



APUNTES Y CONOCIMIENTOS GENERALES DE PSICOPATOLOGIA

para Acompañantes Terapéuticos

Autores

Prof. Daniel González, Psicólogo Social, A.T.

Lic. Mariano Iusim, Psicólogo

Colaboradores

Dr. Carlos Kremer, Psiquiatra

A.T. Debora La Boccetta, Acompañante Terapeutica



Centro
PsicoSocial
Argentino





Centro
PsicoSocial
Argentino

Cpsa

Producción

Centro PsicoSocial Argentino

Dirección del Video

Evangelina Dulcich

Camarógrafo e Iluminación

Sergio Ángel

Coordinación Periodística

Prof. Daniel González

Edición del Libro Digital y Maquetación

Loreley Robilotta

Asistencia de Producción, Arreglos

y Correcciones

Javier Sosa

Escenografía, Logística y Asistencia en Iluminación

Julio Ramón Rescalde

E-Mail: elcentroargentino@yahoo.com

Whatsapp: 011-4970-5299

Índice

Prólogo.....	4
--------------	---

Psicopatología Conceptos Generales

NEUROSIS - PSICOSIS - PERVERSIÓN	5
Acompañamiento terapéutico en patologías graves.....	20
Propuesta de un plan de acompañamiento terapéutico.....	22
Ambitos de trabajo del A.T.....	37
Introducción básicas a las psicopatologías	43
NEUROSIS versus PSICOSIS.....	51
Subjetividad	
Concepciones sobre los sujetos	64
Salud-Enfermedad	71
Introducción al Psicoanálisis	78
Estructuras Clínicas	97
PSICOFARMACOLOGÍA.....	115

Casos Clínicos 2

Abordaje de casos con padecimiento mental severo desde el Acompañamiento Terapéutico	120
Viñetas	
Abordaje de personas en situación de calle con padecimiento mental severo	121
Intervenciones en el Campo Clínicos y Ejercicios para Responder.....	130

Filmoteca 3

Peliculas.....	145
Series.....	147

Prologo

Lic. Mariano Iusim- Psicólogo
Prof. Daniel González- Psicólogo Social - AT

Una vez más es un placer presentarles este nuevo emprendimiento que hemos realizado desde el Centro PsicoSocial Argentino, en esta ocasión: "Apuntes y Conocimientos Generales de Psicopatología para Acompañantes Terapéuticos".

Como hemos dicho en otras ocasiones el marco teórico del Acompañante Terapéutico (AT) es el psicoanálisis ya que desde esta corriente de la psicología se creó y continúa desarrollándose este dispositivo de tratamiento tan prolífico. Es por eso que presentamos conceptos básicos psicoanalíticos sobre psicopatología. El objetivo principal de este libro es práctico: que los AT adquieran conocimientos de psicopatología para trabajar con los pacientes. Recordemos que la palabra "paciente" proviene del latín "patients", que significa sufriente, no se refiere a la pasividad del individuo (porque de hecho no lo es), sino todo lo contrario, consideramos que para que un paciente pueda mejorar debe ser activo (según sus posibilidades) ante lo que le sucede, además de contar con un entorno humano que colabore y un equipo terapéutico (en el cual se incluye el AT) que funcione.

El AT como profesional de la salud debe capacitarse constantemente y poseer conocimientos básicos de psicopatología. Sabemos que es una tarea difícil sintetizar cuestiones y conceptos complejos, aún así nos arriesgamos, sin recurrir a simplificaciones y reduccionismos, a ponerlos al alcance de todos los AT. Nuestros años de trabajo en la docencia y en equipos terapéuticos con AT nos guiaron en la confección de este libro, en el que ofrecemos definiciones que permiten al AT: comprender la psicopatología, adquirir lenguaje técnico para dialogar con otros profesionales del equipo terapéutico, y por sobre todo adquirir herramientas para poder intervenir desde su rol con los pacientes.

PSICOPATOLOGÍA

Conceptos Generales

NEUROSIS - PSICOSIS - PERVERSIÓN

Recopilación: Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT

NEUROSIS

El término neurosis es clave e indispensable para pensar la nosografía en relación a la salud mental. Cabe esta aclaración porque tanto el manual de los trastornos mentales DSM-IV como el manual CIE-10 no utilizan el concepto de Neurosis por no considerarlo un principio organizativo, la razón fundamental de esto que el término ha sido utilizado por diferentes entornos teóricos por lo que consideran que se produjo una cierta vaguedad y generalización en su utilización. Por lo tanto, los manuales antes citados (por razones de estructuración) consideraron oportuno simplificar la clasificación. Pero en la práctica resulta imposible no utilizar el concepto de neurosis, el cual resulta clave e imprescindible para muchos otros enfoques.

Es cierto que es un término vapuleado, sobre todo porque la psiquiatría tradicional llegó a designar una importante variedad de síntomas y problemas, entre las cuales consideró a la neurosis como un grado moderado de perturbación dentro de un esquema lineal. Pero para otras lecturas, por ejemplo, el psicoanálisis, resulta imposible no considerarlo una entidad validada. Por lo tanto, la utilización de la denominación conserva absoluta vigencia.

El psicoanálisis parte de una base organizativa mayor por lo que los rasgos sintomáticos no bastan para definir una estructura.

Lo que plantea el psicoanálisis es que a partir de la trama edípica cobra importancia el mecanismo represivo. De este modo la función paterna, la perspectiva individual de cada sujeto marcan un modo de posicionarse frente a los avatares de la vida, se produce entonces un efecto de repetición, anclado en determinados significantes. Se trata de un abordaje de lo real con los elementos que se cuenta (siempre fallidos).

La neurosis impone la renuncia a cierto goce prohibido en función de un goce fálico (lícito). La neurosis encarna estructuralmente la dinámica de una pregunta,

pregunta sin una respuesta definitiva que no posee respuesta psíquica en relación al significante. Al modo de la histeria relacionada con la identidad sexual (¿soy hombre o mujer? o ¿qué es ser una mujer?); al modo del obsesivo relacionada con la contingencia de la propia existencia (¿quién soy?, ¿qué soy?, ¿estoy vivo o muerto?, ¿por qué existo? o ¿soy o no soy?)

Neurosis Obsesiva

La denominación de neurosis obsesiva, es clave cuando es correctamente utilizada, aunque el manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), no la considera como una entidad aparte, sino que la enumera dentro de los “trastornos de ansiedad”, y allí se encuentra enmarcado el llamado “Trastorno obsesivo – compulsivo”. En el cual se presentan obsesiones y compulsiones que son reconocidas por las personas como excesivas e irracionales provocando un malestar clínicamente significativo e interfiriendo con la rutina del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social. El manual indica determinar si hay poca conciencia del trastorno (la mayor parte del tiempo no reconoce lo excesivo e irracional). El manual indica que las obsesiones se definen por pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. Estas situaciones no se reducen a simples preocupaciones excesivas, sino que la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos e imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, porque reconoce que son producto de su mente. Las compulsiones en cambio se definen por comportamientos (por ejemplo, el lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, o repetir palabras) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar para reducir el malestar o prevenir algún acontecimiento no relacionado directamente.

Para el psicoanálisis la disquisición nosográfica se centra en tres grandes estructuraciones, neurosis, psicosis y perversión. Dentro de la neurosis se concentra la división de histeria, neurosis obsesiva, y para algunas posturas se incluiría también la fobia (para otras no). El psicoanálisis no se basa en la descripción de una serie de síntomas sino una estructura clínica relacionada con la encarnación de la pregunta estructural por la propia existencia.

La manera de posicionarse en la neurosis depende del posicionamiento subjetivo devenido a partir de la inscripción simbólica del significante fálico. En este sentido un sujeto podría no presentar las descripciones fenomenológicas descritas en los manuales y sin embargo mostrarse al modo obsesivo desde el punto de vista estructural. Al trabajarse la obsesión en el campo de las neurosis, aparece como un modo de posicionamiento. Freud definió a la neurosis obsesiva como un dialecto de la histeria.

Histeria

La denominación de histeria es clave para pensar la psicopatología. Pero cabe aclarar que tanto el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), como el manual CIE 10 borran la denominación histeria debido a las diferentes teorías al respecto y la imposibilidad de consensuar una definición común. Pero se refieren a ella bajo otras denominaciones. Este hecho por sí solo podría dar lugar a infinidad de disquisiciones y discusiones.

El término histeria proviene de hysteron, del griego útero, está basado en la antigua medicina griega y desde allí tradicionalmente se la consideraba a la histeria como enfermedad del útero, por lo tanto, de las mujeres. En la actualidad ha quedado descartada esta postura, considerándose que no existe relación alguna con el útero ni es una entidad exclusiva de las mujeres.

Para el psicoanálisis el término histeria no puede pasar desapercibido ya que se constituye en un pilar teórico. La histeria como neurosis estructural, puede decirse que es la estructuración típica de la neurosis, se convierte en el paradigma de esta. Remitiendo estructuralmente a la posición sexuada de un sujeto, remitiendo a la posición decente. Históricamente se la articuló como "Histeria de conversión", por su estrecha relación con lo corporal.

A continuación, se definirán las categorías diagnósticas de los trastornos somatomorfos y disociativos del DSM-IV que involucrarían principalmente a la histeria (fundamentalmente a lo que la psiquiatría clásica denominó histeria de conversión). Vinculación de la histeria con el deseo, más precisamente con el deseo del Otro. Trastornos somatomorfo, en él se pueden ubicar diferentes subcategorizaciones de las cuales el Trastorno de conversión, el Trastorno de somatización y el Trastorno somatomorfo indiferenciado presentan en el manual las siguientes características básicas:

Antecedentes de síntomas físicos y persistes durante varios años con la consiguiente búsqueda de atención médica, los cuales provocan un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas de la actividad del individuo. Suelen presentarse en diferentes zonas del cuerpo, como también aparecer síntomas gastrointestinales distintos al dolor, síntomas sexuales o pseudoneurológicos. Todos esos síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia. Además, aclara el manual que, si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. También aclara que los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados como ocurriría en el trastorno ficticio y en la simulación.

Trastornos disociativos dentro de los cuales puede situarse:

La "Amnesia disociativa" (Uno o más episodios de incapacidad para recordar información importante (generalmente de naturaleza traumática o estresante).

La "Fuga disociativa" (viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o el trabajo con incapacidad para recordar el pasado del individuo produciéndose una confusión en relación a la identidad).

El "Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)" (dos o más identidades o estados de personalidad).

El "Trastorno de despersonalización" y el "Trastorno disociativo no especificado" (cuando la disociación es demasiado amplia para ser explicada a partir de un olvido ordinario y produce un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no es debida a sustancias o a una enfermedad médica neurológica).

La Neurastenia no es tomada por el DSM-IV, pero sí en el manual de diagnósticos de enfermedades mentales CIE 10, como una categorización menor (dentro de "Otros trastornos neuróticos"). Sin embargo, constituye una entidad que debe relacionarse también con lo que otras lecturas teóricas llaman histeria (caracterizada por la queja, el desgano y el aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental o físico frente a tareas cotidianas o que requieren esfuerzos mínimos). Su utilización suele asociarse a diferentes entidades psicopatológicas. Pero se la sigue mencionando porque remite a la abulia y el decaimiento muy extendido en sujetos neuróticos.

Lectura comportamental: El término "conversión" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas, parálisis y anestias.

Los trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos porque hay presencia de características clínicas, pero ausencia (después de las exploraciones clínicas complementarias) de un trastorno somático que pudiera explicar por lo que se formula una génesis psicógena (aunque sean negados por el enfermo).

Se puede mencionar la Amnesia disociativa (cuya característica principal es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. Esta amnesia varía permanentemente, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado. La Fuga disociativa (es igual que una amnesia disociativa, pero se produce también un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. En algunos casos puede asumirse una nueva identidad. Pero no se sostiene por períodos prolongados. El Estupor disociativo es la disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y respuesta normal a los estímulos

externos. Permanece inmóvil, sin hablar, durante largos períodos de tiempo, pero con evidencia de una génesis psicógena tales como acontecimientos biográficos estresantes recientes, cuando no se trata de estupor catatónico y estupor maniaco o depresivo.

Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (una pérdida o alteración de la función motriz según la idea que el paciente posee de su enfermedad sin que se encuentre una causal somática, por ejemplo, áreas limitadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales y no con los principios de la psicopatología). Se destacan las Anestiasias, y el Trastorno de personalidad múltiple (dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas).

Psicosis

El concepto de psicosis resulta polémico desde sus inicios. En un comienzo las psicosis eran entendidas como un proceso relacionado con una posesión divina. Recién en el siglo XVIII es considerada cosa de enfermos, lunáticos (con temor al contagio y la condena al aislamiento). Es en este punto donde el psicótico pasó a ser objeto de estudio. Así la psiquiatría intentó transformar racionalmente los síntomas en signos objetivos, dando lugar a la intervención e investigación neurofisiológica y la psicofarmacología.

Ya entrado el siglo XX es cuando se intenta dar una perspectiva diferente, como es el caso del psicoanálisis, que lejos de reducir los signos a síntomas con que la clínica psiquiátrica intentaba capturar su objeto de conocimiento, privilegia la escucha sobre la mirada.

En general se habla de las psicosis (en plural) porque se incluye un abanico de problemáticas (esquizofrenia, paranoia, melancolía, catatonía, delirios, etc.)

EL MANUAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

El manual pone reparos para considerar a la psicosis como una entidad independiente. Por una parte, se mencionan características consideradas tradicionalmente psicóticas dentro de la categoría de "Trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de subcategorías dentro del llamado grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

Así se enumera en el grupo "A" el "trastorno paranoide de la personalidad" manifestado por desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, por ejemplo, por sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos, o les van a hacer daño o a engañar, preocupaciones y dudas por la lealtad o fidelidad. Presenta rencores y percibe ataques hacia sí mismo que no son aparentes para los demás.

El "trastorno esquizoide de la personalidad" es cuando se escoge actividades solitarias, y alejadas de las relaciones personales o familiares, sin amistades y con un escaso interés de tener experiencias sexuales con otra persona.

El “trastorno esquizotípico de la personalidad” es cuando hay ideas de referencia, creencias raras, pensamiento mágico, pensamiento o lenguaje raro, experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales, suspicacia o ideación paranoide.

Cpsa

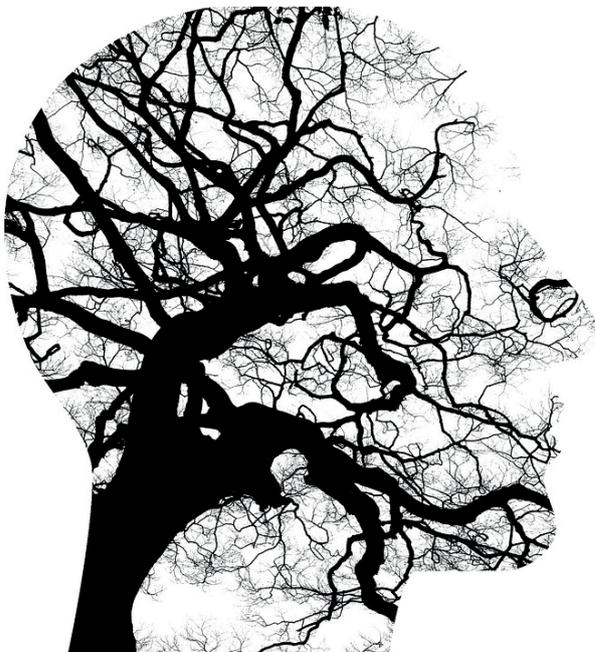
La Esquizofrenia

Según el manual, la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).

Psicosis: Según el manual solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. Lo que rompe con la idea tradicional y aceptada por muchas personas del campo “Psi” (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, etc.) de considerar a la esquizofrenia como una psicosis.

No se considera esquizofrenia: si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad médica asociada. Cabe destacar que el manual excluye de la clasificación de esquizofrenia a los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo. La esquizofrenia se subdivide según la sintomatología predominante en el momento de la evaluación en:

- Tipo paranoide (preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, y si no hay lenguaje desorganizado, ni afectividad aplanada).
- Tipo desorganizado (con lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada).



- Tipo catatónico (inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia)

- Trastorno indiferenciado (cuando no se cumplen ninguno de las tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o catatónico)

- Tipo residual (cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y

comportamiento catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada).

En cuanto a la esquizofrenia se evalúa el curso longitudinal (con síntomas residuales

interepisódicos, o episodios sin síntomas residuales, o continuos, o en remisión parcial o total)

Trastorno psicótico breve

El DSM-IV denomina así al cuadro cuando se dan uno o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado durante episodios inferiores a un mes. Desde esta perspectiva se distingue cuanto tiene o no desencadenamiento grave.

Trastorno psicótico compartido:

El DSM-IV se refiere a este trastorno cuando se da entre dos personas con una estrecha relación.

Trastornos bipolares

Según el DSM-IV se enmarcan dentro de los “Trastornos del estado de ánimo”. Se trata de episodios o síntomas hipomaníacos o depresivos alternados, o mixtos, que provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (aquí hay que leer porque el manual dice que no se trata de psicosis ni de esquizofrenia). Se debe especificar si se evidencian síntomas catatónicos, de inicio de posparto; la gravedad del hecho (leve, moderado, grave, en remisión parcial o total); la longitud de los episodios (con patrón estacional, o de ciclos rápidos).

Dentro de este trastorno bipolar, se especifica el “trastorno bipolar I” utilizado para designar únicamente al primer episodio de manía, o el episodio bipolar más reciente tanto de hipomanía como depresivo. Para las demás ocasiones se habla de “Trastorno bipolar II” considerado cuando hay presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores, o hipomaníacos.

Cabe considerar al “Trastorno ciclotímico” (numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor).

Trastorno delirante

Ideas delirantes o extrañas durante al menos un mes (si es que no intervino un tratamiento) pero no se cumple el criterio de esquizofrenia. Excepto por las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño. Se especifica el tipo erotomaníaco (idea delirante de que otra persona está enamorada del sujeto); grandiosidad (ideas de exagerado valor, poder, conocimientos o relación especial con la divinidad o personas famosas); celotípico (ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel), persecutorio (ideas delirantes de que la persona o alguien cercano está siendo perjudicada de alguna forma); somático (ideas delirantes de que la persona tiene un defecto físico o enfermedad médica); mixto (uno o más de los tipos anteriores) y no especificado.

Paranoia

El manual de los trastornos mentales DSM-IV no considera a la paranoia como una categorización aparte, solo menciona algunos de sus manifestaciones dentro de la categoría de "Trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de



subcategorías dentro del llamado grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

Así se enumera en el grupo "A" el "trastorno paranoide de la personalidad" manifestado por desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, por ejemplo, por sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos, o les van a hacer daño o a engañar, preocupaciones y dudas por la lealtad o fidelidad. Presenta rencores y percibe ataques hacia sí mismo que no son aparentes para los demás.

La psiquiatría clásica desconfía de la categoría nosográfica de paranoia, ya que plantea una serie de discusiones, tanto que para algunos autores el considerar la paranoia como una entidad propia es considerado como un anacronismo porque en la paranoia no se evidencia en un estado puro y aislado, y lo que se daría sería una agrupación de síntomas como si fuera una enfermedad. A tal punto que sus manifestaciones clínicas son observadas en otras afecciones (carácter persecutorio, vivencias de autorreferencia, percepción delirante, desconfianza, grandiosidad, etc.) obligando a la utilización del calificativo de "paranoides" a estas características (como lo hace el manual DSM-IV). El sufijo "oide" significa semejante, por eso se designa como paranoide a la persona que presenta rasgos atenuados que hacen recordar a la psicosis delirante paranoica. En general se trataría de razonamientos aparentemente correctos que refuerzan su convicción, pero con premisas falsas.

Según el psicoanálisis la paranoia es una forma de psicosis. Según J. Lacan en la

psicosis por el mecanismo forclusivo (Verwerfung en alemán) se la expulsa del aparato psíquico el significante fálico (a diferencia de la neurosis donde se reprime la significación). Freud incluye en la paranoia el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de grandezas y el delirio celotípico.

Las categorías nosográficas psicoanalíticas

El psicoanálisis divide la psicosis en paranoia, esquizofrenia y melancolía. Como no considera una estructuración subjetiva como un conjunto de síntomas típicos, sino como un posicionamiento estructural, estas subcategorías, resultan amplias.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se habla de tres categorías nosográficas principales: psicosis, neurosis y perversión. En este sentido cabe diferenciar al psicoanálisis francés de otras posturas, por ejemplo, de aquellas que sostienen una linealidad continuada de patologías de las cuales es posible entrar o salir de cada una de ellas.

En el caso psicoanalítico se plantea una seriación de las estructuras, por lo que la constitución subjetiva de un sujeto, en este sentido, no es modificable. Esto da lugar a muchas confusiones entre las personas no familiarizadas con el psicoanálisis, porque el psicoanálisis no sostiene entonces la salida de estas estructuraciones básicas sino diferentes maneras de situarse en estas relaciones subjetivas. Se trata entonces de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al Otro, frente a la significación y la constitución subjetiva del mismo. Para entender esto es preciso distinguir que la psicología tradicional realiza sus diagnósticos a partir de sucesos fenomenológicos observables, como por ejemplo mediante una descripción de comportamientos al modo de los manuales diagnósticos. El psicoanálisis parte de una base organizativa mayor por lo que los rasgos sintomáticos no bastan para definir una estructura. Por otra el psicoanálisis cuestiona la distinción normalidad - enfermedad tradicional por considerarla dependiente de la connotación médica, debido a que, bajo una lectura psicoanalítica, todas las personas presentarían un posicionamiento en alguna de las tres grandes categorías.

Se parte así de un origen lógico en relación a la dinámica edípica, y una fuerte concepción teórica. Las estructuras básicas dependen de una relación simbólica en la dialéctica también simbólica del paso edípico del ser al tener. Cobra importancia el significante en relación a la falta y la completud del Otro (significante fálico). Planteado así, se parte de momentos lógicos cruciales y determinantes en la constitución del sujeto, y de diferentes maneras según las cuales un sujeto se relaciona o no con lo simbólico y estas apreciaciones. Así cobra importancia la posible intervención del significante llamado paterno (no del padre real) y su intervención en la dialéctica.

En este sentido los tres grandes caminos estructurales:

En la neurosis se reprime la significación primordial, reservándose entonces el término utilizado por Freud característico de la estructuración neurótica Verdrängung (Represión). Esta estructura está basada en inscripción de la función significante

como punto de origen. La neurosis se describe en relación a la función simbólica relacionada con la instancia de demarcación de una legalidad en relación a la triangulación edípica (significante nombre del padre).

Para la psicosis el término utilizado es Verwerfung (Forclusión), a diferencia de la neurosis donde se reprime la significación, en este caso se la expulsa del aparato psíquico. En la psicosis no se registra una trama edípica al modo que se pensaría en la neurosis.

Para la perversión el término utilizado por Freud es Verleugnung (renegación), aquí la significación del significante primordial se mantiene, pero no se deja de renegar contra ella. Así el perverso queda capturado en la dialéctica del ser y el tener, donde la terceridad será reconocida pero solo para no dejar de impugnarla (desafío y trasgresión).

PERVERSIONES

Debido a la variada utilización popular y profesional, el término perversión presenta interminables dificultades. En particular porque se relacionó (erróneamente) con supuestas “desviaciones” sexuales. Concepción desechada en la actualidad. En este sentido la psiquiatría y psicología adoptaron para las situaciones relacionadas



con lo sexual “disfunciones” o directamente “parafilias”. En este sentido los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE 10)) desechan la denominación de perversión.

El caso del psicoanálisis se convierte en una lectura particular, porque desde la perspectiva del psicoanálisis, la perversión se aleja de las

parafilias y toma valor como una de las tres grandes estructuras nosográficas: psicosis, neurosis y perversión.

Para la perversión el término utilizado por Freud es Verleugnung (renegación), aquí la significación del significante primordial se mantiene, pero no se deja de renegar contra ella. Así el perverso queda capturado en la dialéctica del ser y el tener, donde la terceridad será reconocida pero solo para no dejar de impugnarla (desafío y trasgresión). En términos psicoanalíticos: Se cree en la castración y a la vez se reniega de ella, es decir se sabe conscientemente de la falta estructural que remite simbólicamente a la falta de pene en la mujer, aunque en rigor nada le falte. Lo que

ocurre es una manera particular de significar el hecho evitando la angustia. Así la significación de la ley se mantiene, porque la madre (funcional) del perverso no es una madre fuera de la ley, sino que es una madre fálica, porque el perverso mantiene en el horizonte una madre referida a la significación paterna, de otro modo se hablaría de psicosis. En la perversión el discurso materno se hace el representante o intermediario de esta terceridad (significante paterno), que no interviene de manera significativa más que fallidamente.

Cpsa

PERVERSIONES

CLASIFICACION DE LAS PARAFILIAS

Causas

Si bien no existen causas demostradas que den cuenta del origen de las parafilias, se puede decir que la mejor prevención de las mismas es una educación sexual adecuada y saludable a lo largo del desarrollo del niño. Se entiende que las mismas derivan de una atmósfera familiar y social inadecuada en que se desarrolla el niño, como ser el mal manejo por parte de los padres de la curiosidad infantil, sus juegos sexuales, la represión y prohibiciones estrictas. En las parafilias no interviene la herencia, ni tampoco es una conducta aprendida por imitación. Al respecto se puede concluir que las represiones irracionales tienen una gran influencia.

Criterios del DSM V

Según el manual de trastornos mentales DSM "el término parafilia denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales. (...) Un trastorno parafilico es una parafilia que causa malestar o deterioro en el individuo o una parafilia cuya satisfacción conlleva un perjuicio personal o riesgo de daño a terceros. La parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafilico, y la parafilia por sí misma no justifica o requiere necesariamente la intervención clínica." Para hablar de trastorno parafilico debe cumplir los Criterio A y B de cada uno de los trastornos parafilicos. El Criterio A especifica la naturaleza cualitativa (por ejemplo, la atracción erótica en mostrar los genitales a desconocidos) y el Criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia (malestar, deterioro o daño a terceros).

En cuanto a la clasificación, el DSM V incluye 2 grupos. El primer grupo de trastornos está basado en las preferencias de actividad anómalas (trastornos del cortejo –voyeurismo, exhibicionismo, frotteurismo- y trastornos algolágnicos –dolor, sufrimiento-). El segundo grupo está basado en preferencias de objetivo anómalas (orientado a otras personas –pedofilia- y orientados a otros campos –fetichismo y travestismo-).

Tratamiento

Las parafilias no se curan, consisten en una condición de la personalidad que acompaña la vida del individuo. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento consiste en prevenir el delito –en los casos que así se requiera- y en segundo lugar buscar la compensación del impulso sexual alterado. El mismo consiste en disminuir las conductas reprobables e integrar la parafilia a la conducta esperable o adecuada para la pareja, es decir, aquella conducta sexual que sea más adecuada. No siempre se logra la remisión de la parafilia. Desde la terapia conductual existen técnicas específicas en el tratamiento de la conducta que se desea cambiar. También trabajamos con fármacos para controlar los impulsos, bajando el deseo sexual. Es fundamental la variedad de recursos con los que cuente el terapeuta para un mejor tratamiento. Por tal motivo el trabajo con varias disciplinas es necesario para un abordaje certero.

Clasificación de las parafilias

Existen varias clasificaciones de las parafilias según el autor que se trate. En un comienzo incluía toda actividad sexual que no fuera la penetración del pene en la vagina de dos adultos de mediana edad. Si bien las parafilias no han variado, con el tiempo se excluye la masturbación, la homosexualidad y el sexo oral o el sexo extraconyugal.

El DSM V comprende 8 Trastornos parafilicos y la categoría Trastorno parafilico no especificado: Trastorno de voyeurismo, de exhibicionismo, de frotteurismo, de masoquismo sexual, de sadismo sexual, de pedofilia, de fetichismo, de travestismo, Trastorno parafilico no especificado.

El Dr. Money propuso 6 categorías: parafilias de expiación y sacrificio (masoquismo y sadismo); de merodeadores y depredadores (voyeuristas y exhibicionistas); mercantiles y venales (actos de prostitución sin necesidad, no pueden lograr el deseo si no les pagan); selectivas (fetichistas); atractivas o estigmáticas (parcialistas); incitantes y seductoras (exhibicionistas y voyeuristas, pedófilos, frotteuristas).

Otra clasificación propone dos grupos: aquellas que implica una modificación del objeto y las parafilias en las que lo que está alterado es el acto sexual. Entre las primeras encontramos: el fetichismo, pedofilia, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia. Dentro del segundo grupo encontramos: exhibicionismo, voyeurismo, masoquismo, sadismo, fetichismo, frotteurismo, escatología telefónica, clismafilia, urofilia.

Tipos de parafilia

Fetichismo: implica la utilización de objetos no vivos para la excitación sexual, la masturbación, el coito y la fantasía, como ropas, zapatos, cabellos, uñas, etc. Cuando se trata de una parte del cuerpo no genital como pies, manos, orejas, se habla de parcialismo. Si la preferencia es por un órgano genital, mamas o nalgas, no se trata de una parafilia típica ya que poseen carácter sexual explícito.

Pedofilia: implica la preferencia por parte de un adulto de un menor, o un adolescente de 16 años, por alguien 5 años menor. La mayoría de los casos el abusador es alguien del entorno familiar. Es común que sean cariñosos con sus víctimas y muestren el abuso sexual como una muestra de cariño más. En el relato de adultos abusados de niños, es frecuente escuchar que no entendieran bien de qué se trataba, aunque sabían que era algo que no se debía contar.

Necrofilia: atracción y actos sexuales con personas muertas. Se describen varias formas: quien desentierra cadáveres, pueden culminar con actos de canibalismo. Quienes tienen relaciones por última vez con la mujer fallecida, negando la muerte. Así como quienes se sienten atraídos por estatuas.

Parcialismo: atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo. Sería parcialismo fetichista si esa parte no es sexual. En el parcialismo existe una percepción exagerada, obsesiva y a veces extravagante de cada una de esas partes. Existe una gran dificultad en integrar el conjunto del cuerpo.

Zoofilia: se caracteriza por la fantasía prevalente o la conducta de mantener relaciones sexuales con animales. Esta puede ser primaria cuando nunca tuvo relaciones humanas, y secundaria cuando empezó a tener prácticas zoófilas luego de una experiencia humana inicial; exclusiva con animales o no exclusiva, cuando además mantiene relaciones con personas.

Coprofilia: desviación sexual por la que se obtiene placer sexual por el contacto con los excrementos.

Exhibicionismo: exhibición de los genitales a un extraño con el objeto de alcanzar la excitación sexual, sin intentos posteriores de efectuar relaciones sexuales con el mismo. Es necesario que el otro se sorprenda como requisito para la excitación.

Voyeurismo: parafilia complementaria al exhibicionismo. Implica la erotización patológica de la mirada. Observar a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual. Es característica del voyeurista estar oculto mientras observa. El voyeur sustituye la acción por la mirada.

Masoquismo sexual: constituye uno de los pares parafilicos junto al sadismo sexual de la erotización del dolor. Implica el hecho (real, no simulado) de ser humillado,

pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento. Algunos ejemplos de conductas masoquistas son ser orinado, defecado, obligado a arrastrarse, a imitar animales, a suplicar, etc. Los castigos pueden ser producidos por la pareja con látigos, palos, picanas, cortes, pinchazos, etc. La relación es de 20 varones por cada mujer masoquista.

Sadismo sexual: implica la erotización del dolor, y de esta forma completa el par sadismo masoquismo. El sufrimiento psicológico o físico de la víctima es sexualmente excitante para el individuo. Son actos o fantasías sádicas el inmovilizar físicamente a la víctima, atarla con los ojos vendados a la cama, azotarla, quemarla con cigarrillos o cebo de vela, intentos de estrangulación, etc.

Frotteurismo: se caracteriza por la frotación del cuerpo de otra persona que no consiente. Los frotteuristas aprovechan las aglomeraciones para practicar sus actos. El secreto del frotteurista está en la transgresión, no en la actividad genital.

Escatología telefónica: parafilia que se caracteriza por el uso preferente de las llamadas telefónicas obscenas como forma de obtener excitación sexual. Implica una erotización del sentido del oído y de la fonación, a través de malas palabras, frases sexualmente excitantes o la emisión vocal de sonidos como gemidos. Las llamadas pueden ser tanto a personas que no consienten como a personas que consienten.

Clismafilia: erotización de la parte terminal del intestino por llenado con líquido o enema. Puede tener como origen el exceso en que caen los padres en la utilización de enemas y supositorios en la infancia de sus hijos. De esta manera la utilización de estímulo ano-rectales con enemas sería sustitutiva de la actividad sexual coital, como regresión defensiva contra deseos genitales.

Urofilia: parafilia caracterizada porque el individuo necesita para el orgasmo sentir el olor o el sabor de la orina, ver orinar a alguien o sentir el ruido que hace. Se manifiesta en diversos grados: masturbarse mientras hule orina, escuchar el chorro de orina, ver orinar a otros, pedir al otro que orine sobre él, beber la orina de otro.

Dentro de un grupo menos comunes de parafilias podemos citar las siguientes:

Braquioproctosigmoidismo: introducción de la mano, hasta el antebrazo, a través del ano.

Clastomanía: erotización al romper ropas.

Dendrofilia: erotización por contacto con las pantas.

Escuhismo o audiolagnia: erotización de ruidos sexuales de un cuarto vecino.

Hipnofilia: erotización ante personas dormidas, semejante a la necrofilia.

Licantropía: forma de sadomasoquismo por la que el individuo se identifica con un vampiro o un lobo.

Misofilia: erotización de la suciedad, vinculada con la coprofilia.

Narratofilia: erotización contando cuentos, relatos o chistes eróticos.

Osmolangnia: erotización del olor de productos corporales en descomposición.

Pictofilia: erotización de figuras pintadas por el propio sujeto.

Pietofilia: erotización ante imágenes piadosas.

Pigmalionismo: erotización frente a estatuas o maniqués.

Pornofilia: la actividad sexual con material sexualmente explícito.

Quinungolagnia: erotización de situaciones de peligro.

Transexofilia: actividad sexual con un falso transexual.

Triolismo: patología a nivel de la situación: solo se excita frente a dos personas del sexo opuesto.

La complejidad del comportamiento sexual humano hace necesaria que el mismo sea abordado desde una mirada múltiple. Por tal motivo las parafilias son un campo de estudio común de la psiquiatría la psicología, la jurisprudencia, la sociología, la axiología, la filogenética, la antropología. Como terapeutas debemos tener siempre presente la importancia de la mirada multidisciplinar para hacer de los casos más complejos, posibles abordajes desde una ética profesional y humana.

El objetivo de la terapia sexológica es la salud sexual. Para la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

*Fuente DSM V y Organización Mundial de la Salud.

ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO EN PATOLOGÍAS GRAVES

CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT

Vamos a comenzar hablando sobre el Acompañamiento en pacientes esquizofrénicos focalizándonos en las características de los mismos y en los medios terapéuticos que utilizará el acompañante para que el proceso sea exitoso.

Las que se enumeran son las más relevantes para el cumplimiento del rol del A.T.:

1. Dificultad para la adaptación social.
2. Trastorno o perturbación en la comunicación y el lenguaje.
3. Trastornos en la percepción, la memoria, la atención y el pensamiento.
4. Ideas delirantes.
5. Trastorno de la voluntad y de la motricidad.
6. Alucinaciones auditivas o visuales.

MANEJO TERAPEUTICO CON ACOMPAÑADOS CON ESQUIZOFRENIA

El acompañante deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Las consignas deberán ser simples para evitar la ambigüedad.
2. Hablar con frases cortas, claras y concretas.
3. Gran disposición a escuchar.
4. Respuestas directas sin ambigüedad ni dobles sentidos.

5. Tolerar el silencio.
6. No preguntar con insistencia sobre un mismo tema para que no se sientan perseguidos.
7. Puntualidad y cumplimiento en la tarea ya que son muy observadores y no toleran la frustración.

CÓMO DEBEN SER LAS ACTIVIDADES QUE SE REALICEN

Las actividades que se implementen para llegar al objetivo terapéutico planteado deberán ser:

1. No pueden ser planificadas con mucha anticipación ya que estas personas son muy inestables.
2. Se debe poder volver atrás, rever la salida, modificarla si se observa incomodidad o sobre-exigencia.
3. Las actividades deberán ser cortas y ser realizadas con un ritmo lento.
4. Evitar lugares donde haya concentración de personas o mucho ruido.
5. Hacer participar al acompañado en la planificación de las actividades (no en la elección, es el acompañante quien elige la actividad de acuerdo al objetivo terapéutico).
6. Es muy importante estimular en el acompañado, con mucho tacto, todo lo relativo a un mejor cuidado de su apariencia personal.

DEPRESION (UNIPOLAR / EPISODIO DEPRESIVO MAYOR)

Es un trastorno psicopatológico caracterizado por el estado de ánimo deprimido o triste o por una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante un período de al menos dos semanas. Los síntomas más característicos son, entre otros:

* Dificultades en el sueño, -Dificultades en la actividad motora, -Cambios en el apetito, -Disminución o aumento de peso, -Falta de energía, - Baja autoestima o sentimientos de culpa, -Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones. - Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Todo esto provoca deterioro social, laboral, familiar o vincular.

* El estado de ánimo es descrito como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o como estar en un pozo. El llanto no siempre surge en todas las personas

depresivas. En algunas, las quejas se refieren a dolores y molestias físicas. La irritabilidad o la ira y los sentimientos de

frustración ante cosas no siempre relevantes acompañan a estos síntomas. Generalmente disminuye o desaparece la capacidad para el placer en consecuencia se produce un desinterés por las actividades que antes le atraían. Se pierde la disposición para disfrutar de la vida cayendo en el aislamiento social, vincular y/o familiar.

* Aparece en la mayoría de los casos, el insomnio (con mantenimiento o despertar precoz) acompañado de intensa angustia, por lo que le resulta difícil o imposible iniciar el día.

El acompañante deberá tener muy en cuenta que la persona que sufre depresión se evalúa negativamente y con pensamientos de culpa con respecto a hechos del pasado. Se siente un inútil ya que presenta una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, casi siempre se queja de perder la memoria y frecuentemente se encuentra distraído. Todo esto lo lleva a perder destreza laboral. El lenguaje suele estar reducido tanto en la velocidad como en la amplitud de los contenidos. La visión del mundo es negativa y el pensamiento dominante es negativo y funesto. Sobrevalora lo malo y minimiza lo bueno. Estas características son muy importantes para que el acompañante determine su plan de trabajo y las actividades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos por el equipo tratante. Estos síntomas remiten, gradualmente, con un adecuado tratamiento psicofarmacológico acompañado de psicoterapia.

PROPUESTA DE UN PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

LINEAMIENTOS GENERALES:

- 1) Debe ser claro, concreto y mostrar hacia donde se dirige el acompañamiento.
- 2) Debe ser realizado siguiendo los objetivos generales del plan de trabajo propuesto por el equipo.
- 3) Cada objetivo se viabilizará a través de actividades concretas y factibles de llevar a la práctica.
- 4) Deberán figurar: - Los objetivos terapéuticos generales. - El encuadre. - Las actividades que permitirán llegar al objetivo propuesto. - Opcional una breve fundamentación de la elección de la actividad (dependerá del equipo tratante).

5) Se entrega una copia al equipo, una a la familia. Según el caso una al acompañado.

Se deberá tener en cuenta que no existe el modelo ideal, lo importante es que cumpla la función de una guía clara y concreta, no sólo para el acompañante sino para el equipo y la familia.

ACOMPañAMIENTO TERAPEUTICO EN TRASTORNO BIPOLAR

Este trastorno tiene dos denominaciones actualmente en uso: Trastorno Bipolar o Trastorno maníaco-depresivo. La primera de ellas es la que más se utiliza ya que es la que menos estigmatiza.

Este trastorno produce severos cambios del ánimo oscilando entre la depresión y la manía. Puede ser muy destructivo, causando rupturas en las relaciones, pérdidas laborales etc.

SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA FASE DEPRESIVA QUE DEBERA TENER EN CUENTA EL A.T

1. Sentimiento de tristeza y abatimiento.
2. Autopercepción de inutilidad.
3. Pérdida de interés por las actividades preferidas.
4. Sentimientos de pesimismo y desesperanza.
5. Cambios significativos en los patrones de sueño por descenso o por aumento.
6. Cambios en la alimentación por aumento o por descenso de la ingesta.
7. Sensación de cansancio físico.
8. Ideación suicida recurrente o intento de suicidio.

Es muy importante que en un acompañamiento en trastorno bipolar el A.T tenga en cuenta lo siguiente:

1. La evolución de la patología (internaciones, intentos de suicidio, tratamientos etc.).
2. Si se cuenta o no con apoyo familiar, tanto al acompañado como al acompa-

ñante.

3. La frecuencia con que se pasa del polo maníaco al depresivo y viceversa.

4. El apoyo del equipo terapéutico tanto para la elaboración de las estrategias de trabajo como para la supervisión del acompañante, sobre todo en la fase maníaca).

SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA FASE MANIACA QUE DEBERA TENER EN CUENTA EL A.T



1. Exaltación del estado de ánimo (euforia).

2. Aumento excesivo de la vitalidad.

3. Hiperactividad.

4. Verborragia.

5. Disminución de la necesidad de dormir.

6. Autoestima elevada exageradamente.

7. Familiaridad excesiva en el trato con los otros.

FUNCIONES DEL A.T

Cuando se realiza un acompañamiento terapéutico en trastorno bipolar las principales funciones del acompañante serán entre otras:

1. La contención: esta función será siempre una constante en cualquier acompañamiento.
2. Ayudar al acompañado a trazar o descubrir un proyecto de vida.
3. Asegurarle al acompañado compañía e impulsarlo al diálogo sobre todo en la fase depresiva.
4. Escuchar empáticamente sobre todo en la fase depresiva.
5. Cumplir siempre con las actividades, horarios y encuentros pautados en el encuadre.
6. Detectar y estimular intereses y motivaciones.
7. Prestar atención a los cambios bruscos de humor (muy importante esta observación en este tipo de trastorno).
8. Ayudar a incluir la noción de futuro.
9. Prestar siempre atención a las alusiones al suicidio.

Podría decirse que el acompañamiento en este tipo de trastorno se torna complicado sobre todo cuando el acompañado ingresa en la fase maníaca. En este polo disminuye muy notoriamente su capacidad de escucha, por lo que será necesario, e muchos casos, “poner el cuerpo” corriendo a un segundo plano la palabra como instrumento de intervención.

Una persona en la fase maníaca presenta pensamientos acelerados e incoherentes, mal juicio o insensatez, su atención es muy lábil por lo tanto se distrae con mucha facilidad y la mayoría de las veces su conducta social es inapropiada. Ante este cuadro el A.T deberá contener a partir del ejercicio de una marcada asimetría, pero sin agredir, sino mostrando en todo momento paciencia y comprensión. Se buscará poner los límites y las pautas necesarias hasta superar la situación.

ACLARACION: La información que se incluye en el material está focalizada, de un modo muy práctico, en cómo se acompaña en este cuadro patológico. Es por eso, que, si bien todo lo teórico sobre bipolaridad es relevante, consideramos que constituye información extra para el acompañante y que puede ser extraída de cualquier fuente bibliográfica. La propuesta del curso es aprender cómo se acom-

pañña en cada trastorno y no que se convierta en encuentros sobre psicopatología. Sin embargo, se brindará siempre las características principales de cada patología.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1) TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

ANSIEDAD: Se la define como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido. Se diferencia del miedo en que éste se refiere a algo explícito y concreto. La ansiedad provoca una impresión interior de temor, indefensión y zozobra.

La ansiedad es una señal de alerta, advierte sobre el peligro inminente y le permite a la persona tomar medidas contra la amenaza. Es una manifestación esencialmente afectiva lo que significa que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior. A esto se le añade un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que se ocupan de la "vigilancia" (fundamentalmente cortico-subcorticales mediatizados por la formación reticular. La consecuencia es un estado de alteración que, desde la psicología empírica se denomina hipervigilancia.

La psicofisiológica, en este caso, es similar a la del miedo y no es otra cosa que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. Se debe tener en cuenta, que, al mismo tiempo, esta ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y vicencias concretos de la vida.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-IV

El DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

FOBIAS: Las divide en Fobia Específica y Fobia Social.

TRASTORNO DE PANICO: Con o sin agorafobia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATI CO.

Es muy importante para el acompañante terapéutico tener en cuenta las cuatro áreas que resultan afectadas por la ansiedad:

1. Cognitiva o de pensamiento.
2. Conductual.
3. Motora
4. Psicofisiológica.

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas por:

- Estímulos internos: Las más importantes son las emociones, los miedos o los pensamientos, ideas o imágenes, generalmente ocurridos con anterioridad y reforzados por la permanente exposición a ellos.
- Estímulos Externos: Situaciones o percepciones de amenaza o de peligro que ponen en riesgo la integridad.

La ansiedad como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida, y en ocasiones nos sirve de protección ante posibles peligros. La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante. Por ejemplo: La ansiedad que se genera ante la presencia de un animal peligroso, evitaría acercarnos a él y nos llevaría a protegernos. Este tipo de ansiedad normal suele estar acompañada por un crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias.

Existe otro tipo de ansiedad conocida como patológica. Es la que genera los trastornos antes mencionados. La ansiedad patológica tiene una intensidad y duración exagerada, es una respuesta inapropiada a un estímulo dado.

El A.T. deberá tener muy en cuenta para su intervención las respuestas que se producen en el sujeto frente a esta ansiedad

1. Forma de pensar: Aparecen preocupación, inseguridad, miedo o temor, aprehensión, pensamientos negativos de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, tomar decisiones, sensación de desorganización, pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad.
2. Aspectos fisiológicos o corporales: Taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, náuseas, molestias digestivas, tensión muscular, temblores, fatiga excesiva etc.
3. En su forma de actuar: Comportamientos inadecuados, movimientos sin una fina-

lidad concreta, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones etc.

La ansiedad es un problema cuando:

- Es de intensidad, frecuencia y duración alta.
- * No es proporcional con la gravedad objetiva de la situación.
- * El grado de sufrimiento subjetivo es alto.
- * El grado de interferencia en la vida cotidiana es alto o provoca disfunción.

Hay que tener en cuenta que la ansiedad se hace crónica con facilidad, si la persona no tiene estrategias de afrontamiento ante la situación de estrés.

ESTRUCTURA Y RASGOS DE PERSONALIDAD

Consideraciones previas:

En el primer año de vida, el niño aprende qué respuestas conductuales son efectivas y cuáles no lo son. Aprende qué respuestas conductuales lo guían hacia un lo placentero y qué respuestas son castigadas o no placenteras.

El niño desarrolla un repertorio de conductas que son probadas empíricamente, diseñadas para conseguir el refuerzo y también evitar el castigo. Avanzando en el tiempo, empieza a practicar respuestas conductuales específicas bastante consistentes en situaciones diferentes, en este punto, se puede decir que el niño está demostrando un "hábito".

Mientras el niño continúa madurando, comienza a demostrar un grupo repetitivo de hábitos. Este grupo colectivo de hábitos puede ser referido como "rasgos".

Finalmente, la conducta de los niños se fija a un patrón preferido de comportamiento. Estos patrones no solo se vuelven resistentes a la extinción, sino que el hecho de que hayan tenido éxito en el pasado hace que estos patrones de respuestas sean altamente prioritarios. Estos patrones constituyen la esencia y la suma de la personalidad del niño. Cuando dichos patrones conductuales se vuelven inflexibles e inadecuados se los denomina "trastornos".

Se define a la "personalidad" como un patrón de rasgos profundamente incorpo-

rado de conductas que persisten por largos períodos de tiempo, y si dichos rasgos son rígidos se dice que tal personalidad presenta un trastorno. Estas conductas, surgen de una compleja interacción entre disposición biológica (temperamento) y experiencias aprendidas (carácter), lo cual puede hacer que los patrones conductuales sean flexibles o rígidos.

- Temperamento: Puede ser considerado como una parte biológicamente determinada de la personalidad. Cada niño se incorpora al mundo con un patrón distintivo de tendencias de respuestas y de sensibilidades.

- Carácter: Este puede ser considerado como la adherencia de la persona a los valores y las costumbres de la sociedad en la que vive.

“Personalidad normal y anormal”:

Probablemente, la mejor forma de valorar una conducta como normal o anormal es considerando la esfera cualitativa. Por eso, la normalidad puede ser concebida como “la capacidad de funcionar autónoma y competentemente; la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente (el poder respetar el encuadre); una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia, y la habilidad de autor realizarse o de alcanzar las propias potencialidades” (Millón, 1981). En consecuencia, la anormalidad puede ser entendida como un déficit en estas cualidades.

“Origen y conformación de la estructura psíquica de base de la personalidad”:

Hemos visto que la personalidad se conforma con la interrelación de factores biológicos y factores ambientales. Mientras que los factores biológicos (temperamento) pueden sentar las bases para el desarrollo de la personalidad, los factores ambientales (carácter) sirven para refinar y finalmente determinar lo que creemos que constituye la esencia de la personalidad.

La interacción entre los factores biológicos y ambientales dará como resultado la:

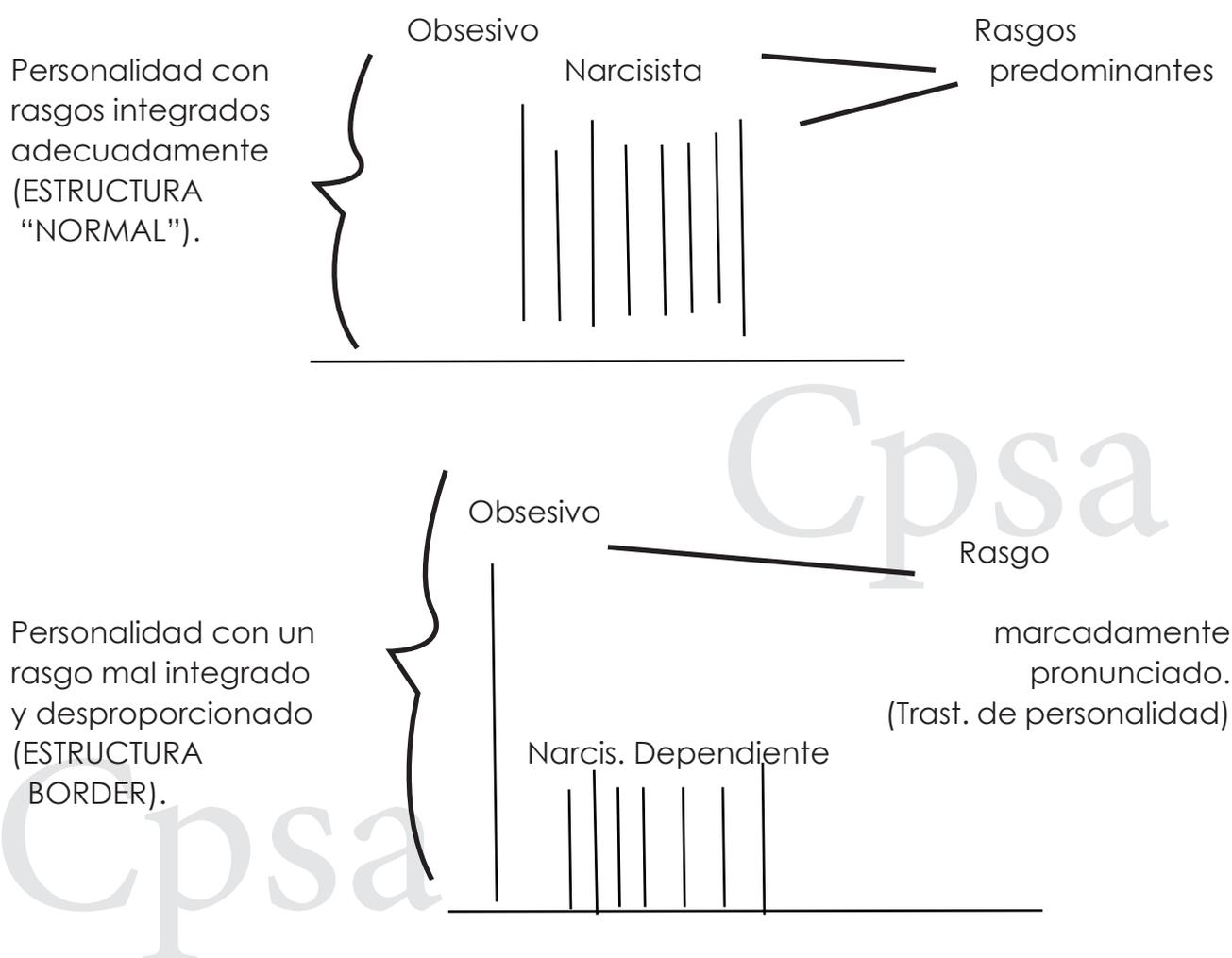
“Conformación de la estructura psíquica de base”:

Uno de los puntos más relevantes en este tema, es que los procesos de desarrollo temprano son más significativos en la formación de la personalidad que las experiencias más tardías. Según Millón (1981): “las experiencias tempranas no solamente son fijadas más penetrante y fuertemente, sino que sus efectos tienden a persistir y son más difíciles de modificar que los efectos de las experiencias más tardías”. Por lo tanto, las influencias tempranas, en los primeros años de vida son quizás las más importantes para la formación del desarrollo de la personalidad.

Se pueden distinguir tres diferentes estructuras de personalidad:

- Estructura de personalidad normal: donde no se encuentran trastornos de personalidad.
- Estructura de personalidad Borrar (o de tipo límite): donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; dividida a su vez en límite superior y bajo.
- Estructura de personalidad de tipo psicótico: que es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.

CUADRO COMPARATIVO DE ESTRUCTURAS PSÍQUICAS



Trastornos de la personalidad

Criterios de identificación para los diferentes trastornos de personalidad

GRUPO A Raros y excéntricos

Cpsa

- Trastorno paranoide.
- Trastorno esquizoide.
- Trastorno esquizotípico.

- **TRASTORNO PARANOIDE:**

Se caracteriza por ser una persona con mucha desconfianza y suspicacia, donde las intenciones de los demás las interpreta como maliciosas.

- Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les harán daño o se les va a engañar.
- Demuestra preocupación por dudas no justificadas (acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos o socios).
- Se resiste a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
- En las observaciones o los hechos más inocentes, vislumbra "significados" ocultos que son degradantes o amenazadores.
- Suele albergar rencores durante mucho tiempo (por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios).
- Percibe ataques a su persona o a su reputación, que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
- Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o pareja le es infiel.

- **TRASTORNO ESQUIZOIDE:**

Se caracterizan por mostrar un marcado distanciamiento las relaciones con los demás y son pocos expresivos a nivel emocional.

- Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
- Escoge casi siempre actividades solitarias.
- Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
- Disfruta con pocas o ninguna actividad.
- No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

- Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
- Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

- **TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO:**

Son aquellos que se caracterizan por tener un notable déficit en el ángulo social y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones en contenido del pensamiento y de lo que a veces percibe. Además, muestra un comportamiento muy apartado de lo común.

- Suele hablar mucho de sí mismo (relacionando constantemente los hechos y situaciones a él).
- Presenta creencias raras o de pensamiento mágico que influye en el comportamiento (y no es consistente con las normas subculturales, por ejemplo: superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido", fantasías o preocupaciones extrañas).
- Con frecuencia suele relatar experiencias perceptivas inhabituales, donde incluye las ilusiones corporales.
- También es común el pensamiento y el lenguaje raros (por ejemplo: vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado).
- Susplicia o ideación paranoide.
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
- Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
- Suele presentar mucha ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

GRUPO B

Inestables, Dramáticos y Emotivos

- **Trastorno narcisista.**
- **Trastorno histriónico.**
- **Trastorno antisocial.**
- **Trastorno límite.**

- **TRASTORNO NARCISISTA:**

En este aparece un patrón de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía. Además, pueden presentar:

- Un grandioso sentido de auto importancia (por ejemplo: exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
- Esta preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.

- Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
- Exige una admiración excesiva.
- Es muy pretencioso, por ejemplo, muestra expectativas irrazonables de querer recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
- Pueden ser interpersonalmente explotadores, (por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas).
- Carecen de empatía: son reacios a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- Frecuentemente envidian a los demás o creen que los demás lo envidian a él.
- Presentan comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

- **TRASTORNO HISTRIÓNICO:**

Manifiestan un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención constantes, a saber, entre otras cosas:

- No se sienten cómodos en las situaciones en las que no son el centro de la atención.
- Se comportan con los demás de una forma sexualmente seductora o provocadora.
- Muestran una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- Utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- Tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
- Son fácilmente influenciados por los demás o por las circunstancias.
- Consideran sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

- **TRASTORNO ANTISOCIAL:**

Se destaca por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Sus características son las siguientes:

- Fracasan al adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal (ya que repetidamente cometen actos delictivos que son motivo de detención).
- Suelen ser deshonestos ya mienten repetidamente para estafar a otros y obtener un beneficio personal o por placer.
- Son muy impulsivos e incapaces para planificar el futuro.
- También son irritables y agresivos, indicadas por peleas físicas repetidas o agresiones.
- Manifiestan despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Algo que los hace particulares es la falta de remordimientos, como lo indican la

indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

- **TRASTORNO LIMITE:**

Esta caracterizado por un patrón general de inestabilidad en las relaciones sociales, su propia imagen y su estado de ánimo, en donde se observa una notable impulsividad. Sus características:

- Temen ser abandonados (no sólo de forma real sino también imaginaria).
- Son inestables en las relaciones sociales, ya que evalúan a la gente en términos extremos de idealización y descalificación.
- De acuerdo a su estado de ánimo (tan inestable) su identidad se irá viendo afectada.
- Muestran una notable impulsividad.
- Suelen tener intentos o amenazas suicidas recurrentes, o bien comportamientos de automutilación.
- Son muy inestables a nivel afectivo, debida a lo reactivo y cambiante que resulta ser su estado de ánimo, y que suelen durar unas horas y rara veces unos días.
- Demuestran sentimientos crónicos de vacío.
- Incapacidad para controlar la ira (por ejemplo: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideación paranoide transitoria.

DIFERENCIAS CON EL TRASTORNO BIPOLAR

Este diagnóstico es utilizado como una categoría residual cuando el cuadro "no encaja" dentro de los esquemas nosográficos más clásicos. Debe tenerse en cuenta que el efecto depresivo del trastorno borderline de la personalidad se caracteriza por cambios de un día para el otro (o de una hora para otra), mientras que el acceso bipolar mixto aparece más frecuentemente como un episodio discreto -con un principio y un final bien marcados- y un curso relativamente estable durante el episodio. La característica que más ayuda al diagnóstico diferencial es la reactividad del borderline, cuando se ve que los cambios de ánimo están relacionados con acontecimientos que evocan la vivencia de abandono. Por otra parte, en los enfermos bipolares es más frecuente la alteración marcada del apetito y el sueño.

La ausencia de factores precipitantes y la historia familiar positiva para trastorno bipolar también orientan al diagnóstico de trastorno mixto.

GRUPO C

Sumisos, Temerosos y Ansiosos

- **Trastorno obsesivo-compulsivo.**
- **Trastorno por evitación.**
- **Trastorno por dependencia.**
- **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:**

Aparecen caracterizados por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental y de los demás, sin ser flexibles a su punto de vista, carente de espontaneidad ya que todo lo realizan de forma programada o sistematizada. Es característico también:

- La preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de una actividad.
- Dicho perfeccionismo suele interferir con la finalización de las tareas (por ejemplo, son incapaces de acabar con un proyecto porque no cumplen con sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
- Suelen dar una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, excluyendo las actividades de ocio y las amistades (cuando nada de esto es atribuible a alguna necesidad económica evidente).
- Manifiestan una excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, éticas o valores.
- Raramente son incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- También son reacios a delegar tareas o trabajos en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Adoptan un estilo avaro en asuntos administrativos; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- Muestran rigidez y obstinación.

• **TRASTORNO POR EVITACIÓN:**

Es un patrón general de conducta en el que se remarcan una notoria inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. Las características más frecuentes son:

- Evitar trabajos o actividades que impliquen relacionarse con la gente debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- Son reacios a implicarse con la gente sino están seguros de que le van a agradar.
- Demuestran temor a las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- La mayor parte del tiempo están preocupados por la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales.
- Están inhibidos en las situaciones sociales nuevas, a causa de los sentimientos de



inferioridad.

- Se ven así mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás.
- Son extremadamente reacios a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

- **TRASTORNO POR DEPENDENCIA**

Este trastorno remarca la necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Las características que los identifican son:

- Las dificultades para tomar las decisiones cotidianas, sino cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- Sienten la necesidad de que otros asuman la responsabilidad en los principales asuntos de su vida.
- También presentan dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor de la pérdida de apoyo o a la aprobación de terceros.
- Tienen dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades, más que a una falta de motivación o de energía).
- Van demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse como voluntarios para realizar tareas desagradables.
- Se sienten incómodos o desamparados cuando están solos, debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidarse de sí mismo.
- Cuando terminan una relación importante, buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan.

Cpsa

AMBITOS DE TRABAJO DEL A.T

PATOLOGÍAS EN LAS QUE SE INDICA UN A.T

Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT.

El Acompañamiento Terapéutico se instrumenta en una gran variedad de patologías: Trastornos psicóticos, Trastornos de Ansiedad, Drogodependencia, Trastorno de la conducta alimentaria, Trastornos de la Personalidad, Enfermedades Terminales, Discapacidad, Patologías de la vejez, entre otras.

No debemos dejar de tener en cuenta que acompañar terapéuticamente es prestar una escucha activa, asistir en el hacer, estableciendo un vínculo que posibilita la creación de una alianza de trabajo en diversos espacios. En situaciones de crisis, la presencia del A.T. se transforma en una presencia terapéutica que puede permanecer durante el tiempo que ésta se prolongue. En patologías crónicas el A.T. además de contención, promueve una mejor calidad de vida con los recursos disponibles para el paciente y su entorno socio-afectivo. Puede también, desarrollar su tarea en el ámbito del domicilio del acompañado, en su cotidianeidad, en el lugar de internación, hospital de día o instituciones a las que asista, siempre con estrategias determinadas por el equipo, vehiculizando un proceso de integración social y reinserción laboral, mediando vínculos entre el paciente y su familia, instituciones educativas y recreativas.

El accionar del acompañante terapéutico aportará respecto a lo acontecido durante el día, en situaciones críticas, en conflictivas vinculares del acompañado, en la supervisión y monitoreo de la medicación. Recopila información de gran utilidad para los integrantes del equipo, que no podrían obtener en los espacios de consultorio o a nivel institucional. El acompañamiento domiciliario cumple objetivos fundamentales al compartir vivencias en el hogar, accediendo a una distinta visión de la problemática familiar, pudiendo ayudar en el mismo campo a esclarecer y resolver situaciones conflictivas de convivencia y redistribuir la patología depositada en el paciente. En la internación psiquiátrica, durante los permisos de salida o los primeros momentos del alta, en las internaciones domiciliarias o en los intentos de suicidio y cuadros depresivos graves, el A.T. será una pieza clave al estar al lado del paciente.

En pacientes con discapacidad mental la personalización del trabajo permite al-

canzar logros significativos en la comunicación, el autovalimiento y la integración comunitaria a través de distintas actividades, donde se entrecruza lo terapéutico, lo pedagógico y lo comunitario, siempre en el camino dirigido a mejorar la calidad de vida., de los acompañados y sus familias, rescatando lo subjetivo de cada uno, donde los factores resilientes serán descubiertos o activados. Podemos hablar, también, del acompañamiento psicosocial que se relaciona con la apertura de espacios de expresión y reconocimiento del impacto emocional que determinadas situaciones ocasionan en las personas, En este tipo de acompañamiento se propicia la reconstrucción de los lazos sociales y familiares, se apunta al desarrollo de las potencialidades individuales y de las capacidades de los acompañados.

* EN LA URGENCIA: Episodios psicóticos, depresión, descompensación de pacientes bipolares, etapas agudas de pacientes psiquiátricos crónicos, en situaciones de crisis en cualquier patología.

* EN LA INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: Durante los permisos de salida o en los primeros momentos del alta o en los primeros momentos de la internación.

* EN EL ÁMBITO MÉDICO: Pacientes pre y post-quirúrgicos; tratamientos que requieran sucesivas internaciones; terapias oncológicas, discapacidades que requieran rehabilitación; etc.

* EN CUADROS ADICTIVOS CON SITUACIONES DE IMPULSIVIDAD-COMPULSIÓN: Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia); Toxicomanía y otros tipos de adicciones.

* EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE: En la cotidianeidad del acompañado, en las actividades diarias, mediando en el vínculo entre la familia y el acompañado (está implícito lo ambulatorio).

* EN EL AMBITO EDUCATIVO: Integración.

1) ACOMPAÑAMIENTO AMBULATORIO:

* El acompañado puede estar o no dado de alta; puede estar próximo al alta.

* Son pacientes que pueden actuar en el mundo exterior.

* Se puede planificar actividades acordes a las potencialidades del acompañado.

* Tarea del A.T: ayudar al acompañado a planificar e instrumentar un organigrama de su tiempo (plan de actividades) que incluya aquellas actividades en las cuales el acompañado presenta menos autonomía para actuar.

* En este caso el A.T actúa como agente resocializador.

* Trabajar en los vínculos, y favorecer una mejor relación con su familia, con desconocidos.

* Los objetivos terapéuticos deben ser claros.

* El encuadre debe ser claro pero no perder la dirección de la tarea.

* Espectro de actividades muy amplio: acompañarlo a sus sesiones, acompañarlo en la planificación de sus actividades (cursos, cine, etc.). Siempre evaluar luego de una actividad.

* Información de mucha utilidad para el equipo tratante.

(Fantasías y miedos del A.T. Sugerencias: ante permiso de salida conversar primero con el psiquiatra y con enfermero/a-excelentes informantes. No olvidar medicación si la hora de la toma coincide con la de la salida. Responsabilidad del A.T)

2) ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO:

* Control toma de medicación.

* Actúa ante la descompensación como alternativa a la internación.

* Debe ser un abordaje individual del acompañado, el A.T no "debería" realizar intervenciones a otros miembros de la familia. Sí, hacer señalamientos o indicaciones que beneficien al proceso de recuperación del paciente.

* El encuadre deberá ser muy preciso, no se le puede fallar al acompañado (necesidad de reajuste).

* Si la situación lo requiere deberán desempeñarse dos o más A.T (no más de 4 horas cada uno).

(Acompañamiento complejo: El A.T se mueve en un terreno de interacciones vinculares. No siempre hay aceptación de todos los miembros de la familia. Pueden surgir actuaciones y actitudes (retraso en el pago, ausencia de miembros de la familia con quienes se debe trabajar, etc.) que apuntan a boicotear la labor del A.T)

(Necesidad del estado de alerta del A.T: a) Ante posibles proyecciones de los conflictos individuales y grupales de la familia sobre la persona del A.T; b) Ante implicaciones afectivas con algún miembro de la familia o identificaciones con la situación emocional de alguno de ellos); c) Riesgo de hacerse cargo.

3) ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL:

- * El acompañado está internado.
- * La tarea del A.T tiene un doble objetivo: a) Ayudar al acompañado a integrarse a la comunidad de la institución y a su dinámica de funcionamiento; b) Convertirse en nexo con el afuera para mantener y favorecer el vínculo con la familia y con el mundo exterior en general.
- * Convivencia del A.T con los demás pacientes y con el personal de la Institución (experiencia propia: puerta de arriba, horarios, limpieza, ubicar al paciente, etc.)
- * La planificación de trabajo del A.T no debe interferir con las actividades de la institución.
- * Seguimiento del desempeño en cada actividad propuesta por la institución.
- * Atención del A.T tendiente a bajar ansiedades y temores, tanto del acompañado como de sus familias.
- * Presencia del A.T, casi indispensable, en el horario de visitas.
- * Tener en cuenta si es primera intervención o no (experiencia personal).

Podríamos decir que lo detallado anteriormente estaría más relacionado a una "hospitalización" que una "institucionalización", aunque en salud mental el acompañamiento terapéutico en los psiquiátricos es muy frecuente. Pero en cuanto a la función del A.T en un centro de atención en discapacidad, ¿qué es lo que debería tener presente? El A.T debería manejar junto al acompañado las siguientes habilidades básicas:

- * Control de sentimientos y emociones.
- * Buen uso de las ayudas físicas y gestuales.
- * Manejo de expresión facial, tono volumen de voz.
- * Saber presentar los estímulos y saber manejar el material.
- * Manejar correctamente la presentación de los refuerzos.
- * Manejo y control de los programas de alistamiento.
- * Realizar el registro del desarrollo de las actividades y de las conductas que se presenten.

- * Tener paciencia y perseverancia.

El A.T institucional, al entregar a un niño o al acompañado a los padres o familiares deberá tener en cuenta los siguientes aspectos, entre otros:

- * No debe exceder los 10 minutos.
- * Debe ser clara, concreta y breve.
- * Tener el claro que “Devolución” no es sinónimo de “Entrevista”.
- * Se debe focalizar sobre lo trabajo en la sesión.
- * Primero siempre se resaltaré lo positivo y luego los aspectos a mejorar.
- * Cualquier inquietud o consulta de los padres será trasladada al equipo.
- * Mientras se realiza la devolución el niño permanecerá sentado y en los casos que resulte factible podrá participar de ella.

Objetivos generales del A.T.

- * Lograr adquirir la competencia necesaria para realizar las tareas básicas y fundamentales de la ocupación del A.T, aplicando las normas bioéticas y de seguridad pertinentes.
- * Incorporar y desarrollar los conocimientos suficientes que le permitan integrarse en equipos interdisciplinarios de salud, para desempeñar funciones en la cotidianidad del paciente, ya sea en las instituciones de asistencia donde el niño se encuentre como en el entorno diario del mismo, y supervisado adecuadamente por el profesional a cargo.
- * Contar con la formación tanto teórica como práctica para poder asistir al terapeuta tanto en el control y la contención del paciente así como para actuar rápidamente frente a las crisis o necesidades del mismo.
- * Posibilitar la capacidad de realizar acciones para auxiliar a los profesionales en la tarea de promoción, asistencia y rehabilitación, tanto individual como familiar, tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su inserción social.
- * Podrá, al estar debidamente capacitado, interpretar consignas, elaborar informes detallados sobre su actividad y resolver problemas habituales que se presenten en el ejercicio de su función.

* Tendrá amplios conocimientos de diversas técnicas de aplicación terapéutica, y habrá desarrollado un sólido sentido de servicio e incorporado los valores éticos fundamentales para su ejercicio profesional.

EQUIPO TERAPÉUTICO

Para hablar de equipo terapéutico es necesario al menos dos personas que se ocupen del paciente. Hablar de equipo terapéutico implica: Pluralidad en la asistencia, distintos roles y funciones bien diferenciados, relación de interdependencia, hablar de unidad, relaciones asimétricas, siempre alguien dirige (coordinación general), de la pluralidad asistencial resulta una acción terapéutica, los diseños del equipo (su composición) variará de acuerdo a la patología del paciente en cuestión.

El A.T. forma parte de un equipo terapéutico, ocupando un lugar de preferencia basado en el vínculo especial y diferente que establece con el acompañado. Será de vital

importancia que los miembros del grupo o equipo terapéutico trabajen juntos, manteniendo una comunicación constante y una línea de trabajo consistente para que el tratamiento resulte efectivo. El acompañante deberá cumplir lo indicado por el director del equipo teniendo en cuenta que un A.T. es un agente de cambio que estimula potencialidades en el paciente para desarrollar su proyecto de vida a pesar de la adversidad (activación de la resiliencia del paciente).

Es fundamental realizar en equipo la evaluación e intercambio de la información sobre el acompañamiento en cuestión, como así también acordar estrategias y herramientas que se implementarán en el acompañamiento. Resulta muy interesante en este tipo de acompañamientos, organizar con el acompañado el uso que se hará del tiempo, seleccionar las actividades, permitirle utilizar sus capacidades potenciales para generar motivaciones que logren un mejor manejo de su vida cotidiana. En el caso en que el acompañado se encuentre internado, será tarea del A.T., entre otras, integrarlo al medio y posibilitar el vínculo con el exterior. Cuando el caso lo requiera y así lo indique el equipo tratante, se podrán realizar guardias de varios acompañantes (por ej. intento de suicidio). Cuando se requiere la intervención de acompañamiento por más de 6 u 8 horas seguidas, es conveniente que se trabaje con más de un A.T., cuidando de esta manera, no sólo la eficacia del trabajo sino además la integridad del acompañante terapéutico.

INTRODUCCION BASICA A LAS PSICOPATOLOGIAS

Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT.

“ESCUELAS PSICOLÓGICAS”

La psicología es una ciencia que da respuesta a las inquietudes del individuo y explica el comportamiento humano desde distintas perspectivas. En sus inicios fue una ciencia teórica, pero a partir de la Primera Guerra Mundial se tornó una ciencia práctica.

Es importante destacar algunas diferencias con la psiquiatría, la psicopatología, la psicología clínica y el acompañamiento terapéutico.

* Psiquiatría: Estudia la sintomatología de los trastornos mentales, los diagnostica y los trata a través de la psicofarmacología.

* Psicopatología: Estudia los trastornos psíquicos y la estructura de los mismos, su presentación, su evolución y la correlación entre ellos. Constituye el punto de unión entre el saber psicológico y la práctica psiquiátrica.

* Psicología Clínica: Comprende la aplicación de los principios psicológicos para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas emocionales y de conducta. Para llevar a cabo esta tarea el psicólogo dispone de una serie de métodos de diagnóstico (entrevista, tests etc.).

* Acompañante Terapéutico: Es un agente de salud que permite ampliar la intervención terapéutica, colaborando con la continuidad de los tratamientos y actuando como sostén confiable para el paciente y su familia. Los objetivos del acompañamiento serán planteados por el profesional a cargo del tratamiento y siempre el A.T. deberá trabajar en equipo.

ESCUELAS Y PANORAMA DE LA PSICOLOGIA ACTUAL

La psicología como ciencia independiente nace a finales del siglo XIX en la misma época en que se empieza a utilizar el método científico en la resolución de problemas que se refieren al comportamiento humano.

En la actualidad la psicología se encuentra en un estado escolástico (dividida en distintas escuelas o teorías).

Vamos a comenzar a introducirnos en la teoría psicoanalítica. El psicoanálisis es universalmente considerado como uno de los logros intelectuales más significativos del siglo XX que ha sido influenciado por diferentes ideas del pensamiento occidental como por ejemplo Charles Darwin y el desarrollo de la biología, la psicología asociacionista con autores como Berkeley, Hume, Thomas Reid entre otros.

METAPSICOLOGIA

Es una construcción teórica que Freud elaboró para entender y explicar lo que descubría en su práctica clínica. Describe los procesos psíquicos desde el punto de vista económico, dinámico y tópico.

* Económico: se refiere a la explicación de los procesos psíquicos según la circulación y distribución de la energía dentro del aparato psíquico.

* Dinámico: Los fenómenos psíquicos son resultantes de un conflicto entre dos fuerzas opuestas. El síntoma será el resultado de ese conflicto.

* Tópico: Se basa en la diferenciación del aparato psíquico en sistemas con características diferentes en lo que se refiere a su modo de funcionamiento.

PRIMERA TOPICA: En 1899 Freud sostuvo que el aparato psíquico está compuesto por dos sistemas: el sistema inconsciente (Icc) y el sistema preconscious-consciente (pcc-Cc).

El sistema inconsciente tiene leyes propias, está compuesto por un conjunto de representaciones que son atemporales. En cuanto al modo de funcionamiento, el mismo se

rige por el proceso primario con sus mecanismos de condensación y desplazamiento. Está sujeto al principio de placer, por lo que busca la satisfacción inmediata de todos sus deseos omitiendo la realidad externa. Desconoce el juicio de realidad. Tenemos conocimiento de estos contenidos a través de los chistes, de los sueños, de los actos fallidos etc.

En cuanto al sistema Consciente-Preconscious sus contenidos no son permanentemente conscientes pero pueden serlo con facilidad.

EL TRABAJO DEL A.T. DESDE LA PRIMERA TOPICA

El acompañante trabajará esencialmente con los contenidos del sistema consciente-preconscious ya que no hará interpretaciones tendientes a hacer consciente lo inconsciente, aunque deba prestar atención a la manifestación de los contenidos inconscientes y a las situaciones en que surgen.

SEGUNDA TOPICA

En 1923 Freud va a considerar al aparato psíquico compuesto por tres instancias: YO, ELLO Y SUPERYO.

* ELLO: Es el reservorio de los impulsos. Sus contenidos son inconscientes en su totalidad. Funciona según el Proceso Primario, por el que se busca una satisfacción inmediata, está regido por el principio de placer. Carente de organización.

* YO: Es la parte del aparato psíquico que tiene que ver con la realidad. El yo es la parte del ello que ha sido modificada por la influencia del mundo externo. Esta instancia gobierna la percepción y la conciencia y es la responsable de poner en marcha los mecanismos defensivos.

* SUPERYO: No es innato, se adquiere por interiorización de las exigencias y prohibiciones paternas y será el heredero del Complejo de Edipo. Ejercerá la función de juez o censor del Ello. Sus funciones son la conciencia moral y la auto-observación. Es la instancia que observará permanentemente al sujeto para ver si sus conductas e incluso sus pensamientos son o no adecuados.

EL TRABAJO DEL A.T DESDE LA SEGUNDA TOPICA

La tarea del A.T. será reforzar las defensas adaptativas adecuadas y ayudar a crear nuevos mecanismos defensivos. El A.T se ubicará junto al YO del acompañado y desde allí intentará modificar las relaciones que mantiene con su Ello y su Superyo para lograr hacer frente a la realidad. Trabajar con el Yo del acompañado implica abordarlo en sus aspectos más maduros, adaptados y conservados para reforzarlos y enriquecerlos ayudándole a desarrollar su potencial.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

¿Qué ocurre en la relación A.T. – acompañado?

Desde el primer contacto con el tratamiento, el acompañado evoca deseos, miedos, expectativas, incluida la de ser ayudado. Toda información referida al A.T. (edad, apariencia, actitud) será procesada de acuerdo a estos miedos, deseos y expectativas previas. Se debe tener en cuenta, que el A.T. está implicado e influye con su postura y conducta en la situación terapéutica. Desde esta perspectiva, la interacción incluye todo gesto, mirada, tono de voz que resultará significativo para el acompañado.

Los aspectos de asimetría y autoridad característicos de toda relación terapéutica fundan las condiciones para la activación de transferencias que se producirán en el proceso terapéutico.

El A.T., por su formación, está advertido y sabe de las operaciones psicológicas que se activan en la relación, pero a diferencia del terapeuta no se encuentra capacitado para la interpretación, el análisis y la resolución de los contenidos transferenceles. No se espera del A.T. que dirija la resolución de estos procesos, lo que implicaría que identifique los distintos procesos psicológicos activados y que evalúe la significación clínica de lo transferido, lo que excede claramente sus propósitos.



Cuando hablamos del contenido de las relaciones terapéuticas es ineludible hablar de los conceptos de transferencia y contratransferencia.

La activación de procesos transferenceles aparece como una ocurrencia espontánea en todas las relaciones interpersonales en general. En las relaciones terapéuticas, el propósito no es la creación o invención de la transferencia sino su revelamiento y resolución. Es común observar como en nuestra vida (Magan de Cid, 2004) nos comportamos de un modo sumiso, crédulo o ansioso frente a personas a las cuales investimos de autoridad y cualidades especiales. Por ejemplo, un empleado frente a un jefe exigente y controlador, encuentra condiciones para la activación de procesos de ansiedad y angustia asociados a la figura de un padre crítico e intrusivo; o un joven reproduce, en la relación con su pareja, conflictos, sentimientos de celos y competencia, que son asociados al vínculo afectivo con su hermana.

Las operaciones psicológicas de transferencias sugieren que la ocurrencia de un hecho se explica por la experiencia previa, pasada, del sujeto. Se transfiere un con-

tenido psicológico del pasado al presente y de una figura parental de la infancia a otra actual. Lo que se activa son cargas de afecto, representaciones, creencias, deseos, conflictos, patrones relacionales etc. Sin conciencia de todo esto, desempeñamos los papeles asignados en la transferencia (en la escena generada podemos ser amados, víctimas, hijos, padres etc.).

Freud dirá que la transferencia implica la idea de un desplazamiento en el que los deseos inconscientes correspondientes a la infancia temprana se transfieren del objeto parental original a la figura del analista (Laplanche & Pontalis, 1981). Se convierte, de esta

manera, en una ventana a los conflictos de la temprana infancia o puede tomar el valor de una defensa o resistencia. Entonces, la transferencia expresada en el vínculo terapeuta-paciente, es el presupuesto de la labor terapéutica de orientación psicoanalítica y el terreno donde se desarrolla la cura.

La relación terapeuta-paciente es el medio o recurso terapéutico que oficia de matriz o modelo vincular y permite a través de la interpretación y el análisis la resolución de los contenidos transferenciales. Constituye un objetivo central del análisis.

Mientras que en los procesos sociales cotidianos la transferencia se reproduce, se vive, se soporta, en la relación terapéutica se convierte en material de análisis y medio de cura.

La transferencia es un término que adquiere extensión y diversidad de sentido y que plantea una serie de problemas y sus consecuentes discusiones: su función y especificidad, su valor terapéutico, su relación con la realidad, el contenido de lo transferido etc. (Laplanche & Pontalis, 1981).

Tomando a autores contemporáneos como Westen y Gabbard (2002) que tratan el tema de los procesos transferenciales, debemos decir que la transferencia ya no se presenta como un constructo unívoco, por el contrario presenta distintos aspectos. Mientras en el planteo clásico la transferencia se refiere a un único patrón relacional o es entendida como defensa o resistencia a la cura, hoy se acepta y se comparte una visión multifacética. Es decir que en un proceso terapéutico ocurren múltiples transferencias que son el resultado de procesos subjetivos de distinto orden y alcance. Se activan procesos psicológicos diversos como por ejemplo patrones relacionales, representaciones, respuestas afectivas, creencias, motivaciones, expectativas. Son múltiples los procesos simultáneos que dan forma al modo de relacionarse del paciente. De este modo desde la visión de los autores nombrados, la transferencia ya no es transferir, sino que trata sobre la continua construcción y reconstrucción de pensamientos, deseos, expectativas, patrones de relación, en el contexto de nuevas experiencias de relación que sólo pueden entenderse en el contexto de las viejas. En consecuencia, los procesos transferenciales implican una integración de la experiencia presente y la pasada.

El campo transferencial queda configurado por la subjetividad del acompañado y del acompañante y por la intersubjetividad resultante.

Desde el primer contacto el acompañado evoca una serie de deseos, miedos, expectativas. Toda información referida al A.T (edad, apariencia, actitud, tono de voz etc.) será procesada a la luz de los miedos, deseos y expectativas previas. No importa lo anónimo y no contaminante que el A.T intente ser, no es posible crear nada semejante a una pantalla en blanco y esto es porque ninguna situación está libre de ser interpretada a la luz de las experiencias previas.

El A.T está advertido y sabe de las operaciones psicológicas activadas en la relación, pero a diferencia del terapeuta no se encuentra capacitado para la interpretación, el análisis y la resolución de los contenidos transferenciales. No se espera del A.T que dirija la resolución de estos procesos.

CONTRATRANSFERENCIA

Se utiliza la noción de contratransferencia para indicar todo aquello que por parte del A.T o del terapeuta puede intervenir en el proceso terapéutico.

Son importantes las reacciones del A.T frente a la persona del acompañado y en particular frente a los procesos transferenciales. Las reacciones del A.T pueden tomar la forma de actuaciones dirigidas hacia el paciente o hacia otras personas (familia), como por ejemplo llegadas tardes, silencios, reacciones físicas como cansancio o dolores musculares, mal humor, preocupación desmedida por el caso etc.

Todas estas manifestaciones no deben ser tomadas como un obstáculo en el vínculo sino que deben ser tratadas en detalle en la instancia de supervisión del acompañamiento.

DISOCIACIÓN INSTRUMENTAL

El A.T. debe incluirse en el mundo del paciente, escuchándolo sin miedo, sin emitir juicios valorativos, sin interpretar, sin apresurarse a decir si algo pertenece a la realidad o no.

Debe situarse además a una distancia prudencial para poder pensar con autonomía. Poder dialogar e interactuar con el acompañado manteniendo al mismo tiempo una disociación instrumental, la cual debe ir incorporando a su modalidad personal durante su formación, como una manera de adaptación psicológica a una práctica que resulta, muchas veces estresante pero siempre comprometida, como lo es el acompañamiento terapéutico en la discapacidad.

Disociación implica la capacidad de separarse o dividirse internamente, dejando

de lado determinados aspectos de la personalidad y asumiendo otros, sin que se mezclen o comuniquen entre sí.

El mecanismo de disociación instrumental permítela acompañante dejar de lado aspectos de su personalidad que lo identifiquen con los avatares anímicos del acompañado y de su familia o entorno próximo, sus temores y sufrimientos, para poder conectarse con otras partes propias que lo habilitan para realizar su tarea con eficiencia.

Se debe tener en cuenta que unos de los riesgos más frecuentes que corre el A.T. es el de identificarse con el acompañado en determinados momentos del tratamiento. En estos casos la confusión puede obrar viendo la realidad tal como la describe el acompañado o rechazándolo para eludir la confusión.

Es fundamental mantener en forma estricta el compromiso asumido porque el paciente pone a prueba permanentemente.

En los casos de acompañamientos a pacientes graves la carencia y la intolerancia a la frustración que padecen, los llevan a establecer relaciones de necesidad que incluyen alejamientos y acercamientos repentinos, para los cuales el A.T debe estar preparado.

El comienzo de la relación puede ser de desconfianza o de transferencia masiva, la desconfianza marca una distancia que puede estar provocada por la patología pero que es necesaria como en todo encuentro vincular. Cuando predomina la transferencia masiva y abrupta se produce un vínculo de idealización del acompañante.

La empatía lograda con el acompañado permitirá desarrollar las funciones del A.T. con mayor eficiencia y sencillez.

Se deberá tener en cuenta que la frecuencia y las características del vínculo pueden generar confusión de roles. El criterio profesional podrá posibilitar un proceso de evolución clínica favorable.

so terapéutico, equiparándose con la calidad técnica de las intervenciones. Esta es la razón por la cual no puede concebirse el acompañamiento terapéutico sino es sobre la base de la creación y el establecimiento de una buena relación interpersonal entre A.T y acompañado.

El éxito del proceso está condicionado por la calidad emocional y relacional del vínculo. La relación que se genera en un acompañamiento entre acompañado y acompañante resulta un espacio generador de cambios, en la vivencia y conducta de las personas.

Esta relación entendida como método o recurso, significa tender al paciente una

red vincular, un modelo relacional, intersubjetivo, una base microsocial que sirva a una experiencia emocional singular de producción y reproducción e intercambio de vivencias y conductas.

La relación de acompañamiento le permite al paciente afrontar situaciones personales y sociales de su vida, opera como soporte organizador de la experiencia del acompañado, favoreciendo una relación de aceptación y confianza, transformándose, este vínculo, en referente de seguridad.

Cpsa

Cpsa

NEUROSIS versus PSICOSIS

Apuntes- Relatos y Cartas para reflexionar la Práctica Clínica del AT

Recopilación: Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT

Neurosis desde la Mirada Psicoanalista

Una Mirada de la psicopatología psicoanalítica una forma integral y sencilla.

Sepamos que, los síntomas, los cuales son el principal motivo de la consulta cuando alguien acude a un psicólogo, generalmente, se refieren a una de varias estructuras sintomáticas, y que la neurosis es una de ellas.

Así pues, aquello conocido como "síntoma" es un fenómeno que pudiéramos etiquetar como universal, que todos, en un momento u otro, experimentamos de manera subjetiva y nos produce sensaciones de molestia, además de ser desagradable y/o dolorosa.

Cabe recalcar que nuestro "síntoma" (el cual nos produce malestar) es de fácil comprensión y/o identificación para cualquier persona, ya que se trata de una experiencia consciente de la cual estamos al tanto. Sin embargo, sus efectos (aquello que percibimos en base a nuestra propia subjetividad) son más intensos cuando son experimentados por alguien que padece neurosis.

Síntoma, síndrome y trastorno

Hagamos una diferenciación de lo anterior tomando como parámetro otras estructuras patológicas.

En los casos clínicos más graves, como sucede con las psicosis, los síntomas suelen ser más extraños e incomprensibles (a diferencia de la neurosis), debido a la presencia de severas distorsiones sensoriales, perceptivas e interpretativas por parte del sujeto.

Por otro lado, si varios síntomas se agrupan bajo un patrón fijo y definido, presentándose de la misma manera en diferentes pacientes, entonces se obtiene lo que conocemos como "síndrome" (depresivo, por ejemplo). Pero si el padecimiento del paciente es severo y su malestar subjetivo altera

considerablemente su equilibrio psíquico perturbando su funcionamiento normal, este pasa a convertirse en "trastorno".

Tengamos en claro que el modo individual de adaptarnos y defendernos de las demandas de nuestra realidad influirá más en las neurosis que en otros esquemas patológicos.

De la normalidad a la neurosis

Recordemos que la separación entre la normalidad y la neurosis o los demás trastornos mentales no es solamente un problema nosológico (que describe, diferencia y clasifica las enfermedades), sino también de magnitud. Es decir, que la diferenciación entre normalidad y malestar depende tanto de la extensión de la patología como de las características de un determinado cuadro psicodinámico.

En este punto (y en base a lo anterior), podemos considerar como válido el término de susceptibilidad individual, o sea de predisposición psíquica.

La estructura de la neurosis

Las características de una personalidad neurótica se identifican por presentar una intensa sensación de conflicto interno, así como una gran dificultad para armonizar los impulsos, deseos, normas y consciencia de realidad, lo cual podemos traducir como una vida centrada en la angustia y la inseguridad.

Además, la configuración de una estructura neurótica tiene su inicio en los acontecimientos de la relación afectiva original del individuo, en la manera en la que maneja su agresividad y sexualidad, y también en su necesidad de autoafirmación y valoración de sí mismo.

Por otro lado, el origen de una estructura neurótica está altamente relacionado con las *fijaciones edípicas del individuo, las cuales (por su propia naturaleza) dan origen a diversos miedos, culpas, dudas y ansiedades ante diversos acontecimientos considerados como estresantes propios de una relación de pareja, conflictos familiares o dificultades laborales.

Como consecuencia de lo anterior, el individuo con una estructura neurótica desarrolla una dependencia del afecto y la estima que los demás pueden proporcionarle, sin importar el valor que éstos le atribuyan o de la importancia que le adjudiquen al sujeto.

La neurosis y la afectividad

Como el anhelo de afecto presentado por el neurótico es prácticamente voraz, éste comienza a experimentar angustia continua, la cual se traduce (clínicamente)

en hipersensibilidad emocional, excesiva demanda de atención por parte de los demás además de un estado permanente de alerta bastante incómodo.

Pero algo curioso contrasta en éste punto: el intenso deseo del sujeto por obtener cariño es igual a su propia capacidad para sentirlo y/o para ofrecerlo. Aclaremos que no es raro observar una propensión a ocultar la necesidad de amor bajo una máscara de indiferencia o de manifiesto desprecio hacia los demás.

Las grietas de la autoestima

Así mismo, la experiencia de vida carente de amor suficiente así como una satisfacción narcisista adecuada, genera un constante sentimiento de inferioridad e incompetencia ante los demás y, por consiguiente, la autoestima se ve mermada.

De igual manera, en el ámbito clínico no es raro encontrar personas de inteligencia superior al promedio presentando sentimientos de minusvalía e ideas muy sobreloradas de estupidez, así como personas de gran belleza, con ideas de fealdad, o de defectos que de ninguna manera creen que podrán superar.

Por otro lado, en una estructura neurótica nunca faltan las actitudes compensatorias por parte del paciente presentadas en forma de autoelogios, alardeo constante (sobre cualquier cosa), exhibición explícita de su capacidad económica, así como de su poder e influencia dentro de su círculo social.

Tampoco pueden estar ausentes las menciones sobre los viajes realizados a diversos lugares, los vínculos y contactos profesionales además de los conocimientos generales que pueda poseer el individuo sobre algún área específica.

Inhibiciones del neurótico

De igual manera, el paciente neurótico llega a presentar inhibiciones personales de todo tipo como parte de su estructura neurótica particular. Dichas inhibiciones pueden ser para expresar deseos, quejas, elogios, dar órdenes de cualquier tipo a otros, hacer críticas (tanto destructivas como constructivas) además de presentar una grave incapacidad para establecer relaciones con otros individuos.

Estas inhibiciones también son para auto determinarse como persona, conocer claros conceptos acerca de sus propios ideales y ambiciones además de colaborar en trabajos constructivos con suficiente autonomía.

También se presentan desinhibiciones tales como conductas agresivas, intrusivas, dominantes y sumamente exigentes. Estas personas, al estar convencidas de tener la razón, pueden llegar a mandar y ordenar, engañar a los

demás, criticar o denigrar sin medida ni control. O, por el contrario, en forma proyectiva, pueden manifestar sentirse engañadas, pisoteadas o humilladas.

El papel de la angustia en la estructura neurótica

Es curioso saber que, en la práctica clínica, muchos de los neuróticos que consultan solamente parecen quejarse de depresión, sensación de invalidez, perturbaciones diversas en su vida sexual, sentimiento de completa incapacidad para desempeñarse de manera eficiente (o al menos como ellos idealizan) en su trabajo, sin percatarse, obviamente, de un elemento sumamente importante: la presencia de la angustia, siendo este el síntoma básico (y principal) que se encuentra en lo más profundo de su estructura neurótica.

Es posible, entonces, mantener una angustia enterrada y oculta sin saberlo, y por supuesto, sin hacer consciencia de que este es un factor determinante para su tratamiento y bienestar.

A diferencia de lo anterior, hay otros individuos que, ante el menor indicio de un episodio ansioso, reaccionan en forma desproporcionada, presentando sentimientos de indefensión total, especialmente si asocian a la dificultad de controlarse ideas de debilidad o cobardía.

Por lo general, ningún individuo neurótico identifica de manera clara su angustia, entre otras razones, porque mientras más amenazado se sienta, menos aceptará que algo anda mal en su interior y (por lo tanto) debe ser modificado.

Un indicador de características patológicas

Sepamos que, la estructura neurótica de una persona es la antesala de toda neurosis y el determinante de sus características patológicas.

Aunque los síntomas suelen variar de persona a persona o incluso llegar a faltar por completo, el tratamiento de la angustia es de gran importancia, ya que contiene la raíz del conflicto y concentra su propio sufrimiento psicológico.

Recordemos también que, entre los síntomas de las diferentes neurosis existentes, son más importantes las similitudes entre sí que las discrepancias presentes. Dichas diferencias radican en los mecanismos empleados para resolver los problemas. Por su lado, las semejanzas tienen que ver con el contenido del conflicto y la perturbación del desarrollo.

Nota: si usted cree que está padeciendo de algún trastorno psíquico, el primer profesional con quien usted debe acudir es su médico familiar. El podrá determinar si los síntomas que encendieron sus luces de alarma se deben a una psicopatología, alguna condición médica, o ambos. Si finalmente se diagnostica un

padecimiento psicológico, el siguiente paso a tomar es consultar a un profesional de la salud mental.

*El Complejo de Edipo es un término que usó Sigmund Freud en su Teoría de los Estadios del Desarrollo Psicosexual para describir el sentimiento de deseo de un niño por su madre y el odio hacía el padre. Este odio se debe a que el niño percibe que su padre es un competidor por conseguir el cariño de la madre, y expresa sus sentimientos en forma de enojos, rabietas y comportamientos de desobediencia.

En este capítulo estudiaremos definiciones y criterios de salud y enfermedad. Advertiremos que el criterio que manejamos es muy importante tenerlo en cuenta, ya que nos influencia en la forma de trabajar con los pacientes.

Esquizofrenia en primera Persona

O.M.S. fue dado de alta de nuestra unidad hace ya unos meses. Desde entonces ha continuado participando en el blog a través de sus comentarios.

En esta entrada hemos rescatado los tres últimos textos que nos ha enviado.

Sus palabras son, entre otras muchas cosas, el testimonio de un después; porque detrás de la crisis y el ingreso hospitalario y la estabilización sintomatológica viene la vida. Y el afuera puede ser duro, al igual que las vivencias más íntimas asociadas a la esquizofrenia.

Desde aquí te mandamos un enorme abrazo y mucha fuerza y el deseo de que no pierdas nunca la esperanza.

Muchas gracias por compartir estos pedazos de vida con nosotros, O.

“Hoy me he levantado un poco tarde, muchas veces no tengo una motivación constante. Antes tenía ganas de hacer muchas cosas: deporte, salir con mi gente, pasear...Pero noto que, con el paso de los años, todo eso se ha ido consumiendo y ahora me encuentro con poca fuerza para mirar hacia un futuro; todo se me hace muy rutinario. Estaba haciendo un taller y como quien dice ni he comenzado a adaptarme a él y saber aprovecharlo para que el día de mañana me valga de referencia a la hora de encontrar un trabajo y pueda formarme pese a las barreras que nos pone la vida.

La verdad, lo he pasado mal...todo comenzó con la separación de mis padres. Me metí en un mundo del que creía no poder salir. Tenía una edad temprana y conocí a una chica, todo muy bonito al principio hasta que empecé a probar las drogas.

Me creía que con eso iba a calmar todas mis indiferencias; me daba todo igual. Solo estaba esperando al fin de semana para tomar mi dosis. Hasta que llegó el momento en que una de las pastillas que consumía durante el fin de semana estaba en mal estado y se me vino el mundo encima. Empezaron esas voces a insultarme, tenía fobia a todo. Fueron varias fases: primero me comía el coco antes de acostarme. Eran muchas noches sin dormir, pero con el paso de los años y con esfuerzo lo fui aceptando. Cada año que pasaba me encontraba mejor conmigo mismo y a tirar para adelante. En aquella época no tenía diagnosticado ningún tipo de enfermedad. Empecé a asistir al psicólogo con 19 años, era una psicóloga muy buena, se llamaba Mónica y supo entender mi situación “.

“ Voy a comenzar a escribir todo lo que me pasó a lo largo de este último ingreso. Me encontraba desorientado, un poco como si no supiera donde estaba mi sitio, y a veces desconcertado. Tenía muchísimas ganas de llorar y no lo logré hasta el final del ingreso. Lo que más me duele es tener que ver sobre todo a mi hermano y mi madre sufrir, y me siento culpable. Y es que mi enfermedad muchas veces no me deja avanzar a la hora de relacionarme e integrarme en la Sociedad, me cuesta muchísimo, pero siempre me digo que, para delante, que vendrán tiempos mejores. Y me doy ánimos a mí mismo para seguir luchando, por la vida y porque si no tenemos expectativas, ni algo por lo que vivir, no seríamos personas. Ahora quiero escribir algo que me ha pasado durante muchos años y que me han llevado a la locura. He encontrado la paz, pero por poco tiempo, diariamente son intervalos de poca felicidad. Y me vino desde hace muy poco tiempo el sentirme así. Muchas veces frustrado, trastornado y muy inquieto. Mi enfermedad es Esquizofrenia Paranoide, sé que es difícil de aceptarla porque es crónica y para toda la vida, tengo que llevar un seguimiento y un tratamiento que se ajuste a mi cuerpo. También saco cosas positivas para mejorar mi calidad de vida y poder seguir avanzando, para acabar con esto de una forma autoritaria y siempre consciente de los pasos que doy. Cuando me siento solo y a lo mejor tengo a mi Familia cerca, se me rompe el corazón y me vengo un poco abajo. Recuerdo muchas situaciones en las que pensaba y me volvía totalmente Hipersensible “.

“ Voy a hacer un comentario de lo que los padres llegan a hacer por la vida de su hijo. A mí si un día me falta mi madre, voy yo detrás porque sin ella no podría seguir viviendo. Siempre ahí al pie del cañón, preocupándose por mí todo el rato, dándome afecto y cariño, dándome el apoyo cuando más lo necesito, regalándome su sonrisa para que ría con ella y saborear el amor que sentimos juntos. Una madre da su amor hasta el último de sus días y se desvive por los hijos luchando con uñas y dientes, para conseguir o guiarlos por el buen camino. La pena más grande es cuando un hijo se te pierde en todos los sentidos y yo creo que a mi madre le he dado muchos disgustos. Primero las drogas, después un intento de suicidio y ella presente, que es lo que más me duele nada más pensarlo. He sido muy egoísta. Pero a veces necesito sacarlo, para que no vuelva a ocurrir, cuando me encuentro totalmente desencajado y solo con mi enfermedad que es lo que más miedo me da. Volver al sufrimiento y que me encuentre desesperanzado y me vea solo, con el

añadido de contemplar la ignorancia de esta sociedad. Porque un gran porcentaje de personas no conoce los síntomas, ni cómo se puede llegar a sentir un discapacitado o un enfermo mental. Aquí lo voy a explicar cómo se puede llegar a sentir. Lo más común es que se sienta rechazado, que sienta un enorme miedo a que le dé una psicosis y tarde a lo mejor años en recuperarse o no recuperarse del todo. A eso llegan la mayoría de las personas, las que se meten en la boca del lobo. Porque es tal cual: a veces una peli de miedo metida en las entrañas. Mucho malestar, que tu vida no encuentra un Aliciente por el que vivir. Nadie podría meterse en sus cabezas para saber lo que está sufriendo esa persona. Lo puede percibir, lo puede suponer, le pueden llegar a ayudar a desconectar un poco de sus pensamientos, depende del grado o del nivel de su enfermedad. Yo os digo que con la gente que he tratado y he comentado, y me he acercado más a ellos, he notado que se pueden ver reflejados en alguna parte de tu discapacidad “.

Me llamo Teresa y mi hermano sufre esquizofrenia.

En un periódico valenciano publicaban esta carta de una familiar de una persona afectada de esquizofrenia en la que relataba las grandes dificultades que tenía su hermano, y en general la familia, para luchar contra los efectos de su enfermedad. Me llamo Teresa. Mi hermano sufre esquizofrenia. Es uno de los 10.000 enfermos que hay en Valencia. Él no nació así. Estudió hasta Segundo de Derecho. Su ilusión era terminar la carrera, tener una novia, casarse...

Pero de pronto, un día apareció la enfermedad maldita. Tenía 22 años cuando su vida se paralizó. Ahora tiene 43. Sólo recuerda cosas del pasado, de lo que fue y de lo que vivió cuando tenía salud. Se ha pasado dos décadas yendo al psiquiatra de zona cada mes 10 minutos. En ese tiempo le recetaban medicación, pero nada más. Así se ha tirado 20 años, como si fuera un jubilado. Fumando, paseando, deambulando, volviendo a casa, jugando al solitario con la baraja, fumando, paseando, deambulando... Y así una y otra vez.

En octubre de 2008 ingresó en un hospital de la Agencia Valenciana de Salud. No quería. Tres meses antes ya estuvo en un centro. Lo ideal hubiera sido disponer de recursos intermedios donde ir y que le hicieran un seguimiento, pero no existen. Actualmente está otra vez en casa, donde la situación es penosa. Mi madre tiene 72 años y Alzheimer y mi padre, 74. Cada vez que voy allí me marchó deprimida. Él cree que voy contra él, que quiero boicotear su vida. Se lo imagina y actúa a la defensiva.

Mis padres son los recursos que la Administración no pone, cuidadores sin formación, pero con una gran capacidad de amar a un hijo que desvaría y les acusa de cosas que nunca hicieron. Les insulta o increpa hasta la desesperación, pero cuando pasan unas horas mi pobre hermano les pide disculpas. A veces le dice a mi madre que le entran ganas de tirarse por el balcón.

¿Imagináis lo que significa para una madre oír eso? El 10% de los enfermos de esquizofrenia se suicidan. No me extraña. Me parece poco para el nivel de sufrimiento que padecen. Si yo estuviera enferma y tuviera las mismas condiciones de atención socio-sanitaria seguramente también lo haría.

Han pasado 600 años desde que el Padre Jofre se preocupó de acoger a personas con problemas mentales. Entonces se les trataba como supuestos endemoniados, abandonados a su suerte en una barca en el mar. Ahora todo sigue igual. Siguen abandonados en sus casas, en las calles por donde deambulan sin techo. Nada ha cambiado.

Los presupuestos que se destinan a Salud Mental no varían. Seguimos sin una red de recursos asistenciales para atender a estos enfermos en los tres aspectos fundamentales: medicina, atención psicológica y social, como personas, al fin y al cabo. El panorama que espera ahora a mis padres en los años de su vejez es terrible. Mi familia se quiere morir. Mi hermano se quiere morir. No podemos ver y sentir tanto sufrimiento...

Esta carta es el reflejo de la realidad en la que todavía hoy viven muchos (demasiados) afectados por un trastorno mental grave y sus familias. Actualmente existen equipos interdisciplinarios que mediante un correcto abordaje pueden conseguir que estas situaciones no sean tan dramáticas. El afectado y su entorno no se deben encontrar solos (abandonados) en medio de esta compleja travesía, para no acabar de la forma tan desesperada en la que se encuentra esta familia. Para ello es necesario que exista sensibilidad social y compromiso político con estas personas, dicho con otras palabras, sensibilidad y compromiso presupuestario. En especial en estos tiempos de crisis económica es necesario no retroceder en políticas que han mejorado la calidad de vida de estas personas.

Nuevos enfoques terapéuticos, más integrales e integrados en la comunidad, mejores fármacos y una red más potente de recursos sanitarios, socio-sanitarios y sociales posibilitan que la recuperación de las personas con trastorno mental grave no sea una utopía. No demos pasos atrás en los lugares en los que hemos avanzado algo en las últimas décadas y no dejemos de exigir que se avance en otras regiones/países donde no se ha establecido todavía una red de asistencia y apoyo a la Salud Mental.

Mito: No hay esperanza para las personas afectadas por un trastorno mental grave.
Realidad: Hay más tratamientos, estrategias, y apoyo de la comunidad para la gente con problemas de salud mental que nunca antes, e incluso más se divisan en el horizonte. Las personas con este tipo de dificultades pueden llevar vidas activas y productivas.

Mito: Una vez la gente muestra enfermedades mentales, nunca se recupera.
Realidad: Estudios científicos muestran que la mayoría de gente con enfermedades mentales mejora, y muchos se recuperan por completo. La recuperación se re-

fiere al proceso por el cual la persona es capaz de vivir, trabajar, aprender, y participar íntegramente en su comunidad. Para algunas personas, la recuperación es la capacidad de vivir una vida realizadora y productiva. Para otros, la recuperación implica la reducción o completa desaparición de los síntomas. La ciencia muestra que tener esperanza juega un papel integral en la recuperación de la persona.

CARTA ANONIMA

Ésta es una carta que una mujer, a la que mantendremos en el anonimato, nos ha enviado, y a la que hemos solicitado permiso para publicar sus inteligentes y lúcidas palabras, pues contienen la experiencia, los sentimientos, temores y razones de muchas otras personas que han pasado y lo siguen haciendo por situaciones similares.

Sobran los comentarios y las reflexiones porque ella lo dice todo. Juzgar vosotros mismos...

“ Soy una persona bastante adaptada, si no empleo esta palabra negativamente, adaptada al entorno en el que estoy, con pareja estable, un trabajo que me gusta, miles de inquietudes culturales, incluso popular en la ciudad donde vivo, donde me conocen por mi trabajo. Todo esto me da fuerza, y al mismo tiempo me hace pensar en la gente que, teniendo un diagnóstico parecido al mío, y habiendo pasado por experiencias similares de desconexión de la realidad y puro terror, no tienen la misma suerte, bien porque su situación vital no es agradable, porque no disponen de redes sociales sólidas, o porque son presa del estigma o la autoestima. Por eso no me desvinculo de ese sufrimiento, aunque a mí no me afecte tan directamente. Cuando le cuento a mis amigos que tengo miedo de un posible TAI (tratamiento ambulatorio involuntario), siempre me tranquilizan con buenas razones, como que en mi caso sería muy improbable que alguien que me conociese lo solicitase, ya que conocen mi criterio para detectar los síntomas, exteriorizarlos y no dejarme llevar por ellos. A modo de “curioso testamento”, no por muerte sino por incapacidad, mi novio está informado de hospitales o profesionales alternativos al puro biologicismo, partidarios de un uso responsable y puntual de la medicación, en caso de que algún día, que espero no llegue nunca, la psicosis me ganase. Pero aun así la sombra del TAI es alargada, me hace pensar en lo peor de la psiquiatría, y me hace pensar que esta idea favorece a los que no quieren comerse el tarro con el meollo de la salud mental, a los que salen beneficiados, como las farmacéuticas, y a los políticos de derechas, muy aficionados a vincular todo lo raro y diferente con la violencia, a modo de chivo expiatorio de los males de esta sociedad (inmigrantes, gitanos, enfermos mentales, drogodependientes...). Me cabrea esta visión represiva, es como decir que la enfermedad mental es un problema de violencia que sólo se puede tratar con violencia.

Pienso que el asociacionismo de enfermos mentales está en pañales, y en general es más fuerte el asociacionismo de familiares. Con todos mis respetos a los familia-

res, que habrá de todo, creo que estos, muchas veces, son tan víctimas de los prejuicios y el estigma como la mayoría de la sociedad, y dependiendo del profesional que les haya tocado en suerte, estarán más o menos informados o desinformados. Supongo que ante el shock de que les digan, por ejemplo "su hijo tiene una enfermedad grave e incurable, llamada esquizofrenia, debe tomar la medicación de por vida, si no corre el riesgo de hacerse daño a sí mismo o a los demás", cualquier padre o madre desarrolla un plus de proteccionismo (con gran carga lógica de angustia) adecuado a la noticia. A partir de ahí, y si el hijo no lo tiene fácil para comunicarse bien con ellos en pie de igualdad, los malentendidos están servidos, y cualquier discusión cotidiana puede muy bien confundirse con síntomas ante los que estar alerta. Bueno, a lo mejor lo pinto un poco excesivo, pero yo tuve esa experiencia con mis padres: En el segundo brote, hace ya unos ocho años, se pusieron histéricos y me dieron tanto miedo que me quise ir, pero me lo impidieron, por la fuerza, sujetándome con muchísimo escándalo y llamando a urgencias para pedir un tratamiento a domicilio. Vino la policía con una enfermera que me pinchó, y me llevaron en ambulancia a urgencias. Con el psiquiatra de guardia me sentí tranqui-



la, ya que a diferencia de mis padres no estaba histérico, sino más bien somnoliento. No le mencioné ninguna paranoia ni idea delirante, (porque literalmente no tenía la menor gana de ingresar), me limité a contarle alguna vaguedad de variaciones de estado de ánimo y enseguida determinó que no veía motivo de ingreso, así que me fui a dormir a casa de un familiar y al día si-

guiente tuve una conversación con ellos para explicarles lo que debían y no debían hacer cuando me vieses rara. Creo que la necesidad de esa conversación, unida al efecto sedante de la medicación (ni flores de lo que era porque no te lo dicen), me hizo volver del brote. No le guardo, obviamente, el más mínimo rencor a mis padres, todo lo contrario, pero sí que veo la necesidad de que muchos padres entiendan estos procesos, y estas relaciones hay que construirlas cuando se puede, cuando vuelve la conciencia habitual, ya que sólo así se construye la comunicación y el empoderamiento del enfermo.

Creo que la psiquiatría basada únicamente en la medicación lo juega todo a esa carta, como si la comunicación fuese imposible, o como si el afectado lo estuviese a tiempo completo e irremisiblemente, como si fuese del todo imposible comunicarse con él. De todas las personas que conozco con diagnóstico de esquizofrenia, (unas quince), nadie vive permanentemente en brote, y todas son capaces de ha-

blar del brote como algo que les pasó, no como algo que son. Otra cosa es como lo vean sus familias, ahí también juega un papel la ideología, las creencias, hay familias menos dispuestas que otras a aceptar ideas delirantes en sus miembros, o a seguir viendo a su “miembro delirante” como lo veían antes.

En cuanto a los enfermos delirantes que, además, son violentos, habría que pensar a qué actitudes en concreto reaccionan de forma violenta. No los justifico, jamás, pero yo misma me vi pataleando (en mi primer y único ingreso, hace diez años) de pura angustia cuando me sujetaron cuatro personas desconocidas, cuyas intenciones también desconocía, y cuya respuesta a ese pataleo fue la llegada de una quinta persona que me hizo una luxación de tobillo muy dolorosa, todo para conseguir trasladarme de un hospital a otro, previa administración bajo inmovilización de un fármaco sedante, y del que me desperté atada de pies y manos en otro lugar desconocido. Así no hay quién se baje de ninguna paranoia, así solo se consigue que la paranoia aumente, y que se vea reforzada por la realidad. Por eso no quiero que me vuelvan a ingresar jamás, por eso me estrujé los sesos para comprender mis mecanismos psíquicos, para controlarlos, perderles el miedo, y hacerlos comprender a otras personas. Porque no quiero, jamás, volver a verme en manos de personas que se otorgan esas autoridades, personas a las que he tenido un pánico atroz por no saber dónde estaba el límite de lo que podían hacer conmigo. Y es que la situación de indefensión se parece a la de la soledad de un calabozo. No es victimismo, es dignidad, y lo que te acabo de contar me hizo ser consciente de la necesidad de empoderamiento, de ser siempre y bajo cualquier circunstancia dueña de mí, porque lo merezco como cualquier otra persona, sólo por el hecho de serlo.

Si alguien, enfermo o no, comete un delito de agresión, para eso están las leyes. Y si además de cometer un delito resulta que tiene un diagnóstico, que se lleve la terapia a la cárcel. Pero lo que no se puede hacer es justificar la violencia con el diagnóstico, porque eso es perverso, ya que implica asociar el diagnóstico a una mayor probabilidad de violencia, eso no es trabajo de la psiquiatría ni de nadie. Menos aun cuando las estadísticas desmienten de forma clara esa relación: tenemos un 9% de la población diagnosticada, no tenemos un 9% de la misma población con delitos de agresión. Las razones para una agresión siempre son complejas y dependerán de cada caso, la relación con el diagnóstico es casual (si no lo fuese, sería parte del diagnóstico), las causas de la violencia son múltiples, y el entramado social no es inocente, desde el momento en que la violencia está presente en la representación del mundo, en la representación mediática y del discurso, está presente de forma real y simbólica en la guerra, en el estereotipo, en las pasiones que nos mueven, en la historia. Es cierto que una persona puede mostrarse agresiva durante una psicosis, frente a miles que no lo hacen, con el mismo síntoma, frente a otro número diferente que sí lo hacen sin ese síntoma. ¿Y? ¿De dónde sale la asociación, entonces? ¿De la espectacularidad? ¿De ciertos intereses para que así sea? Las criminalizaciones de colectivos han existido siempre, desde que el mundo es mundo, las hay que se superan y las hay que no. Las que se superan lo hacen

por conciencia social de injusticia, y voluntad de repararla. Nosotros estamos empezando, después de ser endemoniados, gaseados, encerrados, electrocutados, difamados, discriminados, incomprendidos, estigmatizados, sobre drogados, sospechosos habituales...

Los profesionales de la salud mental sois pieza clave para que el camino que empieza se vea reforzado hacia adelante o hacia atrás. Vuestros precursores en el camino hacia la igualdad fueron los de las escuelas del freudomarxismo en los años sesenta y la anti psiquiatría en los setenta, de esas formas diferentes de pensar la enfermedad mental salieron reformas psiquiátricas muy de agradecer, y de las que nos beneficiamos actualmente, como la desaparición del régimen manicomio y el tratamiento comunitario y ambulatorio. Si te fijas, eso fue antesdeayer, como quien dice, en la duración de una vida como cualquiera de las nuestras, así que está todo con pinzas, no hay tradición asentada, hay que reforzar y reforzar, y concienciar y concienciar, y comprender y comprender, sólo así se hace eco social, de cabecita a cabecita, creo que no hay otro camino, y tampoco se hace en un día ni se acaba de repente".

CUANDO ACOMPAÑAMOS

Venía conduciendo y de repente me ha venido mi idea de lo que significa la locura, de su sentido... (es mi vivencia personal pero igual las personas que lo lean puedan ver reflejos en lo escrito).

Para mí es una forma extrema, potente, urgente, un intento del ser humano de deshacerse de sistemas de creencias o patrones mentales establecidos, impuestos, ya sea por nosotros mismos o por el exterior. Aquello que nos hace sentirnos como seres limitados cuando nuestra naturaleza no la es.

Cuando una persona entra en un estado psicótico se le muestra, de manera podríamos decir literal, aquello a lo que nos aferramos, aquello a lo que estamos profundamente apegados y que ya colapsa, que caduca. Se muestra de manera literal la idea mental que tenemos acerca de ello. La mente se expande y muestra aquello en lo que cree, o en lo que se ha visto "obligado" a creer. La persona, pues, en pleno estado psicótico siente un tremendo terror por aquello que está percibiendo, que no entiende pero que amenaza su mundo, un mundo que tiene asumido como real pero que no lo es en su sentido literal. De ahí las sensaciones de perder identidad, de confusión, de muerte...

Cuanto más la persona se resista al cambio, más fuerte y más potente será el brote. También, cuanto más fuerte es el brote, cuanta más intensidad tenga, nos indica, desde fuera, lo tremendamente aferrados, apegados que estamos a esa idea en su sentido literal para la persona que lo vive.

Por ello, los que acompañan a personas que atraviesan estos episodios tienen que ser tremendamente comprensivos, compasivos, y a la vez ser el punto de anclaje de la persona que lo sufre, ya que por momentos puede perder toda referencia.

Mientras duren estos episodios, uno, desde fuera, no puede hacer mucho más (a excepción de suprimir a la persona mediante medicación).

Cuando logramos distanciarnos, no identificarnos con eso que estamos percibiendo de manera tan potente, cuando logramos ver la sutileza, lo que ese proceso trae implícito, cuando logramos ver lo simbólico, lo metafórico que hay en ello, es cuando nos logramos liberar de esa neurosis, es cuando comprendemos y salimos de ese estado renovados, sintiéndonos más ligeros, más libres de conflictos, transformados. Este es el trabajo una vez la persona haya salido de la crisis y para que tenga el resultado deseado para profesional-paciente deberá ser un trabajo colaborativo. Sólo el paciente tiene toda la información, sólo el paciente conoce enteramente su realidad, pero puede carecer de herramientas que le hagan permanecer en equilibrio. Es ahí donde entra el trabajo del profesional.

(Bueno, la idea que me vino, fue un sentir pero que al querer plasmarlo se hace extenso y aun así no queda plasmado todo lo que querría. En realidad, las palabras no sirven de mucho, y si se intenta analizar mucho, al final consigue más confundir que aclarar).

Me apetecía dejar plasmada esta idea y pensé que igual es una buena idea el compartirla. Así que, si de alguna manera piensan que sería buena para reflejarla en el blog, les doy libertad de hacerlo. Para eso estamos, para colaborar e intentar ayudar dentro de nuestras posibilidades.

¡Un abrazo! “



Subjetividad

Concepciones sobre los sujetos

Lic. Mariano Iusim

En este capítulo abordaremos varios conceptos relacionados con la subjetividad y culminaremos distinguiendo diferentes concepciones sobre los sujetos, cada una de ellas implica una postura ideológica que forma parte de nuestra manera de concebir a los otros, de relacionarnos, intercambiar, y de trabajar con ellos.

Sujeto

Es el ser humano mismo, sujeto de sus “propios” pensamientos y funciones, del inconsciente, de la ciencia, del deseo, de derecho, del conocimiento, de la conciencia, del discurso, etc.

Se suele relacionar el sujeto con una posición activa “donde uno es uno mismo en relación a los otros”.

Desde esta concepción “sujeto” no es sinónimo de individuo, ya que existirían individuos sin subjetividad. Entonces se podría decir que “individuo” se nace, en cambio “sujeto” se hace.

Objeto

Evoca la idea de “cosa”, de objeto inanimado y manipulable, tal como corrientemente se contrapone a las ideas de ser vivo o de persona.

En el discurso del consumo (de productos y servicios) existe una tendencia a priorizar los objetos (sustancias, drogas, etcétera) por sobre los sujetos.

Psicoanalíticamente la palabra “objeto” se toma en un sentido comparable al que le atribuía el lenguaje clásico (“objeto de mi pasión, de mi resentimiento, objeto amado”). Es aquello en lo cual y mediante lo cual el sujeto alcanza su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción.

Subjetividad

Sujeto del vínculo

La subjetividad es lo propio, lo singular, lo particular que tiene el sujeto. Se construye (está sujeta a continuas transformaciones) en los vínculos intersubjetivos (con otros -que representan y son el contexto-), la intersubjetividad se refiere a los intercambios. Cada subjetividad modifica a la otra y a su vez es modificada por la otra. Cada irrupción del otro, cada avasallamiento, cada dominación, enfrenta a una puesta a prueba que reclama una nueva apropiación para poder ser y pertenecer.

La subjetividad se forma en relación a la subjetividad de los otros, del intercambio entre los sujetos.

El sujeto es producto del vínculo intersubjetivo y al mismo tiempo es productor de subjetividad, cada subjetividad modifica a otra/s subjetividad/es y a su vez es modificada por otra/s subjetividad/es.

Subjetivo-Objetivo

Lo subjetivo no es universal ni homogenizable, se opone al objeto y a los otros sujetos, puede ser irreal, ilusorio, y solo existir en el pensamiento o en la imaginación.

Los sujetos pueden ser parecidos más no iguales, en cambio los objetos pueden poseer esta última propiedad (un ejemplo de esto sería la producción en masa de productos).

Concepción psicoanalítica del sujeto

Freud transforma la noción tradicional de sujeto. Provoca una revolución epistemológica al postular la subordinación del sujeto a una estructura que lo determina, y además al mostrarlo como escindido.

El sujeto está sujeto a otro orden, no es un centro, al contrario sufre de descentración, está fuera de su centro, subordinado, "sujeto a".

El sujeto freudiano es el lugar de la ruptura, lo que se muestra como unidad y síntesis es lugar de escisión (conciente-preconciente-inconciente). Pero esta ruptura no responde a una irracionalidad caótica. El descentramiento del sujeto tiene que ver con que está "sujeto" a un orden que lo preexiste, y en ese orden tiene un lugar. Hay otra sujeción del sujeto que es al orden de la cultura.

No existe desde el principio una unidad, las pulsiones necesitarán de un nuevo acto psíquico para la construcción subjetiva.

Antes de nacer el infans tiene un lugar que lo espera, soporte transubjetivo que posibilita su localización.

Relaciones del sujeto

- 1) Con sus objetos internos, por ejemplo, la representación de su madre, lo que para un sujeto es su madre (intrasubjetiva). El deseo circula unidireccionalmente
- 2) Con otro sujeto (intersubjetiva) El deseo circula bidireccionalmente.
- 3) Con el conjunto social y sus leyes (transubjetiva).

Vínculo

Psicoanalíticamente es la representación mental de la relación con los otros.

“El sujeto es y está vinculado, esto es en un estado psíquico derivado del contacto con el otro real externo significativo, donde está obligado a asimilar lo del otro como propio y estar en contacto con aquello que irremisiblemente no podrá incorporar de ese otro” (Berenstein, 1995).

Los vínculos no se dan de una vez y para siempre, se van construyendo, reconstruyendo, son dinámicos, cambian continuamente, se actualizan constantemente.

El sujeto se constituye en el vínculo y el vínculo exige la presencia irreductible del otro.

Su ajenidad, alteridad, novedad, imprimen a la relación una heterogeneidad (diferencia, variedad) necesaria para el reconocimiento del otro.

La subjetividad se construye en la perseverancia vincular, consistencia y ligazón frente a lo que sabe y no sabe de sí mismo y del otro.

Concepciones acerca de los sujetos

A lo largo de la historia de la humanidad surgieron diferentes concepciones sobre la “naturaleza” de los sujetos que podemos sintetizar como “Visión pesimista”, “Visión optimista” y “Visión dialéctica”.

Visión pesimista de los seres humanos: la maldad innata (agresividad)

Thomas Hobbes (siglo XVII), filósofo inglés, autor entre otros textos de “Leviatan”, presenta al hombre como “naturalmente malvado”, al estado primitivo de la humanidad como una lucha perpetua de todos contra todos. Concibe al hombre

primitivo como una bestia sanguinaria y feroz. Según este autor cuando el hombre carece de una sociedad regulada lleva una vida solitaria, pobre, sórdida, embrutecida y breve. Defiende el derecho del placer y del dolor, según el cual es inherente a los humanos buscar el primero y evitar el segundo.

Los hombres primitivos, según su opinión, vivían en una eterna guerra, hasta que aparecieron entre ellos los legisladores, sabios y poderosos que asentaron el principio de la convivencia pacífica.

Darwinismo social

Los numerosos continuadores de Hobbes prosiguieron, sin embargo, sosteniendo que el llamado "estado natural" no era otra cosa que una lucha continua entre los hombres agrupados casualmente por las inclinaciones de su naturaleza de bestia. Decían tener un concepto "realista" del hombre. Contaron con el apoyo de la filosofía de la revolución industrial, la atmósfera creada por

el siglo XIX favoreció la doctrina que justificaba el dominio de algunos seres humanos sobre otros armonizando con la lectura recortada de Darwin quien postuló como propio de la especie humana la lucha por la vida (competencia: egoísmo) y el apoyo mutuo (cooperación: altruismo), dejado de lado por esta doctrina.

En resumen, el darwinismo social aplica las "leyes" de Darwin a lo social, tomando sólo el aspecto "negativo"

Karl Marx también fue influenciado por esta teoría, tan solo remitámonos a su concepto "lucha de clases".

Herbet Spencer, quien fue uno de los exponentes del darwinismo social, utilizó el criterio darwiniano para sostener la superioridad de algunos grupos y la inferioridad de otros, justificando así la guerra, el colonialismo, la ética comercial y otras prácticas sociales que implicaban la competencia.

Muchos pensadores del siglo XIX sostuvieron que la naturaleza humana difería desde el punto de vista racial, étnico, nacional, de clase social y concibieron este fenómeno como función de factores exclusivamente biológicos determinados por los procesos evolutivos de la selección natural. Llevaron a muchos a la convicción de que la servidumbre de "las clases bajas" y la explotación de los territorios habitados por pueblos "inferiores" estaban justificadas biológicamente y expresaban una evidente decisión de la naturaleza. Estas opiniones carecen de fundamento, sus consecuencias perduran hoy en muchas formas, especialmente en términos de un presunto "espíritu competitivo" como rasgo universal de las relaciones humanas. En este sentido, es preciso cuestionar la idea de "naturaleza" humana.

Jeremy Bentham, exponente de la doctrina del "hedonismo psicológico" o auto-

gratificación, coincidía con lo postulado por Hobbes sobre el principio del placer y el dolor. Según Bentham el hombre procura beneficiarse a expensas de otros, considerando al altruismo una forma más de la actividad de autosatisfacción. La principal debilidad de esta doctrina es que no ofrece predicciones alternativas acerca de la conducta humana, porque deriva del supuesto según el cual tanto si una persona hace algo como si no lo hace, su motivación es la misma (la autogratificación). Todo fin es el egoísmo: se ama para autosatisfacerse, es decir, omite la gama de relaciones psicológicas-sociales capaces de influir en un individuo para dirigir su conducta en un sentido y no en otro que se estima opuesto. Se funda sobre la premisa de Adam Smith (teórico de la economía capitalista, siglo XVIII) como cimiento de su teoría económica, según la cual los individuos están siempre atentos a lo que más les conviene desde el punto de vista del beneficio o el provecho.

Visión optimista de los seres humanos: la bondad innata

Jean-Jacques Rousseau, (siglo XVIII). Autor entre otros de "El contrato social", pensaba que el hombre es naturalmente bueno, la sociedad lo corrompe y desarrolla en este "noble salvaje" características malévolas. Concibe al hombre primitivo como modelo de inocencia y de virtud. Para este autor no hay maldad innata en la naturaleza del hombre.

Esta visión proviene del criterio religioso, cuya concepción de los seres humanos es que son puros, se tientan con algo externo a ellos (por ejemplo, el fruto prohibido: la "droga"), que los hace pecar (consumir), y deben pagar la culpa de alguna forma mediante un castigo, un sacrificio, para ser expiados.

Las visiones pesimistas como las optimistas son monistas, es decir, conciben a los humanos como buenos o malos.

Visión dialéctica de los seres humanos

Para Sigmund Freud (neurólogo, creador del psicoanálisis, siglo XX), la agresividad es la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantaseadas, dirigidas a dañar a otro (sadismo, por ejemplo, homicidio) o a uno mismo (masoquismo, por ejemplo, adicciones, suicidio), a destruir, a contrariar, a humillar, etc.

La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa (rechazo de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión.

La agresividad actúa precozmente en el desarrollo del sujeto y se entrama en un complejo juego de unión y desunión con las "pulsiones de vida" (sexualidad y autoconservación). Esta evolución de las ideas ha culminado en el intento de buscar

para la agresividad un substrato pulsional único y fundamental en el concepto de “pulsión de muerte”.

De esta manera se diferencia de los autores antes mencionados, con este dualismo dialéctico (dos términos complementarios): pulsiones de vida versus pulsión de muerte.

El psicoanálisis, más allá del tipo de abordaje (grupal o individual) es una ciencia que pone el acento en la subjetividad de los individuos, en lo propio que tiene cada persona. Toma en cuenta la relación mundo interno-mundo externo como un todo, a diferencia de otras ciencias que ponen el acento en el mundo externo (por ejemplo, en lo que a la problemática de las “drogas” se refiere, el discurso médico hegemónico pone el acento en la sustancias y si toma algún aspecto de los sujetos jerarquiza lo biológico).

Los términos “bueno” y “malo” son relativos y dependen de estándares culturales (históricos-sociales).

La historia de la humanidad ofrece pruebas de ambos extremos. Por ejemplo, las sociedades cooperativas, las comunidades solidarias, y en el lado opuesto los campos de exterminio, las guerras. Los sistemas educacionales de todos los países enseñan que la guerra es una medida justa y apropiada en ciertas circunstancias. El espíritu de destrucción y violencia que entraña la guerra es aprobado en nombre del mayor bienestar del grupo. La guerra es exaltada como actividad heroica, recta, meritoria, honorable.

El sistema imperante en nuestro contexto destruye los lazos sociales, aún así, existen nuevas formas de lazos “comunitarios”.

La visión dialéctica nos permite no incurrir en pronósticos apocalípticos ni extremadamente esperanzados.

Para poder desarrollar nuestro pensamiento debemos tener en cuenta la moral, que es un saber pre-reflexivo sobre lo que está mal o bien; la ética, que es la reflexión sobre los valores, la moral; y la deontología, que se refiere al deber profesional, por ejemplo, al secreto profesional.

Bibliografía

- Berenstein, I. (1995) Revista de la AAPG.
- Freud, S. (1930 [1929]) “El Malestar en la Cultura”. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XXI.

- Hollander, E. (1967) "Principios y métodos de psicología social", Amorrortu editores, Bs.As, 1976.
- Kaës, R. (1995) "El grupo y el sujeto del grupo". Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Maldavsky, D. (1991) "Procesos y estructuras vinculares". Buenos Aires: Nueva Visión.
- _____ (1997) "Sobre las ciencias de la subjetividad". Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon Rivière, E. (1979) "Teoría del vínculo". Buenos Aires: Nueva Visión.

Cpsa

Cpsa

Salud - Enfermedad

Lic. Mariano Iusim

Salud

Etimológicamente la palabra "salud" proviene del latín "salus": salvación. De la raíz "sanitas", vocablo aplicado al buen equilibrio del organismo, de ahí derivan el adjetivo "sano" o el verbo "sanar". Saludar es de otra raíz "salutare".

Sin embargo, en español utilizamos como significante de salud esta palabra que en su origen era salvación y que pasa a un modo activo como saludar. El saludo romano era "salve".

Un saludo generalizado en las tradiciones militares es la "salva" de disparos que señala al amigo que las armas están descargadas, que está a salvo de una agresión. Igual sentido tiene el saludo con la mano abierta que demuestra que no está armada. El saludo sugiere que la demostración de amistad es evidenciarse "no agresor", es desearle al otro que esté a "salvo" de peligros o dificultades, de la pérdida o disminución de un valor.

La palabra enfermedad remite a "in-firmus": pérdida de firmeza. La universalidad del saludo como expresión del deseo de "no perder firmeza" alude a la idea general de que la enfermedad no es tanto una contingencia accidental de la vida como una permanente asechanza, que siempre persigue y está presente en la contradicción del ser con la naturaleza.

Saludar es así "ser salvo", ausencia de ataques, plagas, epidemias, pérdidas, dolores y sufrimientos. De todo lo que significa privación o amenaza de ella. En sentido positivo "estar a salvo de" alude a la presencia de paz (otro saludo tradicional) estado de equilibrio, de satisfacción de las necesidades.

Con estos elementos vamos perfilando una definición de salud como posibilidad de satisfacción de necesidades o de ausencia de obstáculos a la misma.

Criterios de Salud y Enfermedad

Criterio Adaptativo

La tensión de las necesidades implica el despliegue en todo organismo de una trama de operaciones estratégicas destinadas a su satisfacción. En las especies biológicas más evolucionadas la trama es más compleja que en las inferiores, alcanzando su máximo con la conciencia humana. El organismo-medio se convierte en ser humano-circunstancia. Los instintos son insuficientes para englobar la experiencia de la especie y ésta debe transmitirse de los más viejos a los más jóvenes a través de la cultura.

La estrategia de satisfacción exige por un lado el conocimiento de las necesidades y discriminación de las circunstancias, regulación del impulso, capacidad de postergación y tolerancia a la frustración; y por otro lado, la capacidad de operar sobre las circunstancias y modificarlas.

Visto de este modo el problema, no podemos definir a la salud como un estado, en el sentido de los distintos estados absolutos de la materia. Más bien podemos definirla como posibilidad.

Posibilidad, remite a la existencia de grados, tanto de posibilidad de adaptación activa del sujeto a su circunstancia, como de enfermedad, es decir de adaptación pasiva e ineficaz.

La inflamación que rodea a un pequeño traumatismo, por ejemplo, una espina clavada, es la forma activa de reacción del ser vivo destinada a eliminar un objeto extraño para mantener su equilibrio general. Si se trata de una pequeña lesión habitualmente diremos que es un hombre sano, si es mayor y requiere un tratamiento diremos que está enfermo.

Criterio estadístico

Estadísticamente lo normal es el término medio, anormal es lo que se aleja de éste.

La debilidad de este criterio es que si la salud es término medio y la mayoría de una población sufre determinadas enfermedades, ¿son más sanos quienes las padecen o no?

Estas argumentaciones parecen demoler el criterio estadístico, sin embargo su vigencia es real y significativa, tan solo remitámonos al DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

Ser distinto por el elevado nivel intelectual, la originalidad creativa o la perfección de la dentadura no es enfermedad. Pero la historia de la humanidad demuestra que no fueron siempre anomalías "inofensivas": desde el altar de los sacrificios para las jóvenes más hermosas hasta el martirio en la hoguera de tantos originales pensadores (por ejemplo, Giordano Bruno); sobran ejemplos de que es posible aquello de "ser más sano es ser más enfermo" si esto acerca al sujeto al término

medio.

Criterio normativo

Normal es quien se corresponde a un modelo convencional (a una norma) de ser humano sano, y anormal quien se aleja de él.

La debilidad de este criterio es que se basa en sus cualidades subjetivas, los modelos dependen de sus autores. Las críticas fundamentales parten del culturalismo. Cada cultura tiene sus normas y patrones de conducta. Introducir la cultura en el marco referencial implica incluir situaciones y momentos históricos. Lo que para un grupo social en determinada época es sano o enfermo en otro grupo o en otro tiempo puede ser todo lo contrario.

Así la salud y la enfermedad son relativas a quien las define, el concepto ya implica una ideología.

Criterio subjetivo

Es la forma de manifestar la ideología de cada sujeto respecto al concepto de salud. Su expresión sería "sanos son los que se parecen a mí". Por ejemplo, una paciente dice "Mi papá a las personas que no le gustaban les decía locas ... yo no podía decir nada mío porque para él ya era una loca ... mi marido es igual: de Fulana dice que es una loca porque estudia, a mí no me dice nada porque no abro la boca ... llegué a crearme que soy loca ... no sé cómo tengo que ser". En este ejemplo vemos cómo alguien no se siente "feliz" porque se significa a sí mismo como enfermo.

Criterio clínico

El criterio clínico (clinus: cama) es un criterio práctico, el enfermo es el que tiene una incapacidad manifiesta para la satisfacción de sus necesidades, el que demanda ayuda, ya sea por lo subjetivo de su sufrimiento o por las manifestaciones objetivas de su alteración.

Para G. Deshaies es clínicamente necesario diferenciar entre el ser, el estar y el sentirse enfermo. "Ser enfermo" alude a un estado habitual; el sujeto está instalado en la categoría de un modo permanente. El "estar" remite a lo contingente. En ambos casos el sujeto puede saberlo o no (un análisis puede demostrar una anomalía hasta ese momento desconocida). La expresión "sentirse enfermo" ya delimita el proceso interno de sufrimiento. Un ejemplo llamativo, por la paradoja, es el de los enfermos maníacos, que a pesar de

padecer una desorganización psíquica severísima, se sienten mejor que nunca, siendo su característica la euforia y el optimismo patológicos.

Estas ideas no invalidan que entendamos la salud-enfermedad como un proceso que implica el equilibrio (siempre dinámico, es decir en continuo movimiento) de un sistema complejo integrado por la totalidad del sujeto y su circunstancia social: su capacidad de adaptación activa va a ser facilitada o amenazada por todo

lo que ocurre en el sistema. Sujeto y circunstancia se influyen mutuamente en una interdependencia dialéctica. Los sujetos tienen la salud que su medio les permite, y el medio tiene la patogeneidad que sus sujetos le permiten.

La salud entonces no es un estado y puede concebirse como una tendencia posible, vinculada al autoconocimiento del ser individual y social. Conocimiento es mayor posibilidad de operación eficaz para la defensa y satisfacción del sujeto en una situación dada.

Pero más que una posibilidad podemos definir a la salud-enfermedad como un proceso. En todo sujeto interactúan permanente y conflictivamente tendencias al equilibrio y obstáculos al mismo. Vale decir siempre hay algo sano en la enfermedad y algo enfermo en la salud.

Un sujeto en coma puede vivir gracias a sus restos orgánicos "sanos", un amputado puede ser "sano" en todo el resto de sus disponibilidades. Un delincuente puede relacionarse con vínculos "sanos" dentro de su grupo "enfermo" y será un enfermo en grupos que no delinquen.

Criterio dinámico

La concepción psicoanalítica es gradualista. La salud o la enfermedad dependen policausalmente de lo que Freud, para superar la alternativa que obligaría a elegir entre factores exógenos o endógenos, denominó series complementarias (tres series que se complementan):

- constitución biológica (hereditaria)
- predisposición adquirida en la infancia (vivencias tempranas: experiencias infantiles)
- circunstancias actuales (factores desencadenantes)

De su interacción depende que el sujeto haga uso o no de la totalidad de sus posibilidades.

Entre salud y enfermedad no existe solución de continuidad. Una de las afirmaciones básicas del psicoanálisis es precisamente que tanto los fenómenos psíquicos patológicos como los que no lo son, obedecen a los mismos mecanismos y son de igual naturaleza.

Lo llamativo del fenómeno psicopatológico es más que nada su redundancia como estereotipo en una repetición indiscriminada.

Criterio axiológico

Lo primero que nos llama la atención cuando hablamos de la falta de salud de alguien, es cierta diferencia de esa persona respecto de otros a

quienes consideramos sanos, pero esta diferencia es en relación al sitio donde se

toma la muestra. Si en un hipotético lugar todos fueran enfermos, un hombre muy sano con una conducta distinta sería considerado patológico.

La concepción axiológica ve la posibilidad de llegar a alguna clase de conceptualización acerca de la salud, justamente a partir de la teoría de los valores. En filosofía los valores son una serie de entes, diferentes a otros conceptos. Tienen la peculiaridad de que circulan en el discurso, no se puede “ser” un valor; el valor se “tiene”, se puede perder, y hay una escala de jerarquías.

Si lo pensamos, por ejemplo en términos de adaptación, tendrá que ser en términos de adaptación activa: lo importante en la salud es la capacidad de operar sobre las circunstancias.

La plasticidad (flexibilidad) adaptativa frente a una realidad extremadamente hostil y desestructurante es concordante con aquellas definiciones de salud mental que, como las de S. Freud o E. Pichón Riviere, ponen el acento en las posibilidades de modificar la realidad que el ser humano posee. Modificación que implica, necesariamente, una transformación del propio sujeto transformador.

Dos posturas básicas sobre Salud-Enfermedad

En este breve recorrido podemos concluir que los conceptos de salud-enfermedad son variables a través del tiempo y de la cultura. A grandes rasgos, podemos dividir las concepciones de salud-enfermedad en dos posturas

opuestas: el criterio médico hegemónico y criterio de las ciencias de la subjetividad.

Criterio médico hegemónico

También llamado criterio médico-epidemiológico. Influenciado por la ciencia positivista (busca causas “observables”), encuentra su fundamento en las propuestas de Leavell y Clark [“Historia natural de la enfermedad”].

De acuerdo a esta conceptualización las enfermedades son el resultado de la articulación de tres factores:

- a) el agente
- b) el huésped
- c) el medio en el que se desarrollan.

Bajo el punto de vista de este criterio, por ejemplo, la sustancia psicoactiva (la droga) cumple la función de agente, el consumidor es el huésped y el contexto familiar, social, económico y cultural conforma el medio (pero estos no están interrelacionados, sino que se toman aisladamente, es decir, no toman en cuenta que estos contextos están separados artificialmente con el fin de analizar un fenómeno), responde a un modelo multicausal (derivado del modelo unicausal: donde por lo general se pone el acento en lo biológico, por ejemplo: una persona sería adicta

porque tiene alteraciones genéticas o neurológicas).

Dentro de este criterio se enmarca la OMS (Organización Mundial de la Salud) para quienes la salud y la enfermedad son estados que se pueden tener o alcanzar: "Salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad".

El criterio médico hegemónico es el que predomina en la civilización occidental, se relaciona directamente con el poder.

Los profesionales de la salud que utilizan el DSM-V "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" de la Asociación Psiquiátrica Americana (manual de categorización de enfermedades mentales que por ley debe emplearse en Argentina) suelen utilizar este criterio. En este manual se clasifican y se describen las enfermedades mentales de forma descriptiva (sin tener en cuenta la subjetividad de las personas), el fin sería la terapéutica a emplear, ésta se relacionaría directamente con una forma específica de entender la psicofarmacología, cuyo lema sería "Una píldora para cada enfermedad".

En las leyes del mercado capitalista el objetivo es vender todo a cualquier costo, incluso el costo ético, no por nada la industria farmacológica es una de las industrias más poderosas del mundo, junto con la industria armamentista.

Por ejemplo, para los discursos dominantes, la droga es la que genera daño (dependencia y deterioro físico, psíquico y social), en este sentido se comporta como un virus que ataca y destruye el organismo. Esta concepción piensa al adicto como esencialmente adicto, y esta esencia se incluye en su organismo y condiciones biológicas. También, los medios masivos de comunicación y las estrategias políticas y discursivas de diferentes modalidades sobre la "salud", suelen ocuparse de la droga como si se tratase de un problema ligado a minorías sociales y étnicas (inmigrantes y/o extranjeros) o a determinados momentos del desarrollo como la adolescencia y la adultez joven. Todos estos posicionamientos ante lo tóxico, derivan en

cuales el semejante se constituye como responsable absoluto. Tomemos como ejemplo alguna problemática como la del HIV, y podemos llegar a conclusiones similares.

Criterio de las ciencias de la subjetividad (no hegemónico)

Para el psicoanálisis (una de las ciencias de la subjetividad), la salud-enfermedad es un proceso, es decir, algo en constante movimiento e interacción. En esta concepción dinámica no se pone el acento en un solo aspecto (en la salud o en la enfermedad), sino que toma a este par como inseparable (salud-enfermedad), existente a la vez.

Este criterio toma como marco de referencia el pensamiento complejo (Morin, 2001) en cuya concepción todo tiene una relación y ningún aspecto se toma por separado o preponderante sobre otro, ya que todos los aspectos corresponden a una realidad compleja (compuesta).

Por ejemplo, para el psicoanálisis no es en la naturaleza bioquímica de las drogas donde se encuentra el fundamento de las adicciones, ni tampoco en una supuesta esencia adictiva, ni en minorías sociales y étnicas, o en ciertos momentos del desarrollo anímico, sino en la supresión del sujeto anímico, mediante la implantación y prevalencia de ciertos goces, que son exóticos y sucesivos.



Bibliografía

- Bodni, O. (1994) "Psicopatología general". Buenos Aires: Psicoteca.
- Maldavsky, D. (1992) "Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias". Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Moreira, D. (1995) "Psicopatología y Lenguaje en Psicoanálisis. Adicciones, Psicopatología, Autismo". Rosario: Homo Sapiens.
- Morin, E. (2001) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Introducción al Psicoanálisis

Cpsa

Lic. Mariano Iusim

Como bien se sabe, el acompañamiento terapéutico es un dispositivo que surge en Argentina a fines de la década del 60 y principios del 70 del siglo XX, de la mano del psicoanálisis.

Es este apartado trabajaremos sobre la definición y los conceptos básicos del psicoanálisis que permitirán comprender mejor el capítulo siguiente de este libro sobre psicopatología.

Introducción

Antes del psicoanálisis la ciencia predominante era la denominada positivista, este tipo de ciencia tomaba en cuenta sólo la conciencia, se decía objetivista, aplicaban sus métodos a través de la experimentación y la observación. Todo lo que no entraba en estos parámetros no era considerado ciencia. Así a principios del siglo XX para el mundo científico el psicoanálisis aparecía como pura especulación "metafísica", a la que se le reprochaba su falta de cientificidad.

En esta ficha se desarrollarán algunos de los conceptos básicos del psicoanálisis con el objetivo de que los alumnos puedan familiarizarse con esta ciencia.

Cabe aclarar que en psicología existen diferentes corrientes psicológicas: cognitiva, sistémica, gestalt, programación neurolingüística, existencialista, etc. El psicoanálisis es una de ellas. No existe un solo tipo de

psicoanálisis, dentro del mismo existen distintas escuelas. En este libro se pondrá el acento en conceptos del psicoanálisis freudiano.

El psicoanálisis (como tratamiento psicoterapéutico) debe tener un principio, un desarrollo y un fin. El tiempo del mismo dependerá en gran medida del tipo de tratamiento (por ejemplo, psicoanálisis focalizado, con objetivos precisos, alcanzados los objetivos precisados el tratamiento culmina), como del tipo de patología a abordar y principalmente por el trabajo del paciente y del psicoanalista y/o equipo terapéutico.

Desde fines del siglo XX, mundialmente el freudismo retrocede en las sociedades occidentales, en las que durante cien años se reunieron todas las condiciones necesarias para una implantación exitosa del psicoanálisis. Este debilitamiento resulta de la supuesta adaptación de los sujetos a un sistema (en el que todo debe hacerse instantáneamente, rápido, sin elaboración alguna y donde se privilegia en el "libre mercado" a la poderosa industria farmacológica, como respuesta mágica y reduccionista sobre el esfuerzo para tratar de "estar mejor"); se debe también a

la pujanza de un nuevo organicismo, que tiende a presentar todos los comportamientos mentales como resultado de un proceso cognitivo articulado a un sustrato genético-neurológico (biológico).

Antecedentes del Psicoanálisis

Métodos usados por Freud

- Sugestión

Técnica psíquica basada en la idea de que una persona (investida como autoridad) puede influir sobre otra con sus palabras y de tal modo modificar su estado afectivo.

- Hipnosis

Estado modificado de conciencia, transitorio y artificial, provocado por la sugestión de otra persona, llamada "hipnotizador", que se caracteriza por una susceptibilidad acrecentada a la influencia de este último y una disminución de la receptividad para otras influencias.

- Método catártico

J. Breuer y S. Freud retomaron luego este término para designar su primer método psicoanalítico: la revivencia de una situación traumática liberaría el afecto "olvidado" y este restituiría al sujeto la movilidad de sus pasiones. La catarsis está ligada a la práctica de la hipnosis por Freud; la mejor prueba de ello es que, cuando elabora las nociones de transferencia y libre asociación, y con esto abandona la hipnosis, abandona también la catarsis. Mucho tiempo después (1920), Freud indicará que produjo este abandono cuando reparó en la paradoja que trae consigo la noción de catarsis: si, en efecto, toda revivencia de la escena trae una purificación, no se ve por qué al renovar su repetición no se sigue un alivio mayor. Por otra parte, no se ve tampoco por qué el hecho de vivir una escena traumática debería abolir su nocividad. La transferencia no se

reduce a una revivencia de una escena antigua, sino que se la intenta elaborar. El abandono de la noción de catarsis debía marcar el verdadero nacimiento del método psicoanalítico.

¿Qué es el psicoanálisis?

Para comenzar a responder esta pregunta es necesario recordar lo antedicho en el capítulo anterior: para el psicoanálisis la salud y la enfermedad son un proceso en interacción continua, y no estados que se pueden alcanzar. "Entre el estado nervioso normal y el funcionamiento nervioso normal no existe un límite nítido y tajante" (Freud, 1901).

El psicoanálisis es una disciplina fundada por Sigmund Freud (médico, neurólogo,

nace en Moravia (hoy Pribor, República Checa) en 1856, a sus 3 años de edad su familia se traslada a Viena, donde transcurre la mayor parte de su vida. Fue muy buen alumno durante sus estudios secundarios y, sin una vocación particular, se puso a estudiar medicina. Dos cosas deben destacarse: una ambición precozmente formulada y reconocida y “la aspiración de aportar algo, durante su vida, al conocimiento de la humanidad” (Freud, 1914: Sobre la psicología del colegial). Sentó la psicología sobre los enunciados más recientes de la neurofisiología (Freud, 1895 [1950]). Muere, exiliado, en Londres en 1939. Creativo, revolucionario intelectual, cuestionado.

Publicó trabajos sobre la cocaína de 1884 a 1887, él había descubierto las propiedades analgésicas de esta sustancia, descuidando las propiedades anestésicas, que serían utilizadas con éxito por K. Koller.

El psicoanálisis está construido sobre el modelo de las ciencias, siempre abiertas y nunca acabadas ni acabables.

El psicoanálisis es un método particular de psicoterapia (o cura por la palabra, hoy en día, como otrora lo hiciera Freud, se considera también a todo lo que acompaña la palabra, lo paraverbal: gestos, tono de voz, ritmo, etc.).

Sintéticamente, el psicoanálisis es:

1) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación (puesta en evidencia del sentido latente de un material, Intervención del analista tendiente a hacer surgir un sentido nuevo más allá del sentido manifiesto que un sueño, un acto fallido, y aún cualquier parte del discurso del sujeto puedan presentar.). La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres. Es decir es un método para la investigación de procesos mentales prácticamente inaccesibles de otro modo.

2) Un método psicoterapéutico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; ejemplo: emprender un psicoanálisis (o un análisis). En sus comienzos el psicoanálisis solo se realizaba para el tratamiento de los trastornos neuróticos.

3) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

El empleo del término “psicoanálisis” consagró el abandono de la catarsis, practicada bajo hipnosis y de la sugestión, y el recurrir para obtener el material a la única regla, la asociación libre. La asociación libre es un método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado: palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera; ya sea de forma espontánea. Puede considerarse “libre” en la

medida en que no está orientado y controlado por una intención selectiva. la palabra "libertad" no debe tomarse en el sentido de una indeterminación: la regla de la asociación libre tiende ante todo a suprimir la selección voluntaria de los pensamientos, es decir, en la terminología de la primera tópica freudiana, a eliminar la intervención de la segunda censura -situada entre el consciente y el preconsciente-. De este modo se ponen de manifiesto las defensas inconscientes, es decir, la acción de la primera censura (situada entre el preconsciente y el inconsciente).

El psicoanálisis nace como una ciencia para el tratamiento de las neurosis, pero contemporáneamente a Freud también se lo empleaba para el tratamiento de otro tipo de patologías, como por ejemplo las psicosis (Abraham, Tausk, etc.). Desde su creación el psicoanálisis se desarrolló notablemente (y continúa desarrollándose) abarcando el diferentes patologías (afecciones psicósomáticas, adicciones, accidentofilia, traumatofilia, autismo, etc.), diferentes áreas (clínica, laboral, educacional, institucional, social, forense, orientación vocacional, etc.), distintos tipos de abordaje (individual, grupal, comunitario, familiar, de pareja), diferentes tipos de terapia psicoanalítica (focalizada, diván, cara a cara, etc.) y haciendo aportes al arte (cine, pintura, etc.) y a diversas disciplinas (filosofía, epistemología, publicidad, etc.).

Argentina es uno de los bastiones internacionales en lo que a psicoanálisis se refiere, seguido de París, Nueva York y Londres.

El psicoanálisis es una ciencia de la subjetividad. En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social. La subjetividad es lo propio, lo singular, lo particular que tiene el sujeto, se construye (está sujeta a continuas transformaciones) en los vínculos intersubjetivos (vínculos con otras personas que representan y a su vez están inmersos en el contexto), la intersubjetividad se refiere a los intercambios. Cada subjetividad modifica a la otra y a su vez es modificada por la otra. El sujeto es producto del vínculo intersubjetivo y al mismo tiempo es productor de subjetividad, cada subjetividad modifica a otra/s subjetividad/es y a su vez es modificada por otra/s subjetividad/es.

Cuando Freud habla de realidad psíquica, no lo hace simplemente para designar el campo de la psicología, concebido como poseyendo su propio tipo de realidad y susceptible de una investigación científica, sino lo que, para el sujeto, adquiere, en su psiquismo, valor de realidad (el deseo inconsciente y las fantasías con él relacionadas).

El psicoanálisis, más allá del tipo de abordaje (grupal o individual) es una ciencia que pone el acento en la subjetividad, en los individuos, en lo propio que tiene cada persona. Toma en cuenta la relación mundo interno-mundo externo como un todo. A diferencia de otras ciencias que ponen el acento en el mundo externo (por ejemplo, en lo que a la problemática de las "drogas" se refiere, el discurso médico hegemónico pone el acento en la sustancias y si toma algún aspecto de los sujetos jerarquiza lo biológico).

Algunos conceptos básicos

Para comprender qué es el psicoanálisis debemos tener en claro algunos conceptos básicos, los cuales se describen a continuación.

Deseo

Para Freud el deseo se relaciona más con el anhelo (de repetir una vivencia de satisfacción) que con la codicia.

Para el psicoanálisis (como para Schopenhauer) el deseo no se cumple nunca de forma completa. Para Freud: (1905a, 1915) el deseo busca satisfacerse a través de la descarga, pero debe quedar un montante de carga que asegure la recarga y la posterior descarga, así el deseo no se satisfaría nunca en forma completa, y se aseguraría que la pulsión y la relación de objeto (inversiones libidinales y agresivas) tiendan a pasar (desplazamiento) indefinidamente de un objeto a otro (metonimia), manteniéndose la tensión vital y necesaria. Freud pone el acento en el cumplimiento de deseo con la descarga. También en psicoanálisis (como para Hegel) se pone el acento en lo vincular: uno es el deseo del otro (Lacan). El deseo se generaría en la interacción (por ejemplo, en la transferencia).

La necesidad se dirige a un objeto específico, con el cual se satisface. Tendría que ver específicamente con lo biológico.

Las necesidades no se crean, sino que son propias de cada individuo, y la publicidad las realza a través de productos o servicios (que prometen cumplir los deseos del consumidor). El deseo le da forma a la necesidad. Desde este punto de vista la necesidad se ve satisfecha (más nunca el deseo).

La voluntad o motivación sería un estado que nos moviliza a actuar para obtener la satisfacción.

La demanda es formulada y se dirige a otro; aunque todavía se refiere a un objeto, esto es para ella no esencial por cuanto la demanda articulada es, en el fondo, demanda de amor. Al grito del niño, la madre responde interpretándolo como una demanda, es decir, un llamado significativo a la satisfacción. El niño se encuentra entonces en los primeros días dependiendo de un otro cuya conducta procede del lenguaje. Si bien corresponde a la madre responder a esta demanda, sólo intenta satisfacerla porque, más allá del grito, ella supone la demanda (significante) de un niño. Esta demanda sólo tiene significación en el lenguaje. Al suponerla, ella implica entonces al niño en el campo de la palabra y del lenguaje.

Pero el niño sólo accede al deseo propiamente dicho al aislar la causa de su satisfacción, que es el objeto, causa del deseo: el pezón. Y sólo lo aísla si es frustrado de él, es decir, si la madre deja lugar a la falta en la satisfacción de la demanda. El deseo adviene entonces más allá de la demanda como falta de un objeto. Justamente por la falta de este objeto, el niño se constituye como sujeto deseante.

El sujeto ratifica la pérdida de este objeto por medio de la formación de una representación mental imaginaria de este objeto supuesto (como) perdido. Es un corte simbólico el que separa de ahí en adelante al sujeto de un objeto supuesto (como) perdido. Este corte simultáneamente es constitutivo del deseo, como falta, y de la representación mental que va a suceder al aislamiento del objeto perdido. La excitación real del sujeto en la persecución de lo que lo satisface va entonces a tener como punto de obstaculización una

falta, y una representación que en cierto modo hace pantalla a esta falta y que resurgirá en la vida sexual del sujeto. La excitación no está por lo tanto destinada a alcanzar el fin biológico que sería, por ejemplo, la satisfacción instintiva de la necesidad natural a través de la captura real de algo, como en el animal. La excitación real del sujeto rodea a un objeto que se muestra incaptable, y constituye la pulsión. La existencia del sujeto deseante con relación al objeto de su representación mental es un montaje, que procede de la inscripción de la falta en el deseo de la madre, ya que primero le corresponde a la madre, y luego al padre, inscribir esa falta para el niño, una falta no natural sino propia del lenguaje. El lenguaje y el corte, de los cuales es portador, son recibidos como Otros por el sujeto. Llevan con ellos la falta. Por eso Lacan dice que el deseo del sujeto es el deseo del Otro.

Las sucesivas experiencias de satisfacción no pueden repetir especularmente la primera, es imposible la copia; queda entonces siempre un residuo irrepetible imposible de satisfacer pero al que permanentemente se tiende: es el deseo.

El psicoanálisis ha mostrado, basándose en el modelo del sueño, cómo el deseo se encuentra también en los síntomas en forma de una transacción. Si para una persona en la que predomina la neurosis el sueño podría ser la realización disfrazada de un deseo reprimido, Freud sabe oír, a través de los disfraces que impone la censura, la expresión de un deseo que subvierte, dice, las soluciones simples de la moral permitida. Al hacerlo, Freud trae a la luz la articulación del deseo con el lenguaje, descubriendo su regla de interpretación: la asociación libre. Esta da acceso a ese saber inconsciente a través del cual es legible el deseo de un sujeto. Siguiendo la huella de las significaciones que vienen más espontáneamente a la mente, el sujeto puede traer a la luz ese deseo que el trabajo disimulador del sueño ha enmascarado bajo imágenes enigmáticas, inofensivas o angustiantes. La interpretación que resulta de ello vale así como reconocimiento del deseo que desde la infancia no cesa de insistir y determina, sin que él lo sepa, el destino del sujeto.

El deseo nace de la separación entre necesidad y demanda; es irreductible a la necesidad, puesto que en su origen no es relación con un objeto real, independiente del sujeto, sino con la fantasía; es irreductible a la demanda, por cuanto intenta imponerse sin tener en cuenta el lenguaje y el inconsciente del otro, y exige ser reconocido absolutamente por él.

Frustración

Implica siempre una decepción respecto de la expectativa de satisfacción del deseo, pues éste demanda la reproducción del placer conocido.

Resistencia

Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado se opone al acceso de éste a su inconciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconcientes e infligían al hombre una vejación psicológica. La resistencia constituye, en fin de cuentas, lo que impide el trabajo (terapéutico). En síntesis, resistencia es un término empleado en psicoanálisis para designar el conjunto de las reacciones de un analizante, cuyas manifestaciones, en el marco de la cura, obstaculizan el desarrollo del análisis.

Transferencia

Históricamente, la noción de transferencia adquirió toda su significación con el abandono por el psicoanálisis de la hipnosis, la sugestión y la catarsis.

Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconcientes se actualizan (y repiten) sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles (relación del sujeto con las figuras parentales), vivida con un marcado sentimiento de actualidad con la persona del terapeuta. La esencia de la transferencia es más temporal que afectiva; es el desplazamiento temporal de una escena del pasado, olvidada como pasado, y cuya insistencia en resurgir no es más que una forma de la compulsión a la repetición.

No obstante, la transferencia se abre a su vez a la emergencia de lo nuevo. Se trata del despliegue de la realidad psíquica del paciente -dimensión intrasubjetiva- en el vínculo paciente-terapeuta. En relación con este concepto, la sesión denominada individual es siempre bipersonal, y el proceso analítico no es posible, de acuerdo con la enunciación freudiana, por fuera de tal relación. Es necesaria la presencia del otro (paciente-psicoanalista) para que el inconciente se presentifique en esta sesión de dos. En tal sentido, toda terapia psicoanalítica puede ser pensada como vincular, aun cuando la relación analítica posee reconocidas peculiaridades entre otros vínculos humanos.

La consideración de la transferencia como eje del proceso terapéutico caracteriza y define como tal a la situación clínica psicoanalítica. Dicho eje supone tres conceptos, íntimamente articulados en la escena clínica: eje transferencia-resistencia-repetición, condición de producción del proceso psicoanalítico. Por otra parte, la interpretación psicoanalítica se produce en el campo mismo de la transferencia.

Freud señala, además, dos dimensiones que se confrontan en el seno mismo de la transferencia, vastamente consideradas a lo largo de la historia del psicoanálisis: una, en que ésta se pone al servicio de la resistencia (transferencia negativa: hostil y erótica), y en tal sentido deviene obstáculo en el curso del proceso analítico; otra, por la cual “es el terreno en el que debe obtenerse la victoria...” (transferencia po-

sitiva: tierna); y se convierte a la vez, a partir de la maniobra del analista, en el más potente instrumento terapéutico, motor del proceso.

También se denomina transferencia al conjunto de los fenómenos que constituyen la relación del paciente con el psicoanalista.

Se diferencian dos tipos de transferencia:

1) Transferencia Positiva (permite trabajar psicoanalíticamente): se la denomina también "Tierna"

2) Transferencia Negativa (obstáculo para el trabajo psicoanalítico): a su vez se subdivide en dos:

a) Erótica (incluye enamoramiento, idealización, sumisión y dependencia)

b) Hostil (agresiva).

Contratransferencia

Conjunto de las reacciones afectivas conscientes o inconscientes del analista hacia su paciente, pueden jugar a favor o en contra de la cura (como obstáculo), se instala en el psicoanalista por la influencia del paciente sobre la sensibilidad inconsciente del primero. Freud dice que en una cura "ningún analista va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias se lo permite". Por eso conviene que el analista conozca sus complejos y resistencias a priori inconscientes. A partir de allí se ha impuesto por otra parte una de las cuestiones fundamentales del psicoanálisis: la necesidad de que los psicoanalistas estén ellos mismos tan psicoanalizados como sea posible.

Algunos autores designan como contratransferencia todo aquello que, por parte de la personalidad del analista, puede intervenir en la cura; otros, en cambio, limitan la contratransferencia a los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca en el analista.

Al igual que la transferencia, reconocemos la contratransferencia positiva (tierna) y la negativa (erótica y hostil).

Instinto / Pulsión

Freud hace una diferenciación esencial entre instinto y pulsión.

Instinto

Esquema de comportamiento heredado, propio de una especie animal, varía poco de uno a otro individuo, es transmitido genéticamente, se desarrolla

según una secuencia temporal poco susceptible de perturbarse, es una configuración rígida que prefigura un tipo estable de comportamiento.

Pulsión

Concepto límite entre lo psíquico y lo somático, recubre las vicisitudes de una energía psíquica fundamentalmente móvil. Para Freud las pulsiones son los estímulos internos propios de cada sujeto que tienen una fuerza constante, pujan por tramitarse, es imposible fugarse de ellas (por ejemplo, el hambre, el chupeteo, etc.), en esto se diferencian de los estímulos externos de los cuales si es posible evadirse (por ejemplo, si a un bebé se lo ilumina con un haz de luz puede cerrar los ojos o girar la cabeza para un lado evadiendo este estímulo externo).

Pulsiones de vida y pulsión de muerte

Para Freud la agresividad es la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantaseadas, dirigidas a dañar a otro (sadismo, por ejemplo, homicidio) o a uno mismo (masoquismo, por ejemplo, adicciones, suicidio), a destruir, a contrariar, a humillar, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa (rechazo de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión. La agresividad actúa precozmente en el desarrollo del sujeto y se entrama en un complejo juego de unión y desunión con las "pulsiones de vida" (sexualidad y autoconservación). Esta evolución de las ideas ha culminado en el intento de buscar para la agresividad un substrato pulsional único y fundamental en el concepto de "pulsión de muerte".

De esta manera Freud postula con el dualismo dialéctico (dos términos opuestos y complementarios): pulsiones de vida versus pulsión de muerte.

Hasta la época de Freud se concebía al placer como algo inherente a ser buscado por los seres humanos, mientras que se consideraba que las personas innatamente buscan evitar el dolor. A partir de Freud surge la idea de que a veces esto se trastoca (por ejemplo, en las adicciones), eso lo lleva a postular un "más allá de principio del placer".

Sexualidad

En la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.).

A través del estudio de la sexualidad infantil y de las perversiones Freud encuentra sus argumentos para deslindar la sexualidad de la finalidad de la procreación, concibe la existencia de algo sexual que no es genital y que no tiene nada que ver con la reproducción sino con la obtención de una satisfacción. Llega así, produciendo entonces un escándalo, a calificar de sexuales un conjunto de actividades o tendencias que no sólo registra en el adulto sino también en el niño, aún lactante. De este modo, por ejemplo, caracteriza como sexual, y reconoce como actividad

sexual, la succión en el niño y la satisfacción que extrae de ella. A través de esta concepción ampliada de la sexualidad despliega la concepción de un desarrollo sexual o, expresión

para él equivalente, de un desarrollo de la libido según diferentes estadios. Da así por sentado que la vida sexual, o la vida libidinal, o la función de la sexualidad (para él sinónimos), lejos de estar instalada de entrada, está sometida a un desarrollo y atraviesa una serie de fases (oral, anal, fálica). El punto de giro de este desarrollo está constituido por la subordinación de todas las tendencias sexuales parciales al primado de los órganos genitales, o sea, por la sumisión de la sexualidad a la función de la procreación (Freud, 1915-1916-1917), por ejemplo, los juego sexuales preliminares al coito subordinados a este último.

Falo

Designa al principio el órgano masculino (pene), luego adquiere un sentido simbólico. Sería la representación simbólica de la potencia, la completud, la inteligencia, la riqueza.

Complejo de castración

Sigmund Freud llama complejo de castración al sentimiento inconsciente de amenaza que experimentan los niños cuando constatan la diferencia anatómica de los sexos. Es el conjunto de las consecuencias subjetivas, principalmente inconscientes, determinadas por la amenaza de castración en el hombre y por la ausencia de pene en la mujer

El prejuicio del niño predomina sobre su percepción. Ante la vista de los órganos genitales de una niña, dice comúnmente que el órgano es pequeño pero que va a crecer. Es necesaria la intervención de dos factores: la vista de los órganos genitales femeninos y la amenaza de castración (alusiones simples tienen el mismo alcance) para que el complejo aparezca. Un solo factor es

insuficiente, pero, dados los dos -su orden de aparición es indiferente-, el segundo evoca el recuerdo del primero en un efecto posterior, y desencadena la aparición del complejo de castración. Las experiencias previas de pérdida no tienen la misma significación que la castración, pues ocurren en el marco de la relación dual madre-hijo, mientras que la castración es precisamente lo que pone fin, en los dos sexos, a esta relación (como lo atestigua el hecho de que el niño atribuye siempre al padre la castración). Concieme tanto a la mujer como al hombre. El clítoris de la niña se comporta al principio enteramente como un pene (Freud, 1908). Pero en ella la vista del órgano del otro sexo desencadena inmediatamente el complejo. A partir de que ha percibido el órgano masculino, se tiene por víctima de una castración.

También la castración es simbólica y se refiere por ejemplo, al límite, la muerte, la falta.

Complejo de Edipo

Conjunto organizado de deseos amorosos (incestuosos) y hostiles (parricidas) que

el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en el mito griego de Edipo Rey: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo (el padre) y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto (la madre). En su forma negativa, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada completa del complejo de Edipo.

Entre los tres y cinco años de edad, durante el predominio de la fase fálica uretral; su declinación señala la entrada en el período de latencia. Experimenta una reviviscencia durante la pubertad y es superado, con mayor o menor éxito, dentro de un tipo particular de elección de objeto.

Interpretación de los sueños

El lazo del deseo con la sexualidad, al igual que su reconocimiento por la palabra, se le reveló a Freud desde el comienzo mismo. A su turno, los modelos físicos, económicos y tópicos lo ayudarán a cernir sus efectos, pero muy pronto el lazo del deseo con la palabra de un sujeto se convierte en el hilo conductor de toda su obra clínica, como lo testimonia enseguida La interpretación de los sueños (1900).

Si el sueño es la realización disfrazada de un deseo reprimido, Freud sabe oír, a través de los disfraces que impone la censura (por la represión), la expresión de un deseo que subvierte, dice, «las soluciones simples de la moral perimida». Al hacerlo, Freud trae a la luz la articulación del deseo con el lenguaje, descubriendo su regla de interpretación: la asociación libre. Esta da acceso a ese saber inconciente a través del cual es legible el deseo de un sujeto. Siguiendo la huella de las significaciones que vienen más espontáneamente al espíritu, el sujeto puede traer a la luz ese deseo que el trabajo disimulador del sueño ha enmascarado bajo imágenes enigmáticas, inofensivas o angustiantes. La interpretación que resulta de ello vale así como reconocimiento del deseo que desde la infancia no cesa de insistir y determina, sin que él lo sepa, el destino del sujeto. He ahí por qué Freud concluye La

interpretación de los sueños diciendo que lo que se presenta como porvenir, en el sueño, para el soñante, está modelado, por el deseo indestructible, a imagen del pasado.

El absurdo, la incongruencia de los sueños no es un accidente de orden mecánico, el sueño tiene un sentido, ese sentido está oculto y no se desprende de las figuras que utiliza el sueño, sino de un conjunto de elementos propios del soñante mismo, es decir que dependemos, para descubrir ese sentido oculto, de las «asociaciones» producidas por el sujeto. Queda entonces excluido que ese sentido pueda ser determinado sin la colaboración del soñante.

El sueño está constituido principalmente por imágenes, pero no hay otro acceso a ellas que el relato del soñante, que constituye el «contenido manifiesto» (conciente- preconciente) que se trata de descifrar, para descubrir el «contenido latente» (oculto, inconciente).

El sueño está constituido con ayuda de los «sueños diurnos», a los que son trasferidos

los investimentos afectados a las representaciones de deseo. Así, al mismo tiempo que protege el dormir, el sueño asegura, bajo una forma camuflada, cierto «cumplimiento de deseo» inconsciente. La elaboración del sueño se efectúa con ayuda de técnicas especiales, extrañas al pensamiento consciente: la condensación (un mismo elemento representa varios pensamientos del sueño) y el desplazamiento (un elemento del sueño es puesto en lugar de un pensamiento latente)

¿Qué es la mente?

Concepción freudiana de la mente. Primera y Segunda tópica

“Nuestro mecanismo psíquico se ha establecido por un proceso de estratificación. Los materiales presentes en forma de huellas mnémicas sufren cada tanto una reorganización en un nuevo orden, en una nueva escritura” (Freud, 1896).

Freud toma para ejemplificar su modelo de la mente elementos de la mecánica y de la termodinámica.

La mente adviene del cuerpo pero tiene sus propias leyes.

La teoría psicoanalítica concibe la vida psíquica como la interacción incesante de fuerzas elementales, contradictorias, en conflicto permanente.

El aparato psíquico (no confundir con una máquina) es una estructura metafórica, hipotética donde Freud coloca los diferentes elementos de su teoría en un conjunto ordenado. La mente (psique) no está dividida en compartimentos estancos, sino todo lo contrario, son fuerzas que se movilizan de una manera particular, no tienen forma ni ocupan lugar en el espacio. Si bien es algo inmaterial se da en un proceso dinámico, donde cada contenido psíquico está ligado al otro, buscando la descarga.

Las dos concepciones de la mente

Denominada primera tópica (topos: lugar) freudiana (1900-1920), Freud distinguió el inconsciente, el preconscious y el consciente; en la segunda concepción, o segunda tópica (1920-1939), hizo intervenir tres instancias: el ello, el yo y el superyó.

Así se encuentran puntualizados los múltiples destinos de las representaciones psíquicas: giros progresivos, rodeos regresivos, impasses y repeticiones, transformaciones, transposiciones, deformaciones y otras distorsiones, o sea, resistencias y conflictos inherentes al funcionamiento de la estructura del aparato psíquico.

Primera tópica

Más que la división en tres sistemas, consciente, preconscious e inconsciente, que especifica lo que se llama la primera tópica, conviene retener la idea de una división del psiquismo en dos tipos de instancias, que obedecen a leyes diferentes y se-

paradas por una frontera que no es franqueable sino en condiciones particulares: de un lado, conciente-preconciente, del otro, inconciente. Este corte es radical e irreductible, jamás puede haber allí síntesis, sino tendencia a la síntesis. Por lo tanto, el sentimiento de la unidad de lo mental que es propio del yo no es sino una ilusión. Este aparato hace problemática la aprehensión de la realidad, que tiene que ser constituida por el sujeto.

Inconciente (Ics)

Constituido por aquellas ideas que no pueden acceder a la conciencia por vía directa por ser intolerables para la adaptación social, pero existen pruebas que permiten afirmar su existencia. El inconciente se manifiesta a través de sueños, fantasías, actos fallidos, olvidos, chistes, equívocos, dibujos, etc.

En psicoanálisis se denomina inconciente al sistema ubicado más atrás; éste no podría comunicarse con la conciencia sino pasando por el preconciente, y en el transcurso de ese pasaje el proceso de excitación deberá plegarse a ciertas modificaciones.

El inconciente no conoce el tiempo (quedan abolidas las diferencias pasado/presente/futuro), la contradicción, la exclusión inducida por la negación, la alternativa, la duda, la incertidumbre ni la diferencia de los sexos. Sustituye la realidad exterior por la realidad psíquica. Obedece a leyes propias que ignoran las relaciones lógicas concientes de no-contradicción y de causa-efecto que nos son habituales.

El inconciente se rige por el "proceso primario": movilidad de la energía (característica de la energía libre), ausencia de negación, de duda, de grado en la certidumbre; indiferencia a la realidad, y regulación únicamente por el principio del placer-displacer.

El inconciente freudiano es ante todo e indisolublemente una noción tópica (de lugar) y dinámica (fuerzas antagónicas en conflicto), deducida de la experiencia de la cura. Esta ha mostrado que el psiquismo no es reductible a lo conciente y que ciertos "contenidos" sólo se vuelven accesibles a la conciencia una vez se han superado las resistencias; la cura ha revelado que la vida psíquica está "(...) saturada de pensamientos eficientes, aunque inconcientes, y que de éstos emanan los síntomas"; ha conducido a suponer la existencia de "grupos psíquicos separados" y, de un modo más general, a admitir la existencia del inconciente como un "lugar psíquico" particular que es preciso representarse, no como una segunda conciencia, sino como un sistema que tiene contenidos, mecanismos y una "energía" libre, desligada..

Ciertos actos concientes le parecen a Freud movidos por otras iniciativas latentes, no inmediatamente identificables, por pensamientos cuyo origen y elaboración permanecen desconocidos porque están ocultos. El inconciente freudiano, en tanto subraya una escisión (división) en el ser psíquico del sujeto, aporta una coheren-

cia a la cara conciente del iceberg. Lo que es más, esta hipótesis del inconciente permite comprender ciertos procesos patológicos irracionales, tan frecuentes como cotidianos, concernientes a la existencia del sujeto.

Uno de los primeros modelos teóricos freudianos define el aparato psíquico como una sucesión de inscripciones de signos. Las representaciones inconcientes (representaciones cosa) se hallan ordenadas en forma de fantasías, guiones imaginarios a los cuales se fija la pulsión, y que pueden concebirse como verdaderas escenificaciones del deseo.

La mayor parte de los textos freudianos anteriores a la segunda tópica asimilan lo inconciente a lo reprimido, luego más de un texto reserva un lugar para contenidos no adquiridos por el individuo, más bien de origen filogenético, que constituirían el "núcleo del inconciente".

El sueño fue para Freud el "camino real" hacia el descubrimiento del inconciente. Los mecanismos (desplazamiento, condensación, simbolismo) deducidos del sueño en "La interpretación de los sueños" (1900) y constitutivos del proceso primario se vuelven a encontrar en otras formaciones del inconciente (actos fallidos, equivocaciones orales, etc.), que equivalen a los síntomas por su estructura de compromiso y su función de "cumplimiento de deseo".

«Lo inconciente es lo psíquico mismo y su esencial realidad. Su naturaleza íntima nos es tan desconocida como la realidad del mundo exterior, y la conciencia nos informa sobre ello de una manera tan incompleta como nuestros órganos de los sentidos sobre el mundo exterior» (Freud, 1895 [1950]).

Preconciente (Pcs)

Freud denomina preconciente al último de los sistemas previos al extremo motor, para indicar que desde allí los fenómenos de excitación pueden llegar a la conciencia sin otra demora, si se cumplen ciertas condiciones, por ejemplo, un cierto grado de intensidad, una cierta distribución de la función que llamamos atención.

Al mismo tiempo, es el sistema que contiene la llave de acceso a la motilidad voluntaria. La representación preconciente se encuentra ligada al lenguaje verbal, a las "representaciones de palabras".

El Pcs tiene una triple función. Como interdictor, bloquea el acceso directo a la conciencia de los materiales reprimidos en el inconciente. Como regulador, sintetiza la transformación de la energía psíquica libre en energía ligada. Como permisivo, finalmente, autoriza, con ciertas reservas dictadas por la censura, el retorno de representaciones inconcientes a la actividad conciente del sujeto. El preconciente está constituido por las ideas latentes que pueden acceder a la conciencia, es el traductor de los contenidos inconcientes para que accedan a la conciencia, estos contenidos inconcientes al ser traducidos sufren modificaciones pues siempre en la traducción se pierde algo.

Conciencia (Cc) o sistema Percepción-Conciencia (Pc-Cc)

Ubicada en la superficialidad psíquica, Freud la relaciona con la percepción y con el razonamiento.

Freud vincula la actividad consciente con el proceso perceptivo. Lo que él, en 1915, en el artículo de su metapsicología dedicado al inconsciente, denomina el sistema "percepción-conciencia- (Pc-Cc), recibe por una parte las excitaciones exteriores (estímulos exteriores), y por la otra las sensaciones organizadas en torno al eje placer/displacer, provenientes del interior del aparato psíquico (estímulos internos: pulsiones). A diferencia de las otras instancias (el preconsciente y el inconsciente) las excitaciones recibidas por el sistema Pc-Cc, debido al hecho mismo de que, en lo esencial, devienen conscientes a través de la actividad verbal, no dejan ninguna huella duradera. En consecuencia, el sistema sigue siendo accesible en todo momento a las percepciones nuevas.

"La conciencia aparece en el lugar de la huella mnémica" (Freud, 1920). De nuevo el acento está puesto en el aspecto dinámico del proceso, ya que la especificidad del sistema Pc-Cc es postulada como inherente a su movimiento: hay simultaneidad entre el proceso de toma de conciencia y el proceso de borrado de la modificación provocada por esa toma de conciencia.

Segunda Tópica

A medida que Freud avanza en su teorización sobre el funcionamiento mental, agregando nuevos conceptos, la primera tópica le resultó poco representativa para explicar la actividad del aparato psíquico. Impulsado entonces por esta necesidad, crea la segunda tópica, en la cual subsume la primera, compuesta por tres instancias de la personalidad: ello, yo y superyó, se las podría representar como zonas adyacentes cada una de un color que se esfuma en el otro, interconectándose (Freud, 1933 [1932]).

Ello

Es solo inconsciente. Es el reservorio primero de la energía psíquica. Se rige por el principio de constancia y por el principio del placer, la necesidad imperiosa de la satisfacción pulsional rige el curso de sus procesos. Sus contenidos inconscientes, por una parte, se trata de tendencias hereditarias, de determinaciones innatas, de exigencias somáticas, y, por otra parte, de adquisiciones, de lo que proviene de la represión. El inconsciente ya no es considerado un sistema sino que se da como una propiedad del ello.

Al Ello lo podemos caracterizar metafóricamente como una persona impaciente, es decir, quiere todo ya, es "pura" impulsividad, no tienen en cuenta la realidad, ni a los otros, ni a uno mismo (ya que no mide las consecuencias).

En el origen todo era ello y yo y superyó se constituyeron por diferenciación progre-

siva.

La resistencia con sede en el ello lleva a la compulsión de repetición.

Superyó

Tiene el valor de un modelo, su función es comparable a la de un juez (encarna la ley) o censor (prohíbe su transgresión) con respecto al yo.

Desempeña tres funciones:

1) la conciencia moral (emite juicios sobre lo que está bien y lo que está mal, sobre lo que sirve y lo que no sirve). La moral es un juicio, en cambio

la ética es la reflexión sobre la moral. El Superyó es la instancia mental por la cual incorporamos la cultura (las leyes, las normas y las reglas).

2) la auto-observación. Cómo se ve uno a sí mismo. Es así que Freud designa que todos poseemos un superyó predominantemente cruel (que entre otras cosas nos hace sentir culpa) o predominantemente protector (nos cuida). El Superyó regula la autoestima.

3) la formación de ideales (ideal del yo).

El superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales, aunque su origen, según otros autores, es más precoz.

La función crítica constituye una instancia que se ha separado del yo y parece dominar a éste, como muestran los estados de duelo patológico o de melancolía, en los que el sujeto se critica y menosprecia: una parte del yo se opone a la otra, la juzga en forma crítica y, por así decirlo, la toma como objeto.

La resistencia superyoica se expresa en términos de culpabilidad inconsciente y necesidad de castigo.

El establecimiento del superyó puede considerarse como un caso de identificación, lograda con éxito, con la instancia parental. El superyó del niño no se forma a imagen de los padres, sino más bien a imagen del superyó de éstos; se llena del mismo contenido, se convierte en el representante de la tradición, de todos los juicios de valor, que de este modo persisten a través de las generaciones. A través del mecanismo de la identificación la amenaza externa de la autoridad parental se interioriza. La relación con los padres, el temor de perder su amor, la amenaza de castigo se transforman en superyó por medio del proceso de identificación: absorbemos al otro por incorporación.

El superyó habla, es "la voz de la conciencia".

Yo

Desde el punto de vista tópic, el yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como "diplomático", mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa.

Desde el punto de vista dinámico, el yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia).

Desde el punto de vista económico, el yo aparece como un factor de ligazón de los procesos psíquicos; pero, en las operaciones defensivas, las tentativas de ligar la energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario: adquieren un matiz compulsivo, repetitivo.

El yo es más extenso que el sistema preconciente-conciente, dado que sus operaciones defensivas son en gran parte inconcientes.

El yo debe considerarse como un gran reservorio de libido de donde ésta es enviada hacia los objetos, y que se halla siempre dispuesto a absorber la libido que retorna a partir de los objetos. Además es la única instancia que tiene acceso a la motricidad.

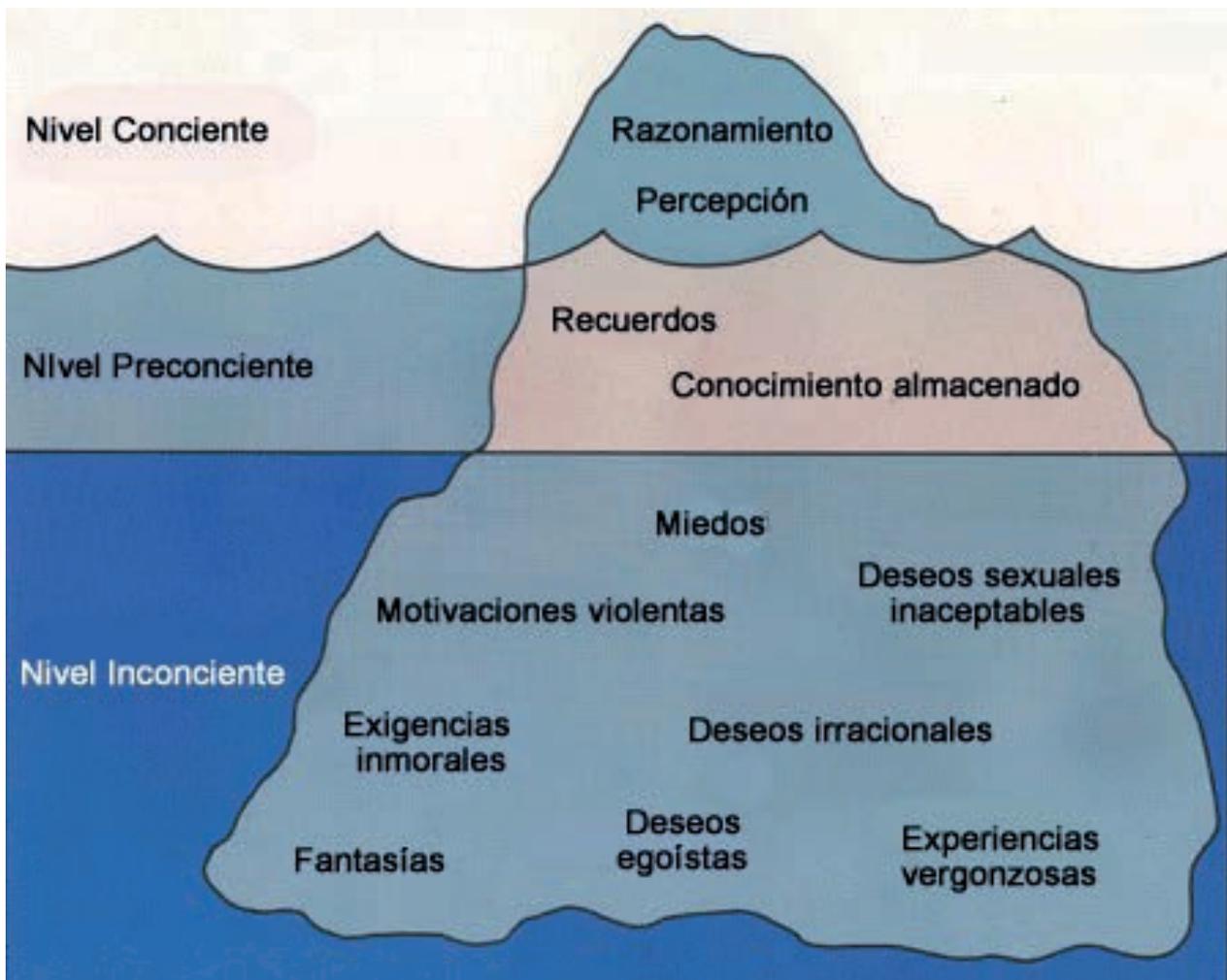
Freud reconoce que en los sujetos puede predominar un tipo de yo fuerte o un yo débil.

A lo largo del desarrollo evolutivo se constituyen tres yoes que conviven simultáneamente, por orden cronológico serían:

1. Yo de realidad inicial o yo real primitivo (en el que predomina la atención del interior del cuerpo, lo intrasomático: pulmones, corazón, etc., diferencia los estímulos internos de los externos, es regido por el principio de constancia).
2. Yo de placer purificado (regido por el principio de placer-displacer, retiene lo placentero, expulsa -proyecta- lo displacentero).
3. Yo de realidad o yo real definitivo (regido por el principio de realidad, distingue

Primera Tópica (1900-1920). Esquema del Iceberg

Cpsa



la realidad y procura regirse por ella).

Bibliografía

- Breuer, J.; Freud, S. (1893-95) "Estudios sobre la histeria". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. II.
- Freud, S. (1896) "Carta 52". En: "Fragmentos de la correspondencia con Fliess" (1950 [1892-99]). A.E., Buenos Aires, Vol. I.
- Freud, S. (1900 [1899]) "La interpretación de los sueños", A.E., Buenos Aires, Vol. IV y V.
- Freud, S. (1901) "Psicopatología de la vida cotidiana", A.E., Buenos Aires, Vol. VI.
- Freud, S. (1905a) "Tres ensayos de teoría sexual", A.E., Buenos Aires, Vol. VII.
- Freud, S. (1908a) "La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna", A.E., Buenos Aires, Vol. IX
- Freud, S. (1908b) "Sobre las teorías sexuales infantiles", A.E., Buenos Aires, Vol. VII.
- Freud, S. (1914a) "Introducción del narcisismo", A.E., Buenos Aires, Vol. XIV.
- Freud, S. (1914b) "Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos conceptos sobre la técnica del psicoanálisis II)", A.E., Buenos Aires, Vol. XII.
- Freud, S. (1915a) "Lo inconciente", A.E., Buenos Aires, Vol. XIV.
- Freud, S. (1915b) "Pulsiones y destinos de pulsión", A.E., Buenos Aires, Vol. XIV.
- Freud, S. (1915-1916-1917) "Conferencias de introducción al psicoanálisis", A.E., Buenos Aires, Vol. XV-XVI.
- Freud, S. (1917 [1915]) "Duelo y melancolía", A.E., Buenos Aires, Vol. XIV.
- Freud, S. (1920) "Más allá del principio de placer", A.E., Buenos Aires, Vol. XVIII.
- Freud, S. (1923) "El yo y el ello". A.E., Buenos Aires, Vol. XVIII.
- Freud, S. (1926) "Inhibición, síntoma y angustia", A.E., Buenos Aires, Vol. XX.
- Freud, S. (1933 [1932]) "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", A.E., Buenos Aires, Vol. XXII.
- Freud, S. (1939 [1934-38]) "Moisés y la religión monoteísta", A.E., Buenos Aires, Vol. XXIII.
- Freud, S. (1940 [1938]) "Esquema del psicoanálisis". Buenos Aires: A.E., XXIII.
- Freud, S. (1950 [1895]) "Proyecto de psicología", A.E., Buenos Aires, Vol. I.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971) "Diccionario de psicoanálisis", Editorial Labor, Barcelona, España.
- Maldavsky, D. (1992) "Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias", A. E., Buenos Aires.
- Valls, J. L. (1995) "Diccionario freudiano". Julián Yebenes, S. A.. Buenos Aires.

Estructuras Clínicas

Cpsa

Lic. Mariano Iusim

Psicopatología

Término utilizado a fines del siglo XIX por la medicina, la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis para designar los sufrimientos/padecimientos (pathos) de la mente (psyke), y más en general, las enfermedades, trastornos del psiquismo humano, a partir de una distinción o un deslizamiento dinámico entre lo normal y lo patológico, variable según las épocas y las culturas.

El pensamiento psicoanalítico (una de las ciencias de la subjetividad) se halla en gran parte de acuerdo con la delimitación clínica adoptada por la mayoría de escuelas psiquiátricas. Las estructuras clínicas no se encuentran en forma "pura" y única en las personas, sino que se da una combinación entre ellas (coexistencia), en la que generalmente una estructura predomina sobre las otras, representaría la lógica con la que funciona un sujeto determinado. Por ejemplo, una persona en la que predominen las afecciones psicósomáticas puede sufrir algún tipo de fobia e incluso presentar alguna adicción. El punto de emergencia depende en gran medida de la mirada del psicoterapeuta o del equipo terapéutico.

La tarea básica del psicoanálisis es fundamentalmente terapéutica y el diagnóstico es útil en la medida que informa y orienta. Las clasificaciones, la ubicación en compartimentos estancos, la nosología, es un dato segundo, no un fin en sí mismo. Así en general a Freud no le interesa nombrar tal o cual cuadro clínico, sino señalar que determinados mecanismos pertenecientes a la vida psíquica "normal" pueden combinarse para dar su estructura a una entidad clínica.

Algunos conceptos básicos

Antes de adentrarnos en las distintas configuraciones clínicas convendría tener en claro algunos conceptos.

Defensa

Conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo. En la medida en que el yo se constituye como la instancia que encarna esta cons-

tancia y que busca mantenerla, puede ser descrito como lo que está en juego y el agente de estas operaciones.

Freud designa con este término el conjunto de las manifestaciones de protección del yo contra las agresiones interiores (de tipo pulsional) y exteriores, capaces de constituir fuentes de excitación y ser de tal modo factores de displacer. El psicoanálisis favorece la posibilidad de que el yo del paciente tenga una relación activa con su propia enfermedad.

Las defensas pueden ser “normales” (acorde a fines) (por ejemplo, una persona caminando de noche por una calle oscura que cruza de vereda si se acerca alguien por seguridad, más que por tener un “delirio de persecución”) o patológicas (por ejemplo, evadir salir a la calle por estar seguro que todos lo miran y se burlan de uno). También pueden ser exitosas (por ejemplo, no tener conciencia enfermedad) o fracasadas (por ejemplo, negar la muerte de un ser querido y que la realidad demuestre lo contrario). Existiría una tercera opción: parcialmente exitosa y parcialmente fracasada)

Narcisismo

Estadio, que atraviesa la libido en el curso de su pasaje desde el autoerotismo hasta el amor objetal, en el cual el individuo en desarrollo reúne en una unidad sus pulsiones sexuales, que hasta ese momento actuaban de modo autoerótico, a fin de conquistar un objeto de amor, y al principio se toma a sí mismo, toma su propio cuerpo como objeto de amor, antes de pasar a la elección objetal de otra persona. Es inevitable en el curso de un desarrollo “normal”, ciertas personas se detienen en él de manera prolongada, y muchos de los rasgos de esta fase persisten en ellas en los estadios ulteriores de su desarrollo.

Narcisismo primario

Designa una fase evolutiva del desarrollo constitutiva y necesaria, un estado precoz en el que el niño se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores, estado “indiferenciado”, sin escisión (separación) entre un sujeto y un mundo exterior, esto quiere decir, desde el punto de vista del lactante, que al principio el otro y el mundo exterior están incorporados en uno, especialmente lo placentero, en cambio lo displacentero le es “indiferente” (lo atribuye al mundo exterior). Tal estado correspondería a la creencia del niño en la omnipotencia de sus pensamientos. No es un estado en el que faltaría toda relación intersubjetiva, sino la interiorización de una relación.

Narcisismo secundario

Designa una vuelta sobre el yo de la libido (energía de la pulsión sexual), retirada de los objetos (personas, cosas, actividades, etc.). Por ejemplo, cuando nos vamos a dormir retiramos la libido del mundo exterior hasta indiferenciarlo, luego la libido regresa al yo.

Otro ejemplo, en un proceso de duelo la libido se retira del objeto perdido, luego esa energía regresa al yo, y por último esa energía debe invertir a un nuevo objeto

de amor.

Categorización de las estructuras clínicas

Sintéticamente, desde el punto de vista psicoanalítico, podríamos dividir las estructuras clínicas en: 1

) Neurosis de transferencia, 2) Psicosis, 3) Perversiones y psicopatías, y siendo más precisos, varios autores, agregan a esta distinción a las patologías cuyo origen se remonta a una época anterior al narcisismo, las cuales reciben distintas denominaciones una de ellas es 4) "Patologías tóxicas y traumáticas" (Maldavsky, 1992).

1. NEUROSIS DE TRANSFERENCIA

Son la neurosis obsesiva, la histeria de angustia y la histeria de conversión.

A diferencia del resto de las estructuras clínicas en donde predomina el vínculo de "ser" uno con el otro (a pesar de que no se lo reconozca como tal) (libido narcisista), en las neurosis el vínculo que predomina es el de "tener" al otro (libido objetal), hay un reconocimiento de objetos distinguibles del yo.

Los síntomas de las neurosis de transferencia son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa, es expresión de un conflicto entre el yo y el ello. En la neurosis, la realidad es reacomodada dentro de un registro simbólico.

Determinada por la resolución del Complejo de Edipo, el cual se relega al terreno de lo inconsciente que retorna como síntomas (formación de compromiso, fracaso de la defensa). Se produce la inscripción de una legalidad ("ley de la prohibición del incesto y del parricidio") que instaura una triangulación edípica.

El Superyó representa las figuras parentales como internalización y en términos de la Ley introyectada y del Ideal del Yo como aspiración o destino. En estas estructuras clínicas el Superyó es la voz de la conciencia como pensamiento simbólico. La defensa preponderante en estas estructuras clínicas es la represión (*verdrüngung*) que se ejerce sobre representaciones de orden sexual (eróticas) y también hostiles (agresivas) que son "inconciliables" con el yo, y determina los síntomas neuróticos: en la histeria de conversión, la excitación, desligada de la representación por la represión, es convertida en el terreno corporal; en la histeria de angustia (fobias) se desplaza hacia objetos (fobígenos), y en la neurosis obsesiva permanece en el terreno psíquico, para ser desplazada sobre otras representaciones.

El factor decisivo es el conflicto psíquico: Freud da cuenta constantemente de las neurosis por la existencia de un conflicto entre el yo y las pulsiones sexuales. Conflicto inevitable, puesto que las pulsiones sexuales son refractarias a toda educación y sólo buscan el placer, mientras que el yo, dominado por la preocupación de la seguridad, está sometido a las necesidades del mundo real así como a la presión de las exigencias de la civilización, que le imponen un ideal. Freud pone así en juego

el carácter inacabado, “débil” del yo, que lo conduce a desviarse de las pulsiones sexuales y, por lo tanto, a reprimirlas en lugar de controlarlas.

Las neurosis se oponen a las psicosis. Los fenómenos delirantes son compartidos (creencias, ideales sociales, etc.), Se mantiene la categoría de la duda (las certezas son relativas, es por excelencia el cuadro clínico de la pregunta).

En las neurosis la palabra remite a otra palabra (desplazamiento), el paciente puede asociar “libremente”, tiene posibilidad de metaforización (condensación de significaciones); una palabra sustituye a la otra y también la reemplaza. No hay literalidad como en la psicosis.

Los pacientes en los que predominan la neurosis suelen tener conciencia de realidad (se dan cuenta cuál es la realidad) y conciencia de enfermedad (se dan cuenta de los síntomas que tienen).

Histeria de conversión

Freud (1893 [1888-93]) afirma que «la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiese, o como sí no tuviese ningún conocimiento de ella».

El área de expresión del conflicto es el cuerpo. En el síntoma histérico el cuerpo aparece metaforizando (representando) una frase reprimida expresada a través de un órgano o de una función. Encontramos como afecto predominante el afecto oral: el asco; y como rasgos de carácter: la ingenuidad, la sexualización de relaciones endogámicas (familiares) y la desexualización exogámica (extrafamiliares) en general, tendencia a la fantasía, credulidad y sugestionabilidad, exhibicionismo (al servicio de la seducción), conducta teatral, deseo de producir una fascinación estética en otro, abundancia de frases de promesa en su retórica, como complemento de una actitud esencialmente seductora.

Hay un vínculo simbólico entre el síntoma somático y su causa, que es un trauma de orden psíquico. Dicho trauma es un afecto penoso, provocado por uno o varios acontecimientos, que ha persistido tal cual por no haber encontrado su solución en una respuesta adaptada, en razón de una represión. La persona en la que predomina la histeria de conversión sufre de reminiscencias inconscientes, ligadas a un afecto insoportable. Ese trauma psíquico, causa de la histeria, es una experiencia sexual (placentera) prematura que ha sorprendido al sujeto. Dicha experiencia no fue deseada sino sufrida como consecuencia de la intervención seductora de un adulto (casi siempre el padre) sobre el niño. Cabe aclarar, que el terreno de las neurosis es el terreno de las fantasías, es decir, esta “seducción” por parte de un adulto no ocurrió en la realidad sino que tiene que ver con la fantasía del sujeto. De modo que la histeria es una reacción posterior a la sexualidad en tanto que “perversión rechazada” (Freud, 1950 [1892-99]). El síntoma es el signo de ese conflicto. El síntoma es la consecuencia de la represión de las representaciones insoportables que constituyen este núcleo, y el tratamiento consiste en volver a traer a la conciencia sus elementos como se extrae un «cuerpo extraño», siendo la desaparición del síntoma la consecuencia del levantamiento de la represión.

Freud reconoció el conflicto psíquico inconsciente como causa principal de la his-

teria, los sujetos en los que predomina la “histeria” sufren de fantasías. Aunque en la infancia hubieran sido víctimas de abusos o violencias, el trauma no podía ser la explicación única de la cuestión de la sexualidad humana. Junto a la realidad material, afirmaba Freud, hay una realidad psíquica igualmente importante en la historia del sujeto. Asimismo, la conversión debía considerarse un modo de realización del deseo: un deseo siempre insatisfecho.

Histeria de angustia

El síntoma central es la fobia (agorafobia, claustrofobia, ftofobia, etc.).

Como en la histeria de conversión, el yo experimenta angustia señal frente a la representación asociada a los contenidos del inconciente reprimido, y pone en marcha la represión.

La represión disocia la idea del afecto. El destino de la primera es también quedar reprimida en el inconciente, mientras que el afecto sufre una vicisitud diferente a la conversión. Se desplaza y proyecta en el mundo exterior, que es la escena donde se juega lo manifiesto y se enlaza a una representación sustitutiva.

La fobia se instala cuando el sujeto evita compulsivamente al objeto. Esta evitación rechaza lo que se ha proyectado al mundo exterior. El deseo y la amenaza quedan incluidos en la representación sustitutiva frente a la cual surge la crisis de angustia, y la aparición del síntoma queda condicionada a la proximidad del objeto fóbigeno. Estas estructuras psicopatológicas son en realidad tácticas defensivas para solucionar el conflicto frente a la angustia. Por lo tanto un peligro interno se convierte en una situación exterior que es posible evitar.

La amenaza de la fobia siempre es pulsional. No surge de la angustia realista como un peligro del cual huiría cualquiera. El paciente sabe que su miedo es absurdo y una información sobre lo inofensivo del objeto no corrige en absoluto una verdadera fobia.

Freud subraya una diferencia esencial: en la histeria de angustia la libido, que la represión ha separado del material patógeno, no es convertida, sino liberada en forma de angustia.

Neurosis obsesiva

Está caracterizada por los síntomas compulsivos, ideas obsesivas, pensamientos ruminantes, tendencias ritualísticas, manía de la duda, y hasta llegar a la inhibición del pensamiento y de la acción.

Se manifiesta como un conjunto de ideas, representaciones, impulsos o actos de origen intrapsíquico que se imponen al yo contra su voluntad. Están fuera de control conciente y el paciente no puede dominarlos, aunque los considera absurdos. El campo del conflicto es la propia mente, a diferencia de la histeria de conversión que compromete el cuerpo, o la fobia que se extiende al campo de objetos externos.

La lucha es entre las pulsiones eróticas y agresivas del ello y el severo superyó que

las intenta controlar. El yo se encuentra entre dos amos tiránicos en una posición masoquista.

Con respecto a las ideas y actos que se le imponen, el obsesivo los reconoce como propios a diferencia de otros fenómenos impuestos, como los esquizofrénicos que dicen "me hacen hacer" o "me hacen pensar". Siempre es importante diferenciar a quién el paciente atribuye sus ideas o compulsiones. El neurótico obsesivo dice: "Se que son mis propias ideas, pero no las puedo evitar", en cambio el esquizofrénico dice: "Me dictan los pensamientos."

Se autoreprochan, esto generalmente alude a la hostilidad y a la sexualidad, estos autoreproches se diferencian de los autopreproches de los melancólicos que estarían más ligados a las pulsiones de autoconservación acusando al yo de inutilidad. Debido a la intensidad del sadismo se producen formaciones reactivas (como forma de defenderse del mismo) de signo contrario: extrema bondad, por ejemplo, o una limpieza exagerada, indiscriminada, con meticulosidad y escurpulosidad compulsivas.

Algunos pacientes presentan con frecuencia compulsiones de contenido mágico, casi supersticioso. Se trata de hacer algo que mágicamente va a producir un alivio de tensión, por ejemplo, volver a limpiar algo que ya se limpió. Así surgen los ceremoniales o rituales. Si aparece una idea obsesiva en mitad del ceremonial, puede interrumpir la limpieza y volver a comenzar. Los ritos y ceremoniales cobran sentidos particulares y secretos a los que no pueden renunciar. Estos actos llegan a constituir una verdadera religión privada. Ejemplo clínico: un paciente pasaba horas frente a una iglesia santiguándose constantemente para anular las ideas herejes que se le imponía en forma permanente.

En la perfección y extrema prolijidad de estas personas siempre aparece algún error que constituye el síntoma.

Muchas ideas obsesivas son deseos hostiles transformados, por ejemplo, una paciente decía: "Mi hijo se atrasa y yo estoy pensando que lo asaltaron". Lo que esta paciente ignora es que su odio por el atraso es el que está agrediendo a su hijo. La pulsión hostil adopta la forma de temor cuando en realidad es una transformación del castigo por la tardanza.

Se describen característicos incrementos de la culpa, del autoreproche, del auto-castigo y de la duda. Esta última está relacionada con la propia ambivalencia. Una paciente tras salir de su casa empezaba a tener ideas obsesivas acerca de objetos eléctricos mal enchufados con los que podría tropezar su madre electrocutándose. Debía entonces volver, a menudo repetidamente, a controlar cómo habían quedado los aparatos. A veces la duda de su propia conducta es insoportable. Un paciente internado preguntaba periódicamente a los médicos si no los había ofendido, confundía sus deseos inconcientes hostiles con acciones y creía que podía haber agredido sin recordarlo, debían tranquilizarlo aclarándole que no había sido así.

Las ideas obsesivas son ideas "absurdas" que el paciente rechaza y se dirigen esencialmente al miedo que tiene de sí mismo. En el caso de la fobia lo absurdo está proyectado y el paciente teme a objetos del mundo exterior, el paciente sabe que

su miedo es absurdo.

2. PSICOSIS (estructuras psicóticas)

Son la esquizofrenia, la paranoia, la melancolía y la psicosis maníaco depresiva. Las psicosis eran entendidas como un proceso relacionado con una posesión divina. Recién en el siglo XVIII es considerada una cuestión de “enfermos”, “lunáticos” (con temor al contagio y la condena al aislamiento), de esta manera el “psicótico” pasó a ser objeto de estudio. La psiquiatría intentó transformar racionalmente los síntomas en signos “objetivos”, dando lugar a la intervención e investigación neurofisiológica y la psicofarmacología.

En el siglo XX se intenta dar una perspectiva diferente, como es el caso del psicoanálisis, que lejos de reducir los signos a síntomas con que la clínica psiquiátrica clásica intentaba capturar su objeto de conocimiento, privilegia la “escucha” sobre la mirada.

En general se habla de las psicosis (en plural) porque se incluye un abanico de problemáticas (esquizofrenia, paranoia, psicosis maníaco depresiva, etc.).

Desde el psicoanálisis las psicosis no son solo un conjunto de síntomas típicos, muchas manifestaciones clínicas son observadas en otras afecciones, es un posicionamiento con una lógica particular, por ejemplo, en la psicosis no se registra una trama edípica (triangularidad: madre, padre, hijo) al modo que se pensaría en la neurosis.

La psicosis es una organización de la subjetividad en la que Freud ve una forma específica de pérdida de la realidad con regresión de la libido sobre el yo (vuelta sobre el propio cuerpo) y con, eventualmente, la constitución de un delirio como tentativa de curación. Es decir, la psicosis es principalmente el resultado de un conflicto entre el yo y el mundo exterior (realidad exterior), excepto la melancolía que es esencialmente una confrontación entre el yo y el superyó.

Síntomas: Pérdida de la realidad. No diferenciación pasado-presente, yo- no yo, mundo interno-mundo externo. Desintegración de la personalidad, fragmentación del yo. Regresión de la libido sobre el yo y constitución de delirios y alucinaciones como tentativa de curación.

Dos síntomas típicos de las psicosis son las alucinaciones y los delirios. Las alucinaciones podemos definir las como distorsiones de la percepción, existen diversos tipos de alucinaciones, como por ejemplo las sensoriales (visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas). Los delirios podrían definirse como distorsiones de la creencia, el paciente está seguro que es así, no duda. Existen también diferentes tipos de delirios (de persecución, místicos, celotípicos, etc.)

La pérdida de la realidad, consecuencia de estos conflictos sería un dato inicial en la psicosis, en la que se podría decir que un sustituto de la realidad ha venido en lugar de algo desestimado, así se produce la pérdida de la relación simbólica. La defensa principal en las psicosis es la desestimación (verwerfung: desestimación, repudio, forclusión, preclusión) de la realidad (no da lugar a la realidad) y expulsa

del aparato psíquico la significación primordial.

El vínculo predominante es narcisista: "ser uno con al otro" (libido narcisista).

La palabra no remite a otra palabra, no hay posibilidad de metaforización; hay literalidad.

Algunos de los más destacados psicoanalistas que trataron y estudiaron las psicosis fueron Lacan, M. Klein, Winnicott y P. Aulagnier.

Esquizofrenia

"Esquizofrenia" (del griego skhizo "hendir, escindir, separar", y phren: "mente").

Síntoma fundamental: Incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (discordancia, disociación, disgregación), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía, actividad delirante más o menos acentuada. La amenaza de escisión es vivida como amenaza de catástrofe, de aniquilación del mundo exterior (vivencia de fin de mundo) o de desintegración de la personalidad.

Suele ser una enfermedad de carácter crónico que evoluciona con ritmos diversos hacia un deterioro intelectual y afectivo, conduce a menudo a estados de aspecto demencial.

En la esquizofrenia, la tentativa de curación no utiliza, como en la paranoia, el mecanismo de la proyección y el delirio, para intentar reinvestir los objetos, sino el de la alucinación.

También se observan en los pacientes trastornos del lenguaje: el carácter rebuscado de la expresión verbal, la desorganización sintáctica, los neologismos (invención de palabras nuevas) y las bizarrerías. La palabra debe oírse en su sentido propio, ha perdido su poder metafórico o está en el origen de una metáfora impropia, de una metáfora delirante. Cada palabra es una cosa y cada cosa tiene una palabra.

En la esquizofrenia se producen fragmentaciones de la sensorialidad, los elementos aislados aparecen desunidos del resto, tomando la forma de alucinaciones cenestésicas (intracorporales), visuales, auditivas, etc. La representación del cuerpo expresa esta fragmentación, siendo manifiesta la angustia hipocondríaca, el enfermo ya no es capaz de reconocer una parte del cuerpo como parte, sino que cada parte del cuerpo es un cuerpo completo.

Los esquizofrénicos hablan del espíritu. Un paciente dice que está muerto, que su cuerpo ha sido ocupado por espíritus que lo utilizan. Un adolescente decía que él era una alucinación de Dios, que quizás Dios estaba soñando y él era su sueño (utilizaba una lógica similar a la del cuento de J. L. Borges "Las ruinas circulares").

Los esquizofrénicos se suelen preguntar "¿Yo existo, estoy viviendo, es esto real, está sucediendo?", como aludiendo a la esencia gnostica de la percepción que se les escapa, no encontrando respuesta. Su actitud es de llamativa distancia de la realidad concreta, Freud la compara a un filosofar.

Las alucinaciones auditivas que presentan estos pacientes se deben a la sobreinvestidura (sobreatención) de las representaciones palabra en el polo acústico.

El paciente no puede diferenciar entre experiencias sensoriales y alucinatorias, pa-

sado-presente, mundo externo-mundo interno, dándole a la totalidad de su mundo el carácter de la irrealidad y la despersonalización. La contradicción es abolida, dos proposiciones contradictorias pueden ser afirmadas al mismo tiempo.

Hacen referencias a líquidos que remite al sentimiento oceánico, anhelo de una sustancia unificadora contrapartida de la fragmentación del yo.

Los esquizofrénicos se sienten manejados por aparatos que a su vez son conducidos por una mente, un espíritu superior que los influencia. Pueden considerarse la alucinación del otro, y su ser depende entonces, de que éste no despierte, pues al despertar ellos dejarían de existir.

Paranoia

Manifestaciones clínicas: carácter persecutorio, vivencias de autorreferencia, percepción delirante, desconfianza, grandiosidad, etc.

El paciente se "ofrenda como perseguido a la mirada del otro". Son episodios paranoides y se corresponden a las defensas pre-represivas. Se ubica en posición pasiva de objeto y es perseguido por un psicópata y/o perverso que está puesto afuera como sujeto.

Freud postula cuatro delirios típicos de la paranoia:

- 1) el delirio de persecución. Ejemplo: "Un sujeto escucha ruidos en el palier de su edificio y piensa que lo están buscando para matar".
- 2) el delirio erotómano (erotomanía). Ejemplo: "Todos me aman" "Soy el más lindo del mundo".
- 3) el delirio de grandeza (megalomanía). Ejemplo: "Nadie sabe como yo"
- 4) el delirio celotípico. Ejemplo: "Ella, él, todos, todas me engañan".

Melancolía

Término derivado del griego melas (negra) y khole (bilis), utilizado en filosofía, literatura y medicina, en psiquiatría y en psicoanálisis; desde la antigüedad, designa una forma de enfermedad caracterizada por el ánimo sombrío, es decir, por una tristeza profunda, un estado depresivo que puede llevar al suicidio, y por manifestaciones de temor y desaliento que pueden o no tomar el aspecto de un delirio.

Llamada en el DSM "Trastorno Depresivos Mayor", es considerada por esencia una psicosis afectiva. Evoluciona por fases, por episodios agudos de enfermedad que no dejan defecto psíquico y que están separados por intervalos "sanos".

Es conocido el estado de postración típico del paciente melancólico y la inhibición generalizada que él indica. La expresión consagrada de «anestesia psíquica» califica bien esta apatía a la que parece resignado el sujeto, al que nada puede afectar. A diferencia del sujeto depresivo, el sujeto melancólico no intenta siquiera aliviar su sufrimiento, y con gran frecuencia cae en un profundo mutismo. Ha nacido con "mala suerte", y está determinado por la fatalidad; la realidad le es definitivamente hostil, y lo llevará inevitablemente a la catástrofe si llega a investirla de alguna manera. El sujeto melancólico también se distingue del sujeto depresivo

porque en general este último no sólo identifica el origen de su mal, sino que incluso y sobre todo mantiene con el prójimo una relación afectiva que se expresa en la queja y la agresividad. El sujeto melancólico, en cambio, piensa que todo ha sido siempre así, y no puede entrever ninguna causa a su estado. Fuerte en una verdad que él afirma poseer, y que apunta al sin-sentido de la vida, presenta un tipo de discurso centrado en una lógica puramente formal, sin que nunca se transparenten las representaciones o los afectos correspondientes. El razonamiento se cierra sobre sí mismo y recomienza indefinidamente en la condena de un futuro totalmente determinado por el pasado.

Para Freud (1917) la melancolía se debe a la pérdida de un objeto peculiar, investido de libido narcisista (en esta etapa el objeto no es distinguible del Yo y sirve de modelo a partir de sus rasgos afectivos). Este objeto es incorporado por introyección, identificándose el yo con él. A partir de esta identificación un intenso sentimiento de odio hacia el objeto abandonante, se desplaza al yo identificado con el mismo que es ferozmente atacado. El afecto dominante es la desesperación (mezcla de angustia y dolor psíquico), los sentimientos arrasan con el yo si no pueden proyectarse.

El melancólico sabe a quién ha perdido, pero no lo que ha perdido en el objeto que desapareció. La verdad se expresa en el discurso melancólico con la forma de argumentos "filosóficos" tales como «de todas maneras no hay sentido, no hay verdad, y por lo tanto no vale la pena hacer nada», etc. El sujeto se hunde en una apatía mórbida que le hace repetir indefinidamente las mismas declaraciones con una voz neutra, sin ninguna entonación particular, frases como "Todo tiempo pasado fue mejor", "Siempre fue así", "Estamos cada vez peor", exaltando el pesimismo y la identificación con la nada, tienen la experiencia vívida de una realidad desvitalizada, y hasta ausencia de deseo.

En la melancolía el sujeto recibe los reproches como provenientes de su superyó cruel. Se queja de ser un inútil, de no servir para nada. Es distinto a lo que se suele observar en un paciente neurótico obsesivo con autoreproches cuyo tema son deseos prohibidos. El paciente se cuestiona la utilidad de su ser, en un juicio de atribución ligado a las pulsiones de autoconservación. Busca "alimento afectivo" y lo obtiene de quienes aceptan el contagio depresivo. Implica al otro en una relación de familiaridad, en la que trata de generar el sufrimiento que padece. Su deseo es provocar por identificación un sentimiento compasivo que lleve a otro a acogerlo familiarmente y brindarle su protección.

El melancólico en vez de proyectar un perseguidor en el mundo, como lo haría un paranoico, lo ubica en su mundo interno, haciéndole reproches.

El término depresión es usado en nuestros días de un modo muy laxo y designa en su uso corriente patologías muy diversas. Para el psicoanálisis el concepto de depresión en el fondo no está definido rigurosamente salvo en la melancolía, o también en lo que se llama psicosis maníaco depresiva. Existen distintos tipos de depresiones (pueden a veces no presentar psicosis, de ser así podrían incluirse en otras estructuras clínicas).

“El duelo, en el mejor de los casos, alguna vez se termina. El sujeto empieza a disponer del interés hipotecado en el objeto perdido... si en el duelo el mundo se vuelve pobre y vacío, en las depresiones, pobre y vacío se ha vuelto el yo” (Hornstein, 2006, p.65)

Con estos pacientes uno de los objetivos terapéuticos consiste en desmontar el superyó hostil del depresivo.

Psicosis maníaco depresiva

En el DSM V se la denomina “Trastorno Bipolar”.

Los pacientes presentan dos fases una maníaca y otra depresiva que se alternan, pudiendo durar una más que la otra. Algunos diferencian distintos tipos de manía y de depresión según la intensidad.

En la fase maníaca el ritmo acelerado se produce en distintos estados de excitación psicomotriz, a veces como expresión de alteraciones psicopatológicas, pero también de reacciones emotivas normales. La más grave forma de taquipsiquia es la “fuga de ideas” o “pensamiento saltígrado”. Este cuadro está típicamente presente en la manía, acompañando una especial exaltación alegre del estado de ánimo. En esta enfermedad el paciente habla rápidamente con fluidez sobre una enorme cantidad de ideas diversas, no pudiendo concentrarse en tema alguno, con intensa distraibilidad. Su discurso por lo general es inteligible y puede seguirse con atención a pesar de la fugacidad de las asociaciones. Pero si la aceleración es demasiado intensa, el lenguaje puede atrasarse en relación al pensamiento y presentar figuras elípticas por omisiones verbales.

En la fase depresiva el ritmo enlentecido es lo inverso del cuadro anterior, se observa en todo cuadro de fatiga y depresión, en la debilidad mental, en la confusión y en el hipotiroidismo. En su forma más grave el paciente padece inhibición, torpeza y lentitud. Se observa especialmente en los melancólicos, y existen grados hasta la total inhibición con fenómenos estuporosos. En estos casos muestran escasa o nula respuesta a los estímulos del ambiente.

3. PERVERSIONES Y PSICOPATÍAS

Manifestaciones: estos pacientes suelen tener conciencia de realidad (se dan cuenta cuál es la realidad y las leyes, “pero” las niegan y las transgreden) y no suelen tener conciencia de enfermedad.

Como rasgo de carácter se privilegia la imagen, la voluptuosidad, la musculatura, lo motriz (acción). Suelen tener ideales justicieros y afán de venganza.

En estas estructuras el conflicto se da entre el yo y la realidad exterior y el superyó. Algunos las consideran principalmente patologías del superyó, en la medida en que esta instancia tiene como origen la internalización de ciertas pautas sociales, entre ellas, las éticas o morales (Mazzuca, 2007).

La defensa predominante en las perversiones y las psicopatías es la desmentida (verleugnung: renegación). La trama edípica se mantiene, pero no se deja de desmentirla. Así el paciente queda capturado en la dialéctica del ser y el tener, donde la terceridad será reconocida pero solo para no dejar de impugnarla (desafío y transgresión), o sea triunfa el ser sobre el tener.

Predomina el vínculo de ser con al otro (libido narcisista). El otro cuenta desde una posición de objeto (como una cosa), no se tiene en cuenta los deseos de los otros, sino los propios, no existe la posibilidad de permitirle a un otro que se discrimine.

Los objetos tienen que ser parte de uno mismo, como uno mismo se siente parte de los objetos. Estos objetos pueden entenderse también como algo que el paciente puede envidiar en otro. Son voluptuosos, fetichizados, y auxiliares de la satisfacción autoerótica.

Los sujetos en los que predomina esta estructura clínica suelen obtener placer causándole daño (físico, psicológico, económico, etc.) a uno, varios u otros sujetos. No suelen sentir culpa, es decir, suelen tener fallas en la empatía, les resulta dificultoso mantener vínculos duraderos. Suelen provocar sufrimiento a quienes los rodean, ya sea por su egoísmo o por su transgresión a las normas, pero ellos se sienten bien.



Afectos preponderantes: Humillación: descarga hostil en posición pasiva (hacia uno mismo: masoquista) o activa (hacia otro/s: sádica). Vergüenza: posición masoquista, exposición del yo, pasivo, a la mirada del otro, activo. Es uno de los diques de

la pulsión exhibicionista, implica el predominio de la preocupación por la imagen. Los sujetos en los que predomina esta estructura clínica procuran mantener a salvo la propia imagen produciendo humillación y vergüenza a otro, auxiliar, a quien se tiene el poder de humillar. Para Freud esto implica también la realización del "afán de venganza".

La neurosis se mantiene en el plano de la fantasía o se sintomatiza de manera deformada o desfigurada, cae bajo la represión todo lo que es prohibido, lo no posible, lo incestuoso, lo que transgrede la norma. En las perversiones y psicopatías se actúa a modo de repetición una escena prohibida y traumática, la exteriorización queda por fuera de la mediatización de lo simbólico, de la palabra.

De una manera "simple" (aunque asumiendo el riesgo de lo que implica simplificar) podríamos pensar tanto a las perversiones como a las psicopatías como transgresiones (a leyes, normas, reglas, tradiciones, etc.), siendo las primeras transgresiones a leyes exclusivamente "sexuales" y las segundas transgresiones a leyes en general. Estos pacientes no dudan en sus actos, por eso es raro que soliciten un tratamiento psicológico, hay cierta certidumbre comparable con la del psicótico porque no puede asumir la posición de alguien que duda.

Perversiones

Perversión significa "otra versión", una retórica que implica desconocimiento de la ley limitante de la actividad sexual autoerótica. Perversión es igual a transgresión sexual, patente de un desafío omnipotente a la ley de la sexualidad adulta.

Desde un punto de vista moral se las suele pensar como desviaciones con respecto al acto sexual "normal", definido como coito dirigido a obtener el orgasmo por penetración genital, con una persona del sexo opuesto (cuyo fin sería la reproducción).

Adoptado por el psicoanálisis como concepto técnico, conservando la idea de desviación sexual respecto de una norma, pero mucho más compleja (no en términos morales). Ya que para esta ciencia la sexualidad normal no existe, inicialmente es perversa, las llamadas aberraciones sexuales aparecen en sujetos enfermos, sanos, en etnias y comunidades sociales enteras, en este sentido el límite de las perversiones es cultural. Por ejemplo, la utilización de la boca, los labios y la lengua como zonas erógenas pregenitales utilizadas en actos de excitación sexual han variado de significación (prohibido o aceptado) a lo largo de la historia de la humanidad y en las diferentes culturas.

El diagnóstico de perversión no se obtiene a partir del tipo de elección de objeto (por ejemplo, del mismo sexo) sino de la estrategia mental que el sujeto despliega en sus vínculos. Si encontramos fijeza, la sujeción de la excitación erótica a un guión inamovible, seducción del partenaire a través de satisfacer su deseo de forma mimética, con el fin de inducirlo a brindar un tipo de satisfacción específica y prefijada y la aparición de odio destructivo cuando esta condición no se cumple, podemos pensar que estamos ante una personalidad perversa (Dorey, 1986).

Una perversión es una estrategia psicológica, que exige una ejecución actuada para ayudar al sujeto a sobrevivir con una sensación de triunfo sobre los traumas de su infancia. Revive estos acontecimientos traumáticos de forma disfrazada, con el fin de controlar afectos abrumadores. En una compulsión, la persona siente que hace "algo bueno" mientras que en la perversión, siente que hace "algo malo". Sin embargo experimenta arrogancia y orgullo, y no tiene conciencia de su vergüenza y angustia. La sensación de transgresión es necesaria porque, al centrarse en esos sentimientos penosos, el perverso controla las humillaciones y terrores que fueron centrales en sus traumas infantiles. Las perversiones se originan, en última instancia, en las restricciones impuestas al deseo humano.

Pensamos en perversiones, por ejemplo, cuando no hay simetría (de poder, edad, etc.), ni consenso entre dos personas, y una (la persona perversa) obtiene placer a

costa del sufrimiento de la otra.

Algunos ejemplos: exhibicionismo, voyeurismo, pedofilia, necrofilia, etc.

Psicopatías

También se los llama personas manipuladoras, antisociales, suelen ser engañadores, mienten para obtener un beneficio, roban, estafan, chantajea, tratan a los otros como objeto (los cosifican). Suelen sentir placer por la violencia y la crueldad. Transforman el amor en odio, la credibilidad en corrupción, y lo que percibe de potencialmente bueno o útil en el terapeuta, en algo malo y dañino. Intentan atemorizar y atacar al terapeuta para que este experimente el terror y el dolor que siente el paciente. Para ello tratan de dominar y controlar al terapeuta.

El doble discurso es típico de estas personalidades: dicen una cosa y hacen otra, o demuestran ser de una manera pero son de otra. Suelen relacionarse con los demás de forma fría y superficial.

En su discurso se escuchan habitualmente temáticas relacionadas con los bienes materiales, el dinero, y los objetos de consumo para dar una imagen (por ej.: de poder).

Privilegian la imagen, su discurso prototipo sería algo así como "Qué hábil que soy, que inteligente". Se los llama también "personalidades de acción".

Ejemplos: por lo general en estafadores, ladrones, corruptos y asesinos suele predominar este tipo de estructura clínica.

4. PATOLOGIAS TÓXICAS Y TRAUMÁTICAS

Incluimos, en esta denominación que hace Maldavsky (1992) en base al concepto neurosis actuales que enunció Freud, a las afecciones psicósomáticas, adicciones, neurosis traumáticas, autismo, accidentofilia.

La fijación de estas patologías sería anterior al narcisismo, en los momentos de la constitución del psiquismo (aproximadamente entre el nacimiento y el mes de vida), en el momento en que la libido inviste los órganos internos del cuerpo (pulmones, corazón, etc.) y donde comienzan a formarse las funciones básicas (sueño, respiración, etc.).

El afecto preponderante es el dolor (sin matiz afectivo, dolor extremo, sin posibilidad de ser cualificado, de darle una cualidad, el mismo es percibido como pura cantidad).

En estas patologías, como en las psicosis, la defensa predominante es la desestimación, pero principalmente la desestimación del afecto (del propio sentir).

La forma de percibir de los pacientes con patologías tóxicas y traumáticas es captando los estímulos sensoriales al modo de golpes, o perciben estar sumidos en sustancias viscosas, o registran frecuencias más que cualidades. En ocasiones perciben el interior de los cuerpos, al modo de una radiografía, o la escucha estetoscópica. La percepción no va acompañada de conciencia, se capta, se percibe, pero no hay cualidad de aquello que se está percibiendo. Esta modalidad perceptiva suele ir acompañada de somnolencia y apatía, los estímulos ingresan en la mente sin que haya un sujeto conciente.

Estas patologías se enlazan a una lógica que se desprende de la irrupción de un goce sin medida que tiende a una descomplejización vital. El poner término a la vida, despojados de toda subjetividad y desconectados de sus vínculos con el mundo, implica muchas veces una escalada suicida

En esta problemática se suele observar la importancia identificatoria de números (referencia constante a cifras sin una intencionalidad simbólica, por ejemplo: "Tengo la presión en 17"), o ritmos puros en estos pacientes, sin simbolización o con simbolización muy empobrecida. Por lo general no asocian, no discriminan entre distintos estados afectivos, no perciben el cansancio y su pensamiento está al servicio de la realización de operaciones eficaces y suman rendimientos (por ejemplo, pueden ser excelentes profesionales, como ser contadores).

Adicciones

Desde un punto de vista descriptivo, la definición clásica implicaba la incorporación compulsiva al organismo de sustancias (por ejemplo, cocaína, alcohol, tabaco, marihuana, etc.), que generaban una sintomatología específica, la medicina legal las consideraba toxicomanías. Actualmente el concepto se ha ampliado incluyendo otras formas de sustancias, por ejemplo la ingesta de dulces y de té. También se procura que abarque ciertas modalidades de funcionamiento o de conducta, como la adicción al juego, a las deudas. Algunos autores hablan de adicción a formas de vínculos entre personas, e incluyen a los trastornos alimentarios entre las adicciones. Es importante no quedarse solo con lo descriptivo sino indagar en el mundo interno de los sujetos.

Es decir, nos enfocamos principalmente en la subjetividad de las personas y no en la conducta (dato necesario pero insuficiente para determinar un diagnóstico y planificar un tratamiento).

"La intoxicación con algunos de estos elementos, es el recurso (quita-penas) más descarnado y efectivo con que se cuenta para aliviar el sufrimiento del cuerpo propio" (Freud, 1930 [1929]). Pero este método, tiene para el psicoanálisis sólo un valor descriptivo o fenomenológico, en tanto remite a una intoxicación previa del paciente (endógena), por sustancias derivadas de un quimismo particular (pulsional) de carácter autoerótico (se satisface en el propio cuerpo), por eso podemos decir en el caso de la "drogadicción" que la "necesidad es anterior al consumo".

Freud pensaba en el modelo de la libido (energía de la pulsión sexual) con una sustancialidad capaz de enfermar por estancamiento. La toxicidad es directa consecuencia de una incorrecta o insuficiente descarga de la libido.

Las adicciones expresan la regresión a la alteración interna como forma de procesar la pulsión. En este punto observamos ataques a las pulsiones de autoconservación.

Para diversos autores los llamados "trastornos alimentarios" (anorexia, bulimia, obesidad, etc.) se configuran como una adicción, que encuentra en un autoerotismo tóxico su fundamento. Por ejemplo, en la anorexia el incremento del hambre posi-

bilita la eficacia de un quimismo que tiene un efecto narcótico y euforizante, inmerso en el cual el paciente puede “dejarse morir”, en su búsqueda de una nivelación letal, como expresión de la activación de un fragmento suicida.



El dolor pierde su función de señal y pasa a ser una meta en sí mismo. A veces dicho dolor inconciente, se expresa en una especie de sopor letárgico. El despliegue de las adicciones podría ser un intento de tramitar y convertir en expresable dicho fragmento tóxico-pulsional.

Afecciones psicosomáticas

Su desencadenamiento y evolución son comprendidos como la respuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica crítica pero que no ha sido tratada como tal por el inconciente del sujeto (el sujeto no puede simbolizarlo: no puede representarlo mentalmente), lo que los distingue de los síntomas de conversión histéricos que, por su parte, son simbólicos (también representan algo del sujeto y salta a la vista del equipo terapéutico).

La sobreadaptación es el rasgo más destacado, implica un rasgo de conducta llamativo por su excesivo sometimiento a las exigencias del medio. Cuando este rasgo fracasa daría lugar a la enfermedad psicosomática, como cierta “locura de órgano”.

En este último caso, el paciente modifica su presentación adaptada y se queja de la exigencia, por ejemplo, de sus familiares. Siempre hay alguien que podría enfermar o enloquecer si no fuera por su esfuerzo, alguien por quien se sostienen ocultamientos, para evitar su depresión. El paciente psicosomático tiene que vivir sobreadaptado para que otros no enloquezcan, la psicosis está proyectada en otro que “puede estallar”.

Algunos prefieren hablar de pacientes psicósomáticos (es decir, resaltan la lógica predominante en un paciente que tiene una enfermedad) que de enfermedades psicósomáticas.

Neurosis traumáticas

Para Freud el trauma depende más del estado del sistema perceptual que de la naturaleza del estímulo.

Los síntomas aparecen consecutivamente a un choque emotivo, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto ha sentido amenazada su vida. Se manifiesta, en el momento del choque, por una crisis de ansiedad, que puede provocar estados de agitación, estupor o confusión mental.

El trauma posee una parte determinante en el contenido mismo del síntoma (repetición mental del acontecimiento traumático, pesadillas repetitivas, trastornos del sueño, etc.), que aparece como un intento reiterado de “ligar” y descargar el trauma; tal “fijación al trauma” se acompaña de una inhibición, más o menos generalizada, de la actividad del sujeto.

Cuando Freud habla de neurosis traumática, insiste en el carácter a la vez somático (“conmoción” del organismo, que provoca una afluencia de excitación) y psíquico (susto) del trauma. Según Freud, es este susto el estado que sobreviene cuando uno entra en una situación peligrosa sin estar preparado para ella, el factor determinante de la neurosis traumática.

Frente a la afluencia de excitación, que irrumpe y pone en peligro su integridad, el sujeto no puede reaccionar mediante una descarga adecuada ni por medio de una elaboración psíquica. Desbordado en sus funciones de ligazón, repetirá de forma compulsiva, especialmente en los sueños, la situación traumatizante, a fin de intentar ligarla.

Los factores desencadenantes pueden ser: guerras, secuestros, accidentes, incendios, atentados, terremotos, maremotos, crisis socioeconómicas, migraciones, o asimismo situaciones que aparentemente no evaluaríamos como catastróficas (rechazo de una pareja, desinterés sistemático de un amigo).

Otras patologías tóxicas y traumáticas

Quedará pendiente para otra ocasión profundizar en las estructuras clínicas antes nombradas como así también enunciar otras patologías no explicitadas en este trabajo (epilepsias, autismo, accidentofilia, etcétera).

Bibliografía

- Bodni, O. (1994) “Psicopatología general”. Psicoteca, Buenos Aires.
- Breuer, J.; Freud, S. (1893-95) “Estudios sobre la histeria”. Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. II.
- Dorey, R. (1986) “La relación de dominio” Int J Psycho-anal.13:323-32.
- Freud, S. (1893 [1888-93]) “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de la parálisis motrices orgánicas e histéricas”. Amorrortu editores, Buenos Aires.

Aires, Vol. I.

- (1900 [1899]) "La interpretación de los sueños". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. IV y V.
- (1905) "Tres ensayos de teoría sexual", Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. VII.
- (1909a) "A propósito de un caso de neurosis obsesiva". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. X.
- (1909b) "Análisis de la fobia infantil de un niño de cinco años". Amorrortu editores, Bs. As., Vol. X.
- (1911) "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XI.
- (1914) "Introducción del narcisismo". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XIV.
- (1915) "Trabajos sobre metapsicología". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XIV.
- (1917 [1915]) "Duelo y melancolía". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XIV.
- (1919) "“Pegan a un niño”. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XVII.
- (1923) "El yo y el ello", Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XVIII.
- (1924) "Neurosis y psicosis" Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XIX.
- (1924b) "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XIX.
- (1926) "Inhibición, síntoma y angustia". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XX.
- (1927) "Fetichismo". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XXI.
- (1930 [1929]) "El malestar en la cultura". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XXI.
- (1940) "La escisión del yo en el proceso defensivo". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. XXIII.
- (1950 [1892-99]) "Fragmentos de la correspondencia con Fliess" ". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. I.
- 1950 [1895]) "Proyecto de psicología". Amorrortu editores, Buenos Aires, Vol. I.
- Hornstein, L. (2006) "Las depresiones: afectos y humores del vivir. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (1992) "Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias", Amorrortu editores, Buenos Aires.
- (1994) "Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas". Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Moreira, D. (1995) "Psicopatología y lenguaje en psicoanálisis. Adicciones, psicósomática, autismo", Homo Sapiens Ediciones, Rosario.
- Mazzuca, R. (2007) "El partener complementario del psicópata". Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 52, XIV (13) 4: 69-73.
- Morin, E. (1994) "Nuevos paradigmas cultura y subjetividad". Paidós, Buenos Aires.

Psicofarmacología

Dr. Carlos Kremer

Clasificación de sustancias con efecto psicofarmacológico

1. Antidepresivos.
2. Antipsicóticos.
3. Estabilizadores del humor.
4. Ansiolíticos e hipnóticos.
5. Psicoestimulantes.
6. Psicofármacos para el tratamiento de las adicciones.
7. Reguladores de los efectos adversos de antipsicóticos.
8. Psicofármacos para el tratamiento del Síndrome Demencial.

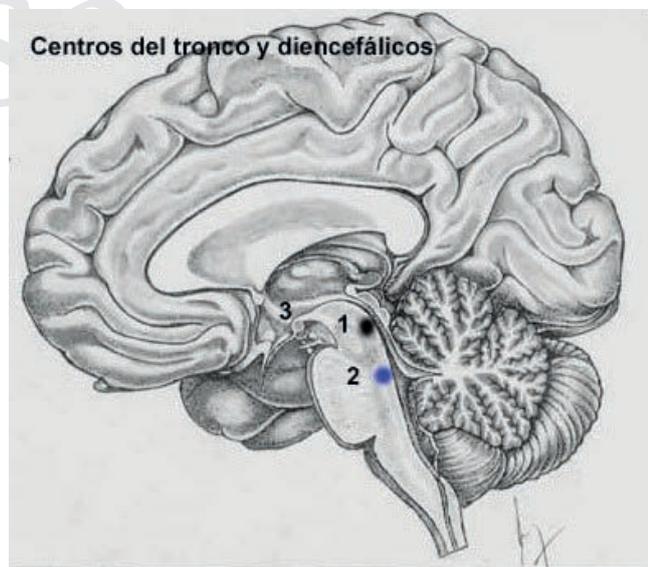
1. ANTIDEPRESIVOS:

Neurobiología de la depresión

Tronco del encéfalo
Hipocampo
Lóbulo Frontal
Lóbulo Temporal

Sistemas monoaminérgicos:

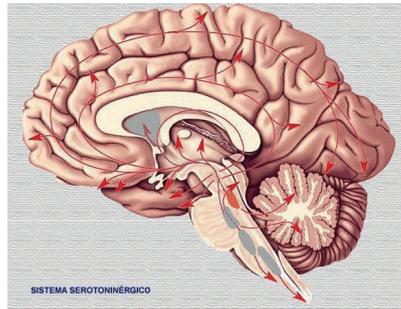
Noradrenalina: (locus coeruleus) sustancia gris en tronco del encéfalo. Participa en los mecanismos del sueño, estimulación e inhibición de las neuronas sensoriales, activación cortical:



Sistema serotoninérgico (los núcleos del rafe): en tronco del encéfalo

Vías serotoninérgicas:

Cpsa



- Los primeros antidepresivos fueron los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa, antidepresivos tradicionales o clásicos.
- Demostraron ser eficaces para el tratamiento de la depresión, con latencia de 2 a 6 semanas pero:
 - Numerosos efectos adversos
 - Cardiotoxicidad
 - Peligrosas interacciones, con otras drogas y con los alimentos
- Con los avances en la psicofarmacología se intento obtener eficacia antidepresiva tratando de evitar acciones sobre otros mecanismos que pudieran mediar efectos adversos.
 - Los nuevos antidepresivos:
 - No tiene más eficacia que los antidepresivos clásicos
 - No tienen menor latencia que los antidepresivos clásicos
 - Son más seguros en sobredosis
 - Presentan menos efectos adversos
 - No son cardiotóxicos
 - No tienen tanta incidencia sobre el umbral convulsivo
 - No presentan tantas interacciones peligrosas.
- IMAO: Inhibidores de la Monoaminoxidasa, x ej: tranilcipromina. (síndrome del queso)
- NO IMAO:
 - Antidepresivos Clásicos (según la estructura química).
Tricíclicos: Imipramina, Desimipramina, Clomipramina, Amitriptilina.
Atípicos (heterocíclicos): Bupropión, Trazodona, Mianserina. (aumento del riesgo de suicidio)
 - Antidepresivos "Nuevos" (según mecanismo de acción).
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Aminas: Flouxetina, Sertralina, Paroxetina.
Inhibidores duales: Venlafaxina, Duloxetina.

Efectos adversos más frecuentes: temblores, rigidez, aumento de peso, acatisia, distonía, cefaleas, sequedad de boca, constipación, activación de la psicosis, proconvulsivantes, disminución de la libido y deseo sexual, impotencia, erupciones dermatológicas, sedación, irritabilidad, trastornos gastrointestinales, cefaleas.

Indicaciones: a. trastorno depresivo mayor
b. toc
c. trastorno de pánico
d. trastornos de la alimentación
e. trastorno disfórico premenstrual
f. depresión bipolar
g. trastorno de ansiedad social
h. estrés postraumático
i. trastorno límite de la personalidad
j. eyaculación precoz
k. trastorno de control de impulsos

2. ANTIPSICÓTICOS:

Mecanismo de acción: regulación dopaminérgica, bloquean canales (interacción motricidad).

Síntomas positivos: delirios – alucinaciones, conductas y lenguaje desorganizados, síntomas motores (aumento de dopamina)

Síntomas negativos: apatía retraimiento, falta de placer (disminución de dopamina)

Síntomas cognitivos

Síntomas agresivo/hostiles.

- Típicos (viejos):
 - Fenotiacinas: Clorpromazina (Ampliactil), Levomepromazina (Nozinan), Prometazina (Fenergan), Triflourperazina (Stelazine).
 - Butiferonas: haloperidol

Efectos adversos:

1. Distonías agudas (contracturas)
2. Parkinsonismo
3. Temblor
4. Acatisia
5. Sme. Neuroléptico maligno.
6. Predisposición a convulsiones
7. sedación

- Atípicos (nuevos):
 - Clozapina (hemograma control)
 - Olanzapina
 - Ziprasidona
 - Quetiapina
 - Riperidona.

Efectos Adversos:

1. Menos afección motriz que los típicos (distonías, parkinsonismo, temblores, acatisia)
2. Síndrome metabólico

Indicaciones: psicosis, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastornos delirantes, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, demencias, depresión, excitación psicomotriz, trastorno obsesivo compulsivo, retraso mental.

3. ESTABILIZADORES DEL HUMOR:

Mecanismo de acción: inhibición de los canales de las neuronas

- Litio (ojo toxicidad)
- Antiepilépticos:
 - Acido Valpróico y sus derivados
 - Carbamazepina
 - Oxcarbamazepina
 - Lamotrigina
 - Gabapentina
 - Topiramato.

Efectos adversos: hematológicos (neutropenia, anemia), síndrome metabólico, afecciones dermatológicas (alopecia, rash cutáneo) , gastrointestinales, oftalmológicas (diplopía), endocrinológicas (alteraciones menstruales), alteraciones hepáticas por hepatotoxicidad (aumento de las enzimas séricas, ictericia, edemas, dolor abdominal) , sistema nervioso central (sedación, cefaleas)

- Otros que actúan como estabilizadores: Antipsicóticos, Benzodicepinas.

Indicaciones: trastorno bipolar, trastornos de personalidad, epilepsia, psicosis, trastorno de impulsividad, trastornos de la alimentación, trastorno esquizoafectivo, adicciones, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, cefaleas.

4. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS:

Mecanismo de acción: inhibición de las neuronas (canales GABA de cloro).

- Ansiolíticos Benzodicepínicos (Benzodicepinas).
 - Alprazolam (Alpax, Tranquinal)
 - Clonazepam (Rivotril, Clonagin)
 - Diazepam (Valium)
 - Bromazepam (Lexotanil)
 - Lorazepam (Trapax).
- Ansiolíticos No Benzodicepínicos:
 - Buspirona.
- Otros fármacos con acción ansiolítica:
 - BetaBloqueantes, Agonistas Alfa 2, Antidepresivos, Antihistamínicos.

- Hipnóticos:
 - Zolpidem (Somit)
 - Zopiclona
 - Benzodiacepinas de acción corta: Flunitrazepam (Rohypnol), Midazolam (Dormicum).

Efectos adversos: sedación, alteración de la memoria

Características: tolerancia, dependencia, abstinencia

Indicaciones: trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, psicosis, trastornos del ánimo, adicciones, trastornos de impulsos.

5. PSICOESTIMULANTES:

- Anfetaminas
- Atomoxetina
- Metilfenidato (Ritalina).
- Modafinilo.
- Xantinas.

6. PSICOFÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES:

- Antagonistas de opiáceos:
 - Naloxona
 - Naltrexona.
- “Antialcohólicos”
 - Disulfiram.
- Antitabáquicos: Nicotina.

7. REGULADORES DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE ANTIPSICÓTICOS:

- Anticolinérgicos
 - Biperideno (Akineton)
 - Trihexifenidilo (Artane).
- Antihistamínicos.
- Benzodiacepinas.

8. PSICOFÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEMENCIAL:

- Anticolinesterasas
 - Donepecilo
 - Rivastigmina
 - Galantamina
- Bloqueantes Cálculos
 - Nimodipina (Nivas)
- Nootrópicos:
 - Memantina.

Casos Clínicos

Abordaje de casos con padecimiento mental severo desde el Acompañamiento Terapéutico

A.T. Debora La Bocchetta

Es desde la mirada, la escucha y la puesta del cuerpo que se puede pensar la posibilidad de generar un vínculo con el Otro, un vínculo contenedor, generador de acciones en pos de mejorar la vida de las personas que padecen, acciones que apunten a la estabilización psíquica, a la integración social y familiar, con el fin de alcanzar la mejor calidad de vida posible.

Sin duda en el abordaje de las personas que viven en situación de calle se juega la utilización de una multiplicidad de herramientas; no es sino mediante la posibilidad de ser dinámicos, flexibles, ocurrentes y expeditivos, ya que como todos sabemos, los sujetos somos únicos e irrepetibles por lo cual se hace imposible un modelo único para abordar dichas problemáticas.

Si pensamos que desde el acompañamiento terapéutico el abordaje de las patologías mentales son difíciles dada la dificultad del paciente para vincularse con los otros y armar lazos efectivos, en el caso del abordaje de problemáticas de padecimiento mental severo en situación de calle esta dificultad se ve elevada a la máxima expresión: hablamos de sujetos invisibilizados socialmente, enajenados hace años, donde su vida transcurre en el mayor de los anonimatos posibles, sin vínculos de ningún tipo y sin necesidad de ellos. No hay deseos, no hay demandas, no hay nada que el Otro pueda ofrecerles a modo de interacción social.

La característica principal de esta población específica es que no interactúan con el Otro, no lo registran, no lo necesitan, no lo convocan, no lo esperan hasta tanto no se genere un vínculo donde el anonimato comience a borrarse, apuntando al emerger del sujeto, dejando atrás el lugar de objeto social y en tanto tal, de su invisibilidad. Es desde ese momento que se empieza a trazar las diferentes intervenciones a seguir, pensando caso a caso.

Respecto del cómo armar el lazo terapéutico en esta población, a prueba y error hemos aprendido en el transcurso de los años, que la simple presencia allí, donde todos pasan como si ellos no existieran, genera cambios en el sujeto. Es un ir

constantemente, a veces tan solo para preguntarles cómo están, aunque no obtengamos respuestas, a veces para que solo sea un insulto o que nos echen del lugar. Pero tarde o temprano, días más, días menos, casi como si fuera un cálculo matemático, dicho sujeto nos estará esperando. A veces solo por la presencia en sí, otras veces para, por fin, demandar algo, comunicar alguna falta, darnos lugar para acompañarlos a iniciar un camino que sin duda comenzó tiempo atrás pero que se irá afirmando con el paso del tiempo, transitando los diferentes escenarios sociales: instituciones, hospitales, familias, trámites filiatorios, etc.; llevándolos poco a poco a un tratamiento psicopatológico posible y el consecuente regreso a casa. En aquellos casos donde no hay familiares ni hogar, que desde mi experiencia fueron el menor porcentaje, el trabajo es mucho más extenso y enriquecedor, dado que se trata además, de acompañar a dichos sujetos a construir redes sociales capaces de sostenerlos e integrarlos en una sociedad que alguna vez los excluyó al grado de la invisibilización y que a partir de ahora se convertirá en garantizadora de sus derechos y satisfacer sus necesidades básicas.

Viñetas Abordaje de personas en situación de calle con padecimiento mental severo

A.T. Debora La Boccetta

Las siguientes viñetas clínicas son en el contexto del abordaje de personas que se encontraban viviendo en situación de calle y quienes atravesaban una descompensación psicótica o padecían algún trastorno mental severo. Tanto su identidad como algunos datos reales fueron modificados a fin de preservar su historia de vida. En todos los casos el trabajo fue llevado adelante por equipos conformados por Acompañantes Terapéuticos y psicólogos con la convicción que solo desde la construcción de un lazo terapéutico es posible la vinculación y el abordaje de dichos casos.

Caso David

La denuncia de la directora de un colegio de CABA respecto de un hombre mayor ocupando la entrada del establecimiento con conductas inapropiadas, nos llevo a la evaluación de David.

Al llegar al lugar, se observa un hombre de aproximadamente 45 años, quien refiere llamarse David, vestido acorde a clima y sexo; con regulares condiciones de higiene personal, rodeado de pocas pertenencias.

Se muestra reticente a la presencia del equipo, suspicaz, responde acotadamente

a la entrevista. Se le deja agua, galletitas y como estrategia de continuidad del caso, se ofrece asistirlo en la realización del DNI y otras gestiones, se pacta pasar nuevamente a fin de que pueda pensar las propuestas ofrecidas. Desde ese momento, el contacto será semanalmente a fin de armar lazo terapéutico para luego poder realizar intervenciones acordes a las necesidades del caso.

En las sucesivas entrevistas, David desplegará todo su delirio en presencia de sólo algunos de los acompañantes terapéuticos del equipo, verborragico, abúlico, hipoproséxico, taquipsiquia: refiere ser el Rey Arturo, dueño de todas las propiedades de la manzana y estar cuidando de ellas. En otras oportunidades dirá que mediante una guerra mundial de Karate se ha decidido que su identidad será el Gral. San Martín, en otras oportunidades dirá ser hermano de diferentes presidentes de países latinoamericanos, en otros momentos identificará a vecinos como familiares. Se procede a dialogar con diferentes vecinos de la zona quienes relatan conductas desorganizadas y escatológicas, dando indicio de la necesidad de realizar intervenciones más rápidas con la finalidad de trasladarlo a una institución donde sea evaluado y pueda realizar un tratamiento que pueda disminuir el padecimiento que atraviesa.

En una de las entrevistas refiere estar cansado de haber pasado miles de años en esta guerra, comienza a sentir algunos síntomas clínicos que dan la posibilidad de armar estrategias posibles para que acepte ser acompañado a un hospital cercano.

Dado que el paciente identifica como su hermana a una de las acompañantes terapéuticas del equipo, se decide trabajar desde esa identificación, logrando que acepte realizar su DNI y luego, bajo el mismo lazo terapéutico, fue trasladado a realizarse un chequeo clínico, donde previo contacto con el servicio psicopatológico del hospital, quedó internado en el nosocomio por descompensación de su patología de base, bajo un diagnóstico presuntivo de esquizofrenia paranoide.

Caso Martina

En una de las recorridas cotidianas, se observa una mujer joven dentro de uno de los parques clásicos de la Ciudad; vestida no acorde al tiempo, rodeada de pertenencias, sin aseo personal, desalineada, vestida con ropas realizadas con bolsas: mangas, cinturón, pulseras, vincha, anillos, diferentes accesorios que luego sabríamos que los utilizaba como amuletos, todos realizados por ella con diferentes bolsas de plástico recolectadas en la calle.

Ante el contacto refiere llamarse Martina, 43 años, ser española, hija de un famoso cantante, ser cantante ella también y tener poderes sobrenaturales que tras la envidia que generaba, debió abandonar la casa y quedar en la calle, llevando en esa situación más de dos años.

En el transcurso de los contactos semanales, algunas serán tres veces, otras tan solo una, se continuara observando el despliegue del delirio, aportará más información de índole filiatorio hasta dar con algunos de sus familiares, siendo real sus dichos respecto de ser la hija de un famoso cantante de folklore de nuestro país, siendo ella en su juventud una cantante reconocida en el mundo de la música popular, autora de muchas canciones y de al menos tres cds de su autoría.

Refirió estar en calle hace 2 años, sostiene discurso incoherente, polimorfo, colaboradora con las entrevistas, por momentos hipertimia displacentera, en otras ocasiones verborragica. Su delirio sostendrá el núcleo respecto de los poderes sobrenaturales que posee, al decir de ellos, sostenía un paraguas abierto las 24 hs debido a

que gracias a ello evitaba las lluvias, también los amuletos que usaba en sus manos y cabeza eran protectores y generadores de controlar el clima. Amuletos y accesorios que armaba con papeles cintas bolsas, todo ellos reciclado de la calle, por momentos sin tener más espacios donde ponerlos.

Dadas las temperaturas y la imposibilidad de generar un lazo terapéutico tal que lograra acceder a una consulta médica, se decidió judicializar el caso siendo así la única manera de que obtuviera un tratamiento acorde a la urgencia de compensación de su patología de base

Respecto de la función que cumplieron los acompañantes terapéuticos en el caso, fueron oyentes de su delirio y a su vez, siempre alojando su discurso, dando lugar mediante la escucha a la posibilidad de generar un vínculo tal que permitiera asegurarnos que por lo menos se alimentará. Siendo testigos de su progresiva descompensación, pudieron advertir el momento en que se encontraba en riesgo cierto e inminente. Dicha situación derivó a un traslado en conjunto con Same- unidad psiquiátrica- y policía de la ciudad a un hospital de salud mental donde permanecerá internada para realizar tratamiento acorde a su enfermedad: diagnóstico presuntivo Parafrenia Fantástica con antecedentes de policonsumo de sustancias.

Caso Patricio

En la búsqueda de otra persona, se contacta a Patricio, sentado de forma correcta, alineado, regulares condiciones de higiene, vestido no acorde a la temperatura; a su lado una valija prolijamente acomodada, atada con una cadena a la reja que se hallaba en el lugar, leyendo un libro.

Al primer contacto, responde con desconfianza, luego con el transcurso del tiempo desplegará su delirio sistematizado de tinte paranoide. Hiperproxesico, parcialmente desorientado, se observan fallas mnémicas.. Afectividad condicionada por su delirio.

Refiere estar hace más de diez años en calle, oriundo de una provincia del norte, se va de su ciudad natal tras la pista de la desaparición de una menor con una importante repercusión social. Exhibe en los reiterados contactos denuncias que fue presentando en la justicia donde da a conocer red de prostitución de menores donde implica a policías, funcionarios y personalidades del ambiente artístico. Sostiene que su misión es cuidar de las adolescentes para que no sean captadas por policías que aparecen disfrazados todo el tiempo, cada contacto será testigo de sus interminables denuncias.

En este caso se decide que el contacto será pautado previamente con el paciente, siempre cumpliendo con los días y horarios establecidos y estará a cargo de los mismos acompañantes terapéuticos, dado su grado de desconfianza y su imposibilidad, determinado por su patología, de generar vínculos sólidos.

A los meses del contacto asiduo y luego de muchas resistencias, se logra cristalizar un vínculo terapéutico siendo este el posibilitador de realizar su DNI y de luego, tras su preocupación y su cansancio por no poder dormir, llevaba meses sin dormir, se logra, mediante promesa de acompañarlo todo el tiempo, trasladarlo a una evaluación dentro de la esfera hospitalaria que determinará su internación psiquiátrica, que fue aceptada a condición de que hasta allí sea acompañado en la am-

bulancia de traslado por el acompañante terapéutico que sostuvo cada una de todas las intervenciones realizadas y su compromiso de ir a visitarlo a la institución, sosteniendo que era su presencia lo que le daba legalidad a dicha internación ya que en otras oportunidades habrían querido internarlo pero para hacerlo desaparecer por las denuncias que él realizaba. Días posteriores a su internación se dará el contacto con sus hermanos quienes nada sabían de él y habrían estado buscándolo desde hacía diez años.

Luego de la estabilización de su patología de base, regreso a su ciudad natal junto a sus hermanos para continuar su tratamiento en su casa y junto a su familia.

Diagnostico presuntivo: Paranoia

Caso Paloma

Se contacta a Paloma por primera vez en el hall de un banco en el sector de los cajeros, alineada, vestida acorde al tiempo y sexo, 53 años aproximadamente, rodeada de cigarrillos apagados y latitas de cervezas, descompensada, con alteraciones sensorio-perceptivas que se observaron en el transcurso de la mayoría de las entrevistas: alucinaciones auditivas e intrapsíquicas.

Sobre uno de los costados, de la vidriera del banco, colgaba un cartel que daba cuenta de su unión con Gallagher. Paloma expresaba padecer cierta persecución y vigilancia vehemente de personajes de la política, la farándula y líderes religiosos a través de un reality show, el que culminaría en su unión con un cantante inglés de la Banda Oasis. (Liam Gallagher). Discurso indialectizable e inmovible: Ella Dios Hare Krissma, con dones de sanación, habría tenido que elegir, en un momento crucial, entre dos candidatos destacables del mundo del rock, Liam Gallagher o Paul McCartney, elección que la embarca en un trabajo minucioso de investigación en que buscaba signos de la cercanía e intentos de contacto que este líder de la música de los '70 le pudiera hacer llegar a través de los modos más diversos e inimaginables.

Ella no necesitaba nada del otro, como mujer de Gallagher nos hacía saber: Que era multimillonaria y que había peregrinado casi cuatro años sumida al mandato del déspota gobernante de ese momento que quería dilatar la unión de ella con su alma gemela. (Liam). Reiteradamente refería que su historia pasada ha quedado atrás, que su futuro era mucho más promisorio y lo expresaba hasta con un dejo de lástima hacia quienes la escuchábamos pero no estábamos allí azorosamente. Las visitas de nuestro equipo, tanto al cajero del banco como a la puerta de la Iglesia, a la vuelta del mismo, continuaron haciéndose cada vez más asiduas. Le llevábamos alimentos y vestimenta que elegía con sumo cuidado. Lo que descartaba lo donaba a otros. A penas comía pero sí juntaba dinero, de la limosna, con lo que compraba bebidas alcohólicas, cigarrillos y en ocasiones otras sustancias psicoactivas, lo que relata a medida que se va maniobrando la transferencia.

El equipo asiste, en tanto testigo, pero no sin articular maniobras, a sus oscilaciones entre la furia desatada contra los megáfonos desde los que las voces la injurian, torturan y la misión apasionada de hallar a Gallagher, a la que se encontraba abocada. Su delirio constituye allí un punto de estabilización que, aunque precario equilibrio, había reordenado el campo del lenguaje en un horizonte de posibilidad a partir de ser convocada al reality show.

Se comienza a implementar ciertas herramientas para darle a Paloma una posibi-

lidad distinta a la de la calle. Rastrear identidad, antecedentes, familia.

Caminando sobre terrenos de incertidumbres, nos dedicamos a acompañarla, nunca le hablamos a Paloma del deber ser o tener que hacer. Transitamos con ella los distintos escenarios sociales con sus agentes, policías, médicos, hospitales, amigos, familia.

Ya habíamos hallado a su hijo quien, en un preciso momento, demanda a Paloma ocupar el lugar de madre. Es allí donde la transferencia hizo casi por añadidura que confíe en que estábamos allí con ella, la cuidábamos y que fuera por su bien. Palabras expresadas por ella, construyendo una nueva razón a su existencia. Ha dejado escapar, alguna vez, su anhelo que Gallagher salga de nuestro móvil, en el que se la trasladaba así como alguna vez nos pidió que no estuviéramos presente, en tantos mujeres, en su reunión con Liam Gallagher.

Tras meses de intervenciones, Paloma ha aceptado ir al médico, siempre sosteniendo que era amigo nuestro que tenía alguna vinculación con nosotros; ha iniciado un tratamiento, aunque aun no entiende el motivo, sólo toma la medicación porque si el equipo que la acompaña y su hijo lo dicen, ella lo hace... y entonces el día exacto en el que se festejaba el día de la madre, regresó a su departamento a vivir con su hijo.

Tras llevar tiempo de asistida, su delirio ha perdido vigor aunque su núcleo delirante ha permanecido, ha comenzado a tener problemas mundanos... no ya de una Diosa Hare Krissma si no problemas de convivencia con su hijo... lo propio del dolor de existir. Diagnostico presuntivo: esquizofrenia paranoide con policonsumo de sustancias.

Caso Rosalía de Castro

A mediados del otoño recibimos la derivación respecto de una señora asentada en una avenida muy concurrida de la ciudad, donde contactamos a quien será para nosotros, desde ese entonces y hasta la actualidad, Rosalía de Castro. Mujer de aproximadamente 75 años quien responde de manera agresiva a las entrevistas, suspicaz con ideas de tinte paranoide y de perjuicio, probablemente como resultado del acoso constante de los transeúntes y los medios de comunicación. Refirió estar hace dos años viviendo en la calle.

La viralización de un video generado por un "fanático" con notorios síntomas de padecimiento mental, comparando a Rosalía con la madre de un cantante internacional, convertiría el caso en un circo mediático y expondría a la señora a impensables situaciones de riesgo psicosocial, obligándonos a repensar constantemente las intervenciones del caso.

Rápidamente las evaluaciones de los equipos del área concluirían en el pedido formal de intervención por parte de la Defensoría de Menores e Incapaces para la evaluación interdisciplinaria según lo previsto por la Ley 26657, dicha presentación informaba: la causante se presenta hipolúcida, vigil, desorientada en tiempo y espacio, hipoproséxica, con pensamiento interceptado, por momentos balbucea, se objetiva soliloquios y risas inmotivadas, ideación delirante polimorfa sin sistematización, predominantemente paranoide para respuestas, reticente al contacto con otros, con tendencia a la exaltación afectiva y agresión verbal sin causa precisa, poco aseo personal y vestida con bolsas plásticas encima de la piel. Duerme en la vía pública. No entabla diálogo y no responde por el nombre ni la edad. No aporta

datos identitarios, filiatorios ni de su historia vital. Habiéndola evaluado en reiteradas oportunidades, concluimos que la señora se encuentra en situación de vulnerabilidad psicosocial, con un cuadro de descompensación psicótica, cuyo juicio desviado condiciona su conducta, sin conciencia de enfermedad, ni de situación actual. Siendo expuesta en el presente al acoso mediático de la prensa gráfica y televisiva que la asocia filiatoriamente a persona del espectáculo internacional. Expuesta a su vez, a la curiosidad que genera en el entorno social, causando que los transeúntes se acerquen a la señora con fines de interrogarla, sacarle fotos, filmarla, etc. Situación que agrava síntomas paranoides de persecución y perjuicio con riesgo cierto e inminente de daño para sí y para terceros. Conviéndonos entonces en los denunciadores de una situación de riesgo extremo, de hostigamiento que conllevaba a una descompensación aun peor, exponiéndola a riesgo cierto e inminente y siendo entonces los vehedores de sus derechos a la integridad física, a la identidad y a la reserva de la misma, a la salud y a un tratamiento acorde a la patología de base, diagnóstico presuntivo: Parafrenia fantástica.

Fue así como luego de meses de contacto y, con los oficios correspondientes, se realizó el traslado de señora y la internación en el hospital correspondiente para su consecuente compensación e identificación, siendo positiva su filiación respecto de un señor de un pueblo de Europa que refería ser su hermano, lejos de la intencionalidad de los medios que insistían en que sea quien no será nunca.

Mientras realizábamos el seguimiento a modo de visitas en el hospital, fuimos testigos de reiteradas vulneraciones de la integridad psicofísica de la señora, lo que nos llevo a realizar la presentación judicial mediante art. 22 de la ley de salud mental, al órgano de revisión y a la Defensoría de Menores e Incapaces, solicitando medidas de estricto control de visitas y medidas cautelares "bozal legal" para frenar la divulgación mediática de los datos identitarios, fotos y videos de Rosalía y de quienes abordábamos el caso.

Este recorte apuntó a mostrar la pluralidad de dispositivos con los que se puede intervenir para asistir a una misma persona, dada la imposibilidad de encontrar intervenciones univocas sino al contrario, mostrando la necesidad de un entramado dinámico que se arma en la cotidianeidad del abordaje caso a caso.

Caso Nembrus

Mediante un llamado telefónico se recibe el pedido de evaluación de un joven que estaría viviendo en situación de calle, dentro de unas bolsas de residuo, hace aproximadamente cuatro años. Dicha llamada denota profunda preocupación por el deterioro que se observa del joven en el transcurso de los últimos meses, negándose el mismo inclusive a la asistencia de los vecinos del lugar.

Se contacta a quien dirá llamarse Nembrus, el hombre de la nueva era, joven de aproximadamente 28 años, con notable descompensación psicótica, despliega neologismos, balbucea, se observan conductas desorganizadas, coprofagia (se observa al menos en dos oportunidades en presencia del equipo la ingesta de sus propias heces), se encuentra vendado todas las partes de su cuerpo con bolsas, expuesto a elevadas temperaturas, inclusive su cara, alternando el vendaje plástico entres sus ojos. Acepta los elementos que se le llevan, en los primeros contactos

se evidencia rápidamente el riesgo cierto e inminente en el que dicho joven se encuentra. Rechaza todo tipo de asistencia externa (médicos, traslados a trámites, etc), excepto nuestro contacto, nuestra escucha y la entrega de elementos alimentarios. Despliega un discurso polimorfo, mal sistematizado, verborragico, discurso plagado de neologismos, ecolalia, estereotipias, de tinte religioso afirmando estar allí a pedido de Dios, hasta que el mismo vendría a buscarlo; bradipsiquia, no se objetivan alteraciones sensoperceptivas. Eutimico.

Oriundo de Bolivia, no se logra obtener información filiatoria ni de su historia de vida. Sin valores preventivos, expuesto a todo tipo de condiciones climáticas, encontrándolo en la misma situación en olas de calor o en épocas de inundaciones, siempre inmóvil en el lugar, deteriorándose rápidamente; situación que derivo en un pedido de intervención judicial con posterior traslado e internación primero en institución clínica y luego psiquiátrica para compensación de su patología de base: diagnóstico presuntivo: Esquizofrenia Simple.

Caso: La Princesa Z

Un pedido desde espacios públicos de la evaluación de una mujer joven de 31 años que se encuentra con presuntiva patología psiquiátrica asentada en una de las estaciones del metrobús nos acercó al caso.

En la primer entrevista contactamos a quien refirió ser la Princesa Z, mujer joven de aproximadamente 30 años, hija de Croya, Dios de la tierra. Identificada por la NASA, hermana de Superman y de Drangon Ball Z, despliega un discurso incoherente polimorfo, mal sistematizado, por momentos taquipsiquia con hipertimia placentera con interceptación del pensamiento.

En diferentes entrevistas alternará sus estados pasando de un aplanamiento afectivo a una agresividad latente sin causa aparente, de taquipsiquia a bradipsiquia, sosteniendo un discurso incoherente, polimorfo malo sistematizado, con juicio desviado y conductas desorganizadas que rápidamente hacen evaluar que se encuentra en riesgo cierto e inminente para sí y para terceros.

En su discurso alterna datos filiatorios y de su historia vital, lo que nos ayuda rápidamente a contactar a su familia, ex marido, 5 hijos y madre. Quienes habrían perdido contacto con ella hacía dos años aproximadamente, y quienes realizaron presentación judicial solicitando la rápida intervención para su traslado e internación a fin de compensar su patología de base, diagnóstico presuntivo: Hebefrenia. En dicho caso el trabajo de los acompañantes terapéuticos consistió en ingresar a su delirio para brevemente organizar algunas de sus conductas procurando minimizar las situaciones de riesgo a las que se exponía y a las que exponía a transeúntes del lugar. Luego fueron testigos y acompañantes de su traslado a institución psiquiátrica, siendo para ella los garantizadores de que nada le pasara. Con el tiempo el vigor de su delirio cedió, continuando contacto con el equipo, aun luego de su externalización psiquiátrica y su regreso a casa, mantiene contacto con el equipo informando cómo evoluciona en cada paso de su vida y encontrando un punto de escucha y apoyo ante la aparición de ideas del núcleo delirante que denotan la aproximación de la descompensación, permitiendo así el pedido de ayuda para evitar la gravedad de la misma.

Caso Bruno

El pedido de una compañera de trabajo nos llevo hasta Bruno. Uno de sus compañeros de la secundaria, tras acercarle por primera vez una botella de agua a un linyera que cotidianamente veía en el lugar de su trabajo, reconociéndolo al contacto cercano como su padre, con quien habría perdido contacto hacia 30 años aproximadamente. La descompensación psicótica que atravesaba y el paso de los años, produjo que no reconociera a su hijo y que el mismo solicitara nuestra intervención para la asistencia de Bruno.

En este caso se contacto a Bruno, de 60 años, cotidianamente durante muchas semanas, siempre con una muy buena predisposición al contacto, asentado en una esquina muy concurrida de la ciudad, cercana a una empresa familiar que habrían tenido en su infancia, bajo ningún modo aceptaba alejarse del lugar. Sostenía un discurso delirante, con pensamiento disgregado, con ecolalia y neologismos, entre la variedad de su discurso, refería tener una empresa ambulante (en esa esquina) con muchos clientes a los que debía atender; se observan conductas desorganizadas, malísimas condiciones de higiene personal, sin valores preventivos, desorientado globalmente. Eutimico. Fallas mnémicas evidentes, juicio desviado, conductas escatológicas y desorganizadas. Relata información de su historia vital de la infancia de manera presente, no pudiendo reconocer a sus hijos ni al resto de su familia. Por momentos refiere esperar a su padre (fallecido hace mas de 40 años).

Se trabaja con el vinculo para lograr realizar el DNI y luego el traslado a hospital clínico donde será derivado a una institución psiquiátrica donde el equipo de acompañantes terapéuticos continuarán su labor, asistiendo a la revinculación familiar y a la realización de trámites correspondientes al certificado de discapacidad y el traslado, luego de su compensación, a un gerontopsiquiátrico donde tendrá la asistencia constante de sus hijos.

Caso Eminem

En una de las recorridas se observa a un muchacho joven quien a simple vista se objetivan alteraciones sensoperceptivas, que ante la entrevista sabremos padecía alucinaciones auditivas, kinesicas e intrapsíquicas.

Ante el primer abordaje refiere llamarse Eminem, aunque según refirió, lo teletransportaron de un país de Europa en una nave espacial, aunque es oriundo de un planeta donde vive su padre y sus hermanos, teniendo actualmente miles de años. Exhibe una identidad que le dieron para poder vivir en este planeta, se observa su DNI, Alfredo, 32 años, ultimo domicilio en la costa atlántica.

Sostiene un discurso plagado de neologismos, polimorfo de tinte persecutorio y de perjuicio; ante la consulta de con qué podemos ayudarlo, refiere tener un chip en la cabeza y estar conectado con todos los elementos y aparatos electrónicos que hacen que este expuesto constantemente a todas las conversaciones, estando en ese momento visiblemente perturbado, sosteniendo que necesita la vacuna que apague el chip. Ante su descompensación y el riesgo que se evalúa, se convoca a same que al llegar al lugar y evaluar al paciente, decide trasladarlo al hospital de donde Alfredo se dará a la fuga.

En este caso se sostendrán meses de contactos asiduos hasta poder recabar la información filiatoria y dar con su hermana, quien lo habría estado buscando los últimos dos años. Alfredo habría sido diagnosticado con esquizofrenia infantil alre-

dedor de los 11 años, años después del fallecimiento de su padre y habría cursado diferentes internaciones psiquiátricas a partir de los 12 años, dándose a la fuga de su última internación en el hospital psiquiátrico Dr. Cabred (ex Colonia Open Door) hace dos años aproximadamente.

Dado el deterioro físico que el equipo empieza a observar en Alfredo y la proliferación de su descompensación psicótica llevándolo a situaciones de riesgo para sí y para terceros, se decide proceder, con la autorización de su hermana, al pedido judicial de traslado e internación psiquiátrica, internación que aun hoy continua su curso.

Respecto del equipo asistió a Alfredo a realizar su DNI, a renovar el Certificado de Discapacidad y a la revinculación familiar; dado que su hermana se mudó a la ciudad de Buenos Aires a fin de ocuparse y hacerse cargo de su hermano, con quien aún hoy está aprendiendo a vincularse.

Caso Javier

Se contacta a Javier en la entrada de uno de Coto en una zona muy concurrida de la ciudad, rodeado de sus pertenencias las cuales transportaba de un lado a otro dentro de una bolsa que ataba a un palo y llevaba colgando al hombro.

Al principio reticente a la presencia del equipo que luego irá aceptando e integrando a su cotidianeidad para rápidamente hacer un lazo terapéutico que reforzará su estabilidad psíquica y lo acompañara en el transcurso de varios años de abordaje.

Javier, de 48 años al primer contacto, estaba en calle hacia apenas algunos meses producto del alta recibido en el hospital Borda, luego de que cursara una internación por la descompensación de su patología de base: esquizofrenia paranoide, que según refirió, padecía hacia al menos 13 años. Dada la mala relación con su madre, decidió vivir en la calle, alternando días en un hotel ya que percibía un subsidio habitacional que no le alcanzaba para alquilar todo el mes en una pensión. Muy querido y ayudado por los vecinos de la zona, agradable al contacto, colaborador, siempre bien predispuesto, enseguida acepto la asistencia del equipo formando un vínculo terapéutico fuerte que lo acompañó en el proceso de reacomodamiento social y habitacional.

Siempre preparado para recibir la ayuda, Javier sostenía en calle su tratamiento psicofarmacológico, cumplía con la toma de la medicación psiquiátrica indicada, asistía a todos los turnos con su psiquiatra en el hospital Borda, en las ocasiones que estando en calle fue víctima de robo entre ello de su medicación, se acercaba al hospital y la solicitaba nuevamente. Entendí a que era esa manera la mejor para callar las voces que lo atormentaban. Gran nivel cultural, chef, había viajado por Europa en su época de juventud hasta su descompensación psicótica en Italia, de donde volvió regresar al país.

En el transcurso de los meses se lo acompañó a realizar todos los trámites para el amparo habitacional, en la búsqueda de una pensión y la mudanza a la misma. Logro acondicionar su habitación, realizar capacitaciones laborales, asistir a otros inquilinos de la pensión; sostiene aun hoy su tratamiento psiquiátrico sin necesidad de cursar nuevas internaciones (lleva 4 años siendo asistido por el equipo), alterno algunos desequilibrios que rápidamente fueron advertidos y tratados entre el equi-

po médico tratante y el equipo de acompañantes terapéuticos que lo asistía. Actualmente participa de diferentes instituciones, colabora con sus compañeros, sostiene su tratamiento y solo de vez en cuando sostiene contacto con el equipo, en las fechas festivas para saludar a quienes lo ayudaron a salir de la casa y a armar una vida mucho mas organizada y tranquila.

Intervenciones en el Campo Clínicos y Ejercicios para Responder

Recopilación: Prof. Daniel González- Psicólogo Social y AT

Paciente: Hernán

Edad: 15 años

Vive con: Verónica (su mamá), Esteban (el marido de la mamá) y sus hermanos mayores.

Prescripción: Internación en clínica psiquiátrica por espacio de 10 días.

Diagnóstico: Psicótico, con leve retraso madurativo, bulimia, ideas fijas y obsesivas, Trastorno Bipolar.

Llega a la clínica por orden de una jueza de menores porque cuando estuvo internado anteriormente la madre se lo llevó sin consentimiento médico, ella no le da la medicación en la casa como debería hacerlo.

Por otro lado, Hernán se había “caído” de la terraza para llamar la atención de su mamá.

Medicación: Clonazepan, Stelazine, Litio, refuerzo con Fenegan y a veces Halopidol.

Descripción: Se consigue estabilizarlo poco a poco pero los síntomas no se han revertido todavía como por ej. : preocupación con ideas fuera de lo normal, actos incongruentes y movimientos repetitivos y faltos de propósito, expresiones de emoción fuera de lugar, negligencia en su cuidado personal, falta de atracción a diferentes actividades, incapacidad de llevar un pensamiento a su conclusión, tendencia a asumir ciertas expresiones y/o manerismos, agresivo ante la imposibilidad de hacer lo que desea. detrás. De hecho, reaparecerá tres siglos más tarde. Lo que Foucault va a hacer es mostrar cómo se articulan a lo largo de la historia discursos diferentes sobre la locura con prácticas de encierro, de exclusión, mostrando que las concepciones de la locura cambian, y lo que hay detrás de cada una de ellas.

La “Stultifera Navis”, la Nave de los Locos, es un objeto nuevo que aparece en el mundo del Renacimiento: un barco que navega por los ríos de Renania y los canales flamencos. Los locos vagan en él a la deriva, expulsados de las ciudades. Son distribuidos en el espacio azaroso del agua (símbolo de purificación). La figura

del loco es importante en el siglo XV: es amenazador y ridículo, muestra la sinrazón del mundo y la pequeñez humana, recuerda el tema de la muerte, muestra a los humanos una alegoría de su final seguro. La demencia es una señal de que el final del mundo está cerca. El loco, en esta época, está vinculado a un saber oscuro.

Esta concepción va cambiando con el tiempo. En el mundo literario, la locura sirve de sátira moral: la presunción (el loco se da atributos que no posee), el castigo (la sinrazón le sobreviene por los excesos de la pasión), la verdad por la doble mentira... Se la empieza a considerar irónicamente, como un mundo de ilusiones, como una figura conocida y menos temible.

Poco a poco cambia el antiguo panorama amenazador del loco, su fluir una la barca incontrolada. El espacio del Hospital es crucial en este cambio; el loco es ya retenido entre las cosas y el mundo, y encerrado, a comienzos del siglo XVII. La experiencia clásica de la locura se está forjando. La locura está entre nosotros, dócil y visible.

CAPITULO II. EL GRAN ENCIERRO

La locura va a ser silenciada en la época clásica. En el siglo XVII se crean grandes internados. En ellos se mezclan locos, pobres, desocupados, mozos de correccional... En contra de lo que podemos pensar, el Hospital General (París) no tiene ninguna relación con lo médico; es una instancia de orden, de orden burgués y monárquico, vinculada a la justicia. Instituciones de encierro proliferan por toda Europa en esta época, la práctica del encierro se generaliza, animada por la condenación de la ociosidad (no por criterios de curación), por imperativos de trabajo. La patria de la locura será el confinamiento, a partir de estas prácticas de encierro.

Los desocupados y mendigos son también recluidos, con la novedad de que se extraerá de ellos trabajo productivo. Además de disimular la miseria social, se aprovechaba como mano de obra. El criterio de trabajo y de ociosidad justifica inicialmente el espacio de la reclusión. En la ley del trabajo hay una trascendencia ética; los locos son identificados con la ociosidad, con la inutilidad social. Pero sobre todo es el criterio moral el que anima esta condena: el taller de trabajo forzado es una institución moral, encargada de castigar una ausencia ética. El criterio de productividad desaparece a lo largo del siglo XVII para dejar al descubierto el carácter represivo de estas instituciones de encierro: la moral es aquí administrada, como en otros sitios el comercio o la economía.

La locura es percibida en relación a la pobreza, a la incapacidad para trabajar, a la falta de valores éticos. La Razón y la moral funcionan como criterio de exclusión, y van a fundamentar la práctica del confinamiento. La antigua libertad de la locura acaba en la edad clásica entre cuatro paredes.

CAPITULO III: LOS INSENSATOS

El espacio del correccional agrupa a licenciosos, blasfemos, libertinos, criminales, alienados... Todo esto es denominado sinrazón, pero dentro de este ámbito confuso se va diferenciando como algo específico la locura, los insensatos. De ellos se va a hacer un espectáculo público, con visitas organizadas. De toda la población amplia de la sinrazón, que era encerrada con secreto, con vergüenza, se hace excepción con los locos, y son mostrados.

La locura es señalada, marcada, como escándalo (no como enfermedad). Se la mira, como un animal de zoológico, como un objeto, algo no humano. El criterio de animalidad marca la locura en el siglo XVIII. Es el grado cero de la naturaleza

humana: el loco no es un enfermo, es un animal. Por tanto, la doma y el embrutecimiento son los métodos para su dominación. Las prácticas inhumanas de los internados (latigazos, palizas, encadenamientos, maltratos de toda índole) se justifican por esa libre animalidad de la locura, donde el hombre ya no existe.

También esto sirve de ejemplo moral: interesa señalar la locura como ejemplo de en qué puede convertirse el hombre inmoral, desde el punto de vista cristiano. Es una caída en lo animal, y por tanto el loco es culpable.

El fondo de la sinrazón es lo esencial para la época clásica a la hora de definir la locura, es el espacio que la hace posible. Es como si la Razón marcara el borde entre dos espacios: dentro están los hombres razonables; todo lo no racional queda excluido, fuera del mundo social, recluido en el asilo.

CAPITULO IV: FORMAS DE LA LOCURA

Aquí Foucault aborda las formas concretas en las que el pensamiento clásico (XVII y XVIII) ha conocido la locura.

I. Manía y melancolía.

La noción de melancolía en el siglo XVI estaba formada por ciertos síntomas, consistentes en todas las ideas delirantes que puede uno tener de sí mismo.

Se asignan tres AT, ha hablado dentro de lo que pudo bastante, pide todo el tiempo ver a su mamá, dice que su lugar es estar con su familia, tiene sentimientos de culpa, cuenta que ha sido manoseado por su hermana y la hija de su tía, que un hombre lo torturó.

Cuenta que vio escenas de sexo, que su mamá debe estar con él porque es la única que lo quiere y es la que le dio la vida, aparentemente podría haber abuso sexual.

Exige ciertas cosas (la comida, que lo vistan, que lo dejen solo, etc.)

En busca de la niña perdida

(Un caso de anorexia en la infancia)
por Lic. Gabriela Altaraz

—Abuelita, que boca tan grande tienes— dijo Caperucita.

El Lobo respondió: —Es para comerte mejor.

Y se abalanzó sobre ella.[1]

Particular es el encuentro que se produce entre un niño y un analista, y será afortunado cuando cierta verdad que se revela desnuda permita relanzar la apuesta a una ficción. En el pasaje inevitable por cuestiones de estructura, el sujeto atraviesa en muchas ocasiones situaciones de gran desamparo; singular encuentro con un Otro cuando se presenta amenazante, o con escaso registro de un deseo que sostenga al niño en posición de objeto causa del mismo. Deseo opaco que de alguna manera deberá, por un lado, develarse en los significantes que ese niño encarna en el tratamiento, y por otro, velarse cuando se presenta en su crudeza, dejándolo caer del escenario ficcional que la infancia requiere.

Eduardo Gluj dice, en una clase del seminario Las huellas de la infancia: «Es ne-

cesario que la verdad no vuelva sobre el sujeto, sino que en la infancia recaiga del lado parental. El campo de la infancia es correlativo a la responsabilidad del Otro, no hay responsabilidad que recaiga sobre el niño». En la paciente sobre la que trabajaré a continuación «la verdad, en tanto que parental, no recayó sobre la responsabilidad de los padres. Esta verdad se presenta como un retorno de lo reprimido de los padres que impide reconocer una respuesta lúdica y, del lado del niño, toma al cuerpo como respuesta, el cuerpo como consistencia. Entonces, o bien la respuesta al Otro se toma en el campo de la representación como campo de juego, o es el cuerpo el que es tomado en la respuesta» [2].

Propongo, entonces, un recorrido que permita pensar sobre algunas cuestiones que se plantean como ciertos padecimientos anoréxicos en la infancia, tomando el cuerpo como consistencia, como anudamiento en el que convergen las historias y los mandatos de las mujeres antecesoras de esta paciente.

Paciente y analista se encuentran y, si bien la dirección del tratamiento será responsabilidad de la segunda, habrá que ir siguiendo las migajas arrojadas en el bosque hasta llegar a la bruja y a la casa de chocolate, donde una niña aguarda ser encontrada.

La niña y la muerte
Avanza la parca noche
descansa detrás de un velo
los pies cubiertos de ojos
a las orillas de un cedro
Una niña la mira
los ojos de lagartija
la noche se esconde parca
los ojos de purpurina [3]

Conocí a Lila en la cama de un Hospital de Provincia, contaba con seis años de edad y pesaba 14,00 kg. Según diagnóstico médico: desnutrición grado II. La paciente se negaba al alimento y vomitaba la comida, tenía broncoespasmos, brotes alérgicos y un cabello larguísimo que llovía sobre su pequeña espalda. Sus padres no habían notado lo flaquita que estaba. Permaneció internada unos días y al irse de alta comenzó su tratamiento conmigo por Consultorios Externos.

La paciente tenía tres hermanos mayores, y hacía solo tres meses había llegado otro hijo a la familia. Lila, la única niña, había pronunciado una frase terrible que despertó el temor de sus padres: «Me quiero morir» le confió a su hermano, que la cuidaba en su lecho de enferma.

Lila vivió desde los dos meses y medio hasta los cinco años con sus abuelos paternos, quienes la cuidaban mientras su madre trabajaba. Ellos le daban «todos los gustos». La niña había tenido dos internaciones anteriores por broncoespasmos, y en una ocasión su padre casi la ahoga tratando de salvarla con respiración boca a boca. Su padre dirá que es caprichosa, la reina, única mujer, y que está muy celosa de su nuevo hermanito. Lila se ubicará para él como su debilidad, presentándose un poco gustosa, bocado tentador, reina y única mujer, una «nenitamante» según palabras de la niña.

Lila cuenta que tiene mucha memoria, y recuerda que cuando era chiquita una ola la arrastró hasta que pudo nadar a la orilla. Memoria, me moría, me quiero

morir una ola te puede asfixiar, te puede ahogar como un broncoespasmo. Ante la pregunta por el «¿Qué me quiere el Otro?», la niña responde con su propia desaparición.

Ciertas teorías sexuales comienzan a jugarse en el tratamiento, los niños vienen como caca, salen por el intestino, entonces los niños entran por la boca. Nace un niño intragable que es preciso vomitar: su nuevo hermano Roque le declara jaque mate a esta reina.

Su Majestad, la Tirana

Lo que se transmitirá de boca en boca entre madres e hijas serán... insultos Lila me insulta: «¿Qué tenés, mierda en la cabeza? ¿Sos tarada, nena? Dale, hace lo que te digo, imbécil, la puta que te parió». La boca como letrina. Lila se va de boca para hacerme mierda, mi lugar en el juego será entonces el de la pobre Cenicienta, y el suyo, desde luego, la malvada madrastra. Responderé a todos los reclamos, me quejaré lastimosamente de sus órdenes, la niña-madrastra me manda callar, no soporta mis lamentos.

Un abrir y cerrar de boca para vomitar cierto exceso que recae sobre ella, exceso que entrará en ficción y caerá sobre mí con toda la fuerza del odio, intentando

rechazar algo que viene del Otro y resulta indigerible. Su apellido — que contiene la palabra «amo» — desviará la ruta del amor y seguirá la vertiente del amo y el esclavo, el odio amo y señor, nena tirana.

En las sesiones surge el relato de un nuevo personaje muy querido para ella: su bisabuela está gravemente enferma de desnutrición. Lila desea irse con ella al más allá, «son carne y uña», según palabras aportadas por su madre. Cierta identificación al síntoma se revela encarnada en el cuerpo, como la uña a la piel. Nuevamente ante la pregunta «¿Puedes perderme?» la niña responde con su propia desaparición, cierta falta que no se inscribe como una presencia-ausencia, sino que marca su cuerpo, identificado al de su abuela, y la lanza a un más allá que la arrastra como una ola al fondo del mar.

Luego de largas sesiones de maltratos e insultos, digo enojada: «Yo así no juego más», y ese del-



gado límite que sostiene la ficción de la escena amenaza con quebrarse —no te sigo más el tren, no vamos juntas al más allá. Luego de algunos minutos de perplejidad y atisbos de irse del consultorio, el juego se reanuda. Momento de corte en el que la analista quiere patear el tablero, momentos que se presentan demasiado reales y que en esta oportunidad anoto a cuenta propia, pero que insistirán en el tratamiento, rasgaduras del juego donde el velo cae y lo angustioso aprieta el cuello. Huesos demasiado duros de roer y ni un queso a la vista para los ratones.

Entonces un día empezamos a jugar al muerto, jugarlo para no serlo, distancia entre el juego y lo real. Sesión tras sesión ella muere en accidentes terribles, toda ensangrentada. Lazos de sangre que ya no serán «pactos de sangre hasta que la muerte los separe». Algo empieza a separarse, a ser diferencia.

El pez por la boca muere
Ni salmón, ni caviar

Un día entra y se pega a la puerta con la boca abierta, entonces me doy cuenta de que es un pez que tengo que pescar para que entre al consultorio. Cierra y abre la boca intermitentemente, no puedo pescarla, pongo una lombriz y se la come junto con mi caña, después me come entera, luego a mí y a mi hija. Nos come, nos mastica y nos escupe. Así como hace la ballena de Pinocho, nos escupe; maltrechas, pero enteras. De pronto ya no es más un pez, ahora es un tiburón, el proceso de caza y digestión se repite. Tragar al otro, identificación oral: que el otro sea digerible de alguna forma, no tiburón que la destroza y se la come. En el lugar de la escena de una madre dando la papilla a su hija aparece un tiburón que la hace puré. La niña es ofrecida como alimento para un Otro que, en vez de mostrar su cara amable, muestra los dientes.

Entonces, como por arte de magia, el pescado se convierte en un pajarito malherido. El pajarito introduce la vía del amor en el tratamiento, un personaje bueno que ayuda a los niños enfermos y reparte comida a los niños pobres, un dechado de bondad, un alma caritativa que se apiada de los otros. De todos modos, no hay que ilusionarse: si bien el vuelo de los pájaros anuncia la llegada de la estación del amor, muchos inviernos crudos habrá que pasar aún.

En la cocina familiar se paga por la comida
Érase un buitre que me picoteaba los pies.

Ya había desgarrado los zapatos y las medias y ahora me picoteaba los pies.

Siempre tiraba un picotazo, volaba en círculos inquietos alrededor y luego proseguía la obra.

De repente vi que había comprendido todo:

voló un poco, retrocedió para lograr el ímpetu necesario y, como un atleta que arroja la jabalina, encajó el pico en mi boca, profundamente.

Al caer de espaldas sentí como una liberación; que, en mi sangre, que colmaba todas las profundidades y que inundaba todas las riberas, el buitre irreparablemente se ahogaba. [4]

El pequeño pececito, que había comenzado a tomar clases de natación, un día falta a sesión. La vez siguiente me encuentro una niña con el ojo violeta debido a una caída contra un ladrillo. Su madre ya no la lleva a natación, y está faltando al colegio porque llora mucho. Sus padres pusieron un negocio de comidas —«A mí me hacen trabajar, lavar la lechuga y los morrones», dirá Lila—, y su hermano Gustavo ya no pertenece a la familia, debido a una pelea familiar.

Las escenas de juego continúan explorando la vertiente del amor, y el regalo como don de amor empieza a aparecer en escena: ella muere en un accidente por amor a un compañero de escuela, un esposo le hace regalos costosos a su mujer e hija, ella tiene un restaurant y me regala comida en agradecimiento y amistad. Las escenas entre madre e hija toman peso en el tratamiento: a la accidentada siempre la cuida otro, pero nunca su madre, quien decide abandonarla en varias oportunidades y, en un momento de mucha tensión en que la hija ha sido arrollada por un tren, su madre pasa a su lado sin siquiera mirarla. ¿Para qué ofrecer la vida, entonces? ¿Para qué darse la cabeza contra un ladrillo? El sacrificio de amor pone a prueba a un Otro que parece no registrarla: ni el ojo morado, ni la cara hinchada. En el dejar de comer se confunden la lógica de la demanda con la necesidad, circuito del hambre que, en la entrada al lenguaje, se equivoca siempre como demanda de amor, demanda de alimento que el Otro brinda. Pero este Otro no brinda, sino más bien escupe, vomita. Este Otro no da nada, es mezquino: «Para comer hay que trabajar». Y, ante este Otro que a veces la mira y a veces no, Lila hace su huelga de hambre como forma de pescarlo.

Los lazos familiares parecen cortarse con facilidad y, repentinamente, uno se puede quedar afuera. Grandes problemas con una herencia amenazan con dejar a su familia en la calle. «No hay casa ni comida», entonces Lila no come. Una vez más, el don de amor por la vía del sacrificio.

“Serás la madre de tus nietos, o no serás madre”

Madres, hijas, prostitutas, mujeres

Aserrín, aserrán,

los maderos de San Juan,

Piden pan, no les dan,

Piden queso, les dan hueso

y les cortan el pescuezo. [5]

Al contar su historia, la madre de Lila, Amanda, cuenta la historia de las mujeres de esa familia. Una frase insistirá a lo largo de las entrevistas: «Yo nunca fui madre». De pequeña había sido criada por su abuela paterna quien, cuando su nieta creció, le cobraba el alquiler y los impuestos de la casilla donde vivía. La madre de Amanda, que nunca se ocupó de ella, sin embargo, crio a todos sus nietos. A los seis años de edad, Amanda fue objeto de abusos por parte de unos primos y, al enterarse, su madre la acusó de haberlos provocado.

Su padre, un rico comerciante del negocio alimentario, trataba a su única hija mujer como a una reina. El hombre padecía una diabetes infanto-juvenil y, en sus últimos años, se había dado la gran vida, descuidándose por completo hasta encontrar la muerte, que puso un freno a tanto despilfarro. En sus tiempos de juerga llevaba a su hija a recorrer la noche y, en esas salidas, se encontraba con diversas mujeres. Una vez fallecido el padre, la madre fundió el negocio de comidas. Era éste, pues, un padre que ubicaba a su hija como mujer, cómplice de sus amores y encargada de sus negocios, desplazando a su esposa de ese lugar. Nuevamente aparece «una reina para mi padre».

Amanda, quien encuentra un gran parecido con su hija por lo manejadora y lo brusca, cuenta que de niña sólo tenía juguetes de varón, y que su madre siempre

le decía que si una es madre no debe ser mujer. Por eso, desde que nació Lila ella ya no usa polleras ni se pinta.

Luego de este relato cabría preguntarse dónde está la niña. La infancia ha sido borrada de un plumazo tras peticiones, por parte de sus mayores, de ser un niño o una mujer mandona y provocadora. Un día, Lila trae maquillaje para pintarnos, y confiesa que su madre la acusa de pintarse como una puerta —¿o como una puta? En su trabajo sobre la dirección de la cura en el psicoanálisis con niños, Liliana Cazuñaba se apoya en Freud y Lacan para explicar las posibles salidas del Complejo de Edipo en la mujer, y el lugar que han tenido las mismas a lo largo de la historia: «Dos caminos se presentan para una mujer, dividiéndola en su deseo y con respecto a su goce: el de la mujer y el de la madre.

» El niño ocupa para la madre el lugar de causa de deseo. Es el tapón de su feminidad que está en relación con el goce femenino más allá del falo. [...] En la Antigüedad greco-romana las madres-esposas estaban lado fálico, excluidas del lugar de la posición femenina en relación al objeto causa y en relación al goce femenino, quedando las prostitutas en el lugar del goce sexual y excluidas del estatuto subjetivo. El discurso cristiano instituye el estatuto subjetivo de la mujer y el niño intentando ligar la mujer toda al falo por la vía de la maternidad pretendiendo así subsumir la mujer a la madre, eliminando la disyunción madre-puta e intentando que el goce femenino esté en falta, eliminar a la mujer del lugar del objeto causa del deseo». [6] Dos mandatos dejan a Amanda sin salida: «Serás la madre de tus nietos» y «Si eres madre, mujer será tu hija». Ni madre, ni mujer: el lugar de mujer es equiparado a una prostituta. Hay aquí una encerrona de estos mandatos maternos que se transmitirán de mujer a mujer, de madre a madre, de abuela a nieta. Por eso Amanda, al concebir a Lila, deja a su esposo e hija por un tiempo para irse con otro hombre, en una última aventura como mujer antes de tener que cederle este lugar a su hija, la nenitamante. Se trata, pues, de identificarse a una abuela porque falta una madre, madreabuela, mujeres que se sacan los ojos y se mezquinan hasta lo que no tienen.

La cuestión será, entonces, sostener a una madre que pueda ser madre de su hija, y a una hija que pueda ser niña y no mujer o prostituta, intentando cubrir —con el delicado velo del «toque femenino»— cierta transmisión entre mujeres que queda cortada, mujeres mezquinas que no se regalan nada, todo se lo cobran, aunque haya que pagar con la vida.

Pregunto a Amanda quién le enseñó a cocinar, ya que es ella la que, tomando la posta de su padre, retoma el negocio familiar vendiendo comida con su esposo: «Nadie me enseñó, aprendí sola. Mi abuela me dijo: “Ahí tenés las ollas, ahí tenés la comida. Arréglate”». Entonces pido a Amanda que me pase las recetas de unas tortas. Su voz y su cara se transforman al contarme trucos y detalles para que la comida salga más elegante, mientras su hija escribe grande en un corazón lo mucho que me quiere.

Ante la promesa de enviarme una torta la semana siguiente, espero ansiosa la próxima sesión. Pero entre estas mujeres nada es gratis, y la torta llega con un mensaje, supuestamente avergonzado, de su hija, quien me pide un peso a cambio de la misma. Pagar por la comida, pagar con un peso, pedido materno que se traslada en transferencia de Lila a mi persona. Entonces equivoco el mensaje, y le envié una nota de agradecimiento por semejante regalo.

En esta lógica materna que la hija trae, y según la cual todo se paga, la vida se debe, pero no como deuda de filiación que se pagará con la generación siguiente como modo de transmisión del linaje. Cierta inversión impone a los hijos pagar a los padres —con un peso, con el cuerpo, con una vida. «Amar es dar lo que no se tiene», frase que supone una falta en juego, que estas madres taponan al imponer condiciones.

Punto de cocción

Y si de escribir se trata, Lila me escribe el mensaje de su madre en una hoja, escribe corazones donde habla del amor, Amanda me escribe recetas de cocina y yo pienso en escribir este caso luego de una supervisión en donde la escritura se plantea como un camino posible ante esos “huesos duros de roer” —intragables— del Otro. Y así también se escribe algo que está ausente, algo que falta, que da vergüenza: se escribe para producir alguna otra cosa.

Se obtiene el punto de cocción cuando la comida llega a su temperatura justa. Este tratamiento aún no la ha alcanzado, ya que continúa en curso. Todavía la analista sigue recogiendo las migajas que conducen a la casa de chocolate y tratando de seguir a la niña, que en algunas ocasiones se oculta en los bosques, pero ya no solamente con las brujas, a veces también con las hadas.

Concluyo recordando aquel libro, Como agua para chocolate, libro de recetas de cocina que se transmiten de generación en generación, y que permite que algo entre esas mujeres pueda ser donado, algún dulce para cubrir la amargura.

Trabajo presentado en las III Jornadas de la Residencia de Psicopatología del Hospital.

Paciente: Juana

Edad: 31 años.

Dispositivo: Paciente Ambulatorio.

Diagnóstico: Indeterminado.

Se recibe un llamado telefónico en la institución de una psicóloga que quiere saber sobre acompañamiento terapéutico para una paciente que ella atiende, dice que la paciente tiene 31 años, vive sola, los padres están alejados, el padre solo envía dinero para la manutención y gastos de la paciente, dice que solo “la tiene a ella”. La paciente aparentemente tiene conductas compulsivas, come tortas y helados sin control, esto le ocasiona problemas intestinales, además, se deprime, no sale de su casa, llama permanentemente a la psicóloga (hasta 4 y 5 veces por día), también llama varias veces a la psiquiatra. No se sabe con exactitud si toma o no la medicación correctamente. La paciente ha tenido 15 años de tratamiento psicoterapéutico y ha tenido además dos equipos terapéuticos de acompañamiento. (Estos acompañamientos según la psicóloga han fracasado). Comenta que la paciente es muy competitiva, que el AT debe ser de sexo femenino y joven porque de otra manera rechazaría el acompañamiento.

Convenimos en una reunión en la institución con la psicóloga y con la psiquiatra que también atiende a esta paciente. Se estipulan dos reuniones, en la primera acude una AT de la institución a la cual se le presenta el caso, la AT desiste de tomar el acompañamiento arguyendo no poder acompañar a un caso que percibe como grave. En la segunda reunión acuden otras dos AT, en esta reunión partici-

pan; la psicóloga, la psiquiatra, el coordinador de AT de la institución y las dos AT. La psicóloga dice estar desbordada por la situación, que no puede sostener a una paciente que es demasiado demandante, que antes de indicar una internación prefiere poner AT para contener a la paciente. Hace muchas preguntas por los antecedentes de las AT y dice que no comenten a la paciente que trabajan en el Borda, tampoco si tienen hijos o no. Que hay que tener mucho cuidado porque la paciente es muy sensible.

Se acuerda que una de las AT comience el acompañamiento en la semana y que se programen los horarios necesarios. Hay desacuerdos desde la institución con la psicóloga en la modalidad de conducir el tratamiento, también sobre algunos aspectos de la medicación indicada por la psiquiatra, de todas maneras, se intentará comenzar a trabajar conjuntamente para evaluar las posibilidades de que el AT sea el recurso indicado para esta paciente.

Relato de la AT de los dos días de acompañamiento

Día Martes 2/10/14, de 17:45 a 20:35 horas.

Concurrimos al departamento de la paciente junto con su psicóloga que la presenta con palabras tales como "esta chiquitita necesita que la cuiden, la protejan, la mimen con mucha dulzura".

El lugar está colmado de muñecos peluches, en los muebles, en la mesa, sobre el piano, los de mayor tamaño están sentados como en una salita de jardín de infantes, hay recipientes con elementos para dibujar, pintar, leer, hay también elementos de cotillón. En el balcón hay una casita de juegos, hay bandejas y vasos como para un picnic. Todas las plantas y las flores que hay en el departamento son artificiales. Las paredes están cubiertas de fotografías de la paciente, en la playa con pareos, sombreros, y en todas se encuentra sola, hay otras fotos en las que no está sola, se encuentra con ropa de maestra de jardín de infantes acompañada por niños. También hay muchos carteles con dedicatorias para la paciente de sus alumnos.

La paciente relata que tiene un alumno de inglés pero que se lamenta que el fin de semana largo no estará. Cuelga mi abrigo y cartera en el perchero, digo que tengo uno igual y también con sombreros similares, me relata de qué manera llegó allí el perchero y donde compró uno de los sombreros. Pide disculpas por la falta de limpieza, pero no quiere que nadie lo haga, por lo delicada que son sus cosas, si bien tiene una persona para que realice la limpieza y mantenimiento, también pide disculpas por tener que ir al baño muy seguido.

La radio se encuentra permanentemente encendida en "Milenio". Menciona a su hermana que "siempre hacía todo bien", "nunca dio problemas", en cambio ella "desde pequeña fue atendida por psicólogos y psicoterapeutas". Habla de "Reina en colores", sobre música, canciones, bailes, muestra cassettes antes de una de sus idas al baño, nos deja un cassette que es parte de una sesión con su psicóloga (en la que ella canta una canción) y nos dedica una canción con todo un saludo especial.

Continúa la conversación, llega la médica psiquiatra, comienzan los desacuerdos entre la psiquiatra y la psicóloga ante la paciente que se muestra disgustada, dice: "no peleen". La paciente va nuevamente al baño, pasado un tiempo la psicóloga va al dormitorio porque escucha llorar a la paciente, se queda con ella. Al rato

regresan, la paciente comenta que se encuentra muy movilizada, que la angustia muchos cambios: comenzar nuevamente con el acompañamiento, concurrir a los grupos XX que le recuerdan a ALCO. Hace muchas preguntas sobre mi disponibilidad de horarios, como encontrarme en distintos horarios, si por la noche tiene una compulsión y necesita llamarme. Explico que sería conveniente establecer horarios para el acompañamiento, que también puede ser por la noche y que solo ante emergencias estaría dispuesta a trasladarme en horarios distintos, si no ya sería otro tipo de acompañamiento.

La paciente hace referencia a que no duerme por la noche, que se angustia y pide una torta por teléfono, luego tiene problemas intestinales, me pide mi teléfono, reitero que el mensaje del contestador está grabado por mi hijo, que tengo otras actividades, que establecer los tiempos del acompañamiento es necesario para instalar un orden. Convenimos que el día jueves a las 18 horas sería el próximo acompañamiento para concurrir al grupo XX. Nos retiramos con la psicóloga, al momento de despedirnos la paciente permanece en el ascensor y no deja que subamos para irnos, luego de abrazos y besos nos vamos, desde el portero continúa con las despedidas.

Día Jueves 4/10/14 de 18 a 22 horas.

La paciente me recibe muy deprimida, en camisón, dice que no va a ir al grupo XX por haber tenido una compulsión y comerse una torta por la noche y helado, se encuentra descompuesta, con problemas intestinales, no tiene fuerzas, se la ve pálida y sin voluntad, trata de justificarse por su apariencia. Se sienta a conversar, pero luego se va a recostar, dice que se había esforzado por no dormirse para abrirme la puerta, dice que todo lo nuevo le ocasiona gran exigencia. Miramos y leemos algo de literatura del grupo al que iba a concurrir, dice: "lástima que se reúnen un solo día", le comento que hay otros lugares a los que puede concurrir, pero no acepta la sugerencia, convenimos que la próxima semana la acompañaré. Vemos revistas, me invita a leerlas mientras esté recostada, también me lleva a la cocina, dice que la heladera está a mi disposición, pensamos que, si el domingo está lindo saldremos por tarde.

Señala que en otros acompañamientos ella se exigía mucho, que ahora va a ser ella tal cual. Se va a recostar diciendo que en otro momento me mostrará el resto del departamento. Enciende todas las luces que restaban, permanece cerca de dos horas recostada, al escuchar movimientos voy a su habitación, me dice que tome asiento, agrega que no tomó la medicación de la tarde, intervengo sobre la necesidad de tomar la medicación y que la puedo esperar a que coma algo y tome la medicación, dice que no, que cuando me vaya pide comida por teléfono y después toma la medicación.

Recibe la llamada de su psicóloga que estaba al tanto de lo ocurrido, la paciente relata sobre mi permanencia allí, lo conversado, lo realizado, que ya me voy y que le dejé una reflexión. La dejo conversar y me retiro al living, una vez que corta regreso, hablamos que en el día de mañana tenía que concurrir a las 15:30 al consultorio de su psicóloga y señala "que suerte que es por la tarde", que le dará tiempo para estar mejor, espera que sea un mejor día, que no llueva. Dice que me va a necesitar recién el fin de semana, en especial el domingo, hablamos de películas, paseos, etc. Nos despedimos con un beso y un abrazo.

El día sábado la paciente llama a la AT y le deja un mensaje en el contestador, diciendo que no la va a necesitar para el fin de semana, que en realidad no necesita más el acompañamiento.

Ante la falta de comunicación de la psicóloga (responsable del tratamiento de la paciente) ese día, el día domingo, el lunes y el martes, el coordinador se comunica con la psicóloga el martes a la noche para informarse de la posición de esta profesional ante la conducta de la paciente y los motivos de la finalización abrupta del acompañamiento.

La psicóloga argumenta que la AT ha deslizado en sus comentarios con la paciente situaciones de su vida particular que la perjudican. Que la paciente no está preparada para escuchar situaciones familiares de la AT porque su vida familiar (la de la paciente) es muy angustiante.

Preguntas

¿Quién realmente lleva a delante el tratamiento de Juana, ¿se trabaja en equipo?

¿Se puede trabajar con un Paciente sin Diagnostico?

¿El AT, hace bien en retirarse del Acompañamiento?

Paciente: Sebastián

Edad: 16 años.

Dispositivo: Internación en Clínica Privada.

Diagnóstico: Esquizofrenia.

El paciente necesita un acompañamiento con urgencia ya que su acompañante habitual no podía realizar su tarea por un inconveniente que tuvo a último momento. En remplazo va una AT quien es advertida sobre el padre de Sebastián como un padre enigmáticamente anómalo.

Cuando la AT llega a la institución a buscar al paciente la psiquiatra de guardia también le hace una advertencia parecida (enigmática) en relación al padre del paciente.

El acompañamiento consistía en ir hasta la casa del padre, quien vive con la hermana de Sebastián, a festejar el cumpleaños de la recién mencionada.

Sebastián es mayor que su hermana y la primera internación que tiene el paciente es por violencia hacia la misma. (Tengamos en cuenta que el único dato que tiene la AT es sobre el padre de Sebastián).

El paciente es internado por episodios de violencia con el padre. Sus padres están separados, pero ninguno tiene sobre el paciente la potestad. La situación legal del paciente es presentada a la AT confusamente.

El paciente sale de la clínica en un ritmo bastante apresurado, manifiesta ansiedad, se encuentra hiperkinético, con tics, fuma muy rígidamente, cuenta en el camino que es hincha de independiente y que ese día era el cumpleaños de hermana.

Al llegar a la casa el padre es quien recibe a la AT, Sebastián se dirige a la cocina reclamándole a su hermana porque no había invitados a la fiesta como el año anterior. Sebastián además se encuentra con la señora que los crio y se pone a conversar.

El padre del paciente comienza a hablarle a la AT y dice: "Señorita, déjelo a Sebastián porque él quiere reencontrarse con la familia...le quiero hacer una pregunta, porque yo soy doctor en derecho y profesor en filosofía. ¿Usted a qué se dedica?". (La acompañante le dice que es psicóloga y que se dedica a su profesión) "...y dígame, ¿Le interesa la filosofía?" (La AT le contesta que sí e inmediatamente el padre le pregunta sobre autores que la acompañante responde sobre uno en especial).

La acompañante se dirige hacia donde estaba el paciente, el padre la sigue y le dice: "Señorita, venga conmigo". (El padre insiste con el reencuentro de Sebastián con la familia)

La AT se dirige al living de la casa donde minuciosamente el padre de Sebastián comienza a halagarla, es así que le dice: "Señorita, ¿Es de descendencia italiana? Es muy notable porque tiene usted una belleza muy parecida a la de Sofía Lorenz, sobre todo por su boca..."

La AT no hace acotación a los comentarios que provenían del padre del paciente, mientras Sebastián se mostraba molesto ante la actitud de su padre. La AT nota que cualquier acercamiento al paciente es entorpecido por su padre, decide entonces quedarse en el living con el padre sin hacer acotaciones a los enormes halagos que éste profería a la AT.

La AT señala que el paciente dice en un momento "no tendría que haber venido una AT mujer". La AT detecta elementos paranoicos en el discurso del padre y actitudes con rasgos psicopáticos.

Preguntas

¿La AT cuenta con información indispensable para realizar el acompañamiento, con qué información debería contar?

¿Qué piensa de la conducta de la AT durante el acompañamiento?

¿Por qué cree que la acompañante toma como estrategia quedarse con el padre del paciente?

¿Cómo intervendría en el caso de realizar este acompañamiento?

Paciente: Rafael

Edad: 54 años

Dispositivo: Casa medio camino, institución privada

Diagnóstico: Paranoia

El paciente estaba en la institución hacía dos años, comienza a tener una actitud querellante hacia la misma cada vez con mayor intensidad. Decía que lo único bueno de la institución eran: su psicoanalista y la AT X. En relación a la acompañante, cada vez que ésta tomaba la guardia Rafael comenzaba a decirle lo hermosa

que era y seguía con la insistencia que ella y su psicoanalista eran lo único rescatable de la institución que jamás lo defraudarían. El enamoramiento masivo hacia la AT era cada vez menos controlable, esto se comunica en la reunión de equipo y no se le da mayor importancia. El paciente solía decirle a la AT: "Sos mi azúcar para mi café con leche, sos mi pedacito de carne tierna"

También le comentaba a otra AT que a él le gustaba la carne fresca para comerla como la de la AT X que era joven y tierna. Rafael dejaba de perseguir a la AT X diciéndole: "Voy a colgar una foto tuya en mi habitación como si fueras Marilyn Monroe". La AT insiste en éste punto en las reuniones de equipo y se minimiza el comentario ya se veía imprescindible pensar en éste paciente como querellante. En una guardia de la AT X, que no deja de querellar cada cosa que se le atravesaba en su camino, le hace un comentario sobre el General Perón a lo cual la AT le dice sobre ese comentario si le parecía que eso era de ese modo, ante esta acotación el paciente comienza a decirle que no podía creer que ella lo defraudara de esta manera y que era tan "mierda" como los demás (el resto de los integrantes de la institución), los gritos eran cada vez más feroces y el paciente estaba cada vez más cerca de la AT, dos pacientes que miraban la escena se quedaron atónitos, la AT no decía nada y el paciente la seguía enfrentando cada vez más de cerca y con querellas que la implicaban en un pasaje rotundo AMOR-ODIO. La AT de inmediato se encontró acorralada en una esquina del comedor de la institución, el paciente rozaba la cara de la AT con una agresión verbal que pronto sería acto, la AT se corrió de ese lugar y de inmediato se dirigió a llamar al director de la institución. Con el corrimiento físico de la AT se evitó el acto agresivo del paciente.

Preguntas

¿Cómo es la postura institucional en este caso?

¿Cómo actuó la AT durante el acompañamiento?

¿Cómo actuó AT en el momento de la agresión?

Paciente: Octavio

Edad: 60 años

Dispositivo: Internación Psiquiátrica

Diagnóstico: Paranoia

El paciente sale de la institución, en la cual hace varios meses que está, con la AT con quien hace bastante tiempo viene trabajando. Octavio siempre pide a la AT para salidas en las cuales debería hacer diferentes trámites que terminan siempre en invitaciones a café por parte del paciente en donde él comienza a relatarle a la AT cosas sobre su vida en general, hasta compara la escucha de la AT con la de su terapeuta a quien tildaba de muy eficiente. En uno de los acompañamientos y en una de las invitaciones a tomar un café, el paciente cuenta que él hace firmar recetas a doctores amigos para comprar el fármaco X, sin el cual su vida sería bastante insoportable, y dice que confía en que la acompañante no dirá nada, inmediatamente ingiere una de éstas pastillas "imprescindibles" para su vida.

Preguntas

¿Se le advierte al paciente que su acción será comunicada a la institución?

¿Se transmite a la institución sin decirle nada al paciente?

¿Se oculta esta “confesión” del paciente?

Paciente: Raquel

Edad: 31 años

Dispositivo: Tratamiento Ambulatorio

Diagnóstico: Histeria

La paciente luego de una breve internación es autorizada por su analista a un acompañamiento domiciliario. Así cuatro AT trabajan para el tratamiento ambulatorio con la paciente. Con uno de los AT comienza a tener, como bien decía ella, afinidad. Este AT la empieza a aconsejar en diferentes temas en relación a su estética, como, por ejemplo, comienza a referirse al corte de cabello que se debería hacer y a distinta ropa que Raquel debería usar para verse mejor. La paciente comienza a decirle al AT que tanto le gustaba su persona y el AT seguía con la misma táctica, apuntando siempre a la estética de Raquel. Un día mientras éste AT trabajaba con Raquel ella dice que estaba enamorada de él e inmediatamente se arroja sobre el AT queriéndolo besar.

Preguntas

¿Por qué cree que la paciente llegó a esa situación?

¿Qué debería haber hecho el AT?

Cpsa

Filmoteca

Películas

Recopilación:
Lic. Mariano Iusim

Esquizofrenia paranoide

El club de la pelea (1999)
Una mente brillante (2001)
La isla siniestra (2010)

Esquizofrenia

Psicosis (1960)
Lars y una chica real (2007)
El solista (2009)
Esquizofrenia (personalidades múltiples)
Irene, yo y mi otro yo (2000)
Fragmentado (2017)

Depresión

Melancolía (2011)
Las ventajas de ser invisible (2012)
Psicosis maníaco depresiva
Mr. Jones (1993)
El lado luminoso de la vida (2012)
Afecciones psicósomáticas (cáncer)
Las invasiones bárbaras (2003)
Truman (2015)
Biutiful (2010)
50/50 (2011)

Discapacidad mental

¿A quién ama Gilbert Grape? (1993)
Forrest Gump (1994)
Yo soy Sam (2001)

Anorexia

Por amor a Nancy (1994)
Malos hábitos (2007)
El cisne negro (2010)
Hasta los huesos (2017)

Autismo

Rain Man (1988)
Temple Grandin (2010)
El faro de las orcas (2016)

Neurosis Traumáticas

El príncipe de las mareas (1991)
Precious (2009)

Perversión

Saló, o los 120 días de Sodoma (1975)
Crash (1996)
Audición (1999)
Irreversible (2002)

Fobias

Open wáter (2003)
It (2017)

Adicciones

Leaving las Vegas (1995)
Trainspotting (1996)
Réquiem por un sueño (2000)
Beautiful boy (2018)

Métodos de la psiquiatría clásica

Atrapado sin salida (1975)
Nise: El corazón de la locura (2015)

Disponibles en Netflix

Toc Toc

Un grupo de pacientes con TOC espera a que llegue su médico en su vuelo retrasado, lo que los obliga a soportar sus respectivas manías.

Psicópata

El asesino es dueño de una tienda de maniquíes (lo que lo hace más raro aún) y se dedica a seguir a bellas mujeres para asesinarlas y luego arrancarles el cabello con el argumento de que es la única parte del ser humano que dura para siempre.

Series

*Recopilación: Prof. Daniel González
Psicólogo Social A.T.*

Cpsa

**Series recomendadas sobre la temática
de Psicopatologías**

Series de la Plataforma de NETFLIX

1- SOY UN ASESINO

Vivir con las consecuencias

Serie documental de 10 capítulos de asesinos ya condenados, muy buenas entrevistas.

Escalofriantes detalles contados por los asesinos.

2- Dirty John (la sucia verdad)

Serie de 8 capítulos. Un sociópata muy peligroso, mintió, manipulo y con letales consecuencias. Los monstruos existen en los cuentos de niños, pero en la vida real también.

3- En la mente Criminal

Solo 4 capítulos, uno mejor que el otro.

Asesinos seriales, secuestros, líderes de culto y capos de carteles de la droga. Criminólogos, forenses y expertos en neurología opinan sobre lo que motiva a los asesinos seriales y sobre lo que predispone a ciertas personas a convertirse en homicidas.

4- ASESINO SERIAL con Piers Morgan

Solo 3 episodios, en forma magnífica son las entrevistas, se puede comprobar el comportamiento psicópata. Los 3 sentenciados a muerte o condena perpetua. A través de varias entrevistas en prisión se repasa los crímenes de tres asesinos y se profundiza en sus motivos, se lo confronta con las pruebas.

5- Dexter

Michael C. Hall es el protagonista de la serie que lleva por nombre: Dexter. Sin duda es una de las mejores series que podrías encontrar en Netflix sobre asesinos seriales, pues narra la historia de un hombre que de niño presencié un suceso sumamente traumante, el cual le dejó muchísima sed de matar.

Al presentar algunos indicios sobre su gusto por matar, su padre le enseña códigos para que pueda canalizar su espíritu asesino ante el bien. Por ende, Dexter sólo se enfoca a matar a criminales, se adelanta a la policía para poder hacerlo, pero no le preocupa realmente el bien o el mal, ni lo hace por justicia.

6- Psicópata

El asesino es dueño de una tienda de maniqués (lo que lo hace más raro aún) y se dedica a seguir a bellas mujeres para asesinarlas y luego arrancarles el cabello con el argumento de que es la única parte del ser humano que dura para siempre.

7- Hannibal 3 Temporadas.

Un brillante agente del FBI. Un psicólogo genial. Ambos cazan asesinos en series. Uno oculta un pasatiempo truculento.

8- Bates Motel

Norman Bates es un chico de 17 años, inteligente, reservado, tímido y en ocasiones divertido. Tiene un lazo súper profundo y cercano con su madre Norma Bates y todo comienza cuando involuntariamente se mudan de ciudad. Poco a poco se va convirtiendo en el icónico Norman Bates representado en la popular película de Psicosis dirigida por Alfred Hitchcock.

Estimado/a. Acompañante Terapéutico y Estudiantes, si te tomaste estos minutos para leer todos los casos clínicos más las Viñetas, queremos de Corazón agradecer, por tu implicancia y esfuerzo en mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen alguna patología o trastorno.

Gracias por tu compromiso en esta hermosa Profesión.

Prof. Daniel González- Psicólogo Social- AT
Lic. Mariano Lusim- Psicólogo.



Centro
PsicoSocial
Argentino

E-Mail: elcentroargentino@yahoo.com

Whatsapp: 011-4970-5299