



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología**

**Psicoanálisis Multifamiliar en el proceso  
terapéutico del paciente psicótico. Propuesta del  
Dr. Jorge García Badaracco**

Nº 427

Corina Pryor

Tutor: Antonio Virgillo

**Departamento de Investigaciones**  
Octubre 2010



## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Parte I: Actualización clínica de la psicosis .....</b>	<b>7</b>
Capítulo 1. Introducción a la psicosis .....	7
1.1. Pérdida de la realidad.....	7
1.2. Naturaleza de la patología de la psicosis .....	7
1.3. Labilidad yoica .....	7
Capítulo 2: Caracterización de los trastornos psicóticos según el DSM-IV-TR .....	8
2.1. Criterios diagnósticos:Actualización de los sistemas de Clasificación.....	8
2.2. Trastornos psicóticos .....	9
2.2.1. Trastorno esquizofreniforme.....	9
2.2.2. Trastorn esquizoafectivo.....	10
2.2.3. Trastorno delirante .....	11
2.2.4. Trastorno psicótico compartido (folie a deux).....	14
2.2.5. Trastorno psicótico breve.....	14
2.2.6. Esquizofrenia .....	15
2.2.6.1. Subtipos de esquizofrenia .....	18
2.2.6.1.1. Esquizofrenia paranoide.....	18
2.2.6.1.2. Esquizofrenia desorganizada (Hebefrenia) .....	18
2.2.6.1.3. Esquizofrenia catatónica .....	18
2.2.6.1.4 Esquizofrenia indiferenciada o simple .....	19
2.2.6.1.5. Esquizofrenia residual .....	19
2.2.7. Trastorno psicótico no especificado .....	20
2.2.8. Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica.....	20
2.2.9. Trastorno psicótico inducido por sustancias .....	21
Capítulo 3: Farmacología antipsicótica.....	23
<b>Parte II: Psicoanálisis multifamiliar en el proceso terapéutico del paciente psicótico .....</b>	<b>24</b>
Capítulo 1: Algunos puntos de la teoría freudiana y su relación con la familia.....	24
Capítulo 2: Familia y enfermedad mental .....	25
Capítulo 3: Antecedentes históricos de las terapias de grupo: inclusión de la dimensión familiar ..	25
Capítulo 4: Qué es el Psicoanálisis Multifamiliar .....	26
Capítulo 5: Trabajando con pacientes graves .....	27
Capítulo 6: Los delirios .....	28
Capítulo 7: La función de la familia como contexto real de crecimiento psicológico de los individuos .....	29
Capítulo 8: Las identificaciones .....	30
Capítulo 9: La transferencia psicótica.....	31
Capítulo 10: La capacidad potencial implicada en la virtualidad sana.....	32
Capítulo 11: El poder enfermante de los otros en nosotros.....	33
Capítulo 12: El proceso terapéutico como redesarrollo en un contexto de estructura familiar.....	33
Capítulo 13: Concepto de cambio psíquico .....	35
Capítulo 14: La técnica .....	36
Capítulo 15: Especificidad del trabajo psicoanalítico en el contexto multifamiliar .....	36
Capítulo 16: Período de desidentificación de identificaciones patológicas y el comienzo de una verdadera individuación .....	37
<b>Conclusiones .....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>40</b>



## Resumen

El propósito de este trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica, basada en la propuesta del Dr. Jorge García Badaracco, del Psicoanálisis Multifamiliar en el proceso terapéutico del paciente psicótico adulto. Se hará una caracterización clínica de los trastornos psicóticos y los criterios para su diagnóstico. Se define la psicosis desde Freud para dar cuenta de su complejidad estructural. Se revisan los antecedentes históricos de la terapia grupal y la noción de familia como contexto real de todo proceso terapéutico. Se presenta la terapéutica psicoanalítica de estructura familiar para pacientes psicóticos como un *setting* analítico no clásico que se adapta a las necesidades de estos pacientes. Se introduce el concepto de presencias enloquecedoras que no permiten que el psiquismo alcance su verdadera autonomía y se plantea la modalidad de tratamiento que implica un camino de redesarrollo de la personalidad desde la virtualidad sana. Las conclusiones comprenden una síntesis de los alcances del psicoanálisis multifamiliar y las posibilidades de cambio psíquico que puede obtenerse aun en patologías muy severas, como también la naturaleza de los fracasos, particularmente en los casos en que la familia no acompaña al paciente en su proceso terapéutico.

**Palabras clave:** Psicoanálisis Multifamiliar. García Badaracco. Psicosis. Trastornos psicóticos.

## Introducción

El objetivo general de este trabajo consistirá en la exploración de la propuesta de Psicoanálisis Multifamiliar del Dr. Jorge García Badaracco en el proceso terapéutico del paciente esquizofrénico adulto. El trabajo está configurado a manera de revisión bibliográfica que pretende recapitular las nociones fundamentales de la esquizofrenia y del Psicoanálisis Multifamiliar, desarrollada por dicho autor, como propuesta para el proceso terapéutico del paciente esquizofrénico.

Hace casi veinte años el Dr. Jorge García Badaracco publicó *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, abriendo el camino a nuevas formas de pensar en psiquiatría y psicoanálisis. En ese libro combinó la utilización de los conceptos psicoanalíticos de la psicodinámica individual, la psicología de grandes grupos y la comunidad terapéutica, con un enfoque teórico sistémico de la dinámica interfamiliar e intergrupal, que facilitaba el diagnóstico y la resolución terapéutica de patologías familiares crónicas graves en casos de esquizofrenia (Kernberg, 2000). En este libro, Badaracco describe en detalle su técnica de psicoanálisis multifamiliar y la consolidación de su revolucionario enfoque de la psicoterapia multifamiliar sobre la base de muchos años de investigación y experiencia clínica (Kernberg, 2000). El psicoanálisis multifamiliar creado por Badaracco es un dispositivo terapéutico, que combinado con el análisis individual acorta de una manera notable los procesos (Mitre, 2007). Es un enfoque extremadamente interesante tanto desde la perspectiva teórica como clínica, y desde el punto de vista práctico representa la óptima utilización de los recursos terapéuticos dentro de una inversión de tiempo limitada (Kernberg, 2000).

El liderazgo de estos grupos terapéuticos, llevado a cabo por un psicoanalista entrenado en la técnica del psicoanálisis individual, en el enfoque psicoanalítico de la terapia familiar y grupal, al tiempo que experto en el abordaje sistémico de la dinámica familiar, hace posible que los pacientes y sus familiares participen como agentes terapéuticos, combinando en un solo abordaje tres modalidades terapéuticas: individual, familiar y social (Kernberg, 2000).

Este abordaje terapéutico es ampliamente compatible con la combinación del tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación social y psicoterapia, que constituyen la tríada terapéutica para el tratamiento de la esquizofrenia crónica (Kernberg, 2000); ya que los problemas humanos tienen una faceta orgánica y bioquímica. Sería una necesidad pretender renunciar a los beneficios que le pueda brindar una medicación apropiada a un paciente psiquiátrico, pero los pacientes mentales necesitan mucho más para poder salir del hospital psiquiátrico y volver a integrarse de alguna manera en la sociedad (García Badaracco, 2000).

Las experiencias grupales tuvieron origen en gran parte, en limitaciones del psicoanálisis individual, ya que la experiencia psicoanalítica bipersonal con pacientes difíciles, no abarca ni resuelve todas las problemáticas (García Badaracco, 2000). Así, en contextos grupales se hizo posible el abordaje de las patologías mentales graves y en ese sentido, la terapia familiar constituyó una apertura importante (García Badaracco, 2000).

Las sesiones multitudinarias constituyen un continente de la expresión de la patología del paciente psicótico dentro del contexto multifamiliar, recontextualizando gradualmente su comportamiento como una

referencia encubierta a los conflictos reales dentro de su correspondiente estructura familiar, trabajando simultáneamente la resonancia en otros grupos familiares presentes en esas sesiones. De esta manera, en lugar de la repetición interminable de la patología familiar que se observa en el *setting* grupal, la terapia multifamiliar actualiza un cierto conflicto bajo las variadas versiones o formas en que se presenta en las diferentes constelaciones familiares y focaliza la discusión en un problema humano común (el desarrollo temprano, las relaciones familiares traumáticas, la sexualidad infantil, el miedo y las expresiones de la violencia etc.). Esta elaboración logra la transformación gradual de la expresión de esos conflictos que se vehiculizan en el comportamiento patológico de los pacientes en el grupo, en una posibilidad de compartir experiencias afectivas y aprendizaje emocional (Kernberg, 2000).

A nivel personal, el interés sobre el Psicoanálisis Multifamiliar surgió a partir de la pasantía que realicé en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) que, al haber tenido la oportunidad de extenderlo por dos años, resultó ser la primera experiencia en mi formación como futura psicóloga, de realizar una articulación de la teoría con la práctica. En la búsqueda de un tema, transité por varias elecciones previas muy interesantes, pero a las que no dejaba de sentir como demasiado teóricas, considerando todo aprendizaje real como fruto de una praxis. Al tratarse de una tesina de grado, lo cual implica no tener experiencia profesional, la recolección de información de los diversos autores que aparecen en el contenido de este trabajo, se ha hecho en forma de revisión bibliográfica siguiendo los criterios de citado y referenciado de la *American Psychological Association*.

Al haber decidido elegir variables tan amplias como la psicosis y el Psicoanálisis Familiar sin acentuar el contenido de esta tesina en ningún tipo de trastorno o síntoma psicótico, como en ninguna temática en particular de este modelo teórico, el desarrollo de cada tema se ha hecho de la forma más abarcativa posible, para comprender los supuestos teóricos que la sustentan, pero a la vez sintética y concretamente, ya que de otro modo excedería el límite de este trabajo.

No puedo dejar de agradecer a la APA, especialmente al grupo de psicoanálisis Multifamiliar, por tener siempre las puertas tan abiertas a los pasantes y por el interés que ponen en nuestra formación como futuros profesionales. Menciono muy especialmente a Hernán Simond por el entusiasmo y las ganas con el que enseña y transmite su experiencia a los que estamos recién comenzando a transitar el camino de esta profesión. Agradezco también la cantidad de bibliografía y medios audiovisuales que me proporcionó para realizar esta tesina y a las que de otra forma no hubiese podido tener acceso. Le agradezco también a mi tutor, el licenciado Antonio Virgillo, su aporte de ideas durante mis momentos de indecisión en cuanto al tema de esta tesina y por darme la oportunidad de participar en sus grupos de supervisión en el Hospital de Clínicas.

Los objetivos específicos planteados en esta tesina son: describir los fundamentos teóricos que subyacen al dispositivo analítico de Psicoanálisis Multifamiliar; investigar las hipótesis que emplea el Psicoanálisis Multifamiliar para explicar los mecanismos que contribuyen a generar y perpetuar la relación con objetos enloquecedores; examinar tanto los objetivos como los procedimientos a seguir que se proponen los terapeutas, para lograr cambios psíquicos.

Para cumplir con los objetivos mencionados, el material bibliográfico se ha distribuido en dos partes. El contenido de cada una de las partes está dividido en capítulos que organizan la información según corresponda, con el objetivo de facilitar la lectura de la bibliografía compilada en esta tesina. En la primera parte se hará una actualización clínica tanto psicodinámica como psiquiátrica de los trastornos psicóticos, con el objetivo de obtener mayor comprensión de esta patología. Se incluye una temática muy variada con el fin de ampliar el entendimiento de los factores que intervienen en la clínica de la psicosis. Por razones de espacio, se han elegido los criterios diagnósticos de solamente uno de los sistemas de clasificación vigentes de los trastornos psicóticos: el DSM-IV-TR. Se ha incluido información psicosemiológica, útil para el examen del estado mental de la historia clínica; también una breve introducción a la farmacología antipsicótica para comprender mejor cierta sintomatología psiquiátrica, como por ejemplo los efectos adversos de estos fármacos. Se ha incluido dicha información psiquiátrica ya que la gravedad de estos cuadros exige un trabajo interdisciplinario permanente.

En la segunda parte se hace una articulación teórico-conceptual del Psicoanálisis Multifamiliar y su importancia como dispositivo analítico en el proceso terapéutico del paciente psicótico. Con el objetivo de realizar una aproximación a la clínica, se ha incluido una reseña conteniendo algunas viñetas clínicas extraídas de la bibliografía consultada.

## Parte I. Caracterización clínica de la psicosis

### Capítulo 1. Introducción a la psicosis

El significado tradicional del término "psicosis" es pérdida del contacto con la realidad y deterioro del funcionamiento mental que se manifiesta con ideas delirantes, alucinaciones, confusión y alteración de la memoria. Implica un deterioro grave del funcionamiento personal y social que produce, como consecuencia, que las personas que lo padecen evalúen incorrectamente la exactitud de las percepciones y pensamientos, extrayendo conclusiones erróneas de la realidad exterior (Kaplan- Sadock, 2004).

#### 1.1. La pérdida de la realidad

La psicosis es una perturbación del nexo entre el Yo y el mundo exterior caracterizado por la pérdida de realidad. Ese yo, al servicio del ello, se retira de un fragmento de la realidad y quiere compensarla a través de la construcción de una realidad nueva (Freud, 1923). Se puede articular esto último con la explicación que da Freud de la génesis de las formaciones delirantes y las alucinaciones. Freud (1923) señala:

"(...) El delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior (...). De igual modo, a la psicosis se le plantea la tarea de procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva, lo que se logra de la manera más radical por la vía de la alucinación."

En la génesis de la psicosis hay una frustración externa, un no cumplimiento de los deseos de la infancia. El efecto patógeno depende de lo que haga el Yo en semejante tensión conflictiva: si permanece fiel a su vasallaje al mundo exterior y procura sujetar al Ello o si es avasallado por el Ello y así se deja arrancar de la realidad (Freud, 1923). La psicosis en un primer momento desmiente la realidad y procura sustituirla, por lo que le sigue una segunda fase activa de reconstrucción de la realidad (Freud, 1924).

La neurosis en cambio se conforma por regla general, con evitar el fragmento de la realidad correspondiente y protegerse del encuentro con él. De modo que en la neurosis tampoco faltan intentos de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo, pero lo hace a través la fantasía, ya que de ese mundo de la fantasía, toma la neurosis el material para sus neoformaciones de deseo y comúnmente lo hace por el camino de la regresión. En la psicosis la fantasía también constituye la cámara de donde se recoge el material para edificar un nuevo mundo, una nueva realidad; pero el nuevo mundo exterior fantástico quiere reemplazar a la realidad exterior. Lo decisivo en la psicosis, señala Freud (1923) es la hiperpotencia del Ello.

La desmentida entonces, es el mecanismo de defensa característico de la psicosis. Lacán utiliza el término forclusión y no desmentida, como mecanismo de defensa de la psicosis. La forclusión es la detención del movimiento, la interrupción de un proceso. La operación forclusiva no recae sobre un elemento, sino que mata en el embrión un movimiento esperado (Nasio, 2000).

#### 1.2. Naturaleza de la patología de la psicosis

La patología de la psicosis no es abordada solamente con la teoría freudiana del conflicto. Sino que es necesario entrar en la patología del narcisismo, las identificaciones patológicas y la patología de la relación primitiva de objeto. En la estructura psicótica no hay todavía suficiente discriminación entre sujeto y objeto, es decir, que persiste una fuerte tendencia a simbiotizarse con el objeto y a repetir con él una simbiosis patológica que tiende a actualizar una forma de relación sadomasoquista de tipo patrón- esclavo con interdependencia patológica. Repitiéndose así, una relación enfermante originado en las primeras relaciones objetales, caracterizadas por figuras parentales que no tuvieron la capacidad de comportarse como objetos estructurantes de recursos yoicos sanos del sujeto en crecimiento. Causando una distorsión y/o detención del desarrollo debido a la persistencia de formas de relación objetal, interna que han obstaculizado el crecimiento posterior y de identificaciones con aspectos patológicos de los objetos parentales que se han estructurado en forma de *falsos self* deteniendo el crecimiento del *self* verdadero (García Badaracco, 1989).

#### 1.3. Labilidad yoica

En la construcción psicótica encontramos carencias de desarrollo yoico para enfrentar el conflicto, por lo tanto, se deberá pensar en una reparación terapéutica en la que se deberá pasar por momentos durante los cuales habrá que acompañar al Yo, si es necesario, simbiotizarse sanamente con él para que pueda construir recursos propios que le permitan encontrar, poco a poco, nuevas y más adecuadas a la realidad, formas de solución del conflicto (García Badaracco, 1983).

En la enfermedad mental grave, es decir, en todas aquellas personas que necesitan algún tipo de interacción en un establecimiento psiquiátrico, encontraremos una carencia relativa de desarrollo de recursos yoicos; que implica la imposibilidad de enfrentar y resolver la conflictiva inherente a la vida psíquica. Son pacientes que se sienten movidos por estados emocionales intensos, fuerzas irracionales superiores a la voluntad conciente, donde domina generalmente el sufrimiento. Situación vivencial que es consecuencia de la persistencia de estados primitivos patológicos de la mente y no de conflictos no resueltos como en la neurosis. Estas características se ponen en evidencia durante la convivencia, ya que se exteriorizan más en la relación con los demás que en forma de conflictos intrapsíquicos inconcientes que se revelan en los sueños, los lapsus o los actos fallidos (García Badaracco, 1898).

## Capítulo 2. Caracterización clínica de los trastornos psicóticos

### 2.1. Criterios diagnósticos: sistemas de clasificación vigentes

En el campo del psicoanálisis, cuando se habla de diagnóstico, se piensa en el diagnóstico psiquiátrico, caracterizado por una supuesta subjetividad (Miller, J. 2008). Pero, debido a que la severidad de este trastorno mental exige un trabajo interdisciplinario constante con el campo de la psiquiatría, se ha incluido el sistema de clasificación del DSM-IV-TR de los trastornos psiquiátricos, para favorecer el trabajo conjunto.

A fines del siglo pasado, Emilio Kraepelin desarrolló un sistema clasificatorio de las enfermedades mentales, alguno de cuyos principios siguen perdurando. Luego durante el transcurso del siglo XX se llevaron a cabo múltiples propuestas de clasificación, dos de los cuales han prosperado constituyendo actualmente los sistemas vigentes en el ámbito internacional: El sistema CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades), obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el sistema DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) realizado por la Asociación Americana de psiquiatría (APA). Actualmente se hayan vigentes, desde 1989, la CIE-10 (Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades) y desde el 2002, EL DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado) (Ferrali, 2004).

Tanto el CIE-10 como el DSM-IV-TR, son herramientas sistemáticas para trabajar en diagnóstico estadístico de la consulta y diagnóstico epidemiológico y comunitario. Sirven también como criterios operativos en clínica e investigación y tienen por su alcance, carácter internacional. Ambos pretender ser categoriales, nemotécnicos, politéticos y multiaxiales (Ferrali, 2004).

El enfoque categorial en psicopatología, a diferencia del enfoque dimensional, persigue el reconocimiento de clases diagnósticas precisas, homogéneas, con límites precisos y susceptibles de pertenecer a un orden clasificatorio. Se pueden mencionar tres características que favorecen el enfoque categorial:

1. La homogeneidad de todos los miembros de una misma clase diagnóstica.
2. La presencia de límites claros entre las diversas clases.
3. Son mutuamente excluyentes.

Estas características son aspiraciones logradas en variable proporción en cada una de las categorías de los sistemas de clasificación mencionados. El enfoque dimensional en psicopatología se refiere a un atributo o rasgo de variable magnitud que presentan algunas o todas las personas y cuyo carácter patológico está vinculado a la medida de la magnitud. Ambos enfoques pueden convivir en psicopatología y en la clínica (Ferrali, 2004).

Un criterio nemotécnico es el que supone cierto término medio de la población, es decir, un criterio estándar. Un sistema de clasificación politético hace referencia a que los criterios se forman con cierto número de síntomas que tiene que estar presente para poder incluir el caso en la categoría correspondiente. La multiaxialidad es una forma de proporcionar mayor información al organizar elementos clínicos en diferentes facetas que se denominan ejes. El DSM-IV-TR se basa en cinco ejes:

1. Eje 1: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
2. Eje 2: Trastornos de la personalidad y retraso mental. También puede usarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.
3. Eje 3: Enfermedad médica (enfermedades médicas que son potencialmente relevantes para la comprensión del trastorno mental del sujeto).
4. Eje 4: Problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (por ejemplo, amenaza de pérdida de empleo, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, un acontecimiento vital negativo, problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, etc.).
5. Eje 5: Evaluación de la actividad global. Incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de

actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir su evolución.

Los objetivos del diagnóstico multiaxial son:

- Reflejar diferentes facetas clínicas.
- Procesar información en distintos niveles.
- Enriquecer el diagnóstico.
- Conservar precisión.
- Favorecer la operatividad.
- Facilitar el trabajo interdisciplinario.

En el caso del DSM-IV-TR, el Eje I incluye:

- Todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental que van incluidos en el Eje II.
- Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos ellos. Es decir, que en caso de comorbilidad, una coexistencia de entidades clínicas en un mismo paciente, se debe tener en cuenta la jerarquía diagnóstica indicándose en primer término el diagnóstico principal (por ejemplo, la depresión tiene mayor categoría diagnóstica que los trastornos de ansiedad).o el motivo de consulta (Ferrali, 2004).

La caracterización clínica-descriptiva que se ha realizado en este trabajo sobre los trastornos psicóticos, se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR que incluyen los trastornos psicóticos en el Eje I. No se hará referencia a los criterios diagnósticos vigentes de la CIE-10 por razones de longitud. En términos generales, existe coincidencia entre ambos sistemas clasificatorios en cuanto a conceptos y clasificación de estos trastornos. Asimismo se hará una descripción más detallada de la esquizofrenia, ya que este trabajo incluye un caso clínico de esquizofrenia paranoide.

## 2.2. Trastornos psicóticos

El DSM-IV-TR (2002) describe los siguientes trastornos psicóticos:

- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico compartido
- Trastorno psicótico breve
- Esquizofrenia
- Trastorno psicótico sin otra especificación
- Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica
- Trastorno psicótico inducido por sustancias

### 2.2.1. Trastorno esquizofreniforme

#### Diagnóstico y manifestaciones clínicas

El trastorno esquizofreniforme, en su presentación típica, es un trastorno psicótico de comienzos rápido sin un cuadro prodómico significativo. Es similar a la esquizofrenia, excepto que los síntomas persisten por lo menos un mes, pero no más de seis meses. Cuando persiste por más de seis meses el diagnóstico pasa a ser esquizofrenia. Es un trastorno psicótico de comienzo rápido y sin un cuadro prodómico significativo (Kaplan, 2004).

Los pacientes sufren de alucinaciones, ideas delirantes o ambos. A veces sufren alogia, ausencia de voluntad y el afecto suele ser aplanado (lo cual se considera un signo de mal pronóstico). El lenguaje puede estar groseramente desorganizado y ser confuso y el comportamiento desorganizado y catatónico. Se debe evaluar el grado de perplejidad del paciente acerca de lo que le está sucediendo, ya que éste es un signo de pronóstico diferencial.

#### Etiología, epidemiología, evolución y pronóstico

Lo más común es que afecte a adolescentes y adultos jóvenes, pero es un 50% menos frecuente que la esquizofrenia y de mejor pronóstico que éste; asimismo, tiene más síntomas afectivos, sobre todo la manía. Hay posibilidad de que existan episodios reiterados de una duración menor a los seis meses, durante los cuales se deteriorarán a un cuadro más crónico teniendo que considerar el diagnóstico de esquizofrenia (Kaplan, 2004). Una vez resuelto el trastorno, los pacientes afectados recuperan, al final de los seis meses, su funcionamiento premórbido (Kaplan- Sadock, 2004).

A menudo se necesita hospitalización para tratar el trastorno esquizofreniforme. Por lo general los síntomas psicóticos se tratan farmacológicamente con fármacos antipsicóticos durante tres a seis meses. Hay varios estudios que han demostrado que estos pacientes responden mucho más rápido a la medicación antipsicótica que los esquizofrénicos (Kaplan, 2004).

### **Diagnóstico diferencial**

Los principales diagnósticos diferenciales son trastorno psicótico breve y esquizofrenia. El punto diagnóstico más importante en la evolución de la enfermedad es la psicosis aguda. También puede resultar difícil distinguir trastornos del estado de ánimo con características psicóticas del trastorno esquizofreniforme de comienzo rápido ya que los síntomas negativos como alogia, ausencia de voluntad y afecto aplanado pueden ser difíciles de diferenciar de la pérdida de interés y placer característicos de los episodios depresivos mayores de comienzo rápido, por lo tanto, el clínico deberá considerar los seis meses previos con una anamnesis detallada sobre el desempeño ocupacional y social, el patrón de comienzo, la ausencia o presencia de cambios anímicos, el abuso de alcohol y sustancias, además de otras enfermedades y la medicación prescrita. Es de especial interés cualquier antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica, en especial, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia (Kaplan, 2004).

### **2.2.2. Trastorno esquizoafectivo**

#### **Diagnóstico y manifestaciones clínicas**

Este trastorno tiene características de la esquizofrenia y de los trastornos del estado de ánimo. Los criterios del DSM-IV-TR (2002) son:

- A) Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor (debe incluir estado de ánimo depresivo), maníaco o mixto, simultáneamente con síntoma que cumplen el criterio A para la esquizofrenia.
- B) Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones al menos dos semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.
- C) Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.
- D) La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica.

#### **Etiología, epidemiología, evolución y pronóstico**

No se conoce la causa de este trastorno. El trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, es más común en personas mayores y el tipo bipolar más frecuente en adultos jóvenes. Estos pacientes tienen mejor pronóstico que aquellos que padecen esquizofrenia y peor que aquellos con trastornos del estado de ánimo. Asimismo, este trastorno generalmente no tiende al deterioro de los pacientes (Kaplan, 2004). Hay hipótesis que sugieren que estos pacientes sufren tanto de esquizofrenia como de trastornos del estado de ánimo, pero es insostenible porque la coexistencia calculada de los dos trastornos es mucho más baja que la incidencia del trastorno esquizoafectivo (Kaplan, 2004).

Es difícil determinar la evolución y el pronóstico a largo plazo de este trastorno, pero una presencia creciente de síntomas esquizofrénicos predice un peor pronóstico y después de un año, tienen peor pronóstico aquellos pacientes con predominancia de síntomas esquizofrénico que aquellos que tienen predominancia de síntomas afectivos (Kaplan, 2004).

### **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial psiquiátrico incluye los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia. En cualquier diagnóstico diferencial de trastornos psicóticos, se debe realizar un plan de estudios médicos y neurológicos, ante la sospecha de anormalidad. Es importante descartar causas orgánicas de los síntomas, ya que los cuadros médicos preexistentes y su tratamiento, o ambos, pueden causar trastornos psicóticos y del estado de ánimo. Los pacientes que presentan un episodio maníaco completo que dura 2 meses pero que han tenido síntomas de esquizofrenia durante diez años, no cumplen los criterios de trastorno esquizoafectivo y el diagnóstico sería, en cambio, episodio del estado de ánimo y esquizofrenia. Como en la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos, no se debe diagnosticar trastorno esquizoafectivo si los síntomas son causados por abuso de sustancias o una enfermedad médica secundaria (Kaplan, 2004).

### 2.2.3. Trastorno delirante

#### Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Se arriba al diagnóstico de trastorno delirante cuando una persona presenta delirios no extraños de no menos de un mes de duración que no pueden ser atribuidos a otros trastornos psiquiátricos. Generalmente, estos pacientes están bien acicalados y bien vestidos y sin evidencia de desintegración grosera de la personalidad, ni de las actividades diarias aunque pueden parecer excéntricos, extraños, hostiles o suspicaces. La característica más prominente es que el examen del estado mental revela que son casi normales, excepto por un sistema delirante marcadamente anormal. Pueden intentar que los clínicos se conviertan en aliados de sus delirios, pero un clínico no debe simular que acepta el delirio porque confunde aún más la realidad y la eventual desconfianza entre paciente y terapeuta. En ocasiones son litigiosos y pueden mostrar esta característica con el examinador. (Kaplan, 2004).

El estado de ánimo de estos pacientes es compatible con el contenido de sus delirios. Por ejemplo un paciente con delirios de grandeza está eufórico y uno con delirios de persecución es suspicaz. También es característico de este trastorno presentar algunas cualidades depresivas leves (Kaplan, 2004).

- *Alteraciones perceptivas*: Por definición, esto es muy importante para el diagnóstico diferencial, los pacientes con trastorno delirante crónico NO presentan alucinaciones prominentes ni sostenidas (Kaplan, 2004). Pueden presentar alucinaciones táctiles u olfatorias si éstas son compatibles con el delirio, pero generalmente auditivas (DSM-IV-TR, 2002).
- *Pensamiento*: el trastorno del contenido del pensamiento, en forma de delirios, es el síntoma clave de este trastorno. Los delirios son generalmente sistematizados y se caracterizan por ser posibles. Por ejemplo, delirios de ser perseguido, de tener un conyugue infiel, de estar infectado por un virus o ser amado por una persona famosa (contrariamente a los delirios de la esquizofrenia que se caracterizan por ser extraños e increíbles). Se debe verificar la veracidad de las creencias de un paciente antes de estimar que su contenido es delirante (Kaplan, 2004).

Hay ciertos factores de riesgo asociados con el trastorno delirante (Kaplan, 2004): edad avanzada, alteración del sensorio, antecedentes familiares, aislamiento social, características de la personalidad como sensibilidad interpersonal habitual, inmigración reciente (Kaplan-Sadock, 2004)

Factores psicodinámicos de los delirios: Freud consideraba que los delirios formaban parte del proceso de curación. Freud demostró la participación del mecanismo de defensa de la proyección en la formación del pensamiento delirante.

Otros mecanismos de defensa utilizados por estos pacientes son la negación y la formación reactiva. Recurren a la formación reactiva para defenderse de la agresión, las necesidades de dependencia y los sentimientos de afecto.

Transformando entonces la necesidad de dependencia en excesiva independencia (Kaplan-Sadock, 2004).

- *Control de los impulsos*: Los clínicos deben investigar si estos pacientes tienen ideación o planes para actuar en función de su material delirante mediante suicidio, homicidio u otra acción violenta. En pacientes con antecedentes de violencia, lo más común es la agresión destructiva así que los terapeutas pueden preguntarle a sus pacientes cómo manejaron sentimientos agresivos en situaciones pasadas y si los pacientes no pueden controlar sus impulsos es probable que requieran hospitalización (Kaplan, 2004).
- *Juicio y conciencia de enfermedad*: Los pacientes con trastorno delirante no suelen tener conciencia de enfermedad y casi siempre son llevados al hospital por policías, familiares o empleadores. La mejor manera de evaluar el juicio es evaluar comportamientos pasados (Kaplan, 2004).

#### Etiología, epidemiología, evolución y pronóstico

En cuanto a su etiología, se sabe relativamente poco tanto de las influencias biológicas como psicosociales en el trastorno delirante. Las investigaciones demuestran que las características de desconfianza, celos y hermetismo, se dan de manera más frecuente entre los parientes de personas con el trastorno delirante que entre la población general, sugiriendo la posibilidad de que algún aspecto de este trastorno sea hereditario.

El trastorno delirante parece ser infrecuente, es mucho más raro que la esquizofrenia o los trastornos del estado de ánimo y tiene un comienzo más tardío que la esquizofrenia (Kaplan-Sadock, 2004). Su aparición es bastante tardía ya que el promedio de edad de la primera admisión en un centro psiquiátrico, suele estar entre los cuarenta y cuarenta y nueve años. Debido a que muchos de estos individuos pueden llevar una vida relativamente normal, quizás no busquen tratamiento hasta que los síntomas se vuelvan más perturbadores. Este trastorno parece ser más común en mujeres que en hombres (Barlow, 2001).

El seguimiento a largo plazo de pacientes con trastorno delirante indica que este diagnóstico es relativamente estable y que con el tiempo, menos de un cuarto de estos pacientes se reclasifican como esquizofrenia y menos del 10% como un trastorno del estado de ánimo (Kaplan-Sadock, 2004).

### **Diagnóstico diferencial (Kaplan- Sadock, 2004).**

La diferencia con los delirios persecutorios de la esquizofrenia es que en el trastorno delirante del tipo persecutorio, la elaboración del delirio es lógica y sistemática. Además, la ausencia de otra psicopatología, la falta de deterioro de la mayoría de las áreas de desempeño, también contrastan con las manifestaciones habituales de esquizofrenia (Kaplan-Sadock, 2004).

Otra diferencia entre trastorno delirante y esquizofrenia se puede establecer a partir de dos puntos señalados por Bleuler en los que fundamenta el diagnóstico del trastorno delirante:

1. El paranoico llega en su discurso a convicciones generalmente irreales donde no establece su autocrítica y por lo tanto no es capaz de considerar en términos lógicos que se le proponen e incluso se irrita si se insiste en ello. y va disipándole al otro las dudas a través de argumentaciones lógicas entre una representaciones y otras. Un sujeto sano por ejemplo, dudaría y comprobaría. En el trastorno delirante, el paciente que tiene absoluta certeza de su delirio, falta la interpretación de sus recuerdos o percepciones para justificar el delirio.
2. En el trastorno delirante el delirio se propaga afectando sectores más amplios hasta monopolizar totalmente su conducta y esta propagación rara vez ocurre en el paciente esquizofrénico. De modo que hasta cierto punto el diagnóstico se realiza de modo negativo y por expulsión (Vallejo Ruiloba, 1999).

Corresponde también, considerar el delirio y la demencia en el diagnóstico diferencial de un paciente con ideas delirantes. Por ejemplo, en las ideas delirantes de las etapas evolutivas más tempranas de una demencia de Alzheimer, suele detectarse deterioro cognitivo tras la investigación neuropsicológica (Kaplan- Sadock, 2004).

Debe distinguirse también el trastorno delirante del trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones (Kaplan- Sadock, 2004).

El trastorno delirante de tipo somático se puede asemejar a un trastorno depresivo o un trastorno somatomorfo. Se diferencia de los trastornos depresivos por la ausencia de signos de depresión o porque la depresión no es predominante. Se diferencia de los trastornos somatomorfos por el grado en el que el paciente sostiene la creencia somática ya que los pacientes que padecen trastornos somatomorfos admiten la posibilidad de que su problema no exista, mientras que aquellos con trastorno delirante se caracterizan por la certeza de su creencia (Kaplan-Sadock, 2004).

Al hacer un diagnóstico diferencial entre el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno delirante, encierra dificultades. Los individuos que padecen un trastorno de personalidad paranoide rehúyen la visita al médico y en general detectan cuáles son sus ideas que los demás consideran patológicas, con lo cual pueden atenuarlas o ocultarlas para aparentar que están sanos. Cuando el contenido del delirio no es demostrable, como los temas metafísicos, se hace casi imposible establecer la diferencia diagnóstica. (Vallejo Ruiloba, 1999).

Hay una gran cantidad de otros trastornos que pueden generar delirios, de modo que su presencia tiene que descartarse antes de diagnosticar un trastorno delirante: abuso de anfetaminas, abuso de alcohol, abuso de cocaína, tumores cerebrales, enfermedad de Huntington y de Alzheimer (Breier1993).

Nota: En las clasificaciones vigentes, la parafrenia queda incluida en el grupo global de trastorno delirante. Aparece entre los 35 y los 45 años de edad y es frecuente hallar antecedentes psicopatológicos en los progenitores. La irrupción de los síntomas suele ser progresiva en el curso de meses e incluso años. El contenido de los delirios son de una extraordinaria riqueza productiva delirante-alucinatoria. Son construcciones mágicas con fábulas fantásticas cuyos temas van desde filiación y metamorfosis a transformación cósmica (Vallejo Ruiloba, 1999).

### **2.2.3.1. Tipos de trastorno delirante**

#### **2.2.3.1.1. Tipo persecutorio**

Los delirios persecutorios y celotípicos son probablemente las formas observadas con más frecuencia por los psiquiatras (Kaplan-Sadock, 2004).

#### **2.2.3.1.2. Tipo celotípico**

El trastorno delirante con delirios de infidelidad se ha denominado *paranoia conyugal* cuando se limita al delirio de que un conyugue ha sido infiel. Por lo general este delirio afecta a hombres, a menudo sin patología

psiquiátrica anterior. El cuadro es difícil de tratar y puede disminuir sólo con la separación, el divorcio o la muerte del conyugue. Los celos, cuando aparecen en el trastorno delirante o como parte de otro cuadro, pueden ser potencialmente peligrosos ya que se han asociado con violencia (sobre todo con suicidio y homicidio), pero por lo general son más frecuentes el maltrato físico o verbal que las acciones extremas (Kaplan-Sadock, 2004).

#### **2.2.3.1.3. Tipo erotomaniaco**

Los pacientes con erotomanía tienen delirios referidos a amantes secretos. Lo más frecuente es que el paciente sea mujer, aunque los hombres también son susceptibles al delirio. La erotomanía, síndrome pasional, también se denomina Síndrome de Clérambault, para destacar que aparece en distintos trastornos. Además de ser un síntoma clave del trastorno delirante se sabe que sobreviene en la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y otros trastornos orgánicos. Los pacientes con erotomanía suelen mostrar las siguientes características: por lo general son mujeres no atractivas con empleos de bajo nivel que llevan vidas retraídas, solitarias, son solteras y tienen escasos contactos sexuales y muestran el fenómeno delirante de interpretar todas las negaciones de amor, sin importar cuán claras sean, como afirmaciones secretas de amor (Kaplan- Sadock, 2004).

La evolución puede ser crónica, recurrente o breve. Si bien este cuadro afecta en un porcentaje menor a hombres, éstos suelen ser más agresivos y posiblemente más violentos en su persecución del amor, por lo tanto, en poblaciones forenses hay predominio de hombres que padecen este trastorno. En ciertos casos, el resentimiento y la furia en respuesta a una ausencia de reacción a todas las formas de comunicación amorosa, puede aumentar lo suficiente para poner en peligro el objeto amado. Los llamados acechadores que persiguen continuamente a quienes perciben como sus amantes, suelen tener delirios y si bien la mayoría son hombres, las mujeres también acechan y ambos grupos tienen alta posibilidad de cometer acciones violentas (Kaplan- Sadock, 2004).

#### **2.2.3.1.4. Tipo somático**

El trastorno delirante con delirios somáticos se ha denominado *psicosis hipocondríaca monosintomática*. El cuadro difiere de otros trastornos hipocondríacos en el grado de alteración de la realidad. En el trastorno delirante, el delirio permanece indiscutible y presentado intensamente porque el paciente está totalmente convencido del carácter físico del trastorno. En cambio las personas con hipocondría a menudo admiten que su miedo a la enfermedad es infundado. Con respecto al contenido somático del delirio, éste puede variar mucho de un caso a otro. Hay tres tipos de delirio somático (Kaplan- Sadock, 2004):

1. delirios de infestación
2. delirios de dismorfofobia como deformidad, fealdad personal o tamaño exagerado de partes del cuerpo
3. delirios de mal olor corporal o halitosis (la edad de aparición es más temprana y predomina en varones solteros sin tratamiento psiquiátrico previo).

La frecuencia de estos trastornos es baja pero pueden estar subdiagnosticados porque los pacientes en su incesante búsqueda de tratamiento curativo consultan a dermatólogos, cirujanos plásticos o infectólogos más a menudo que a psiquiatras. Los pacientes con este trastorno tienen mal pronóstico sin tratamiento.

Afecta a ambos sexos aproximadamente por igual y son infrecuentes los antecedentes personales y familiares de trastorno psiquiátrico. Los pacientes más jóvenes suelen tener antecedentes de abuso de sustancias o lesión craneoencefálica. Son también característicos de este trastorno la ira y la hostilidad; pero aún más típicos son la vergüenza, la depresión, el comportamiento evitativo y no es infrecuente el suicidio (Kaplan-Sadock, 2004).

#### **2.2.3.1.5. Tipo grandioso (megalomanía)**

Los delirios de grandeza o megalomanía se han observado durante mucho tiempo. Se los describió en la paranoia de Kraepelin y se han asociado con cuadros que encajan en la descripción de trastorno delirante (Kaplan-Sadock, 2004).

#### **2.2.3.1.6. Tipo mixto**

Esta categoría es aplicable a pacientes con dos o más temas delirantes, pero este diagnóstico se debe reservar para casos en los que no predomina un solo tipo de delirio (Kaplan-Sadock, 2004).

#### **2.2.3.1.7. Tipo no especificado**

Esta categoría se reserva para casos en los que el delirio predominante no puede ser subtipificado dentro de una de las categorías previas. Ejemplos son los casos de *Síndrome de Capgras* que consiste en creer que una persona familiar ha sido reemplazada por un impostor; *Síndrome de Cotard* en el que los

pacientes refieren haber perdido posesiones, fuerza, el corazón, la sangre y los intestinos (generalmente se considera este síndrome como un precursor de un episodio esquizofrénico o depresivo, pero en la actualidad debido al uso de fármacos antipsicóticos, este síndrome se observa con menos frecuencia); *los delirios de Frégoli* (una variante del delirio de Capgras y *los de intermetamorfosis* que consiste en creer en que personas familiares se pueden convertir en otras personas a voluntad (Kaplan-Sadock, 2004).

Algunos puntos a tener en cuenta en la entrevista con el paciente con un trastorno delirante (paranoia) son que no acepta fácilmente la intervención del médico o psicólogo y si lo acepta lo hace con disgusto. El malestar se manifiesta de dos maneras: apartamiento negativo (el sujeto se muestra retraído) o, obstruccionismo activo (en el que el sujeto manifiesta abiertamente que no desea la colaboración del profesional). La alianza terapéutica difícilmente se consigue si se lo enfrenta precozmente al paciente con el delirio, oponiendo razones lógicas o argumentando racionalmente contra la imposibilidad del delirio. Cuando el paciente plantea el delirio o sus convicciones patológicas, generalmente utiliza elementos reales extraídos de hechos o situaciones que afectivamente se han producido, por eso es más efectivo operar sobre el significado y la vivencia de las anomalías y a menudo se consigue una mejor relación con el paciente hablando de su ansiedad, de su insomnio o su desesperación. En el tratamiento del paranoico (paciente con trastorno delirante), es preciso hacer intervenir al sujeto activamente, ya que no tolera situaciones de sumisión pasiva (Vallejo Ruiloba, 1999).

#### 2.2.4. Trastorno psicótico compartido (*foliè a deux*)

##### Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Se caracteriza por la transferencia de delirios de una persona a otra, en la que ambas personas están estrechamente relacionadas durante un período prolongado y generalmente viven juntas en relativo aislamiento social. El primer individuo (caso primario) que tiene el delirio suele tener una enfermedad crónica y es, generalmente, el miembro influyente en una relación estrecha con una persona (caso secundario) más sugestionable, generalmente menos inteligente, más crédulo, más pasivo o con menor autoestima. Éste individuo también presenta el delirio y esto se atribuye a la fuerte influencia del miembro más dominante. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante. Si el par se separa, el individuo secundario puede abandonar el delirio, aunque no siempre se observa este resultado. Las relaciones más comunes en la *folie a deux* son hermana-hermana, marido-mujer y madre-hijo. Ha habido casos en los que participan más de dos individuos (*foliè a trois, quatre, cinq, inclusive foliè a famille*) (Kaplan-Sadock, 2004).

##### Etiología, epidemiología, evolución y pronóstico

Se carece por completo de cifras de incidencia y prevalencia y la bibliografía consiste por completo en comunicaciones de casos (Kaplan, Sadock, 2004).

#### 2.2.5. Trastorno psicótico breve

##### Diagnóstico y manifestaciones clínicas

El trastorno psicótico breve es un síndrome psicótico agudo y transitorio (Kaplan-Sadock, 2004). Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002), para arribar al este diagnóstico, el individuo debe sufrir uno o más de los siguientes síntomas durante por lo menos un día, pero por un período inferior a un mes:

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento groseramente desorganizado o catatónico

La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ni a un trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Otros síntomas típicos de este trastorno son labilidad emocional, comportamiento extraño y alteración de la memoria de sucesos recientes. Los síntomas son, por lo general, de comienzo brusco, pero no siempre muestra todo el patrón sintomático observado en la esquizofrenia; no se asocian con un trastorno del estado de ánimo, un trastorno relacionado con el consumo de sustancias o un trastorno psicótico debido a enfermedad médica general (Kaplan-Sadock, 2004).

El DSM-IV-TR (2002), describe tres subtipos:

1. presencia de factores de estrés
2. ausencia de factores de estrés
3. inicio posparto

Los ejemplos más claros de factores estrés precipitantes, son episodios existenciales que le causarían a cualquier persona una alteración emocional significativa. Por ejemplo la, pérdida de un familiar cercano, un accidente automovilístico grave, como también una serie de episodios estresantes.

### **Etiología, epidemiología, evolución y pronóstico**

Se la considera, por lo general, infrecuente, y es más frecuente en pacientes jóvenes, en la tercera y cuarta década (Kaplan-Sadock, 2004). Suelen tener buen pronóstico y hay estudios europeos que han indicado que entre el 50% y el 80% no sufre nuevos problemas psiquiátricos mayores. Otros pacientes clasificados inicialmente con este trastorno presentan más adelante síndromes psiquiátricos crónicos como esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. En ocasiones se observan síntomas depresivos tras la resolución de los síntomas psicóticos (Kaplan-Sadock, 2004).

### **Diagnóstico diferencial**

- Un cuadro asociado a enfermedad médica o abuso o abstinencia de drogas
- Los pacientes con epilepsia o delirio también pueden presentar síntomas psicóticos característicos del este trastorno.
- Trastorno disociativo de la identidad
- Episodios psicóticos asociados con trastorno límite y esquizotípico de la personalidad.

Si los síntomas psicóticos están presentes por más de un mes, corresponde considerar los diagnósticos de trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo con características psicóticas, trastorno delirante y trastorno psicótico sin ninguna otra especificación.

- Trastornos de la personalidad, sobre todo trastorno de la personalidad histriónica, narcisista, paranoide, esquizotípico y límite de la personalidad (Kaplan-Sadock, 2004).
- En cambio, los síntomas psicóticos de comienzo brusco que persisten por menos de un mes en respuesta a un factor de estrés obvio, sugieren con firmeza el diagnóstico de trastorno psicótico breve (Kaplan-Sadock, 2004).

### **2.2.6. Esquizofrenia**

#### **Diagnóstico y manifestaciones clínicas**

Criterios diagnósticos para la esquizofrenia : DSM-IV-TR (2002):

A) dos o más (solamente uno si las ideas delirantes son extrañas o si dos o más voces conversan entre ellas o las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o comportamientos) de los siguientes síntomas durante un período significativo de un mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos como por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia, abulia. B) Provoca disfunción social o laboral con respecto al nivel premórbido. C) Persisten signos continuos por lo menos por seis meses y debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A.

Los síntomas no deben ser debido a un trastorno esquizoafectivo, un trastorno del estado de ánimo, no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia ni enfermedad médica. Si hay un diagnóstico previo de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen durante al menos un mes o menos si se han tratado con éxito.

La esquizofrenia es un síndrome complejo que inevitablemente tiene un efecto devastador en la vida de la persona afectada y de los miembros de su familia. Es un trastorno que puede perturbar la percepción, el pensamiento, el habla y el movimiento de un individuo, afectando de este modo casi todos los aspectos del funcionamiento cotidiano (Barlow, 2004).

Aunque la fiabilidad del diagnóstico de esquizofrenia ha sido objeto de críticas, ha mejorado mediante la utilización de entrevistas sistemáticas y estructuradas que tratan todos los aspectos del estado mental del paciente (Belloch, Sandín, Ramos. 1995 p. 504).

La primera evidencia de enfermedad puede ser un patrón sintomático premórbido. En general, los síntomas comienzan en la adolescencia. Los cambios sociales o ambientales como comenzar a asistir a la universidad lejos del hogar, consumir una sustancia o la muerte de un familiar, pueden precipitar los síntomas, y pueden durar un año o más antes de los síntomas psicóticos francos. Es sumamente raro que la esquizofrenia comience antes de los diez años o después de los sesenta.

Freud postuló que un defecto del Yo contribuía a los síntomas en la esquizofrenia y que la desintegración del yo representa un regreso a la época en el que el Yo todavía estaba establecido o comenzaba a establecerse. Como describió Margaret Mahler, el niño no puede separarse ni progresar más allá de la

cercanía y dependencia completa que caracteriza la relación madre-hijo en la fase oral de desarrollo. Una persona esquizofrénica no ha alcanzado la constancia objetal caracterizada por una identidad segura y que resulta de una vinculación estrecha con la madre durante la lactancia. Así el conflicto intrapsíquico que surge de las fijaciones tempranas y el defecto del Yo, que pueden haber resultado de las malas relaciones objetales tempranas, alimentan los síntomas psicóticos. Independientemente del modelo teórico, todos los enfoques psicodinámicos se basan en la premisa de que los síntomas psicóticos tienen un significado en la esquizofrenia. Por ejemplo, los pacientes pueden volverse grandiosos tras una agresión a su autoestima (Kaplan-Sadock, 2004).

Freud, a través de su teoría de la libido, suponía la existencia de un déficit madurativo caracterizado por un grado variable de fijación en la etapa autoerótica o una regresión a esta fase, impidiendo la transferencia, que sería la base de la curación. Melanie Klein consideraba que la esquizofrenia era el resultado del desenlace patológico de la posición esquizoparanoide, -propia de los seis primeros meses- al no introyectar los objetos buenos. No superando, de esta manera, las angustias y quedando con el temor de ser invadido y destruido por los objetos persecutorios. Mahler considera que el sujeto no ha podido superar la fase simbiótica (del primer al décimo mes) o la autística (primer mes), razón por la que no aprende a diferenciar gradualmente las sensaciones procedentes de su cuerpo y las producidas por otras personas, fundamentalmente la madre (Vallejo Ruiloba, 1999).

La esquizofrenia es uno de los trastornos que implica un comportamiento psicótico. Quienes trabajan en el cuidado de la salud mental, por lo general distinguen entre síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y recientemente se ha agregado una tercera categoría: los síntomas desorganizados. Los síntomas positivos, en general comprenden los delirios y las alucinaciones; los síntomas negativos implican deficiencias en la conducta normal como por ejemplo, el habla y la motivación; los síntomas desorganizados incluyen habla divagante, comportamiento errático y afecto inapropiado.

Los síntomas positivos entonces son (Barlow, 2000);

- Los delirios; un trastorno del contenido del pensamiento
- Las alucinaciones: la experiencia de sucesos sensoriales sin ningún estímulo del medio circundante.

Hay estudios sobre las alucinaciones en que los investigadores se sirven de complejas técnicas de imagen cerebral para tratar de localizar estos fenómenos en el cerebro (Barlow, 2000). Por medio de la tomografía computarizada de emisión de positrones (TCEP) aplicada para estudiar el flujo sanguíneo cerebral de hombres esquizofrénicos, Maguire, Sha y Murray (1993) aplicaron la técnica de imagen cerebral cuando los sujetos experimentaban alucinaciones y cuando no y descubrieron que la parte del cerebro más activa durante las alucinaciones era el Área de Broca, que es el área cerebral asociada a la producción del habla. En virtud de que las alucinaciones auditivas por lo común comprenden entender el habla de los demás, se podría esperar más actividad en el área de Wernicke, asociada a la comprensión del lenguaje. Estas observaciones apoyan la teoría de que las personas que están alucinando de hecho no escuchan la voz de los otros sino su propio pensamiento o su propia voz y no pueden reconocer la diferencia (Barlow, 2000).

Los síntomas negativos por lo general indican ausencia o insuficiencia de comportamiento normal (Barlow, 2000):

- Apatía: Incapacidad de iniciar y persistir en las actividades. Los que presentan este síntoma manifiestan poco interés en llevar a cabo incluso las funciones diarias más elementales, como las asociadas con la higiene personal. Este síntoma se conoce también como abulia.
- Alogia: Ausencia relativa del habla. Una persona con alogia puede responder a preguntas con respuestas muy breves que poseen poco contenido y quizás parecer poco interesados en la conversación.
- Anhedonia: es la aparente falta de placer experimentada por personas que padecen esquizofrenia.
- Afectividad plana (afecto embotado): la gente con afectividad plana muestra pocas modificaciones de la expresión facial, aún cuando informaban que experimentaban emociones adecuadas.

Los síntomas desorganizados (Barlow, 2000):

- Habla desorganizada: Por ejemplo, *tangencialidad* (andarse por las ramas en vez de responder a una pregunta), *descarrilamiento o asociación laxa* (cambiar el tema de conversación de forma abrupta a áreas no relacionadas).
- Afecto inapropiado y conducta desorganizada: En ocasiones las personas que padecen esquizofrenia manifiestan afecto inapropiado, por ejemplo, pueden reír o llorar en momentos inadecuados, o bien manifiestan comportamientos extraños en público como por ejemplo la catatonía, una disfunción motriz que varía entre la agitación desenfrenada y la inmovilidad. También puede implicar un balanceo corporal excesivo o movimientos estereotipados de brazos y manos. (Barlow, 2000).

El DSM-IV-TR (2002) señala cinco subtipos de esquizofrenia definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación:

1. Tipo paranoide
2. Tipo desorganizado
3. Tipo catatónico
4. Tipo indiferenciado
5. Tipo residual

### **Etiología, epidemiología, evolución y pronóstico**

No se conoce el origen de esta enfermedad pero se han realizado los siguientes estudios sobre el tema (Kaplan- Sadock, 2004):

- Modelo de diátesis- estrés: Una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis), que cuando es sometida a una influencia estresante, permite que aparezcan los síntomas de esquizofrenia. En este modelo la diátesis o el estrés pueden ser biológicos, ambientales o ambos.
- Neurobiología: No se conoce la causa de la esquizofrenia, sin embargo en la última década, una creciente cantidad de investigaciones han indicado que se le atribuye esencialmente a una causa biológica (*The American Medical Association*, 1994) demostrando que la participación fisiopatológica de determinadas zonas cerebrales como el sistema límbico, la corteza frontal, el cerebelo y los ganglios basales. Estas cuatro regiones están intercomunicadas de manera que la disfunción de una de las zonas puede implicar un proceso patológico primario en otra. La base de la aparición de una anomalía cerebral podría deberse a una migración anormal de neuronas durante el desarrollo o a la degeneración de neuronas después del desarrollo por muerte cerebral precoz, por ejemplo. También hay investigaciones activas sobre el papel de los genes en la esquizofrenia. Se han estudiado gemelos monocigotos (tienen la misma información genética) y la diferente regulación de genes durante sus vidas quizá permita que uno sufra esquizofrenia y el otro no.
- Hipótesis de dopamina: La formulación más simple de la hipótesis de dopamina plantea que la esquizofrenia se debe a hiperactividad dopaminérgica. Esta hipótesis se sigue refinando y ampliando y continúan identificándose nuevos receptores dopaminérgicos.
- Otros neurotransmisores: Se están estudiando cada vez más neurotransmisores que podrían tener relación con la aparición de la esquizofrenia. Primero, porque se ha mostrado que una sola neurona puede contener más de un neurotransmisor y tener receptores por más de una docena de neurotransmisores y segundo porque es probable que las anomalías de diferentes neurotransmisores causen el mismo síndrome de comportamiento. La serotonina ha recibido mucha atención en la investigación sobre esquizofrenia.
- Factores genéticos: Un amplio espectro de estudios genéticos sugiere un componente genético en la herencia de la esquizofrenia. Por ejemplo hay estudios que indican que gemelos monocigotos adoptados, los gemelos criados por padres adoptivos tienen la misma tasa de esquizofrenia que sus hermanos criados por los padres biológicos. Este hallazgo sugiere que la influencia genética supera la influencia ambiental.

Por lo general el pronóstico de las mujeres con esquizofrenia es mejor que la de los hombres.

La esquizofrenia tiende a evolucionar con exacerbaciones y remisiones, y tras el primer episodio psicótico el paciente se recupera gradualmente, pudiendo funcionar con relativa normalidad por un período prolongado. Sin embargo, suele haber recaídas y patrón de enfermedad durante los primeros cinco años posdiagnóstico. Después de cada recaída se observa deterioro adicional del funcionamiento basal del paciente. Esta característica de falta de recuperación del funcionamiento basal, es la principal distinción entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo. Con el tiempo los síntomas positivos tienden a volverse menos graves pero se pueden agravar los síntomas negativos o de déficit socialmente deshabilitantes. Alrededor de un tercio de los pacientes esquizofrénicos tiene una vida social integrada, pero la mayoría lleva vidas caracterizadas por falta de objetivos, inactividad, hospitalizaciones frecuentes y algunos de falta de vivienda y pobreza (Kaplan- Sadock, 2004).

En cuanto al pronóstico, en el período de cinco a diez años tras la primera hospitalización psiquiátrica por esquizofrenia, se puede hablar de buena evolución solo en, alrededor de entre el 10% y el 20% de los casos. Esto se debe a que más del 50% de los casos evoluciona mal, con hospitalizaciones reiteradas, exacerbaciones de los síntomas, episodios de trastornos mayores del estado de ánimo e intentos de suicidio. La esquizofrenia tiene igual prevalencia en hombres y mujeres, sin embargo, el comienzo es más precoz en los hombres. Es sumamente raro que la esquizofrenia comience antes de los diez años o después de los sesenta (Kaplan- Sadock, 2004).

Clasificación del DSM-IV-TR (2002) del curso longitudinal de la esquizofrenia

- Episódica con síntomas residuales interepisódicos
- Episódicos con síntomas residuales interepisódicos
- Continuo
- Episódico único en remisión parcial
- Episodio único en remisión total
- Otro patrón no especificado
- Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

### 2.2.6.1. Subtipos de esquizofrenia

#### 2.2.6.1.1. Tipo paranoide

Según el DSM-IV-TR (2002), es un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por uno o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Es la forma clínica que posee la presentación más tardía, alrededor de los cuarenta años. Los cuadros delirantes alucinatorios más productivos corresponden a esta forma clínica, siendo la temática más habitual la autorreferencial. La mayor presencia de sintomatología positiva convierte los neurolepticos en los fármacos más activos que en otras formas clínicas, dando lugar a un mayor empleo y a dosis más altas. Razón por la cual es el cuadro clínico que más se asocia a la denominada depresión pospsicótica (Vallejo Ruiloba, 1999).

Clínicamente se manifiesta sobre todo por ideas delirantes de persecución o de grandeza. Generalmente, el primer episodio de esquizofrenia paranoide aparece a una edad mayor que el de esquizofrenia catatónica o desorganizada. Los recursos yoicos de estos pacientes suele ser mayor que los de esquizofrenia catatónica o desorganizada. Hay menos regresión de las facultades mentales, las respuestas emocionales y el comportamiento que en otros tipos de esquizofrenia. Habitualmente, estos pacientes son suspicaces, defensivos, reservados y a veces hostiles o agresivos, pero en algunos casos se pueden comportar adecuadamente en situaciones sociales. Su inteligencia, en áreas no invadidas por la su psicosis, tiende a permanecer indemne (Kaplan- Sadock, 2004).

#### 2.2.6.1.2. Tipo desorganizado

Según el DSM-IV-TR (2002) es un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Predominan:
  - Lenguaje desorganizado
  - Comportamiento desorganizado
  - Afectividad aplanada o inapropiada
- B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

La esquizofrenia de tipo desorganizado (llamado antes hebefrénica) se caracteriza por una marcada regresión a comportamientos primitivos, desinhibidos y no organizados y por la ausencia de síntomas que cumplen los criterios catatónicos. Por lo general este subtipo comienza precozmente antes de los veinticinco años. Los pacientes suelen ser activos pero de una manera carente de objetivos y no constructiva. Tienen un trastorno pronunciado del pensamiento y su contacto con la realidad es pobre. En cuanto a lo personal es ruinoso, sus respuestas emocionales y su comportamiento social son inapropiados y a menudo estallan en risa sin ninguna razón aparente. En estos casos son comunes las muecas y la gesticulación incongruentes; los adjetivos tonto o fatuo son los que mejor describen su comportamiento (Kaplan- Sadock, 2004). Tienen propensión a las bromas pueriles, a las actividades motoras extravagantes y a menudo se caracterizan por tener un aspecto risueño o de ensoñación (Vallejo Ruiloba, 1999).

#### 2.2.6.1.3. Tipo catatónico

Según el DSM-IV-TR (2002) es un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor.
- Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas

(adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

- Ecolalia o ecopraxia.

Esta forma de esquizofrenia, frecuente unas décadas atrás, se ha vuelto rara en Europa y Norteamérica. La característica clásica de tipo catatónica es una marcada alteración de la función motora que puede consistir en estupor, negativismo, rigidez, excitación o adopción de posturas. En ocasiones, el paciente muestra cambios extremos entre estupor y excitación. El mutismo es particularmente común (Kaplan-Sadock, 2004). Vallejo Ruiloba (1999) señala que la principal característica de este tipo de esquizofrenia es la desorganización de la conducta en el que el paciente entra en un estado de inhibición cada vez más profundo. A veces este estado se entrelaza con brotes de excitación insensata y de hiperactividad.

#### **2.2.6.1.4. Tipo indiferenciado o simple**

El DSM-IV-TR (2002) señala que es un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del criterio A de la esquizofrenia pero que no se cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

#### **2.2.6.1.5. Tipo residual**

Según el DSM-IV-TR (2002) es un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, pero presentes de una manera atenuada (por ej. Creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Las personas que han tenido al menos un episodio de esquizofrenia y que ya no manifiestan los síntomas principales, se les diagnostica el tipo de esquizofrenia residual. Aún cuando no presenten delirios ni alucinaciones, quizás presentes síntomas residuales o remanentes como creencias negativas o ideas raras que no son del todo delirantes, retraimiento social, pensamientos extraños, inactividad y afecto plano. Estos individuos quizás funcionen mejor antes y después de los episodios de esquizofrenia, que los individuos con diagnóstico de otro de los subtipos de esquizofrenia (Barlow, 2001).

### **Diagnóstico diferencial de la esquizofrenia**

Con el Eje I:

- En los delirios de tipo místico y mesiánico con componentes megalomaniacos puede resultar difícil el diagnóstico diferencial con las psicosis delirantes crónicas o las parafrenias. En ocasiones, solamente la presencia de cierto deterioro permitirá hacer el diagnóstico de esquizofrenia (Vallejo Ruiloba, 1999).
- Considerar la posibilidad de una enfermedad médica aún en los casos de diagnóstico previo de esquizofrenia. Ante cualquier síntoma poco habitual o extraño, o cualquier variación del nivel de conciencia, deben investigar exhaustivamente un cuadro médico no psiquiátrico. Intentar obtener una historia familiar completa, con antecedentes de trastornos médicos, neurológicos y psiquiátricos (Kaplan-Sadock, 2004).
- Por lo general los pacientes con trastornos neurológicos tienen más conciencia de enfermedad y más sufrimiento por sus síntomas psiquiátricos que los esquizofrénicos. (Kaplan-Sadock, 2004).
- Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia pueden ser idénticos a los del trastorno esquizofreniforme, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizoafectivo y los trastornos delirantes. El trastorno esquizofreniforme difiere de la esquizofrenia en que los síntomas tienen una duración no menor de un mes pero inferior a seis meses. El diagnóstico de trastorno psicótico breve es adecuado cuando los síntomas han persistido por lo menos un día, pero menos de un mes, y cuando el paciente no ha recuperado su funcionamiento premórbido dentro de ese período. Cuando coexiste un síndrome maniaco o depresivo con síntomas mayores de esquizofrenia, el diagnóstico apropiado es trastorno esquizoafectivo. Las ideas delirantes no excéntricas durante no menos de un mes, sin otros síntomas de esquizofrenia ni de un trastorno del estado de ánimo, justifican el diagnóstico de trastorno delirante (Kaplan-Sadock, 2004).
- El diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo puede ser difícil. Los síntomas del estado de ánimo deben ser breves en comparación con la duración de los síntomas primarios de esquizofrenia. Tras la remisión de un episodio esquizofrénico, algunos pacientes presentan una depresión pospsicótica o secundaria (Kaplan-Sadock, 2004).

Con el Eje 2:

- Diversos trastornos de la personalidad pueden tener manifestaciones de esquizofrenia, por ejemplo los trastornos esquizotípicos, esquizoide y límite de la personalidad son los que presentan los síntomas más parecidos. El trastorno obsesivo-compulsivo grave de la personalidad puede enmascarar un proceso esquizofrénico de base. Los trastornos de la personalidad a diferencia de la esquizofrenia, tienen síntomas leves y están presentes durante toda la vida del paciente y carecen de una fecha de inicio identificable. (Kaplan- Sadock, 2004)

### 2.2.7. Trastorno psicótico sin otra especificación

Esta categoría se emplea para pacientes con síntomas psicóticos, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos de otros trastornos psicóticos específicamente definidos o cuando no se dispone de suficiente información para arribar a un diagnóstico bien definido (Kaplan-Sadock, 2004). Los ejemplos que señala el DSM-IV-TR (2002), son:

- Psicosis posparto que no cumple con criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntoma psicóticos, trastornos psicótico breve, trastorno psicótico debido a enfermedad médica o trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Síntomas psicóticos que han durado menos de un mes, pero que aún no han remitido y por lo tanto no cumplen con los criterios para un trastorno psicótico breve
- Alucinaciones auditivas y persistentes en ausencia de otras características.
- Ideas delirantes persistentes con períodos de episodios afectivos superpuestos que han aparecido durante una parte sustancial de la alteración delirante.
- Situaciones en las que el clínico no ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno psicótico pero es incapaz de determinar si es primario debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

### Psicosis posparto

Denominado también psicosis puerperal, los síntomas son, la mayoría de las veces, depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a sí misma. La mayoría de los datos sugieren que hay una estrecha relación entre psicosis posparto y trastornos del estado de ánimo, en especial trastornos bipolares y trastorno depresivo mayor y los datos más firmes indican que un episodio de psicosis posparto es básicamente un episodio de trastorno del ánimo, en general bipolar, aunque también depresivo. Unos pocos casos se deben a una enfermedad médica general asociada con episodios perinatales como infección, intoxicación por fármacos y hemorragia. La súbita disminución de las concentraciones de estrógenos y progesterona inmediatamente después del parto también pueden contribuir al trastorno pero el tratamiento con estas hormonas no ha sido efectivo (Kaplan-Sadock, 2004).

Los síntomas característicos son ideas delirantes, deficiencias cognitivas, alteraciones de la motilidad, anormalidades del estado de ánimo y alucinaciones ocasionales. El contenido del material psicótico gira alrededor de la maternidad y el embarazo (Kaplan-Sadock., 2004). El DSM-IV-TR (2002) también admite los diagnósticos de trastorno psicótico breve y trastornos del estado de ánimo con inicio posparto.

Los síntomas comienzan generalmente a los pocos días del parto y casi siempre duran aproximadamente ocho semanas después del parto, aunque el promedio es de dos a tres semanas. Típicamente los pacientes comienzan por referir fatiga, insomnio e inquietud y pueden tener episodios de llanto y labilidad emocional. Mas tarde puede aparecer suspicacia, confusión, incoherencia, afirmaciones irracionales. También es posible que refiera imposibilidad de moverse, pararse o caminar o referir no tener sentimientos de desear cuidar al bebé, no amarlo y en algunos casos de querer dañarlo. El material delirante puede contener ideas de que el bebé está muerto o defectuoso. La evolución de las psicosis posparto puede ser similar a la de los trastornos del estado de ánimo. A menudo presentan otro episodio dentro del año o los dos años del parto. Por lo general los embarazos posteriores se asocian con mayor riesgo de otro episodio (Kaplan- Sadock, 2004).

### 2.2.8. Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica

La evaluación de un paciente psicótico exige considerar la posibilidad de que los síntomas psicóticos sean causa de una enfermedad médica general, como por ejemplo un tumor cerebral. Las enfermedades como neoplasias cerebrales en particular de las regiones occipitales o temporales, pueden provocar alucinaciones. La privación sensorial, como en personas ciegas o sordas puede también causar experiencias alucinatorias o delirantes. Las lesiones que comprometen el lóbulo temporal, el parietal y otras lesiones cerebrales, sobre todo del hemisferio derecho, se asocian con ideas delirantes (Kaplan- Sadock, 2004).

El DSM-IV-TR (2002) señala dos tipos de este trastorno:

- Con ideas delirantes (si predominan las ideas delirantes)
- Con alucinaciones (si predominan las alucinaciones)

### 2.2.9. Trastorno psicótico inducido por sustancias

Esta categoría se reserva para aquellos síntomas psicóticos inducidos por sustancias y alteración del juicio de realidad. Las personas con síntomas psicóticos inducidos por sustancias pero con sentido de realidad indemne, se deben clasificar en la categoría de trastorno relacionado con consumo de sustancias. El diagnóstico completo de este trastorno debe incluir el tipo de sustancia involucrada, el nivel de uso de la sustancia, cuándo fue el inicio (si durante la intoxicación o la abstinencia) y las manifestaciones clínicas, por ejemplo alucinaciones e ideas delirantes (Kaplan- Sadock, 2004).

Las sustancias psicoactivas son causas comunes de síndromes psicóticos. Las sustancias más involucradas en este tipo de trastorno son el alcohol, los alucinógenos indólicos, como la dietilamina de ácido lisérgico (LSD), las anfetaminas, la cocaína, la mescalina, la fenciclidina (PCP) y la ketamina. Muchas otras sustancias como esteroides y tiroxina, pueden provocar alucinaciones (Kaplan y Sadock, 2004). Las alucinaciones táctiles, como la sensación de insectos arrastrándose sobre la piel por ejemplo, son característicos del consumo de cocaína. Las alucinaciones auditivas, por lo general se asocian con el abuso de sustancias psicoafectivas en este trastorno (por ejemplo incluso las personas sordas pueden tenerlas bajo estos efectos). Las alucinaciones olfatorias pueden ser secundarias a epilepsia del lóbulo temporal. A menudo las alucinaciones visuales adoptan la forma de escenas con figuras humanas diminutas (liliputienses) o pequeños animales. Incluso las personas ciegas por cataratas que padecen un trastorno psicótico inducido por sustancias, pueden presentar alucinaciones visuales. Por lo general las no tan comunes alucinaciones auditivas musicales corresponden a canciones religiosas. En las alucinaciones relacionadas con alcohol, voces de terceras personas amenazantes, críticas o insultantes, le hablan a la persona pudiendo decirle que se dañe a sí mismo o a otros. Estos pacientes son peligrosos y presentan un riesgo significativo de suicidio u homicidio. Los pacientes pueden creer que las alucinaciones son reales, o no. Las ideas delirantes secundarias e inducidas por sustancias, por lo general aparecen en un estado de vigilia completo. Pueden ser sistematizadas o fragmentarias y de contenido diverso, aunque las más comunes son las persecutorias (Kaplan-Sadock, 2004).

### Diagnóstico diferencial del trastorno psicótico inducido por sustancias y del trastorno psicótico debido a enfermedad médica general:

- Se debe diferenciar de los trastornos del estado de ánimo con características psicóticas en los que son notorios otros síntomas afectivos.
- Se debe diferenciar de la demencia, en la que los pacientes tienen deficiencias intelectuales importantes.
- Diferenciar de la esquizofrenia, en la que los pacientes presentan otros síntomas de trastorno del pensamiento y deterioro general del funcionamiento.
- Diferenciar de los trastornos delirantes, en los que los pacientes presentan obnubilación.

El DSM-IV-TR (2002) señala que hay que especificar si es de inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia.

### Exploración del paciente esquizofrénico: Examen del estado mental y proceso de evaluación diagnóstica

La exploración psiquiátrica es un ejercicio de valoración y síntesis transversal del comportamiento verbal y no verbal de un paciente, incluyendo su nivel cognoscitivo y de vigilia. En la evaluación psicopatológica, el elemento fundamental es la entrevista. En ella hay que ser capaz de obtener información, para generar hipótesis de diagnóstico y tratamiento; articular una buena síntesis de datos objetivos, subjetivos y relacionales; generar confianza y empatía en la comunicación con el entrevistado. Existen otros métodos complementarios de gran utilidad, como evaluaciones psicométricas y proyectivas por ejemplo, exploraciones radiológicas, etc. (vallejo Ruiloba, 1999)

### Examen del estado mental de la esquizofrenia:

- Descripción general:

El aspecto de estos pacientes puede variar del de una persona agitada, gritona y desgreñada al de una persona silenciosa e inmóvil. Los pacientes pueden ser locuaces y adoptar posturas extrañas. Su comportamiento se puede volver agitado o violento aparentemente sin provocación, pero generalmente ocurre en respuesta a las alucinaciones. Otros, como los catatónicos, se sientan inmóviles, sin hablar, dando solamente respuestas cortas y solo se mueven si se les indica hacerlo. También pueden tener un

comportamiento caracterizado por una torpeza extravagante o rigidez en los movimientos corporales. A menudo, el paciente esquizofrénico está poco acicalado, no se baña y se abriga mucho con respecto a la temperatura reinante. Otros comportamientos extraños son tics, estereotipias, manierismo y ecopraxia (repetición imitativa de la postura o los comportamientos del examinador) (Kaplan-Sadock, 2004).

- Estado de ánimo, sentimiento y afecto:  
Generalmente caracterizado por anhedonia, afecto aplanado o embotado (que puede ser un síntoma de la esquizofrenia propiamente dicha o de los afectos adversos de los medicamentos antipsicóticos o de depresión (Kaplan- Sadock,2004).
- Alteraciones de la percepción: Alucinaciones. La esquizofrenia puede afectar a cualquiera de los cinco sentidos con experiencias alucinatorias, sin embargo las alucinaciones auditivas son las más comunes. Las alucinaciones visuales son también comunes, pero las olfatorias, gustativas y táctiles no son muy comunes y su presencia debe instar al clínico o neurólogo, a considerar la posibilidad de trastorno médico o neurológico. Las alucinaciones cinestésicas son sensaciones infundadas de alteración de lo órganos del cuerpo. La ilusiones, a diferencia de las alucinaciones, son distorsiones de imágenes o sensaciones reales (mientras que la alucinación no se basa en estímulos reales) (Kaplan-Sadock, 2004).
- Pensamiento: Los trastornos del pensamiento son, a veces, los síntomas básicos de la esquizofrenia. Una forma de clarificarlos es dividirlos en trastornos del contenido del pensamiento (ideas, creencias e interpretaciones de los estímulos por parte del paciente), la forma del pensamiento (observables en lenguaje oral y escrito del paciente, son: disgregación de asociaciones- se suele ver en la manía también este trastorno, deshilvanación, incoherencia, tangencialidad, circunstancialidad, neologismos, ecolalia, ensalada de palabras y mutismo) y el proceso de pensamiento (se refieren a la manera de formular las ideas y el lenguaje: fuga de ideas, bloqueo del pensamiento, deterioro de la atención, pobreza del contenido del pensamiento, escasa capacidad de abstracción, perseverancia, asociaciones idiosincráticas, sobreinclusión y circunstancialidad. Es común también que el paciente pierda tanto el control del pensamiento -a través del cual fuerzas externas controlan lo que el paciente piensa o siente- así como la transmisión de pensamiento en el que los pacientes creen que otros pacientes pueden leer su mente o que sus pensamientos se transmiten por televisión o radio (Kaplan-Sadock, 2004).
- Impulsividad, violencia, suicidio y homicidio: pueden presentar agitación y escaso control de los impulsos cuando están enfermos. Y ciertos comportamientos impulsivos como suicidio u homicidio pueden responder a alucinaciones que le ordenan a actuar al paciente. El comportamiento violento, excluido el homicidio, se da frecuentemente en esquizofrénicos no tratados. Las ideas delirantes de carácter persecutorio, los episodios previos de violencia y déficit neurológico, son factores de riesgo de comportamiento violento o impulsivo. Si un clínico siente temor ante un paciente esquizofrénico, se debe interpretar como un indicio interno de que el paciente puede estar al borde de actuar violentamente. En estos casos se debe terminar la entrevista o se la debe efectuar con un asistente preparado para intervenir (Kaplan-Sadock,2004).
- Orientación: Por lo general, los pacientes esquizofrénicos suelen estar orientados respecto de las personas, tiempo y espacio aunque algunos pacientes pueden dar respuestas incorrectas o extrañas (Por ejemplo: Soy Cristo y éste es el cielo) (Kaplan- Sadock, 2004).
- Memoria: Suele estar indemne, sin embargo, a veces, suele ser casi imposible que estos pacientes atiendan lo suficiente a las pruebas de memoria como para evaluar adecuadamente esa capacidad. (Kaplan-Sadock, 2004),
- Juicio y conciencia de enfermedad: Se afirma que estos pacientes tienen escasa conciencia del carácter y gravedad de su trastorno y eso se asocia con un escaso cumplimiento del tratamiento. Los lóbulos parietales son las regiones del cerebro que se asocian con escasa conciencia de enfermedad (Kaplan-Sadock, 2004).
- Fiabilidad: El paciente esquizofrénico no es menos fiable que otro paciente psiquiátrico, no obstante el carácter del trastorno exige que el examinador verifique información importante a través de otras fuentes (Kaplan- Sadock, 2004).
- Signos neurológicos: Signos neurológicos localizadores y no localizadores. Otros signos neurológicos anormales son tics, estereotipias, alteración de la modicidad fina, tono muscular anormal y movimientos musculares anormales. Un estudio ha observado que solo alrededor del 25% de los pacientes con esquizofrenia tienen conciencia de sus propios movimientos anormales involuntarios. La falta de conciencia se correlaciona con la falta de conciencia acerca de su trastorno psiquiátrico primario y el tiempo de evolución de la enfermedad (Kaplan- Sadock, 2004).

- Examen ocular: Además del trastorno de seguimiento visual uniforme, los esquizofrénicos muestran mayor velocidad de parpadeo. Se considera que esto es causa de la hiperactividad dopaminérgica (Kaplan- Sadock, 2004).
- Lenguaje: En la esquizofrenia, los trastornos del lenguaje como por ejemplo la disgregación de asociaciones se considera clásicamente un trastorno del pensamiento, pero también puede indicar una forma de afasia que implica tal vez al lóbulo parietal dominante (Kaplan- Sadock).

### Capítulo 3. Introducción a la psicofarmacología de los trastornos psicóticos

Los psicofármacos pueden clasificarse en cuatro categorías abarcativas: antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos. Este trabajo pretende presentar un panorama general, únicamente de los antipsicóticos, sus mecanismos de acción y sus efectos adversos, con el objeto de comprender mejor el alcance de la clínica de la psicosis y favorecer el trabajo interdisciplinario psicología/psiquiatría.

Los antipsicóticos se pueden clasificar según sus patrones de actividad, en (Herlyn, 2006):

- Típico
- Atípico

#### Antipsicóticos convencionales (típicos):

Actúan básicamente, ejerciendo acciones de bloqueo de receptores dopaminérgicos D2, los colinérgicos o muscarínicos M1, los adrenérgicos alfa 1 y los histamínicos H1, produciendo (Herlyn, 2006) :

a) Una reducción de la sintomatología psicótica positiva al bloquear los receptores dopaminérgicos D2 postsinápticos en las siguientes vías neuronales:

- La vía *mesolímbica*, al disminuir los niveles de dopamina.
- En la vía dopaminérgica *nigroestriatal*, puede ocasionar efectos indeseables como los síndromes extrapiramidales que se manifiestan en forma de temblor, rigidez, parkinsonismo, distonías agudas o tardías (espasmos musculares de lengua, cara y cuello) y acatisia (sensación de inquietud que obliga al paciente a moverse permanentemente). También puede producir el efecto adverso más temido por su alta incidencia y su difícil resolución: la discinesia tardía (movimientos anormales involuntarios generalmente orofaciales o bucolinguales rebeldes al tratamiento).
- Hay dos factores que determinan las manifestación clínica de los síntomas extrapiramidales: el descenso de la dopamina (como en la enfermedad de Parkinson) y el aumento de la actividad de acetilcolina (al bajar la actividad dopaminérgica, ya que ésta normalmente suprime la actividad de acetilcolina).
- En la vía *mesocortical* produce un empeoramiento de los síntomas negativos de psicosis. Este efecto se conoce como síndrome deficitario inducido por neurolepticos (NIDS).
- En la vía túbero *infundibular*, se asocia a desajustes hormonales, un aumento de prolactina que se traduce en amenorrea (ausencia de ciclos menstruales en la mujer) y galactorrea (secreción de leche por la glándula mamaria) en ambos sexos.

b) El bloqueo de los receptores M1 se asocia a efectos indeseables como visión borrosa, retención urinaria y constipación.

c) El bloqueo de los receptores Alfa 1 se asocia con mareo, disminución de la presión arterial y disfunciones sexuales y el bloqueo de los receptores H1, con sedación y aumento de peso. Existe una complicación grave, aunque rara, del tratamiento con neurolepticos, llamado síndrome neuroleptico maligno. Constituye una urgencia médica y se manifiesta con los siguientes síntomas: fiebre, rigidez, acinesia, hipertensión, taquicardia y alteraciones cognitivas.

Todos estos efectos adversos tiene una gran variabilidad interpersonal ya que algunos pacientes pueden presentar efectos indeseables con dosis muy altas pero otros pueden presentar los mismos efectos con dosis mínimas (Herlyn, 2006).

#### Antipsicóticos atípicos:

Tienen mayor eficacia sobre los síntomas negativos de la psicosis que los antipsicóticos clásicos, convencionales. Favorecen la adherencia al tratamiento por su menor perfil de efectos adversos, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes. Su costo en términos económicos es mayor pero este aumento se podría relativizar si se contempla la disminución de reinternaciones y recaídas debido a la mayor adherencia al tratamiento. Por su mecanismo de acción, los antipsicóticos atípicos trascienden

la teoría dopaminérgica ya que bloquean, además de los receptores dopaminérgicos, el antagonismo serotoninérgico 5HT<sub>2A</sub>. El bloqueo de los receptores *dopaminérgicos* D<sub>2</sub> en la vía mesolímbica, explica la disminución de los síntomas positivos y el bloqueo del antagonista serotoninérgico explica la mayor eficacia sobre los negativos y la disminución de los efectos adversos.

El bloqueo del 5HT<sub>2A</sub> en la vía nigroestriatal, explica la baja producción de síntomas extrapiramidales y en la vía tuberoinfundibular el bloqueo de la 5HT<sub>2A</sub> revierte la hiperprolactinemia causada por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub>. Es decir que los antipsicóticos atípicos tienen menor tendencia a elevar las concentraciones de prolactina. Los atípicos pueden incrementar la liberación de dopamina en la vía mesocortical, explicando así su eficacia sobre la dimensión negativa de la esquizofrenia (Herlyn, 2006).

La elección de un antipsicótico en cada caso en particular dependerá de (Herlyn, 2004):

- Las distintas dimensiones sintomáticas sobre las que plasmen su efecto
- Su perfil de efectos adversos
- Razones de accesibilidad (disponibilidad y costos)

La descripción de los efectos del bloqueo de los diferentes receptores trasciende el límite de este trabajo, no obstante, por un interés personal, se ha considerado su relevancia para comprender determinados mecanismos de acción de los antipsicóticos y su efecto sobre determinados síntomas.

## Parte II: Psicoanálisis Multifamiliar. Propuesta de Jorge García Badaracco

### Capítulo 1. Algunos puntos de la teoría freudiana y su relación con la familia.

El psicoanálisis nació como un método de tratamiento de individuos (siguiendo en esto a la tradición médica) y Freud elaboró la mayor parte de sus teorías en términos de estructuras intrapsíquicas pero el psicoanálisis fue también el que descubrió y señaló que el sujeto es inconcebible sin la existencia de los otros y que esos intentos de curación que llamamos síntomas, tienen un sentido no solo para los individuos sino también para los demás (Losso, 1984). En 1914, Freud publica *Introducción al Narcisismo*, en la que se refiere al narcisismo infantil. Allí nos muestra a un sujeto atado a la cadena generacional: *His Majesty the Baby* es narcisizado para que pueda cumplir los sueños, los deseos irrealizados de los padres.

El desarrollo de la teoría del narcisismo le permite a Freud introducir la intersubjetividad en su arsenal teórico (Losso, 2001). En la conferencia 23 (Freud, 1916-17) desarrolla la teoría de las Series Complementarias. En la primera serie habla de un factor constitucional y afirma que *las disposiciones constitucionales son secuelas de vivencias de nuestros antepasados*. Lo constitucional alude aquí a lo transmitido generacionalmente, es decir los legados y mandatos de las generaciones anteriores. Con respecto a la segunda serie complementaria, el trabajo con familias nos muestra que este factor accidental o traumático actúa fundamentalmente en la vida del sujeto, no solo como desencadenante de patología sino como condicionante permanente de la misma. La experiencia familiar permite entonces valorar las acciones que unos sujetos ejercen sobre otros dentro de la trama intersubjetiva vincular familiar (Losso, 2001).

En *Psicología de las masas y análisis del Yo* (1921) implica un considerable salto epistemológico: el contraste entre la psicología individual y la psicología grupal o social (Losso, 2001). El método psicoanalítico de Freud se orientó hacia la búsqueda del inconsciente individual, sin embargo, en este texto Freud destaca dos elementos: regresión -entendida como un debilitamiento de las funciones racionales y una voluntad dispuesta a unirse a las contagiosas emociones de la masa- y pérdida de la identidad individual a cambio del placer de expresar emociones primitivas en el seno de la multitud y la asunción de una identidad grupal.

"La identificación aspira a conformar al propio Yo análogamente al otro Yo tomado como modelo." (Freud, 1921).

A través del mecanismo de la identificación, el objeto se erige en el Yo. Esto es lo que Freud llamó identificaciones primarias, las que se producen antes de toda relación de objeto. Son identificaciones que constituyen la manifestación más temprana de la ligazón de emocional con otro objeto. Estas identificaciones exigen la presencia de los otros en nosotros, es decir, que los deseos de los padres o de otras figuras significativas para el sujeto se expresan a través de estas identificaciones primarias (Losso, 2001).

En el caso clínico del pequeño Hanz, que Freud publicó en 1909, éste describe las dinámicas familiares que contribuyeron a las fobias del niño, sin embargo el interés de Freud se trasladó a la interpretación

de la dinámica intrapsíquica, centrando el foco de atención en el miedo edípico hacia el padre. En la década del cuarenta hubo muchos aportes de psicoanalistas sobre las relaciones interpersonales reales que generan psicopatología.

Freud (1921), en *Psicología de las masas y análisis del Yo*, consideraba que las relaciones del individuo con sus padres, hermanos, con la persona objeto de su amor y médico, que han sido objeto de investigación clínica, pueden ser consideradas como fenómenos sociales. No obstante, Freud ha puesto el acento en el conflicto intrapsíquico, en términos de satisfacción o frustración de la pulsión instintiva más que en términos de una patología vincular en donde tanto el sujeto como el objeto intervienen con sus dificultades propias (García Badaracco, 1979). García Badaracco (1979) señala con respecto al Complejo de Edipo, que en la literatura psicoanalítica se ha considerado más la problemática del hijo en relación con sus padres, sin tener suficientemente en cuenta en dicha problemática, la conductas y dificultades de los padres en relación a los hijos. Ya que en muchos casos, los progenitores obstaculizan o impiden de alguna manera con sus propias carencias, la elaboración y disolución del Complejo de Edipo.

## Capítulo 2. Familia y enfermedad mental.

Numerosos autores han contribuido al estudio de la importancia de la familia en la génesis de la enfermedad mental, pero la bibliografía es muy extensa y no sería ni posible ni pertinente para el objetivo de este trabajo hacer una revisión exhaustiva.

La psicoterapia de la familia comenzó por poner en evidencia la influencia patógena de la madre, luego mostró la influencia también patógena del padre, bajo el concepto de padre inadecuado o ausente, para finalmente descubrir que la patología familiar es compartida de diferentes maneras por todos los miembros del grupo, de manera tal que lo patógeno puede verse en la estructura familiar en su conjunto (García Badaracco, 1989).

Los trastornos de la relación padres-hijos en una familia nuclear tienen su origen en alteraciones patológicas de cada uno de sus miembros individualmente, así como en la relación entre ellos, que surgen a su vez como consecuencia de alteraciones de los abuelos y así sucesivamente. Llegando así al importante concepto de las tres generaciones necesarias para comprender la patología familiar, que significa que la inmadurez de la personalidad se hereda psicológicamente a través de la convivencia y se potencia a través de las generaciones. (García Badaracco, 1989, p. 197).

En la década del cuarenta hubo muchos aportes de psicoanalistas sobre las relaciones interpersonales reales que generan psicopatología. Muchos psicoanalistas hicieron, en la década de los cincuenta, importantes contribuciones al desarrollo de la terapia familiar, estudiando el poder de la familia en el trastorno bipolar y en la transmisión parental de defectos del Superyó a hijos delincuentes (García Badaracco, 2000).

En el campo de la psicosis, la experiencia clínica ha demostrado la importancia de la inclusión de la familia en el proceso terapéutico de los pacientes, para poder de este modo confrontar con los objetos reales de su historia familiar, los conflictos internalizados de su infancia. El objetivo de esta inclusión es poder hacer experiencias emocionales correctoras de las primitivas relaciones objetales distorsionantes (García Badaracco, 1989).

La enfermedad une a la familia, la organiza y le da un motivo de preocupación y de intercambio. El enfermo aparece como un termómetro de las tensiones familiares y al mismo tiempo como alivio de las mismas, como paragon de los conflictos parentales (Losso, 2001).

## Capítulo 3. Antecedentes históricos de la terapia de grupo e inclusión de la dimensión familiar.

La terapia de grupo, en cuanto a una actividad planificada bajo una guía profesional para tratar la patología de la personalidad es, según Saúl Scheidlinger, una invención estadounidense del siglo XX. En 1905 Joseph Pratt empezó sesiones de lectura con sus pacientes tuberculosos que luego extendió a pacientes diabéticos al observar mejoría clínica. E. Lazell, adoptó el método grupal para trabajar con esquizofrénicos. Trigant Burrow, uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Americana, empezó a utilizar pequeños grupos informales de discusión con participación de pacientes, familiares y otros colegas (García Badaracco, 2000).

En los estados Unidos, la utilización de pequeños grupos en la década del treinta, contó con pioneros que imprimieron características personales al trabajo grupal y desarrollaron teorías propias que combinaban conceptos freudianos sobre la psicología de grupo con interpretaciones de la transferencia familiar (García Badaracco, 2000). J. L. Moreno, aportó el psicodrama aplicando métodos de acción que llamó Teatro de la Espontaneidad, en el que invocaba la superioridad de sus métodos de acción con relación a la vida real frente al psicoanálisis de Freud, sirviéndose de interacciones dramáticas basadas en la teoría de los roles. Con la segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo cobró impulso y creciente popularidad por pura necesidad debido a la abundancia de casos psiquiátricos militares. Los hospitales militares británicos y estadounidenses, se convirtieron entonces en un semillero de expertos en terapia de grupo (García Badaracco, 2000).

La literatura profesional de los cincuenta y los sesenta refleja los esfuerzos para establecer sólidas teorías psicodinámicas de la terapia de grupo. Algunos autores, como Slavson, creen en la primacía del abordaje centrado en cada miembro individual del grupo. Otros por el contrario, por ejemplo Foulkes, apoyan una perspectiva centrada en el grupo reflejada en la siguiente cita: *Cuida al grupo y cada individuo se cuidará a sí mismo*. Las posturas extremas de psicoterapeutas de la escuela británica de relaciones objetales como Henry Ezriel (1950) y Bion sostenían que el objetivo del terapeuta grupal reside esencialmente en confrontar el grupo como totalidad con sus fantasías inconcientes compartidas. Esto despertó mucha controversia entre los terapeutas de grupos estadounidenses (García Badaracco, 2000).

En la década del sesenta diferentes sociedades de profesionales instaron a la Asociación Americana de terapia de Grupo para que subrayara la diferencia entre las iniciativas de educación emocional diseñada para el público en general y la terapia de grupo con la finalidad de tratar la enfermedad. Simultáneamente se desarrolla en los Estados Unidos la terapia familiar. Algunos autores comenzaron a enfocar a la familia en el tratamiento de las esquizofrenias, al ser el esquizofrénico un miembro sintomático de una patología familiar general. Las experiencias grupales tuvieron su origen, en gran parte, en las limitaciones del psicoanálisis individual. En contextos grupales se hizo posible el abordaje de patologías mentales graves y por lo tanto, la terapia familiar constituyó una apertura importante (García Badaracco, 2000).

En el campo de la terapia familiar, las décadas del 50 y del 60 fueron muy enriquecedoras para la psicología y la psiquiatría, con las contribuciones de Enrique Pichón-Rivière. Este autor puso su énfasis en la utilidad de articular el psicoanálisis individual con la psicología familiar y social y en la importancia de la interacción dialéctica entre el hombre y su medio. Su inclinación por trabajar en el campo de la locura estaba condicionada por el hecho de que, si bien la consideraba como una forma de muerte, podía resultar reversible. Pichón-Rivière considera a la familia como una estructura social básica conformada por el interjuego de papeles (padre, madre, hijo) que constituye el modelo natural de la situación de interacción grupal. Fue, también, uno de los primeros en comprender que el enfermo era un emergente de un grupo familiar enfermo, siendo de este modo depositario o portavoz de la enfermedad familiar en un intento de preservación de los demás cuando las tensiones y conflictos grupales se hacen muy intensos (García Badaracco, 1979).

En el conjunto de los diferentes abordajes psicoterapéuticos, el grupo multifamiliar es el que ha dado lugar a menor cantidad de publicaciones porque pocos terapeutas han trabajado en el campo y además porque es difícil dar cuenta de todo lo que sucede dada la multiplicidad de fenómenos simultáneos que ocurren en este tipo de abordaje de la enfermedad mental (García Badaracco, 2000, p.259).

## Capítulo 4. Qué es el Psicoanálisis Multifamiliar creado por Jorge García Badaracco

El Psicoanálisis Multifamiliar creado por Jorge García Badaracco, es un dispositivo terapéutico que combinado con el psicoanálisis individual, acorta los procesos terapéuticos de manera notable y logra producir cambios psíquicos que en otro contexto no serían posibles, sobre todo con los pacientes violentos. Después de años de desarrollo de este dispositivo en los Hospitales Borda y Moyano, el Psicoanálisis Multifamiliar ha sido reconocido por la Asociación Psicoanalítica Argentina (Mitre, 2007).

Implica un modelo teórico que incluye la integración de recursos en una matriz con la que cada paciente y sus familiares pueden realizar procesos terapéuticos compartidos. Incluyendo un conjunto articulado de recursos terapéuticos entre los que se encuentran el psicoanálisis, la terapia familiar, diferentes formas de terapia grupal, el psicodrama, la terapia ocupacional, la musicoterapia y la expresión corporal, funcionando dentro de una Comunidad Terapéutica psicoanalítica. En cuanto al proceso terapéutico en sí mismo, está encuadrado en un proceso terapéutico psicoanalítico aunque enriquecido por otros conocimientos.

Propone pensar la patología mental desde la salud virtual potencial, que existe en el enfermo y que puede desarrollarse a través del proceso terapéutico que le da a la persona que sufre, un espacio en el que pueda tener experiencias creativas de **recursos yoicos nuevos** para poder vivir lo que le resultaba invivible y pensar lo que no podía pensar antes (García Badaracco, 2006).

## Capítulo 5. Trabajando con pacientes graves

La psicosis ha sido estudiada por el psicoanálisis como una estructura narcisista en la que el Yo ha retirado su libido del mundo exterior. García Badaracco (1989) señala además, que existen en estos pacientes, aspectos carenciales de recursos propios que no pudieron desarrollarse en el clima emocional en que emergió la enfermedad. Es un déficit que impide al paciente volver a llevar la libido a los objetos de la realidad externa, por la intensidad intolerable de los estados emocionales que se despiertan en ese contacto. A partir de esto se puede comprender la importancia de que el proceso terapéutico se lleve a cabo en un contexto de seguridad psicológica que brinde un continente válido y un apoyo verdadero (García Badaracco, 1989).

Los pacientes graves no están en condiciones de tolerar el encuadre psicoanalítico clásico, ya que no pueden pensar ni asociar libremente (Mitre, 2007) porque están invadidos por presencias intra-psíquicas (sobre todo en un primer momento del proceso terapéutico), tanto internas como externas, que no les permiten pensar, asociar ni escuchar ya que al estar referidos siempre a otro, carecen de autonomía. Son los otros en nosotros, es decir, presencias enloquecedoras que anulan, invaden y someten al sí-mismo verdadero (Mitre, 2008, p.3).

Estos pacientes quedaron, desde muy pequeños, detenidos en su desarrollo por falta de experiencias vitales gratificantes que hubieran podido dar lugar a los recursos yoicos necesarios para un desarrollo normal. En el desarrollo normal, las conductas son primero actuadas y más adelante interiorizadas en forma de pensamiento sin acción exterior. El funcionamiento mental patológico, en cambio, tiene la característica de ser irracional y compulsivo debido a la falta de un sí-mismo autónomo con identidad propia. Lo compulsivo está ligado a las situaciones traumáticas, de modo que la compulsividad patológica es una condensación de vivencias primitivas con necesidad de vehiculizar tanto reproches vengativos dirigidos a los padres de la infancia, como reclamos, igualmente compulsivos, desde una necesidad de asistencia de un otro estructurante que le permita al sujeto enfrentar la situación que se presenta con características traumáticas. Estos reproches vengativos y reclamos compulsivos que en general se producen en la transferencia psicótica, son en realidad un intento sano, expresado a veces de manera loca, de salida de un repliegue autista. Implica un pedido de ayuda para que otro descubra y rescate al ser vulnerable que quedó detenido en el desarrollo (Mitre, 2007).

Los delirios son formas crípticas de verdades y denuncias que el individuo no puede expresar porque no tienen recursos yoicos para hablar directamente. Sus pensamientos no son auténticos pensamientos sino un actuar dentro de la mente, con poca capacidad de simbolización ya que los pacientes psicóticos no han adquirido el cambio estructural inherente a la disolución del complejo de Edipo (Mitre, 2007).

Dicho cambio implica la represión del proceso primario y el desarrollo del proceso secundario, el pasaje desde un funcionamiento en términos de ecuación simbólica al desarrollo de una capacidad simbólica verdadera, el cambio de relaciones narcisísticas y simbióticas de objeto con indiferenciación entre el Yo y el no Yo hacia formas de relaciones objetales en donde se produce una mayor individuación y donde comienza el desarrollo de una identidad propia (García Badaracco, 1979),

Los pacientes psicóticos funcionan en cambio en términos de ecuaciones simbólicas desde identificaciones patógenas y patológicas con las personas que los habitan a través de interdependencias enloquecedoras, siendo entonces como marionetas de sus padres internalizados sin tener conciencia de ellos. (Mitre, 2007).

La ecuación simbólica es una actividad mental en la que se experimenta una fantasía como algo real. En ese sentido, la ecuación simbólica se emparenta con la idea delirante en la que se confunde fantasía con realidad (García Badaracco, 2000).

Los pacientes graves están habitados por otros a tal punto que no pueden pensar. Se encuentran tironeados por exigencias, voces que ordenan, que descalifican y que lo impiden ser, sin saberlo, por eso actúan a través de los delirios. Los pacientes no están fuera de la realidad, sino demasiado dentro de la realidad y no tienen recursos suficientes para tolerarla. Los pacientes neuróticos también están habitados por otros internos y externos, pero a diferencia del psicótico, el neurótico puede llegar muy rápidamente a tomar conciencia de las complicidades inconcientes o fidelidades secretas con su familia que muchas

veces crean fuertes resistencias (Mitre 2007).

En el proceso terapéutico con pacientes psicóticos, lo que aparece como más importante, son las dificultades, condicionadas por una larga historia de una problemática compleja, de pasar de la relación de a dos a la relación de a tres. Ya que si la presencia del padre en la realidad exterior ha estado precedida por una presencia paterna en el mundo interno de la madre, como un vínculo de pareja positivo y enriquecedor, entonces la relación madre/hijo configurará desde un principio un vínculo con un tercero. En este caso, la relación simbiótica madre/hijo será una simbiosis transitoria, narcisística y funcional, es decir sana y necesaria para el desarrollo normal de un sujeto, ya que el bebé, por su estado de indefensión, necesita simbiotizarse con un otro para poder utilizar sus recursos yoicos como si fueran propios. De la misma manera, necesita que este otro reconozca sus necesidades de sujeto, para poder asistirlo adecuadamente evitando experiencias traumáticas tempranas (García Badaracco, 1999).

Es decir que, al mismo tiempo que permite momentos de simbiotización con su bebé, la madre emocionalmente sana, estimula su crecimiento sobre la base de su propia espontaneidad en la que, la presencia del padre, favorecerá la salida del hijo del vínculo simbiotizante con la ésta. Sirviéndole al hijo de modelo estructurante de capacidades yoicas que le permitan pasar de *ser para la madre* a *ser para el padre*, para luego poder *ser para sí mismo*. En síntesis, los objetos parentales cumplen su principal función en la medida que aportan modelos de identificación estructurante para el Yo del sujeto en desarrollo (García Badaracco, 1979d).

En la psiquiatría clásica y en el psicoanálisis en general, se teme que se produzca un brote psicótico, ya que se considera que produce un deterioro, pero si ese brote se da en un contexto de la mayor seguridad posible, el paciente podrá encontrar elementos positivos que justamente eviten ese deterioro. Para García Badaracco el brote psicótico sería la condensación de vivencias de situaciones traumáticas en las que una persona nunca tuvo a nadie con quien contar, ni hablar, de modo que el brote seguramente esté encubriendo un pedido de ayuda genuino para que alguien rescate ese Yo indefenso e inmaduro que quedó detenido en su desarrollo. El objetivo buscado entonces, es volver a contar con la persona con la que no se pudo contar (Mitre, 2007, p. 222 y 223).

## Capítulo 6. Los delirios

Las ideas delirantes se pueden definir como ideas erróneas imposibles o no verdaderas en las que el paciente cree con certeza, es decir, con una convicción subjetiva que lo lleva a no cuestionarlas por la lógica o la experiencia (Jaspers, 1951). Es importante diferenciarlas de otro tipo de ideas no patológicas como por ejemplo las ideas sobrevaloradas, que se caracterizan por estar impregnadas de un tono afectivo intenso. Son ejemplos de ideas sobrevaloradas, las supersticiones, ciertas creencias pseudo-religiosas y ciertas convicciones fanáticamente sostenidas. Las características delirantes deben surgir de un análisis de un conjunto de factores: es necesario tener en cuenta la edad del paciente en el que se presentan las ideas delirantes, su educación, el medio en que vive y la estructura de su personalidad. Y a veces, aunque una idea delirante pudiera coincidir con la realidad, puede seguir siendo delirante por la manera de ser vivenciada (García Badaracco, 1977a). Freud (1901) señala " (...) es que hay algo verdadero en el delirio (...) " refiriéndose a la idea de que hay mucho de verdad en los delirios de la paranoia. Verdad en cuanto a " (...) lo reprimido que tras de ellos se esconde (...) " dice Freud (1907). La visión del paranoico es más aguda que la capacidad de pensar normal y todo lo que nota en los otros es significativo. Esto se debe a que proyecta a la vida anímica de los demás lo que inconscientemente está presente en la suya propia (Freud, 1901). García Badaracco (1977a) señala que, según la teoría de libido, el proceso psicótico delirante se da en tres momentos:

1. En el primero habría un retiro de cargas de las representaciones de los objetos.
2. En el segundo, una sobrecarga de la representación de la propia persona.
3. En el tercero, una recarga de la representación de la propia persona.

El delirio de grandeza correspondería a la segunda fase del proceso psicótico, en la cual hay sentimientos placenteros producidos por la sobrevaloración narcisista. El delirio de persecución en cambio, correspondería más bien a los síntomas restitutivos del tercer momento.

Los delirios, la violencia y las adicciones le sirven a estos pacientes para neutralizar el sufrimiento psíquico intolerable (Mitre, 2010).

La construcción delirante, por lo tanto es una forma de defensa del individuo frente a contenidos mentales y emocionales intolerables y es a su vez defendida por éstos intensamente, para mantener así omnipotente la idea delirante y aferrarse al sentimiento de seguridad que le da la barrera infranqueable

que construyó (García Badaracco, 1977).

Cuando las relaciones con los objetos han sido completamente abandonadas, se puede volver a alcanzar un estado de omnipotencia absoluta narcisística, si el Yo se identifica completamente con su ideal y no manda más libido a los objetos, como en la megalomanía o delirio de grandeza, por ejemplo. Dichas identificaciones van acompañadas de una intensa satisfacción narcisista en forma de grandeza, tal como lo hace el esquizofrénico, por ejemplo, que se identifica con Napoleón. Abandona sus propios deseos, se somete a lo que exigen de él las imágenes paternas y está orgulloso por su comportamiento; lo mismo que sucede en el niño que, al identificarse con su padre y erigir su superyo interior prohibidor, está orgulloso de su comportamiento (Garma, 1971, p.206). en el delirio de grandeza, el destino de la libido sustraída de los objetos, sustraída del mundo exterior, es conducida al Yo y así surge el narcisismo (Freud, 1914).

Las fantasías megalomaniacas revelan entonces un fuerte componente narcisista. Dado el nivel de regresión, estos pacientes tienen relaciones primitivas de objeto, razón que determina la extrema sensibilidad a las críticas y a las interpretaciones que producen heridas narcisistas y reactivan mecanismos delirantes. El concepto de regresión entendido como una vuelta de la libido a una forma de organización narcisista, tiene en la psicosis el significado de primitivización del funcionamiento mental en el que prima el proceso primario (Gracia Badaracco, 1977).

Después de atravesar un período de silencio y/o de mutismo, el paciente delirante en la Comunidad, generalmente despliega su delirio a través de una transferencia múltiple, colocando en varias personas del grupo multifamiliar diferentes aspectos conflictivos de sí mismo. De esta manera, ensaya su mensaje delirante en esta nueva familia transicional que representan los grupos multifamiliares. Este lenguaje delirante fabricado para expresarse en su propia familia de origen, es al comienzo, fenomenológicamente incomprensible, pero a medida que se va desentrañando el significado del delirio se podrá ir hablando de la realidad a la que ésta alude. Esta tarea no se realiza a través de un trabajo interpretativo a la manera del psicoanálisis de las neurosis, sino que será mas bien un trabajo de reconstrucciones interpretativas sobre la base de hipótesis, de un fragmento de la vida de un ser humano en el que será importante hacer participar a los miembros del grupo multifamiliar (García Badaracco, 2006).

## Capítulo 7. La función de la familia como contexto real de crecimiento psicológico de los individuos

La familia es el contexto en que se produce el proceso de crecimiento y maduración del individuo, de modo que es estructurante de la personalidad; y como tal actúa como una estructura transicional destinada a que sus miembros más jóvenes adquieran una identidad que les haga posible una existencia independiente de la familia misma. El desarrollo de cada individuo influye en el contexto y de la misma manera el contexto influye en él (García Badaracco, 1978),

El desarrollo de cada individuo influye en el contexto y a su vez éste es influido por el individuo en una relación dialéctica ya que el crecimiento y la maduración bio-psicológica de cada individuo dentro del contexto familiar, produce una serie de cambios en los otros miembros de la familia, constituyendo los fenómenos de la dinámica familiar de la familia normal. De modo que se puede entender entonces mejor lo que pasa en una familia patológica si lo referimos (entre otras cosas) en términos de los acontecimientos que tendrían que tener lugar pero que no se han podido producir, tales como el crecimiento, la maduración, los ciclos vitales, la relación intergeneracional, etc. (García Badaracco, 1979d).

Los estudios sobre la dinámica familiar en familias con pacientes delirantes, han demostrado la permanencia de los vínculos primarios en términos de relación de objeto primitivas que actúan como factores externos psicotizantes para el paciente. En el delirante existe un deterioro de algunas funciones yoicas tales como el juicio y sentido de la realidad que hacen que el paciente experimente la fantasía como delirio o alucinación. Tanto en los delirios como en las alucinaciones existe un núcleo de verdad histórica a partir de la cual se efectúa la deformación y es durante el proceso psicoterapéutico que puede observarse cómo las capacidades del paciente para atender y concentrarse, pueden perturbarse fácilmente por la interferencia de trastornos perceptivos y alucinaciones, estimulados por una perturbación en la relación objetal. Este fenómeno se produce cuando la relación terapéutica del paciente con el analista, toma las características de la transferencia psicótica, al reactivar un tipo de relación primitiva de objeto que fue en su origen patológica y patogenética. (García Badaracco, 1977).

García Badaracco (1977) señala que en relación con la psicoterapia, todo proceso psicoterapéutico verdadero constituye un re-desarrollo en un contexto real o virtual y a través de la psicoterapia de la familia con pacientes psicóticos, hemos encontrado que, en muchos casos los padres han tenido o tienen

expectativas explícitas u ocultas muy rígidas con respecto a sus hijos, aún antes de su nacimiento. De modo tal que el hijo no es considerado como un ser humano que debe llegar a ser independiente y al que hay que ayudar a que desarrolle todas sus posibilidades propias, sino como un ser que debe cumplir con el rol designado. Las expectativas parentales dependen de múltiples factores, entre las que la historia familiar de las generaciones anteriores puede jugar un papel muy importante. La hipótesis de Bowen de la participación de tres generaciones para explicar la patología de la esquizofrenia, se puede inscribir en esta idea de que los rasgos psicológicos de personalidad y las carencias yoicas pueden transmitirse de generación en generación. Ésto se explica porque el grado de madurez y de logro de una identidad propia en los padres, va a condicionar un desarrollo también más sano y maduro de los hijos.

En cambio, padres con carencias importantes y severos conflictos no resueltos, ya sea personales o en su relación de pareja, condicionarán, a través de identificaciones patológicas, detenciones del desarrollo psico-emocional y fijaciones de las relaciones objetales, dando lugar a diversas formas de patología mental (García Badaracco, 1979).

De este modo, cuando el crecimiento psicológico de los hijos reactiva el de los padres, éstos son puestos a prueba y cuando la prueba se les vuelve muy difícil por las carencias propias, desarrollan mecanismos inconcientes de defensa a través de los cuales detienen el crecimiento en los hijos de los mismos aspectos propios detenidos. Entonces, el objeto parental que debiera comportarse como objeto estructurante (como factor de crecimiento y desarrollo del sujeto), se ofrece como imagen idealizada poniendo condiciones, exigiendo rendimientos y provocando un intercambio estereotipado que lleva a identificaciones que perpetúan la transmisión de rasgos patológicos. El hijo en crecimiento quedará detenido en su desarrollo y en un momento dado de su vida, una crisis psicótica podrá ser la respuesta a una situación vital insostenible que el sujeto no está en condiciones de enfrentar, tanto como la expresión de las carencias que lo fueron condicionando a lo largo de su desarrollo (García Badaracco, 1978).

A partir de lo expresado en el punto anterior, se puede inferir que el crecimiento de los hijos se realiza en un contexto que requiere que los padres estén capacitados para desempeñar sus funciones como modelos de identificación necesarios para hacer posible el crecimiento normal de los hijos (García Badaracco, 1979).

## Capítulo 8. Las identificaciones

La identificación es el mecanismo a través del cual un sujeto va construyendo su identidad, la noción de ser él mismo (Losso, 2001). Freud (1921), establece dos formas de identificación: La identificación primaria, que es la constitutiva del sujeto y la que se produce antes de toda relación de objeto; constituyendo así la manifestación más temprana de la ligazón emocional con otra persona y aspirando a formar el propio Yo similar al otro tomado como modelo.

Losso (2001) señala que el proceso de identificación primaria es el núcleo a partir del cual se construirá el sujeto y la noción de ser él mismo (sí mismo o *self*). Por lo tanto, significa las presencias intencionales de los otros en el sujeto, los otros en nosotros (Mijolla, 1898).

A estas identificaciones primarias, se agregarán más tarde las secundarias, con la resolución del complejo de Edipo y la constitución del Superyó. Las identificaciones secundarias refuerzan la identidad, especialmente la identidad sexual, como salida de la conflictiva edípica. El mandato que recibe el niño es paradójico, "*Deberás ser como yo pero no deberás ser como yo*"; así pues se desarrolla la dramática edípica. (Losso, 2001).

Con lo mencionado en este párrafo, se puede comprender mejor que la identidad humana es siempre una identidad construida a partir de los otros (Losso, 2001). La experiencia clínica, dice Losso (2001) nos demuestra la vulnerabilidad del sentido de identidad en los individuos y su dependencia del grupo familiar y del contexto social. Ésto se puede articular con lo señalado por Freud (1921) en *Psicología de las masas*, y cómo el sentido de identidad del propio Yo se pierde dentro de la masa.

García Badaracco (2006) considera que la identificación es una forma de funcionamiento de una presencia en el mundo interno que forma parte de la dinámica intra-psíquica que tiene que ver con la intersubjetividad. Y si bien la intersubjetividad remite a un aspecto de la relación con el otro, ésta se juega también en lo intra-psíquico, en las relaciones con las presencias internalizadas que son los otros en nosotros.

Los procesos identificatorios son, por lo tanto, básicos en la estructuración de la personalidad, ya que son esenciales en (García Badaracco, 2006):

- La organización del Yo en sus diferentes etapas.
- La canalización de las vicisitudes de la libido.

- La contribución a la elaboración y resolución del complejo de Edipo y la formación del Superyó y del Ideal del Yo.
- La estructuración del aparato psíquico.
- Tienen un papel importante en el aprendizaje, la empatía, la capacidad de pensar, la simbolización, del lenguaje y la creatividad.
- Intervienen en el mecanismo de elaboración onírica, las fantasías inconcientes, los ensueños diurnos y en la formación de síntoma.
- La capacidad de elaborar o no conflictos, que dependerá en gran medida de las características del funcionamiento mental puesto en acción para elaborarlos, pero que también dependerá de los objetos parentales que han sido incorporados por identificación y que en la patología mental severa juegan un papel fundamental como presencias alienantes y enloquecedoras que impiden la resolución de conflictos.

### 8.1. Modelos de identificación

Según cómo se produzcan las identificaciones, serán más o menos favorecidos el crecimiento, el desarrollo y la autonomía de los individuos (Losso, 2001). García Badaracco (1985) dice que hay identificaciones normogénicas e identificaciones patogénicas. Las normogénicas permiten la creación de un espacio mental propio dentro del cual se puede sentir y pensar como individuo, permitiendo que se establezca la sensación de que la mente habita en el cuerpo y permitiendo el desarrollo de sensaciones límites del self corpóreo (Losso, 2001). Es decir, permitiendo que se establezca lo que Winnicott, (1960), llama *colusión psicósomática*.

Por el contrario, en las familias en las que aparece patología, habrá un predominio de identificaciones patogénicas, que son alienantes (Losso, 2001). Éste último tipo de identificaciones, se pueden articular con el concepto de presencias enloquecedoras de García Badaracco (1985) (antes utilizaba el concepto de objeto enloquecedor) que se refiere a los vínculos interpersonales que se articulan de un modo perverso, en forma de interdependencias que impiden pensar y ser. Son presencias intrusivas que detienen el desarrollo normal del individuo actuando sádicamente sobre el sujeto al sentir su espontaneidad como amenazante y peligrosa, funcionando de este modo, como amplificador de las angustias primitivas, en vez de tranquilizarlas. (Mitre, 2001).

## Capítulo 9. La transferencia y la contratransferencia psicótica

La transferencia psicótica, en la que el paciente puede agredir, insultar y/o reprochar al analista de manera muy violenta, puede destrabarse y amortiguarse, solamente en un contexto de seguridad que brinda la presencia de muchos terceros -pacientes, familiares y terapeutas- que puedan incluirse en la trama patógena. De manera tal que, tanto el analista como paciente se sienten contenidos en esa transferencia psicótica, que por momentos puede ser de una violencia extrema, al ser amortiguada a través de esos otros que intervienen en el contexto del Psicoanálisis Multifamiliar (Mitre, 2007).

Con los pacientes mentales graves en particular, dice García Badaracco (1989, p 151), es necesario saber que para que el trabajo terapéutico sea realmente curativo, se tendrá que atravesar por momentos difíciles tanto para el paciente como para el analista, ya que pueden quedar atrapados en una relación transferencial- contratransferencial difícil de conducir a buen término y tal vez en esto resida la mayor dificultad para tratar psicóticos analíticamente. La transferencia psicótica puede ser de una intensa fuerza irracional pero siempre se descubre que la/s persona/s a las cuales están dirigidas tales actuaciones son sustitutos o representantes de figuras significativas de su historia personal (García Badaracco, 1989).

El contexto multifamiliar tiene muchos más recursos terapéuticos para servir de continente a las intensas emociones que puedan despertarse, ofreciendo de este modo la posibilidad de transferencias múltiples, diluyendo así la intensidad irracional de la transferencia psicótica y preservando al analista individual. En la intensidad de la transferencia psicótica se puede ver claramente una de las razones por la que la técnica analítica por si solo no es aplicable al paciente psicótico. La transferencia con estos pacientes trae la fuerza irracional de las convicciones delirantes y tiene las características compulsivas similares a los fenómenos patológicos que Freud describió dentro del concepto de compulsión a la repetición; y si bien se pueden ver componentes de la pulsión de muerte en estos fenómenos, la compulsión a la repetición parece estar movida mucho más por la búsqueda de la necesidad de encontrar a otro con recursos yoicos que no tuvieron los padres reales para poder retomar el proceso de desarrollo psicoemocional detenido en la infancia (García Badaracco, 1989, p.152).

Las formas de funcionamiento patológico y patógeno de los pacientes psicóticos, se estructuran, a partir de las situaciones traumáticas, en etapas narcisistas del desarrollo dentro de los vínculos primarios donde hay poca diferenciación sujeto/objeto, por la conjunción combinada de factores de vulnerabilidad genéticos y factores ambientales que, dentro de estos primeros vínculos, poseen mayor capacidad patógena. Las vivencias correspondientes a dichas situaciones traumáticas, pueden tener dos posibles destinos (García Badaracco, 1989, p 153):

1. pueden ser incompatibles con la realidad y son entonces disociados y escindidos del funcionamiento psíquico cotidiano, pasando a formar parte de un inconciente escindido/reprimido que se convertirá en patógeno y se estructurará como síntoma en un determinado momento posterior.
2. pueden ser estructuras sobre las cuales algunas personas edifican su personalidad, apareciendo entonces como formas egosintónicas y exitosas durante algún tiempo hasta que por diferentes circunstancias, podrán producirse desequilibrios que harán aparecer la naturaleza profundamente patológica de las estructuras sobre las cuales se ha construido la personalidad.

García Badaracco (1989) señala que la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar constituye el escenario adecuado para que se despliegue la patología mental grave, ya que en éste aparecerán rápidamente las referencias a la familia primitiva de la infancia, representada en el contexto Multifamiliar por los diferentes miembros que la componen. La utilización de mecanismos de defensa más primitivos y narcisistas como la negación, la distorsión y la proyección, corresponden a la existencia de un Yo primitivo, poco evolucionado, sin recursos yoicos suficientes como para afrontar la conflictiva pulsional o la realidad externa.

La contratransferencia constituiría lo que del lado del analista vendría a perturbar la cura (Chemama y Vanderersch, 2004).

Freud ve en la contratransferencia el resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconcientes del médico y subraya que ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas, lo cual tiene como corolario la necesidad del analista de someterse a un análisis personal (Laplanche y Pontalis, 1999). Freud (1912) dice sobre la necesidad del analista a someterse a un análisis, que (...) "Es lícito exigirle que se haya sometido a una purificación psicoanalítica y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece."

La contratransferencia negativa se debe a aspectos propios del analista, no resueltos, que lo harían actuar de una manera inadecuada. El grupo de Psicoanálisis Multifamiliar es de gran utilidad para rescatar de la contratransferencia negativa tanto a los terapeutas como a los participantes al rescatar la virtualidad sana que se oculta tras las identificaciones patógenas; logrando que el paciente lo perciba la contratransferencia negativa se convertirá en positiva cuando el paciente siente que esa mirada es diferente a la mirada de los que lo llevaron a enfermarse (Mitre, 2007).

## Capítulo 10. La capacidad potencial implicada en la virtualidad sana

La idea de virtualidad sana se refiere a que existe siempre en la mente humana de los enfermos, una capacidad potencial de desarmar el poder enfermante de las presencias enloquecedoras en su mundo interno. Toda ayuda terapéutica por lo tanto, tendrá que centrarse principalmente en ayudar a las personas a desarrollar recursos yoicos nuevos. Lo nuevo podrá ser introducido en la medida en que el terapeuta pueda participar como un tercero con poder curativo (puede surgir de un psiquiatra, un psicoterapeuta, un psicoanalista, de un familiar o de un compañero de grupo) capaz de introducir salud mental en la trama enfermante. De este modo, aunque tome mucho tiempo, por la fuerte tendencia a la repetición que domina la enfermedad mental, ese paciente puede cambiar (García Badaracco, 2006).

A partir de un brote psicótico, los integrantes de la familia cambian su forma de ver a esa persona, ya que desde la psiquiatría, el brote psicótico es el momento de eclosión de una enfermedad generalmente grave. El paciente que se ha vuelto loco, se ha vuelto desconcertante para los demás y al mismo tiempo empieza a percibir que es capaz de asustar a otros y la mejor forma de negar que él es el que está más asustado es revirtiendo la perspectiva y asustando cada vez más a los demás. Cuando lo que está necesitando es poder contar con alguien para poder perder el miedo (García Badaracco, 2006).

Por más enferma que esté una persona, existe en ella siempre una virtualidad sana; y es desde esta perspectiva que se puede ver la crisis psicótica no sólo como enfermedad grave sino como una oportunidad para comenzar a producir un cambio. Este cambio no sólo tiene que ver con el paciente identificado sino con un cambio en la dinámica familiar constituida por las formas de interdependencia recíproca que se juegan en esa familia (García Badaracco, 2006).

Las formas de interdependencia pueden ser formas que ayudan a crecer o bien formas que bloquean el crecimiento sometiendo a personas e induciéndolos a hacer actuaciones. Actuaciones que pueden ser violentas y que siempre tienen carácter de compulsivas y que son más fuertes que el Yo del individuo, y en relación a las cuales el sí mismo de esa persona se encuentra indefenso. Cuando hay un 'loco' en una familia, la situación se hace cada vez más difícil a la reflexión y todo tiende a ser actuación. Una mirada de odio produce más odio, un acto de violencia produce más violencia, un reproche gatilla otro reproche provocando una venganza y así sucesivamente hasta llegar a lo más primitivo de ojo por ojo, diente por diente o al que a hierro mata, a hierro muere. De esta forma las interdependencias se hacen cada vez más enloquecedoras porque se hace cada vez más difícil encontrarle una solución a los conflictos que son cada vez, más de carácter dilemático (García Badaracco, 2006<sup>a</sup>).

En el caso del psicoanalista que trabaja fundamentalmente con la palabra, también es importante tomar en cuenta hasta qué punto uno como analista puede ser enfermante o curativo con la mirada. La mirada de un psiquiatra puede también tener un poder enorme, mucho mayor de lo que el mismo psiquiatra a veces cree. Por eso sentirse mirado con una virtualidad sana genera una esperanza y remite a una forma nueva de pensar la salud y la enfermedad mental diferente a lo habitual ya que generalmente el psiquiatra tiene más bien la tendencia a ver los síntomas de la enfermedad para hacer un diagnóstico adecuado. La mirada tiene que ver fundamentalmente con reconocer la existencia en él de una virtualidad sana que nadie ve y que está siendo avasallada (García Badaracco, 2006a).

## Capítulo 11. El poder enfermante de los otros en nosotros

Las presencias enfermantes de los otros en nosotros y en particular de las interdependencias que el sí-mismo de cada uno mantiene con los otros, son las resistencias más importantes para poder ayudar a un paciente a desarrollar su virtualidad sana. En todas las personas, la capacidad de neutralizar las influencias negativas de los otros puede ser vista como una capacidad ligada a la salud mental, pero esta capacidad puede estar disminuida en las personas muy vulnerables a los aspectos psicopáticos de los demás. Por lo tanto, cuando estas personas pueden contar con un tercero como una presencia que puede dar seguridad, pueden ser capaces de incrementar significativamente su capacidad para defenderse de los accionares psicopáticos de los otros contra él (García Badaracco, 2006).

En los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, más allá de la variada gama de manifestaciones fenoménicas, uno se encuentra con diferentes vínculos de interdependencias patógenas que tienden a repetirse compulsivamente en las relaciones de los pacientes con sus familiares. Estos vínculos se reproducen dentro del grupo multifamiliar, aportando oportunidades y posibilidades para ser elaborados en los procesos terapéuticos tanto familiares como individuales (García Badaracco, 2000).

Estas realidades no siempre son evidentes a primera vista porque suelen estar enmascaradas por síntomas psiquiátricos, pero se han encontrado un sin número de situaciones de complicidad con la enfermedad o complicidades secretas a través de conductas enfermas, que por ser secretas y permanecer disociadas, no aparecen en la terapia familiar nuclear. Las situaciones que muestran estas complicidades claramente son muy variadas y pueden ser detectadas sólo en circunstancias favorables, pero otras veces se muestra muy abiertamente lo patológico de las actitudes y de los vínculos intrafamiliares, quedando muy a la vista para todos en el contexto multifamiliar. Pero no es reconocido en cambio por las personas directamente involucradas al no tener conciencia de lo inadecuado o patológico de su accionar. El paciente, lo que generalmente tiene es conciencia de la necesidad de cambio de ciertas conductas familiares, pero no puede hacer nada para favorecerlo (García Badaracco, 2000).

## Capítulo 12. El proceso terapéutico como redesarrollo en un contexto de estructura familiar

El concepto de proceso terapéutico implica la sucesión de cambios que pueden presentarse en el camino de integración de la personalidad. Cambios objetivables en la conducta como por ejemplo en sus relaciones interpersonales y en sus realizaciones concretas; cambios en sus vivencias subjetivas, en cuanto a índices de transformación interna profunda que se puede formular como una transformación de la estructura de la personalidad. Porque el proceso terapéutico tiene el sentido de reestablecer el proceso de crecimiento y de desarrollo psicoemocional normal de un individuo y el desarrollo de aspectos disocia-

dos y detenidos. ¿De qué manera? : A través de experiencias nuevas, enriquecedoras y fortalecedoras del Yo, en cuanto a el desenvolvimiento de nuevos recursos yoicos a través de un trabajo combinado: individual, familiar e institucional (García Badaracco, 1989).

El proceso terapéutico con pacientes psicóticos implica un camino de cambios lentos, a veces con saltos bruscos y otras veces con retrocesos. Empieza con cambios emocionales, ya que ciertos estados emocionales impiden el funcionamiento mental impidiendo que el abordaje exclusivamente intelectual modifique lo emocional. Tal como ocurre con los niños pequeños, en los pacientes psicóticos lo emocional llega mucho más que lo intelectual (García Badaracco, 1989).

En el transcurso del proceso terapéutico, lo primero que se va desarrollando, señala García Badaracco (1979d), es la capacidad yoica, mediante la incorporación y la asimilación de características de la persona del analista como sustituto del padre, en forma de un Superyó protector que cuida- aunque también frustra porque quiere el bien del paciente/hijo. Ahora bien, en el proceso terapéutico del paciente psicótico y su familia, se puede observar que los fenómenos por medio de los cuales la madre, o el padre, no es capaz de acompañar el crecimiento del hijo sino que más bien se opone al él, tienen necesariamente la estructura de una relación simbiótica o narcisista. Generalmente, los padres de los pacientes psicóticos son sujetos inmaduros que desplazan en los hijos los conflictos de la pareja al no haber tenido ellos mismos un crecimiento autónomo y sano debido a deficiencias en sus propios padres.

De modo que se produce una complementariedad de necesidades patológicas que, funcionando como una complicidad, interfiere y detiene el proceso terapéutico. Asimismo, como ya se ha mencionado en este trabajo, el crecimiento de los hijos despierta en los padres profundos sentimientos de inseguridad al reactivar en ellos los propios aspectos no resueltos. De esta manera proyectan e inyectan en sus hijos, sus propias dependencias infantiles, obligándolos a mantenerse dependientes de ellos. Pudiéndose ver así, en estas familias con pacientes psicóticos, la persistencia, de la llamada sexualidad infantil; que se manifiesta básicamente en las formas de relaciones primitivas de objeto, es decir, relaciones de objeto simbióticas y narcisistas (García Badaracco, 1979d).

Lo que generalmente ocurre es, que en algún momento el terapeuta es vivido como un intruso que pretende modificar vínculos de toda la vida, de modo que es atacado por ambos miembros de la relación simbiótica. En la medida que el paciente logra ir independizándose, el ataque continúa, fundamentalmente del progenitor al tener la vivencia de abandono del hijo. Muchas veces se produce por resistencia de la madre, que al no tener apoyo terapéutico, siente que no está en condiciones de tolerar el desprendimiento. Por lo tanto, en estos casos, se consigue una colaboración mucho más adecuada si la madre recibe apoyo terapéutico (incluso del mismo terapeuta) para que de esta manera el desprendimiento se produzca con una mayor individuación de ambos miembros de la relación simbiótica (García Badaracco, 1979d).

La vivencia de separación, en la relación simbiótica, es vivida como una amenaza de muerte para ambas partes. Por esta razón, en estos casos, una reacción terapéutica negativa podría entenderse como una forma con la que tanto el paciente como sus familiares, intentan sostener la independencia que los une en ese vínculo enfermante, pero vivido como imprescindible para la supervivencia (Mitre, 2008, p.6).

La reacción terapéutica negativa puede entenderse como un agravamiento, una intensificación momentánea de la enfermedad de ciertos pacientes, empeorando en vez de mejorar, precisamente cuando se había producido una desaparición de los síntomas. La reacción terapéutica negativa es uno de los nombres que le otorga Freud a uno de los mayores obstáculos con que se encuentra para el progreso de la cura. Esta resistencia a la curación la situará en la artículación de la repetición y la pulsión de muerte. Es una fuerza que se defiende con todos los medios posibles contra la curación y se halla completamente resuelta a aferrarse a la enfermedad y al sufrimiento (Piasek, 2005, p. 38 y 39).

La reacción terapéutica negativa en el paciente, no es solamente el producto de una dinámica intrapsíquica particular, sino la consecuencia directa de una acción patógena familiar sustentada sobre un vínculo previo de interdependencia patológica (García Badaracco, 2000).

A través de las interpretaciones del terapeuta, la madre se ve obligada a re-introyectar el objeto interno que proyectaba en el paciente y esto le genera mucha angustia; angustia que se transforma en agresión. La madre entonces, se va transformando de familiar en paciente y si el terapeuta está suficientemente capacitado, puede eludir las situaciones de violencia generadas por la agresión (producida por la angustia) actuando terapéuticamente y sirviéndole de continente de su angustia. Así, la madre encontrará un apoyo verdadero en la actitud del analista y la interpretación de su conflicto, puede dar un paso en su propio crecimiento. El contexto multifamiliar permite también que el padre real presente, que por la naturaleza de la dinámica familiar hubiera tenido que funcionar como ausente, pueda a partir de los intercambios que tuvieron lugar, percibir gradualmente la posibilidad de un cambio en su participación al ir incorporando un modelo más sano y más maduro de comportamiento que le provee el terapeuta. De este modo, tanto el paciente como sus familiares pueden tomar conciencia de que la complementariedad de

necesidades patológicas no les sirve ni para superar sentimientos de soledad y de vacío, ni para dejar de sentirse indefensos y sin ayuda. Sino que muy por el contrario son justamente estos mecanismos los que han impedido a cada uno de los miembros del par simbiótico tomar conciencia de sus verdaderos recursos yoicos o de ir desarrollando auténticamente sus posibilidades de llevar, cada uno, una vida independiente (García Badaracco, 1979d).

García Badaracco (1979d, p.29) señala al respecto:

"El psicoanálisis que pretenda elaborar los núcleos psicóticos y reconstruir la personalidad total, se beneficia mucho de la inclusión de la familia en el proceso terapéutico, para que el paciente pueda desprenderse de sus objetos internos patógenos a través de la elaboración de sus relaciones de objeto con los objetos reales".

## Capítulo 13. Concepto de cambio psíquico

En los pacientes psicóticos, el Yo se encuentra atrapado y tironeado en interdependencias patógenas enloquecedoras que no le permiten pensar y por lo tanto, tampoco le permiten resolver el conflicto (que en estos pacientes se presenta con características de dilemático porque se da entre partes del Yo atrapadas compulsivamente y en una realidad externa enfermante). Esto no va a tener solución hasta que el paciente logre desarrollar recursos yoicos genuinos nuevos para recién, a partir de entonces estar en condiciones de destrabar las interdependencias patógenas. La manera de trabajar en la comunidad terapéutica de Estructura Multifamiliar, apunta a hacer posible procesos de cambio psíquico mental y emocional. Estos cambios son muy difíciles porque las formas patológicas del funcionamiento mental están organizados para neutralizar el sufrimiento psíquico, de modo que los conflictos tienden a repetirse compulsiva y estereotipadamente, impidiendo o anulando las experiencias terapéuticas potencialmente enriquecedoras (Mitre, 2007, p.223, 224).

La curación de la psicosis sigue siendo el problema más serio de la psiquiatría ya que aunque los psicofármacos han aportado elementos muy valiosos para el tratamiento de la enfermedad mental, su efecto puede entenderse como inhibiendo o controlando cierta sintomatología patológica o permitiendo al paciente manejar sus ansiedades o conflictos, sin promover un proceso de crecimiento y maduración psicológica verdaderos. Y la vertiente de la psicoterapia se halla todavía en una etapa de investigación en lo que se refiere a la psicosis. Hay muchos autores que han referido casos de psicóticos analizados y curados por el método psicoanalítico, pero es bien conocido que una gran cantidad de estos intentos han fracasado, ya sea por la interrupción del tratamiento o porque el paciente no acepta el tratamiento. También hay que tener en cuenta una gran cantidad de pacientes psicóticos en lo que dado su patología ni se piensa en la posibilidad del psicoanálisis y sólo se enfoca el cuadro con tratamiento psiquiátrico (García Badaracco, 1989, p90, 91).

Pero, la experiencia ha demostrado sistemáticamente que el paciente psicótico puede curarse a través de un proceso terapéutico siempre que se den las condiciones necesarias para el mismo, siendo la organicidad de la condición patológica, la única limitación insuperable. Muy a menudo el fracaso de los tratamientos conduce a pensar en la irreversibilidad de la condición mental patológica, pero habría que tener en cuenta que tal vez se trate sólo de que todavía no se han dado, en ese caso en particular, las condiciones para que el proceso terapéutico se realice (García Badaracco, 1989).

Las conductas patológicas son regresiones interpretadas como un retroceso a un estado de mayor desorganización. Hay regresiones que son enfermantes y otras que pueden permitir la elaboración de conflictos en el contexto terapéutico. Desde el punto de vista psicoterapéutico lo que interesa es la transformación y el cambio de una regresión patológica a una regresión que permita momentos en los que se puedan dar las condiciones para un crecimiento psicológico. Los grupos multifamiliares son propicios para que cada persona pueda vivir las regresiones que necesita, dada la seguridad que implica el contexto para que se produzcan cambios significativos en su aparato psíquico. Cambios psíquicos en términos de cambios en las interdependencias patógenas en que están interrelacionados parte de su *self*. Si bien la tendencia a la repetición en los grupos multifamiliares es la misma que en las familias de origen, los otros en el grupo multifamiliar pueden comportarse de nuevas y variadas formas entrando así en interacciones diferentes, posibilitando dos fenómenos fundamentales (García Badaracco, 2000):

1. el rescate de cada uno de los miembros de la interdependencia patógena, proponiendo formas de interdependencia más sanas y estructurantes de recursos yoicos más genuinos.
2. el aporte de modelos que permitan identificaciones más normogénicas que promoverán el desarrollo de recursos yoicos más sanos.

## Capítulo 14. La técnica

Es difícil describir una técnica en el sentido de qué es lo que hay que hacer en cada situación, ya que al hablar de psicoterapia, la técnica es un concepto complejo que requiere una elaboración compleja. El primer aspecto técnico es la creatividad con que se pueda utilizar la experiencia adquirida para intervenir en cada situación concreta. En los grupos multifamiliares, el funcionamiento es multiterapéutico ya que varios terapeutas trabajan simultáneamente de modo que los agentes de cambio son muchos y muy ricos. En conjunto, se podría decir que se trata de coordinar los diálogos, de un grupo grande, que comienzan con una intervención personal de uno de los terapeutas para ir creando un clima que permita ubicarse mejor en la tarea de conjunto (García Badaracco, 2000).

En términos generales, se tiende a explicar la razón por la que se está reunido en un grupo multifamiliar, la frecuencia de las reuniones, cuáles son las personas que van a actuar como coordinadores y que se espera que la participación de los presentes sea lo más espontánea posible, respetando la necesidad que pueda tener cada uno, en cada momento, de hablar o no. Se tratará siempre de crear un clima emocional de conjunto favorable para un intercambio creativo, tratando de estimular conversaciones entre los participantes y que los terapeutas intervengan incluyéndose en la trama de los diálogos de manera tal que los participantes puedan extraer elementos que luego puedan utilizar por sí mismos y para sí mismos en su vida personal (García Badaracco, 2000).

La tarea del coordinador tiene que tender a que se produzcan situaciones en las que participar signifique poder descubrir recursos propios todavía no desarrollados que les sirva para enfrentar las situaciones de la vida de una manera inteligente, más comprometida y más satisfactoria. Es a través del lenguaje que se podrá incluir la función terapéutica en el interior de la trama de las conversaciones, pero siempre teniendo en cuenta y utilizando adecuadamente la comunicación a través de la mirada y los gestos ya que ambos forman parte de la recontextualización. Todo lo que se conoce de psicoterapia tendrá que ser también recontextualizado para poder ser utilizado de manera creativa en este nuevo campo. La única manera de hacer psicoterapia, es hacerlo desde uno mismo, con el estilo personal de cada uno. Lo que ocurre a menudo es que un terapeuta puede no darse cuenta suficientemente de cuáles son las consecuencias de lo que hace y puede tener dificultades para percibir el feedback que los pacientes y los otros le envían; aunque en ese aspecto, el contexto multifamiliar, con los múltiples *feedback*, facilita la percepción de lo adecuado o no del accionar terapéutico (García Badaracco, 2000).

El psicoanálisis apunta al descubrimiento del inconciente de cada persona; a través de la interpretación se intenta hacer conciente lo inconciente. En el Psicoanálisis Multifamiliar, ésto se realiza indirectamente: a través del diálogo, las personas ponen en evidencia aspectos de su inconciente, pero es principalmente a través de aspectos disparados por otra de las personas presentes que ha intervenido antes o acaba de intervenir. Es decir, los diálogos ponen en evidencia los intercambios a través de los cuales aparecen los aspectos transferenciales de las relaciones interpersonales. Estos aspectos transferenciales son los que vehiculizan los componentes importantes de las interdependencias recíprocas patógenas produciendo los "enganches" entre las personas presentes. Enganches que sirven para poder trabajar los aspectos transferenciales en términos de interdependencias, interviniendo, en términos de función terapéutica mediadora, en la trama que se pone de manifiesto a través de las conversaciones (García Badaracco, 2000).

Son múltiples los roles que puede realizar el terapeuta para ayudar a las personas en la multiplicidad de situaciones en las que se puede encontrar en la vida ya que hay que tener en cuenta que el acontecer en estos grupos es lo que más se parece a la vida cotidiana en la familia o en la sociedad. El terapeuta familiar utiliza todos los recursos conocidos siempre que sepa recontextualizarlos para hacerlos verdaderamente operativos en este contexto y así poder integrarlos en un hilo conductor coherente (García Badaracco, 2000).

## Capítulo 15. Especificidad del trabajo psicoanalítico que se puede realizar en el contexto multifamiliar

El objetivo último de la experiencia multifamiliar, es tomar conciencia de los factores a los que cada individuo ha estado sometido en su historia personal. Y por esta razón, en el contexto multifamiliar se da una condición privilegiada cuando asistimos a la repetición de las conductas cargadas de poder patógeno. Son conductas que habitualmente tienen lugar en el ámbito de la familia de origen, pero se detectan con más facilidad en el contexto familiar ampliado que implica el grupo multifamiliar, y que al ser un contexto que brinda seguridad y confianza, permite rescatar a las personas implicadas en la compulsividad de la

repetición. Ayudando a que la repetición y la toma de conciencia sean menos traumáticas y más elaborativas (según el concepto de elaboración que utiliza el psicoanálisis). Es por estas razones, que puede definirse al contexto multifamiliar como continente en el que se puede extraer la salud mental de la locura al hacerse cargo de los componentes más enfermos y regresivos del ser humano (García Badaracco, 2000).

Freud dijo que en la transferencia, en la que se estructura una enfermedad artificial repitiendo la conflictiva que tiene el paciente con sus figuras parentales, es donde se resuelven las neurósisis. La psicosis en cambio, al desbordar el contexto de la sesión analítica tradicional, exige ser contenida y procesada en un contexto diferente que es el multifamiliar, cuya especificidad surge de la naturaleza misma de la patología mental que incluye una trama familiar enloquecedora. Ya que el Psicoanálisis Multifamiliar concibe a la locura como una trama intrafamiliar que siempre se expresa como una *folie a deux* o a *plusiers*. Es, entonces desde un contexto multifamiliar desde donde un individuo podrá ser rescatado de la trama enfermando, alienante y enloquecedora en la que vivió su historia personal (García Badaracco, 2000).

El grupo multifamiliar tiene más poder que otros contextos para desarmar estructuras rígidas e invasoras al ser visualizado como una mente ampliada, una gran mente que piensa y es duplicadora del funcionamiento mental de una persona. Ya que los intercambios e interacciones entre los participantes pueden tomarse como modelos, generando creatividad para comprender lo que pasa dentro de la mente de un individuo, al encontrar a otros que aporten una función de asistencia al Yo en desarrollo de estos pacientes, o que puedan estimular el desarrollo de potencialidades bloqueadas, a partir de un vínculo estructurante o por identificaciones normogénicas estructurantes (García Badaracco, 2000).

Para poder así ir desarrollando recursos yojicos nuevos que le permitan visualizar una salida y la posibilidad de potencialidades congeladas hasta ese momento. Y no son sólo los recursos yojicos del analista, o de los analistas los que ayuden a los pacientes a desarrollar los propios, sino que también los otros participantes del grupo podrán ser utilizados en un sentido constructivo. Es función del coordinador el transmitir la vivencia de que ésto es posible, aprovechando todas las experiencias potencialmente enriquecedoras que se van presentando en el grupo multifamiliar, que brinda muchos más elementos que otros contextos terapéuticos. Por ejemplo, sabemos que en la mente de algunos de estos pacientes graves, ciertas fantasías tienen una fuerza particular y son capaces de sentir que si dicen lo que sienten con respecto a otro, pueden producir un daño irreparable. Este fenómeno complejo no es modificable con razonamientos, sino que es necesario que la persona pueda decir lo que siente para confrontarlo con la realidad y constatar que lo que siente es una fantasía. En el contexto multifamiliar este paciente tiene entonces la posibilidad de ver que otras personas se animan a decir cosas que él no se hubiera animado y no por eso pasa algo malo. Por lo tanto, poco a poco se atreve a expresar lo que nunca antes pudo decir concretando una experiencia inédita que le permite hacer un cambio y así empezar a expresar su agresividad de una forma nueva que a su vez le posibilitará hacer experiencias nuevas (García Badaracco, 2000).

## Capítulo 16. Período de desidentificación de las identificaciones patológicas y comienzo de la verdadera individuación

Ampliando el concepto de Winnicott de que el *falso self* estaría conformado por un estado de sumisión frente a las exigencias parentales, García Badaracco (1989), señala que lo que hace el bebé y luego el niño y el adulto criado de una manera arbitrariamente exigente donde sus necesidades afectivas no fueron reconocidas por sus padres, es mimetizarse con ellos como única salida posible. En la terapia con pacientes con estas características, se está trabajando permanentemente con la familia intrapsíquica aunque ésta no esté físicamente presente. De modo que el *falso self* en estos casos puede pensarse conformado más bien por identificaciones patógenas con objetos externos reales, primitivos, enloquecedores, que no permitieron el desarrollo del *falso self* (García Badaracco, 1989).

Es decir que, así como la idea de *falso self* de Winnicott (1999), el falso self del psicótico estaría construido también a partir de las identificaciones con los mecanismos defensivos yojicos de estos padres, ya que éstos al no poder acompañar el crecimiento normal del hijo, lo obligan a identificarse de una manera que al impedir el desarrollo propio, se convierte en patológico. El paciente, al actuar con agresividad, o al ser intrusivo, o despectivo, soberbio etc., lo que está haciendo sentir y sufrir en carne propia lo que éste sufriera pasivamente en la infancia, sin poder evitarlo ya que actúa compulsivamente por su patología (Mitre, 2003).

En la mayoría de los pacientes graves observamos como si funcionaran para los demás, identificados con esos padres que asfixiaron sus posibilidades espontáneas de crecer psicológicamente, hablan, actúan

y utilizan sus mismos mecanismos de defensa hasta que aparece un tercero- terapeuta que los ayuda a rescatar su sí mismo verdadero. García Badaracco (1989) señala que en las etapas de redesarrollo de los pacientes, es frecuente observar varios momentos:

1. Primero una etapa en la que el paciente no se atreve o no sabe aún hablar de lo que realmente le sucede. El paciente también en este momento repite, le dice su terapeuta en terapia individual sin atreverse a hablar de sí mismo ("Dice mi terapeuta que a mí me pasa esto"...)
2. Una segunda etapa en la que el paciente se rebela y comienza a protestar contra los padres.
3. En una tercera etapa aparece la persona sin identificaciones patógenas. Este sería el momento en que empieza a ser para sí mismo y se puede escuchar de él expresiones como: "yo pienso que mi padre era muy exigente conmigo..." También comienza a poder enfrentarse a su analista: "Mi terapeuta cree que a mí me pasa esto, pero yo pienso que no tiene razón..."
4. La última etapa consiste en poder tomar a los padres como son verdaderamente, con errores y virtudes y llegar a un intercambio sano si sentir por ello que se los está abandonando o matando porque se tienen ideas propias. Es el momento en que durante la terapia familiar desaparece el clima dramático y cuando de pronto uno de los padres repite un tipo de comunicación enfermante y el paciente puede hasta reírse y transformar en algo lúdico, lo que antes hubiera creado una discusión caótica

Existe entonces un período de desidentificaciones de los objetos enloquecedores en el cual el paciente siente que no puede volver atrás, a lo de antes, ya que los personajes patógenos con los que se identificó se han ido desdibujando y surgen una serie de transformaciones dentro del aparato psíquico que al ser muy nuevas, todavía no se sabe cómo instrumentarlas. Lo que ocurre también es que el descubrimiento de tantas transformaciones, ya desde la salud, lo lleva al paciente como un niño, a querer expresar los descubrimientos teniendo la seguridad de que todo saldrá bien y se sentirá muchas veces frustrado cuando por momentos se haga difícil adecuar lo nuevo a la realidad. En esta etapa hay que tener mucho cuidado, porque aparece la intolerancia a la frustración e ideas suicidas, hasta que con el tiempo, paulatinamente pueda ir cotejando sus logros con la realidad junto con la sensación de fracaso que a veces surge de ello. Los pacientes pueden también llegar a sentir que antes eran personas mucho más interesantes, ya que el sufrimiento los rodeaba de un romanticismo atractivo, que ahora no sienten. Antes, a veces, a través de un hablar compulsivo y sádico ironizaba y hacía reír a los demás, encubriendo así su vulnerabilidad, lo que le permitía sentirse más fuerte si serlo en realidad (García Badaracco, 1989).

La violencia física también llena el vacío de la vulnerabilidad e impide conectarse con los afectos. Los delirios también cubren huecos más difíciles de llenar ya que el sentirse con poderes (por ejemplo para provocar movimientos sísmicos) es un sentimiento omnipotente difícil de abandonar. En las etapas de desidentificación, el paciente le teme aún a ese contacto afectivo, confundiendo hipersensibilidad con debilidad yoica. No puede juntar sus dos personalidades ya que sigue funcionando como un todo o nada. Sin poder integrarse y comprender que lejos de perder, ha ganado con el cambio. Por ejemplo, el sentido del humor reaparecerá pero ya no para ser utilizado para herir sino para compartir alegrías; el artista podrá crear de otra manera, quizá ya no utilice el arte como descarga compulsiva sino como una actividad creativa más elaborada y productiva (García Badaracco, 2000).

## Conclusiones

Sabemos que el desarrollo psicológico del niño se va dando gradualmente desde una dependencia total a situaciones de creciente autonomía. Las capacidades del niño se irán desarrollando siempre que pueda contar con un otro que funcione realmente como un Yo auxiliar que le de absoluta seguridad, contención y confianza. El proceso terapéutico del paciente mental grave, atravesará ante todo una etapa de dependencia infantil sana en relación con el analista para poder vivir lo no vivido en la primera infancia, para poder crecer verdaderamente y al hacerlo deberá reconstruir hechos de su vida y significarlos (Mitre, 2007). Aunque este trabajo está centrado en el abordaje del paciente psicótico, el Psicoanálisis Multifamiliar desde el punto de vista de las aplicaciones clínicas posibles, aporta experiencias muy valiosas para cualquier tipo de pacientes. Los que efectivamente están afectados por una patología mental severa, encuentran en este contexto un lugar adecuado para poder trabajar la violencia y la transferencia psicótica (García Badaracco, 2006e).

Ya que las condensaciones psicóticas son producciones complejas y compactas sobre los que el paciente no puede asociar porque condensan experiencias traumáticas y dolorosas en forma de núcleos indiscriminados que tendrán que ir desarrollándose a través del proceso terapéutico. Al no alcanzar un

nivel edípico, tienen un psiquismo que carece de autonomía, funcionando en términos de ecuaciones simbólicas y tienen un nivel de sufrimiento psíquico impensable en el que, sometidos a las órdenes de otros no han desarrollado las capacidades yoicas necesarias para realizar un proceso de individuación. La intersubjetividad prepara estructuralmente al sujeto, ya que es a través de los cuidados maternos que el bebé descubre el mundo y realiza su aprendizaje, es decir, a partir de un otro. Por ello se ha descubierto que es muy terapéutico un acompañamiento multifamiliar que propicie un clima de seguridad y confianza, como contexto continente de un redesarrollo con otros. De este modo, a través de las vivencias de los otros, se le pueden ir poniendo palabras a las vivencias propias; asimismo cuando un paciente comienza a hablar, está simultáneamente creando el espacio y la oportunidad para que otros pacientes o familiares se animen a hacerlo.

Como dice García Badaracco (2000) los recursos yoicos de unos enriquecen los recursos yoicos de los otros. Cada persona, dice este autor, hace experiencias relacionales de transferencia que al darse en un contexto multifamiliar permite al analista interpretar conflictos haciendo hincapié en los aspectos dilemáticos que impiden pensar. Así, la recontextualización de situaciones traumáticas funciona como la interpretación analítica adecuada al contexto multifamiliar en el que se está trabajando. Cuanto más recursos yoicos vaya incorporando el supuesto loco de la familia, más claramente se manifiesta quienes son los inductores de esa locura, visualizándose mejor las tramas patógenas en el contexto multifamiliar que en el de la familia nuclear, ya que el terapeuta puede utilizar lo que dicen las personas presentes en varios sentidos con el objetivo de ir agregando significados para ir desarmando el poder de una trama patógena (García Badaracco, 2000, p. 264,265).

El Psicoanálisis Multifamiliar intenta trabajar la resonancia en otros grupos familiares presentes en las sesiones, con el objetivo de lograr una actualización las tramas familiares que llevaron al paciente a la enfermedad. Focalizando la discusión en el temáticas inherentes al desarrollo temprano, las relaciones y situaciones familiares traumáticas, la sexualidad infantil, el miedo, las expresiones de violencia, etc. esta elaboración logra la transformación gradual de los conflictos intersubjetivos que se vehiculizan en el comportamiento patológico de los pacientes y sus familiares; brindando la posibilidad de compartir experiencias afectivas y aprendizaje emocional.

Bion (1966) destaca la importancia de la madre en su función continente, lo cual implica suplir las funciones de recibir, metabolizar y devolver ya modificada, la angustia del bebé. Pudiendo, el bebé, de este modo, tolerar la angustia enriqueciendo su Yo en desarrollo, en base a la experiencia, Bion señala que las deficiencias en el vínculo madre- bebé están motivadas por la incapacidad de la madre de cumplir esa función, es decir, la incapacidad de *reverie* de ésta. Para García Badaracco, las deficiencias en el vínculo se deben a una situación de interdependencia patógena entre la madre y su bebé, donde la madre es incapaz de percibir las necesidades de su hijo, o las angustias de su bebé son tan intensas que son vividas por la madre como intolerables, convirtiendo la situación, en traumática para el hijo.

Se podría realizar una articulación entre Psicoanálisis Multifamiliar y la capacidad de *reverie* de Bion y pensar entonces, al grupo de Psicoanálisis Multifamiliar como una gran madre con capacidad de *reverie*, recibiendo, metabolizando y devolviendo la angustia ya modificadas a estos adultos que son en realidad niños en un proceso de redesarrollo de su Yo. En patologías tan severas como los trastornos psicóticos, el grupo multifamiliar actúa como continente para que estos pacientes comiencen a ponerle palabras a sus emociones bloqueadas. Y es a través de ponerle palabras a las vivencias, que se va iniciando lenta y gradualmente, el proceso de desidentificación de identificaciones primitivas enloquecedoras. La función del analista consiste, en este caso, en hacerle sentir al paciente que las emociones no son necesariamente peligrosas, pues es sólo a través de una emoción compartida que se produce un cambio psíquico.

El enfoque Psicoanalítico Multifamiliar que presenta García Badaracco nos provee una importante herramienta para diagnosticar y modificar las estructuras psíquicas que mantienen las limitaciones del paciente mental. Su abordaje terapéutico es ampliamente compatible con la combinación de tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación social y psicoterapia individual, lo que constituye en la actualidad, la tríada terapéutica para el tratamiento de la esquizofrenia crónica (Kernberg, 2000)

Independientemente del marco teórico y de las técnicas utilizadas en el abordaje de esta patología o de otro trastorno mental, es importante tener en cuenta que cada estructura psicodinámica, que cada paciente (cuando hablamos de estructura psicodinámica profunda, hablamos de posiciones con respecto al proceso edípico, desarrollo del proceso de identificaciones, angustias y defensas) nos enseñe a ayudarlo. Esa forma, seguramente no sea, una manera universal ya reglada y prefijada (Fiorini, 2008). De la misma manera, en los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, cada paciente, cada familiar, nos va mostrando lo que necesita, nos va mostrando las tramas familiares en los que está inmerso y es función de cada terapeuta poder escuchar y ver tanto la subjetividad de cada sujeto en particular, como la intersubjetividad, tan relacionada con la patología psicótica.

Como señala Fiorini (2008, p.12): " Es oportuno recordar que no hay técnicas que aseguren intervenciones saludables y fecundas, ya que el instrumento es siempre el operador, el hombre, presente con todas sus dimensiones en la situación clínica (....).

(...) Hablar de técnicas, de métodos, es señalar caminos posibles, organizaciones racionales de los recursos, pero el terapeuta es convocado personalmente siempre a crear. Ésto supone comprometerse en profundidad con las búsquedas del paciente, a colocar sus propias búsquedas en resonancia con las del otro, evitando quedar encerrado en las identificaciones contratransferenciales y dando lugar en cambio al amplio espacio de las identificaciones creadoras. El terapeuta está hermanado con el paciente en una búsqueda de sentidos, de más hondos sentidos para la experiencia vivida, en cuanto reveladora de potencias (...) que la indagación terapéutica intenta conjugar para impulsar (...) en la dirección de un proceso original liberador "

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4a. ed. revisada). Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Breviario. (4a.ed. revisada). Barcelona. Masson.
3. Barlow, D., Durand, V.M. (2004). Psicopatología. (3a. ed.). España: Thomson S.A.
4. Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. Volumen 2. Madrid: McGraw-Hill.
5. Breier, A. (1993). Paranoid disorder: Clinical features and treatment. (Trastorno paranoide: Tratamiento y características clínicas). En D. L. Dunner (Ed). Current Psychiatric Therapy. Philadelphia: W. B. Saunders.
6. Bion, W. R. (1996). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós.
7. Cabral, A. C. (2009). Lacan y el debate sobre la contratransferencia. (1a. ed.). Buenos Aires: Letra Viva.
8. Chemama, R., Vandermersch, B. (2004). Diccionario de Psicoanálisis. (2ª. ed.). Buenos Aires.: Amorrortu.
9. Clayman C. B. (1994). The American Medical Association. Family Medical Guide. (Asociación Médica Americana: Guía médica para la familia). (3ª. ed.). New York. Random House.
10. Ezriel, H. (1950). A psychoanalytic approach to group treatment. The British Journal of Medical Psychology. (23), 59.
11. Ferrali, J. C. (2004). Consideraciones Introdutorias en Clínica, Psicopatología, Nomenclatura y Clasificación. Hojas clínicas de Salud mental (2). 5-13.
12. Fiorini, H. J. (2008). Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Buenos Aires: Nueva Visión.
13. Freud, S. (1912). Consejos al médico. AE XII. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
14. Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. AE XIV. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
15. Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. AE 18. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
16. Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. AE XVIII. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
17. Freud, S. (1924a). Neurosis y psicosis . AE XIX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
18. Freud, S. (1924b). La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. AE XIX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
19. Freud, S. (1901). Determinismo, creencia en el azar y superstición: puntos de vista. AE VI. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
20. Freud, S. (1907). El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen. AE IX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
21. García Badaracco, J. (1977). Delirio. En G. Vidal, H. Bleichmar y R. Usandivaras (Eds.). Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires: El Ateneo.
22. García Badaracco, J. (1979). El Complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 59, 59-90.
23. García Badaracco, J. (1983). Reflexiones sobre sueño y psicosis a la luz de la experiencia clínica. Revista de Psicoanálisis, XL, (4), 1-17.
24. García Badaracco, J. (1989). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura familiar. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.

25. García Badaracco, J. (2000). Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós.
26. García Badaracco, J. (2006a). (Manuscrito no publicado). De sorpresa en sorpresa.
27. García Badaracco, J. (2006b). (Manuscrito no publicado). Virtualidad sana.
28. García Badaracco, (2006c). (Manuscrito no publicado). El Psicoanálisis Multifamiliar: Cómo curar desde la virtualidad sana.
29. García Badaracco, J. (2006b). Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia. Buenos Aires: Eudeba.
30. García Badaracco, J. (2009a). (Manuscrito no publicado). Sobre La mente cerrada.
31. García Badaracco, J. (2001. 2009b) (Manuscrito no publicado). El futuro del Psicoanálisis Multifamiliar.
32. García Badaracco, J. (Manuscrito no publicado). Diversas consideraciones sobre la salud mental.
33. Garma, A. (1971). El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica. Buenos Aires: Paidós.
34. Herlyn, S. (2006). Antipsicóticos. Hojas clínicas de Salud mental, 2 (2), 39-51.
35. Jaspers, K. (1951). Psicopatología general. Buenos Aires: Beta.
36. Kaplan, B., Sadock, V. A. (2004). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. (9a. ed.). Barcelona: Waverly Hispánica SA.
37. Kernberg, O. (2000). Prólogo. En J. García Badaracco. Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós.
38. Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1999). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
39. Losso, R. (2001). Psicoanálisis de la familia. Recorridos teórico-clínicos. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen.
40. Mijolla, A. (1986). Los visitantes del yo. Madrid: Technipublicaciones.
41. Miller, J. (2008). Introducción al Método Psicoanalítico. Buenos Aires: Eolia-Paidós.
42. Mitre, M. E. (2003). Las interdependencias recíprocas. Revista de Psicoanálisis, LX (4) , 1009-1038.
43. Mitre, M. E. (2007). Las voces de la locura. Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica. Buenos Aires: Sudamericana.
44. Mitre, M.E. (2009). (Manuscrito no publicado). El proceso de des-identificaciones enloquecedoras a través de un ejemplo clínico.
45. Mitre, M. E. (2010, 13 de mayo). Construir desde la solidaridad una esperanza. Revista La Nación. ([http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota\\_id=1263986](http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1263986)).
46. Nasio, J. D. (2000). Los más famosos casos de psicosis. Buenos Aires: Paidós.
47. Piasek, D. (2005). Obstáculos en la Clínica. Reacción terapéutica negativa. En A. Donghi, C. Gartland y S. Quevedo (Eds). Cuerpo y Sijetividad. Variantes e invariantes clínicas. Buenos Aires: Letra Viva.
48. Vallejo Ruiloba, J. (1999). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson.
49. Winnicott, D. (1999). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

#### Medios audiovisuales:

50. CD con la filmación de la primera reunión del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar del 24 de septiembre de 1997 en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio L. Moyano coordinada por Jorge García Badaracco.
51. CD con la filmación de la segunda reunión del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar del 24 de septiembre de 1997 en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio L. Moyano.

#### Medios electrónicos:

<http://disk.mac.com//hsimond.public> (Obras de Psicoanálisis Multifamiliar).





