del tiempo, pero a la vez amable y accesible.

Al comenzar con los dibujos, parecía inquieta y al preguntarle como se sentía comenta que había estado tratando de pensar cómo había hecho el dibujo en la ocasión anterior para hacerlo diferente, pero que después pensó que ni se acordaba ni debía preocuparse por hacerlo de una manera determinada.

RESULTADOS.

La situación que refleja Marina a través de las pruebas se presenta como un estado en muchos aspectos regresivo, pero que al mismo tiempo muestra un enfrentamiento mas real consigo misma, enfrentamiento que sin embargo no es del todo logrado y deseado por la intensa angustia que esto despierta.

Marina, se presenta actualmente rompiendo con el rígido -

control que había mantenido sobre sí misma, con lo cual aparece mas abiertamente sus fallas de estructuración interna y consecuentemente la angustia. Por ésto, tiende a adoptar nuevamente mecanismos defensivos con los que evita enfrentar, ó con los que niega sus conflictos.

Parece haber un progreso en el sentido de que las metas - que se plantea intenta hacerlas efectivas, en lugar de presentarse éstas sólo como fantasías compensatorias; también parecería haber un optimismo mas fundamentado desde el momento en que hay un enfrentamiento mas real consigo misma; sin embargo, persisten en ella marcados sentimientos de insuficiencia que pueden seguir estando negados y compensados de manera maniaca.

En las pruebas se puede ver cómo Marina se presiona a sí misma con exigencias muy elevadas que por lo mismo no puede alcanzar, y ésto le hace sentirse nuevamente insegura e ineficiente. Da la impresión de que también hubiera una gran exigencia para curarse, además de que existe el deseo de hacerlo, que expresa en términos de anhelar mas satisfacción de la vida y menos sufrimiento. Pero considerando esta exigencia, parecería - que en parte debido a ésta y en parte por el dolor que implica enfrentarse consigo misma, no se permite caer del todo en una situación que le posibilite conocer a fondo sus conflictos, aún cuando está mucho mas cerca actualmentea de hacerlo.

Las pruebas muestran como uno de los aspectos predominantes, la intensa necesidad que tiene de recibir afecto y ayuda, y que ahora es reconocida mas abiertamente y pedida. Se trata -

de recibir un afecto principalmente en forma de protección, seguridad y contacto físico, que correspondería a un tipo de relación como se da en los primeros momentos del desarrollo. Por su parte, Marina muestra aún dificultad para mantener una relación afectiva directa y auténtica, por lo que tiende a intelectualizar sus expresiones afectivas ó darlas de manera forzada.

Por otra parte, Marina no puede dejar de esperar y percibir agresividad del exterior aún cuando está consciente de hacerlo. El ambiente sigue siendo un lugar peligroso que por lo mismo, limita su posibilidad de actuar y mostrarse. Igualmente, aunque pide afecto, teme encontrar de él la agresión.

Un aspecto importante que aparece como logro es la recuperación de la figura masculina, en tanto que antes se presentaba devaluada, y prefería mantenerse alejada de ella, pero que actualmente es valorizada, buscada y percibida como accesible.

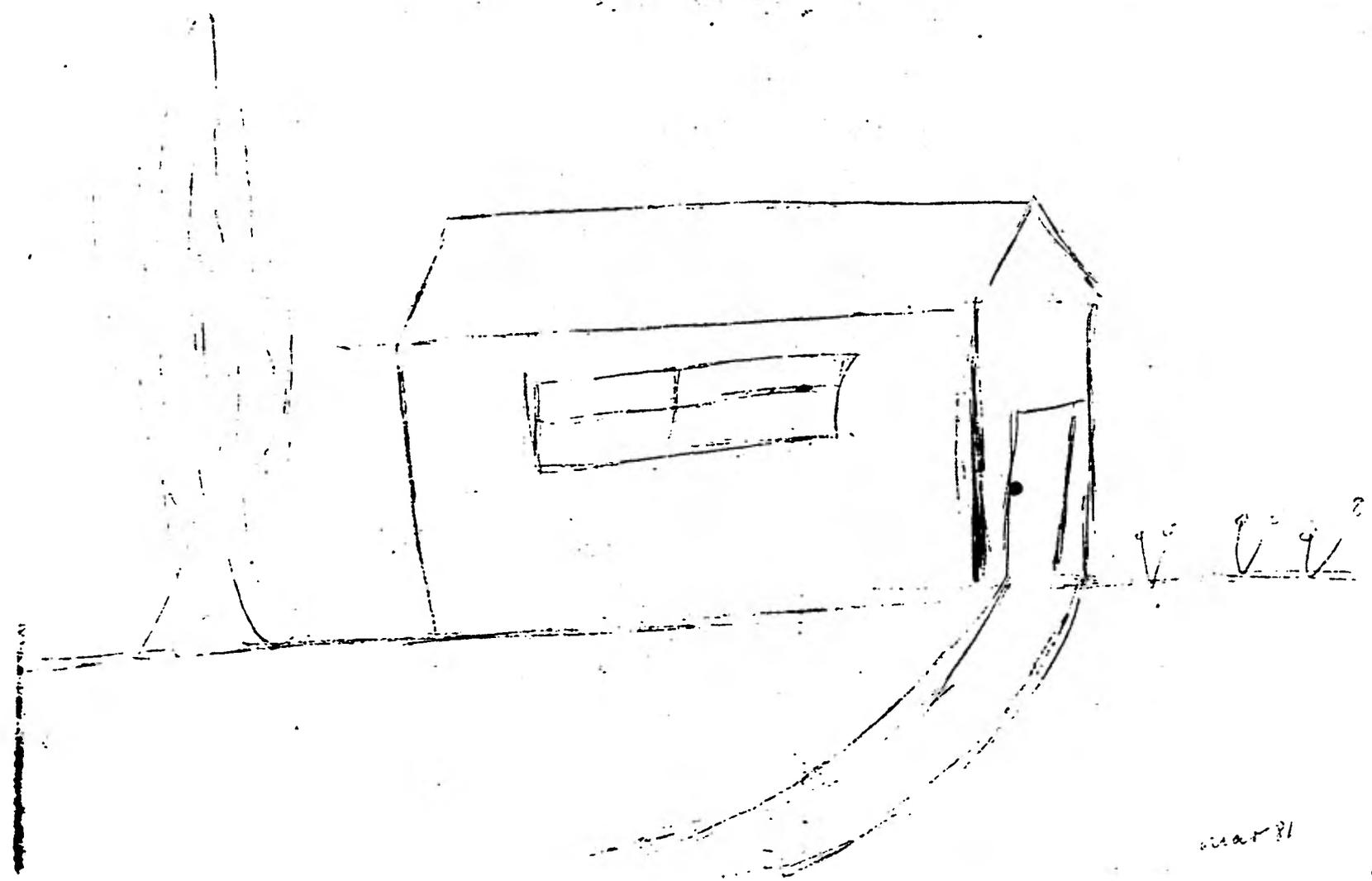
También con respecto a la sexualidad parece haber este logro en cuanto antes era desconocida y rechazada, y ahora se presenta reconociéndola y asumiéndola.

El funcionamiento del pensamiento actualmente presenta considerables elementos que corresponden a un estado psicótico, aunque habría que considerar hasya qué punto es un efecto del proceso terapéutico. Los elementos que predominan son de tipo depresivo en momentos negados, y de tipo paranoide.

El Rorschach sugiere la posible existencia de una alteración orgánica, ya que se presente cierta perseveración en el

pensamiento, la cual podría ser explicada también como una expresión constante de una preocupación básica. En este caso consiste en la necesidad de recibir afecto.

Psic. Asunción Alvarez del Río .



V^o V^o V^o ?

mar 81

En el campo vive mi familia
 o sean mis hijos y yo, entre
 rodada de otras casas que
 no se encuentran muy cerca
 a la mia. Esta casa
 es muy linda ya que cada
 uno de nosotros tiene su
 propia parte, al entrar
 se ve que viven en ella
 2 niños y una mamá,
 me gusta estar en ella y
 a veces me puedo dejar
 que tenga una que otra
 faranda sin que me
 preocupen mucho, que me
 divierte.



mar 81

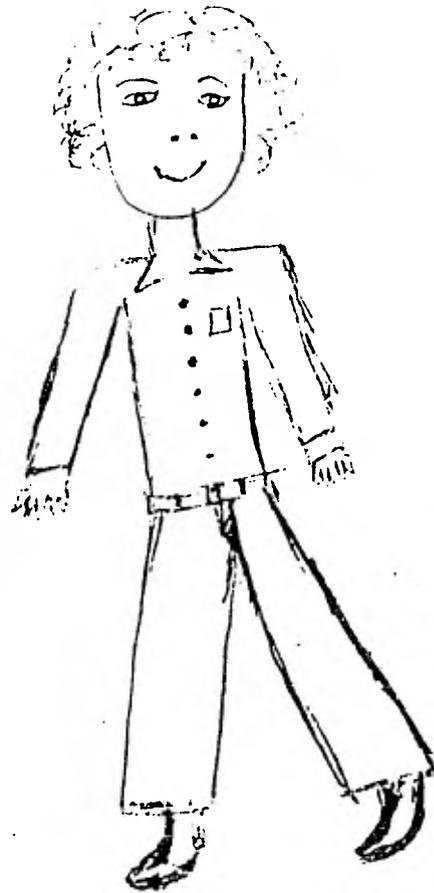
Este es un árbol que conoci
dooe unos meses, no me
gustaba que se le hubieran
caído las hojas, pero final-
mente que en un año más de
tiempo se caían de nuevas
y verdes hojas y que entonces
daria más vida al
lugar y más que al
lugar la mi, porque las
hojas que hoy tiene me
encantaron: colorido, textura
protección y belleza, no sé
pero un árbol sin hojas
no es tan bello como cuando
se cubre de verdes diferentes.



18/11/81

- 345 -

El la se llama ^{2.ª} y esta con dos de volar
hacia nuevas cosas, hacia
satisfacciones que no le
sean difíciles o no tan
difíciles de conseguir, como
si perdiera el financia-
do para llegar a algo
existen caminos uno
uno de obstáculos que le
sangran y etc unas
cuidadas y que quisiera tener
este último para que las
heridas sean chiquitas y no
tan profundas.



not

7347 -
El, se llama Rodrigo,
es un amigo que tengo,
para mí tiene muchas
calidades y algunos
defectos. Voy a detallar
cual es para mí siempre
calidad tener dentro
tranquilidad, calma, que
me parece no me ha
ajudado a transitar
por el camino de mi
existencia con tanto alivio
como el tuyo, ya que el
ser sencillez y no combatir
con agitación me hace ver
más claras las cosas.

ser fácil, pero ahora me siento mas fuerte y cuento con mas cosas..."

La hermana, al hacer uso de mensajes descalificantes y que tienden a desconfirmar la existencia y capacidad de Marina, la induce a polarizar la impotencia con la cual su grupo la califica a través de la hermana, versus la omnipotencia a la que ella recurre (se puede todo); sin embargo, puede observarse una incipiente integración de aspectos anteriormente negados, quizá como ocsecuencia de su trabajo analítico, incluye la convicción de que "no será fácil". Su afirmación acerca de que ahora es mas fuerte, es una aceptación tácita de su debilidad y de sus carencias.

Prosigue Marina: "Me he dado cuenta de que mis hijos me quieren"

Presenta aquí la paciente una explicación no pedida, que parece-ocultar una acusación latente: 'mis hijos no me quieren', es el anverso de 'no quiero a mis hijos', en tanto ellos representan la parte débil de Marina, que no sólo a ella le resulta inaceptable, sino que su familia también niega y descalifica.

Prosigue Marina: "Cuando me despedí de ellos la otra vez, me decían que no me fuera; me abrazaron y lloraron y me dijeron que si me tenía que ir, que no fuera por tanto tiempo"

Marina está hablando de otro factor que la induce a la omnipotencia: sus hijos la necesitan fuerte, por lo que ella tiene que asumir ese papel; no puede en estos momentos, seguir pensando en la capacidad de fortalecerse a través del arduo y lento camino de la elaboración terapéutica, bajo una connotación de realidad,

sino que se siente inducida a asumir ese rol maniacamente, porque sus hijos y su familia de origen así lo requieren. Lo que la compele a satisfacerlos en su necesidad de una madre fuerte, es por una parte, la culpa intensa que siente hacia ellos, al sentirlos pequeños y frágiles como en realidad ella se siente (una hija pequeña y débil que necesita de sus padres); la compele a convertirse en la madre capáz que sus hijos tanto necesitan, y por otra, la fantaspia inconsciente de ser ella misma la madre fuerte que pueda hacerse cargo de la parte débil y enferma de sí misma.

Hermana: "Otra cosa... algo que caracteriza a nuestra familia, - es que somos gente muy creativa, formados a base de trabajo y trabajadores, eso lo hemos sido siempre; todos - nos hemos abierto paso en la vida, y el hecho es que tú nunca te has mantenido sola..."

'Todos "somos creativos", sanos, buenos; sólo tú eres diferente, incapáz, enferma'.

La hermana está marcando la diferencia de Marina con el grupo familiar, al que ella no corresponde, y del que se pretende excluir la.

El discurso de la hermana, si pudiera aún ser menos eufemístico, podría significar: 'todos somos creativos, sanos, vitales, buenos, y tú eres dependiente, incapáz, enferma, mala'

El comentario de la hermana muestra además del ataque envidioso, - la forma como ésta proyecta sobre Marina, los aspectos de importancia y pasividad que no puede aceptar como propios: en una primera instancia pareciera que sus palabras tienen la finalidad de recordarle a Marina que los necesita a ellos para sobrevivir, que sólo a través dle grupo fuerte y capáz, es que ella puede lo

grar cualquier cosa que se proponga. Pero también muestra la necesidad que el grupo familiar tiene de Marina en tanto que en ella se solocan los aspectos indeseados, se la incluye como depositaria de la debilidad y la dependencia y se le excluye precisamente por serlo. Es un doble vínculo en el que Marina queda atrapada.

Quizá el mensaje latente podría enunciarse así: 'tienes que quedarte enanita y enferma, para que yo comparada contigo, pueda parecer como gigante, lúcida y poderosa; tienes que seguir empequeñeciéndote y ensuciándote con la basura de todos, para que al desalojarla en ti, los demás nos conservemos libres de nuestra propia destructividad, siendo grandes, sanos y limpios'

Esta perspectiva es intensamente controlada por la hermana, ya que sería ella quien probablemente, tomara el lugar de Marina si ella abandonara el rol de depositaria que le han adjudicado y que ella ha asumido.

Se advierte también, un problema de rivalidad intensa entre las dos hermanas.

Prosigue la Hermana: "Mis papás te mantuvieron hasta que te casaste, luego te mantuvo tu esposo y ahora te sigue manteniendo mi papá. Yo me pregunto qué harás sola. Además, yo pienso que para salir adelante, es muy importante contar con una pareja..."

A pesar de que la hermana le brinda un índice de realidad, la tendencia latente que se observa en el estilo de la comunicación, lleva el fin de crearle una sobrecarga adicional: conseguir pareja. Por si fueran pocos los obstáculos que claramente le pone a su hermana, le encomienda también buscar pareja. Le comunica un mensaje contradictorio: por una parte incrementa su actividad om

nipotente, y por otra, le recuerda que sola no puede, que vale a través de otros. Marina debe sentirse atrapada en el interjuego de impotencia-omnipotencia: tiene que ser capaz de resolver infinidad de problemas, tales como cuidar la casa, los hijos, trabajar, conseguir pareja, etc.; al mismo tiempo que, mediante descalificaciones continuas, se le dice que ella es incapáz de hacer cualquier cosa, que no podrá -y ni siquiera debe intentarlo-.

Marina: "Claro que es importante, pero si ahora no tengo a nadie, pues ni modo...tendré que poder y ya veré como le hago;- ahora que si mis papás no me pueden seguir ayudando, tendré que adaptarme a lo que gane.Podría rentar la casa y pasarme a un departamento mas pequeño.Bajaría yo de status, ya sé que no todo es como cuando estaba casada, que tenía la camioneta esperando afuera de la casa..."

Marina expone sus proyectos organizadamente; denota un buen manejo de su realidad. Dice: "a ver cómo le hago", pero inmediatamente pasa a explicar cómo le va a hacer. Incluye cierta añoranza de su situación pasada, confirmandose para sí misma, lo anteriormente expresado por su hermana: ella no puede tanto como cuando tenía la ayuda de otro a través del cual podía moverse. (Camioneta a la puerta)

T.H. : "Oye Marina, ¿y cómo fué lo del divorcio...? ¿Cómo arreglaron? ¿Cómo quedó lo de la pensión?"

El terapeuta se dirige a Marina y la confirma al inquirir acerca de sus problemas, avala con su mirada y su interés sus proyectos y sus decisiones.

Marina: "Pues ya estamos divorciados, eso quedó ya. Yo tuve que pelearme por mis hijos, porque mi esposo alegaba que yo no podía tenerlos porque no estaba bien, pero ya todo se arregló... ¡Ah, no!; yo no iba a permitir que me quitara a mis hijos;; en el sentido económico, mi esposo se ha portado muy decente, en ese sentido es muy cumplido: me pasa \$10,500.00 al mes, paga la colegiatura de los niños y está acabando de pagar la casa, que ya falta poco."

La paciente muestra como siente que existe una prohibición para permitirse manifestar su enfermedad; habla de luchar por sus hijos como si hablara mas bien de la lucha que aún mantiene por no enloquecer totalmente, por no cargar con el estigma de ser una enferma mental.

Busca en este momento calificarse a sí misma, reiterarse su capacidad de ser madre y querer a sus hijos, de la misma forma en que intenta convencerse de que puede llegar a ser querida por sus padres.

Observamos cómo no penetra completamente en la realidad que plantea la pregunta del terapeuta; tiende a negar y a adjudicar a su situación un matiz favorable. Afirmando que su ex-esposo es "muy decente" y que ya "todo se arregló", pudiera ser más su deseo, puesto que omite por ejemplo, el aspecto legal; no dice si tiene la custodia ó la patria potestad, si la casa será suya ó de su esposo, etc. La paciente tiende a pasar por alto estas facetas de su realidad, para creer maniacamente que la mayor parte de la situación está a su favor desde el momento en que interpreta que la han salvado parcialmente de la locura. (dejarle a sus hijos pa-

rece significarle que socialmente será vista como mentalmente sana).

T.M. : "Durante la sesión he estado escuchando a Marina decir que quiere y que cree que puede cambiar, y me parece importante que la idea del cambio, de salir de la clínica, no parece algo impulsivo. Marina está hablando de cómo implementar el cambio, está hablando de cosas concretas, de cómo ha pensado que le va a hacer"

También la terapeuta confirma el discurso de Marina. Su intervención lleva el propósito de conjurar el acting-out, invitándola a que siga instrumentando el cambio que se propone realizar.

Hermana: "Sí, y yo la felicito calurosamente; sin embargo, ustedes no la han oído como yo la he oído. Yo le he oído decir que no puede más, que ya no aguanta a los hijos, que tiene ganas de salir corriendo."

Observamos de nuevo, un ataque envidioso de la hermana en la -descalificación constante y en la falta de apoyo. Que la paciente no ha podido hasta la fecha con esos problemas, es algo que todo el grupo conoce y por lo que se reúnen en las sesiones familiares; al asistir a éstas, manifiestan querer ayudar a Marina, la cual quiere intentar vivir de una manera mejor. Sin embargo, cuando empieza a tratar y a ser una Marina diferente, (sana) su hermana se sigue refiriendo a la Marina enferma, descalificando cualquiera de sus intentos, y con esto desconfir +

mar su capacidad como persona sana.

Su mensaje latente podría ser: 'Te felicito por tratar, pero no intentes seguir adelante, porque no vas a poder'

En general, podemos observar que la hermana se expresa mezclando el nivel de contenido y el de relación, ya que utiliza un planteamiento de desacuerdo de contenido para expresar su desacuerdo en la relación con ella, niveles que deberían mantenerse independientes; es decir: podrían estar en desacuerdo con las ideas ó actitudes de Marina, lo cual podría discutirse sin alterar la relación entre ellos (su afecto, apoyo y vínculos)

T.M. : "Me llama la atención la diferencia entre tu manera de referirte a Marina en esta sesión, en contraste con tu manera de hablar de ella la sesión pasada. El otro martes hablabas de su gran capacidad de líder, de su excelente manera de relacionarse, de obtener logros; ahora, en cambio, pareces empeñada en convencernos de que Marina en realidad no es capaz de nada. Es como si hablaras de dos personas diferentes, de dos Marinas, una fuerte y capaz de todo y otra débil e impotente."

La terapeuta señala la disociación de Marina y la colusión de la familia para mantenerla dividida. Confronta a la hermana con su contradicción, le muestra cómo la idealiza cuando intenta aplacar al objeto persecutorio en que se convierte Marina destruida en la fantasía de su hermana.

Si tener este dato de sesiones anteriores, podemos observar el sentimiento de culpa que invade a la hermana por tener a Marina ahí, 'encerrada' y 'loca'. Surge entonces una actividad repa

ratoria en la que trata de restituírle su sanidad, hablando de sus cualidades y sus buenas dotes, aunque después necesite volver a atacarla. La hermana es en este momento la emisora del mensaje contradictorio.

Es posible que la hermana haya podido repararla en la sesión a la que alude la terapeuta, porque la locura estaba excluída, encerrada en la clínica de México; muy lejos de ella; entonces puede adquirir la perspectiva altruista de valorarla, siempre y cuando no se vea amenazada con el retorno de la locura personificada en Marina.

Hermana: "No son dos Marinas, son dos fases de una misma persona. Es que Marina ha tenido no una, sino varias recaídas, y cuando recae, se pone muy, muy mal. Yo diría que cada vez es peor que la anterior. Yo me he puesto a pensar qué es lo que le pasa a Marina. ¿Será cuestión de sus neuronas?... ¿O será que sólo puede manejar cierta carga social y que todos sus compromisos se le vuelven como una sobrecarga?"

Después de la interpretación, la hermana puede ser capaz de integrar; no obstante, se observa nuevamente el doble vínculo en el que la portavoz del grupo, deja atrapada a Marina una vez más. A Marina se le califica sólo en presencia de cualidades excepcionales, tales como el ser líder, el poder relacionarse fácilmente y su capacidad de obtener logros (cualidades que su hermana le reconoce desde su culpabilidad que la lleva al intento de repararla). Para poder calificarla es necesario que siga efectuando una serie de hechos excepcionales (mantenerse-

sola, trabajar, ser buena madre, educar a sus hijos, ser buena hija, conseguir pareja, ser líder y tener una alta capacidad para relacionarse). Todo esto se configura como una exigencia que actúa desde el mundo interno de Marina, y que también proviene de la familia misma. Generándole esta sobrecarga, Marina acaba por botar el interruptor y se enloquece. ("¿Será cuestión de sus neuronas? ¿De que sólo soporta cierta carga social?") A Marina solo se le califica se si genialidad se excede tanto que la lleva a convertirse en una "loca genial", lo cual simultáneamente la descalifica del todo, al caer en la locura que la separa y segrega del grupo.

- A partir de este momento, la sesión no se transcribe textualmente, sino que ha sido reconstruida por los terapeutas -

Marina pregunta a los demás qué piensan . Ante esto, el padre elude la respuesta y pregunta a los terapeutas por su opinión. El T.H. le devuelve la pregunta: "¿Qué piensa usted?"

Esta actitud evasiva del padre fué analizada al inicio de la sesión. Ahora se repite en una confirmación del temor que siente el padre a meterse de lleno en el problema, entrando en juego sus propias partes enfermas. La devolución que le hace el terapeuta lleva el propósito de que el padre tome conciencia de que elude el compromiso.

Finalmente, el padre comienza a "medio-contestar". Inicia diciendo que de todos modos, es la opinión de los terapeutas la que importa. Luego sigue diciendo que Marina se mete a tratamientos para depender, así como para evadir responsabilidades, y que además no los termina.

Ante la insistencia de los terapeutas, el padre comienza a hablar, previniendo que lo que va a decir, no es importante, no está comprometido con el objetivo de cura de su hija, y vuelve a delegar la responsabilidad. Que la curen los que están afuera de la familia; espera ayuda del exterior, asume la impotencia sin responsabilizarse como parte del grupo familiar enfermo que hace el intento, y que es el intento mismo lo que hace posible que se le ayude. El padre sigue declarando: 'nosotros no podemos'.

El padre proyecta en Marina sus propios conflictos. La está criticando por ser como él. Así, el padre rechaza sus propios defectos sin tener que rechazarse a sí mismo. Su hija elude responsabilidades como él lo hace; depende de él, así como él depende de ella para preservar su cordura. Además, acusa a su hija de abandonar los tratamientos, cuando el grupo familiar a la vez la acusa de abusar de la dependencia económica (necesaria para pagar el tratamiento), de no ser buena madre (para lo cual necesita abandonar la clínica y atender a sus hijos).

Marina lo interrumpe para preguntarle qué quiso decir cuando dijo que ella era dependiente, a lo que el padre responde aludiendo al tratamiento de dianética.

Refiere que al principio Marina dependía para todo de la dianética, y que luego, cuando hizo el intento de suicidarse, escribió una carta liberando a la dianética de toda culpa. La madre interviene para decir que después del intento de suicidio, Marina cambia radicalmente y comienza a atacar furiosamente a la dianética.

Se expone aquí la trágica situación de dependencia que sufre - la paciente, básicamente en cuanto a la relación materna. La - dianética funge en un determinado momento como el objeto idealizado del cual depende para su salvación, su cura, su liberación, etc. Como todo objeto idealizado se torna persecutorio, Marina termina por atacar furiosamente a la dianética.

Esto alude a la relación elemental con el pecho materno. La paciente se refugia en un principio en un pecho idealizado y bueno al que internaliza identificándose con él, pero también sin viendo que lo ha destruido al incorporarlo y que lo ha atacado con su agresión y con su envidia; el pecho materno se ha convertido en un pecho amenazante, malo y persecutorio del cual - finalmente pretendió liberarse con el intento suicida.

El padre calla a la madre diciéndole que no se desvíe del tema, que de lo que se trata y de lo que se está hablando es de la - dependencia.

La T.M. dice que más bien se habla de que según el espejo en el que se refleje, Marina cambia la imagen de la Marina que el espejo refleja.

La terapeuta alude a la simbiosis de la paciente con la madre; ésta opera como un espejo que refleja la imagen de Marina a -

placer. Marina vive a través de la vida que le transfiere la madre, y muere cuando ella la nulifica y descalifica. Según como la madre la mira, es como ella es. Si la madre la mira grande, creativa y con logros, Marina se siente de esta forma, cobra vida; si la mira pequeña, dependiente y enferma, enloquece. Marina parece personificar las fantasías inconscientes de la madre transmitidas a través de su mirada.

El T.H. dice que tienen miedo porque no saben cual de las imagenes se les va a devolver.

El terapeuta señala que el temor del grupo reside en que el espejo les devuelva una imagen poderosa y siniestra de Marina y de la madre, figura combinada producto de la simbiosis que les resulta aterradora.

A ésto, el padre responde diciendo que el temor no es que se les devuelva una Marina ú otra, que el temor reside en que Marina se quede pegada al espejo.

Después de la interpretación, hay una modificación en el campo psicológico: sucede algo favorable para el tratamiento. Aquél padre que no apoya, que abandona a su hija y que seguramente con su distancia propición la simbiosis con la madre, al no cumplir con la función paterna de separarlas, realiza un descubrimiento, una toma de conciencia que lo acerca al insight: el verdadero peligro reside en que su hija se quede pegada a la madre en una relación simbiótica absoluta. De esta forma, la hija resultaría irrescatable y perdida para sí misma en el interior de la madre.

La hermana dice que no tiene miedo por Marina, sino por sus hijos, porque no es como si fueran dos Marinas, sino que es una que cambia, teniendo a veces 'caras positivas' como por ejemplo, que consigue dinero, y a veces 'caras negativas', por ejemplo, que es puta.

Una vez más, la hermana descalifica a Marina: ella no vale; si está en sesión, no es por ella, que no existe ni inspira siquiera temor, sino por sus hijos. Esto equivale a los mensajes desconfirmantes según Watzlawick, con los cuales se intenta negar la realidad de un individuo como fuente de su confirmación: 'tú no existes'.

Estas intervenciones de la hermana confirman la hipótesis de que ella es la emergente del grupo. En particular, la hermana parece dar voz a las fantasías de la madre, usándolas para eliminar a Marina en la batalla de la intensa rivalidad que se bosqueja entre las dos hermanas. De esta manera, Marina sigue estando muy loca, -haga lo que haga por evitarlo-. Sus caras positivas son al mismo tiempo las que configuran sus caras negativas. Conseguir dinero y saber relacionarse son sus cualidades positivas, sin embargo, son las mismas que permiten censurarla y descalificarla al volverse negativas: es puta. De todas formas, su manera de relacionarse y de conseguir dinero, -la llevan a ser rechazada por toda la familia.

Se conforma así, otro mensaje contradictorio con el que se induce a la paciente a enloquecer.

También observamos que en el grupo total, el aspecto de contenido con que pueden analizar las acciones de Marina (productivas ó improductivas, convenientes ó inconvenientes) se mezcla-

ó altera notoriamente su relación con ella. (Marina es rechazada por ser puta).

Aquí, Marina enloquece: clama que no le respetan su lugar, que su hermana se metía en su vida sin tener derecho a ello, que lamenta no haber pasado de las palabras en aquélla ocasión, que su hermana le decía cosas que en realidad le mandaba su papá. Marina sigue refiriéndose a situaciones en las que se sintió muy invadida por su hermana. Está muy irritada y la situación es muy tensa.

Resulta en extremo ilustrativo la consecuencia, dramatizada en el estallido de Marina, del mensaje contradictorio, el doble vínculo, la descalificación y desconfirmación constantes; emerge ya sin poder defenderse y enloquece bajo las inducciones del grupo. La paciente descubre ó desenmascara a su hermana como la portavoz del grupo, vocera de los mensajes de los padres hacia la paciente, la cual desempeña el mayor papel en la inducción de la Marina hacia la locura, debido quizá a sus propios sentimientos de rivalidad con la ella. La hermana aparece como una figura siempre envidiosa e intrusiva, desplazante y atacante en la vida de Marina.

La T.M. corta la situación preguntando: ¿Que pasó? ¿Porqué necesitan la buena y la mala? Muestra también como a través de la hermana, los 3 lograron provocar a Marina hasta que saliera la Marina mala. Suspende la sesión.

La terapeuta hace evidente para todos ellos, el modo como enloquecen a Marina.

El padre dice que antes de terminar quiere aclarar una cosa: - que no hay Marina buena y Marina mala; que sólo hay una Marina sana y otra enferma.

Nuevamente, el padre tiene otro momento de insight, en el que logra comprender la situación con un mayor nivel de realidad. - Ha hecho conciencia de su necesidad y la de la familia, de dissociar lo bueno de lo malo, el padre se manifiesta como una persona permeable y sensible, capaz de reaccionar al tratamiento analítico. Quita la connotación de censura moral altamente-descalificante y la sentencia 'buena' y 'mala', cambiándola - por un calificativo mucho más real: sana y enferma.

Permite también una mayor integración de la paciente al permitirle la posibilidad de que Marina sea una sola persona que contiene partes enfermas dentro de una estructura sana o viceversa. Como quiera que sea, queda abierta la posibilidad de trabajar con la parte psicótica de la personalidad de Marina. Con esto, el padre limita en ese momento la escisión esquizo-paranoide que el mismo grupo propicia y que es el punto de fijación - al cual la paciente retorna en la regresión. El padre cede a la comprensión y deja la alternativa de que la paciente integre su escisión en un proceso curativo.

-Se termina la sesión-

Nota final:

Gracias a la información de un trabajo de investigación realizado en el Instituto Mendao, que efectuó un seguimiento de varios de sus pacientes, sabemos que Marina reanudó su tratamiento psicoanalítico en Monterrey, con el Dr. "Z".

Periódicamente, viene a la clínica Mendao a continuar su tratamiento familiar.

Parece ser que los momentos de insight del padre, los intentos de recuperación de la paciente y los objetivos de la terapia, han rendido frutos en esta ocasión. Es probable que la paciente esté logrando una mayor tolerancia a sus objetos persecutorios, con una reducción consecuente de sus defensas maníacas, al mismo tiempo que en el grupo se logra una mejor redistribución de las ansiedades para cada uno de sus miembros.

Todo esto, unido al esfuerzo y perseverancia de la familia total dentro del tratamiento, pueden llegar a lograr una solución del conflicto de la misma, permitiendo a Marina sanar y dejar de existir como paciente identificada.

2.- RESULTADOS

Los resultados en cuanto a mis hipótesis secundarias y - mediante las cuales se enfocó la observación, son:

HIPOTESIS No.1.- Existe en la comunicación familiar, una emisión peculiar de mensajes ambiguos, confusos y contradictorios, que afectan al miembro identificado como paciente psicótico de manera diferente que a los demás miembros del grupo.

Mediante el análisis de la sesión familiar y a la luz - de mi base teórica, concluyo que esta hipótesis resultó afirmativa

HIPOTESIS No.2.- En la constelación familiar existe un tipo - de relación simbiótica entre el paciente identificado y otros miembros del grupo, principalmente la madre.

Mediante el análisis de la sesión familiar y el material arrojado por ella en cuanto a las modalidades de relación de - objeto que imperan dentro de la constelación familiar, concluyo que esta hipótesis resultó afirmativa.

HIPOTESIS No.3.- La etiopatogenia de la regresión se presenta - de manera diferente en el miembro identificado como pacien

te psicótico, que en los demás miembros del grupo.

Mediante el análisis de la sesión, se encontró que la paciente identificada, tiende a utilizar mecanismos regresivos a etapas tempranas del desarrollo, ante eventos ansiógenos, de una manera diferente que cualquier otro miembro del grupo familiar, por lo que concluyo que esta hipótesis resultó afirmativa.

HIPOTESIS No.4.- Toda conducta en una situación de interacción, incluyendo el silencio, el sinsentido y la inmovilidad (silencio postural) tiene un valor de mensaje y por ende comunica.

Mediante el análisis de la sesión se observaron conductas que pretenden negar la comunicación, tales como el silencio, que manifiestan un mensaje que comunica aspectos importantes acerca de la dinámica intragrupal, por lo que concluyo que esta hipótesis resultó afirmativa. Comunicación por medio del sinsentido y la inmovilidad postural, no fué observada en la sesión.

HIPOTESIS No. 5.- En la familia del paciente psicótico, tienden a manejarse mensajes que desconfirman ó descalifican (Watzlawick) la existencia de un miembro, principalmente el paciente identificado.

Mediante el análisis de la sesión familiar, se observó el-

manejo constante de mensajes que tienden a descalificar ó des confirmar, la existencia del paciente psicótico, por lo que concluyo que esta hipótesis resultó afirmativa.

HIPOTESIS No. 6.- En la familia del paciente psicótico, principalmente la pareja parental, tiende a manejarse la comunica ción con confusión en los niveles de contenido y de relación (Watzlawick)

Mediante el análisis de la sesión familiar, se observó- que tiende a manejarse la comunicación, con confusión en los- niveles de relación y contenido, principalmente en los mensa- jes dirigidos de la hermana de la paciente a ésta última. Por- ello, concluyo que esta hipótesis resultó afirmativa en cuan- al manejo de este tipo de comunicación en la familia general, ya que entre la pareja parental no fué observada.

Ya que las hipótesis secundarias han sido aceptadas co mo afirmativas, puedo calificar de afirmativa también, a la - hipótesis general de la presente tesis, la cual propone lo si guiente:

EXISTEN FACTORES EN LA INTERACCION FAMILIAR Y EN LOS CO DIGOS COMUNICACIONALES QUE EN ELLA SE MANEJAN, QUE SE ACTIVAN DE MANERA DIFERENTE EN EL PACIENTE IDENTIFICADO QUE EN LOS DE MAS MIEMBROS DEL GRUPO.

Por ello, puedo inferir que la familia, como institución social y grupo primario de cualquier individuo, contiene en su interacción y pautas comunicacionales, factores que inducen, favorecen ó promueven la psicosis en uno de los miembros que posee ya una vulnerabilidad inicial debido a fallas en la relación madre-bebé (en etapas tempranas de desarrollo) ó a fallas constitucionales. El individuo vulnerable es entonces quien funge como depositario de la enfermedad grupal (P.Riviére) y quien se convierte en el paciente identificado.

Estas observaciones se enfocan hacia la operatividad de la segunda serie complementaria postulada por Freud acerca del factor disposicional (fomentada básicamente en las primeras relaciones del niño dentro de su grupo familiar), que en interacción con la primera serie (factor constitucional) y la tercera (factor desencadenante) -los cuales no han sido enfatizados en esta tesis-, dan lugar a la fórmula inseparable de la etiología de la psicosis y otras enfermedades mentales.